SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONASIDA
CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SIDA

ACTA DE LA PRIMERA SESIÓN ORDINARIA 2023

DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (CONASIDA)

LUGAR, FECHA Y HORA DE INICIO DE LA SESIÓN

Fecha: lunes 27 de noviembre de 2023.
Formato: sesión virtual
Inicio: 13:00 horas.

ORDEN DEL DÍA

1. Verificación del quórum legal
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
   a) Estado de la epidemia del VIH
   b) Sistemas resilientes y acciones en Acapulco, Guerrero
   c) Prevención combinada
   d) Convocatoria y Bases de Participación para el cambio/reelección de las 8 vocalías transitorias del CONASIDA

6. Acuerdos
7. Asuntos generales
8. Cierre de la sesión

ASISTENTES

1. Dr. Ruy López Ridaura, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud en la Secretaría de Salud, en calidad de presidente suplente del CONASIDA.
2. Dra. Alethse de la Torre Rosas. Directora General del CENSIDA, en calidad de secretaria técnica del CONASIDA.
3. Lic. Tzitlalli Medina Machuca. Directora de Investigación Operativa del CENSIDA, en calidad de Coordinadora del Comité de Normatividad y Derechos Humanos.
4. Dr. Daniel Fernando Pérez Larios. Director de Atención Integral del CENSIDA, en calidad de Coordinador del Comité de Atención Integral.
5. Dr. Francisco Javier Quezada Juárez, Director de Prevención y Participación Social del CENSIDA, en calidad de Coordinador del Comité de Prevención.
6. Mtra. Paloma de Fátima Ruiz Gómez. Subdirectora de Programas Multilaterales del CENSIDA, en calidad de Coordinadora del Comité de Monitoreo y Evaluación.
7. Dr. Guillermo González Chávez. Subdirector de Coordinación Estatal del CENSIDA.
8. Dr. Nilson Agustín Contreras Carreto. Director de Mejora de Procesos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

9. Dra. Yolanda Mares, en representación de la Dra. Verónica Gutiérrez de la Dirección Médica del ISSSTE.
10. Roberto Guzmán Rodríguez. Sociedad Civil. Asociacion Red+positiva de Quintana Roo.
11. Dra. Flor Barbosa Rodríguez de Servicios de Salud de Durango.
12. Dra. Pamela S.G. Del Moral Villavicencio Directora de Integración de GPC en representación de la SIDSS.
13. Dr. Alfonso Vega Yáñez del IMSS, Homólogo Jefe de División. Encargado del Programa para la atención integral de las Personas que Viven con VIH, en el IMSS.
14. Miguel Corral, Fronteras Unidas Pro Salud, Tijuana, B.C.
15. Alejandro Rivera Marroquín, Jefe de Coordinación Estatal para Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis C, Secretaría de Salud de Chiapas.
16. Dra. Sonia Jiménez Luis, Coordinadora Estatal de los Programas de VIH, Hepatitis C y Micobacteriosis Tabasco.
17. Dr. Alfredo Antonio Guzmán Macías. Programa Estatal de VIH sida del Estado de Chihuahua en representación del Lic. Gilberto Baeza Mendoza Secretario de Salud del Estado de Chihuahua.
18. Prof. Luis Adrián Quiroz Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS.
19. Dr. Jorge Eduardo Sánchez Morales, Médico Especialista en área normativa del CCINSHAE.
20. Yolanda Varela Chávez del CNEGSR.
21. Magali Cuadra del INSP.
22. Dr. Jorge Enrique Trejo Gómora, del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
23. Libertad López Oficial de Incidencia Política en Balance AC.
24. Gabriela Rodríguez, del Centro Nacional para la salud de la infancia y la adolescencia en representación del Dr. José Luis Díaz Ortega, Director General.
25. Dr. Felipe de Jesús Solís Guereca, Director de Salud Pública de Servicios de Salud de Durango.
26. Dr. Silvano Ramírez Soto, Jefe de Departamento de medicina preventiva de Servicios de Salud de Durango.
27. Carlos Alberto Hernández Guzmán de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
28. José Antonio Sulca Vera, en Representación del Dr. Natán Enríquez Ríos, Comisionado de Autorización Sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
29. Dra. Santa Elizabeth Ceballos Liceaga, Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles.
30. Adriana Aguilar Flores, INMUJERES.
31. Dra. Adriana Floris, en representación de la Dra. Xóchitl Refugio Romero Guerrero, titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del IMSS.
32. Lic. Paula Cristina Neves Nogueira Leite del CONAPRED.
33. Dra. Xóchitl Camarena, coordinadora de clase tecnológica del IMSS régimen obligatorio.
34. Dra. Ana María Guadalupe Amuchástegui Herrera. Profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

ASUNTOS TRATADOS

Dra. Alethse de la Torre: Hola, muy buenos días a todas las personas que nos acompañan el día de hoy, se ha incorporado el señor subsecretario, el Dr. Ruy López Ridaura y, si estás de acuerdo Dr. daríamos primero el mensaje acerca del… (problema de audio).

Dr. Ruy López: Hola, hola ¿me escuchan?

Dra. Alethse de la Torre: Sí, se escucha, perfecto.

Dr. Ruy López: Buenas tardes tengan todas y todos, disculpen el retraso estaba saliendo justo de un evento también importante para todas y todos que es la conformación de una política nacional de participación social y una arquitectura clara donde puse como ejemplo el CONASIDA precisamente como una de estas instancias que tenemos que replicar en muchas otras unidades de salud pública que no tienen espacios tan formales y tan vinculados a la toma de decisiones como es el CONASIDA, también reconociendo la necesidad de que aún comités o consejos como éste donde están fortalecidos la participación de todas y todos los actores, también requieren profundizar la vinculación con la toma de decisiones; entonces, pues muchísimas gracias Dra. Alethse de la Torre por la convocatoria y por tenernos a todos reunidos en esta primera sesión ordinaria del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA), es la primera sesión del 2023, que como saben esta es una instancia donde están varios de los actores involucrados y el día de hoy la idea en esta primera sesión del Consejo en este 2023 es limitarnos en esta agenda, saber que también tenemos programada otra sesión donde, en este mismo año, también podemos ir aterrizando cuestiones específicas de integración pero que la idea principal en esta primera sesión es poder seguir tanto con el panorama y las acciones que se están haciendo desde el programa en todos sus componentes, pero que quede claro que también uno de estos componentes de esta es poder establecer el componente y la convocatoria para las vocalías de CONASIDA y después tener la posibilidad de definir aquellos puntos específicos que requieren ser analizados y abordados en las diferentes comisiones y poder tener también en la presentación en diciembre de cuestiones específicas sobre atención integral que seguramente van a surgir, o pueden surgir, como parte de la discusión pero que todo mundo que entendamos que tenemos este espacio en todo el año aún para seguir abordándolos.

Si están de acuerdo, pediría a la Dra. Alethse de la Torre, como secretaria técnica del Consejo pues que nos diga si ya estamos, yo entiendo que ya tenemos quórum para ver si podamos ya dar inicio a la sesión de manera formal. Muchas gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias Dr. Solamente a manera de recordatorio:

1. Esta sesión será grabada con fines de realizar las minutas y dar seguimiento a los acuerdos.
2. Nuestro equipo técnico apagará sus micrófonos esto se verifica mientras el ícono del micrófono permanezca con una línea roja.

3. Se solicita la activación de la cámara durante la sesión. Sólo en caso de no contar con ésta, favor de indicar en chat.
4. Para las participaciones, daremos la palabra en el orden en que se activa el ícono de mano ubicado en la parte inferior de su listado de participantes.

1. Verificación del quórum.
Dra. Alethse de la Torre: Es correcto Dr. Ruy López Ridaura, tenemos quórum para celebrar esta primera sesión ordinaria; y le cedería la palabra justamente para la introducción y el marco general de esta reunión.

2. Introducción, marco general y objetivos de la reunión.
Dr. Ruy López: Muchas gracias Dra. Alethse de la Torre, pero también es importante para los que no me conocen soy el doctor Ruy López Ridaura y desde el 16 de octubre ya tomé oficialmente el encargo de dirigir la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Digo, aunque conozco muy bien todas las acciones que ha hecho la Subsecretaría, desde mi posición de Director General del CENAPRED, ese que fue el puesto que he tenido hasta este momento, justo en esta transición, pues saber que el equipo de la Subsecretaría incluyendo la Dirección del Centro Nacional del CENSIDA, por la Dra. Alethse de la Torre continúan y mucho de esto es lo que se ha trabajado durante estos cinco años que llevamos en la administración, lo principal en esta sesión es conocer (como ya les mencioné) el estado de la epidemia del VIH, precisamente a días de previos de conmemorar el 1° de diciembre como día mundial de lucha contra el sida, también creemos que es importante y lo verán en la presentación, otros aspectos específicos, específicamente la acción que se ha tenido durante el huracán OTIS, han reflejado esta necesidad de tener sistemas y programas resilientes que ante una eventualidad como la que surgió en el huracán OTIS, rápidamente poderse adaptar para que aquellas funciones específicas esenciales de cada uno de los programas se mantengan en condiciones donde tal vez el sistema se debilita en ciertas funciones y por eso tengo el ejemplo de cómo actuó el programa para mantener todos los componentes durante el huracán OTIS, como ya presentará la Dra. Alethse de la Torre, también es muy importante.

El otro punto inicial que también consideramos como parte de la agenda y presentación inicial que dará la Dra. Alethse es precisamente cómo vamos en la implementación de la atención combinada, principalmente de los componentes de implementación de la profilaxis, tanto pre-exposición como post-exposición donde todavía tenemos una oportunidad de llegar a las metas establecidas y mucho más en este llamado que nos han hecho desde la OMS, para tener un incremento sustancial en las personas que son beneficiadas por este tipo de acciones preventivas específicas, y por último en la agenda como también recibieron todas y todos ustedes, tenemos la necesidad de hacer un cambio en la

elección de las ocho vocalías transitorias del CONASIDA, y en ese sentido es que vamos a, por un lado a agradecer mucho las participaciones que han tenido en las sesiones y por lo tanto también definir los mecanismos que se establecieron en el reglamento para definir las nuevas vocalías y con eso también dar continuidad a las acciones que las vocalías tienen, y también el apoyo que de manera comprometida estas vocalías participarán en este Consejo, este es el esquema general, obviamente estaremos atentos a cualquier necesidad o requerimiento que las personas dentro de este Consejo puedan expresar durante la sesión para definir los momentos exactos donde podemos dar solución, análisis a las inquietudes que presenten y con esto dejaría a la Dra. Alethse de la Torre la conducción de la sesión para llegar al punto tres de la agenda que es principalmente la lectura del orden del día y la aprobación del mismo para después pasar al seguimiento de acuerdos.

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

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias. La lectura y la aprobación de esta orden del día que pueden observar todas las personas en su pantalla es el momento, para el caso que existiese un asunto general, que pudiesen levantar la mano para su inclusión durante el desarrollo en esta sesión…

Orden del día.

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.
    a) Estado de la epidemia del VIH.
    b) Sistemas recientes y acciones en Acapulco, Guerrero.
    c) Presentación combinada.
    d) Convocatoria y Bases de participación para el cambio/reelección de las 8 vocalías transitorias del CONASIDA.
6. Acuerdos.
7. Asuntos Generales.
8. Cierre de la sesión.

Dra. Alethse de la Torre: …Luis Adrián tiene la mano levantada. Adelante Luis Adrián.

Luis Adrián: Buenas tardes a todas y todos, al igual que el Dr. Ruy estoy en esta reunión de Gobernación, y creo que es un área importante para que se conozcan todas las acciones que se hacen desde el CONASIDA. Hay un tema que es prioritario hoy en día y es la preocupación que tenemos los derechohabientes que vivimos con VIH del IMSS, ya que a pesar de contar en la política pública de un compendio nacional de medicamentos. El IMSS sigue teniendo su propio cuadro básico de medicamentos y hace unas semanas se votó en contra de la inclusión de la clave de la pastilla única de tenofovir y emtricitabina lo cual genera un tema bastante complejo porque hoy en día vemos que muchos de los que tomamos esta clave

estamos en polifarmacia, y el contar con una pastilla única nos reduce significativamente la ingesta de los medicamentos al día y adicionalmente ya hay muchos estudios que hablan sobre este tema y quiero poner este tema, porque es muy importante que si existe un compendio nacional porque el seguro sigue teniendo este proceso y adicionalmente el tema de la expansión para la vacuna en las edades para hombres viviendo con VIH, solicitar al CENAPRED si pudiera girar las instrucciones para generar esto.

Dra. Alethse de la Torre: Sí, muchas gracias, bueno estos dos asuntos generales, la primera sería en términos del seguimiento de medicamentos de la guía y de compras consolidadas por todas las instituciones de salud y la segunda el tema sobre la vacuna de VPH. Muchas gracias.

¿Existe otro comentario al respecto? (pausa) Bien, con estas adecuaciones al orden del día les solicitaría por favor que levantaran la mano para la aprobación del orden del día. ¿Quienes estén a favor..? ¿quienes estén en contra..?
Bien, siendo así queda aprobada entonces la orden del día con las modificaciones presentadas.

4. Seguimiento de Acuerdos.
Dra. Alethse de la Torre: Y el primer elemento va a ser presentar ante el CONASIDA cuál va a ser este seguimiento de acuerdos, recordemos que la mayoría de estos se ven justamente en los comités en los cuales también como representantes y como vocalías también participan.

Seguimiento de Acuerdos de la 2a Sesión Ordinaria 2022.

Acuerdo	Estado
Acuerdo A1/OD/2022. El pleno del CONASIDA aprueba unificar los acuerdos A6/1ORD/CONASIDA/2022 y A10/1ORD/CONASIDA/2022 toda vez que, tienen la misma temática y los resultados del trabajo de la mesa darán respuesta a ambos acuerdos. En estas mesas se deberán incluir las quejas presentadas y la semaforización del mismo, así como el registro deberá ser estandarizado.	Concluido
Acuerdo A2/2ORD/CONASIDA/2022. El pleno del CONASIDA, autoriza aprueba el Plan de Trabajo para 2023 e instruye a la Secretaría Técnica para que se ejecute y se realicen los trámites conducentes.	En proceso
Acuerdo A3/2ORD/CONASIDA/2022. El pleno del CONASIDA aprueba la propuesta para la realización del Estudio de Adultos Mayores viviendo con VIH, e instruye a las instituciones para generar los mecanismos de evaluación correspondientes que se presentaran en subcomité de atención integral.	En proceso (Se está trabajando tanto con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, las Instituciones de Salud y el Instituto Nacional de Geriatría, para la gestión de esta evaluación inicial)

Acuerdo A4/2ORD/CONASIDA/2022. El pleno del CONASIDA aprueba la implementación del Modelo de Eliminación de la Tramitación Vertical del VIH, Hepatitis y Sífilis Congénita en las 32 entidades federativas e instruye el secretariado técnico para su implementación y seguimiento.	En proceso
Acuerdo A5/2ORD/CONASIDA/2022. El pleno del CONASIDA solicita a la secretaría técnica la presentación del plan de acción para la prevención y atención del VIH y otras ITS, para las entidades federativas y el paso al IMSS Bienestar. Así como la realización de un foro informativo.	En proceso. (Se tuvo ya reuniones con el equipo del IMSS Bienestar, justamente para poder tener no solo un foro, sino toda una serie de campañas acerca de la estrategia para el seguimiento para los estados federalizados)

5. Presentaciones.

Dra. Alethse de la Torre: Justamente en este sentido vamos a tener una serie de presentaciones y al final de éstas daremos tiempo para comentarios y discusiones también acerca de los acuerdos que se estarán proponiendo.

a) Estado de la epidemia del VIH.

Dra. Alethse de la Torre: Es parte del estado de la epidemia, se ha presentado en el Comité de Monitoreo. Tenemos varios elementos al respecto. El primero es que, México se ha comprometido como país para poder tener un cambio en términos de la epidemia por VIH en nuestro territorio nacional, enfocado y derivado de los datos que tenemos a nivel nacional e internacional, ha habido un cambio en el número de las nuevas infecciones desde el 2010 hasta el 2022. En América Latina se tiene un estimado 110 mil infecciones por VIH en nuestra Región.

Existen países que han logrado alcanzar las metas que se han propuesto estos 95-95-95 y, como pueden observar, la mayoría de estos países se encuentran en el continente africano, a través de una estrategia de atención primaria a la salud, redes integradas de servicios y estrategias con base comunitaria, y es justamente estas acciones las que nos hacen como estado el asegurar que podamos dar una fortaleza en términos de poder alcanzar dichas estrategias a nivel nacional.

En este sentido, cómo nos encontramos a nivel nacional, se estima que en México para 2022 existen 370 mil personas que viven con VIH, de las cuales 7 de cada 10 han sido diagnosticadas, este es el primer pilar de la cascada de atención en nuestro país y lo que observamos es que, si bien, 7 de cada 10 conocen su diagnóstico, 3 de cada 10 no lo conocen y esto nos va generando una brecha y esto impiden que muchas personas no puedan acceder a un tratamiento que tiene una alta efectividad y que permiten que las personas tengan una calidad de vida y sobrevida, similar a personas sin la infección y por lo tanto, también además de ser en perjuicio de la salud del individuo tiene un impacto en la salud comunitaria, y

esto es un elemento donde se tienen que focalizar nuestros esfuerzos justamente para cerrar esta brecha.

Después, una vez que las personas tienen este diagnóstico, la realidad es que la mayoría de estas se vinculan a atención y tienen gracias a la estrategia de optimización que se llevó a cabo desde el 2019 también un incremento en términos de la probabilidad de que se encuentren en supresión viral.

Eliminación de la prevalencia del VIH en países de LATAM, 2023.
Dra. Alethse de la Torre: Cómo nos comparamos en términos de esta estimación de números de casos de personas que viven con VIH en el país contra la región de América Latina; si nos vamos solamente por el número de personas que viven con VIH estaríamos: Brasil con el mayor número de personas, seguido por México, pero recuerden que también lo importante es medir en términos de la prevalencia. y en prevalencia en porcentajes estamos hablando del 0.4% de la población ó 4 de cada mil personas a nivel nacional y esto por debajo de otros países de la propia región.

Ahora, en cuanto a la estimación de la incidencia que nos va habla de los nuevos casos, lo que podemos observar, y ha sido derivado de los modelajes, es que es algo que se encuentra en lo que se conoce como una epidemia estable con cambios, una disminución en un intervalo de confianza inferior, a partir del 2020 seguramente derivado de la mejora en términos del tratamiento antirretroviral.

Aun así existen cerca de 20 mil nuevas infecciones anuales, eso significa dos nuevas infecciones cada hora en el país, esto quiere decir que la infección por VIH sigue y es un problema de salud pública que requiere la atención coordinada del sistema de salud y más allá del propio sistema de acciones intersectoriales.

Ahora, cuando nosotros nos vamos a entidades federativas podemos también ver un cambio en la incidencia de acuerdo a la entidad federativa, y esto también nos habla acerca de la visión territorial que se debe de tener.

Esta información también se tiene dividida de acuerdo a los grupos etarios y también por sexo al nacer, y podemos ver que, si bien a nivel nacional sigue siendo una epidemia que se sigue concentrando en hombres al nacer, esto también podemos ver que hay diferencias por edades y esto también nos lleva a la necesidad y veía los comentarios también de grupos y de centros tan importantes como Inmujeres, en términos de no dejar de visibilizar las necesidades de cada una de las poblaciones que son fundamentales para la respuesta de VIH, que tenemos que pensar en estas necesidades focalizadas y que tenemos que asegurar que se tiene también esta sensibilidad para tener esta información que por fortuna en el programa de VIH se cuenta.

Ahora esas cascadas que presentamos inicialmente son las cascadas generales, y cómo estamos en términos de mujeres, hombres adultos versus niños, niñas y adolescentes, y podemos observar que para la población adulta esto ha mejorado; sin embargo, para población infantil de nuestros niños, niñas y adolescentes esto no ha sido el caso, y por lo tanto requerimos enfocar y fortalecer esa respuesta aún más a nivel nacional. Estos son los datos nacionales:

Porcentaje de presentadores tardíos por entidad, 2022.

Esto nos preocupa todavía más, sabemos que estamos saliendo de una pandemia, de una emergencia de salud pública a nivel internacional, como fue la pandemia por SARS-CoV-2, y esto ha llevado también a tener presentadores tardíos, quiere decir que la primera vez que se diagnóstica a una persona tiene menos de 200 CD4s y esto incrementa la probabilidad de tener complicaciones para la persona y también sobre el tiempo que han tenido la infección, nos habla nuevamente de este primer 95 que no se ha alcanzado. La media nacional es del 41%, quiere decir de 4 de cada 10 personas que se están diagnosticando en el país, estamos llegando tarde, estamos llegando ya con infecciones que han tenido una progresión y un deterioro evidentemente en el sistema inmunológico de la persona; y observen todas las entidades federativas que se encuentran por arriba de esa media nacional, tenemos que evidentemente hacer un cambio y saber qué es lo que está sucediendo en este respecto.

Porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral en supresión viral por entidad federativa, 2022.

Y un ejemplo también tiene que ver el porcentaje de tratamiento en personas que ya conocen este diagnóstico, y era lo que les comentaba, una vez que la persona sabe que vive con VIH y accede a tratamiento antirretroviral la probabilidad de que se encuentre con supresión viral es altísima, en la mayoría de las entidades federativas, y ya en varias se han alcanzado estas metas que se pusieron a nivel internacional, pero lo que nos habla justamente es que por fortuna se tiene tratamiento antirretroviral que permite lograr esa meta. Qué es lo que nos tenemos que enfocar, nuevamente en que es lo que está pasando para no alcanzar este primer pilar. Esto es a nivel nacional.

Estimación de la mortalidad a causa del sida: México, 2010-2022.

Esto ha tenido un impacto, ya podemos observar, en una disminución de la mortalidad de las personas a causa del sida. Las personas que viven con VIH no deben fallecer de sida, se ha visto una reducción del 33%, evidentemente es a nivel nacional.

Se tienen los análisis a nivel estatal entre otros, que son justamente lo que se discute en el Comité de Monitoreo, lo que cómo nos comparamos en términos a nivel internacional y esto es justamente derivado de una reunión que se tuvo en una de las entidades federativas que forman parte de este consejo en el estado de Chiapas, el 76% PVV inician Tratamiento antirretroviral tardíamente en América Latina (<200 CD4). ¿Qué es lo que pasa? Una vez que las personas tienen un diagnóstico tardío van a tener una probabilidad mayor de fallecer en el primer año, entonces nos está hablando justamente del riesgo de una infección que ha progresado y por lo tanto de las complicaciones asociadas a sida que eso es algo que tenemos que cambiar.

Y justamente derivado de esto es que tenemos dos acuerdos para proponer y es que en esta sección de presentaciones, tomaremos su retroalimentación, el primero es que se realice el análisis sobre presentadores tardíos y las estrategias para mejorar el diagnóstico y la vinculación y atención, a nivel nacional y estatal, con esta división a las instituciones de salud, por tanto se instruye a las instituciones a que presenten dicha información en el Comité de Monitoreo en el siguiente año para la toma de decisiones.

El segundo acuerdo es, no es solamente tener esta información sino tener un plan de respuesta estratégica en personas viviendo con diagnóstico o presentadores tardíos y críticamente enfermas que acuden para atención en contextos de unidades de atención, para seguimiento en el Comité de atención integral y desarrollar un curso en línea para la atención de urgencias en personas viviendo con VIH, con este diagnóstico o presentadoras tardías en los servicios de salud y críticamente enfermas.

Definitivamente consideramos que puede también hacer un cambio en el resultado de salud de dichas personas.

b) Sistemas resilientes y acciones en Acapulco, Guerrero.

El siguiente punto es sistemas resilientes. Uno de los elementos fundamentales para poder dar respuesta a una pandemia como es esta de VIH, es asegurar que las acciones no se paran, no se paran si hay desastres naturales, si hay desastres en términos epidemiológicos, o algún otro tipo de situación que lleven a la población a estar en riesgo.

Los sistemas resilientes, significa cambiar el estatus quo de los sistemas de salud a nivel nacional, estatal, pero también internacional, la mayoría de los sistemas se encuentran dentro de un ciclo que están destinados a observar un desastre, responder, recuperarse y repetir dichas acciones, lo que queremos es generar, a

través de los elementos de un sistema resiliente, acciones que permitan responder de una manera más oportuna.

Y también a garantizar la atención, para esto es fundamental contar con información, evidencia y asimilar dicha información en términos de la vigilancia, es por eso que, este Consejo es extraordinariamente relevante, porque nos permite tener esta coordinación sectorial, ser receptivos y poder ampliar rápidamente los servicios de salud. Si existe un deterioro en una unidad tener estas redes que nos permitan responder a la población, ser previsibles y esto significa los procesos de planificación estratégica, reducción de riesgos y ser adaptativos, el transformar, no es lo mismo la respuesta que tenemos en la epidemia hoy en día que la que ocurría hace 10 años; y por lo tanto necesitamos adaptar la propia respuesta y tener una solidez para evitar el riesgo por periodos más prolongados.

Dentro de estas acciones también el poder tener también acceso universal con un sistema articulado que se encuentre centrado en las personas, en las comunidades, que tenga esta participación activa de la población y que estén integrados e interconectados.

Esto solo se puede lograr a través de una visión de atención primaria de la salud.

Estrategias para el establecimiento SSR.
Con este enfoque de atención primaria a la salud que fortalezca el liderazgo, rectoría y la gobernanza, que nos dé estas redes integradas de servicios de salud y que ayude también en el propio financiamiento a ser estratégicos en sus acciones.

Ahora, todo esto desde el año 2020 se empezó a trabajar desde el CONASIDA. He de reconocer que en la pandemia por COVID justamente los líderes comunitarios, las instituciones y el propio Consejo logró y dio la instrucción de mantener una coordinación estratégica, y lo que queríamos y lo que aseguramos es no tener lecciones vividas, sino realmente aprendidas, durante dicha pandemia se establecieron estrategias para atender estos elementos que se han permeado a lo largo de estos meses y, si me permiten presentar la siguiente acción.

Respuesta Guerrero: VIH, ITS, VHC, Tb.
Y como ustedes saben, desafortunadamente, hace un mes tuvimos este desastre en Guerrero que nos llevó fue a activar inmediatamente la respuesta coordinada y esta vinculación desde el propio CONASIDA. Y con una visión no solamente en términos de la respuesta VIH sino también en asegurar la atención y el seguimiento a la respuesta hepatitis C y a otras infecciones de transmisión sexual e incluir otro de los elementos básicos en términos de las sindemias que es la respuesta a la tuberculosis. En el estado de Guerrero se encuentran cerca de 4 mil personas en

tratamiento antirretroviral y con tuberculosis multidrogo resistentes o extensamente drogo-resistentes, arriba de 27 personas.

Y esto lo que significó fue la coordinación desde la propia integración del CONASIDA, de los integrantes del Consejo, y a través de las estrategias del estado. La continuidad de atención desde el día uno, después que pegó el huracán en la costa de Acapulco se aperturó el CAPACITS, se dejaron esta vinculación y asegurado la cadena de suministros de los insumos para la prevención y el tratamiento del VIH, se ha dado seguimiento tanto para carga viral, como CD4, apoyo y coordinación interinstitucional con usuarios del IMSS, del ISSSTE y designación de 16 enlaces tanto regionales como estatales, se armaron y se realizaron para disminuir estas barreras para la población, kits de prevención de esta salud sexual, de infecciones de transmisión sexual, a través de las brigadas, las cuales contaban con elementos de prevención como son condones internos, externos, lubricantes, anticonceptivos, píldoras del día siguiente, así como para el diagnóstico, como son pruebas para el VIH, hepatitis, sífilis, así como para poder realizar basiloscopias en caso de tuberculosis, el tener profilaxis post exposición, así como tratamientos para las personas que viven con VIH y la vinculación para estas acciones; y todo esto en el seguimiento del tratamiento de tuberculosis primario y resistente.

c) Prevención combinada

Esto nos lleva justamente al siguiente elemento, recordemos que primero vamos a dar las presentaciones y al final daremos tiempo para todos los comentarios de dichas intervenciones.

Pilares para la implementación nacional: Prevención combinada PrEP y PEP

Es decir, pudimos realizar estas acciones, se hizo también una campaña en Guerrero, que justamente con esta visión de todas las instituciones y esto también nos lleva a otro de los elementos que es fundamental, si nos vamos a enfocar a la prevención, esto tiene que ser a través de una estrategia de prevención combinada y una estrategia que incluya acciones biomédicas que incluya la profilaxis post exposición y pre exposición. Como ustedes saben, México participó en el proyecto IMPrEP que fue un proyecto de investigación en algunas entidades federativas y sitios de investigación; sin embargo, a partir del 2019 desde la política pública y desde el propio Consejo se indicó que tuviese estas acciones dentro de la política pública para la prevención, tanto el desarrollo del programa de acción específico de prevención, ustedes lo saben, los diferentes foros que se estuvieron realizando para el PAE, justamente que nos arma la política se encuentra ya destinado PrEP y PEP, el acuerdo de CONASIDA para generar esta política nacional y el lineamiento que se tuvo. También autorizaciones de recursos, medicamentos entre otros elementos. Todo esto tanto la capacitación del lineamiento que fue en el 2021, a pesar de que estuvo trabajando y dando su respuesta en el 2020, tuvimos el curso nacional cursos

en línea y acciones también por las diferentes instituciones de salud. Todo esto también desde el propio CONASIDA.

Pilares para la implementación nacional: Prevención combinada PrEP y PEP.
Pero lo que sabemos a nivel internacional, los modelos de lo que nos hablan es que no podemos dejar atrás que tenemos tanto la necesidad y que sabemos que en términos de eficiencia tenemos que seguir impulsando, los condones, lubricantes y tener también acciones diferenciadas y simplificadas de profilaxis, desde el desarrollo de la guía en el 2020, de la propia política pues han pasado ya tres años y se tienen experiencias y se tienen también llamados acerca de tener algunos otros elementos para la toma de decisiones en seguridad , el tratamiento, el poder tener vigilancia de resistencia en aquellos países que se encuentran escalando profilaxis pre exposición, si bien el riesgo es bajo, no olvidar que como cualquier medida biomédica puede presentarse y es algo que como Consejo tenemos también que tomar en cuenta basado en estas consideraciones de experiencia nacional e internacional.

Prevención combinada.
En prevención combinada se tienen tanto condones internos, externos, previamente, recordemos que inclusive en el programa no había condones internos, no había lubricantes a base de agua, pruebas de detección para VIH, para hepatitis C, además de aquellas dadas por las estrategias de compra consolidada, las pruebas de detección para sífilis y también para tuberculosis.

Implementación Profilaxis Pre-exposición (PrEP) y Profilaxis Post exposición (PEP).
Y para profilaxis pre-exposición y post exposición que ha habido un avance en las diferentes instituciones, evidentemente al ser una política que empieza su implementación en el 2020, en medio de la pandemia, teníamos dos opciones igual que con hepatitis C, el esperar a que terminará la pandemia para poder iniciar o realmente el tomar esta oportunidad para ir generando estas acciones de sistemas resilientes, y esto es el resultado del trabajo de seguimiento de instituciones que se ha dado también por el liderazgo de los propios miembros del Consejo y que si bien existe aún todavía una brecha para ir acercando estas acciones, también tenemos que recordar que son personas que ya se han beneficiado y que por lo tanto es nuestra obligación como Consejo el asegurar poder facilitar los siguientes pasos en esta política y es tanto así que desde la propia generación de este sistema resiliente, desde otros elementos de coordinación como es el comando operativo interinstitucional del sector salud y los comandos estatales interinstitucionales del sector salud, se han impulsado los botiquines de PEP para que se encuentren disponibles en todas las unidades hospitalarias, considerando que es una emergencia de salud y por lo tanto para éste.

Tenemos otro acuerdo, que es que se apruebe la realización de un análisis sobre implementación y también la actualización de la guía que se realizó para poder tener PrEP con inclusión de PEP con estos elementos que ha dado también de guía la Organización Mundial de la Salud, con estos elementos de vigilancia de verificación y de seguridad del mismo que se han llevado a cabo, a través del Subcomité de prevención, así como el reporte del avance de la implementación estatal y por proveedor de salud.

Creemos que, a través de esta transparencia, también nos puede llevar hacia la identificación de aquellas barreras que se estén presentando ya de manera específica.

d) Convocatorias y Bases de Participación para el cambio/reelección de las 8 vocalías transitorias del CONASIDA.

Esto se puede lograr a través del liderazgo de todas las personas del Consejo y específicamente del liderazgo comunitario, como ustedes saben y, con base en el reglamento del CONASIDA lo que se propone justamente es esta convocatoria y bases de participación para el cambio o la reelección de 8 vocalías transitorias del CONASIDA. Esta sería la convocatoria donde al final lo que queremos hacer es una estrategia también abierta.

No leeré esta primera diapositiva, pero las siguientes sí, para dar seguimiento a cuáles son estos punto, y justamente está basado en lo dispuesto en el artículo 3, párrafo quinto, sección tercera, sobre las vocalías transitorias del reglamento interno del CONASIDA; y esto de lo que nos habla y es lo que se estuvo trabajando es que no se cambiasen tan completamente todas las vocalías en un solo momento es lo que se trabajó con todos ustedes como miembros del consejo, sino que hubiese esta posibilidad de transición.

Convocatoria y Bases de Participación para el cambio/reelección de las 8 vocalías transitorias del CONASIDA.
Que es lo que está establecido en el Reglamento y es lo que todos ustedes conocen. Entonces, en términos del cambio de las vocalías tendríamos estas cuatro acciones para el cambio de 4 vocalías transitorias en el periodo 2024-2026.

Documentos requeridos.
Y estos serían los documentos requeridos, son documentos en términos de apoyo a la candidatura, la identificación de la organización a la que están perteneciendo recordemos que queremos tener esta posibilidad de incluir las voces de diferentes poblaciones que sabemos que son claves para la respuesta a nivel nacional, incluso

el trabajo que realizan a nivel nacional o en las entidades federativas, el tiempo que llevan en esto, con un máximo de 3 cuartillas, su CLUNI o el acta constitutiva y la carta de motivos dirigida a su servidora como Secretaria Técnica del CONASIDA.

Convocatoria y Bases. Reelección de vocalías.
Y de las Bases también en términos de la reelección son 4 vocalías transitorias.

Documentos requeridos.
Y estos de nuestros vocales que se encuentran actualmente, entonces tenemos: carta de exposición de motivos, ser vocal transitorio actual del CONASIDA. Ambas convocatorias deberán ser enviadas a este correo electrónico conasida@salud.Gob.mx, con fecha límite del 8 de diciembre de 2023, hasta las 18:00 horas. Esto nos permitirá que aquellos líderes que se encuentran fuera de la Ciudad de México también tengan la posibilidad de enviar estos elementos sin un gasto que sea una barrera para dichas personas.

Propuesta de Acuerdos.
Acuerdo A4/1ORD/2023.
Y finalmente esta sería la propuesta de este cuarto acuerdo, donde se propone que el proceso para la renovación de las vocalías transitorias y del cambio de las mismas se apruebe con base en lo que he presentado. Entonces, ahora sí, daría pie al espacio para los comentarios y participación.

Comentarios y participación.
Dra. Alethse de la Torre: Sé que está la mano de Miguel levantada, adelante Miguel.

Miguel Corral: Gracias Dra., qué gusto saludarle, buenas tardes, quisiera pedirles por favor si podemos regresar a la diapositiva de los primeros acuerdos, si son tan amables, en realidad mi comentario a ese acuerdo y en realidad los comentarios que voy a hacer son del mismo asunto, que es la necesidad de incluir a las organizaciones de la sociedad civil en cualquier análisis o proceso de monitoreo que se haga tanto de la implementación digamos en este caso del tema a abordar. Me parece que es importante sobre todo que cuando hablamos de capacitación, está bien que suceda pero no hay un proceso de evaluación de las capacidades que han adquirido las y los servidores públicos, creo que hay un problema importante sobre todo porque la mirada técnica, digamos académicamente, metodológicamente, digamos que es un fundamental pero no alcanza a abarcar las experiencias, que las personas de la sociedad civil pueden capturar a partir de su propio trabajo, digamos de contacto con las personas, esto es importante porque es una cuestión de recursos, cuando en un acuerdo como este, mi propuesta es modificarlo, poder integrar también a la sociedad civil como parte de que haga también estos análisis, por ejemplo, sobre los presentadores tardíos se requiere de que haya también un

recurso para las personas de la sociedad civil, las instancias de la sociedad civil que estarán acompañando este proceso de análisis de presentadores tardíos y estrategias para mejorar el diagnóstico y vinculación, porque cada vez que nosotros venimos aquí al CONASIDA, o en cualquiera de los Comités, evidentemente es comprensible algo que nos piden a nosotras como sociedad civil, es que presentemos evidencias de los casos que se están presentando tardíos y es comprensible, por ejemplo, tardíos por tomar el caso que está en pantalla y nosotros tenemos la capacidad de acompañar esos casos en la experiencia cotidiana, pero difícilmente vamos a tener la posibilidad de documentarlos y sistematizarlos sino tenemos un recurso específico para eso como cualquier otro equipo de investigación e implementación de estrategias de análisis.

En ese sentido, mi propuesta muy concreta es que este acuerdo, este primer acuerdo y ojalá las y los demás participantes del CONASIDA, estén de acuerdo en incluir que la sociedad civil va a ser una parte estratégica también en la implementación de estos análisis para que quede asentado, me parece que es importante considerarlo.

Ahora, en ese mismo tenor, lo que se presentó Dra. sobre la PrEP me parece que es importante considerar dos cosas. En primer lugar es que hay procesos de capacitación para las personas que están implementándola PrEP, participando en los servicios de PrEP, no sabemos qué pasa una vez que los capacitan, porque siguen habiendo personas en las diferentes entidades de la República que manifiestan que no están recibiendo un servicio adecuado en términos de calidad, en términos de sensibilidad, en la atención en cuanto a los horarios, es importante también hacer una evaluación de cómo se está implementando la PrEP en los servicios de salud.

En ese sentido, pues también por supuesto, poder evaluar la implementación, no solamente la capacitación de los servidores públicos de los servicios de salud, en los diferentes subsistemas, sino también como lo están llevando a cabo; y por último, algo en el diagrama que presentó Dra. que me parece es bastante eficiente al darnos una idea de cómo va progresando la política y la implementación del protocolo del PrEP y la prevención combinada en el país.

Algo que no aparece, y que sigue sin aparecer, a pesar de que en varias reuniones, tanto de los Comités como aquí del Consejo, le hemos mencionado es la importancia de dar seguimiento a algo que establece la política pública del PrEP es la subrogación de los servicios del PrEP a las organizaciones de la sociedad civil que tienen la capacidad de implementarlo. Después de estos años ya usted ha hecho un recorrido de tres años desde el 2020 para acá que se está avanzando la implementación de la política. El hecho de que haya 5 mil personas creo que es un

indicador bastante severo, falta todavía digamos la falta de capacidad que está teniendo el estado para implementar el PrEP.

En sentido es que se vuelve estratégica la participación de la sociedad civil, no solamente en dar a conocer a la población que existe la PrEP, sino que también nos involucremos activamente en la implementación de la PrEP es algo que está sentado, hay un modelo inclusive sentado en la guía, es necesario que lo rescatemos, me parece que como muchas veces se ha demostrado o muchas veces se ha hecho hincapié en este espacio del CONASIDA doctora, es difícil que podaos lograr una respuesta integral y efectiva del VIH a nivel nacional si la sociedad no se implica de manera rigurosa en cada uno de los aspectos que implica también la subrogación de los servicios de PrEP para organizaciones de la sociedad civil, seguramente no cualquier organización, pero hay organizaciones en el país que tienen toda la capacidad y el personal también para poder llevarlo a cabo, ojalá podamos avanzar en ese sentido y que la próxima vez que se nos presenten los avances sobre la PrEP en el país también se nos diga cómo ha avanzado por parte de las organizaciones de la sociedad civil, sabemos que hay algunas organizaciones que lo han estado realizando, a partir de lo que usted presenta respecto al financiamiento que ha dado el CENSIDA al Instituto Nacional de Salud Pública.

Tampoco tenemos, por ejemplo, datos de cómo ha ido avanzando la estrategia en esos estados en los que la sociedad civil si ha esté participando, y si por ejemplo a diferencia de esos estados en que la sociedad civil está participando en la implementación de la PrEP a diferencia de otros que no se están involucrando me parece que esa información va a estar disponible y es críticamente importante para seguir avanzando, por un lado si se involucra en la recolección de datos a la sociedad civil y en segundo lugar, claro, si ponemos atención justamente en los demás estados en cómo podemos hacer para que el modelo de subrogación de PrEP siga avanzando en México. Muchas gracias, Dra.

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias Miguel, creo que logré anotar todos los comentarios al respecto; en el primero que comentas acerca del involucramiento de las personas, definitivamente los líderes comunitarios y como está plasmado tanto en nuestro Programa de Acción Específico como en la propia norma que tenemos publicada, incluye la participación justamente de las personas y las comunidades en la generación de la política, su implementación, el seguimiento, y la evaluación, entonces, se puso un cambio en la redacción del acuerdo; si he de decir que esa información acerca de los presentadores tardíos ya se tiene, lo que se tiene es que analizar y se tiene que presentar, esa presentación y esa información estará dentro del Comité de Monitoreo donde participan las propias vocalías; para lo del término de la profilaxis pre exposición, sí quiero subrayar que probablemente no fui lo suficientemente clara, esas 5 mil personas eran de profilaxis post

exposición pero en profilaxis pre exposición tenemos arriba de 11 mil 700 personas entre todo el sistema de salud y justamente todos estos detalles que comentas, que son extraordinariamente relevantes y ricos tiene que ver con el siguiente acuerdo que fue lo que se presentó, que es el acuerdo tres, si mal no recuerdo, sobre profilaxis pre exposición que además de incluir el cambio y la actualización de la guía, es el poder analizar todos estos diferentes modelos que se están implementando tanto a nivel nacional, en todas y cada una de las entidades federativas y en cada una de las instituciones porque se ha aprendido y sin duda creemos que no es un solo modelo el que va a quedar para todas las instituciones pero lo que si debe subrayarse es que sea dentro de una estrategia que se encuentre coordinada que nos dé el mayor beneficio para la población y que sea segura, dentro de estas acciones.

Entonces estos elementos los dejamos justamente para la discusión y que puede ser dentro de la agenda inicial que se discuta en este comité de prevención, yo lo que solicitaré es que justamente se busqué estos elementos que se puedan responder en el comité junto con el análisis que se tienen a nivel nacional y a nivel institucional. Entonces se harían esas modificaciones de acuerdo a los comentarios que se realizó por parte de Miguel, evidentemente como propuestas y seguiremos con los comentarios. Adelante Luis Adrián.

Luis Adrián: Gracias Dra. Buenas tardes nuevamente a todas y a todos, a mí hay varias cosas que me preocupan; la primera es el proceso de inicio de tratamientos tardíos porque desafortunadamente el seguro social en su dinámica de todos los años cambia a todo el personal de enfermería y de asistentes médicas para los consultorios entonces hay que volver a recapacitar y no se tiene conceptualizado y esto lo vemos en todos los foros que se han realizado conjuntamente con la SIMS, la OPS, CENSIDA y el IMSS y otras organizaciones en varias entidades federativas.

Es importante porque creo que tenemos que incluir también a estas prestadoras de servicios que son en su mayoría mujeres para actualizarse, o para que conozcan cuales son estos lineamientos para poder garantizar la más rápida vinculación, por ahí hay una campaña que tenemos nosotros donde de acuerdo a lo que dice el marco normativo de todas las instituciones, en tres o cuatro días una persona tiene que pasar de primero a segundo nivel, después su evaluación técnico-clínica para ver sí es candidato para iniciar de una vez tratamiento o de acuerdo a los datos que presente poder hacerle diferentes estudios para poder garantizar la atención de otras enfermedades que puedan estar apareciendo; y esto es sumamente importante para poder garantizar que en el menor tiempo posible, las personas puedan acceder al tratamiento inicial, y a mí que queda claro que este factor es clave para poder garantizar estos procesos, y esto también nos pasa también en el ISSSTE, y creemos que es sumamente importante ver cómo nos podemos sentar

con la Dra. Verónica Suastegui, que nunca tiene tiempo, para poder garantizar estos modelos y estos procesos de actualización porque pareciera que en el ISSSTE todo lo quieren mandar a San Fernando, pero San Fernando llega un momento en el que está totalmente saturado y entonces termina siendo todo un caos; otro de los puntos que si es importante volver a enfatizar es el acceso a la PrEP y cómo hace unos días la OPS, la OMS, el Fondo Mundial y la International AIDS Society, que tuvo lugar en Río de Janeiro presentaban algunos datos adicionales para garantizar que fuera en 24 horas el inicio de la PrEP o ese mismo día para aquellos indicadores que tienen que ver con la posible toxicidad de daño renal atribuida a tenofovir, y cómo se ha demostrado que en ciertos rubros de edad es casi poco probable que tengan estas afecciones y esto quiere decir que para (inaudible) ¿me escuchan de nuevo?

Dra. Alethse de la Torre: Ahí ya, sí, ya te escuchamos.

Luis Adrián: Y entonces esto hace más factible aún para que todo el Sistema Nacional de Salud pueda ingresar lo más rápido posible a todos los usuarios de la PrEP ya con esas tablas que está promoviendo la OMS con las diferentes agencias regionales de ésta en el mundo.

Otro tema que a mí me preocupa mucho es, este gasto que se está haciendo de bolsillo en algunas organizaciones que le cobran a las personas por hacer vinculación, y que literalmente lo que estamos haciendo es incrementar el costo de la PrEP. La PrEP tiene que ser gratuita para todo mundo, independientemente si lo dan las organizaciones o no, tiene que ser gratuita.

Ahora, no hay que olvidar que tenemos un oficio número 1 que está rigiendo todo este sexenio para la dotación de recursos y podemos volver a pedir que se recibe este proceso porque estamos a punto de finalizar el sexenio, entonces esto es algo que tendríamos que abordar para el próximo sexenio, para las próximas autoridades el poder garantizar este tema.

Y aquí quiero poner nada más un dato, y poner un llamado a la acción, porque ya basta señor subsecretario lo que viene aconteciendo con algunas organizaciones que no sabemos de dónde sacan los medicamentos antirretrovirales que están iniciando ellas mismas tratamiento aquí en la Ciudad de México, pero sobre todo que dicen que están iniciando la PrEP sin ningún tipo de seguimiento nosotros hemos tenido ya varios casos que hemos vinculado y están los datos duros ahí, el seguro social los conoce perfectamente porque cada una de estas, nosotros documentados todo el proceso, las instituciones lo tienen plenamente sustentado, el cómo no hay un seguimiento para poder garantizar una vez que les iniciaron PrEP o también el tratamiento antirretroviral, jamás, jamás, está organización hace

estudios y demás, pero lo más preocupante es que los inicie alguien que no es médico.

Pusimos un llamado a COFEPRIS para que se vigile este proceso y lo que dijo COFEPRIS es que ellos no pueden hacer absolutamente nada, que si hoy en día alguien puede poner un consultorio en el garaje lo puede hacer hasta que no exista una denuncia formal. Entonces, creo que si es grave que la propia autoridad no pueda generar acciones mucho más fiscalizadas para poder hacer contra esos personajes que prescriben tratamientos sin ser médicos y sobre todo, poniendo en riesgo la vida de las personas que vivimos con VIH.

Y, hay un tema adicional que tienen que ver con poder garantizar y de nueva cuenta, de verdad, el prejuicio que sigue existiendo sobre las prácticas sexuales y que siguen satanizándose por parte del personal de salud para el inicio de la PrEP, crep que es sumamente importante poder y seguir insistiendo desde nuestras trincheras, para poder garantizar unidades libres de estigma y discriminación, se quiten esos prejuicios sobre la forma en cómo las personas decidimos relacionarnos con nosotros y, que eso no seas un impedimento para que les nieguen la PrEP porque las creencias de algunos médicos que hoy en día hacen más abierto este proceso.

Dra. Alethse de la Torre: Bien muchas gracias, Luis Adrián. En este sentido creemos que definitivamente estos elementos que se comentan tienen que ser abordados desde el Comité de Prevención en esta propuesta de acuerdo, creo que es el tercero, como están comentando para la actualización de esta guía de PrEP incluyendo PEP y ahí podrá discutirse justamente está nuevas estrategias, tanto desde la OMS, como de otras agencias están dando y con la experiencia que se comentaba también por Miguel Corral y lo que se tiene en los diferentes elementos a nivel nacional.

En este sentido, también son útiles estos elementos y estas nuevas guías. La idea es que en la siguiente sesión se incluya dentro de cómo va a presentarse el plan de trabajo y eso sería en la segunda sesión ordinaria que nosotros podamos presentar estas fechas para el desarrollo, pero que se encuentren dentro del primer semestre del año 2024, incluyendo estos elementos de riesgo poblacional. No sé subsecretario si desea hacer un comentario al respecto.

Dr. Ruy López: Muchísimas gracias. Y gracias a quienes comentaron, tanto a Miguel Corral como a Luis Adrián, muchas gracias por los comentarios y estoy de acuerdo en la respuesta que ha dado la Dra. Alethse de la Torre y la adecuación que se hizo en los acuerdos.

Creo que es importante que estos dos, diagnóstico y que el pleno de CONASIDA estaba diciendo que necesita hacerse un análisis tanto de los presentadores tardíos como para la implementación de PrEP y PEP y está pidiendo que los subcomités correspondientes, en donde existe y debe existir una participación activa en sus vocalías, tengan este plan de trabajo que, entonces, entiendo yo, se presentaría en la próxima sesión de trabajo para conocer exactamente cómo está eso y asegurar la participación, creo que es muy importante que en esta definición de barreras o riesgos como el que está comentando el profesor Luis Adrián se contemplen en la elaboración de guías y monitoreo, es decir, exactamente dónde está, cuál es el papel de la sociedad civil como lo que comentó Miguel Corral y poder identificar como mejorar tanto el programa de PrEP y PEP, como la identificación temprana, inicio de los tratamientos de manera temprana para no tener ese grupo que aún sigue siendo considerable de que están iniciando de manera tardía estos tratamientos antirretrovirales, entonces, lo que sí pediría es que en este plan de trabajo se pusiera específicamente las organizaciones de la sociedad civil presenten estas barreras que, como bien dijo Miguel Corral, la política pública es poder identificar lo que a veces parece anecdótico pero no lo podemos cuantificar y por eso la sociedad civil se lo está presentando como los problemas que ya están teniendo en su implementación, se convierten de manera crucial para mejorar la estrategia, no podemos esperar que con puro análisis cuantitativo de indicadores nos demos cuenta de las barreras, a veces podemos ver cómo estamos avanzando y podemos ver la brecha del avance, pero ya el porqué estas barreras que ya están en el terreno, muchas veces son ustedes como los voceros de los usuarios y de las personas que están exigiendo el derecho de tener acceso a estas estrategias para ver como desde la política pública, desde los lineamientos podemos quitar esas barreras como bien dice la Dra. Alethse, no solamente son barreras en el acceso sino también barreras en la seguridad de cómo se implementa este tipo de programas, entonces digo que el decirlo específicamente en el acuerdo aunque se entiende que cuando el CONASIDA y el Comité lo va a trabajar pues claramente están representadas las vocalías y pues estaremos muy interesados en conocer el plan de trabajo de estos diagnósticos estratégicos en la próxima sesión y asegurar que en el Plan de trabajo se aborden todos esos problemas que ya en esta primera sesión se están poniendo como focos rojos. Muchas gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias, antes de seguir… seguiríamos creo que… ¿Luis Adrián algo?

María Elena Ramos. Tengo la mano levantada desde hace ratito.

Dra. Alethse de la Torre: Sí, va a ir María Elena y luego Yolanda Varela.

Luis Adrián: ¿Voy o María Elena?

María Elena Ramos. Bueno iba a bajar mi mano, porque precisamente mi comentario está en la importancia que en este espacio a nivel nacional con este poder que tiene el CONASIDA, se discuta lo de los diagnósticos tardíos que ya Miguel y Luis Adrián hicieron énfasis en este tema, luego no la quise bajar porque tenemos también que ver el tema directamente en territorio, directamente con las personas y diagnóstico tardío significa muerte para la mayoría de las personas, y la verdad es que lo estamos pidiendo, estamos en el proceso de acompañar a las personas para que se integren a los servicios de salud y estamos haciendo, rompiendo todas las barreras que están en sistema de salud para que se integren, sobre todo aquellas personas que tienen mayores problemas, muchas condiciones de vulnerabilidad, usuarios de drogas, habitantes de calle, migrantes y hacemos circo, maroma y teatro para que se integren; pero ¿qué creen? se pueden integrar a CAPACIT, pero como aquellas personas con diagnóstico tardío llegan muy enfermos no son recibidos en los hospitales, en las unidades de urgencia, y entonces ahí andamos, pero desesperados.

Y les digo, significa muertes; de los que acompañan son una organización del norte del país que es a la que pertenezco, de los que acompañan, de julio a noviembre han muerto 5 personas, y no murieron en la calle de pura casualidad porque logramos que entraran a un lugar digno, pero este diagnóstico tardío significa muerte y eso nos lo tenemos que llevar.

Yo quisiera que me escuchara el Dr. Guzmán, jefe del Programa estatal de Chihuahua, yo quisiera que lo escuchara y todos los médicos que están aquí y que veamos cómo resolvemos este Sistema de Salud, donde el Hospital General de Ciudad Juárez está rebasado y no acepta a ninguna persona más. Entonces, si pasa en Juárez sé que pasa en San Luis Potosí, sé que pasa en Veracruz, sé que pasa en los otros estados porque, quiénes diagnóstico tardío generalmente lo tienen las personas con muchas carencias económicas, con mucha falta de oportunidad de servicios de salud y por eso no me callé y no baje la mano con diagnósticos tardíos.

Y otra de las cosas que quería mencionar es que celebro mucho que haya esta convocatoria para la transición de las vocalías transitorias, la vocalía, tengo una de las vocalías, y la verdad es que ha pasado mucho este proceso. Hay que difundirlo ampliamente para que se dé y se haga ese cambio que siempre es muy necesario.

Ahorita estaba viendo quiénes de las vocales de la sociedad civil estamos, somos ocho y solo estamos cuatro en este lugar, entonces sí hace falta refrescar y hacer eso. Gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias, María Elena siempre por tu comentario puntual, y justamente pensando en eso es que se tiene este cambio de visión hacia una visión integradora en la coordinación que debe de haber en el Sistema, pero se debía la palabra al subsecretario. Adelante Dr. López Ridaura. Después pasamos con la Dra. Yolanda y, finalmente con Luis Adrián.

Dr. Ruy López: No, Alethse, si quieres que comente primero Yolanda y Luis Adrián, después vemos los acuerdos y cierro con un comentario general.

Dra. Alethse de la Torre: Perfecto. Adelante Yolanda.

Yolanda Varela: Simple y sencillamente agradecer esta importante reunión Alethse, felicitarte por las acciones que lleva a cabo el CENSIDA y reiterarte la solidaridad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva que, de acuerdo con nuestras atribuciones, nosotros tenemos que participar muy fuertemente en el tema de prevención y el tema de diagnóstico oportuno.

En ese sentido, comunicarles a las instituciones y a las organizaciones que forman parte de este Consejo que por fortuna, a través de la compra consolidada de insumos para el año 2023 y 2024, pues ya tenemos garantizada la compra y se hizo la distribución de todo 2023, se adquirieron 24.5 millones de condones externos en 2023 y 31.6 millones para 2024 y en el caso de los condones internos o femeninos tenemos la compra de 279 mil para 2023 y 285 mil para 2024. Estamos dando un seguimiento muy puntual para asegurar que la distribución se haga conforme lo planeamos.

Por otro lado, comentar también que ya se realizó la adquisición de pruebas rápidas para la determinación de VIH y sífilis en embarazadas, tomando en cuenta toda la población no derechohabiente.

En ese sentido, creo que también estamos abonando con esta importante estrategia de la determinación de VIH y sífilis en mujeres embarazadas.

Y finalmente, como tercer punto, creo que en el caso de los servicios amigables para adolescentes, seguiremos insistiendo en la doble protección, tanto la prevención de embarazos no planeados como la prevención de ITS y estamos trabajando muy fuertemente con el IMSS Bienestar para asegurar que en este proceso de federalización, pues se mantenga la atención para la población adolescente, a través de servicios amigables para adolescentes o centros de atención a la salud de adolescentes.

Cuenta con nosotros, Alethse, es nuestra responsabilidad y creo que lo hacemos con mucho gusto. Muchas gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias y si tomamos esas acciones y los elementos de coordinación que se han dado para que el centro esté dentro de estas estrategias también de profilaxis preexposición y post exposición, con lo que ya se está haciendo en los servicios amigables. Muchas gracias y le damos ya la palabra a Luis Adrián. Adelante Luis Adrián.

Luis Adrián: Sí, es la propuesta de acuerdo, justo para lo que comentaba, y la propuesta sería: acuerdo para que COFEPRIS realice los lineamientos para que garantice la seguridad de las personas en la implementación comunitaria de la PrEP y de la PEP porque creo son las atribuciones que tienen COFEPRIS y es lo que tiene que dictar la política para poder garantizar que los elementos se cumplan a raja tabla tanto para las instituciones públicas de salud como para las organizaciones y que se tenga que tener lo mínimo que debería COFEPRIS y que creo que ahí podría abonar mucho para poder garantizar este proceso y dejar atrás lo que se vive en esta dotación que se hace todos los días por una organización de la Ciudad de México.

Dra. Alethse de la Torre: Perfecto se está incorporando esos elementos, no sé si tenemos compañeros de COFEPRIS para un comentario al respecto? (pausa) Sí, Dr. López Ridaura.

Dr. Ruy López: Sí, justamente como se está escribiendo ahora, más que pedir que COFEPRIS haga unos lineamientos, más bien que se incorporé aquí y si al final surge la necesidad de que COFEPRIS determine una regulación a partir de las nuevas guías y lineamientos que se haga, pero que no participe de manera independiente generando unos lineamientos que posiblemente no estén totalmente alineados a lo que se decide en el Comité, entonces, creo que aquí es importante considerar la participación de COFEPRIS en el proceso y no forzosamente en el proceso de la definición de las nuevas guías, sino también el monitoreo de la calidad y el componente de sanción. Un poco que sí quede COFEPRIS y que durante el proceso COFEPRIS pueda decirnos las atribuciones y capacidades de vigilar la calidad y las sanciones a las que podría operar desde la comisión de operación sanitaria, entonces, yo lo dejaría así, gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Perfecto, no veo ninguna mano levantada por lo que pasaríamos al siguiente punto que es justamente, los acuerdos de la sesión, para cada uno de estos acuerdos les solicitaría que mantuviesen la mano levantada, bueno que votarán y que levanten la mano con la cámara encendida o si no lo hagan, a través del chat. Entonces.

Acuerdos de la sesión.

Dra. Alethse de la Torre: El primer acuerdo es **A1/1ORD/2023,** el pleno del CONASIDA acuerda, realizar el análisis sobre presentadores tardíos y estrategias para mejorar el diagnóstico y vinculación a la atención, a nivel nacional y estatal, e instruye a las instituciones a que presenten la información en el Comité de monitoreo en 2024 para la mejor toma de decisiones desde los comités que forman este Consejo considerando fundamental la participación de la sociedad civil en él representada.

Dra. Alethse de la Torre: Si gustan votar al respecto…

Miguel Corral: Dra. disculpe yo quisiera la verdad proponer que fuera todavía más concreto la integración de la sociedad civil, pensando en una redacción como considerando de los comités que forman parte de este proceso, garantizando la participación de la sociedad civil o en todo caso diciendo que vamos a sumar la información con la que cuenta la sociedad civil también, a partir de sus propios recursos, o contemplando la información con la que cuenta la sociedad civil.

Dra. Alethse de la Torre: Tomando en cuenta, podríamos agregar, vale, creo que están haciendo las modificaciones. Bien.

Miguel Corral: Perdón, puede ser: "…la sociedad civil en el representada, a partir de la información con la cual disponen". Sabemos que hay organizaciones de la sociedad civil que cuentan con información como decía el Dr. Ruy López de manera más anecdótica o sistematizada de manera muy sencilla, pero me parece que justamente en el Comité de Monitoreo podemos establecer el mecanismo para integrar esta información y haga más robusto el análisis que se lleve a cabo entonces, si lo consideran podría ser esa la redacción: "… garantizando la participación de la sociedad civil en el representada, integrando la información disponible con la que cuentan".

Dra. Alethse de la Torre: Sí, yo creo que aquí tenemos que ser, recordemos que esto es el acuerdo en general y donde van a estar generados todos estos lineamientos de información se tratarán en el Comité, ahorita sí creo que lo importante es que esté ahí la parte de la sociedad civil, pero todos los acuerdos, las definiciones, la operacionalización, los mecanismos de minería de datos, garantizar que sea información adecuada, que sea información que no sesgue entre otros elementos, inclusive el pensar en estos mecanismos, como puede haber un análisis de metodología mixta que sé yo, todo eso, creo que ya va justamente en el Comité, tendrá que estar en el Comité.

Miguel Corral: Tiene razón Dra., gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Al contrario Miguel. Alejandro, el Dr. Alejandro Rivera creo que tiene la mano levantada y Luis Adrián.

Dr. Alejandro Rivera: Dra., buenas tardes, gusto en saludarle a todas las personas integrantes del CONASIDA. Estoy de acuerdo y me parece que es necesario que entremos a la discusión del tema del diagnóstico tardío, es fundamental; sin embargo, me preocuparía que únicamente el análisis se quede en la cuantificación clínica, entiendo que específicamente en el Comité de Atención Integral debe establecerse, quizá, las variables a considerar resulta pertinente entonces que en el acuerdo se agregue que -me parece fundamental- que este análisis debe considerar las determinantes social en salud pública, porque hay el fenómeno del diagnóstico tardío que no impacta de la misma manera a hombres y a mujeres, eso lo vemos en el estado de Chiapas, este mismo fenómeno no impacta igual también en las comunidades indígenas y en las poblaciones rurales o en ciudades urbanas, es un problema de salud pública en el país, en la respuestas al VIH, pero me parece que el análisis debe incorporar siempre las determinantes sociales y no única o estrictamente el criterio clínico.

Este es un comentario para poder tener una perspectiva entonces de cómo poder generar estrategias de alguna manera de mitigación o de prevención de estas situaciones. Gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias se ha incluido en el comentario para el acuerdo y tenemos a Luis Adrián y después a Carlos Hernández de la CNDH. Adelante Luis Adrián.

Luis Adrián: Haber, coincido con Miguel , pero yo creo que el cómo, lo tendríamos que hacer desde el observatorio de la PrEP y de la PEP y poder tener un formato incluso en línea, donde las personas o las organizaciones puedan rellenar este formato para poder tener los datos que requerimos para garantizar esta cuantificación sobre los problemas que están enfrentando tanto las personas para ingresar a la PrEP para dar seguimiento o incluso para aquellos que están moviéndose de sistema de salud en sistema de salud, porque esto nos va a dar más datos adicionales de lo que podemos pensar, nosotros tenemos una metodología que utilizamos desde hace muchos años donde realizamos las quejas correspondientes y después entramos con el seguro social a trabajar en algunos procesos para mejorar este modelo de atención y que creo que pudiera ser desde ahí donde se puede garantizar esas acciones, repito, creo que el proceso tendría que ser a través del observatorio, incluso poder tener presentaciones o informes cada determinado tiempo sobre cómo ha ido avanzando y como han ido

disminuyendo estas barreras que impiden el acceso para la PrEP y PEP en el sistema público de salud.

Dra. Alethse de la Torre: Perfecto, muchas gracias y entonces con eso justamente como está actualmente planteado y con la presentación en el Comité creo que se cumplirían con estos comentarios y tendríamos entonces a Carlos de CNDH. Adelante Carlos.

Carlos Hernández: Muchas gracias, linda tarde a todos y todas, en seguimiento también a esta información que se puede compartir o que se puede obtener de estas diferentes fuentes, pues creo que en una ocasión también ya Miguel Corral había solicitado la información por parte de CNDH de cuántas quejas había con violaciones a derechos humanos. La información la tenemos ya disponible, está para poderse presentar en la siguiente sesión, o incluso también a través del Sistema Nacional de Alerta, Violación a Derechos Humanos, pues nos da una idea de los principales hechos violatorios e incluso el desagregado por autoridades.

En este sentido, me parece relevante que para la siguiente sesión o durante el transcurso de la siguiente podamos dar los datos de cuántas personas han sido vulneradas en sus derechos humanos, incluso por negligencia médica, por un diagnóstico tardío, una atención que no se le dio y que en su caso se emitió la recomendación correspondiente, entonces, creo que también desde la Comisión podemos abonar a estos datos, para que también se puedan incluir; incluso tener el mapeo y el monitoreo de la autoridad responsable y los estados donde se están presentando más frecuentemente estas violaciones.

Dra. Alethse de la Torre: Muchísimas gracias y gracias también por compartir el link en el chat, para todas aquellas personas que no lo observaron está información la puso en tiempo real con el multitask, y daremos un espacio entonces en la agenda para que se puedan comentar y nuevamente recordar que estos serán los estatutos y plan de trabajo que tendrá que presentarse dentro de dicho Comité. Muchas gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Bien, entonces quedaría como está plasmado el **Acuerdo A1/1ORD/2023:** El pleno del CONASIDA acuerda, realizar el análisis sobre presentadores tardíos y estrategias para mejorar el diagnóstico y vinculación a la atención, así como las determinantes sociales, a nivel nacional y estatal, e instruye a las Instituciones a que presten la información en el Comité de Monitoreo en 2024 para la mejor toma de decisiones desde los Comités que forman este Consejo garantizando la participación de la sociedad civil en él representada.

En caso de no haber ningún otro comentario, les solicitaría que quienes estén a favor puedan levantar su mano para la votación recordando quienes no tienen cámara lo pudieran hacer. Bien, si hubiese alguien en contra, perfecto; entonces ese acuerdo queda aprobado por el pleno del CONASIDA.

El siguiente acuerdo es el **Acuerdo A2/1ORD/2023:** El pleno del CONASIDA acuerda, promover un plan de respuesta estratégica en personas viviendo con diagnóstico o presentadores tardíos y críticamente enfermos que acuden para atención en contextos de unidades de atención para seguimiento en el Comité de Atención Integral.

- Desarrollar un curso en línea para la atención de urgencias en personas viviendo con diagnóstico o presentadores tardías en los servicios de salud y críticamente enfermas.

Y esto está relacionado con los comentarios que hacían previamente tanto Luis Adrián como el Dr. Alejandro Rivera, en términos de poder, no sólo detener la información ya, sino en términos de empezar ya con una acción de modificación y cambio sectorial desde el CONASIDA y que sea pragmático, no sé si hubiese algún comentario al respecto.

María Elena Ramos: Yo pienso que debe ser a quienes atienden en urgencias y a quienes toman decisiones en urgencias porque la última vez que estuvimos en urgencias aquí en el Hospital General, solo estaban pasantes atendiendo en urgencias, no había ningún médico responsable y los pasantes toman decisiones en este Hospital General. Entonces tiene que ser que atiende y quien toma decisiones.

Dra. Alethse de la Torre: Ok, hacemos esas modificaciones y eso incluiría hasta las propias acciones de política pública.

Luis Adrián: Alethse, yo creo que no nada más tiene que ser para los profesionales de la salud, porque recordemos que también pasan por trámites administrativos entonces yo pondría a todos los involucrados en la atención clínica como en urgencias de todo el personal que está involucrado en la atención de las personas que viven con VIH y aquí a veces hemos visto como policías en los diferentes servicios de salud del país, independientemente, con o sin seguridad social, son los que deciden quién entra y quién no entra, entonces creo que tenemos que abarcar a todos los que intervienen en la cadena de atención de las personas.

Dra. Alethse de la Torre: Perfecto, entonces.

María Elena Ramos: A mí solo me preocupa una cosa, en el caso de la atención a nivel hospitalario lo que vemos es la barrera más grande para que entre una persona; es por ejemplo, si hablamos a los servicios de ambulancia, lo primero que se necesita es la carta de referencia del médico tratante y la carta de aceptación de la referencia del médico responsable del Hospital General y si no hay esas cartas la ambulancia ni siquiera las recoge. Si entiendo que Luis Adrián plantea amplificar más la responsabilidad a las personas y a la mejor en el Comité de atención se pueda desagregar más esta situación, pero mi inquietud es esa, porque de verás es sumamente difícil ingresar a una persona que no tiene para pagar una clínica o un hospital público. Gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Muchas gracias, María Elena y justo creo que también el Dr. López Ridaura quien ha estado impulsando ya desde hace tiempo la parte de centros coordinadores y el servicio nacional de salud pública, podrá ser otro elemento que coadyuve en la respuesta nacional a este problema.

Se han hecho las modificaciones conforme a los comentarios, como pueden ver en su pantalla.

Acuerdo A2/1ORD/2023: El pleno del CONASIDA acuerda, promover un plan de respuesta estratégica en personas viviendo con diagnóstico o presentadores tardíos y críticamente enfermas que acuden para atención en contextos de unidades de atención, para seguimiento en Comité de atención integral.

- Desarrollar un curso en línea para todas las personas involucradas en la atención de urgencias en personas viviendo con diagnóstico o presentadoras tardías de VIH en los servicios de salud y críticamente enfermas.

Dra. Alethse de la Torre: No sé si existiese algún otro comentario. Bien en caso de no ser así les solicitaría que por favor aquellos miembros que estén de acuerdo con esta propuesta levanten su mano (del Acuerdo A2/1ORD/2023); perfecto, aquellos que estén en contra (pausa). Bien. Pasaríamos al Acuerdo A3/1ORD/2023.

Acuerdo A3/1ORD/2023: El pleno del CONASIDA acuerda, realizar el análisis sobre implementación y la actualización de la guía para otorgar PEP con inclusión de PEP en México, a través del Subcomité de Prevención, así como el reporte del avance de implementación estatal por proveedor de salud, incluidas las OSC. Es importante considerar la participación de COFEPRIS en el proceso.

Dra. Alethse de la Torre: No sé si alguien tiene algún comentario al respecto (pausa). Bien, de no ser así les solicitaría que aquellas personas a favor levanten la mano (pausa). Bien. Aquellas que se encuentran en contra (pausa). Perfecto.

Y pasaríamos al cuarto y último acuerdo de esta sesión que es el **Acuerdo A4/1ORD/2023:** El pleno del CONASIDA acuerda, realizar el proceso para la renovación de las vocalías transitorias por lo que se aprueba la publicación de la convocatoria y bases para el mismo, en los términos establecidos.

Evidentemente esta convocatoria estará puesta en la página de CENSIDA y estará siendo divulgada en las redes sociales y les pediríamos que nos apoyaran en su difusión; quienes estén a favor, levante la mano (pausa). Perfecto. Quienes estén en contra (pausa). Bien, con eso terminaríamos los acuerdos de esta sesión y pasaríamos al siguiente punto que son los asuntos generales que tenemos dos elementos.
La primera es el medicamento y el cuadro básico que comentaba al inicio de la sesión Luis Adrián, así como la parte de la vacuna de PPH en estas acciones creo que sería importante dado la relevancia que se pudiese incluir y considerando que en la siguiente sesión tendremos justamente dedicada a atención integral y estos dos componentes tanto tratamientos como vacunación y estrategias de atención integral, forman parte de estos que se pudiesen desarrollar dichos temas que ha propuesto Luis Adrián en dicha sesión, pero me gustaría darle la palabra a Luis Adrián. Adelante Luis Adrián.

Luis Adrián: Sí, del primero de ellos me preocupa sobre manera porque muchas personas hoy en día, algunas personas para no ponerle muchas, algunas personas estamos tomando tenofovir y emtricitabina algunos si compran la tableta única y derivado del rechazo de la inclusión del cuadro básico del IMSS de la combinación de tenofovir y emtricitabina muchos otros derechohabientes no están teniendo acceso a este proceso.

Nos preocupa, como ya lo había comentado, muchos ya tomamos polifarmacia. En lo personal yo no nada más vivo con VIH, actualmente tengo un problema renal ocasionado por la ingesta prolongada de medicamentos, una rinitis alérgica, hipertensión y más lo que se acumule en estos próximos meses.

Entonces, esa es la realidad de las personas que vivimos con VIH, tomamos polifarmacia no nada más por los medicamentos de VIH, sino también por otros padecimientos que ya estamos padeciendo.

Y esto nos preocupa y nos ocupa porque de acuerdo a la dirección administrativa del seguro social, no es relevante para ellos; pero desgraciadamente para nosotros sí es relevante el poder tomar menos pastillas. Aquí nosotros vamos a implementar acciones legales porque creo que ya basta de estos procesos, digo, queremos generar un amparo en contra del Seguro Social por discriminación, por no

garantizar el apego al tratamiento con una tableta única que hoy en día está disponible en el sistema mexicano y que curiosamente la tienen otras instituciones dentro del sistema de salud contraviniendo las propias indicaciones del señor presidente en la creación de un sistema de compendio nacional de medicamentos. Lo cual es totalmente falso, porque el seguro social no ha podido garantizar estas acciones que repito, nos preocupa porque, que un área administrativa valore el cómo nos vamos a tomar los medicamentos y que para ello desestime que las tabletas únicas pueden garantizar y ser un motor para garantizar la adherencia y mejorar la calidad de vida, habla mucho de este tipo de personajes que están en este lugar de toma de decisiones.

Dra. Alethse de la Torre: Gracias Luis Adrián y justamente en este término creo que sería relevante que dicho elemento se pudiese abordar también con la estrategia en la sesión dentro de dos semanas y me gustaría saber si existen compañeros del IMSS que quisieran reaccionar al respecto, y si no como propuesta para poner este elemento en agenda en atención integral

Dra. Xóchilt Romero: Buenas tardes Dra. Alethse, buenas tardes Dr. Ruy, buenas tardes a todas y a todos, soy la doctora Xóchilt Romero, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, creo que en este momento no está participando ningún enlace del área de atención médica que es el área que se encarga de

Dr. Alfonso Vega Yáñez del IMSS: Sí, estoy yo, de hecho es que estaba levantando la manita en la cámara probablemente por eso no se veía, pero no pasa nada, no tenemos ningún tipo de problema, de hecho nosotros ya habíamos emitido nuestra opinión y lo vamos a hacer nuevamente para llegar a un buen acuerdo con la División de Evaluación de Tecnologías del Instituto, sin ningún problema.

Dra. Alethse de la Torre: Perfecto. Muchas gracias y eso podemos dar seguimiento en la siguiente reunión para ver si existiese cualquier otra barrera al respecto considerando pues que está dentro de las acciones y la coordinación donde también participa el IMSS y todos los proveedores de salud. Muchas gracias.

Perfecto y pasaríamos al otro elemento. Que es justamente la vacunación. Adelante Luis Adrián.

Vacunación.
Luis Adrián: Sí, no sé si puedas poner la foto que te envíe Dra. de la Torre.

Dra. Alethse de la Torre: Estoy justamente pasándola al equipo que me está proyectando y en este momento la he compartido, porque la conexión desde Sonora no me permite, pero ya están en ese proceso.

Luis Adrián: Bueno, mientras voy hablando, nosotros hemos visto con preocupación que la estrategia del CENSIA para la vacunación para las personas que viven con VIH y pueden ser acreedores a la vacuna del VPH a pesar de que ya está establecido en la guía de manejo antirretroviral y en la guía del IMSS sólo se contemplan mujeres hasta los 49 años.

En un foro que se hizo hace unas semanas en el Congreso de la Unión, el personal del IMSS del área de vacunación hablaba de que tienen hoy en día tienen vacunas suficientes para garantizar la extensión de poblaciones a vacunar, que son de niños de 9 a 11 años y personas que viven en su totalidad de 11 a 49 años para garantizar mínimamente una inyección de esta vacuna.

Ya hemos tenido nosotros reunión con el área médica del Instituto Mexicano del Seguro Social y lo único que dicen es que ellos no pueden hacer absolutamente nada hasta que CENSIA emita un oficio para extensión de la vacunación y con eso podríamos abonar a un tema que hoy en día padecemos las personas que vivimos con VIH que tenemos algunas afecciones con el tema de VPH y con eso podemos garantizar la reducción de la infección de VPH y poder tener un nuevo modelo en el sistema de vacunación y repito hay algunas vacunas que están sin utilizarse en algunas delegaciones de verdad que hay que ponerles una medalla a las enfermeras que lo están haciendo. Han hablado hasta a los consultorios de los médicos tratantes de VIH para decirles que envíen vacunar para que las vacunas no se echen a perder y justo la intención es poder garantizar con esta extensión que todas las personas hoy en día se vacunen, que viven con VIH hasta los 49 años.

Dra. Alethse de la Torre: Gracias Luis Adrián propondría que entonces este elemento se pueda dar un espacio durante la siguiente sesión justamente estaremos abordando los temas de atención integral y se pueda entonces dar también la respuesta por parte de CENSIA y de este grupo de atención integral a menos que hubiese un comentario en este momento.

Dr. Alfonso Vega Yáñez del IMSS: Gracias Dra. Alethse. No, me parece que sí lo podemos dejar para la siguiente sesión para comentarlo con el Dr. José Luis y preparar una presentación. Gracias.

Dra. Alethse de la Torre: Bien, entonces así lo hacemos, bueno, recordemos que nos vamos a ver en dos semanas. Y esto daría pie para tener una respuesta más fortalecida. Muchas gracias mi querida (inaudible).

Este, y bueno con eso terminaríamos asuntos generales y le cedería la palabra al Dr. Ruy López Ridaura para el cierre de la sesión.

Dr. Ruy López: Muchas gracias Dra. Alethse, a todas, todos y todes, creo que fue una sesión muy buena, ejecutiva donde además pudimos darnos un panorama amplio de cuáles son estos logros pero también donde están las brechas y las oportunidades de mejora, creo que los acuerdos van enfocados en eso y además se hizo se fue receptivo a las inquietudes que tenían algunas consejeras y consejeros aquí. Una de las cosas que comentó la Dra. Alethse que creo que es importante y sé por lo que me ha comentado la Dra. Alethse que ha sido tema en otras sesiones que el cómo esta estrategia que estamos contemplando de una transformación radical de cómo se llevan a cabo los programas de salud pública con un enfoque en las funciones esenciales que de manera transversal queremos que impacten donde también influye todo un nuevo modelo de una participación civil y la participación comunitaria, pero también un seguimiento de los problemas que el sistema está teniendo.

Ya no solamente en cada uno de sus subsistemas, sino de una manera unificada en estos centros coordinadores que se han propuesto. Creo que el identificar estos elementos en un programa tan fortalecido como es el de VIH nos da pie también para tomar de aquí innovaciones que podemos impactar en otros programas de manera transversal.

Entonces realmente les agradezco, creo que los acuerdos fueron buenos, y si nada más, aunque no estén de acuerdo, si los compromisos de estos dos puntos adicionales de los asuntos generales:

Pediría también al CENSIDA que pudiera dar seguimiento a ver las razones un poco a lo que a veces pasa en estos diálogos entre los técnicos y los administrativos dentro de las instituciones. El poder también subirlos de nivel y poder pedir una explicación de cuales están siendo las barreras para incorporar medicamentos que ya están aprobados en el cuadro básico, que ya están incorporados en otros subsistemas y que por alguna razón no se está logrando.

Es cosa de tiempo viendo que desde los equipos técnicos se está dando también la recomendación dentro del IMSS, para darle seguimiento y poder dar en la sesión del 18 en que respuesta estamos desde la gestión que podamos hacer desde el CENSIA y desde la Subsecretaría y en cuanto a eso encargarle al CENSIA que nos haga un planteamiento claro de hacia dónde; estoy convencido que la vacunación del VPH es un poco lo que también estamos viendo, no se están llegando tanto a las metas de la población por la que se hizo la compra es una pena que estén en riesgo de caducarse pero esto requiere una planeación más completa y no solo hacerlo de manera esporádica, en una circunstancia específica

Entonces le pediría al Dr. Jorge Luis Ortega que haga un planteamiento y si eso implica cambiar los lineamientos del programa de vacunación universal lo haremos para que realmente el cálculo que se haga incluya también estos grupos prioritarios que puedan recibir la vacunación.

Pues muchísimas gracias, no habiendo otro comentario y siendo las tres de la tarde con tres minutos se da por cerrada esta primera sesión ordinaria del día 27 de noviembre y como bien comenta Alethse nos veremos pronto en una convocatoria para la siguiente sesión ordinaria de este año. Muchas gracias a todas y a todo, buena tarde.

Dra. Alethse de la Torre: Hasta luego buenas tardes.
Todas y todos. Hasta luego, buenas tardes.

ACUERDOS TOMADOS

Acuerdo A1/1ORD/2023
El pleno del CONASIDA acuerda, realizar el análisis sobre presentadores tardío y estrategias para mejorar el diagnóstico y vinculación a la atención, a nivel nacional y estatal, e instruye a las instituciones a que presenten la información en el Comité de monitoreo en 2024 para la mejor toma de decisiones.

Acuerdo A2/1ORD/2023
El pleno del CONASIDA acuerda, promover un plan de respuesta estratégica en personas viviendo con diagnóstico o presentadores tardíos y críticamente enfermas que acuden para atención en contextos de unidades de atención, para seguimiento en Comité de atención integral.
Desarrollar un curso en línea para la atención de urgencias en personas viviendo con diagnóstico o presentadoras tardías en los servicios de salud y críticamente enfermas.

Acuerdo A3/1ORD/2023
El pleno del CONASIDA acuerda, realizar el análisis sobre implementación y la actualización de la guía para otorgar PrEP con inclusión de PEP en México a través del Subcomité de prevención, así como el reporte del avance de implementación estatal por proveedor de salud.

Acuerdo A4/1ORD/2023
El pleno del CONASIDA acuerda, realizar el proceso para la renovación de las vocalías transitorias, por lo que se aprueba la publicación de la convocatoria y bases para el mismo, en los términos establecidos.

HORA DE TÉRMINO DE LA SESIÓN

Fecha: lunes 27 de noviembre de 2023.

Formato: sesión virtual
Termino: 15:03 horas.

NOTA: *Como se ha informado, la presente sesión se llevó a cabo de forma virtual, por lo que el audio de su grabación se encuentra disponible para constatar su validez.*