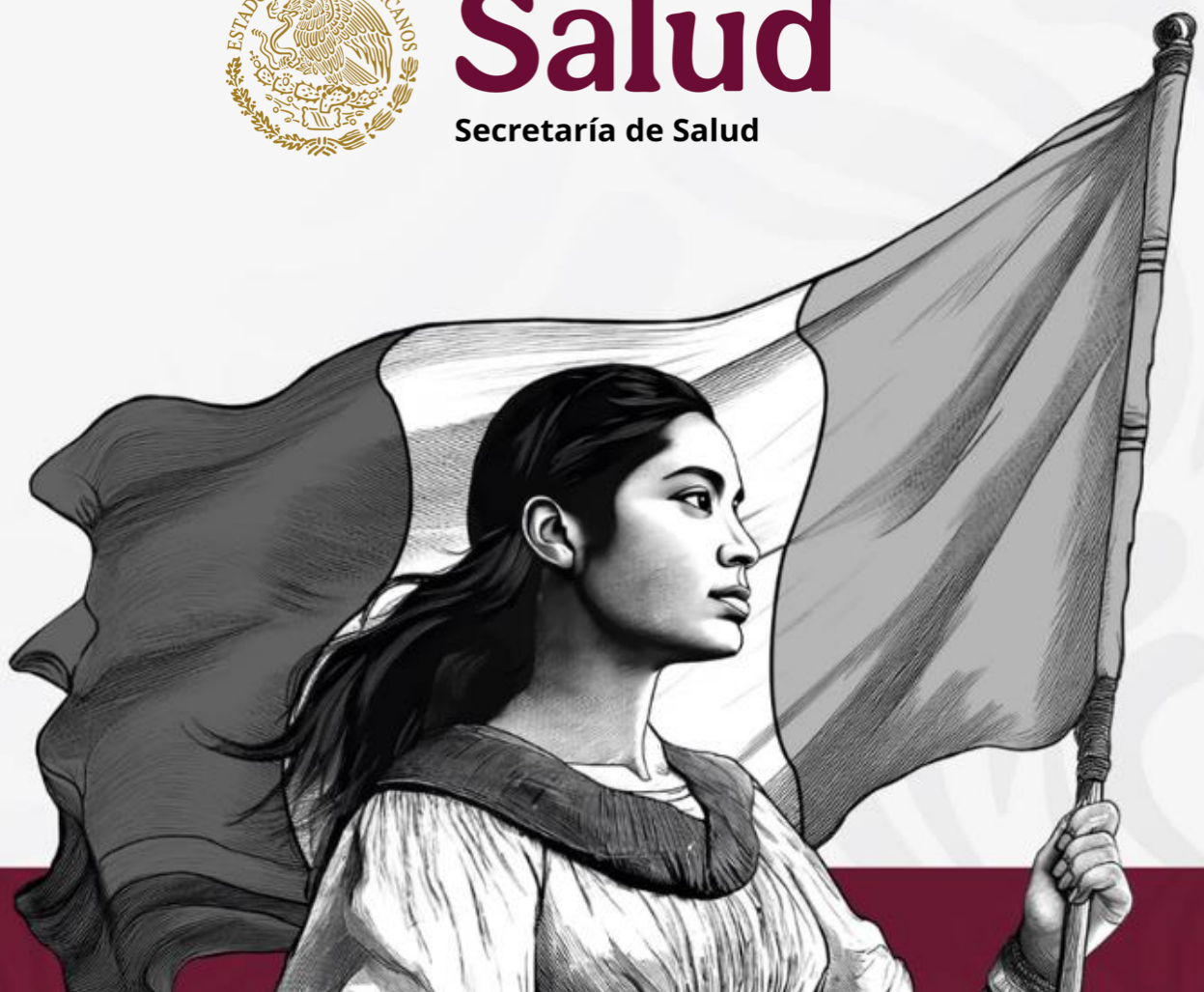
Lineamientos y Recomendaciones para Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH y sida en Personas en Contexto de Movilidad

Salud
Secretaría de Salud



Lineamientos y Recomendaciones para Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH y sida en Personas en Contexto de Movilidad

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/ SIDA y Hepatitis

Grupo de trabajo: "Cascada de Atención del VIH en Población Clave: Personas en Contexto de Movilidad"

Marzo, 2026.

CONTENIDO

Directorio de Integrantes del Grupo de Cascada de Atención de Personas en Contexto de Movilidad	4
Integrantes Colaboradores	5
Introducción	6
Objetivo	7
Marco Normativo	8
• Internacional:	8
• Nacional:	8
Instrumentos programáticos y estratégicos	9
• Internacionales	9
• Nacionales	9
Desarrollo	9
• Flujogramas de atención del VIH para población en contexto de movilidad.	12
• Futuras deportaciones y la atención integral del VIH.	21
• Implicaciones operativas para los servicios de salud	22
• Lineamientos enfocados a las personas en contexto de movilidad	23
• Acciones mínimas por nivel de atención en la atención del VIH en personas en contexto de movilidad	24
• Recomendaciones para las personas en contexto de movilidad	24
Conclusiones	26
Referencias Bibliográficas	27

Directorio de Integrantes del Grupo de Cascada de Atención de Personas en Contexto de Movilidad

Dr. Luis Gerardo García Demuner
Director de Atención Integral y Coordinador del Comité de Atención Integral del CONASIDA (CENSIDA)

Mtra. Miriam Silva Flores
Jefa del Departamento de Programas Estatales del CENSIDA

Mtra. Georgina Esquivel García
Trabajadora Social en la Dirección de Atención Integral del CENSIDA

Dra. Ana Amuchástegui Herrera
Profesora-investigadora en la UAM-X

Dra. Sonia Jiménez Luis
Responsable Estatal de los Programas de VIH y Hepatitis del Estado de Tabasco

Dra. Tania Holguín Aguilar
Responsable del Programa VIH, VHC e ITS del Estado de Jalisco

Dra. Gabriela Lizeth López Rodríguez
Programa Estatal de VIH/ITS/VHC del Estado de Chiapas

Dra. Daniela Berenice Robles Villafuerte
Coordinadora Estatal de VIH/ITS/VHC del Estado de Chiapas

Dra. Silvia Maricela Betancourt Arroyo
Coordinación del VIH del Estado de Chiapas

Dr. Juan Carlos Alberto Padilla Acosta
CAPASITS del Estado de Chihuahua

Prof. Luis Adrián Quiroz
Coordinador General - DVVIMSS

Mtra. Ana Gabriela Torres Canseco
Asociada en Salud Sexual y Reproductiva en Fondo de Población de las Naciones Unidas

Integrantes Colaboradores

Dr. Luis Gerardo García Demuner
Director de Atención Integral y Coordinador del Comité de Atención Integral del CONASIDA (CENSIDA)

Mtra. Miriam Silva Flores
Jefa del Departamento de Programas Estatales del CENSIDA

Mtra. Georgina Esquivel García
Trabajadora Social en la Dirección de Atención Integral del CENSIDA

Dra. Tania Holguín Aguilar
Responsable del Programa VIH, VHC e ITS del Estado de Jalisco

Dra. Daniela Berenice Robles Villafuerte
Coordinadora Estatal de VIH/ITS/VHC del Estado de Chiapas

Dra. Gabriela Lizeth López Rodríguez
Programa Estatal de VIH/ITS/VHC del Estado de Chiapas

Dra. Silvia Maricela Betancourt Arroyo
Coordinación del VIH del Estado de Chiapas

Dra. Lucia Amelia Ledesma Torres
Directora General de Políticas de Salud Mental y Adicciones en la CONASAMA

Med. Esp. Eloy Ordaz Ávila
Jefe de la Unidad de Atención de la Dirección de Desarrollo de Modelos de Atención en la CONASAMA

Introducción

México es parte del principal corredor migratorio del mundo y enfrenta múltiples retos en la gestión de la movilidad humana. Como país de origen, tránsito, destino y retorno, requiere mecanismos de coordinación internacional para asegurar una migración ordenada y con enfoque de derechos humanos.

El Gobierno de México ha priorizado el respeto a los derechos de las personas migrantes, actualmente denominadas personas en contexto de movilidad humana, asegurando una atención integral a través del fortalecimiento de la gestión migratoria, promoviendo acuerdos de cooperación internacional; la ampliación de servicios de asistencia y protección consular, garantizando documentación, asesoría legal y apoyo en casos de vulnerabilidad; y el reconocimiento de la contribución de las personas en contexto de movilidad a sus comunidades de destino y al desarrollo económico tanto del país que los recibe, como del que recibe sus remesas (Presidencia de la República, 2025).

Para alcanzar el bienestar y desarrollo de la población, en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2025-2030 se puntualiza que, es fundamental consolidar la transformación del sistema de salud bajo el principio de acceso universal, asegurando que todas y todos los mexicanos puedan acceder a servicios de salud de calidad, sin distinción alguna. La salud es un derecho humano. Por ello, el Gobierno de México construye un sistema de salud que busca garantizar el acceso universal a la atención médica, estudios de laboratorio y medicamentos gratuitos.

Con el fin de fortalecer la prestación de servicios de salud y cerrar las brechas de acceso se creó el organismo público descentralizado denominado IMSS-Bienestar, cuyo eje fundamental es la atención oportuna, eficaz y eficiente. Este nuevo Modelo de Gestión busca mejorar la coordinación entre las distintas instituciones del sistema sanitario, garantizando que los servicios impacten positivamente a la población.

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, a través del Servicio Nacional de Salud Pública, es clave para abordar estas deficiencias de manera integral. Este modelo busca asegurar un enfoque centrado en la persona, adaptado a las necesidades locales, integrando acciones preventivas y de promoción de la salud con un enfoque territorial. Además, involucra sectores clave como educación, desarrollo social y medio ambiente, lo que permite abordar los determinantes sociales de las enfermedades.

Por ello en el Eje General 1, Objetivo 1.2, Estrategia 1.2.8 del PND 2025-2030 se estipula atender el fenómeno migratorio de manera integral, garantizando el respeto a los derechos humanos de las poblaciones en movilidad y su incorporación a los sectores productivos. Asimismo, en el Eje General 2, Objetivo 2.7 se redacta garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana mediante la consolidación y modernización del sistema de salud, con un enfoque de acceso universal que cierre las brechas de calidad y oportunidad, protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población. Aunado a ello, la estrategia 2.7.3 recomienda implementar políticas mediante el Sistema Nacional de Salud Pública que aseguren atención a los grupos en situación de vulnerabilidad, con énfasis en población indígena, afromexicana, personas en movilidad o con discapacidad (Presidencia de la República, 2025).

En el Programa Sectorial de Salud 2025-2030 (PROSESA) se establece, en el Objetivo 1, la garantía del acceso universal a los servicios de salud para toda la población. En congruencia con ello, la Estrategia 1.1 plantea fortalecer al IMSS-BIENESTAR como el principal proveedor de servicios de salud para la población no derechohabiente, asegurando la cobertura universal en todo el territorio nacional.

Asimismo, la Estrategia 1.2 señala la importancia de garantizar una atención integral, equitativa y de calidad. De manera complementaria, el Objetivo 6 propone disminuir las brechas en salud y en el acceso a la atención para poblaciones prioritarias y en situación de vulnerabilidad.

En este marco, la Estrategia 6.6 establece la necesidad de generar las condiciones para mejorar la prestación y transformación de los servicios de salud dirigidos a la población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad, incorporando enfoques de género e interseccionalidad.

En este contexto, el presente documento establece **lineamientos técnicos** y **recomendaciones operativas para la atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH y el sida en personas en contexto de movilidad, dirigidos a unidades de atención primaria, hospitales generales y servicios especializados, así como a los programas estatales de VIH.** Su finalidad es garantizar el acceso efectivo, continuo y libre de discriminación a los servicios de salud, independientemente de la situación migratoria o administrativa de las personas.

Objetivo

Garantizar la atención integral, continua y oportuna de las personas en contexto de movilidad que viven con VIH o se encuentran en riesgo de adquirirlo, mediante lineamientos que fortalezcan el diagnóstico oportuno, el acceso inmediato al tratamiento antirretroviral, la continuidad de la atención interinstitucional y el

acompañamiento psicosocial, con enfoque de derechos humanos, interculturalidad y libre de estigma y discriminación.

Los presentes lineamientos se sustentan en el marco normativo vigente y se alinean con los instrumentos programáticos y estratégicos nacionales e internacionales en materia de salud, migración y derechos humanos.

Marco Normativo

Internacional:

- Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, 2018.
- Plan de Atención Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de Migrantes y Refugiados, 2019-2030.
- Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3,10,16):

    a) ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas las edades.
    b) ODS 10: Reducir la desigualdad en los países y entre ellos.
    c) ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas parar el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y todas y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.

Nacional:

a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 1 y 4.
b) Ley General de Salud.
c) Ley General de Migración.
d) La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) en México.
e) Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
f) Normas Oficiales Mexicanas:

    a) NOM-017-SSA2-2012: Vigilancia epidemiológica.
    b) NOM-004-SSA3-2012: Expediente clínico.
    c) NOM-046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
    d) NOM-031-SSA2-1999: Atención a la salud del niño.
    e) NOM-007-SSA1-2016: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
    f) NOM-010-SSA2-2023: VIH/sida.
    g) NOM-028-SSA2-2009: Atención a las adicciones.
    h) NOM-035-SSA3-2012: Organización y funcionamiento de los servicios de salud mental.

Instrumentos programáticos y estratégicos

Internacionales

- ODS 2030.
- Pacto Mundial para la Migración.
- Plan de Acción de la OMS para Migrantes y Refugiados.

Nacionales

- Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030.
- Estrategia Nacional para la Atención a la Salud de Personas en Contexto de Movilidad Humana (SSA, 2025).
- Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.
- Lineamientos y guías técnicas del CENSIDA.

Desarrollo

La migración, entendida como el desplazamiento de personas que cambian su lugar de residencia habitual hacia otro país o estado, es un fenómeno de gran magnitud y frecuencia, con causas y efectos de índole económica, social y cultural, tanto en las comunidades de origen como en las de destino. Por ello, resulta fundamental la existencia de una mesa de trabajo como la suma de esfuerzos desde diferentes ámbitos, para favorecer la salud de las personas que migran en busca de mejores condiciones de vida.

Este fenómeno puede manifestarse como migración internacional —cuando se cruza una frontera nacional— o interna —cuando ocurre dentro del mismo país. México, por su posición geográfica y contexto socioeconómico, se configura como un país de origen, tránsito, destino, retorno en contexto de movilidad, además de presentar un alto índice de migración interna y de refugiados. Estos escenarios, interrelacionados entre sí, conllevan distintas problemáticas, particularmente en lo que respecta a la atención y prevención en salud.

Ante esta realidad, es indispensable contar con datos precisos sobre la población en contexto de movilidad, que permitan diseñar políticas públicas basadas en evidencia y adoptar medidas adecuadas. En el Cuadro 1 se muestra el número de personas en contexto de movilidad registrados en el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), por entidad federativa, con corte al 1° de mayo de 2025 (CENSIDA (a), 2025).

Como se observa, la Ciudad de México registra el mayor número de personas en contexto de movilidad, con un total de 3,585, seguida por el estado de Chiapas con 1,442 y Jalisco con 937. En contraste, las entidades

con menor número de personas en contexto de movilidad son Tlaxcala y Durango, con 19 cada una, así como Guerrero y Campeche, con 21.

Cuadro 1. Número de personas en contexto de movilidad registrados en el SALVAR, por entidad federativa, corte al 1° de mayo de 2025

No.	Entidad Federativa	TOTAL
1	Ciudad de México	3,585
2	Chiapas	1,442
3	Jalisco	937
4	Baja California	695
5	Quintana Roo	686
6	Nuevo León	589
7	Tamaulipas	402
8	México	300
9	Chihuahua	260
10	Coahuila	215
11	Zacatecas	196
12	Yucatán	190
13	Tabasco	177
14	Veracruz	137
15	Guanajuato	132
16	Querétaro	131
17	Puebla	118
18	Oaxaca	80
19	San Luis Potosí	80
20	Sonora	64
21	Michoacán	58
22	Hidalgo	56
23	Nayarit	55
24	Sinaloa	53
25	Baja California Sur	46
26	Morelos	42
27	Aguascalientes	35
28	Colima	24
29	Campeche	21
30	Guerrero	21
31	Durango	19
32	Tlaxcala	19
	TOTAL	**10,865**

Fuente: CENSIDA/Salvar. Datos con corte al 1 de mayo del 2025.

Durante su trayecto, muchas personas en contexto de movilidad son víctimas de múltiples formas de violencia: desde el despojo de sus pertenencias o recursos económicos, hasta agresiones físicas y sexuales, privación de la libertad e incluso de la vida. También enfrentan extorsión por parte de autoridades, abusos

de poder, explotación laboral y sexual, así como prácticas equiparables a la esclavitud, como la trata y el tráfico de personas, lo cual atenta contra su integridad personal.

La movilidad de las personas migrantes constituye un desafío para la vigilancia epidemiológica y la salud pública, debido a que esta población se encuentra en situación de vulnerabilidad social y presenta mayores riesgos para la salud, incluyendo la infección por VIH. Por ello, resulta fundamental que el personal de salud cuente con capacitación basada en un enfoque informado en trauma, evitando la re-victimización, e incorporando estrategias de apoyo psicológico inicial, contención emocional y canalización oportuna de servicios, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información.

Dado que entre la población en movilidad hay personas que viven con VIH y reciben tratamiento antirretroviral (TAR) durante su travesía, o bien personas en riesgo de violencia sexual, la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, 2025, incluye explícitamente a esta población como elegible para el uso de profilaxis preexposición (PrEP), dentro del grupo en riesgo sustancial de adquirir VIH. Esta categoría contempla tanto a personas en contexto de movilidad internacionales (en tránsito o como inmigrantes) como a personas en contexto de movilidad internos, por ejemplo, jornaleros agrícolas o personas desplazadas por violencia (CENSIDA (b),2025).

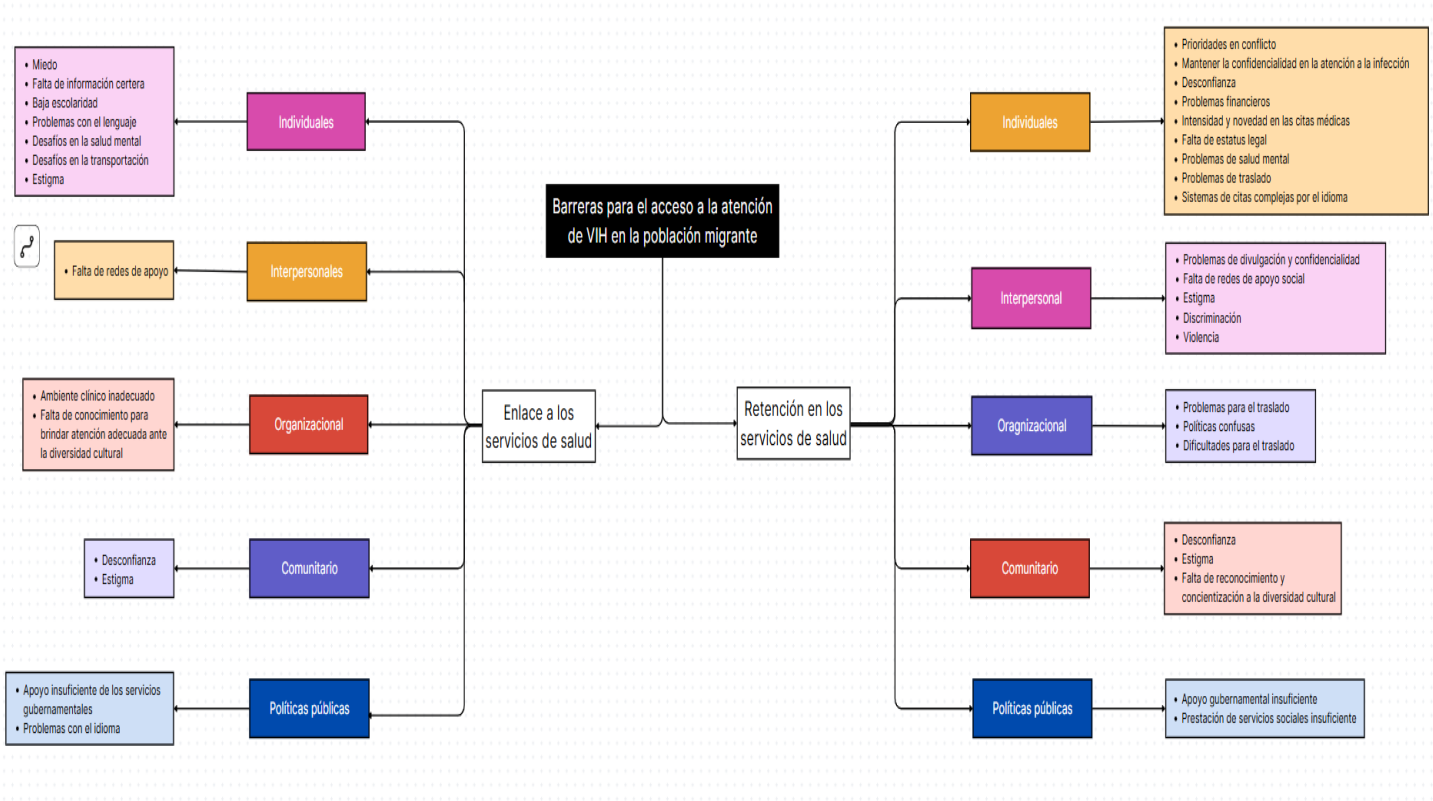
Además, el proceso migratorio frecuentemente ocurre en condiciones insalubres y peligrosas: exposición a climas extremos, deshidratación, hambre y hacinamiento. Estas condiciones no solo deterioran la salud física y mental, sino que también pueden favorecer la ocurrencia de relaciones sexuales ocasionales y sin protección, incrementando el riesgo de transmisión del VIH.

Por todas estas razones, es fundamental reconocer que las personas en contexto de movilidad tienen derecho a recibir servicios de salud oportunos, accesibles y de calidad. Esto implica una atención cálida, profesional, ética y respetuosa, así como el manejo confidencial de su historial médico.

Flujogramas de atención del VIH para población en contexto de movilidad

El **flujograma 1** identifica y organiza las barreras que enfrenta la población en movilidad al acceso y la retención dentro de los servicios de salud relacionados con la atención del VIH. Estas barreras se agrupan en seis niveles de análisis: individual, interpersonal, organizacional, comunitario y de políticas públicas, y se distribuyen en dos momentos clave del proceso de atención: el enlace inicial con los servicios de salud y la retención dentro del sistema sanitario.

Flujograma 1. Barreras para el acceso a la atención del VIH en la población en contexto de movilidad



Elaborado por la Dra. Tania Holguin. Responsable estatal del Programa de VIH en Jalisco.

1. Enlace a los servicios de salud

Este primer momento se refiere a los factores que dificultan que las personas en contexto de movilidad accedan por primera vez a servicios de salud:

- **Individuales**: miedo, estigma, falta de información clara, baja escolaridad, barreras lingüísticas, desafíos en salud mental, problemas de transporte y acceso.
- **Interpersonales**: ausencia de redes de apoyo o acompañamiento durante el proceso de búsqueda de atención.
- **Organizacionales**: ambientes clínicos poco acogedores y falta de capacitación del personal de salud para brindar atención adecuada y culturalmente competente.
- **Comunitarios**: desconfianza hacia las instituciones de salud y presencia de estigmas sociales en los entornos de residencia o tránsito.
- **Políticas públicas**: apoyo gubernamental insuficiente y problemas con el idioma como barrera estructural.

2. Retención en los servicios de salud

Esta segunda etapa abarca las barreras que dificultan que las personas en contexto de movilidad continúen su tratamiento y seguimiento médico a lo largo del tiempo:

- **Individuales**: conflictos con otras prioridades de vida, dificultades para mantener la confidencialidad en el entorno, desconfianza, limitaciones económicas, baja disponibilidad para asistir a citas médicas, falta de documentos legales, problemas de salud mental, complicaciones de traslado y sistemas de citas complejos debido al idioma. Adicionalmente, en ocasiones se presenta malestar emocional o consumo de alcohol u otras sustancias, lo que puede afectar la retención en los servicios. Por ello, resulta fundamental prever estrategias de consejería breve y garantizar la canalización oportuna a los servicios de salud disponibles.
- **Interpersonales**: estigma, discriminación, violencia, falta de redes de apoyo y problemas de divulgación o confidencialidad.
- **Organizacionales**: políticas confusas, obstáculos logísticos para el traslado o continuidad del tratamiento.
- **Comunitarios**: desconfianza, estigma y escasa conciencia sobre la diversidad cultural.
- **Políticas públicas**: apoyo gubernamental limitado y prestación deficiente de servicios sociales complementarios.

Este análisis permite comprender que las barreras no solo son individuales, sino que se insertan en un entramado estructural que incluye aspectos sociales, institucionales y políticos. Superarlas requiere un enfoque integral, coordinado y culturalmente sensible que garantice el acceso efectivo, equitativo y sostenido a los servicios de salud para las personas en contexto de movilidad que viven con VIH o están en riesgo de adquirirlo. A continuación, se describen algunas acciones operativas enfocadas al enlace y retención de la población en contexto de movilidad a los servicios de salud.

Cuadro 1. Acciones operativas, derivadas del flujograma 1.
Barreras para el acceso a la atención del VIH en la población en contexto de movilidad

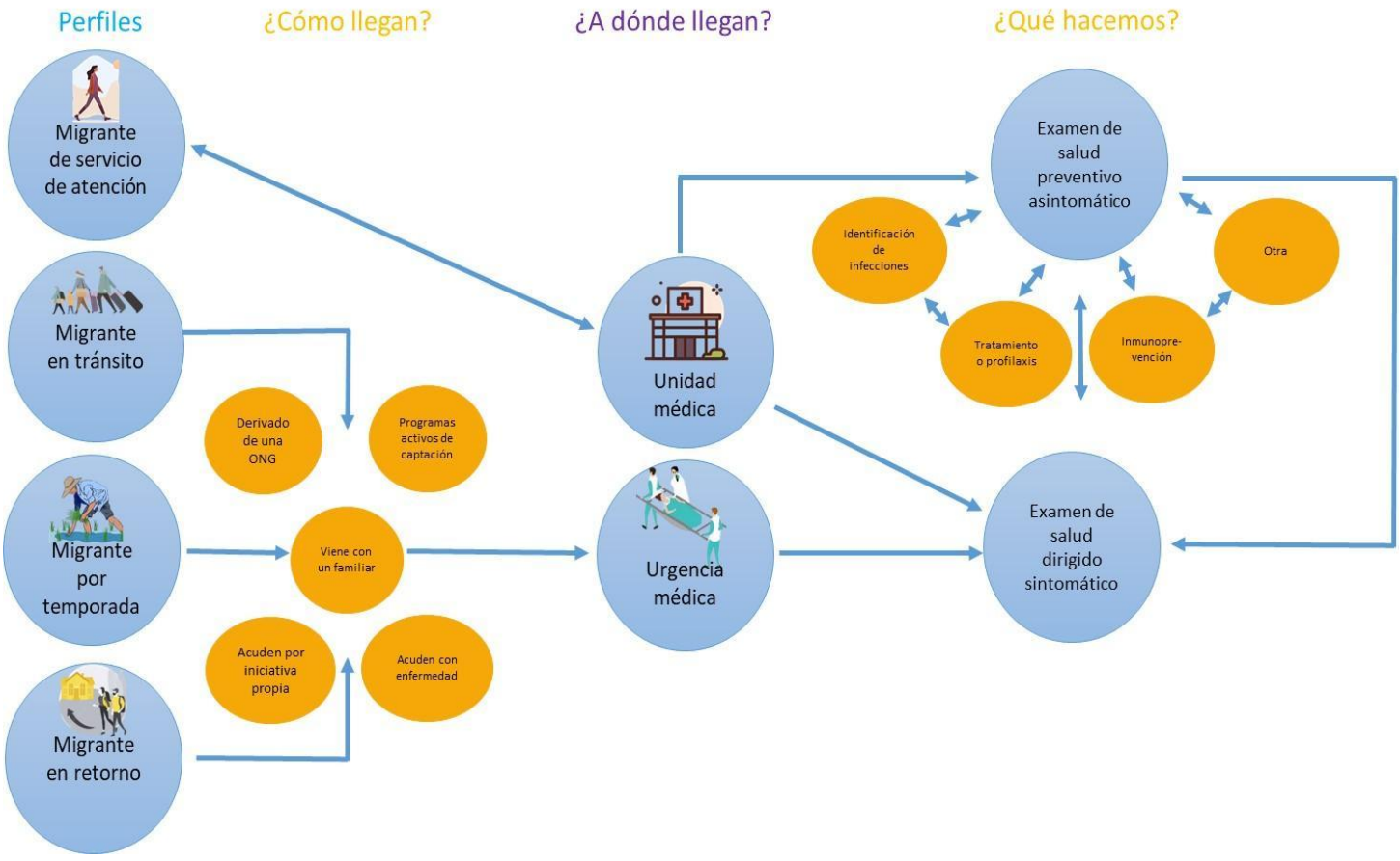
1. Enlace a los servicios de salud:
Individual: ▪ Brindar consejería clara, confidencial y culturalmente pertinente. ▪ Proporcionar información verbal y escrita en idioma comprensible. ▪ Garantizar trato respetuoso y libre de discriminación. **Interpersonal:** ▪ Facilitar acompañamiento institucional o comunitario. ▪ Vincular con trabajo social u organizaciones comunitarias. **Organizacional:** ▪ Capacitar al personal en atención a personas en contexto de movilidad. ▪ Adecuar procesos para atención sin documentos migratorios. **Comunitario:** ▪ Coordinar acciones con albergues y líderes comunitarios. ▪ Promover servicios extramuros cuando sea pertinente. **Políticas Públicas:** ▪ Aplicar criterios de acceso universal establecidos por CENSIDA. ▪ No condicionar la atención a requisitos administrativos.
2. Retención en los servicios de salud:
Individual: ▪ Flexibilizar citas y esquemas de entrega de TAR. ▪ Brindar consejería breve y referencia a salud mental o adicciones. **Interpersonal:** ▪ Garantizar confidencialidad estricta. ▪ Activar protocolos de atención a violencia. **Organizacional:** ▪ Asegurar claridad en rutas de atención y referencia. ▪ Documentar adecuadamente para continuidad interestatal. **Comunitario:** ▪ Implementar estrategias comunitarias de seguimiento. ▪ Fortalecer educación y sensibilización comunitaria. **Políticas Públicas:** ▪ Coordinar con programas sociales y redes interinstitucionales. ▪ Priorizar casos de alta movilidad para seguimiento.

Elaborado por el Departamento de Programas Estatales del CENSIDA

El flujograma 1, constituye una herramienta de apoyo para la organización de los servicios de salud y la toma de decisiones clínicas y programáticas, orientadas a reducir las barreras de acceso y mejorar la retención de las personas en contexto de movilidad en la atención del VIH.

El siguiente flujograma, presenta de manera esquemática la ruta de atención en salud para personas en contexto de movilidad, considerando tres aspectos fundamentales: el perfil de la persona en contexto de movilidad, la forma en que llega al servicio de salud y el tipo de atención que se le brinda.

Flujograma 2. Atención en función del perfil del paciente en contexto de movilidad



Elaborado por el Departamento de Programas Estatales del CENSIDA

Este flujograma establece la ruta operativa para la atención en salud de las personas en contexto de movilidad, de acuerdo con su forma de ingreso a los servicios y su condición clínica y se recomienda ser aplicado por las unidades de salud, servicios de urgencias y servicios especializados, independientemente del perfil migratorio o la situación administrativa de la persona:

1. Perfiles de personas en contexto de movilidad.
Se identifican cuatro tipos principales:

- **De servicio de atención**, que transita entre distintos sistemas (por ejemplo, del IMSS Bienestar al IMSS como prestador de servicios).
- **En tránsito**, en desplazamiento temporal por territorio nacional.
- **Por temporada**, como trabajadores agrícolas o jornaleros.
- **En retorno**, que regresa a su lugar de origen o residencia previa.

2. ¿Cómo llegan?
Las vías de ingreso a los servicios de salud pueden ser diversas:

- Canalización por parte de una ONG.
- Participación en programas activos de captación.
- Acompañamiento de un familiar o conocido.
- Iniciativa propia.
- Presencia de signos o síntomas de enfermedad.

3. ¿A dónde llegan?
Dependiendo de la condición de salud al momento de la atención, las personas pueden acudir:

- A una **unidad médica**, para atención regular o seguimiento.
- A un servicio de **urgencias médicas**, en caso de situaciones agudas o de emergencia.

4. ¿Qué hacemos?
La atención médica puede tomar dos rutas:

- **Examen de salud preventivo asintomático**, que permite la identificación de infecciones, la implementación de medidas de inmunoprevención y la administración de tratamientos o profilaxis. Este tipo de atención también puede incluir otras intervenciones preventivas según el contexto.
- **Examen de salud dirigido sintomático**, en respuesta a síntomas específicos que presentan las personas en contexto de movilidad.

Este enfoque integral permite personalizar la atención, promover la detección oportuna de enfermedades como el VIH y garantizar un acceso digno y continuo a los servicios de salud.

Cuadro 2. Acciones operativas derivadas del flujograma 2. Atención en función del perfil del paciente en contexto de movilidad

La atención médica:	
A) Persona que llega a unidad médica (primer nivel / CAPASITS)	
Condición clínica	**Acción operativa**
Asintomática	▪ Realizar examen de salud preventivo. ▪ Ofrecer prueba de VIH e ITS. ▪ Evaluar riesgo y ofrecer PrEP cuando esté indicada. ▪ Brindar inmunoprevención según esquema. ▪ Registrar y programar seguimiento.
Sintomática	▪ Realizar examen de salud dirigido. ▪ Solicitar pruebas diagnósticas pertinentes. ▪ Iniciar tratamiento o referir a hospital según gravedad. ▪ Asegurar referencia documentada.
B) Persona que llega a urgencias médicas	
Urgencia médica	▪ Estabilizar a la persona. ▪ Identificar eventos prioritarios (violencia sexual, ITS, IO). ▪ Iniciar PEP si está indicada. ▪ Referir a CAPASITS para continuidad.
Violencia sexual	▪ Activar protocolo inmediato. ▪ Contención emocional. ▪ Profilaxis VIH/ITS y anticoncepción de emergencia. ▪ Canalización legal y psicológica.

Elaborado por el Departamento de Programas Estatales del CENSIDA

Cuadro 3. Acciones transversales obligatorias (independientes del flujo)

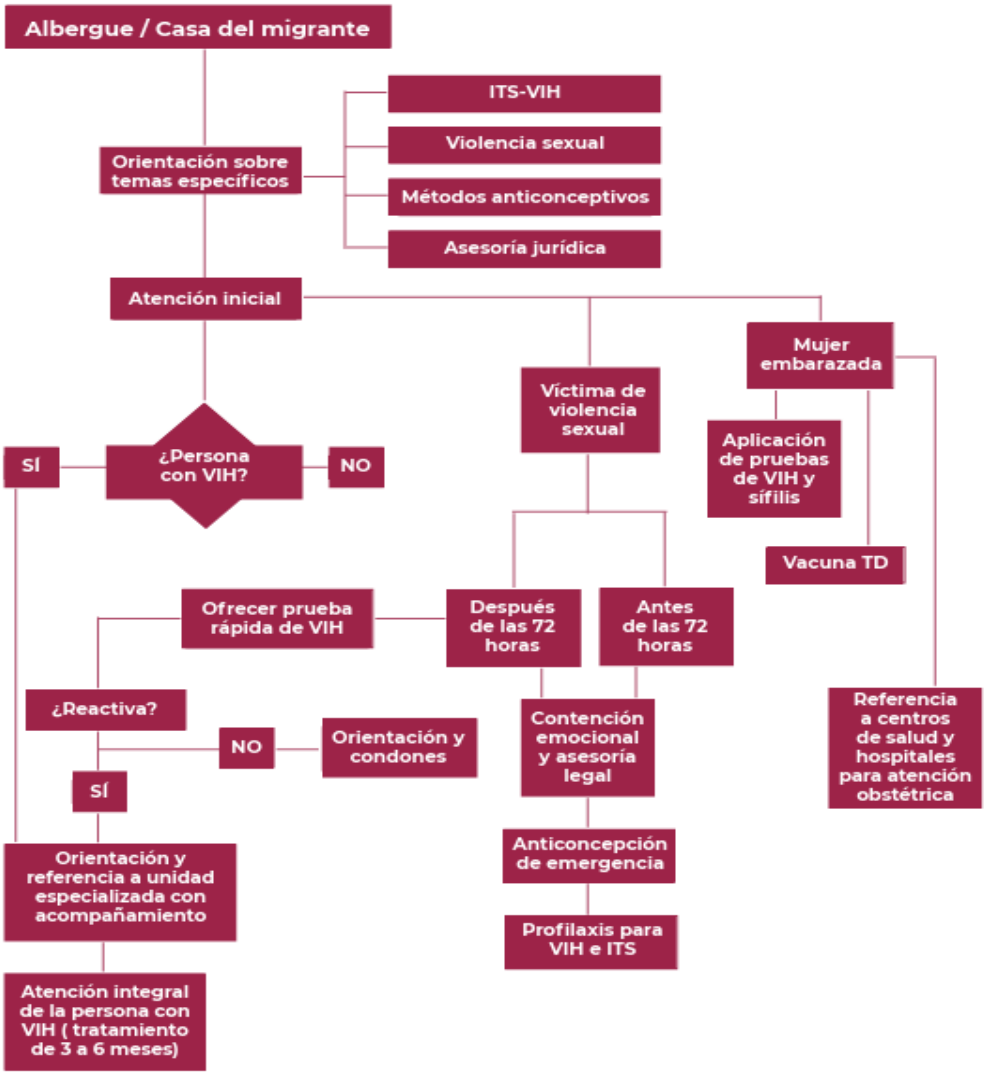
Acción transversal	Aplicación
No exigencia de documentos	En todos los puntos de atención
Consentimiento informado	En pruebas y tratamientos
Confidencialidad	En todo el proceso
Registro clínico mínimo	Para continuidad
Canalización a salud mental	Cuando sea pertinente
Coordinación interinstitucional	Siempre que haya movilidad

Elaborado por el Departamento de Programas Estatales del CENSIDA

Se sugiere adaptar el flujograma al nivel de atención, garantizando que el primer nivel facilite el acceso y la detección oportuna, los hospitales atiendan urgencias e inicien tratamiento cuando esté indicado y, los CAPASITS aseguren la continuidad del tratamiento y el seguimiento clínico.

En la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, versión 2021, se presenta el flujograma de atención del paciente en contexto de movilidad, el cual explica que, en el albergue o casa del migrante, se ofrece orientación sobre ITS, VIH, violencia sexual, anticonceptivos y asesoría legal, además de evaluar los siguientes tres aspectos (CENSIDA, 2021):

Algoritmo II-B. Flujograma de atención del paciente migrante



Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, versión 2021

1) ¿La persona tiene VIH?:

- Si sí, la persona es referida a tratamiento especializado con acompañamiento y atención integral (tratamiento de 3 a 6 meses).
- Si no, se ofrece prueba rápida de VIH y, según resultado, se brinda orientación o se inicia tratamiento.

2) Si es víctima de violencia sexual:

- Antes de 72 horas: contención emocional, asesoría legal, anticoncepción de emergencia y profilaxis para VIH/ITS.
- Después de 72 horas: solo contención y asesoría legal.

3) Si es mujer embarazada:

- Se aplican pruebas de VIH y sífilis, vacuna TD y se refiere para atención obstétrica.

Otros aspectos destacables son:

- El enfoque es integral y de urgencia, sobre todo en casos de violencia sexual o VIH.
- Se consideran tiempos críticos (72 horas) para actuar en la profilaxis y anticoncepción de emergencia.
- Hay coordinación entre servicios jurídicos, médicos y psicológicos.
- El uso de pruebas rápidas de VIH permite tomar decisiones inmediatas.

Si bien, el flujograma está muy bien explicado, surgen algunas interrogantes que se explican a continuación y podrían enriquecerlo:

1. **¿Qué sucede si la persona no acepta hacerse la prueba de VIH?**

- La persona tiene derecho a decidir si se realiza o no la prueba, por lo que no se debe forzar ni coaccionar.
- Es fundamental brindar información clara y comprensible sobre la importancia y beneficios de la prueba para su salud y prevención.
- Se debe respetar la decisión, ofrecer acompañamiento, educación en prevención y garantizar que pueda volver a acceder al servicio cuando lo desee.
- Registrar el rechazo en el expediente para dar seguimiento en futuras consultas o intervenciones.

2. **¿Hay flujos distintos para menores de edad o personas con discapacidad?**

- Existen documentos que garantizan la protección, el respeto y la autonomía de estos grupos.
- Para menores, generalmente se requiere consentimiento informado de padres o tutores, pero también respetando la confidencialidad y el derecho a la salud del menor, siguiendo la legislación vigente.
- Para personas con discapacidad, se deben implementar mecanismos de apoyo para asegurar que comprendan la información y puedan tomar decisiones informadas, adaptando el lenguaje o utilizando apoyo psicosocial o legal cuando sea necesario.
- Es importante incluir rutas diferenciadas para cumplir con normativas y buenas prácticas.

3. ¿Cómo se garantiza el consentimiento informado en todos estos casos?

- El consentimiento informado debe ser un proceso claro y verbalizado, donde se explique en lenguaje accesible: el motivo de la prueba, procedimiento, beneficios, riesgos, confidencialidad y la libertad de aceptación o rechazo.
- El personal de salud debe estar capacitado para evaluar la comprensión de la persona y resolver dudas.
- En casos de menores o personas con discapacidad, se debe obtener el consentimiento de la figura legalmente responsable, salvo excepciones legales.
- Se debe documentar por escrito o en expediente el consentimiento o rechazo, y garantizar la confidencialidad de la información.

4. ¿Qué rol tiene el acompañamiento psicosocial más allá de los primeros días?

- El acompañamiento psicosocial es fundamental para favorecer la adherencia al tratamiento, la salud mental, y la calidad de vida a largo plazo.
- Más allá de la fase inicial, debe incluir seguimiento continuo, apoyo emocional, asesoría en derechos, facilitación del acceso a servicios sociales y de salud, y prevención de estigmas y discriminación.
- Puede involucrar trabajo en redes comunitarias y grupos de apoyo para fortalecer el entorno social de la persona.
- La continuidad del acompañamiento contribuye a la retención en el sistema de salud y a resultados positivos en el manejo del VIH y otras condiciones.

En relación a lo anterior, resulta relevante ofrecer pruebas voluntarias a toda la población, incluidos niños, niñas, adolescentes y personas con discapacidad. Como se ha mencionado, la prueba siempre debe ser voluntaria y contar con consentimiento informado, garantizando la confidencialidad. En el caso de niñas, niños y adolescentes, la prueba requiere generalmente el consentimiento de los padres o tutores, aunque el adolescente de 12 a 18 años con vida sexual activa o riesgo pueden acceder a la prueba sin autorización paterna si demuestran madurez y comprensión, conforme a normativas locales como la NOM-047 en México (DOF, 2015). El proceso incluye consejería pre-test sobre beneficios, riesgos y manejo de resultados, y la prueba se adapta a la edad: se usan pruebas virológicas para bebés y pruebas de anticuerpos o virales para mayores, siempre bajo un enfoque de derechos humanos y no discriminación.

Futuras deportaciones y la atención integral del VIH

Existe una gran probabilidad de que en los próximos tres años aumente el número de personas deportadas de Estados Unidos a nuestro país. García-Terrón (2025) y colaboradores estimaron que, entre 2025 y 2028, la deportación de personas mexicanas desde Estados Unidos podría incrementar entre 1.2 y 5% el número de personas viviendo con VIH en México, lo que representaría entre 4 600 y 18 900 casos adicionales sobre los 400 000 estimados por ONUSIDA al cierre de 2024 (Onusida, 2025). Este aumento podría generar demandas significativas en el sistema de salud, especialmente en diagnóstico y tratamiento, considerando que actualmente 18% de las personas con VIH desconocen su estado serológico.

Al cierre del 2024, 81% de las personas diagnosticadas reciben tratamiento antirretroviral (TAR), y más de 93% de ellas lograron carga viral suprimida (Censida,(c), 2025). El incremento repentino en la demanda de TAR constituye un desafío que requiere estrategias de acceso gratuito a diagnóstico y tratamiento, independientemente de la derechohabiencia o la disponibilidad de documentos oficiales como la CURP.

Las recientes modificaciones a las guías de TAR en México, permiten el uso de los mismos medicamentos prescritos en Estados Unidos y facilitan la continuidad del tratamiento para las personas repatriadas. Se recomienda que las instituciones que atienden a personas con VIH realicen análisis de la demanda asociada a deportaciones, con especial atención a ciudades y estados fronterizos, donde se concentra la mayoría de los retornos.

Los datos de la Comisión Mexicana de Ayuda a los Refugiados (COMAR) indican un incremento exponencial en las solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado en México, pasando de aproximadamente 1 300 en 2014 a cerca de 141 000 en 2023, lo que posiciona al país entre los principales receptores de solicitudes de asilo a nivel mundial.

Los flujos de movilidad han cambiado en composición y origen. Además de personas de países vecinos, se han observado niveles sin precedentes de personas en movilidad procedentes de regiones como África, Europa, Asia y Medio Oriente. Los movimientos ya no están dominados por hombres solos con baja escolaridad, sino que incluyen una mayor proporción de mujeres, grupos familiares y personas con mayor nivel educativo.

Ante las limitaciones para acceder a vías regulares de movilidad internacional, muchas personas recurren al sistema de refugio incluso cuando no requieren protección internacional, con la finalidad de obtener una estancia regular en México, ya sea para permanecer o transitar hacia otros destinos.

Las expresiones migratorias se manifiestan, entre otras maneras, en caravanas que recorren el territorio nacional y dispersan a las personas en múltiples entidades y municipios. Esto plantea desafíos específicos para la prestación de servicios de salud, dado el perfil particular de salud que presenta la población en contexto de movilidad y la necesidad de atención con enfoque de derechos humanos y equidad (SSA, 2025).

La consolidación de un entorno con estas características requiere algunas implicaciones operativas y la implementación de diversos lineamientos:

Implicaciones operativas para los servicios de salud

- Las unidades de primer nivel deberán ofrecer:
    - Pruebas rápidas de VIH.
    - Consejería breve.
    - Referencia inmediata a CAPASITS u hospital.

- Los hospitales deberán:
  - Garantizar inicio inmediato de TAR.
  - Manejo de urgencias (PEP, violencia sexual).
- Los CAPASITS deberán:
  - Asegurar continuidad del TAR sin documentos.
  - Registrar en SALVAR.
  - Coordinar referencias interestatales.

Lineamientos enfocados a las personas en contexto de movilidad:

1. Se sugiere que las intervenciones de prevención y atención del VIH dirigidas a la población en contexto de movilidad se ofrezcan en el idioma apropiado y se adapten a la cultura del grupo específico al que van dirigidas.

2. Es indispensable la participación activa de las personas en contexto de movilidad en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones.

3. La contribución de la comunidad en contexto de movilidad garantiza que las acciones sean pertinentes y culturalmente adecuadas, además de facilitar la identificación de estrategias para superar los obstáculos en la prevención del VIH.

4. Entre los enfoques eficaces se encuentra asegurar la disponibilidad de preservativos en las unidades médicas, así como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

5. La información sobre el VIH debe proporcionarse de manera cultural y lingüísticamente pertinente, a través de campañas en redes sociales, sesiones educativas en grupos pequeños y estrategias de educación entre pares. Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones, se sugiere vincularlas con asociaciones de personas en contexto e movilidad, autoridades locales y organizaciones no gubernamentales.

6. Es importante fortalecer los vínculos entre las comunidades de origen y las comunidades receptoras.

7. Se recomienda que las intervenciones aborden los factores estructurales que contribuyen a la marginación de la población en contexto de movilidad, tales como la pobreza, la discriminación, la segregación social y la falta de un estatus jurídico regular.

Acciones mínimas en la atención del VIH en personas en contexto de movilidad

A. Primer nivel de atención. Facilitar el primer contacto, reducir barreras de acceso y asegurar el enlace efectivo a los servicios especializados.

- Brindar información clara, confidencial y culturalmente pertinente sobre VIH, ITS, PrEP y PEP.
- Ofrecer pruebas rápidas de VIH, garantizando consejería pre y post prueba.
- Identificar barreras individuales (miedo, idioma, salud mental, consumo de sustancias).
- Detectar situaciones de violencia sexual y activar protocolos de atención inmediata.
- No condicionar la atención a la presentación de documentos migratorios.
- Referir de manera inmediata y documentada a CAPASITS u hospital, según el caso.
- Facilitar el acompañamiento por trabajo social u organizaciones comunitarias cuando sea pertinente.

B. Hospitales generales y de alta especialidad. Atender urgencias, iniciar manejo clínico oportuno y asegurar la continuidad del tratamiento.

- Brindar atención inmediata en casos de urgencias médicas, violencia sexual o infecciones oportunistas.
- Iniciar profilaxis postexposición (PEP) dentro de las primeras 72 horas cuando esté indicada.
- Iniciar o continuar tratamiento antirretroviral (TAR) conforme a la Guía vigente.
- Garantizar confidencialidad estricta y trato libre de estigma.
- Identificar y canalizar necesidades de salud mental y atención a adicciones.
- Coordinar la referencia y contrarreferencia con CAPASITS y programas estatales.
- Elaborar un resumen clínico mínimo que facilite la continuidad del tratamiento.

C. Servicios especializados: Garantizar la atención integral, seguimiento y retención de las personas en contexto de movilidad que viven con VIH.

- Confirmar diagnóstico e iniciar o continuar TAR de manera inmediata.
- Registrar a la persona usuaria en el Sistema SALVAR, aun en ausencia de CURP.
- Garantizar entrega oportuna y flexible de medicamentos para favorecer la adherencia.
- Implementar estrategias diferenciadas de seguimiento para personas con alta movilidad.
- Coordinar transferencias interinstitucionales e interestatales.
- Brindar acompañamiento psicosocial continuo, con especial atención a salud mental y violencia.
- Mantener coordinación con albergues, ONG y programas comunitarios.

Recomendaciones para las personas en contexto de movilidad

- Se recomienda ampliar las pruebas de detección de VIH en instituciones de salud y refugios temporales, integrando la participación de organizaciones comunitarias y del sector privado, para

confirmar diagnósticos y detectar nuevos casos. Esto incluye, fortalecer la infraestructura pública existente y establecer alianzas estratégicas con organizaciones lideradas por la comunidad, siguiendo los estándares de ONUSIDA para mejorar el acceso, la derivación y la retención en tratamiento.

- Se sugiere eliminar los requisitos administrativos que dificultan el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR), permitiendo la incorporación al sistema de salud con información básica como nombre, fecha de nacimiento y sexo, sin necesidad de documentos como CURP o pasaporte. La información sobre acceso gratuito a TAR debe estar disponible en puntos de entrada terrestres y aeropuertos, coordinada por la Secretaría de Salud y difundida a través de autoridades de transporte, migración y la Red Consular en Estados Unidos.

- La capacitación del personal de salud es prioritaria para garantizar una atención adecuada, no discriminatoria y culturalmente sensible, incluyendo la atención a personas con barreras idiomáticas.

- Por su parte, es importante que los consulados mexicanos en Estados Unidos orienten a las personas con VIH antes de su retorno, proporcionando información sobre CAPASITS, Unidades de Atención Integral del VIH y afiliación al IMSS.

- Se recomienda coordinar la entrega anticipada de medicamentos y facilitar la obtención de historiales médicos, asegurando la continuidad del tratamiento y la integración fluida al sistema de salud mexicano, en colaboración con organizaciones comunitarias y proveedores de salud en ambos países.

- Se propone implementar intervenciones en lugares por los que transita un gran número de personas migrantes, como casas del migrante, estaciones de autobuses o trenes, y establecimientos ubicados en ciudades fronterizas. La principal ventaja de este enfoque es que permite abarcar a múltiples grupos poblacionales, más allá de uno o dos grupos específicos, e incluye a todas las personas potencialmente expuestas al riesgo en dichos espacios.

Es importante considerar que estas recomendaciones requieren mayores esfuerzos para su implementación; sin embargo, su impacto suele ser más profundo y sostenible. En este sentido, un cambio estructural fundamental disminuir la discriminación, como medida clave para reducir la vulnerabilidad social asociada al VIH.

Conclusiones

Los datos a nivel poblacional suelen mostrar resultados distintos cuando se analizan subgrupos específicos, conocidos como poblaciones clave. El control eficaz de la transmisión del VIH en la población general puede verse limitado por la falta de avances en mejorar el acceso de estos grupos a la prevención y atención (OMS, 2019).

La población en contexto de movilidad es una población clave en la respuesta al VIH en México, por su condición de movilidad constante, exposición a violencia, pobreza, discriminación y barreras estructurales. Las personas en contexto de movilidad presentan una mayor vulnerabilidad frente al VIH. Esta situación exige que se les reconozca explícitamente en las políticas de salud pública y se les brinde atención prioritaria.

Existen barreras estructurales que dificultan el acceso de estas poblaciones clave a las pruebas de VIH y la continuidad del tratamiento para personas en contexto de movilidad con VIH. Desde el miedo, el estigma, la falta de información y documentos, hasta la complejidad de los sistemas de salud y la discriminación institucional. Las personas en contexto de movilidad enfrentan múltiples obstáculos para acceder a servicios de salud relacionados con el VIH, tanto en el primer contacto como en la retención dentro del sistema, por ello, las cascadas de atención son un medio para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención.

En este contexto, el enfoque de atención a las personas en contexto de movilidad con VIH debe ser integral, sensible al contexto migratorio y culturalmente competente. La atención debe contemplar no solo el acceso a tratamientos como la PrEP y el TAR, sino también la prevención, detección oportuna y el acompañamiento psicosocial, especialmente en casos de violencia sexual, mujeres embarazadas y menores de edad.

El uso de herramientas como flujogramas y la identificación de perfiles migratorios permite mejorar la eficacia en la atención. Los flujogramas que consideran rutas de ingreso, tipos de migrantes y situaciones específicas (como el diagnóstico de VIH o eventos de violencia sexual), permiten personalizar la atención y asegurar intervenciones más efectivas y oportunas.

Asimismo, la respuesta efectiva al VIH en contexto de movilidad requiere coordinación interinstitucional y políticas públicas incluyentes. Superar las barreras que enfrentan las personas en contexto de movilidad no es solo responsabilidad del sistema de salud. Se requiere una estrategia nacional articulada entre salud, justicia, derechos humanos y protección social, que garantice una atención digna, continua y basada en derechos.

Finalmente, la retención de las personas que viven con VIH en los servicios de salud se fortalece mediante un enfoque centrado en la persona, libre de estigma y discriminación. Esto incluye, cuando sea pertinente, la referencia y contrarreferencia a servicios de salud mental y atención a adicciones dentro de la red local.

Referencias Bibliográficas

CENSIDA/Secretaría de Salud. (2021). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México. CENSIDA/Secretaría de Salud, en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/712164/Gu_a_TAR_fe_erratas_2022.pdf

CENSIDA (a). (2025). *Número de migrantes registrados en el SALVAR, por entidad federativa*. México. CENSIDA/Salvar/Secretaría de Salud. Datos con corte al 1 de mayo del 2025. (Base de datos).

CENSIDA (b). (2025). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México. CENSIDA/Secretaría de Salud, en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1006720/Guia_de_manejo_antirretroviral_de_las_personas_con_VIH_2025.pdf

CENSIDA (c) (2025). Boletín de Atención Integral de las personas que viven con VIH. Volumen 11, número 4, diciembre 2025, en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1040708/Bolet_n_D_a_Mundial_del_sida_2025_ed_especial.pdf

CENSIDA (d) (2025). COMUNICADO. Criterios mínimos para la atención de personas extranjeras y/o en contexto de movilidad en los CAPASITS.

Diario Oficial de la Federación. (2015). *NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad* en, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53624/NOM-047-SSA2-2015.pdf

Family Health International (2005). *Pruebas Voluntarias del VIH con Consejería: Una Guía de Referencia para Consejeros y Capacitadores*, en: https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_0025.pdf

García-Terrón, F. A., Leyva-Flores, R., Saavedra, J., López-Covarrubias, A., Lazcano-Ponce, E. C., Mosqueda, J. L., Rivera-Reyes, M. P., Izazola, J. A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2025). Deportaciones a México de personas con VIH: estimaciones y recomendaciones, 2025-2028. Salud Pública de México, 67(5), 1-10. En: https://doi.org/10.21149/16765

Kelly, J. (2004). Popular opinion leaders and HIV peer education. Resolving Discrepant Findings and Implications for the Implementation of Effective Community Programmes. AIDS Care, 16(2), 139-150. En: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14676020/

Organización Mundial de la Salud (2019). Manual de uso de datos en cascada para detectar deficiencias en los servicios de VIH y de Salud y mejorar los programas, en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332882/9789243514413-spa.pdf?sequence=1

Presidencia de la República. (2025). *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030*. Gobierno Federal, en: https://www.gob.mx/presidencia/documentos/plan-nacional-de-desarrollo-2025-2030-391771

Secretaría de Salud. (2023). *NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*. Diario Oficial de la Federación. En:

SSA, 2025. Estrategia nacional para la atención a la salud de personas en contexto de movilidad humana. Versión 1.0. En: https://drive.google.com/file/d/1aJ-R4q5zmAtYMVNTw5W9Pdy1VZV3UsNB/view

UNAIDS epidemiological estimates 2025 En: https://aidsinfo.unaids.org/

Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. (2014). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Última reforma publicada el 27 de mayo de 2024. Diario Oficial de la Federación. En: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf