ACTA DE LA SEGUNDA SESIÓN ORDINARIA DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DICIEMBRE 2021

Con la plataforma de sesiones virtuales de Telmex, en la Ciudad de México, siendo las 11:15 horas del día 21 de diciembre del año 2021, se reunieron las personas vocales o sus suplentes asentadas en la lista de asistencia que se anexa, así como invitadas especiales, con el objeto de celebrar la Segunda Sesión Ordinaria del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA) 2021. La **Dra. Alethse De la Torre Rosas,** Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA, dio las indicaciones generales para uso del micrófono en uso de la palabra, para el registro de participación y para las votaciones de los Acuerdos de las vocalías o sus suplentes----------

1. Verificación de quórum. **----------**

La **Dra. Alethse De la Torre Rosas,** Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA, informó que se contaba con el quórum legal para iniciar la sesión, es decir, 21 personas participantes de las 31 vocalías votantes, por lo que se podía iniciar con la sesión. ----------

2. Introducción, marco general y objetivo de la reunión. ----------

El **Dr. Hugo López-Gatell Ramírez,** Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Vocal y Suplente del Presidente del CONASIDA, dio un saludo de bienvenida y agradeció a todas las personas participantes de esta sesión; procedió como en ocasiones anteriores, a comentar el marco general de la sesión y los objetivos de la reunión, informando que en esta segunda sesión ordinaria del CONASIDA en 2021 se daría seguimiento a los acuerdos que han sido aprobados en el pleno de este Consejo y se presentarían temas importantes que más adelante describiría. Asimismo, se pondrían a consideración del pleno del CONASIDA las propuestas de nuevos acuerdos. ----------

3. Lectura, y en su caso, aprobación del Orden del día. **----------**

El **Dr. Hugo López-Gatell Ramírez,** Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Vocal y Suplente del Presidente del CONASIDA, mencionó cuáles son los puntos a tatar en esta sesión y que están registrados en el orden del día que se mostró en la pantalla y que les fue enviada con antelación, cuyo contenido fue el siguiente: ----------

1. Verificación del quórum.
2. Introducción, marco general y objetivos de la reunión.
3. Lectura y, en su caso, aprobación del Orden del Día.
4. Seguimiento de Acuerdos
5. Presentaciones:
   - 5.1 Guía de Atención para Otorgar Profilaxis Pre-Exposición.
   - 5.2 Modificaciones a la Guía de Manejo Antirretroviral
   - 5.3 Estrategia para reducir los riesgos en los casos centinela sin abasto de ARV's y quejas en la atención de las personas que viven con VIH
   - 5.4 Formato único de reporte de prueba rápida para referencia y vinculación a atención de las personas que viven con VIH

5.5 Estrategia para cierre de brechas en la atención de infancias y adolescencias
6. Nuevos Acuerdos derivados de las sesiones de los Comités.
7. Asuntos Generales, y
8. Cierre de la Sesión.

El Dr. López-Gatell dio lectura al Orden del Día y lo puso a consideración del pleno del CONASIDA. Preguntó si alguien tenía algún comentario que lo expresaran. Si no era el caso, les solicito que quien estuviera de acuerdo con el orden del día, levantaran la mano frente a la cámara o presionaran el ícono correspondiente en la plataforma para que fuera registrado por el secretariado del Consejo. Se procedió a la votación y preguntó: ¿Es aprobado el orden del día? La **Dra. Alethse De la Torre Rosas,** Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA, contestó que sí, que era aprobado por unanimidad. ----------

4. Seguimiento de Acuerdos. ---------- La **Dra. Alethse De la Torre Rosas,** Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA, presentó el avance de los Acuerdos. Sobre el **Acuerdo A5/1aOrd/2013,** Proyecto para "Homologar las Normas 010 y 047 con relación al acceso de servicios de salud reproductiva para la población adolescente", dijo que, con relación a la norma 010, ya se atendieron las últimas observaciones y se espera que, para principios del siguiente año, se lleve a cabo el último paso en términos para su aprobación. Con relación a la Norma 047, se estará trabajando en coordinación con el CENSIA, asimismo que las acciones se seguirán verificando y en cuanto esté publicada la Norma 010, se los hará saber de forma inmediata. Del **Acuerdo A8/1aOrd/2013**, "Actualizar el Decreto y el Reglamento interno del CONASIDA" y **A4/1aOrd/2020,** "El Comité de Normatividad y Derechos Humanos, trabajará sobre este nuevo proyecto de Reglamento Interior del CONASIDA considerando todas las opiniones y observaciones que se han vertido"; ya se tiene finalizado el nuevo proyecto para el Reglamento interno de CONASIDA, que dará continuidad a las acciones desde la parte comunitaria, y se está solamente a la espera de una Sesión Extraordinaria, para que de acuerdo al Reglamento Interno vigente se pueda tener esta votación y comenzar a realizar todas las acciones correspondientes, para asegurar que se tenga el Reglamento que se necesita para el consejo. Posteriormente, comentó que se cuenta con varios acuerdos desde el 2016 y 2017, los cuales están en relación a la actualización de las Guías de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, que son: **Acuerdo A2/2aOrd/(2016)2019**, "Actualizar y difundir la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con VIH", **Acuerdo A3/2aOrd/2017**, "El CONASIDA solicita a las instituciones del Sector Salud que prestan servicio de atención especializada en VIH, fortalecer la calidad de la atención en apego a la Guía de Manejo Antirretroviral, a través de la capacitación de personal de salud y el monitoreo de atención oportuna y control viral" y **Acuerdo A2/1aOr/2017** "El CONASIDA exhorta a las instituciones de seguridad social y a las prestadoras de servicios de salud de las entidades federativas a analizar integralmente los procesos de transferencia e incorporación a los servicios especializados de VIH de las personas con diagnóstico confirmado de VIH, con el objetivo de asegurar la continuidad del tratamiento y trato humano e informen al CONASIDA de las personas que han sido transferidas e incorporadas en cada institución". La Dra. De la Torre comentó que, se aprobó la Guía de Manejo Antirretroviral, la cual ha sido difundida, implementada y se le ha dado seguimiento para asegurarnos que los medicamentos cumplen con lo establecido en esta guía. En los últimos meses se identificó la necesidad de tener algunas modificaciones puntuales, específicamente en lo referente al tratamiento pediátrico profilaxis post-exposición y recién nacidos,

por tales motivos, se mantuvo una reunión con el Comité de Atención Integral para ser discutida la necesidad de hacer estas modificaciones puntuales, en el que se llegó al siguiente al cuerdo de realizar las modificaciones propuestas a la Guía de Manejo Antirretroviral en beneficio de la población pediátrica, y se someta a la aprobación del CONASIDA, para luego publicarlas, difundirlas e implementarlas. Del **Acuerdo A1/1aOrd/2020** "Las instituciones buscarán compartir una base de datos única para las personas que viven con VIH; lo que permitirá facilitar la continuidad de la atención, independientemente de su derechohabiencia". La Dra. De la Torre mencionó que se han mantenido cuatro reuniones iniciales con las instituciones para poder hacer un mapeo e identificar las variables para generar este sistema de información que es muy importante para toda la trazabilidad de las personas. Se continuará con este proceso con el resto de las y los integrantes del CONASIDA, donde estén presentes los líderes comunitarios y los programas estatales, entre otros, para asegurarnos que entonces esta información cumple con los criterios que se desean. **Acuerdo A2/1aOrd/2020** "Derivado de la necesidad de la contar con proyecciones sobre el impacto de la epidemia de VIH en México más fidedignas se utilizará un nuevo Modelo de estimación desarrollado en colaboración con ONUSIDA". Mencionó que derivado de la Reunión de Alto Nivel para el avance en la agenda, se planteó que se establezcan indicadores para ir conociendo los avances en las estrategias y acciones de cada uno de los puntos que se acordaron en esta reunión. Conocer las metas hacia las que se quiere llegar, y cada mes se deberá estar cumpliendo en el avance de la estrategia, particularmente, lo referente a las infancias y adolescencia. Todo esto se estará viendo a través de sesiones y mesas de trabajos con los comités para presentar avances en la primera sesión del CONASIDA. **Acuerdo A3/1aOrd/2020** "Las instituciones buscarán adecuada implementación del formato único de reporte de prueba rápida para referencia y vinculación a atención de las personas que viven con VIH". Comentó que el formato único de reporte de pruebas rápidas, que gracias nuevamente al trabajo de líderes comunitarios, académicos y de las instituciones, para poder obtener una unificación de los procedimientos que sean implementados a nivel nacional en todas las instituciones de salud y que sirvan para la referencia y vinculación de la atención de las personas que viven con VIH. El Acuerdo **A6/1aOrd/2020** "El Comité de Prevención creará mesas de trabajo para dar seguimiento a los avances del PREP, contando con una amplia representación de los sectores involucrados, particularmente de las poblaciones clave en mayor riesgo". La Dra. De la Torre dijo que de estas mesas de trabajo sale la Guía de Atención, que es una guía extensa. Tiene un módulo de consejería para los servicios de PREP profilaxis pre-exposición los recursos para operar los servicios de la PREP, también divulgación y comunicación, capacitación y monitoreo para estos servicios. Entonces, la propuesta es validar la Guía de Atención para otorgar la profilaxis pre-exposición para su publicación, promoción, adecuada implementación y darle seguimiento. ---------
---

Hasta aquí se cerró el de seguimiento de acuerdos. Luego, se abrió un espacio para comentarios y sugerencias. ----------

Comentarios: el **Prof. Luis Adrián Quiroz Castillo,** Presidente y Representante Legal de la organización Salud, Derechos y Justicia, A.C., dijo: "Si, yo quiero ver si en la manera de lo posible y, dentro de las facultades que tiene el CONASIDA, es poder hacer un llamado justamente a los subsistemas de seguridad social que desafortunadamente hemos visto que a lo largo de este año han sido muy complejos cómo se han comprado los medicamentos ARV e incluso en algunos de estos hemos visto que no se ha podido garantizar la tripe optimización y recomendar, ya sea la

Comisión de Salud de la Confederación de Gobernadores, la importancia de poder garantizar la compra de los medicamentos ARV por estos subsistemas de seguridad social que están afectando a un número de personas viviendo con VIH, no son muchos pero no por eso dejan de ser menos importantes, y también en la manera de lo posible que el CONASIDA pudiera también hacerles una recomendación a los gobernadores de las entidades federativas porque desafortunadamente, como repito, hemos tenido casos muy complejos, en diferentes entidades como es Sonora, como es Chihuahua, en algunos han sido proactivos, en otros literalmente han sido extremadamente pasivos para poder garantizar el suministro continuo y, totalmente de acuerdo, para esos mecanismos de colaboración y ver la manera de lo posible de cómo se hacen llegar a poder tener esos préstamos de medicamentos ARV la semana antepasada tuvimos una reunión con pensiones civiles del estado de Chihuahua, la red de personas viviendo con VIH del estado de Chihuahua, y ellos justamente lo que nos decía pensiones civiles del estado de Chihuahua que es un subsistema de seguridad social que es que, ya se había tenido acercamientos con el CENSIDA pero que no habían avanzado, entonces es poder retomar esos procesos para poder garantizar en la medida de lo posible el suministro de medicamento y después poder que ustedes hagan el arreglo correspondiente para poder garantizar el pago o el regreso de los insumos pero que la finalidad es que las personas que vivimos con VIH, nadie se pueda quedar sin un día de la toma de medicamentos". La **Dra. Alethse De la Torre Rosas,** Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA, sugirió que, dentro de la votación de los acuerdos del Consejo, se establezca un exhorto o un pronunciamiento como CONASIDA para la continuidad de las cadenas de suministro para todas las personas, y también para asegurarnos de la atención de un modelo universal donde, si estas personas requieren atención y demás. **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención del Dr. Juan Sierra,** Jefe de la Clínica de VIH del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán quien dijo: "Mi comentario va en este sentido justamente, de reforzar un poco lo que está diciendo la Dra. De la Torre, ya tiene varios años que en este Consejo se ha enfatizado la importancia de movernos hacia una integración de los servicios de atención y de dejar de tratar en forma diferente a las personas según su derechohabiencia y creo que con los dos años que llevamos de pandemia y, que seguramente van a pasar varios años antes de librarnos de ella, hemos visto que las dificultades que representa el seguir brindando atención de acuerdo a la derechohabiencia se acentúan… en la pandemia hay pérdida de empleos, hospitales reconvertidos, hay dificultad de la movilidad y todo esto incide en que las personas no tengan una atención continua en un sistema de salud, entonces sí creo que es fundamental que reforcemos este tema ante las instancias administrativas reguladoras como una necesidad prioritaria de salud, las personas necesitan recibir su atención y sus medicamentos en donde estén y de alguna manera normalizar los mecanismos que puedan balancear esto financieramente entre las instituciones o reglamentarlo de alguna manera que pueda ser factible como lo mencionaba la Dra. De la Torre… creo que ese es un reto de estos grupos de trabajo pues deberíamos de movernos en esta dirección, más que ir en el sentido contrario de fragmentar más y

tratar a las personas de uno u otro subsistema de salud, como si fueran de diferentes países; este ese era mi comentario y ojalá podamos movernos en esa dirección…". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Muchas gracias Dr. creo que, sin duda esta parte de trabajar y asegurarnos que se pone como prioridad la transición al modelo de atención universal porque eso nos va a quitar problemas de abasto, desabasto, de barreras en el acceso, en el sentido de que quede claro en un pronunciamiento del CONASIDA y que esto también nos ayude a hacer algunos cambios. María Elena y luego el Dr. Hugo López Gatell, quien también quiere comentar algo al respecto…". Enseguida la **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención de María Elena,** quien dijo: "…que es necesario profundizar, y hace un momento hablaba de todas las barreras sociales, económicas, para que las personas tengan el tratamiento y, desafortunadamente tenemos un problema muy serio como instancias en el país con muchos años; este Consejo y el CENSIDA se han ocupado del consumo de drogas inyectables con la relación directa que tiene con la institución, pero ahorita tenemos otros consumos igual de problemáticos y que hace que personas con VIH, además de estar privadas de la libertad en los reclusorios, también están privadas de libertad en los centros de rehabilitación, y suceden cosas así. Acabamos de ver dos casos coincidentes donde la persona es derechohabiente del IMSS, tiene dos meses sin trabajar, está internada en un centro de rehabilitación y tenemos que ver de qué manera, porque el centro de rehabilitación es de puertas cerradas, de qué manera la persona acede a su tratamiento en el IMSS y cómo hacer para que esa persona se incorpore a los servicios de CAPACITs, si está prácticamente privada de la libertad, entonces el consumo de sustancias entre las personas que tienen VIH es un problema que tenemos que revisar más allá del consumo de heroína y de otras que se inyectan, bueno ahí lo dejo en la mesa para profundizar…". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Al contrario María Elena, muchas gracias, y totalmente de acuerdo con la ENPA, creo que ahorita también el Dr. López Gatell hablará un poquito acerca de esa necesidad (…)". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención de Dr. López Gatell quien comentó:** "Muchas gracias Alethse y colegas, quería comentar sobre lo del Modelo de Atención pero aprovechando lo muy oportuno, y desde luego, sensato comentario de María Elena, comento al respecto también de esto, recuerdo que María Elena, al inicio del sexenio, sabemos que lo ha hecho ya por varios años, declaró muy enfática aquí en el Consejo y también me lo dijo en una reunión cuando fue la Conferencia Mundial, la importancia de articular las estrategias de atención de adicciones desde la prevención, atención, rehabilitación, incorporación social con todo el trabajo de VIH, y en particular las estrategias de reducción de riesgos, puedo comentar y aunque quizá sería aquí entre paréntesis, mi estimada Alethse, que en algún momento invitáramos a Juan Manuel Quijada y al equipo de CONASAMA, aquí para tener un dialogo directo con las compañeras y compañeros miembros del Consejo… Para referirme a ello, la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA) Juntos por la Paz que presentamos públicamente el 5 de julio del 2019 ha tenido una ampliación muy gratificante y esto es porque ha funcionado con un modelo muy distinto del quehacer institucional, la ENPA básicamente es una plataforma de colaboración transversal de instituciones públicas de la sociedad en su conjunto en distintos niveles de organización y también en distintos espacios, una de las características de la ENPA, desde luego

central, es que logramos poner una separación muy importante de las políticas contra las adicciones que venían con la inercia represora y provisionista (sic) de administraciones previas... decidimos, y en esto contamos con todo el respaldo del presidente que, la estrategia no se involucraría en los temas de combate a la oferta, y esto lo dejaríamos en manos de las instituciones de seguridad pública y seguridad nacional como les corresponde y, no tenemos ningún divorcio, separación o encono con ellos, pero sí logramos que la ENPA no estuviera entremezclada con lo que tiene que ver con la oferta, desde el punto de vista de seguridad pública, en cambio la ENPA se ha ido construyendo con base en sus principios humanistas, de inclusión, desde luego del reconocimiento de que la carencia de bienestar social es el estrato sobre el que surge los problemas de adicción y también las múltiples violencias que, de origen, pueden ir perpetuando la violencia social general ligada con el problema de estupefacientes y la mecánica de la ENPA ha sido establecer mecanismos de colaboración que se han vuelto cada vez más sólidos y más amplios, con distintas instituciones enfocadas... destaco sin ánimo de excluir a ninguna, la del IMJUVE, aquí tenemos a nuestra colega representante del INJUVE, también la Secretaria de Cultura, desde luego la Secretaría de Educación Pública , la Comisión Nacional del Deporte, etcétera, son más de 43 instituciones públicas y organizaciones que están participando. , Otro elemento de la ENPA es el llegar al territorio, no estar en un escritorio haciendo libritos, haciendo lineamientos, sino directamente construir con las distintas comunidades en diferente grado de organización, la posibilidad de reconstruir el tejido social, de recuperar el espacio público, entonces esto ha sido muy alentador, porque una vez echada a andar la estrategia se han ido sumando protagonistas muy diversas/os que le han dado vida propia; entonces, retomando y con esto cierro mi comentario de origen y agradeciendo amablemente, considero que todo aquello que pueda seguir impulsando la fuerza de la ENPA vinculando no solo al gobierno, sino a la sociedad, la ENPA finalmente tiene que brindar toda su oportunidad en la medida que sea una plataforma permanente de colaboración, que no se burocratice, que no se vuelva clientelar y que no restrinja su ámbito... esto sobre ENPA y sobre el tema de reducción de daños y sobre la vinculación con programa de VIH, desde luego agradezco públicamente a la Dra. Alethse De la Torre porque es una de las directoras del subsistema de salud pública del país que más entusiasta y dedicada ha estado en la vinculación de la ENPA con los programas de VIH y de prevención de otras infecciones hematógenas como hepatitis C... Ahora lo que decía el Dr. Juan Sierra lo que se había comentado y también Luis Adrián, en cierta manera tiene que ver con esto, construir un mecanismo de respuesta universal ante un problema de salud pública, desde luego como todas y todos sabemos, no es nada fácil, sobre todo cuando la estructura institucional y la dinámica institucional han atentado en contra de ese propósito, todas y todos sabemos qué cosas han atentado contra ese propósito, la fragmentación del sistema nacional de salud, las burocracias múltiples, la corrupción, no perdamos de vista la corrupción porque ésta a lo largo de décadas ha sido también un obstáculo mayor, desde luego el fallido régimen de protección social en salud que realmente nunca logró asegurar más allá del financiamiento de los ARV y otros insumos, que hay que reconocerle, no logró la articulación efectiva del sector, sin embargo la buena noticia es que con el trabajo de todas y todos ustedes y el liderazgo

de la Dra. Alethse hemos estado acercándonos mucho más a esa posibilidad, y ya desde 2021, a mediados de 2021 se fueron construyendo acuerdos con las instituciones, en particular con el IMSS, está también aquí con nuestros compañeros representantes del IMSS, le agradezco en su momento al Dr. Víctor Borja y a la Dra. Célida Duque, que han ayudado mucho a tener Institucional esta noción del derecho a la salud convertido en algo muy efectivo a partir de una agenda muy concreta que es la atención de VIH, por supuesto si logramos expandirlo a prevención o tratamiento como prevención reenfocamos esta agenda que ya tiene más de 14 años planteada, podríamos tener una mayor efectividad… cierro diciendo, agradezco por supuesto la visión y compromiso con la claridad que expresados en sus comentarios, pidiéndoles apoyo para que efectivamente CONASIDA se pronuncie como ya lo ha hecho en otros momentos como una fuerza que impulse a esta integración, la voluntad existe, existe por parte de los directores de las instituciones de seguridad social de sus directores y directoras de áreas médicas pero para vencer el obstáculo, la inercia, el elefante reumático, seguimos en la necesidad de seguir presionando para que niveles inferiores de la estructura no se atoren en esas cosas, entonces que gratificante ver que CONASIDA sigue siendo una fuerza siempre muy progresista que no escatima en esfuerzos para empujar las mejores causas…Gracias". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención del Dr. Alejandro Rivera:** "Qué tal muy buenos días, muchísimo gusto de saludarla Dra. Alethse De la Torre, al Dr. Hugo López- Gatell y todas las personas que integran la Sesión Ordinaria del CONASIDA, en esta pauta que, también entiendo apoya el Dr. Hugo López Gatell me parece que es sumamente importante el posicionamiento del CONASIDA respecto a esta transferencia que se ha venido dando de usuarios que tienen derechohabiencia y que son atendidos, muchos de ellos, en esas circunstancias en los Capasits o en los SAIHS y que, en muchas ocasiones, la necesidad de atenderse precisamente en el caso de Chiapas en un SAIH o un Capasit tiene que ver precisamente con las distancias, pueden trabajar en Palenque, pueden trabajar en Ocosingo, pueden trabajar en algún punto y, si se atendieran en el caso del ISSSTE tendrían que venir hasta Tuxtla Gutiérrez, por ejemplo, citando un ejemplo podría pasar también con otra institución de derechohabiencia. Entonces, esas situaciones nos las han externado de manera frecuente y ha sido una solicitud expresa de muchísimas personas que reciben atención y al tratamiento ARV, cuando se centre nada más en espacios ubicados generalmente en los grandes hospitales, como sucede en Tuxtla Gutiérrez algunas instituciones de derechohabiencia esto limita la oportunidad y aumenta la posibilidad de pérdida, entonces, sí quisiera pronunciarme en dos sentidos, uno en apoyar el posicionamiento del CONASIDA, pero en el sentido también de que las personas que reciben la atención y tratamiento ARV que tengan derechohabiencia no se vean expuestas o no se vean en riesgo de tener que abandonar en este momento un capasit por el motivo de la derechohabiencia, es decir que en este momento no haya ese riesgo que siempre ha estado latente que siempre ha sido una amenaza y aunque entiendo que esto está basado en las observaciones normativas, que nos obliga como Secretaria de Salud del Estado, Secretaria de Salud a nivel del gobierno de México, sí me parece importante que ese pronunciamiento también integre la consideración de que las personas que ya reciben hoy la

atención y tratamiento no estén en este riesgo de tener que abandonar su atención y tratamiento porque entonces, particularmente en el caso de Chiapas que es el que conozco a detalle, pues sí tendríamos la posibilidad de que entonces usuarios que hoy están en capasits que se tengan que abandonar por esta dinámica que se ha venido trayendo pues en resumen no solamente estén al expuestas riesgo por el desabasto que se ha documentado con las instituciones de derechohabiencia pero también la accesibilidad que puedan tener para sus clínicas; ese es el primer comentario, y el segundo que me parece que es de carácter de construcción hacia un modelo universal que parece que esta pandemia ya vieja de 40 años de VIH creo que nos debe obligar o nos debe motivar precisamente a este replanteamiento con todos los retos, como comenta el Dr. Hugo López Gatell, en este sentido creo que hay una posibilidad si se identifican las fuentes de financiamiento y si éstas son las mismas a través de las compras consolidadas de medicamentos ARV, tenemos una guía de manejo ARV para México que es sectorial, me parece que son elementos fundamentales, sin embargo, no dejar pasar también que la estructura o la sobrecarga que puede representar para algunos centros, para algunas unidades como SAIH o capasits, particularmente, puede ser también un importante reto que tendrá que tenerse a consideración y buscar los mecanismos de fortalecimiento, me refiero que, si tenemos en caso de Capasit Tuxtla cerca de 2200 personas con VIH y muchas de éstas tienen derechohabiencia de IMSS o ISSSTE pues también esto demanda una obligatoriedad de revisar - cómo está la capacidad para otorgar los servicios con calidad, no solamente para las personas con VIH, sin derechohabiencia sino también aquellas que por alguna circunstancia llegaron con nosotros, y esto puede ser insisto por la accesibilidad, insisto también y lo tenemos documentado, pero también comentan que el buen trato que se da en las instituciones de la Secretaria de salud en este caso SAIH o capacit es muy diferente al trato o la dinámica burocrática o administrativa que muchas veces experimentos que vive por ejemplo en otras instituciones de derechohabiencia, entonces mi pronunciamiento es en esos dos sentidos: 1) no dejar desprotegidas a estas personas con VIH, apoyar este pronunciamiento de continuidad de garantizar esa continuidad y el segundo es la revisión de la capacidad en cuanto a infraestructura y capacidad técnica para poder avanzar hacia esta posibilidad de un modelo de atención universal. Muchas gracias por la oportunidad de participar". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Muchas gracias Alejandro, sin duda el poder asegurarnos de que, inclusive en zonas muchísimo más complejas como Chiapas, se eviten daños a la salud a las personas, y esto a lo largo y ancho del territorio nacional es fundamental, gracias por el apoyo a esta iniciativa…" **Dra. De la Torre le dio la palabra al profesor Luis Adrián Quiroz:** "Es interesante escuchar los planteamientos, pero creo que cuando no tenemos un sistema que garantice la atención integral en todo su componente va a ser extremadamente complejo, y digo voy a traer tres cosas que son básicas y que tenemos que verlas y lo tenemos que discutir desde ahí, la semana pasada en el Comité de Monitoreo y Evaluación nos mostraban los niveles de muertes con derechohabiencia y sin derechohabiencia y desafortunadamente las personas que siguen muriendo más hoy en día son las personas que no cuentan con derechohabiencia, justo porque no tienen el tema de la atención integral, entonces a mi si me

preocuparía que en este momento lo que propone Alejandro y lo que propone el Dr. Sierra, cuando nutrición es una isla dentro de un océano muy complejo, y me imagino que Chiapas no cubre ni dislipidemias, ni problemas de hipertensión ni daño renal, ni otras comorbilidades y menos aún, hoy en día todavía se tiene que pagar operaciones u otras intervenciones quirúrgicas, va a ser muy complejo si no tenemos toda la gama de servicios por parte del INSABI, para poder dotar no nada más de ARV, porque hay que recordar que desafortunadamente ya en estos 40 años que estamos celebrando la epidemia no solamente vivimos con VIH, ya un gran número de la población que vivimos con VIH tenemos comorbilidades, tenemos otros problemas asociados, tenemos que tener otras intervenciones incluso quirúrgicas y que desafortunadamente hoy no podemos contar con este proceso. Me queda claro que es un tema que todo mundo queremos que tengamos la portabilidad en todo el sistema de salud y poder querer atendernos donde más cerca nos quede, donde mejor nos traten, pero también hago un llamado porque parece que, a veces, está visibilizando como los buenos y los malos. Yo les puedo mencionar que desafortunadamente también en los capasit hay malos tratos, acabamos de tener una queja que hoy me presentaba en redes sociales una persona viviendo con VIH en el capasit de Ciudad Juárez, donde justamente el médico lo atendió muy mal, entonces yo creo que tendríamos que dejar atrás esta guerra entre quién es el que mejor trata y quién es el que peor trata y mejor construir un modelo que garantice la atención igualitaria en una materia con un enfoque de derechos humanos y de no discriminación para poder garantizar y evitar esta guerra tan absurda que, a veces, por comentarios la gente dice quiero atenderme mejor en un capasit pero resulta que no puede comprar los medicamentos que está utilizando porque no le alcanza el dinero. Entonces creo que tendríamos que construir más hacia estos modelos, empezar otra vez en este discurso confrontativo que hemos tenido a lo largo de muchos años y, que de verdad no nos ha llevado a nada y yo creo que sí es empezar a construir, y ahí, asumo un poco la propuesta de Hugo de ir asumiendo la construcción de un nuevo modelo pero con esas vertientes que sea realmente igualitario sin discriminación, pero que también tenga todos los insumos para poder garantizar la atención integral, ahora sí como sus letras se tienen que llamar, de este proceso, y retomando en este orden de ideas yo si quería solicitarte Hugo, si podemos tener una reunión urgente con el Dr. Pedro Centeno, porque de verdad la situación en el ISSSTE es preocupante para muchas de las personas que viven con VIH, hoy lo estamos viendo que ni siquiera hay personal del ISSSTE en la Sesión del CONASIDA, sí yo quiero hacerte un llamado para poder hacer esta reunión, porque de verdad hay situaciones disímbolas en las propias entidades federativas que tienen ISSSTE donde en algunos lugares se han puesto las pilas, pero en otros, y pongo el caso de Yucatán es complejísimo, tienen un médico tratante que se jubiló hace tres años y, hoy en día tienen un médico contratado, el medico es excelente pero desafortunadamente le dan contratos por quince días, y después dejan de tener atención medica porque no hay un contrato por más de dos meses, lo vuelven a contratar, la carga de trabajo es preocupante y, hoy no podemos garantizar la atención integral y así te puedo poner muchos ejemplos de los que ocurre en el ISSSTE y que creo que sí es sumamente importante poder sentarnos con el Dr. Centeno para poder garantizar y que

exista un mejor pronunciamiento, ya genera un compromiso público, pero creo que hoy es de verdad de urgencia poder atender lo que ocurre en el ISSSTE". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Muchas gracias, Luis Adrián, y sí creo que al final todas las personas del Consejo coincidimos en esta parte sobre el modelo de atención integral universal y, en este mismo sentido en que sea adecuado al ciclo de vida, que sea adecuado también a las necesidades de las personas y que evidentemente no será lo mismo lo que requiere alguien que vive en Chiapas, que una persona en CDMX, o en Baja California, o Chihuahua, entonces la propuesta va dirigida 1) el pronunciamiento sobre la necesidad de la continuidad de atención y esta parte de hacia la colaboración como lo comentan el modelo de atención integral universal, lo agregamos, y ahí estoy totalmente de acuerdo agregar "integral", pero sí ya empezar a generarlo, y es importante también esta parte de cómo lo vamos a estar monitorizando al final evidentemente esto tendrá que ser a través de los mecanismos de acción en términos de resultados en salud y los resultados de salud para todas las instituciones y, sí permítanme comentar al menos por parte de las instituciones es algo muy interesante y yo agradezco la disposición que hemos tenido tanto del ISSSTE, del IMSS específicamente todo este empuje que están teniendo esta parte de apertura de sentarnos y de decir estamos convencidos que todos somos un mismo sector salud y que tenemos que cambiar y modificar y, pues a menos varios de los capasit que he tenido el gusto de conocer, inclusive en Chiapas pues a mí me ha llamado y ha sido muy claro el compromiso de esta parte de atención integral, donde se tienen medicamentos, donde se tienen varias cosas que estoy segura que hace años a lo mejor no era tan frecuente, pero al menos he visto desde tratamiento para antihipertensivos antidislipidemias, otros elementos, la rendición de cuentas es sin duda crítico, pero también hay resultados en salud, entonces esto va muy de la mano del registro estandarizado universal y del modelo de atención integral, con ciertos elementos de acción, por ejemplo comentábamos salud mental, es fundamental, entonces tenemos actualmente al menos para personas sin derechohabiencia la capacitación de personas, de más de 500 personas, en todo el territorio nacional en mhGAP, para la atención de dislipidemias y de atención de enfermedades cardiometabólicas tendrán que ser a través de hearts, y tenemos que asegurarnos que estos procesos estén realmente estandarizados y que podamos tener estas acciones que estén dirigidas, pero trabajemos en conjunto, hagamos acciones con varias sesiones en este sentido para impulsar el cambio, creo que al final el que todos estemos aquí y de acuerdo, sabemos que podemos tener sistemas muchísimo mejores y que necesitamos sistemas que sean que atiendan la salud de la población, entonces pues la parte de trabajar y asegurar en avanzar a la brevedad". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención del Dr. Alejandro Rivera:** "En mi caso, nuevamente, totalmente coincido con el planteamiento que hace el profesor Luis Adrián Quiroz respecto a diferentes ámbitos que ha señalado, pero si quisiera reiterar que me parece que este posicionamiento y la posibilidad de que se dé este posicionamiento como parte del CONASIDA, usted lo ha reiterado nuevamente, es esta necesidad, esta obligación de garantizar la continuidad en el tratamiento ARV; me parece que esto debería ser desde mi perspectiva lo prioritario, cómo garantizamos la continuidad del tratamiento ARV, por supuesto que es necesario reconocer que

existe la capacidad que tienen las diferentes instituciones públicas del sector salud, es decir, efectivamente en el caso de Chiapas por ejemplo, hasta el momento no tenemos contrato de un servicio de infectología o medicina interna para la atención de personas con VIH, algo que vamos a lograr sin lugar a duda para el año 2022 como parte de las estrategias de fortalecimiento, pero otros espacios lo pueden tener, entonces me refiero que existe posibilidad y capacidad y cómo hacer este ensamble o estas estrategias para que probablemente algunos espacios puedan otorgar servicios a la atención ambulatoria, otras puedan atender estas enfermedades crónicas en las persona con VIH y otras puedan también garantizar la atención de todos estos diagnósticos tardíos e infecciones oportunistas, entonces, mi punto va en que sí es necesario el posicionamiento para garantizar la continuidad del tratamiento ARV, reconocer la capacidad que tienen las instituciones, y me parece que es fundamental identificar también que las determinantes sociales que tienen un impacto en la salud, que dan ese valor agregado a la salud, es decir, si no identificamos las determinantes sociales que se ven afectadas por la distancia, por el recurso económico, por la accesibilidad, en razón de género, en razón también de discriminación por orientación y la identidad sexo-genérica, me parece que entonces la calidad no solamente está en la discusión únicamente, como decía tomando la referencia de José Adrián Quiroz entre quiénes son los buenos y quiénes son los malos sino la calidad pues es este conjunto, esta suma de situaciones y de determinantes que tienen un impacto y un alcance en las personas con VIH , incluidos niños, niñas y adolescentes que es fundamental y obligado pensar en esta población, gracias Doctora". **Dra. De la Torre continúo con la siguiente diapositiva:** "Y bueno, al ratito vamos a tener la parte de la votación para estas nuevas propuestas de acuerdos, pero aquí entonces tendríamos que ver estos elementos, este es un grupo de trabajo las instituciones trabajaran también en mecanismos para transición hacia un modelo de atención universal, y a lo mejor lo que podemos tener es para el pronunciamiento enviarlo a una sesión que se tenga en los primeros quince días, a través del Comité de Atención Integral para tener ya una propuesta, que esa se apruebe y se mande ante ese posicionamiento por parte del CONASIDA, estaríamos viéndolo en unos momentos para las modificaciones que tengan <<a lugar>>". ----------
---

Dra. De la Torre continúo con la siguiente diapositiva y expuso: "Y finalmente otro de los puntos que es extraordinariamente relevante es no dejar de visibilizar poblaciones que existen una serie de brechas muy importante sobre todo estas brechas para nuestras niñas, niños y adolescentes. Y así, como el año pasado, comentábamos sobre la necesidad de tener un modelo estandarizado y visto para el elemento de atención para las mujeres que viven con VIH, pues no perder de vista que tenemos también una deuda con las personas, nuestras infancias y nuestras adolescencias, sabemos que tenemos una necesidad de llegar realmente a un tamizaje que sea adecuado entre las mujeres embarazadas, y si bien existen insumos para este tamizaje pues tenemos que generar un cambio específico sobre el modelo de atención, incluyendo aquellos elementos que nos permitan garantizar que no existe niño-niña que salga de un hospital en una unidad de atención sin que se garantice que le han hecho una prueba para VIH, sífilis y hepatitis para su madre. Estos son los números de

casos que se han presentado para transmisión vertical en lo que llevamos de este año, había 382 mujeres embarazadas que viven con VIH, las cuales una vez que saben que viven con VIH y que tienen este tipo de tratamiento, la mayor parte logra tener supresión viral, y esto es algo importante y esto es por lo que tiene que ser un sistema de atención que realmente vaya desde promoción de la salud donde esté en el primer nivel de atención, nosotros llegamos al último punto, vamos tarde, tenemos que asegurarnos que las personas tienen acceso a estas pruebas las que tienen acceso a acción y seguimiento en el mismo sentido. Y estos son justamente los componentes del modelo que se estuvieron trabajando con nuestros líderes de las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones para el modelo de atención, justamente para la eliminación de la transmisión vertical de VIH, sífilis congénita y en algunos lugares también hepatitis, entonces evidentemente tiene que ver con muchísimos más puntos pragmáticos de acceso oportuno de brigadas de respuesta rápida que permitan esta vinculación y acompañamiento, seguimiento, monitoreo en tiempo real y esta parte de observatorio que así como se está teniendo y no se deja de tener un continuo trabajo para la implementación de la estrategia de hepatitis C, pues lo mismo ocurra para la parte de transmisión vertical, es decir poner nuevamente estos elementos que permitan tener en tiempo real esta información, que permitan accionar y asegurarnos que no nos quedamos cada año con el 70% de las mujeres embarazadas con pruebas, que realmente estemos yendo a las diferentes entidades federativas y que logremos posicionar este elemento como uno de los prioritarios en todos los sistemas de salud, existen por los estados algunas de las intervenciones como son promoción de la salud están yendo casa a casa, que puede ser un elemento muy importante para hacerlo, pero también por ejemplo en estas visitas institucionales que también se realizan, el verificar la trazabilidad de las acciones no es solamente el tener las pruebas sino utilizarlas y que esto se vea reflejado en una disminución del número de datos de transmisión vertical. Hasta el tercer trimestre de este año tenemos, y son sobre todo personas sin derechohabiencia, más de 1500 niñas y niños que viven con VIH en toda la República Mexicana, y de estos como pueden observar existe una disparidad en términos de las personas que se encuentran con cargas virales indetectables, como Sonora, Chihuahua, por ejemplo con cargas en niños en menos del 50% inclusive, es decir, las brechas que tenemos para esta población son altísimas y es algo que no es adecuado y que más que difícil, que más complejo atender una población que la mayor parte de nuestros niños y niñas son huérfanos, son niños que sufren toda una serie de barreras que, por ejemplo agradezco a Ale por haberme llevado y decirme esta es la realidad de nuestros niños, niños que tienen inseguridad alimentaria, que tienen inseguridad de vivienda, que son víctimas de violencia, que son víctimas al final también de un sistema de discriminación, que los sacan de la escuela por vivir con VIH, que los cuida un adulto mayor, y que tardan cuatro cinco horas en llegar a una unidad de atención para recoger sus medicamentos y que, para hacer eso del transporte, son dos o tres semanas de trabajo de esa familia. Entonces, cuando hablamos de barreras, cuando hablamos de desenlaces de salud no podemos quitarlos de la vista de todos los determinantes sociales que existen alrededor, y por lo tanto necesitamos, esto no es adecuado, no es adecuado porque difícilmente las personas hablan

por estos niños, y por lo tanto, necesitamos hacer un cambio específico para asegurar que tenemos una respuesta, para asegurar que no estamos dejando a nuestras infancias atrás, las hemos dejado atrás, simplemente hasta medicamentos los medicamentos que se tienen y hasta desde el punto de vista de innovación terapéutica pues termina siendo una enfermedad del olvido, por la falta de inversión, por la falta de aseguramiento en términos de estas acciones, entonces como este tipo de acciones va a requerir un elemento de acción dirigido, donde pues aseguremos que nuestra infancias tienen 1) la optimización del tratamiento que requieren, tienen el análisis de las brechas que necesitan, pero también hacer el llamado al CONASIDA, a cada uno de los miembros que están aquí, al DIF, al INMUJERES, a la SEP, al IMJUVE para que nos ayuden a cerrar el resto de las brechas que tienen estas personas, porque de otra forma pues estamos destinados a muchos de estos casos ni siquiera registrarlos, muchas de estas muertes, ni siquiera tienen un nombre, ni siquiera tienen un acta de nacimiento, entonces esto no lo podemos permitir, y esta es necesidad del Consejo hacer un cambio significativo para nuestras infancias, esto no está bien, y esto hay que cambiarlo a la brevedad. Y justamente lo que queremos es generar un grupo de trabajo permanente para asegurarnos que se tiene la optimización del tratamiento, para asegurarnos que se trabaja en esta parte de la estrategia de alineación transversal con estos elementos que se estuvieron trabajando desde el CONASIDA, con análisis de resistencias también para nuestras infancias y bueno tener una mesa continua para estas acciones; CENSIA también está aquí, en esta parte de protección de nuestras infancias y adolescencias, sabemos que tenemos aliados también en estas instituciones, pero bueno…" . **Dra. De la Torre le dio la palabra al profesor Luis Adrián Quiroz quien comentó:** "Si, yo traigo otro punto, yo creo que acabas de tocar un tema súper importante, Alethse, y es cómo también hacemos un llamado al DIF, al DIF Nacional y a cada una de las Entidades federativas para en la manera de lo posible poder acelerar los trámites de adopción que tienen hoy en día muchos niños (as) que viven con VIH que están a protección del DIF y que pareciera que es mucho más complejo adoptar a un niño que vive con VIH que, a otro niño y, que muchas veces se le restan oportunidades a estos niños que quieren ser adoptados por personas y que creo que es un tema que también tenemos que empezar a revisar de cómo podemos generar más justicia social para estos niños que están en estas situaciones, concuerdo de verdad que es importantísimo poder garantizar, poder dotar de mejores tratamientos a los niños que viven con VIH, y en la manera de lo posible, de verdad hacer un compromiso nacional con todos los sectores de la población para ir avanzando y garantizar que en México, en la manera de lo posible, no nazca un niño más con VIH, creo que hay que redoblar muchos esfuerzos, yo te lo he comentado muchas veces, Alethse, de poder realmente echar a andar en marcha ese "Observatorio vida" para poder realmente generar un compromiso y hacer que ninguna mujer hoy en día pueda tener la posibilidad de que dé a luz un niño con VIH, ya tenemos los medicamentos, ya está el adelanto, qué falta para poder hacer, entonces creo que es sumamente importante este punto y desde la vocalía que nosotros tenemos vamos a apoyar al 100% todas estas iniciativas, pero sí hacer estas recomendaciones a los DIF estatales y al DIF nacional para, en la manera de lo posible, poder tener más acciones que garanticen esta oportunidad a los niños

que hoy en día están en procesos de adopción o la otra, de parejas de hombres o mujeres que viven con VIH y que quieren adoptar a un hijo, a veces pareciera que fuera una limitante sobre todo por estas leyes absurdas que todavía tenemos en el país de estigmatizar a las personas que vivimos con VIH". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Muchas gracias Luis Adrián, sí, si así se acuerda, por supuesto que, en la primera quincena del siguiente año, es decir, va a ser la primera reunión de este Observatorio porque es fundamental". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención de María Elena:** "Sí, definitivamente es un tema muy rezagado, súper-rezagado y de acuerdísimo en informar a este grupo de trabajo; les comento que hace 26 años me convertí en madre adoptiva de una niña con VIH, y es tan terrible que las cosas no cambien, en aquel tiempo, la niña estaba en un albergue en situación de mucha discriminación, y sigue habiendo discriminación, para las niñas y niños con VIH, en aquel tiempo no había opciones para el tratamiento y sigue sin haber opciones de tratamiento, en aquel tiempo acompañamos a varias familias, donde las niñas quedaban al cuidado de las abuelas o de algún otro familiar de los niños, y no tenían las condiciones para resolver la situación que imperaba, entonces, como no son la cantidad de personas con VIH, así como en otras poblaciones, no los miramos, no los miramos y todas estas cosas que nos siguen indignando que nos siguen doliendo mucho; a mí me preocupa bastante, y ahorita vi que Agustín levantó la mano, qué bueno me preocupa bastante porque tenemos que, esos niños y niñas crecen, y hay todo un hermetismo sobre su vida, sobre su situación con VIH, y sobre su vida erótica-sexual, que en algún momento van a iniciar, entonces como que hay muchos temas alrededor de las infancias que tenemos que profundizar y que le tenemos que entrar y perdón por ponerme tan chipil…". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Gracias, Ma. Elena y, por supuesto que es un tema que nos debe de doler y que tiene que generar un cambio, Ale adelante…" **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención del Dr. Alejandro Rivera:** "Sí… me parece que en la lámina anterior respecto al tema de transmisión materno infantil, prevención de transmisión materno-infantil, creo que también debería ser un punto obligado dentro de este posicionamiento del CONASIDA para garantizar la continuidad en la atención y el tratamiento o específicamente en todo el protocolo que implica una medida efectiva para reducir hasta menos del 2% el riesgo de la transmisión y esto lo refiero con conocimiento de causa, que nos han pasado en diferentes situaciones en las cuales la intervención, incluso la oferta de la prueba de detección de VIH en embarazadas en algunas instituciones de derechohabiencia probablemente no resulta a veces tan frecuente; en otras ocasiones tampoco hay la disponibilidad de los medicamentos para profilaxis inter-parto o incluso si intravenosa que veo ya lo tenemos por parte del CENSIDA o del INSABI. Entonces, me parece que la prevención de la transmisión materno-infantil como el seguimiento del tratamiento ARV, podría o debería ser también un tema obligado dentro de este posicionamiento para garantizar la continuidad, es decir, no podemos perder la oportunidad que porque la usuaria tiene derechohabiencia no podamos otorgarle un medicamento ARV o corramos el riesgo, Dra. Alethse, de tener una observación ante un Órgano de Fiscalización por otorgar medicamento que se ha comprado desde la Secretaria de Salud a una persona que tenga derechohabiencia, entonces me parece que esto es fundamental, y no solamente para el tema de

profilaxis, sino también de los servicios de detección y diagnóstico de VIH, creo que si queremos avanzar hacia este camino largo, aun por el rezago que ha habido en el tema de la derechohabiencia, en el tema de la prevención de transmisión materno-infantil, un punto obligado es que no sea un obstáculo el tener o no derechohabiencia para poder tener acceso a los servicios de prevención materno-infantil, esto lo agradecería muchísimo.; En cuanto a niñas, niños y adolescentes con VIH, en el caso del estado de Chiapas, me parece si están las colegas del DIF nacional, me parece que ya podría haber una oportunidad con otras entidades federativas también, pero en el caso del estado de Chiapas hemos logrado ya concretar un programa específico del DIF, este programa para el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes con VIH ya es un programa oficial por parte del DIF que integra tanto apoyo para escuela, apoyo alimentario, más de 4 mil familias este año, de personas con VIH, se han beneficiado con apoyos alimentarios pero hay más necesidades por supuesto y seguramente tendremos que tocar las puertas de la Secretaría del Bienestar para que también sean identificadas estas poblaciones que, de acuerdo a las determinantes sociales que se han observado para que también puedan tener algunos otros beneficios que se puedan hacer a través de la gestión local, entonces en este punto me parece nuevamente insisto en garantizar la continuidad, lo ha señalado el Dr., Usted vio la experiencia que tuvimos aquí en Chiapas junto con la organización Joy-Joy, fuimos a visitar a Iver, un niño de 15 años de edad que fue diagnosticado a los 10 años con el VIH que este año logró ya la indetectabilidad, después de varios años sin lograr esta meta, pero que las condiciones en las que vive son muy difíciles, terribles, un estado de desnutrición muy grave, en una comunidad indígena, de difícil acceso pero donde hay una unidad de salud del Programa IMSS Bienestar, y esto nos alerta nuevamente la posibilidad de poder construir mecanismos que nos permitan que los medicamentos, los insumos, estén lo más cercano a las personas, entonces sí quiero dejar esto de visto nuevamente no, que esta experiencia de terreno es sumamente importante y por el estado de Chiapas pues toda nuestra disponibilidad también para compartir la experiencia pero también para sumar este posicionamiento firme de continuidad en tratamiento a través de los mecanismos que sean necesarios, lo señalaba María Elena Ramos, no son 1600 niños probablemente en comparación con el resto de la población con VIH, es una proporción mucho menor pero yo agregaría como lo han dicho diversas pediatras infectólogas, no tienen tampoco la posibilidad de organizarse por ellos y por ellas mismas o de marchar o de demandar o de participar en su propia voz, entonces me parece que hay una responsabilidad muy grande de quienes tenemos esta oportunidad de poder posicionar este tema y muchísimas gracias nuevamente Dra. por este compromiso que tiene con las infancias y las adolescencias con VIH". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Muchas gracias Dr. Rivera, y pasaríamos entonces con Agustín, adelante Agustín". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención a Lcdo. Agustín:** "Muy buen día a todas y todos, les ofrezco una disculpa porque no tengo una cámara para que me miren, no se pierden nada, me da mucho gusto, por supuesto participar en esta sesión y únicamente Dra. Alethse decir que, en nombre de CENSIA, por supuesto que nos sumamos a este acuerdo para que se conforme el grupo de trabajo, el CENSIA desde luego estará participando y a título personal pues yo haría el compromiso de hacer

parte de esto y pues aportar alguna experiencia en la materia y, sumarme a lo que han dicho los colegas de las organizaciones, particularmente las expresiones de Luis Adrián y Ma Elena, por supuesto también lo que expresa Alejandro también tenemos que entender esto como un tema de derechos, como un rezago muy importante que hay, que vincula a otras problemáticas, lo que acaba de contar Alejandro sobre la nutrición, este es un tema no solo digamos de áreas de trabajo de la Secretaria de Salud, creo que es compromiso del Estado Mexicano y, celebro que lo miremos así, desde luego también las actividades para evitar la transmisión vertical el proyecto que ha presentado en otros momentos la Dra. De la Torre para que estos próximos años sea cuando pongamos fin a la transmisión vertical en México, creo pues un reto que se ha planteado Alethse, y yo espero que me permita sumarme también a eso y, estar pues desde CENSIA o probablemente desde los otros espacios que se conformarán una vez que se reorganice la Subsecretaria, sumarme a esto y con mucho gusto participaré muy comprometido en ello, Alethse y decirles a todas y todos decirles que así será, gracias". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Muchas gracias Agustín, veo la mano levantada de Luis Adrián y Alejandro no sé si son de las previas, bien, pues qué gusto escucharles, también veo a nuestros compañeros del IMSS que creo que sería muy importante, no se Dra. Gaby, si tenga algún comentario al respecto que sé, es algo que están también muy comprometidos". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención de Dra. Gabriela:** "Muy buen día, saludos a todos y a todas, la verdad es que aquí en la Coordinación de innovación traemos el programa, un programa que hoy ya vemos frutos, hemos lanzado ya el "Protocolo de Atención Integral" que en un momento dado sería muy conveniente que lo vieran ya que trae toda esa todo ese espectro de la enfermedad, desde la promoción de la salud, como lo mencionaba el profesor Luis Adrián que hoy tenemos pacientes ya con enfermedades crónicas y, todo este trabajo que hemos estado haciendo aquí en la Coordinación pues decirles que estamos a sus órdenes, la Dra. Duque, realmente hoy mismo en la mañana nos comentaba la prioridad para el 2022 y, es justo evitar la transmisión vertical, atender a todos los niños o menores de edad que tengan VIH como un compromiso institucional y seguramente esto, con todos los trabajos que se han hecho ya a nivel intersectorial se podrá compartir entonces, pues refrendar el compromiso del instituto, hemos hecho un grupo multidisciplinario y, también tenemos la colaboración y la retroalimentación de las organizaciones civiles, aquí con el profesor Adrián, y con otras instituciones, para pues estar nosotros también comunicados con la otra parte, entonces realmente desde el director general ustedes saben que el año pasado él se comprometió con PrEP y ahora ya lanzamos PeP, tenemos ya con PrEP 2,403 pacientes, de los cuales han recibido tratamiento y seguimiento el 91%, entonces pues ese es el compromiso institucional y de nuestra parte con Alejandra Valandrán, con Sandra Treviño, con Alfonso que está conectado aquí, y con muchos más los tres niveles de atención comprometidos con erradicar con identificar, tamizar el VIH y las enfermedades que coadyuven en estos pacientes". **Respuesta de la Dra. De la Torre:** "Muchas gracias Dra., y sé que también el Dr. López Gatell tendrá comentarios al respecto". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención de Dr. López Gatell:** "Muchas gracias, Alethse y compañeras y compañeros, quisiera hacer tres o cuatro comentarios panorámicos de este reto, pero luego algunos

específicos del tema de transmisión materno-infantil, y otro comentario un poco suelto sobre PrEP pero que en cierta manera está relacionado; el panorámico es para familiarizarles a todas y todos ustedes quien no lo tengan presente de algunas oportunidades que vemos respecto a este proceso de integración, no solo de la atención como un proceso en cada institución sino de la integración entre instituciones para lograr estos abordajes integrales, no entraré en demasiados detalles sobre esto, algunas cosas las hemos ido dando a conocer públicamente, pero en 2022 esperamos tener un avance mucho más grande de lo siguiente, el presidente ha pedido, desde hace algunos meses, que las instituciones del sector trabajemos para cubrir la brecha más grande que tenemos de atención, cuando digo atención es todo el proceso, prevención, rehabilitación, etc., pero de atención de personas sin seguridad social, esto obviamente no quiere decir descuidar a las personas con seguridad social, pero sí sabemos que históricamente, como ya lo mencionaron hace rato, las personas sin seguridad social son las que tienen la más amplia carencia de servicios, en ese proceso lo menciono por varias razones, la primera porque el IMSS Bienestar el caso que comentaba Alejandro es ilustrativo, el IMSS Bienestar está mandatado a ser la institución que articule desde la Federación a los distintos servicios estatales de salud y, la noción es que sea punto de llegada para un sistema de atención integral, atención primaria de la salud integral; en aquellas entidades federativas que no tienen IMSS Bienestar, porque históricamente no lo han tenido o lo tuvieron y lo perdieron, como el caso de Tabasco, estaremos buscando los mecanismos de lograr este proceso de integración, ahora siendo el IMSS Bienestar parte del IMSS, aunque desde su surgimiento como IMSS-Coplamar en 1979 destinado a las personas sin seguridad social, nos da la esperanza de que también vamos a poder hacer un elemento de integración, precisamente la interfase que aquí en el Consejo tenemos muy clara de las personas que no tienen seguridad social, pero luego pueden recuperar tener por primera vez seguridad social pero luego pueden perderla, entonces la atención de enfermedades crónicas incluida el VIH/sida, ilustran estos retos de entrada y salida a la seguridad social e ilustran el por qué, no tengo que decirlo aquí, porque todos ustedes lo tienen claro, el clasificar a las personas con base a su institución de adscripción carece de sentido si lo que queremos es tener a las personas al centro y su atención y su bienestar. Entonces, lo menciono por un lado para compartirles esta perspectiva general, pero por otro nuevamente para hacerles un llamado a que este Consejo, por su historia, por su naturaleza, por su compromiso, sin excluir a otros mecanismos u otros cuerpos colegiados que tenemos en el sector salud, que este Consejo sea un puntero del llamado continuo a buscar esa integración, este es en términos generales. Ahora, sobre el tema de atención de la niñez que vive con VIH, no repetiré porque coincido con todos los muy prudentes y pertinentes comentarios que se han hecho, sobre la falta de visibilidad o de conciencia social de la narrativa pública de estos niños, niñas y adolescentes que no tienen quien abogue por ellas y ellos, a diferencia de lo que históricamente ha sido un triunfo de la organización y movilización social para defender, promover y proteger los derechos de salud, en general, sexuales de las personas que viven con VIH siendo adultas; la naturaleza de este proceso social seguramente ha contribuido a la perdida de… ya sea perdida, cuando alguna vez lo hubo, o falta de desarrollo de capacidad institucional desde

el proceso de generación de lineamientos técnicos en lo clínico, en lo preventivo o de otra naturaleza hasta su implementación correcta y lo que quiero mencionar sobre este tema específico es algo que descubrimos en un trabajo de investigación, que en su momento hicimos con varios colegas cuando estaba yo en el Instituto Nacional de Salud Pública, contribuciones prominentes, desde luego, de nuestros propios colegas del Instituto: Sergio Bautista y René Leyva, pero también de Alejandro Rivera y otros colegas, que en su momento eran líderes estatales de los programas de prevención y atención del VIH; el trabajo se enfocó a un elemento que parece nimio pero considero que es fundamental los propios hallazgos de esta investigación mixta cuantitativa cualitativa nos revelaron su importancia, que es la carencia de continuidad de los procedimientos, o sea, tenemos un repertorio amplio de documentos de política pública tanto internacionales como nacionales, tenemos algunos elementos como los lineamientos clínicos y la comunidad de VIH pediátrico ha hecho un excelente trabajo con la Dra. Noris Pavia, entre otras, pero cuando ya se trata del proceso de atención, lo tenemos totalmente desmembrado; no solo en esto más obvio, que es la fragmentación entre instituciones que conforman el sector salud, sino que los procesos técnicos, los procedimientos no están ni siquiera planteados en la mayoría de los casos, entonces en la atención del embarazo y del parto hay una pobre o nula conceptualización y directriz técnica sobre el proceso de detección y aunque las normas, tanto la 07 como la 010, está contemplado el tamizaje, tanto de VIH como sífilis, en la práctica esto no ocurre y todo esta desvinculado, desde la adquisición de los insumos y las tiras duales o monodiagnósticas, su posicionamiento en las unidades técnicas, a veces es tan absurdo que las tiras o los distintos instrumentos de prueba rápida, cuando los hay, están a resguardo, como que hubiera una cuota de tiras que se pueden utilizar, y la responsabilidad se diluye porque al final conforme se va bajando los niveles de complejidad en la parte operativa de salud o de otro de otra, tanto las de consultorios ambulatorios como hospitalarias no hay una guía directa, ni supervisión adecuada sobre este aseguramiento; entonces, y lo menciono ahora porque uno de los retos que seguramente tendremos que ir abordando en todas las instituciones y vigilarlo desde este Consejo es que, vayamos más allá de las directrices generales y los lineamientos hasta nivel último de implementación para garantizarlo y ojalá México se sumó como todos los países de la región en 2015 al llamado del Consejo Directivo de la OPS a la eliminación, pero estamos todavía muy lejos en toda región, Cuba hizo su heroico ejemplo, Uruguay se acercó y otros pocos países más o menos, pero nosotros estamos todavía muy retrasados, y esto debemos tenerlo en cuenta; y termino haciendo un señalamiento sobre PrEP, un poco de pasadita, porque también en mi conciencia está una inquietud de algo que vengo mencionando, desde que empezamos el proyecto imPrEP en 2014 o 2016 o 17, ya no me acuerdo el año, aquí esta Stephen Díaz, lo cual me da mucho gusto, representando a UNFPA, se acordará muy bien de este señalamiento, cuando uno empieza en PrEP y todos sus potenciales beneficios, seguimos teniendo un mayor volumen de demostración de utilidad en la eficacia y, en la efectividad aunque ha habido progreso en la demostración formal en condiciones relativamente controladas pero más cercanas a la experiencia real, y por lo tanto dignas de ser consideradas por su efectividad y no eficacia, uno de los elementos críticos es la continuidad

del proceso preventivo con el proceso de detección, de vinculación y de atención y, no debemos perder de vista por más que nos entusiasme el poder expandir las estrategias diversas, programas diversos, institucionales de PrEP o mejor aún, un programa integrado para todo el sector que pueda hacerse cargo de la prevención, preexposición, independientemente de la cobertura de aseguramiento, no debemos de perder de vista que si no garantizamos una alta oportunidad de detección, vinculación, de inicio de tratamiento, tenemos una probabilidad importante de que PrEP induzca un espacio de riesgo, por sí mismo, no me refiero solamente a la compensación de riesgo, sino me refiero al vacío que podría dejar una confianza excesiva en un PrEP mal conducido, mal llevado y que eso pudiera dar lugar al surgimiento de infección, y desde luego en su momento, una temprana infección de resistencia si la infección no es detectada oportunamente, entonces también hago un llamado aquí en el Consejo para que en todas las instituciones y con la ayuda de todos los miembros de la sociedad tengamos un cuidado muy extremo del proceso, no solamente de la implementación original de PrEP, sino de la continuidad de operaciones del PrEP con muy altos estándares de calidad en particular en esa brecha, muchas gracias". **Dra. De la Torre le dio la palabra a la intervención de Dr. Miguel Corral:** "Muchas gracias, Dra. Alethse es un gusto saludarles a todos y todas, sí, en primer lugar quisiera empezar con el comentario del Dr. López Gatell de la conferencia de Ámsterdam en 2018, se presentaron muchísimos casos de esto que usted está exponiendo, me parece que es necesario que empecemos dada la experiencia en otros países podamos esforzarnos en reconocer y achicar ese riesgo, ahora que estamos en el momento de lanzamiento de la estrategia de PrEP, me parece que es muy pertinente y; por otro lado también, tomar este comentario para decir que es importantísimo que el PrEP llegue a las personas que más lo necesitan y, me parece que cuando estamos apelando a la disminución o achicar la brecha de desigualdad en el acceso a la salud con una estrategia centrada primordialmente desde un enfoque biomédico, no lo vamos a lograr, es importantísimo si queremos llegar a las personas, a las poblaciones que más lo necesitan, a las poblaciones más vulnerables, que menos acceso tienen a los servicios de salud, que podamos echar mano también de las organizaciones de la sociedad civil y no solamente para promocionar el programa y para darlo a conocer las poblaciones, sino participar activamente en su implementación directa desde la mesa de recursos de la Guía para PrEP en la que me tocó coordinar elaboramos un flujograma que me parece importantísimo en esta guía de implementación de la PrEP porque justamente a lo que apela es a eso, a que las organizaciones comunitarias que tengan las condiciones, los recursos y la infraestructura que hay muchísimas en el país, puedan acercar estos servicios a la población, creo que uno de los resultados a la población más vulnerable es dentro de las poblaciones clave; creo que también en el imPrEP fue uno de los hallazgos que a mí me pareció la verdad más que evidente, pero también más valiosos también y es que, las personas que toman PrEP prefieren asistir a recibir el servicio en las organizaciones de la sociedad civil, antes que ir a las instancias de gobierno, y ni siquiera voy a explicar por qué, porque todos sabemos cómo está el Sistema Nacional de Salud en la actualidad, entonces aprovecho el comentario del Dr. Hugo López Gatell porque me parece que es importante que, si queremos reducir la brecha de desigualdad,

necesitamos hacer un desplazamiento, mejor dicho completar ese enfoque biomédico con uno que apele a la equidad para la justicia social. Muchas gracias". **Dra. De la Torre le dio la palabra al profesor Luis Adrián Quiroz:** "Si, creo que afortunadamente o desafortunadamente, hoy con la llegada de PrEP por parte de las instituciones del Seguro Social en la expansión del proyecto en CENSIDA que, por cierto felicidades, a quien colocó carteles en el último vagón del metro que es una zona de alta afluencia de la comunidad LGBT, creo que fue un muy buen acierto, de verdad, se sacaron un 10, desafortunadamente, ha habido una exacerbación de personas que están vendiendo PrEP en redes sociales; hace unas semanas le comunicaba al CENSIDA sobre lo que ha pasado con una página web que estaba vendiendo PrEP que lo traían de la India, sin registro sanitario, y que creo que tenemos... ya está enterado COFEPRIS, Hugo, a pesar de que hiciste esa cara ya se está haciendo lo correspondiente, nosotros hicimos lo propio pero creo que, desafortunadamente están apareciendo muchos sitios que están ofreciendo PrEP de dudosa procedencia, o incluso pareciera que pudiera ser medicamento apócrifo, entonces es, también como tendríamos que empezar a visibilizar estos lugares y denunciarlos, tanto en CENSIDA como en COFEPRIS, para garantizar que PrEP ya está disponible, es gratuito, las personas se puedan acercar a ellos y, también como le hacemos en algo que también comentaba Miguel Corral involucrar a otros programas de gobierno que tienen que atender estas brechas que tenemos hoy en día para garantizar que las personas que lo requieren, pero que tampoco tienen el acceso suficiente a otros servicios puedan estar involucradas y puedan generar acciones en conjunto, y me refiero a la Secretaria del Bienestar, para garantizar algunos otros insumos que no precisamente son de salud o tiene que venir "relacionados a", y adicionalmente también en cómo podemos mejorar esta comunicación para que las personas se acerquen a las instituciones y sobre todo cómo le hacemos para poder generar, digo ya llevamos tres años de la circular uno del Presidente de la República donde satanizó a todas las organizaciones, algunas me queda claro que lo tenía que hacer, pero hay otras que hemos visto que desafortunadamente ha impactado directamente en el tema de VIH, lo acabamos de ver, y lo repito en las cifras que nos daba de detección el Comité de Monitoreo y Evaluación que se ha disminuido considerablemente porque se dejó de hacer esta parte comunitaria, y a mí me queda claro que cómo podríamos generar estas intervenciones si seguimos con estas limitantes que vienen desde la propia cabeza del gobierno en esa satanización a las organizaciones y a dotar de presupuesto para proyectos específicos". **Enseguida la Dra. De la Torre comentó:** "... no sé si hubiese algún comentario adicional y bueno de no ser así entonces creo que, sin lugar a duda, todas las discusiones y retroalimentación que se ha dado es extraordinariamente importante que nos van a llevar a tener que estar en mesas permanentes de trabajo y que vale la pena hacerlo..."----------

6. Nuevos Acuerdos. ----------

La **Dra. Alethse De la Torre Rosas,** Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA, procedió a la votación de los nuevos acuerdos. ----------

1. Propuesta de **Acuerdo A1/2aOrd/2021**: "Aprobar las modificaciones propuestas a la Guía de manejo ARV, recordamos modificaciones muy puntuales y ya con esto lo que haríamos es ya pasarla nuevamente al Consejo para que la vuelvan a subir a su página. El Acuerdo fue aprobado por unanimidad. ----------
2. Propuesta de **Acuerdo A2/2aOrd/2021**: "Validación de la Guía de Atención para otorgar Profilaxis Preexposición, su promoción y publicación a fin de que se dé esta función entre los interesados, esto no quita el acuerdo previo que tenemos sobre las mesas de acción para la implementación, pero lo que nos permitiría sería la publicación de esta Guía; El Acuerdo fue aprobado por unanimidad. ----------
3. Propuesta de **Acuerdo A3/2aOrd/2021**: "Acuerdo específico en términos del grupo de trabajo, tanto para los casos centinela de desabasto y/o entregas no oportunas de medicamentos ARV e insumos, y todo esto que esté con estrategias de mitigación y mejora, esto sería con el grupo continuo otra vez interinstitucional que se esté presentando, como se comentó derivado de los acuerdos que se lleven en eso, es decir, convocaría en la primera quincena del siguiente año, este lo estaría llevando la Dirección de Investigación Operativa del CENSIDA como esta parte del Secretariado Técnico para asegurarnos esta continuidad, y dar los elementos que se requieran y derivado de lo que se genere en ese grupo pues realizar las sesiones extraordinarias que así considere este grupo, ¿están de acuerdo? El Acuerdo fue aprobado por unanimidad. ----------
4. Propuesta de **Acuerdo A4/2aOrd/2021**: "Es el grupo de trabajo para garantizar la optimización al tratamiento de niñas, niños y adolescentes, del seguimiento de la estrategia de eliminación de la transmisión vertical, análisis de resistencias primarias, las brechas también que existen y este sería el Secretariado técnico por la Dirección de Atención Integral, nuevamente lo que se buscaría, así como se tiene el "Observatorio para Hepatitis" pues es el "Observatorio Vida" que hablábamos con las instituciones, y sobre todo con nuestros líderes comunitarios, sobre la continuidad de un mesa permanente, y estaríamos aparte haciendo una sesión en la primera quincena con el Comité de Atención integral para el pronunciamiento de la atención integral en esta parte, la continuidad y la transición hacia un sistema universal y, también lo que comentaba Luis Adrián para profilaxis post exposición y la necesidad de la continuidad, inclusive análisis y todo lo demás sobre vacuna COVID y tercera dosis para personas que viven con VIH, estaríamos solicitando una reunión en los primeros quince días de enero para tener ya este posicionamiento desarrollado.el Acuerdo fue aprobado por unanimidad. ----------

7. Asuntos Generales. ----------
La **Dra. Alethse De la Torre Rosas**, Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA, pregunto al Plenos si existía algún otro tema que tratar, siendo negativa la respuesta por

lo que paso al siguiente punto del Orden del Día. ----------

8. Cierre de la Sesión. ----------

El **Dr. Hugo López-Gatell Ramírez,** Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Vocal y Suplente del Presidente del CONASIDA, agradeció los comentarios y consideró que ésta fue como todas, una sesión productiva. Quedaron hechos los planteamientos transparentemente discutidos y siempre abiertos al dialogo. Habrá elementos que haya que abordar y los canales siguen siempre presentes en las sesiones de coordinación que convoca la directora del CENSIDA. Agradeció a todas y a todos representantes institucionales, representantes sociales y personas expertas. Por último, agradeció a la Dra. Alethse De la Torre. Siendo las 13:30 horas del martes veintiuno de diciembre de dos mil veintiuno, concluyó la Segunda Sesión Ordinaria del CONASIDA, 2021. ----------

Firmas de las Vocalías o sus suplentes asistentes a la Primera Sesión Ordinaria del CONASIDA 2021

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Vocal y Suplente del Presidente del CONASIDA
Miembro Permanente

Dra. Alethse De la Torre Rosas
Directora General del CENSIDA y Secretaria Técnica del CONASIDA
Miembro Permanente

Dr. Alfonso Vega Yáñez
Coordinador del Programa Clínico de VIH del IMSS
Suplente del Vocal
Miembro Permanente

Dra. Sandra Verónica Yvette Gutiérrez Suastegui, Jefa de Servicios de Trasplantes y Terapias Especiales para Enfermedades Crónicas del ISSSTE
Suplente del Vocal
Miembro Permanente

Mtra. Dinorah A. Ugalde Reza
Coordinadora Sectorial de Igualdad de Género y Programas Transversales de la Secretaría de Educación Pública
Suplente del Vocal

Mtra. Karla Flores Celis
Directora de Violencia Intrafamiliar, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Suplente de la Vocal
Miembro Permanente

Miembro Permanente

Dr. Jorge Enrique Trejo Gómora
Director General del CNTS
Vocal
Miembro Permanente

Dr. Nilson Agustín Contreras Carreto.
Director de Mejora de Procesos de la DGCES
Suplente del Vocal
Miembro Permanente

Dra. Fátima L. Luna López
Directora de Micobacteriosis del Centro Nacional de Programas
Preventivos y Control de Enfermedades
Suplente del Vocal
Miembro Permanente

Lic. Agustín López González Director de Componentes Estratégicos de la Adolescencia del CENSIA.
Suplente del Vocal
Miembro Permanente

Dr. Oscar Ángel Morales Bustamante.
Director de Política de Medicamentos de la Dirección General de Planeación y Desarrollo.
Suplente del Vocal
Miembro Permanente

Sra. Gabriela Rivera Reyes.
Oficial Nacional de Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Adolescentes y Grupos Vulnerables.
Suplente del Vocal
Miembro Transitorio

Dr. Juan Gerardo Sierra Madero
Jefe de la Clínica de VIH e Investigador del Departamento de Infectología
Del INCMNSZ
Suplente del Vocal
Miembro Permanente

Dra. Patricia E. Uribe Zúñiga
Secretaria Ejecutiva del INMUJERES
Suplente de la Vocal
Miembro Permanente

Dra. Patricia Laurean Ibarra
Secretaria Adjunta de la Mesa Directiva de la Sociedad Mexicana de Pediatría, A.C
Suplente de la Vocal

Dra. Sonia Jiménez Luis
Coordinadora Estatal de los Programas de VIH/sida, Its, Micobacteriosis y Hepatitis C de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco

Miembro Transitoria

Suplente de la Vocal
Miembro Transitoria

Dra. Blanca Estela Luna Gualito
Directora de Servicios de Salud de Durango
Suplente del Vocal
Miembro Transitorio

Dr. Alejandro Rivera Marroquín
Coordinador del Programa de VIH/SIDA e ITS de los Servicios de Salud de Chiapas.
Suplente del Vocal
Miembro Transitorio

Dr. Alfredo A. Guzmán Macías.
Responsable Estatal del Programa de VIH de Chihuahua
Suplente del Vocal
Miembro Transitorio

Dra. Claudia A. Rodríguez Trejo
Coordinadora Estatal del Programa de VIH/Sida e ITS/VHC de los Servicios de Salud de San Luis Potosí.
Suplente del Vocal
Miembro Transitorio

Dra. Elena Langarica Naves
Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Xochimilco
Suplente de la Vocal
Miembro Transitoria

C. Erika Ivonne Villegas Hernández
Presidenta y Representante Legal de Agenda Nacional Política Trans de México, A.C.
Vocal
Miembro Transitoria

Lic. T.S. María Elena Ramos Rodríguez
Directora y Representante Legal del Programa Compañeros, A.C.
Ciudad Juárez, Chihuahua.
Vocal
Miembro Transitoria

Dra. Mariana Juárez Moreno
Directora General de la organización Apoyare, Fundación García Cedillo, A.C. de San Luis Potosí, San Luis Potosí,
Vocal

Miembro Transitoria

C. Roberto José Julio Guzmán Rodríguez
Director de la Red + Posithiva de Quintana Roo, A.C.
Cancún, Quintana Roo.
Vocal
Miembro Transitorio

Mtro. Héctor Miguel Corral Estrada
Asesor de Medición de Impacto de los Programas Operativos de Fronteras Unidas Pro Salud, A.C.
Tijuana, Baja California.
Vocal
Miembro Transitorio

Prof. Luis Adrián Quiroz Castillo
Presidente y Representante Legal De Salud, Derechos y Justicia, A.C.
Vocal
Miembro Transitorio

C. Lizbeth A. Quezada Hernández
Coordinadora del Programa Adolescentes, Autonomía y Sexualidad de Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud, A.C.
Suplente de la Vocal
Miembro Transitoria