Lineamientos y Recomendaciones para Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH y sida en Personas Migrantes

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 Migrantes”

diciembre 2025

Directorio de Integrantes del Grupo de Cascada de Atención de Migrantes

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

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 de la CONASAMA

Objetivo

Disminuir la pérdida de personas que viven con VIH (PVVIH) que requieren transferencia entre distintas instituciones, fortaleciendo la continuidad de la atención mediante el acompañamiento psicosocial y la activación de rutas de referencia cuando sea pertinente, particularmente en salud mental y consumo de sustancias, con un enfoque de derechos humanos y libre de estigma. Asimismo, promover la adherencia al tratamiento, evitando la pérdida de pacientes durante el proceso de transferencia.

Propuesta de acuerdos

- Establecer a los representantes de cada dependencia.
- Crear un proceso efectivo, simple y eficiente para la transferencia de las PVVIH intersectorial.
- Sugerir la creación de un “grupo” conjunto, intersectorial, con representantes de cada dependencia y de la sociedad civil para la vinculación.
- Generación de un flujograma efectivo para la migración intersectorial.

MESA DE TRABAJO CASCADA DE ATENCIÓN EN POBLACIÓN CLAVE: ATENCIÓN DE MIGRANTES

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. Se modernizarán hospitales y centros de salud y se consolidará el IMSS-Bienestar para atender a quienes no tienen seguridad social.

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).

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 esta 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 y retorno de en contexto de movilidad, además de presentar un alto índice de migración interna. Estos cuatro 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 1º 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

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.

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.

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.

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.

El siguiente flujograma 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**.**

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:

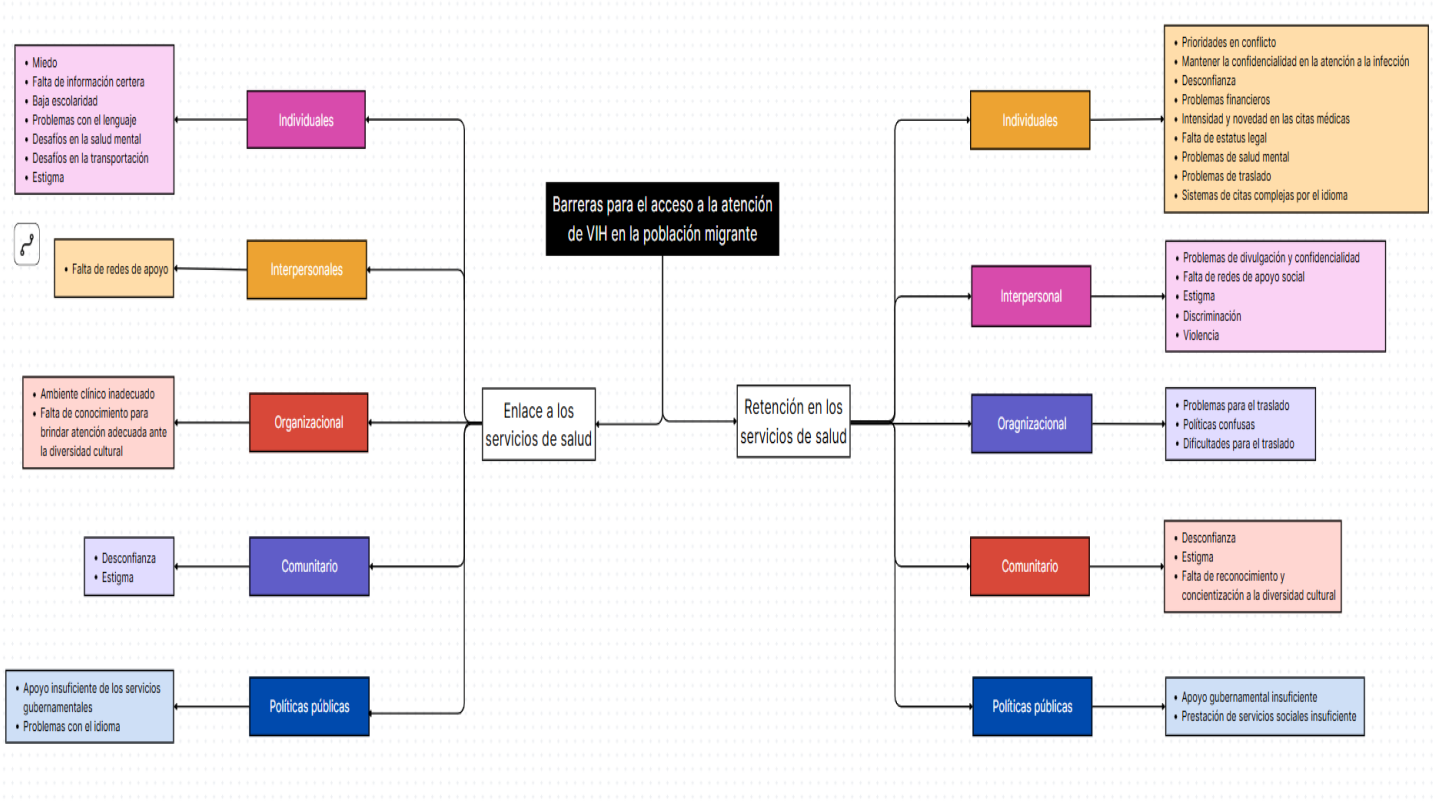
- **Individuales**: conflictos con otras prioridades de vida, dificultades para mantener la confidencialidad en el entorno, desconfianza, limitaciones

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 visual 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.

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.

El flujograma 2, 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.

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).
- **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:

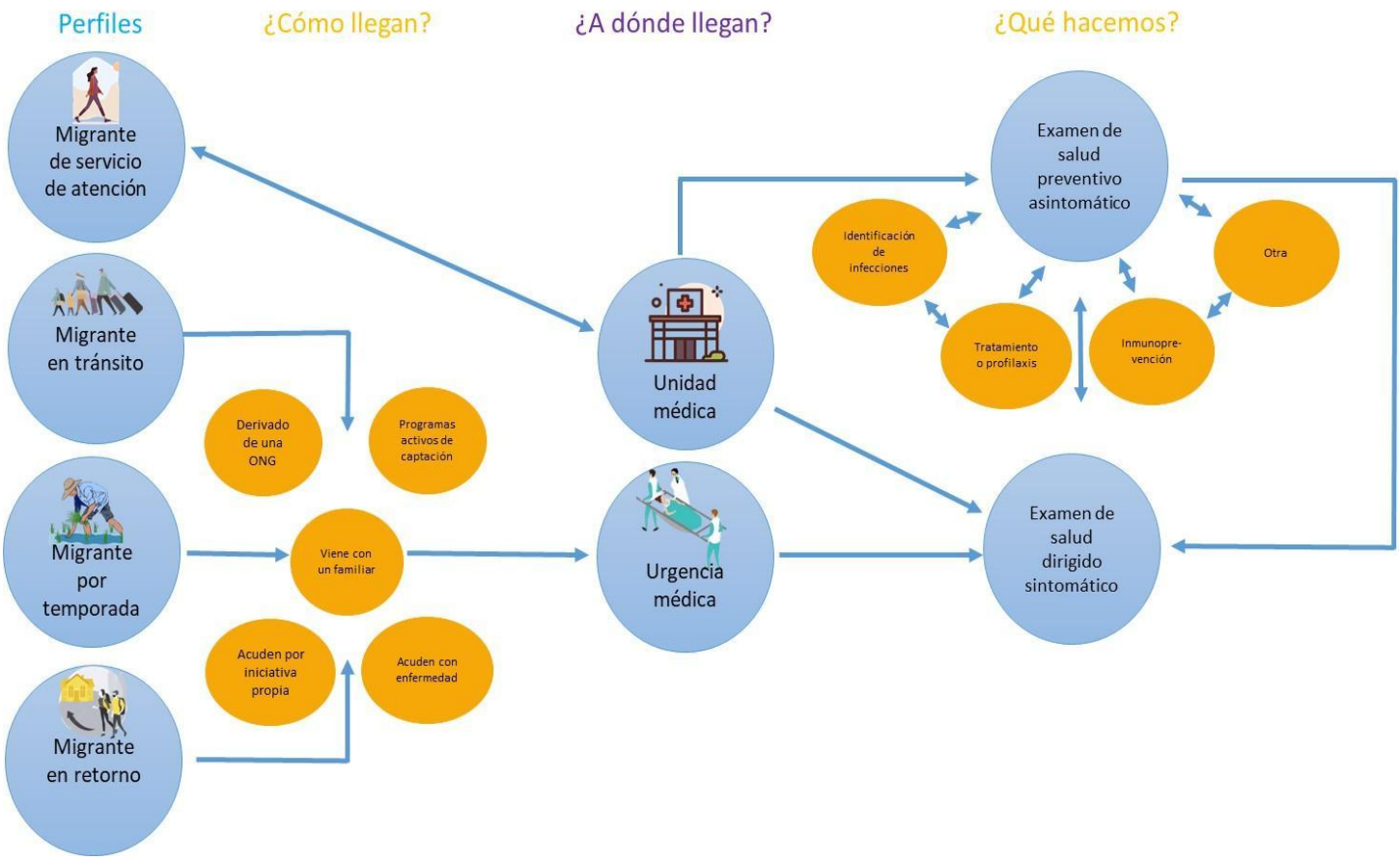
- A una **unidad médica**, para atención regular o seguimiento.
- A un servicio de **urgencias médicas**, en caso de situaciones agudas o de emergencia.

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.

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



Elaborado por el Departamento de Programas Estatales del Censida.

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):

1) ¿La persona tiene VIH?:

- Si sí, se refiere 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.

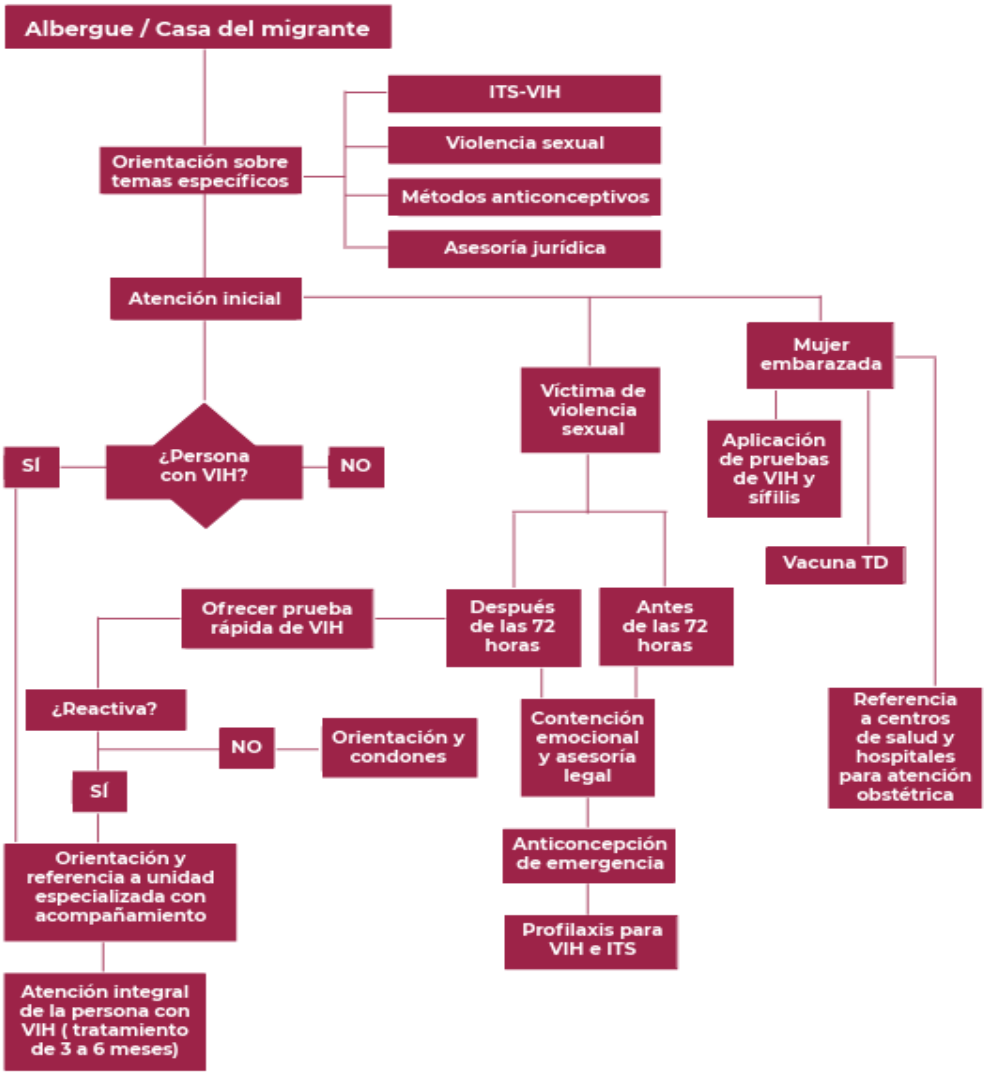
Otros aspectos destacables son:

- 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 podrían enriquecerlo:

1. ¿Qué sucede si la persona no acepta hacerse la prueba de VIH?
2. ¿Hay flujos distintos para menores de edad o personas con discapacidad?
3. ¿Cómo se garantiza el consentimiento informado en todos estos casos?
4. ¿Qué rol tiene el acompañamiento psicosocial más allá de los primeros días?

Algoritmo II-B. Flujograma de atención del paciente migrante



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

Las pruebas voluntarias de VIH acompañadas de consejería son un punto de entrada clave para la prevención, el cuidado y el apoyo a las personas que viven con VIH. Las pruebas voluntarias y confidenciales se han consolidado como un componente esencial en los esfuerzos de prevención, especialmente considerando la reducción de

la transmisión vertical, el mayor acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) y los tratamientos profilácticos efectivos para infecciones oportunistas (IO) (FHI, 2005).

Ofrecer pruebas voluntarias es relevante para toda la población, incluidos niños, niñas, adolescentes y personas con discapacidad. 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.

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. (2021). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México. Censida/Secretaría de Salud. Guía revisada y aprobada por el grupo de expertos del Comité de Atención Integral, 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

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. Recuperado de: 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

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

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