SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONASIDA
CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SIDA

ACTA DE LA SEGUNDA 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: viernes 15 de diciembre de 2023
Formato: sesión virtual
Inicio: 17:00 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. Presentaciones
   a) Seguimiento de Acuerdos
   b) Vocalías reelectas y nueva convocatoria
   c) Estado general de abasto al cierre de 2023
      -Quejas por desabasto ante la CNDH
   d) Atención Integral, diagnósticos tardíos y tuberculosis
   e) Actualización de las Guías de Atención
   f) Plan de trabajo CONASIDA 2024

5. Asuntos generales
   1. Vacunas VPH
   2. Regulación de los servicios de particulares, para el otorgamiento de la PrEP comunitaria

6. Acuerdos de la sesión
7. 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 y vocal permanente del Consejo.
2. Dra. Alethse de la Torre Rosas. Directora General del CENSIDA, en calidad de secretaria técnica del CONASIDA y miembro permanente del Consejo.
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. Yolanda Varela Chávez, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en calidad de vocal permanente.
8. Dr. José Luis Díaz Ortega, director general del Centro Nacional para la salud de la infancia y la adolescencia (CENSIA), en calidad de vocal permanente.
9. Dra. Samantha Gerner Barnard, directora del programa de atención a la salud de la infancia y la adolescencia del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia-CENSIA) en calidad de invitada.
10. Gabriela Eugenia Rodríguez Rodríguez, del Centro Nacional para la salud de la infancia y la adolescencia (CENSIA) en representación del Dr. José Luis Díaz Ortega, director general, en calidad de suplente de vocal permanente.
11. Agustín López, director de Determinantes, Competencias y Participación Social de la Dirección General de Promoción de la Salud, en calidad de suplente de vocal permanente.
12. José Antonio Arroyo Pérez, director técnico y de Investigación del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, en calidad de vocal permanente.
13. Dr. Alejandro Rivera Marroquín, jefe de Coordinación Estatal para la Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis C de la Secretaría de Salud de Chiapas, en calidad de vocal permanente.
14. Dr. Carlos Alberto Hernández Guzmán. Programa Especial de Sexualidad, Salud y VIH de la CNDH, en calidad de invitado.
15. Roberto Guzmán Rodríguez. Sociedad Civil. Asociacion Red+positiva de Quintana Roo, en calidad de vocal transitorio.
16. Dra. Sonia Jiménez Luis, Coordinadora Estatal de los Programas de VIH, Hepatitis C y Micobacteriosis de la secretaria de Salud de Tabasco, en calidad de vocal transitorio.
17. Prof Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio.
18. Jorge Eduardo Sánchez Morales, Médico Especialista en área normativa del CCINSHAE.
19. Lic. T.S. María Elena Ramos Rodríguez, directora y representante legal del Programa Compañeros, A.C. de Ciudad Juárez, Chihuahua, en calidad de vocal transitorio.
20. Brendha Rios Castillo, coordinadora de programas médicos del IMSS, en calidad de invitado especial.
21. Dra. Ana María Guadalupe Amuchástegui Herrera. Profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
22. 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.
23. Dr. Sierra
24. Dr. Alfonso Rueda

ASUNTOS TRATADOS

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Quisiera antes de iniciar, dar algunos pequeños recordatorios:

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 Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchísimas gracias y como lo comentábamos tenemos quórum para el inicio de esta sesión. Le doy la palabra Dr. Ruy López Ridaura.

2. Introducción, marco general y objetivos, de la reunión.

Dr. Ruy López Ridaura, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y presidente suplente del CONASIDA: Muchas gracias Dra. Alethse de la Torre, buenas tardes a todas y todos, gracias por estar puntual en este 15 de diciembre de 2023, ya en la segunda sesión ordinaria, quiero aprovechar para agradecer todo el trabajo que es algo que el CENSIDA y el liderazgo de la Dra. Alethse de la Torre ha tenido en el fortalecimiento del Programa, no sólo del VIH sino también en otros aspectos centrales, como el progreso en la eliminación de hepatitis C y creo que esta sesión también da cuenta de los avances que se han tenido en los acuerdos y que desde ese grupo colegiado se han llegado, entonces, creo que el ejemplo de CONASIDA como un cuerpo colegiado de participación de muchos actores, no solo dentro de la propia Secretaría de Salud y del sector, sino también desde las organizaciones creo que también es un ejemplo a seguir para muchos otros programas en que buscamos esta participación activa.

Muchas gracias Dra.de la Torre y un agradecimiento a todo su equipo; el día de hoy como también se ha repartido, entiendo que ya se repartió tanto la agenda, orden del día entonces le pediría a la Dra. Alethse de la Torre que conduzca la sesión en el orden programado y estaremos atentos a los comentarios y contribuciones de cada una de las personas que son parte de este importante Consejo, muchas gracias, adelante Dra.

3. Lectura del Orden del día.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, y pasaríamos entonces al punto número

tres, que es justamente la orden del día que fue mandada a todos ustedes, lo primero evidentemente es:

Orden del día.

8. Verificación del quórum legal
9. Introducción, marco general y objetivos de la reunión
10. Lectura, y en su caso, aprobación del orden del día
11. Presentaciones
d) Seguimiento de Acuerdos
e) Vocalías reelectas y nueva convocatoria
f) Estado general de abasto al cierre de 2023
-Quejas por desabasto ante la CNDH
d) Atención Integral, diagnósticos tardíos y tuberculosis
e) Actualización de las Guías de Atención
f) Plan de trabajo CONASIDA 2024

12. Asuntos generales
3. Vacunas VPH
4. Regulación de los servicios de particulares, para el otorgamiento de la PrEP comunitaria

13. Acuerdos de la sesión
14. Cierre de la sesión

Queremos comentar que recibimos una solicitud por parte de una de las vocalías, del Profr. Luis Adrián, para agregar también la participación activa dentro del CONASIDA, y la apertura que se pondría a consideración de este órgano. Veo la mano levantada del Profr. Luis Adrián, adelante.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Sí, está el tema pendiente que quedó en asuntos de la pasada reunión del CONASIDA sobre el estado que guardaba la aprobación de la clave de (no entendible) por parte del seguro social que no está en el orden del día se había quedado para el día de hoy.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, sí, justamente en la parte de abasto todas las instituciones presentarán estos elementos. Gracias Luis Adrián.

No sé si hubiese otro comentario, bien, en caso de no haber ningún otro comentario les pediría si pudiesen levantar su mano en caso de estar a favor, aquellos que no

tengan cámara que por favor lo puedan manifestar también en el chat (pausa), gracias. Alguien que estuviese en contra (pausa), bien; y alguien que se abstenga (pausa), perfecto.

Entonces, con esto daríamos inicio con nuestra sesión con esta orden del día y estaríamos primero en el seguimiento de acuerdos.

4. Seguimiento de Acuerdos.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Recordemos que tuvimos una sesión hace un par de semanas y justamente presentamos también el estatus de estos acuerdos.

En este sentido, recordar que tenemos la implementación del modelo de eliminación de transmisión vertical, hepatitis y sífilis, en las 32 entidades federativas y que esto es un proceso continuo.

El siguiente es para la presentación del Plan de Acción para la Prevención y Atención de VIH para entidades federativas y justamente el paso al OPD-IMSS Bienestar, así como la realización de un foro informativo que esto también es parte de lo que queremos proponer en el sentido de la inclusión dentro del propio CONASIDA al OPD-IMSS Bienestar.

El otro elemento es el pleno del CONASIDA acuerda realizar el análisis sobre presentadores tardíos y las estrategias para mejorar el diagnóstico y la vinculación a la atención a nivel nacional y estatal e instruya a las instituciones a que presenten información en el Comité de monitoreo en el 2024 para mejorar la toma de decisiones que es el acuerdo que se votó en la sesión pasada.

Al igual que el promover un plan de respuesta estratégica de personas viviendo con VIH, con diagnóstico o presentadores tardíos y críticamente enfermos que acuden a atención en contextos de unidades de atención para seguimiento en el Comité de atención integral y el desarrollo de materiales, información, curso en línea, para la atención de urgencias en personas que viviendo con VIH, con diagnóstico o presentadoras tardías en los servicios de salud y críticamente enfermas; así como el análisis sobre la implementación y la actualización para otorgar la PrEP con inclusión de PEP en México, a través del Subcomité de prevención. El reporte del avance a nivel estatal del proveedor de salud.

Y el pleno del CONASIDA también acuerda realizar el proceso para renovación de vocalías transitorias, este ha sido concluido al respecto.

En este sentido, y justamente para presentar el porqué este asunto está como concluido queremos presentar que justo el 11 de diciembre se llevó a cabo la primera sesión extraordinaria de este año, en la que se elegirían las cuatro nuevas vocalías transitorias y se reelegirían cuatro de las cuales se encontraban vigentes resultando, los siguientes acuerdos:

Acuerdo A1/1EXORD/2023 de conformidad y en seguimiento al **acuerdo A4/1ORD/2023** del pleno del CONASIDA que aprobaba esta reelección de las siguientes vocalías transitorias, de las organizaciones de la sociedad civil por un periodo de un año, se encuentran en su pantalla y nos están acompañando el día de hoy, y también se presentaron ante los miembros permanentes del Consejo las solicitudes de las OSC interesadas en formar parte como vocales; sin embargo, ninguna de estas cumplió con los requisitos de las bases de participación, se revisaron cada uno de los siguientes expedientes y los documentos con los cuales contaban o no acreditaron, por lo que se aprobó el siguiente acuerdo:

Acuerdo A2/1EXORD/2023 se declara desierta la convocatoria emitida de conformidad con el **acuerdo A4/1ORD/2023** sobre el proceso para la renovación de las vocalías transitorias, misma que estuvo publicada para las organizaciones de la sociedad civil que realicen actividades relacionadas con el VIH/Sida y otras ITS, del 27 de noviembre hasta el 8 de diciembre del año en curso y toda vez que quienes aplicaron para las mismas no cumplieron con los requisitos formales establecidos en las bases, por lo que el pleno del CONASIDA decidió realizar una nueva convocatoria en los términos que señala el artículo 3, párrafo 5, fracción III, en el apartado correspondiente a las vocalías transitorias, y en el 2° transitorio de su Reglamento Interno. Sin duda alguna, consideramos que el poder tener justamente estos vocales es extraordinariamente relevante y el poder tener una convocatoria que también sea transparente que se pueda estar vigilando el cumplimiento de quienes participan, quienes cumplen con cada uno de los criterios señalados es fundamental y tanto la convocatoria como los resultados de los mismos acuerdos de esta sesión extraordinaria fueron publicados en la página de CENSIDA como salieron las bases y también en este término, los resultados.

Se quiere dar la participación y justamente proponer el que se pueda tener estas acciones de enviar una nueva convocatoria, esta segunda convocatoria y lo que creemos pertinente es que salga esta misma a partir del día de hoy (15 de diciembre de 2023) y que podamos estar en la capacidad de dar todo el proceso de selección, y a través de la página de internet.

No sé, bueno, pasaríamos si quieren primero pasamos a las presentaciones que tenemos pendientes y después regresaríamos a la discusión de cada uno de estos.

Nada más quiero corroborar que se está pasando la presentación última, si no, nos harían favor de que verifiquen porque podría no estarse pasando, ¿Paty o Tzitlalli?

Personal secretaria técnica: Justo se interrumpió ahora, estaba pasando pero se cerró… Bueno Dra, si quiere comparto yo la presentación donde viene la propuesta de acuerdo de esta última convocatoria, bueno de la 2a. convocatoria.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Perfecto, si la puedes seguir compartiendo, sería más fácil, gracias.

Un momento solamente para de una vez presentar la propuesta de acuerdos que tendríamos… muchas gracias, ahí ya la estoy viendo… perfecto, entonces, esta sería la propuesta de acuerdo.

La propuesta de acuerdo que sería el **Acuerdo A1/2ORD/2023** recordemos que tendremos una sección para votarlos, es: De conformidad y en seguimiento con el acuerdo **A2/1EXORD/2023** que se declara desierta la convocatoria para la renovación de las vocalías transitorias del Consejo, el pleno del CONASIDA aprueba que con fecha 03 de enero se publique la segunda convocatoria dirigida a todas las organizaciones de la sociedad civil que realicen actividades relacionadas con VIH, sida y otras ITS, que deseen participar para ocupar una de las cinco vocalías transitorias, recordaremos que para aquellas reelecciones solo tuvimos tres vocales que fueron reelegidos, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida por un periodo de dos años, en donde se otorgará un plazo no menor a cuatro semanas para la entrega de propuestas y de quince días hábiles para el análisis y resolución de las mimas.

Como pueden ver, lo que estamos generando es que esta convocatoria sea inmediata, considerando los periodos y demás donde se encuentren las personas y que tengan un periodo también más amplio, para que exista la posibilidad de tener una mayor respuesta por líderes comunitarios.

Entonces, regresaremos a la sesión durante la votación de los acuerdos.

Presentaciones. Abasto Interinstitucional de Antirretrovirales.
El siguiente punto es justamente el abasto interinstitucional de antirretrovirales, como pueden ver, esto se hizo con corte a noviembre de 2023 y se tiene para cada uno de los medicamentos cuantos meses de abasto se tiene. Esto es considerando cuanto tratamiento existe versus las personas que se encuentran en dicho tratamiento actualmente, entonces, en algunos podrán no tener unos, pero en

otros sí, para esta parte de transparencia que se pueda ver cómo se encuentran en este sentido al corte de 2023.

Y para hacerlo más gráfico también se puso cada una de estas claves; agradecemos a las instituciones que nos enviaron la información y pueden observarlo por meses de abasto, en cada una de las principales instituciones. CENSIDA ahora correspondería justamente a cada una de las personas sin seguridad social y esto incluirá la atención de los mismos en amarillo, en verde el IMSS y en rojo al ISSSTE.

En este sentido, también queremos comentar que esta información la consideramos relevante para el conocimiento del público en general; como ustedes saben en la página del CENSIDA se encuentra publicado el estatus de abasto al igual que en el IMSS, pero para que exista esta transparencia del abasto dentro del mismo Consejo. Le daría la palabra a nuestros compañeros de CNDH.

Dr. Carlos Alberto Hernández Guzmán. Programa Especial de Sexualidad, Salud y VIH de la CNDH, en calidad de invitado: Sí, de acuerdo, muchas gracias, sólo si pudieran habilitarme la opción para poder compartir la información, muchas gracias.

En seguimiento a este acuerdo en el cual, dentro de este apartado de informar acerca del abastecimiento de medicamentos, pues se nos había solicitado presentar la cantidad de quejas que se habían allegado a esta Comisión Nacional con relación al desabasto de medicamentos antirretrovirales.

En este sentido, hicimos un análisis del contenido de esa presentación pues es precisamente breve con el tiempo que tenemos considerado para presentar la información. Y bueno un poquito los antecedentes que tenemos desde la creación del Programa Especial de Sexualidad, Salud y VIH en 2001. Posteriormente en su reforzamiento a la Dirección de Área en 2004 y la evolución de 2007 a 2018 en lo que actualmente es el Programa Especial de Sexualidad, Salud y VIH, desde este programa, con la creación del mismo se encomendó la orientación y asesoría jurídica de derechos de las personas que viven con VIH, en colaboración con actividades de promoción de las personas que viven con VIH, actualización de la información, sensibilización a personas servidoras públicas y asimismo a las diferentes actividades de divulgación de información de los derechos humanos, a través de los materiales e insumos. Yendo ya específicamente a la gestión reactiva del lleno de las quejas, se hizo un análisis desde 1992 hasta el corte del 30 de noviembre de este año (2023), se han registrado un total de 2,692 planteamientos relacionados con presuntas violaciones o violaciones a derechos humanos asociadas a la condición salud de vivir con VIH o asociadas a tener sida.

La autoridad presuntamente responsable, que más ha sido mencionada o responsable de estos actos violatorios, pues es el Instituto Mexicano del Seguro Social con el 61% de las menciones y el principal hecho violatorio es omitir o suministrar medicamentos.

En este sentido, tenemos en esta gráfica la distribución específicamente ya ciñéndonos a este año, a este corte, pues el principal hecho violatorio en un 32% es la omisión de suministrar medicamentos, seguido de omitir proporcionar una atención médica y el resto, el 43%, es relacionado con otros hechos violatorios.

Con esto nos referimos a que en esta tabla, como ya se mencionó, que el primer hecho violatorio de derechos humanos es la omisión de suministrar medicamentos, posteriormente atención médica específicamente en las diferentes unidades de salud y, posteriormente, tenemos otros hechos violatorios que están relacionados con prestar indebidamente el servicio público, omitir dar alguna información sobre el estado de salud de las personas, y bueno la lista que miran en pantalla, la presentación, también la podemos compartir con todas y todos ustedes, para que se pueda analizar mejor la información.

Esto cabe mencionar, como les dije al inicio es el corte de este año de enero al 30 de noviembre de 2023.

Otra de la información que también se nos habían solicitado pues son las principales autoridades, ya mencionamos, el IMSS es la principal autoridad en la cual se encuentran mayores hechos violatorios a derechos humanos para personas con VIH, seguido del ISSSTE y posteriormente, en tercer lugar el Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública.

Recordemos también que, desde la Comisión Nacional se tiene monitoreo y una actualización de las personas privadas de la libertad y bueno también se han detectado algunas omisiones por parte de estas autoridades porque no se les otorga el medicamento, no se les garantiza; otro hecho violatorio que vimos en la tabla que precedía. También tenemos otras autoridades responsables como son SEDENA, la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, Petróleos Mexicanos, y cabe mencionar que, precisar que aquí, pues también se hace un monitoreo a notas periodísticas que salen en diferentes medios de comunicación y a veces a través de estas notas es como contactamos a organizaciones de la sociedad civil y preguntamos con relación a lo que se está mencionando, en este caso pues el dato más reciente que tenemos es que se estaba argumentando que en Veracruz había personas que tenían derechohabiencia o que tenían servicio por parte de Petróleos Mexicanos y que estaban teniendo cuestiones de desabasto; sin

embargo, ya entrando un poquito más en materia pues cuando contactamos a la organización de la sociedad civil y les decimos que nos ponemos a disposición para que puedan presentar la debida queja, pues ellos refieren que algunos de ellos pues por temor, por alguna renuencia, por considerar que puede repercutir en sus decisiones o en su trabajo deciden no quejarse o no denunciar, ante esto pues nos enfrentamos que no podemos hacer realmente algo si no hay una persona que realmente se esté quejando y que se le pueda garantizar el medicamento, ante esto se procura que se tenga la reunión con las organizaciones para que a través de ellos y ellas pues sea como el conducto que puedan llegar hacia ellas y poder tramitar las quejas.

Derivado de algunas de estas quejas, la mayoría han sido resueltas durante el trámite respectivo, es decir, llega la queja con nosotros, se hacen las gestiones con la autoridad y se garantiza que se le otorgue el medicamento en los días posteriores, incluso cuando vemos que no hay una respuesta de la autoridad hemos recurrido directamente a CENSIDA para una colaboración interinstitucional y decirle específicamente en que unidad y en qué estado se está presentando el caso para que a través de ellos también se puedan realizar las gestiones, sobre todo con medicamentos cuando son del caso, como pueden ser formulaciones pediátricas, a veces cuando se detecta pues inmediatamente hay que garantizarlo, y a través de estas gestiones con CENSIDA también hemos logrado que se otorgue el medicamento.

No quiero pasar desapercibido que, también como les mencionaba, cuando se vulnera el derecho que no es relacionado con la omisión del medicamento, es algún caso de negligencia, cuando se comparte el estatus de una persona viviendo con VIH y que es una persona servidora pública pues se ha emitido la Recomendación particular correspondiente, están disponibles también en el portal.

Y la sesión pasada les mencionaba que está la disponibilidad de este portal interactivo que es el Sistema Nacional de Alerta a Violaciones a Derechos Humanos, éste pues tiene el propósito de monitorear sobre la situación a la población sobre cuáles son las autoridades responsables. La liga ya se había compartido en la sesión previa, pero también se agrega aquí y bueno, esto es sólo una captura de campaña, pero en si es un portal que tiene distintos indicadores y que va mapeando y que nos va dando cuenta de en donde están las principales violaciones a derechos humanos en el país, incluso está dividido por autoridad, por sector, es decir por sector salud, por sector de seguridad, para que pueda explorar, así la información se pueda consultar con los diferentes, la información que llega y se alimenta a través de las quejas y las diferentes bases de datos que tenemos en la Comisión Nacional y solamente pues bueno comentar las dos Recomendaciones Generales la 42/2020 que ya conocemos que fue dirigida a diferentes autoridades para la situación de los

derechos humanos de las personas que viven con VIH/Sida en México. Esta Recomendación la lleva directamente el área encargada de aquí de la Comisión Nacional que es progresividad para ir viendo cómo se va cumplimentando o las autoridades van cumpliendo con esta Recomendación; estos son los hechos que se detectaron violatorios a derechos humanos en esta Recomendación General. Y la más reciente, hablando de Recomendaciones Generales, no Particulares, es la emitida el 5 de abril de este año (2023) dirigida a los diferentes estados como fueron Chiapas, Durango, Guanajuato, Guerrero, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo y Sinaloa, en los cuales, en sus códigos civiles o penales restringía o impedía que personas que viven con VIH, que vivían con sida, o con cualquier otra enfermedad crónica incurable contrajeran matrimonio y esto pues contraviene el derecho a formar una familia o el derecho a tener hijos o hijas; entonces la Recomendación se emite en este año (2023) y está en seguimiento actualmente; creo que sería toda la información que se tiene para compartir; si se necesita que se desglose con mayor precisión la información, con todo gusto podemos abordarlo en alguna otra sesión. Muchísimas gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, Carlos, y sin duda el poder tener estos tableros de información y el que lo podamos compartir con todos los miembros del Consejo, que a su vez podamos ayudar a la difusión de la misma información es fundamental, entonces, gracias. Tendremos espacio después de las presentaciones para comentarios al respecto.

Bien y el siguiente elemento que creemos que es fundamental y que habíamos comentado sería en esta sesión, es justamente el poder dar seguimiento a los acuerdos del Comité de Atención Integral que se tienen, seis de los cuales uno se concluyó y tres permanentes y tres en proceso como los miembros de dicho Comité lo conocen, y justamente es uno de los elementos que es importante es fortalecer la calidad de atención en apego a las recomendaciones vigentes sobre tratamiento antirretroviral, a través de la capacitación del personal de salud y del monitoreo de esta atención oportuna y control viral que es parte de los acuerdos.

Y nada más, esto ya lo habíamos visto en el previo, la cascada de atención en nuestro país, que es lo que habíamos comentado, lo que habíamos hecho en aclaración sobre el porcentaje de presentadores tardíos en término relevante es que estamos en un 41% a nivel nacional; esto es inaceptable y tenemos afortunadamente entidades inclusive por arriba de este nivel, pero a nivel nacional no podemos permitir que tengamos desde 2 o hasta 5 de cada 10 personas como presentadores tardíos, esto es una falla del sistema, y por lo tanto, se tiene que accionar elementos justamente para tener un cambio respecto a estas personas que se están presentando tardíamente en su diagnóstico, atención.

Y tenemos también la cascada de atención por cada una de las instituciones de salud, esta sería en términos del IMSS con las personas que viven con VIH y de estas que se encuentran, que conocen que viven con VIH, que se encuentran con tratamiento antirretroviral, el 94% y con una carga viral a mil el 91%.

Y también el grupo de abasto y entrega oportuna de medicamentos, como pueden ver que se presentó en términos del comité y como se están presentando estos; recordemos que la misma tabla de abasto también nos indica cuales son los esquemas que se encuentran en el caso del IMSS el 91% se encuentran con esquemas de bictegravir y un 2% con enfavirenz.

Y para la Secretaría de Salud, personas sin seguridad social para el último reporte de este comité se tuvieron 125 mil personas.

Y aquí pueden ver cómo están en presentadores tardíos, personas atendidas en la Secretaría de Salud por entidad federativa, y si son hombre o mujeres con sexo al nacer. Pueden ver que hay una diferencia que evidentemente cada una de las entidades federativas son diversas y requieren también de un enfoque diferenciado.

Y como lo habíamos visto, porque estoy viendo el mensaje de la Dra. Ana, recordemos que en la sesión pasada se presentaron todos los elementos desagregados por género y por sexo al nacer y por edad, entonces con mucho gusto se pueden presentar y se encuentran también en los boletines, pero lo compartimos para que todas las personas puedan obtener esta información de una manera más accesible. Indetectabilidad también pueden ver que hay una gran diferencia en estados como Querétaro con 94% vs otros como Guanajuato en un 82% de personas con menos de 50 copias por mililitro.

Y en los esquemas de tratamiento se encuentra 80% de nuestra población con esquemas con bictegravir y tenemos el resto como lo pueden observar en este esquema.

Recordar que, en el 2019 se tuvo la estrategia de optimización para las personas adultas y que en el 2022 pudimos hacer finalmente la optimización y el ingreso de medicamentos para los niños, niñas y adolescentes.

Y que se han hecho toda una serie de documentos informativos para unificar un único modelo de atención, incluyendo pues el último que es la norma.

Y también homologación de información, como recordaran se acordó tener un registro único interinstitucional, donde todas las instituciones de salud podamos tener la misma información y esto esté estandarizado y pueda hacerse este registro; para esto se tuvo diferentes elementos para seguimiento, se tienen los indicadores que se dan en el Comité de atención integral de manera coordinada.

Y también el pedir y el tener paquetes de atención diferenciada, es evidente que necesitamos tener elementos como diagnóstico en etapa temprana, fase avanzada, químicamente estable o inestable, falla terapéutica, entre otros y que podamos empezar a medir también los elementos en salud, más allá de la carga viral, calidad de vida, entre otros elementos que son relevantes para saber si se está atendiendo de manera integral a las personas.

Tenemos en este sentido, justamente el elemento de número uno, el poder hacer cambios en la validación de la eliminación materna infantil VIH, aquí agregaríamos hepatitis C y sífilis congénita, esto es importante para la atención integral para nuestra población. Tenemos entidades federativas que han hecho avances significativos y que podrían ya empezar a ser punteros en esta eliminación.

Y esta la razón si bien se ha tenido una disminución de casos derivados de transmisión vertical de VIH, todavía no nos encontramos en un nivel que podamos asegurar que esto se presente a nivel nacional.

En todas las entidades federativas ¿por qué es importante? porque son, actualmente, son casos que no se deberían de presentar y evidentemente son eventos que debemos hacer un énfasis específico para todas las causas que están alrededor de ellos y hacer un cambio.

Y esto es muy importante, de los casos de transmisión vertical diagnosticados en el tercer trimestre del 2023, 34 casos con un promedio de edad de diagnóstico de 2.8 años. Esto significa que estamos haciendo diagnósticos tardíos también en términos de transmisión vertical, oportunidades de diagnóstico, 50% diagnosticados con dos años o menos, 50% mayores a dos años, de estos asuntos reportados cero defunciones y esto el último elemento creo que nos debe hacer recapacitar acerca de nuestras estrategias, 82% fueron diagnosticados en servicios para personas sin seguridad social y 21% fueron diagnosticados por el IMSS, pueden observar cuales son las principales entidades federativas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Jalisco y Quintana Roo, son las principales entidades con casos reportados de transmisión vertical; esto sin duda hay toda una serie de análisis adicionales que se tienen que realizar, no es necesariamente el que reporta pero también toda la serie y cadena de atención.

Y entonces, estos son los casos que comentábamos, tenemos hasta el tercer trimestre.

Y estos estados es el 61% de los casos y entonces necesitamos enfocarnos en las entidades federativas que se encuentran con estos elementos. Las acciones que se han hecho ha sido la sesión del grupo de trabajo, en agosto y continuación del mismo se monitorea la evolución de las personas gestantes para alertar a responsables haciendo énfasis en personas con mayor riesgo y buscar la indetectabilidad, se ha solicitado información para los casos de transmisión vertical y el documento para identificar estos eslabones críticos que comentábamos, se hicieron flujogramas de atención para las personas gestantes para diagnóstico, tratamiento y profilaxis de VIH y sífilis para recién nacido; se hizo el primer curso que se tiene desde el centro, con los fundamentos para la eliminación de la transmisión vertical y se tiene, recordemos, adquisición de antirretrovirales para profilaxis para el recién nacido e intraparto. Entonces, que significa esto, que se tienen los eslabones pero realmente lo que necesitamos es esta implementación, seguimiento y una mayor vigilancia y por ende el acuerdo.

Los retos identificados sobre todo son elementos de falla en el control prenatal, las detecciones y la red de atención a personas gestantes que viven con VIH en el Sistema Nacional de Salud, esto es importante no porque las personas tengan seguridad social significa que no existe un riesgo y este elemento hacia la plataforma universal de seguimiento para la persona gestante… que está dentro del elemento de acción dirigido.

Y el siguiente era justamente la transferencia e incorporación hacia el aseguramiento de la continuidad de tratamiento y trato humano. En este sentido, las personas trasferidas entre las instituciones, recordemos que es desde la primera ordinaria del 2017.

Se tienen elementos que se verifican y se hace un seguimiento recordatorio a cada una de las entidades federativas e instituciones, como otorgar tratamiento por tres meses en personas que adquieren seguridad social, que realicen tramites y versa y versa, se mantienen activos estos usuarios hasta no concretar su visita y la vinculación instituciones para la adecuada transferencia, evidentemente mientras no exista una coordinación interinstitucional, mientras exista una sola persona que está en riesgo de no tener una continuidad, de no tener información adecuada, un desconocimiento por las instancias y unidades tratantes puede generarse riesgos para la persona, la población y la respuesta a la pandemia, y por lo tanto es algo que debemos de seguir en ese sentido.

Se hace un fortalecimiento de los informes de transferencia entre las instituciones y como parte de esta información, se acordó por parte de estas instituciones retomar de forma semestral el número de personas que fueron transferidas junto con sus indicadores clínicos, y esto es parte de las acciones que se están llevando desde el Comité de Atención Integral.

Solo para aquellos miembros que no forman parte de los mismos y el otro que ha sido extraordinariamente relevante es poder contar con un registro estandarizado de las personas que viven con VIH único para todas las instituciones.

Se estuvo trabajando con todas las instituciones ya por bastante tiempo en acciones para ver estos elementos se tienen estandarizados las variables, los puntos y los elementos para la información.

Y que esto pueda estar considerado en todo el desarrollo, entonces habrá una nueva convocatoria para presentar ya los avances de los mismos.

Y se tiene por ejemplo, todas las acciones para poder encontrar, registrar los tamices.

El poder identificar otra serie de acciones, no sólo para VIH, hepatitis o sífilis, entre otros y esto va disminuyendo la fragmentación también de información.

Y bueno, se tiene toda esta serie de avances ya de los diferentes módulos y por lo tanto en el siguiente Comité de Atención Integral se estará presentando para esta retroalimentación de usuarios, elementos factibles y cambios en caso de que así se llegase a requerir y la actualización de las guías de atención.

Justamente lo que se propone con todos los cambios que ha habido al respecto y así como se hizo una serie de propuestas para la actualización de la guía del PrEP y PEP, ahora lo que consideraremos será una actualización de la guía de manejo antirretroviral.

Se envió el oficio y bueno lo que se espera es actualizar la guía en el primer cuatrimestre del año 2024.

Y justamente también desde este sentido, se han tenido avances con los seguimientos con COFEPRIS en términos de la comercialización y distribución de antirretrovirales hasta que se tenga suficiente información.

Aquí lo que se hizo en términos de la modificación en el CAI fue cambiar esto de genéricos hacia también medicamentos innovadores, incorporación de nuevos

reactivos, pruebas diagnósticas, entre otros elementos que hemos estado trabajando, no solamente para VIH, pero también para hepatitis B, C, herpes e ITS, así como el elemento de fármaco-vigilancia.

Y dentro de estos, pues pensar que una de las principales comorbilidades y mortalidad en personas que viven con VIH es tuberculosis y que tenemos que pensar en este binomio, por lo que se propone esta creación del grupo multidisciplinario, el observatorio el cual ha funcionado de una manera mucho más activa y fácil de poderlo implementar con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, líderes comunitarios y otros actores clave para el seguimiento, acompañamiento y propuesta de acciones que culminen en la disminución de casos de tuberculosis y mejoren la calidad de atención de personas que viven con ambas infecciones.

Finalmente dentro de estos elementos sería el plan de trabajo llevar a cabo las sesiones del Consejo, conforme al reglamento interno con dos sesiones ordinarias y extraordinarias, tantas como sean necesarias, como área responsable la secretaría técnica y dar seguimiento puntual a los acuerdos tomados en estas sesiones por los Comités del CONASIDA.

Creo que sería lo último. Perfecto, nada más si aquí nos comentan que el curso de eliminación de transmisión vertical ya se encuentra disponible en el CATS está la liga para que pueda ser utilizado para las personas.
Ahora sí, abriríamos el espacio para comentarios.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Adelante Luis Adrián.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Sí, buenas tardes a todos y a todas… hay un tema que a mi preocupa mucho con el abasto de medicamentos y es estas falsas alertas que incluso se dan en los programas, desde los programas estatales, validando esta información, y me refiero específicamente al programa de la Ciudad de México, que en repetidas ocasiones el funcionario de esa Institución, Luis Manuel Arellano mencionaba en sus redes sociales que había un desabasto previo al "Día Mundial de la Lucha contra el Sida", situación que hemos corroborado muchos de nosotros, y digo los que trabajamos puntualmente con el seguimiento del abasto de medicamentos desde hace 18 años y tenemos todo un modelo de intervención para medirlo, nos dábamos cuenta que no existía, y aun así tuvimos oportunidad de comunicar, hacemos un trabajo fundamental con el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la coordinación de abastecimiento en la plataforma pública, como ya lo mencionaba la Dra. de la Torre propuesta por el

IMSS a la dirección de evaluación de delegaciones, donde justo se ve puntualmente el suministro de recetas de medicamentos y algo que nos preocupa mucho y lo mencionabas a la Dra. de la Torre es que se den falsas alertas que en lugar de ayudar ponen en aviso a personas que no quieren atenderse en las instituciones y aún peor se genera una ola de desinformación referente al desabasto y creo que aquí es sumamente importante ver que los datos que se están presentando, digo nosotros ya los teníamos como parte de las vocalías, no ocurrió este desabasto incluso por ahí alguien en las redes sociales mencionaba que había desabasto y que no creía que tuvieran desabasto y justamente se pudo comprobar con más de 200 *twits* que antecedieron a la pregunta, es que todo mundo coincidía que no tenía problemas de desabastecimiento, sobre todo en el seguro social.

Me preocupa también el tema de que PEMEX tiene dos modelos de intervención, y nosotros sí hemos sabido de esta problemática que padece PEMEX y que es compleja porque, por un lado, tiene la atención que brindan a través de sus hospitales, pero también la subrogación de los servicios que ellos prestan. Ya tuvimos un caso hace año y medio, donde al subrogar estos servicios, el hospital especializado que ellos contrataron, el grupo Ángeles y que justamente uno de sus proveedores de servicios de salud son Farmacias del Ahorro como farmacia que tienen servicios subrogados y justamente un problema que se enfrentan algunas personas que viven con VIH, es que el subrogado de la farmacia no tiene estos medicamentos de alta especialidad y se convierte a veces en un caos porque tiene que ser trasladados desde los centros y hospitales de PEMEX para poder garantizar el suministro de estos medicamentos y coincido con la información que comentaba Carlos Hernández de la CNDH, de estos casos que nosotros hemos estado observando, nosotros, y me imagino que es la misma persona con multiresistencia que ya había presentado un problema anteriormente, también se contactó con nosotros y pudimos ayudar a resolver el tema con PEMEX que ya se había presentado, repito anteriormente, por el problema con la farmacia que les da la subrogación de servicios, de ahí que creo que tendríamos que recibir más estos procesos para garantizar que el suministro no se interrumpa.

Me preocupa también porque nada más se está viendo una parte de la información, a través de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y que habla de las instituciones que forman parte de la federación, pero no tenemos el otro dato de qué ocurre en las entidades federativas, en los programas estatales, a través de las comisiones estatales de derechos humanos y que no tenemos ese indicador y que también ahí recae muchas de las quejas por el desabasto de medicamentos que si ocurren en los subsistemas de seguridad social, ISSSTE Chihuahua, pensiones del estado de Chihuahua y otras instituciones que son más de 40 en todo el país que conforman esta red de subseguridad social que no precisamente depende de la federación, sino que depende de las entidades federativas, y que ahí hemos estado

insistiendo en que existe un problema de desabastecimiento, incluso de poder garantizar la triple optimización de medicamentos, como hoy en día se habla en general y si bien hoy en día representa un grupo muy amplio, si es un número reducido pero que si tendría que ser dejar de ser importante porque son pocos casos, es el último eslabón donde sabemos que puede haber problemas para garantizar el suministro constante de antirretrovirales y sobre todo de tener mejores opciones terapéuticas de acuerdo a la triple optimización. Adicionalmente, creo que es sumamente importante que el CENSIDA pudiera comunicar, de manera mensual, estos avances en el suministro de abasto, digo, teníamos un grupo de trabajo que dejó de funcionar porque jamás el INSABI quiso volver a sentarse y nunca el Dr. Hugo López-Gattell hizo nada al respecto, que es el grupo de abasto de medicamentos interinstitucional que estaba funcionando bien, hasta que el INSABI decidió no acudir, pero sí contábamos mínimamente con información de CENSIDA y del otro sistema del ISSSTE, y de la información que nos daba CENSIDA, pero no así del INSABI que era el proveedor que compraba los medicamentos y que hoy en día con el nuevo modelo de compra que va a volver retomar el seguro social, creo que es muy importante volver a reactivar este grupo de trabajo, que lo que hace justamente es medir el abasto y que yo creo como parte de las lecciones aprendidas de evitar estas alertas y falsos rumores de esta infodemia, es que el CONASIDA publique mensualmente los niveles de abastecimiento como parte de una estrategia de promoción y de trabajo hacia las comunidades para reforzar el tema de evitar este tipo de alertas que en lugar de abonar, confunden y sobre todo a las personas recién diagnosticadas o que quieren ir a instituciones a hacerse alguna prueba y que justamente este estigma y discriminación que se está realizando desde las instituciones no abonen a nada para mejorar los procesos. Adicionalmente, creo que es sumamente importante si podemos garantizar y hacer un diagnóstico situacional -muy bien hecho- para poder saber cuál es el último eslabón donde hoy en día sigue existiendo la transmisión vertical, 34 casos cuando tenemos los mejores antirretrovirales del mundo y que se sigan infectando personas y sobre todo por la vía de transmisión vertical, nos debería seguir dando pena como Estado y como CONASIDA porque creo que es ahí donde tenemos que reforzar aún más esos procesos y hacer realmente que funcionen para garantizar estas acciones y que vayan encaminados a la prevención de la transmisión vertical y creo que eso es todo dentro de mis apuntes. Gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias Luis Adrián. Le daría la palabra, no sé quién levantó en segundo término su mano si el Dr. Sierra o el Dr. Alejandro.

Dr. Sierra: Yo vi la mano del Dr. Alejandro primero, así que adelante Dr. Alejandro.

Dr. Alejandro Rivera Marroquín, jefe de Coordinación Estatal para la Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis C de la Secretaría de Salud de Chiapas, en calidad de vocal permanente: Gracias, gracias, Dra. Alethse de la Torre, y a todas y todos quienes integran la sesión de este día, muchas gracias, mi reconocimiento por esta forma tan ejecutiva de poder presentar pues avances, pero también brechas importantes y quiero primero hacer comentarios al respecto a las quejas que nos ha presentado nuestro colega de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y en ese sentido, si quiero dejar, como de visto, mi posición en representación del estado de Chiapas como en la vocalía de esta CONASIDA y me parece que hay un tema muy particular Dra. que lo dejo en la mesa, y es en este cambio hacia este OPD, cuál va a ser el mecanismo en el cual debemos o me parece que deberíamos en algún momento conocer cómo se está planteando o puenteando este ejercicio, para evitar este riesgo, no solamente de la infodemia, que lo ha señalado muy bien Luis Adrián, sino además en todo momento poder prever cualquier escenario que pudiera generar alguna urgencia en estos procesos de abasto de antirretrovirales, tanto de manera general como de algunas claves en específico, entonces, no tengo un proceso claro de cómo se va a dar este ejercicio de hoy en adelante, a partir de que ya este OPD de este IMSS Bienestar comenzará este ejercicio de administración y de ejecución de los recursos; entonces me parece que es fundamental que en este seno del CONASIDA en algún momento pueda plantearse y también eso va a proveer o va a poder generar algunas herramientas quizás de prevención o de establecer algunas acciones preventivas y determinar algunas acciones correctivas, para evitar estos procesos o riesgos que en algún momento pudieran haber de desabasto y en función de eso Dra. y todos los que estamos aquí en esta sesión, en nuestro caso en el estado de Chiapas contamos con 16 clínicas de VIH y el proceso lo señaló porque es complejo, es complejo el proceso de abasto si obtengamos y para unas personas es una representación mínima 100 personas en tratamiento en otras clínicas como en Tuxtla, tenemos otras 100 personas en tratamiento, en Huixtla tenemos alrededor de 200, es decir, lo que quiero señalar en esta complejidad de acceso por el territorio, también hay otras serie de complejidades en términos de la capacidad que tiene la propia Secretaría de Salud y de los recursos que esto liga para desplazar los medicamentos que llegan a un almacén central que es en Tuxtla Gutiérrez y desplazarlo hasta las 16 unidades y esto lo hemos logrado incluso en 2019 y 2018 que tuvimos una crisis muy fuerte cuando el CENSIDA de la administración anterior decidió cerrarnos 14 clínicas y advertirnos que no podríamos dar más medicamento mientras no estuvieran acreditadas, entonces aun en ese esquema no hemos tenido de desabasto y eso está reflejado específicamente en lo que ha señalado la Comisión Nacional de Derechos Humanos, pero aquí lo que quiero destacar es que tenemos un indicador que nos habla ya de los resultados que se tienen para evaluar este proceso del abasto y del objetivo que tiene este medicamento antirretroviral que es la indetectabilidad y los recuentos de los lifoncitos CD4´s una vez que las personas

están con VIH, entonces esto significa que el proceso de abasto, es un proceso que viene desde la gestión del presupuesto hasta la persona que se toma el medicamento y que logramos estos indicadores que tenemos y con eso quiero ser muy concreto en dos observaciones que tengo Dra. y que lo dejo de manera puntual para la minuta: las entidades federativas me parece, no puedo hablar en nombre de las entidades federativas, pero creo que es un hecho como país tenemos la obligación formal de mantener este esfuerzo en la equidad en el acceso de los servicios de salud, en la calidad de los servicios de salud para las personas viviendo con VIH y la seguridad que deben tener las personas que viven con VIH en nuestros servicios de salud, tanto en la atención, como en el abasto, esto es una obligatoriedad que tenemos como sistema de salud, la equidad, la calidad y la seguridad, pero también tenemos una obligación en la igualdad de responsabilidades en todos los niveles de los procesos de gestión de abasto, entonces si nosotros tenemos 16 clínicas y tenemos que cumplir con el salvar, tenemos que cumplir con ingresar a los pacientes o a las personas que están en el PrEP en el salvar, si tenemos que hacer todo este ejercicio de validación mes a mes, tenemos que hacer ese recuento de existencias físicas y virtuales porque son parte del proceso, son procesos que se pueden mejorar sin lugar a duda, que se deben hacer más eficientes, en algún momento así será; pero las 32 entidades federativas tenemos esta obligatoriedad, entonces, tengamos dos clínicas con 20 mil pacientes o 16 clínicas que atienden casi a 8 mil pacientes.

La obligación en términos de responsabilidades debe ser igual en todos, para las 32 entidades federativas y aquí me parece que también es importante que el CONASIDA sepa el nivel de respuesta que tienen las entidades federativas porque ante esta infodemia, me parece que es importante hacer saber no sólo cuánto medicamento y cuántos meses se cubre, sino cuál es la respuesta de las entidades federativas porque la Ley General de Salud lo establece de manera muy clara, que una vez que ingrese el tratamiento antirretroviral a las entidades federativas, es responsabilidad de la entidad federativa asegurar toda esa trazabilidad para que permita todo este ciclo de procesos, entonces me parece que en algún momento es importante que conozcamos junto con estos datos que tenemos ya de indicadores, estos datos que nos comparte la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este cumplimiento que tenemos como entidades federativas y esto sumado a una solicitud que me parece, Dra. Alethse, que es fundamental y lo dejo también a criterio y a la propuesta, que la respuesta al VIH, específicamente la atención y el tratamiento antirretroviral no es exclusiva al programa de VIH, es una obligatoriedad del Sistema de Salud y en este caso de la Secretaría de Salud y en este sentido me parece que sí es importante este exhorto a las autoridades de las entidades federativas para apegarse a lo estipulado en la Ley General de Salud, en los convenios de coordinación que se establecen y que aseguren todos estos procesos que nos den la certeza a responsables estatales para que a su vez, en ese

mismo sentido, los distritos de salud o las jurisdicciones sanitarias y las unidades propiamente CAIS o CAPASITS también tengan esa respuesta que se necesita, que se requiere.

Yo he escuchado algunos clínicos, colegas médicos, clínicos de mucho reconocimiento y mucho renombre que opinan sobre el abasto, pero luego dicen, pero yo no sé nada de administrativo, yo no sé nada de cómo se hace este proceso, entonces, efectivamente, nuestros colegas clínicos son parte de esta respuesta, pero quienes estamos inmersos en la gerencia y el liderazgo del Sistema de Salud requerimos entonces, pues que sea "techo parejo" para todos, para las 32 entidades federativas porque si estos datos que presenta el colega de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, representa entonces de que efectivamente ese esfuerzo se está cumpliendo, Dra., y creo que es importante tener este recurso, estos elementos, que nos permitan saber la respuesta que estamos teniendo las entidades federativas, no las personas porque es una obligación de estado, del estado, entonces esa es una propuesta.

Y en el otro comentario, también respecto a las quejas que puede haber en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que tiene que ver también con el tema de abasto y con el diagnóstico tardío, Dra, sí tenemos un fuerte problema del diagnóstico tardío en México, celebro que lo reconozcamos porque nos obliga entonces a movilizarnos, ojo, también seguir impulsando lo que buscamos hacer o aterrizar en las entidades federativas, entonces creo que es importante también -en algún momento- saber cuál es la capacidad de diagnóstico que tienen las entidades federativas, entonces no me refiero únicamente al tema del abasto de pruebas de detección de VIH, hay suficiente abasto de pruebas detección de VIH, pero el tema es la capacidad de diagnóstico que pueda haber; en ese sentido la diferenciación con el diagnóstico integral porque no todas, quizás, las entidades federativas tienen esta posibilidad y esta capacidad de hacer diagnóstico en punto de atención, pero además CD4s o carga viral y me parece que tenemos que seguir viendo hacia allá, a esta centralización obligada para que no solamente sea la puerta de la prueba sino la posibilidad de entonces poder tener al menos unos CD4s lo más pronto, o lo más rápido, o lo más accesible que se pueda, y esto lo comento porque puede interpretarse, puede interpretarse, en algún momento la negación de antirretrovirales y sucede que clínicamente en la persona hay una sospecha de tuberculosis y entonces aunque esté confirmado el diagnóstico hay al menos 200 CD4s y el proceso de diagnóstico de tuberculosis puede ser que aún no esté establecido, pero sí puede generar la interpretación incluso de compañeros y compañeras de sociedad civil de que se está negando en este caso el antirretroviral cuando sabemos que los lineamientos clínicos son muy francos y son claves en señalar que ante la presencia de tuberculosis lo primero que debemos de atender es la tuberculosis; aquí lo señalo y me parece que entonces si es importante

tener un panorama en México de cómo está esta capacidad de diagnóstico integral, para también ir previendo lo que se tiene que hacer de la descentralización y mejorar esas oportunidades de diagnóstico integral y creo que aunque es complejo, estos ejes de determinantes sociales, el diagnóstico tardío yace sobre la desigualdad social, y es muy difícil quizás traducirlo en términos específicos de datos, pero se tiene que hacer este esfuerzo.

Yo lo he señalado que los indicadores nada más de CONEVAL no es la misma pobreza de, por no decir Chiapas, no es la misma pobreza de Oaxaca con Nuevo León por señalar; entonces creo que la medición no debe ser la misma, por eso sí creo que esta capacidad de diagnóstico de VIH es importante y específicamente con el tema de tuberculosis va a ser bien, bien, importante el diagnóstico tardío.

Dra., sigo haciendo este énfasis porque al igual que la transmisión vertical, creo que este desagregado nos permite ver todas las brechas de oportunidades que perdimos, de estos usuarios que llegaron alguna vez y no hubo esta oferta de pruebas, como en caso de las mujeres que solamente embarazadas generalmente ese es el paradigma de la oferta de la prueba; sí tenemos que empezar hacer esta discusión entonces para que la oferta de la prueba, porque hay abasto, se pueda hacer de alguna manera más estratégica y más cercana a todas las personas.

Y finalmente, a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y lo que decía Luis Adrián y comparto con él, esta aproximación que necesitamos con la Comisión Estatal de Derechos Humanos, yo sí voy a retomar el contacto con el colega que expuso porque aquí en el estado de Chiapas, a finales de noviembre una organización de la sociedad civil, se llama Joy Joy, que da acompañamiento a niños, niñas y adolescentes que viven con VIH, hizo un comunicado de una muerte que, por supuesto duele y por supuesto no debería pasar una muerte asociada a VIH, pero se trata de un diagnóstico tardío en el cual hubo por el propio paciente, ya de 39 años, una total negación a hacerse una prueba, jornalero que vivió entre Sonora y todos los estados del Norte que llega cuatro meses antes de morir a su comunidad, comienza a enfermar probablemente tuberculosis, no se confirmó el diagnóstico de tuberculosis, se dio este fallecimiento; pero la organización publicó en las redes sociales el nombre del usuario, entonces hoy y esto a manera de señalar al programa estatal, de señalar una serie de situaciones ahí, pero sin lugar a dudas violentó la dignidad y violentó la confidencialidad de este usuario con este afán protagónico; reconozco el trabajo y labor, pero que está sucediendo ahorita lo dejo del conocimiento para que con el colega de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos buscar este mecanismo de acompañamiento, diálogo y articulación obligado con las comunidades, obligado con las organizaciones de la sociedad civil, no pase por alto la responsabilidad y la normatividad que está.

Ahorita en la comunidad donde sucedió este fallecimiento viven otras personas viviendo con VIH y la familia está siendo acosada por la comunidad, quieren, buscan que se expulse. Es una comunidad indígena y todo es porque la organización publicó en redes sociales el nombre completo, la comunidad y el lugar de donde vivía este paciente que falleció; entonces estos hechos creo que no pueden pasar y aquí no es una institución a la cual que denunciar, pero me parece que estas prácticas no son ni siquiera tolerables bajo ninguna circunstancia que amedrente la dignidad de las personas, incluso de esta persona fallecida. Gracias Dra.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchísimas gracias, Alejandro y creo que hasta ahorita han habido varias propuestas muy importantes, nada más antes de darle la palabra al Dr. Sierra, y viendo el comentario de María Elena, a lo mejor proponer que, dentro de la propuesta que hizo el profr. Luis Adrián no solamente sea el publicar el abasto de antirretrovirales, pero también de aquellos insumos para el diagnóstico la atención de las personas que creo que podría dar esta fortaleza de poner públicamente cuánto existe y que por lo tanto ante una negativa sepan que pueden utilizar las vías oficiales para su apoyo y vinculación.

Son varios los puntos que van saliendo, muchas gracias a ambos y le daría la palabra al Dr. Sierra, adelante Dr.

Dr. Sierra: Gracias, buenas tardes a todas y a todos y quisiera comentar algunas cosas, una es sobre el grupo de trabajo por parte del Comité de Atención Integral para personas que tienen enfermedad avanzada o que están en condiciones críticas, enfermedad crítica, y yo creo que es muy importante considerar, no sé si este sea el lugar, pero si lo quiero resaltar porque hemos estado insistiendo en esto desde hace un buen tiempo. Actualmente nuestras guías de tratamiento todavía contemplan que en tuberculosis, el tratamiento antituberculoso se sigue haciendo con administración tres veces por semana y eso ya está totalmente fuera de las recomendaciones de la OMS y otras vías internacionales, y desde la última actualización de las guías del grupo de tuberculosis nacional, se negó a cambiar esto y ojalá en esta ocasión si lo quisieran cambiar. Este es mi primer punto.

El segundo es que, además de poner atención a esto, yo creo que una de las causas más importantes de fallecimientos en personas que viven con VIH, de discapacidad, de pérdida de vida laboral, etc. Tenemos también que hablar de las causas y además de diagnóstico tardío, como ya se ha mencionado, pues también es histórica la carencia de insumos preventivos, entonces no tenemos por ejemplo, no es tan fácil acceder a isoniazida o lo hemos tenido intermitente; no sé si en este momento haya, pero en algunas ocasiones la Dra. nos ha dirigido con las personas apropiadas de la Secretaría de Salud para que nos otorguen el medicamento, pero

digamos, no está disponible ampliamente en los centros y así es como debería de ser. Yo creo que si tiene que haber una acción masiva de tratamiento de tuberculosis latente en personas que viven con VIH, porque es la mejor forma de prevenir tuberculosis activa, y por otro lado, también resaltar que la otra enfermedad oportunista que es bastante catastrófica es estricocosis y no tenemos cincofloctoxina, entonces yo si quisiera que se hiciera un esfuerzo institucional, nacional, para conseguir este medicamento, seguramente las farmacéuticas no lo tienen como un medicamento prioritario, pero si es algo que tiene que estar disponible, que hace una gran diferencia en el tratamiento de personas que tienen criptococosis.

Y dentro de este mismo tema de personas que tienen enfermedad avanzada yo creo que también es importante construir indicadores de éxito en las acciones que estamos haciendo, cuál es la mortalidad en estas personas, cuál es el acceso a hospitales que sean suficientes para proporcionar la atención, el tiempo de enlace y atención, tratar de hacer a lo mejor muestreos o pedir esa información a los sitios que estén atendiendo a personas con estas complicaciones porque son tan importantes como eran hace 10 años, seguimos teniendo un número grande de personas hospitalizadas que requieren atención especializada con estos padecimientos y también seguimos viendo falta de acceso a estos servicios en personas que los necesiten, entonces si deberíamos poder medir eso, yo creo que si es importante, ya que estamos abordando esta complicación.

Y finalmente, tengo una pregunta con respecto a esto que presentó la Dra. de la Torre sobre transferencias, cómo se va a hacer, se dice, primero se les dan tres meses y luego (no recuerdo bien la diapositiva), pero al final decía que se va a ver qué ya que esté vinculada la persona entonces ya se puede dejar de dar el tratamiento en la institución originaria.

Y cómo vamos a confirmar esta vinculación sino tenemos todavía este sistema interinstitucional que nos diga cómo va la atención en las personas en los diferentes niveles, entonces yo creo que si este sistema interinstitucional, esta plataforma, estará funcionando pronto, yo creo que nos podrá dar la respuesta para tener esa trazabilidad, yo refiero a una persona porque se le acabó su seguridad social, pues yo quiero saber qué pasó con esa persona en los siguientes tres meses, en los siguientes seis meses. Y en este momento es imposible saberlo, nada más porque le hablamos por teléfono.

Y finalmente, también creo que para este tema de las transferencias es importante ir más allá de estas recomendaciones, que bueno, son recomendaciones que están bien y todo, pero al final de cuentas lo que importa es la persona, y yo creo que sí es importante conocer las experiencias de las personas que están siendo transferidas,

qué problemas están encontrando, qué obstáculos, qué impacto está teniendo, eso en la continuidad de su atención o incluso en su bienestar emocional y físico, y pues tener esta información yo creo que también es responsabilidad nuestra, tratar de promover que se consiga, porque al final de cuentas eso es lo que tenemos que ver, qué está pasando con las personas que están sufriendo este viene y va entre instituciones que a veces es bastante terso, pero muchas veces no lo es y el último comentario es sobre el abasto, yo creo que para mí los indicadores que nos están dando y que la CNDH tiene ciento y pico de quejas, de las cuales, no me acuerdo que porcentaje, no sé la mitad o un poco menos, son por falta de medicamento, no sé si eso sea mucho o poco; pero a mí me parece que es insuficiente esa información, yo creo que para que una persona llegue a la CNDH por falta de medicamento, pues supongo que ya pasó muchos filtros, ya pasaron muchas cosas, lo hemos ya platicado muchas veces antes y no creo que sea un indicador lo que pasa a nivel nacional, es una información súper importante, valiosísima tenerla, pero no creo que sea el indicador de abasto y tampoco es indicador de abasto a nivel nacional que nos digan (podrían apagar los micrófonos que se oyen); bueno, no creo que sea un buen indicador de abasto que nos digan que el IMSS o el ISSSTE tengan el medicamento para los siguientes tres meses en sus almacenes pues eso es un indicador de existencias a nivel nacional, pero no es un indicador de abasto a nivel unitario en cada sitio y lo mismo, aquí tenemos que tener indicadores individuales, confiables, yo no entiendo porque Luis Manuel Arellano, ya que lo aludieron, pueda estar generando infodemia como dicen, cuál sería el motivo de decirlo, si es así es porque él está viendo que están ocurriendo casos en personas que está viendo y le han solicitado ayuda, eso es lo que está publicando, no conozco sus datos ni mucho menos, pero yo no pensaría que él tenga alguna motivación como para estar publicando información sin bases y bueno hasta aquí mis comentarios, y muchas gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias Dr., veo la mano levantada del profr. Luis Adrián, ahorita le doy la palabra. De varios elementos el primero, y sin duda el poder tener como comentábamos el abasto, al menos de lo que se ha mandado a las entidades federativas, da esa transparencia; yo desconozco qué otros datos pueden ser y estar atrás, la verdad es que lo importante es tener la información transparente, la información oficial y que esto sirva para empoderar a las personas, a las comunidades a que puedan generar una respuesta dirigida al respecto. Sin duda alguna, y coincidimos que el tener un elemento de la CNDH es la punta del iceberg (inaudible...) todos coincidiríamos en que hay elementos de vulnerabilidad de derechos humanos que no llegan a estos puntos y que es obligatoriedad de todos los que formamos parte del CONASIDA estar difundiendo estos datos, sin lugar a dudas, pero también el poder difundir los datos acerca de cuál es el abasto de las instituciones para que las personas entonces puedan acercarse a estos

elementos. Como ustedes saben tenemos también una línea telefónica que se hizo justamente desde el CONASIDA le pediría a Paco si te puedes meter para verla en términos también de estas acciones como un elemento adicional de esta trazabilidad de abasto y que evidentemente mientras exista una sola persona que no obtiene su medicamento, en tiempo y forma de manera segura, no estamos obteniendo un elemento adecuado de respuesta y eso no lo debemos de permitir nadie, si tenemos que asegurarnos que desde el CONASIDA se siguen ciertos elementos que ayudan a la transparencia, que ayudan a la toma de información para que las personas puedan tomar estos datos tal cual se tienen. Si me pueden ayudar, ya puso Luis Adrián las recetas resurtidas, y si me pueden también poner la de abasto de CENSIDA y pasar la página para que todos conozcan la línea CENSIDA en este sentido.

Y por supuesto tiene toda la razón en el sentido del grupo de presentadores tardíos, de hecho el observatorio apenas se puso y se aprobó, apenas en la sesión pasada que fue hace una semana, entonces en las siguientes sesiones que se darán dentro del Comité de Atención Integral se dará el espacio para que se puedan agregar toda esta serie de elementos, coincidimos en que tenemos que apostarle a la prevención, también en la tuberculosis, y que es fundamental que esto sea considerado como un insumo adicional en las cadenas de suministro para la atención de las personas que viven con VIH y para la atención de la epidemia de la tuberculosis también, no podemos estar contentos teniendo abasto para ciertos insumos y que se mueran las personas por algo que pudieron haber recibido profilaxis o por un tratamiento que no fue el más optimo por sus condiciones, en términos de otras oportunistas, justamente hoy tuvimos una reunión con nuestros compañeros del OPD del IMSS Bienestar hablamos sobre el resto de los insumos que deberán de ser incluidos dentro de esta acción; el subsecretario nos ha solicitado que tengamos para este mismo lunes toda esa serie de elementos adicionales, y con mucho gusto podemos tocar base con nuestros vocales y con nuestros líderes para ver si existe algún otro elemento que consideran podamos incluir dentro de estos elementos básicos de atención de las personas, medicamentos, entre otras cosas; entonces creemos que estamos con una oportunidad de poderlo tener en ese sentido; y finalmente, en la otra parte, bueno creo que de los demás estamos de acuerdo con sus comentarios y estaremos integrándolos también al resto de los acuerdos. Luis Adrián, María Elena y después Ana. Adelante Luis Adrián.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Coincido plenamente con Alejandro de que nadie puede estar por encima de la ley, y no porque seamos organizaciones de la sociedad civil tenemos que permitir la violación a derechos humanos y en ese sentido a mí me preocupa señor

subsecretario que no se ha tomado ningún tipo de acción con las personas que no son médicos que prescriben medicamentos antirretrovirales, que programas estatales otorguen medicamentos antirretrovirales, que den recetas médicas a personas que no son médicos, pero aparte, que lo avalen también muchos profesionales de la salud, a través de sus redes sociales, me preocupa porque creo que nadie debemos estar por encima de la ley, ni pretender ser médicos para otorgar recetas o iniciar tratamientos antirretrovirales u otorgar medicamentos antituberculos, es preocupante porque justo coincido con Alejandro, no porque seamos organizaciones de la sociedad civil tenemos que estar por encima de la ley, tenemos que acotarnos a realizar las acciones como lo dicta el marco normativo y también nosotros tenemos que cuidar el no violentar la confidencialidad, el no generar acciones que denigren a las personas y peor aun cuando trabajamos en el ámbito de VIH que hagamos esos procesos y yo también le quiero responder al Dr. Sierra porque nosotros desde hace 18 años medimos el abasto, y en su momento cuando nosotros salimos a denunciar que había un problema de desabasto de medicamentos por la compra en el 2019 justamente alguna parte decían que no era cierto cuando había un problema y lo pudimos documentar con recetas, con personas reales y desde hace, repito, 18 años trabajamos con estos procesos y justamente con varias delegaciones en las últimas semanas hemos tenido reuniones con el seguro social para garantizar que se les otorguen tratamientos por tres meses y estamos vigilando el cumplimiento de la entrega oportuna de los medicamentos antirretrovirales.

Yo por ahí les puse una liga que nosotros en su momento propusimos a la Dirección General del Seguro Social, después fue retomada por la Dirección de Vinculación en su momento precedida por David Razú, y que hoy forma parte de uno de los mejores escenarios para verificar el surtimiento de recetas, sabemos que no es perfectible y estamos todos los días jorobando gente en el IMSS, no lo hacemos público porque creemos que ya tenemos mucho en circulación en las redes sociales como para hacerlos todavía más, nosotros no queremos seguidores, queremos hacer política pública y desde ese sentido nosotros estamos todos los días trabajando con las áreas correspondientes de abasto en el seguro social, para garantizar que ese 0.4% que hoy en día se reporta a través de la página del seguro social de recetas no surtidas, son personas al final del día, puedan garantizar la entrega oportuna de medicamentos en todas las entidades federativas del país y digo ahí está el Dr. Alfonso Rueda que puede corroborar esta información.

Y me preocupa también señor subsecretario que también hay encuestas que saltan de los institutos nacionales que saltan a través del CENSIDA, en donde también se violenta la exposición de datos personales de las personas que vivimos con VIH en generar una encuesta que no abona pero si vuelve a generar este tipo de divisiones me preocupa y ya desafortunadamente no me dio tiempo de preguntarle a la Dra.

Oliva porque la Dra. Andrea González se ha expresado muchas veces de que ella no quiere entrar a la federalización, incluso tuvo una reunión por ahí, el año pasado, con el Instituto Mexicano del Seguro Social porque ellos dicen que no quieren entrarle a la federalización y que ellos quieren seguir teniendo la clínica Condesa administrada por ella misma y a mí me preocupa porque entonces estamos teniendo dos modelos distintos dentro del Sistema Nacional de Salud dentro de la propuesta de la clínica Condesa se va a acotar o no a este proceso, o si nada más es capricho de la jefa de programa o de la directora de la clínica, o si van a entrar al aro, porque pareciera que no siguen las reglas y se hace todo de una manera distinta, digo la reunión fue pública porque se pudo comprobar con los compañeros del seguro social, que existió esta reunión donde se definía que se otorgara el permiso para la clínica de la Condesa para ellos seguir administrando su propia clínica de VIH y con esto se rompería el proceso de federalización anunciado por el presidente de la República y que incluso la Ciudad de México forma parte de este proceso.

Dr. Ruy López Ridaura, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. presidente suplente del CONASIDA: Gracias, igual contesto de una vez, Alethse. Muchas gracias por las preguntas directas del profr. Luis Adrián, muchas gracias; a ver, creo que hay algunas que puedo contestar y otras que tal vez necesito más información, pero a ver, creo que en efecto digo cuando dicen que por parte de la subsecretaria un poco este proceso de prescripciones por parte de las organizaciones de la sociedad civil, me gustaría un poco, pues, conocer más el detalle entiendo que hay algún lineamiento que se acordó aquí en el CONASIDA específicamente para el componente de profilaxis pre-exposición, entiendo que es donde se tienen una serie de lineamientos de trabajo cercano colaborativo con las organizaciones de la sociedad civil y para acercar el tratamiento profiláctico, no así o no necesariamente de la misma forma con el tratamiento del paciente con VIH, que vive con VIH y que requiere una evaluación clínica mucho más cercana. De todos modos entiendo, no conozco al detalle los lineamentos que se emitieron por parte del CONASIDA para el tratamiento o para la colaboración con las organizaciones de la sociedad civil para el tratamiento de pre-exposición, para el PrEP, eh…

Participante:. Dr. Ruy, no le escuchamos, no sé si los demás escuchan algo.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: No, ahorita lo contacto, yo tuve problemas, una disculpa, me sacó la app pero ya estoy aquí.

Dr. Ruy López Ridaura, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Presidente suplente del CONASIDA: Bueno pues conocer con más detalle esto y si esto requiere una revisión por parte de CONASIDA de los lineamientos, de la

forma en que se puede, específicamente, los protocolos de profilaxis pre-exposición y el trabajo con las organizaciones de la sociedad civil, si necesita una revaluación por parte de CONASIDA para ver este componente específico pues creo que se pudiese abordar en uno de los comités específicos, eh, digo lo que entiendo es que la información que tenemos con todos los pacientes con tratamiento pre-exposición pues están vinculados a los programas de alguna forma y el seguimiento se hace, a través de los programas a nivel de las secretarías de salud de los estados y si no existe un seguimiento estrecho o hay evidencia de que no existe un seguimiento por parte del programa, pues entonces habría que revisarlo con detalle, pero si me gustaría más conocer exactamente las violaciones o desviaciones a los lineamientos que se acordaron en CONASIDA para este trabajo de acercar trabajos profilácticos a la población de riesgo para contraer VIH y por lo tanto susceptibles a recibir PrEP, entonces no es que seamos ajenos a este proceso es que solamente conocer la vinculación y el seguimiento que por parte de los programas se hace a esta colaboración con los datos que se tengan en los programas para poder saber que tanto se está violando o no violando el protocolo que se definió aquí en el CONASIDA, pero con mucho gusto me comprometo a darle seguimiento específicamente a eso y si ustedes consideran se requiere una redefinición del protocolo, que sería bueno, entonces, proponerlo como tal, de la encuesta de CENSIDA, no conozco el detalle, pero lo preguntaré, creo que en efecto como se dice o como también lo dice en el caso de Chiapas una violación total del derecho que tienen todos los individuos a proteger todos los datos personales y si esto se está haciendo creo que la propuesta del compañero de Chiapas, de tener un acompañamiento cercano de la comisión de derechos humanos y de las organizaciones de la sociedad civil, es de vital importancia, pero preguntaré después a la Dra. Alethse exactamente sobre la encuesta que comenta de (inaudible...) de los institutos para ver exactamente que no se estén haciendo públicos datos personales que puede ser una violación importante a este derecho, pero lo revisaré específicamente.

Y el tercer punto, un poco de la transferencia del IMSS Bienestar, no sé qué tanto se ha comunicado aquí en el CONASIDA, pero precisamente después de una evaluación que hemos hecho, también desde la subsecretaría, de todos los programas, pues hemos decidido que tal vez no era el momento ahorita para hacer una transferencia de los CAPASITS en general, no es que haya sido solo una desviación en la Ciudad de México, sino que, todos los CAPASITS se seguirán (por lo pronto) coordinando y operando desde la coordinación rectora de la subsecretaría y del CENSIDA y operando desde las secretarías de salud de las entidades federativas, entonces, no es un caso único de la Ciudad de México, sino hasta donde tengo entendido, y a reserva que la Dra. Alethse me lo confirme, de una manera distinta, son todos los CAPASITS que seguirán tal vez en una siguiente fase podremos plantear la transferencia al IMSS Bienestar, pero no por el momento; este,

entiendo que los CAIS si porque se están transfiriéndose pero los CAPASITS entiendo que por lo pronto seguiremos coordinándolo desde el CENSIDA, pero operándolo desde las entidades federativas desde las secretarías de salud de los estados. Gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, yo sí quisiera agregar algunos elementos que los servicios de atención intrahospitalario, y esto a lo mejor tiene que ver con otro de los elementos, recordemos que tenemos varios acuerdos en proceso. El primero, es hacia la parte de la campaña de información que se tiene que dar sobre la transferencia al IMSS Bienestar, y en este sentido, quiero hacer la distinción en que no es que se vaya a dar la transición hacia el IMSS Bienestar, al contrario, por ejemplo, existen varias unidades hospitalarias, y esto se ha comunicado pues con los jefes de programas, entre otros elementos, donde estos CAIS que tienen estos servicios especializados de atención hospitalaria se transfiere la unidad médica y estos van a ser del IMSS Bienestar OPD, pero que estamos pensando que justamente los CAPASITS tienen que tomarles algo que habíamos comentado inclusive dentro del propio CONASIDA, esta visión rectora y una transformación hacia la gestión, no solamente de las personas sin seguridad social, pero que también ayuden a esta visión de liderazgo en términos de los programas donde finalmente y como comentaba el Dr. Alejandro Rivera es responsabilidad de las entidades federativas el asegurar la atención de todas las personas; entonces, para que no vaya a generarse la confusión de que el programa y las personas no se transfieren y estamos en algo, no, al contrario este algo que dependerá justamente la unidad entre otros elementos, y por eso creo que es fundamental, y a lo mejor va a ser de las primeras prioridades, el que podamos empezar a tener no un webinar, no una sola presentación sino una mesa de trabajo para contestar y permitir a la población que conozca toda la información sobre el proceso de transferencia hacia el IMSS Bienestar.

Por otro lado, y creo que es importante, es que otro de los elementos y actores que nos está faltando en CONASIDA, es justamente el OPD IMSS Bienestar, y entonces va a ser parte de las necesidades que se integre lo que IMSS Bienestar. Ya bien comentaba Luis Adrián pues es esta reactivación del Comité de abasto donde definitivamente tiene que estar el OPD IMSS Bienestar y donde tiene que estar forzosamente la nueva unidad encargada de las compras, que en este caso sería otra subsecretaría para que también sea considerada en estas mesas de abasto, para que pueda ser útil para todas las personas. Estaba Ana, luego María Elena y después el Dr. Alejandro. Adelante.

Dra. Ana María Guadalupe Amuchástegui Herrera. Profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma

Metropolitana-Xochimilco: Muchas gracias, buenas tardes a todos en este viernes helado; solo quería invitar a una reflexión que tenemos que acoger en CONASIDA de una manera más, sería que es el tema de las presentaciones tardías, en el sentido de que, si bien, son mucho más los hombres que las mujeres que se presentan tardíamente al tratamiento, eso y el hecho de que la convocatoria a las vocalías no pudiera ser cumplida; desde mi punto de vista nos habla de la desmovilización que estamos viviendo en torno al VIH, o sea, una sensación social de que el VIH ya no existe, y por supuesto, dentro del VIH los llamados, los que no son poblaciones clave ni siquiera son visibilizadas ¿no?; en ese sentido, lo que quería traer yo a colación es, por un lado, que la convocatoria no se haya llenado habla de la desmovilización que traído en este país, la desconexión entre las instituciones de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil que antes de este sexenio precisamente llevaban a cabo la mayor parte de los diagnósticos en VIH.

Hablando de mi trabajo exclusivamente con las mujeres con VIH en el acompañamiento de pares, cada vez me queda más claro que el modelo de responder a la epidemia, a través de servicios especializados no va a alcanzar a personas, no quiero hablar de poblaciones, no va a alcanzar a personas que no están dentro de esto que llamamos poblaciones clave ¿no?. Y esto lo vemos claramente en las epidemias en Tabasco, Chiapas, en Veracruz, donde la razón de masculinidad es de dos a uno y regionalmente, dentro de esos estados, tal vez en comunidades indígenas la razón de masculinidad puede ser una a uno y seguimos operando en muchos de esos estados -no todos por fortuna-, seguimos operando con la lógica de las poblaciones clave ¿no?. Creo que es demasiado ya lo que está pasando en términos de las presentaciones tardías, las mujeres no están llegando tardíamente por el problema de detección de transmisión vertical, que de todos modos sigue fallando como también se vio aquí en las cifras, pero las personas embarazadas no llegan; entonces una acción urgente, urgente, en términos de la atención del VIH en este país es acercar la detección y el primer tratamiento a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres; es fundamental que así como hay acceso -más o menos- a temas de planificación familiar, haya acceso inmediato a pruebas de VIH con mujeres que no están embarazadas, entonces, yo solamente quisiera poner en la mesa que esta discusión se ha borrado, ha desaparecido ¿no?, estamos como discutiendo cuestiones en torno a la respuesta, basada en la epidemiología, entiendo toda la parte de gestión que yo manejo por supuesto, creo que cada día nos falta más una reflexión sobre la desigualdad y sobre las dimensiones sociales y culturales, cada día estamos más lejos de hacer esa discusión y quería invitar a todas, a todos y a todes, a recordar que no se presenta de una manera pareja esto de la infección por VIH ni la presentación tardía, es sólo eso, gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchísimas gracias Dra. Ana y justamente coincidimos en

la parte de que esto tiene que ser visto desde los determinantes sociales y desde otras barreras que inclusive hemos puesto en el mismo modelo que necesita... necesariamente cambiar hacia atención primaria de la salud y redes integradas de servicios, como se ha estado impulsando tenemos varios elementos de territorialización y creo que sí va a valer la pena que el primer ejercicio sea justamente esta visión que tenemos en términos del cambio, el cambio del paradigma en el modelo va justamente a empezar a tener una estrategia diferenciada y acercar los servicios a la población dependiendo también de las necesidades de las mismas y con un acompañamiento como se ha dado. Llevamos 18 meses, y Alejandro no me dejará mentir, con la estrategia de acción universal en el estado de Chiapas y que ha sido totalmente exitosa y que ha sido gracias a esta coordinación interinstitucional con redes integradas de servicio con todas las instituciones y también con la parte de acción comunitaria; entonces, creemos que es un modelo que ya probamos que tenemos estas acciones y que pues con mucho gusto y si nos permiten en la primera sesión nos gustaría pues a lo mejor sólo enfocarnos en esta parte, porque sin duda existen toda una serie de determinantes, que bien menciona, si no los atendemos de nada va a servir el tener tratamientos inclusive en las unidades de atención. Estamos viendo otra serie de acciones, sólo para comentar, si recibimos varias y para llenar a todas las vocalías del CONASIDA, desafortunadamente la documentación no cumplió con los requerimientos que se tenían y por cuestiones de transparencia al ser auditable, entre otros elementos, no podemos aceptar una propuesta de organizaciones que no cumplan con estos criterios que se hicieron públicos para todas las personas; pero, muchas gracias, estaremos muy al pendiente y tomando su retroalimentación para la inclusión del mismo. Le daría la palabra a María Elena y después a Alejandro. Adelante María Elena.

Lic. T.S. María Elena Ramos Rodríguez, directora y representante legal del Programa Compañeros, A.C. de Ciudad Juárez, Chihuahua, en calidad de vocal transitorio: Celebro que me haya tocado después de Ana y Alethse, porque mi comentario va en ese sentido que ellas están mencionando, diagnóstico tardío es una palabra que nos llena de inquietud, enfermedad avanzada bueno, pero todo esto lleva a la muerte y quienes se mueren, los muertitos, son las personas que tienen menos oportunidades y revisar los determinantes sociales donde en el centro están las mujeres, donde están las personas habitantes de calle, las personas que consumen drogas y puedo seguir mencionando un sin número de condiciones, que nos hacen pensar la interseccionalidad y en la necesidad de abordar los temas desde esta manera y no quiero redundar más en la cuestión, pero sí en la necesidad de que CONASIDA piense, pensemos, una forma de llevar una política pública que alcance a todos en las realidad, no en el discurso, entonces esa es una parte que quería comentar en este momento, abonar a la discusión.

Otra parte que quiero abonar es el abasto frente al acceso a los servicios, esto es bien complicado. El abasto es desde que esté el medicamento lo decía justo el Dr. Sierra que ahí esté presente el medicamento y hay esta cadena de suministro que llegue directamente hasta la mano de la persona que va a recoger el medicamento y en eso hemos estado insistiendo durante mucho tiempo en CONASIDA, en los diferentes grupos donde hemos estado impulsando esto y creo que el acceso al tratamiento es universal y podemos decir mil cosas del acceso al tratamiento, pero sin embargo, por lo que mencionábamos anteriormente estos factores de interseccionalidad que vemos en las personas, el acceso a veces se hace bien difícil, desde los horarios en que funcionan los servicios de salud, desde las condiciones mismas de las personas para llegar, desde los requisitos que se tienen para acceder a los servicios; entonces, tenemos que hablar de abasto junto con acceso y tenemos que ponderar los dos puntos para que, finalmente lo queremos es que las personas con un diagnóstico de VIH obtenga su medicamento; y mi tercer comentario, este, va sobre nosotras, sociedad civil, activista o líderes sociales, yo creo que nosotras tenemos una oportunidad muy importante para seguir construyendo en México y en el mundo, las personas que estamos envueltas en la movilización en pro del VIH, pues hemos tenido un largo camino donde hemos aprendido mucho de esas lecciones, de esos errores que hemos cometido, pero también de lo que hemos logrado en todo este tiempo, pero también veo esta posibilidad de que algunos, algunas de nosotros nos estamos confundiendo y creando el caos. Yo creo que en el actuar de sociedad civil no debe de haber, poner en peligro la integridad de personas y lo que pasó lamentablemente el 1° de diciembre fue algo que hubo confusión, hubo caos y también hubo agresión y poner la integridad de no sé cuántas personas trabajen en ese edificio al quemar la recepción; entonces, eso es algo que quiero poner en la mesa porque una institución de este Consejo fue agredida de una forma muy certera, y quien más que nosotras, nosotros, que hemos tenido muchos años lidiando con el odio irracional con la homofobia, la transfobia, la misoginia y todas esas cosas, quien más que nosotros para saber los efectos que se tienen cuando las personas empiezan a sembrar ese odio irracional en las redes sociales que yo seguí muchas de las personas comentaron situaciones, yo no tengo problemas con desabasto y lo hacían desde lo personal, no desde lo particular; pero también hubo comentarios muy fuerte de quienes no tienen todo el panorama completo y de esa forma se echan leña al fuego y se convierte en una situación.

Sociedad civil tiene un reto muy importante y por sociedad civil incluyo a todos y a todas, tenemos un reto muy importante de cómo juntarnos nosotras y cómo construir algunos estándares de actuación mínima, dentro del marco del respeto a las personas y de respeto a la vida y a todo lo demás; así como le exigimos a las instituciones una actuación transparente, también nosotros tenemos que ponernos a ver de qué manera juntarnos, ya no nos juntamos, hace años teníamos

el Congreso Nacional y hace años que no tenemos el Congreso Nacional, y eso creo, que de alguna manera, ha contribuido a que estemos dispersos y sin una posibilidad de nutrirnos unos a otros sobre la incidencia política y nuestro papel ahí. Muchas gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, María Elena, y gracias por las palabras y también por el posicionamiento. Gracias. Dr. Rivera.

Dr. Alejandro Rivera Marroquín, jefe de Coordinación Estatal para la Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis C de la Secretaría de Salud de Chiapas, en calidad de vocal permanente: Sí, muchas gracias a nombre del estado de Chiapas, Dr. Ruy y colegas del CONASIDA, También manifiesto como esta misma situación de preocupación al entendimiento que se está generando y a la desinformación, quizás no debo señalarla como infodemia, pero si hay una desinformación respecto a esta movilización que se hubo y recientemente el día de ayer hubo otra vez una nueva columna donde parece que hay una misoginia expresa, se señalan la incapacidad de las directoras y prácticamente hace como (o yo así lo entiendo) una validación como que los directores sí podían, y las directoras o las mujeres al frente no pueden dar la respuesta al VIH, esta desaprobación por parte del estado de Chiapas a este tipo de manifestaciones basadas en violencia y misoginia también la manifestamos y dejo la posibilidad, como CONASIDA, reconocer efectivamente las brechas y los retos que se tienen, el reconocer la protesta como parte de un derecho fundamental que se tiene en México y que se tiene en la ciudadanía, pero no de alguna manera esta forma violenta de exposición en que se realizó este 1° de diciembre, sí quiero manifestarlo, se da la oportunidad de decirlo y respaldar en ese sentido el trabajo que se realiza y que conocemos muy de cerca del CONASIDA, y por eso hablo de desinformación, como señalábamos el tema de abasto no depende de una persona, no depende de una institución, sino de un proceso del Estado mexicano y en función de eso y pasando ya al comentario, Dra. Alethse, Dr. Ruy, me parece que es muy importante no perder de vista y en alusión a ese 1° de diciembre donde se señalaba 40 años de la epidemia en México, recordemos que 20 años, estamos conmemorando 20 años de esa ganancia de la sociedad civil respecto al acceso al tratamiento universal tenemos 20 años de brecha ya histórica y en esos 20 años pues los esfuerzos se mantienen y eso se reconoce por la participación de las organizaciones de la sociedad civil, de las personas que viven con VIH y de las comunidades, que no necesariamente deben o son representadas por una sola persona, sino por todas las personas que construimos esta realidad que hoy se tiene.

Y señalar, Dr. Ruy, y pues creo que el CONASIDA tenemos un deber, de señalar también que el programa de VIH es un programa prioritario; no todos los

programas en materia de salud pública o de atención son programas prioritarios, y además está establecido en la Ley General de Salud como un tema de salud general y eso si nos provee de un marco muy importante para la acción. Y a que me refiero, he comentado con la Dra. Ana, y lo decía como referencia la compañera María Elena Ramos de Chihuahua precisamente hoy estamos en un momento de una institucionalización, más que una movilización social y por supuesto a quienes estamos en el lado institucional nos corresponde también atender lo que se necesita y se debe. Y con que quiero llegar a este punto, que con esta responsabilidad institucional que tenemos las entidades federativas y que tiene el país como estado mexicano no es exclusiva del CENSIDA, es del Estado mexicano y entonces la articulación de sus instituciones públicas es obligatoria para poder alcanzar las metas que se tienen o que se deben responder incluso a nivel global, aquí quiero señalar específicamente el tema de los CAIS, los servicios de atención integral hospitalario, Dra., Dr. Ruy, me parece que es importante trabajar sobre estos modelos, ya hemos manifestado nuestro interés como entidad federativa de trabajar sobre los modelos de los servicios de atención integral hospitalario porque, en ese sentido frente al diagnóstico tardío un CAPASITS no va a poder atender, o una clínica que con manejo ambulatorio no va a poder atenderlos diagnósticos tardíos, no, probablemente podría ser un diagnóstico integral con CD4s, carga viral, crypto, pero no va a poder manejarlo ahí, entonces quiero manifestar que sí es necesario trabajar sobre el modelo institucional de los CASI, y en ese sentido, también reconocer, probablemente es un trabajo de cara al 2024, la participación de los centros de salud, porque los CAIS y los hospitales tienen que responder al problema de diagnóstico tardío, pero los centros de salud tienen obligadamente que tomar una participación activa. Los CAPASITS, CASI, o clínicas con otro nombre o denominación, no vamos a responder únicamente a la epidemia, si no trabajamos con el primer nivel de atención, la Dra. Ana Amuchástegui precisamente el viernes pasado estuvo presente revisando y como estamos tratando (no estamos celebrando nada), estamos tratando de integrar cada vez más centros de salud, y precisamente una institucionalización obligada de la oferta de la detección del VIH, por un lado, me parece que, para mitigar ese diagnóstico tardío debemos regresar a este modelo prioritario de la atención en el primer nivel, y en ese sentido, fortalecer la detección, y en otros casos, pasan muchas veces los casos de diagnóstico tardío frente a la atención primaria y en salud, y nunca se piensa en VIH, y entonces llegan estos escenarios de mortalidad entonces si necesitamos trabajar, me parece Dr., y lo dejo expreso para el CONASIDA y también en este modelo del CAIS y en los centros de salud, identificar que los programas de salud no somos CAIS y CAPASITS.

Los programas estatales tenemos una obligatoriedad de una articulación de todo el sector salud a nivel estatal y de toda la estructura de la Secretaría de Salud; entonces otorgar medicamentos antirretrovirales es una ganancia enorme,

histórica, celebrada, sobre la cual tenemos que continuar avanzando; pero si un programa no tiene articulación verdaderamente comunitaria, más allá de la sociedad civil, sino con su propia estructura del sistema de salud que es el que está más cercano a la población en general, me parece que estamos dejando de ver esta brecha muy importante, y por ello, señalo la necesidad de revisar este modelo de atención al diagnóstico tardío que incorpora a los centros de salud, pero además, de manera obligada, Dra. necesitamos trabajar en los CAIS sobre todo en este modelo de OPD ¿por qué? porque nos deja en una situación de desventaja, yo lo dije hace una semana y lo repito Dra. y se lo digo al señor subsecretario de salud, en 40 años de la epidemia de VIH logramos tener nuestra primera infectóloga, la primera infectóloga en 40 años en la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, entonces una infectóloga, estamos haciendo verdaderamente mucho trabajo y mucho cambio, pero no es suficiente y además otro tema de frente también y lo comento también para el Dr. Ruy, hoy en día estamos ante la situación el desconcierto sobre la posibilidad de la contratación. Entonces, en ese sentido pues sí es importante reconocer que, por ejemplo, en el caso del 2022 que llega la primera infectóloga por una gestión del programa estatal con el CENSIDA, el CENSIDA favorece o más bien otorga la posibilidad de la contratación de esta infectóloga que no preveíamos ya estábamos saliendo un poco de COVID, pero llega monkeypox y es esta infectóloga la que encuentra el primer caso de monkeypox, la que establecemos los comités de seguimiento caso por caso, de que ahorita estamos trabajando en diagnóstico tardío, de que ahora tenemos equipamiento quinexperto, pero porque tenemos una figura de infectóloga que no está contratada desafortunadamente por un tema administrativo actual, pero entonces, sí necesitamos avanzar frente al diagnóstico tardío es obligado que veamos a los CAIS y su estructura a los centros de salud y la respuesta que tenemos como entidades federativas, y sí lo dejo de una manera respetuosa, pero sobre todo responsable y con mucha conciencia de lo que digo, de que las clínicas, los CAIS y los CAPASITS no van a resolver la respuesta al VIH si no se realiza verdaderamente de un trabajo comunitario, basada en los recursos que tenemos en los sistemas de salud en México.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, Dr. Alejandro. Le daría la palabra al profr. Luis Adrián, y después al subsecretario para pasar a los acuerdos que están. Adelante Luis Adrián.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Me uno justo también a este, lo iba a hacer en intervención posterior, pero creo que es importante hacerlo; me uno a este tipo de reclamo y coincido plenamente con Alejandro y con María Elena; pero va más allá porque ya habíamos tenido en el 2019,

con esta misma persona estos mismos agravios contra una Dra. que era la jefa del programa de VIH del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Dra. Sara Treviño, quien literalmente se le fue a gritar afuera de la institución que era una incapaz y que era, y con esos mismos términos se hizo que se destituyera a la Dra., más bien, la Dra. Sara Treviño prefirió salirse del programa para no seguir continuando con este tipo de agresiones de misoginia que no nada más eran expuestas, sino que ya están en las redes sociales donde evidencian todo este tipo de acciones y hoy nos unimos a este reclamo, porque creemos que hay mucha violencia hacia las mujeres y creo que desde el movimiento de las personas que vivimos con VIH no podemos permitir más este tipo de expresiones, sobre todo cuando de alguna manera también nosotros las padecemos al seguir con el estigma, la discriminación, y que venga y provenga de alguien de la sociedad civil o que diga que representa a la sociedad civil y que haga ese tipo de agresiones de verdad es intolerable porque no lo podemos permitir, y sobre todo está fuera de la ley y estos mensajes de odio van permeando y cuando se hacen y se salen fuera de contexto, todavía generan mayor odio con personas que ni siquiera están y conocen este problema y sobre todo creo tenemos que hacer una reflexión porque pareciera que hay una guerra de poderes en torno a querer seguir con estos cotos de poder del VIH, cuando se nos está olvidando que la epidemia es justamente el virus y creo que pareciera que algunos lo están tomando, repito, como estos cotos de poder para seguir perpetrándose desde esa parte, es preocupante pero desafortunadamente creo que tenemos que hacer un alto en el camino para poder reconceptualizar hacia dónde queremos ir en esta lucha frontal contra la epidemia, y repito es contra el virus, contra la intolerancia, contra la homofobia y contra la sidafobia, que hoy en día todavía prevalece en el sistema público y que justo es ahí donde tenemos que hacer combate y frente común para poder garantizar que estos casos tardíos que el diagnóstico hoy en día para el proceso de enlace a la PrEP, incluso el poder hacer que los migrantes que hoy en día tienen acceso a la terapia antirretroviral pueda garantizarse en estas procesos ambulatorios y transitorios complejos que hoy en día están teniendo, donde están llegando a la entidad federativa y están a nada más unas horas y tienen que moverse porque es la manera en que están brincando de entidad en entidad y que también el médico al no traer los medicamentos antirretrovirales porque no los dejan pasar en la frontera, llegan a los programas estatales y les es negado el medicamento y tenemos que hacer vericuetos ahí con otros programas donde van a pasar estas personas para poder garantizar que les den el mes completo y puedan garantizar su estadía como lo dicta el acuerdo del CONASIDA para garantizar la atención de medicamentos antirretrovirales a las personas migrantes, y creo que tenemos que ir caminando justo a lo que mencionas Alejandro, este modelo de atención integral que no nada más tenga que ver con la atención de medicamentos antirretrovirales y la prescripción de controles de CD4 y carga viral, sino que también la integralidad de las personas que ya vivimos con VIH que tenemos comorbilidades asociadas por la ingesta

prolongada de medicamentos, por envejecimiento prematuro que está cada vez más asociado, y por la sobrevida que literalmente nos está matando a las personas que vivimos con VIH con todas estas comorbilidades asociadas, donde tenemos dos, tres o hasta cuatro y que justo es ahí donde tenemos que empezar a garantizar la atención integral de toda la población con o sin seguridad social pero que seas la misma atención integral con medicamentos y con gastos de hospitalización que hasta el día de hoy no se acaba de poder concretar y que creo es ahí donde tenemos que trabajar, señor subsecretario, y que forma parte por lo menos del plan de trabajo que nosotros lo presentamos como vocalía y que es una línea que tenemos ya desde hace algunos años de poder garantizar una atención integral que atienda todas estas vertientes de la atención integral de todas las personas que vivimos con VIH y repito con las complejidades que estamos presentando del diagnóstico tardío, el diagnóstico oportuno, de cómo llegamos a los servicios de salud, pero también de estas personas que tenemos más de quince, más de 20 años, tomando medicamentos y que formamos un grupo bastante amplio y que no se está garantizando la atención integral y repito, con problemas que pueden ser, hoy en día, a la larga un gasto excesivo para México, para el Estado Mexicano, y que sí podemos garantizar diagnósticos oportunos y poder generar acciones de tratamiento para este grupo de personas con comorbilidades va a salir más barato porque tenemos un plus que ninguna otra enfermedad lo tiene y que es la adherencia terapéutica, y que hoy ya hemos podido estar comprobando con muchas personas que se atienden en la seguridad social que tienen comorbilidades que se ganó en la adherencia para diabetes, para hipertensión y otras enfermedades que hoy en día padecemos, daño renal, y que justamente se ha mantenido una estabilidad con esos diagnósticos oportunos de las comorbilidades teniendo la atención integral correspondiente y generando ahorros significativos, y repito, porque tenemos ganado un proceso que se llama adherencia terapéutica que hoy en día muchos otros padecimientos no lo tienen, porque cuesta mucho trabajo poder llegar allá, pero desde el lado de las personas que vivimos con VIH tenemos ese gran proceso ya avanzado en más de un 85% de adherencia terapéutica, y eso nos ayuda a poder gestionar otras enfermedades y poder garantizar la adherencia también de estas comorbilidades.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, Luis Adrián. Veo la mano levantada del Dr. Alejandro Rivera y después le cedería la palabra al Dr. Ruy para pasar antes a asuntos generales, perdón se me había olvidado.

Dr. Alejandro Rivera Marroquín, jefe de Coordinación Estatal para la Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis C de la Secretaría de Salud de Chiapas, en calidad de vocal permanente: Me parece que es fundamental reconocer que en el CONASIDA, y si se establece como acuerdo, reconocer que la respuesta en México

al VIH es una obligatoriedad del Estado mexicano, a través de sus instituciones públicas y de las 32 entidades federativas porque si hay un tema de comparación de manera muy grave en la que; por ejemplo, lo he referido en algunos otros contextos, señalar si nosotros tenemos 7 mil pacientes y otra clínica tiene 20 mil pacientes esos no son indicadores, no son indicadores precisamente de la calidad de la atención, pero más allá de eso, del esfuerzo que hacemos las entidades federativas en su generalidad para dar esta respuesta al VIH, hay mucho que hacer, hay muchísimo que hacer, tenemos muchísimos problemas aún tanto para la prevención, diagnóstico y tratamiento; sin embargo, las 32 entidades federativas, y al título personal reconozco el trabajo que hacen en su generalidad, la mayoría de responsables estatales en los programas de VIH, pero también en los distritos de salud, en los centros de salud y propiamente en los CAIS y en los CAPASITS; entonces, concentrar para poder ver la epidemia del VIH se tiene que ver de manera general.

Y ahí es donde también señaló al Dr. Ruy para también señalar esta parte que es fundamental este reconocimiento de todos estos esfuerzos que se están haciendo y aún en contextos muy adversos. Ya hablaba el Dr. Juan Sierra por ejemplo, de crypto. Nos costó un año poder tener pruebas de cryptococo y tenemos ya en el estado de Chiapas pruebas de cryptococo, solo había un equipo GeneXpert para el estado de Chiapas, en el laboratorio estatal de salud pública, ahora el segundo equipo de GeneXpert lo tiene el programa de VIH y lo tiene en su clínica del Hospital Gómez Maza, tenemos seis CAIS con equipos de CD4s, es decir, que este esfuerzo que se hace, no es un esfuerzo de Alejandro, es un esfuerzo que hace el estado, y entonces, esta es la otra contraparte en la cual también viene esta responsabilidad, y por eso señalo también las necesidades que se tienen y señalo porque me parece que es fundamental avanzar también en el tema de la estructura de los CAIS, como esta contraparte para dar la atención que se merece o que se requiere, más bien, en estos casos de diagnóstico tardío, en el caso de Chiapas hemos avanzado en esta parte de, por ejemplo, de infraestructura o de equipamiento, pero no tenemos esta posibilidad de recontratamiento de personal y entonces tenemos una infectóloga que, pues está haciendo su labor, su trabajo día a día, un año que no ha tenido un contrato, por ejemplo, por estos retrasos administrativos y ya a quince días de que termine el año, no sabemos cómo va se va a definir y que respuesta vamos a tener de la Secretaría de Salud Federal. Gracias Dra.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Gracias, Alejandro. Y le daría la palabra al Dr. Ruy López Ridaura, adelante.

Dr. Ruy López Ridaura, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. presidente suplente del CONASIDA. Muchas gracias, y digo muchísimas gracias

María Elena, Alejandro, profesor Luis Adrián por hacer esta exposición estoy seguro que muchas y muchos de los colegas aquí en CONASIDA tienen el mismo posicionamiento y hay que decirlo, hay que ser vocal en esto y creo que aquí en el seno del CONASIDA se expresen como ya otros medios, algunas otras instituciones, centros y unidades, tanto de la Secretaría de Salud como de otras instituciones lo han expresado y desde el punto de vista de la subsecretaría es muy importante tener este apoyo, tanto en instituciones como en organizaciones de la sociedad civil, y que sea las mismas organizaciones que estén denunciando este acto que es definitivamente, es totalmente inaceptable, es totalmente reprobable y no lo podemos permitir, creo que la protesta y la exigencia de derechos es una cosa que se ha ido generando en los espacios y cuando no se ha generado tenemos que ser sensibles a las expresiones de exigencias de derechos, esto creo que es una dinámica que además en este gobierno, y en esta Secretaría de Salud siempre hemos sido abiertos a escuchar cuáles son los problemas que están viendo, las personas que están viendo, limitados sus derechos, y en eso creo que no hay que confundir el rechazo a una protesta contra el rechazo a una acción de odio, de agresión y también estos componentes de misoginia y de violencia de género que son gravísimos, especialmente dirigidos hacia funcionarios y funcionarias que han tenido una acción ejemplar, no solamente por los indicadores, creo que el programa de VIH y por eso mi comentario al inicio de esta sesión. El programa de VIH y el éxito que ha tenido la Dra. Alethse de la Torres y su equipo dentro de CENSIDA y la enorme y compleja coordinación con todas las secretarías y los programas de coordinación de las secretarías de salud de todas las entidades federativas, la estrecha comunicación, digo, cuando estábamos en este contexto o en mi contexto previo, cuando estaba de director general del CENAPRED, siempre vimos a la Dra. Alethse de la Torre con una admiración en la forma en que podía coordinar desde CENSIDA con un empeño cercano a los programas que muchas veces en otros programas que muchas veces veíamos en otros centros nos estaba costando mucho trabajo, y precisamente el trabajo de la Dra. Alethse de la Torre fue importante para todos sus compañeros en todos los programas para tratar de estar más cercanos a satisfacer las necesidades de las demás personas.

Por otro lado, creo que especialmente en el área de VIH y en el área de CONASIDA y en muchos otros foros, creo que es un ejemplo de la apertura que se ha tenido para escuchar, para tener espacios de diálogo, entonces cuando uno encuentra que hay organizaciones de la sociedad civil que se están quejando de hostigamiento de que se están cerrando, bueno pues preocupa porque veo que hay espacios y los conozco y los he visto, los observatorios y muchos otros espacios donde se han tenido estos encuentros y oportunidades de diálogo que posiblemente sean insuficientes, entonces tenemos que hacer una reflexión para saber exactamente cómo hacerlos suficientes y cómo escuchar estos problemas que están viendo algunas de estas organizaciones, creo que también el poder entender el trabajo que

se tiene con las organizaciones aquí desde CONASIDA, por eso lo que se comentó al inicio y también nos preocupaba y lo comentamos en la sesión previa, sí tenemos que tener, hay un mecanismo formal para la participación de las vocalías; estamos preocupados que las vocalías tal vez o dimos poco tiempo o no presentaron las solicitudes como debe ser y también mi compromiso el apoyar a la Dra. Alethse y al CONASIDA, para ver exactamente cómo asegurar que la representación de estas vocalías en la próxima convocatoria en enero, esté cercana a la posibilidad de escuchar a todas y a todos. También recibimos en los días posteriores al evento del uno de diciembre una carta con varias organizaciones, digo tengo que confesar, que me cuesta trabajo y le he pedido a la Dra. Alethse un mapeo con muchas organizaciones que están involucradas en la defensa de los derechos de las personas que viven con VIH que tienen un rol muy activo y cuando recibo una carta de un grupo muy activo de organizaciones pidiendo o exigiendo que se les escuche, que se les deje de hostigar, realmente lo que necesitamos es ver exactamente dónde están los componentes de hostigamiento, digo, nunca ha habido una corriente que esté llena de procesos, tal vez si de infodemia que ha ido generando, que han ido alimentando unos a otros; destrabar esto es la comunicación, la información; la comunicación que está, la información que está pública, el CENSIDA es de los centros que más hace transparentes sus procesos y todos sus indicadores mucho más que cualquiera de los otros programas que manejamos desde la subsecretaría, pero si no son suficientes, entonces tenemos que generar otros espacios, otras formas y eso va a darse interesante, tal vez en el seno de este CONASIDA donde tenemos la participación activa y de mucha experiencia, que obviamente yo no tengo, pero ustedes si tienen poder encontrar si hay algunos otros mecanismos que pudiésemos establecer para escuchar las necesidades de personas que tal vez no están viendo satisfechas sus necesidades; pero esto no quiere decir que podamos aceptar o que no debamos de reclamar, y de decirlo claramente, de que no podemos aceptar este tipo de agresiones, obviamente con la institución, pero especialmente con, dirigidas y personalizadas en las funcionarias que están dirigiendo, específicamente la Dra. Alethse como directora del CENSIDA, y definitivamente estaremos tomando las medidas para que esto no suceda y llegar a la sanción que se deba llegar, para tener un ejemplo de que esto, no puede suceder y esto no es un mecanismo de diálogo aceptable entre las instituciones públicas y la ciudadanía en general o la ciudadanía organizada; entonces, pues les agradezco mucho que lo hayan traído al tema, creo que esto es muy importante que se hable, que se discute y que se explore, si tenemos que modificar o no las alternativas, el mapeo, los mecanismos para el diálogo con las organizaciones de la sociedad civil, porque precisamente parte de las quejas expresadas el día, pero también dentro de este escrito que nos enviaron, pues parecía como que había además del hostigamiento, indicadores de que si la epidemia o no se estaba, o tenía algunos problemas, y creo que aquí al menos en esta sesión se han identificado problemas, nunca se han ocultado y creo que la epidemia requiere procesos de

transformación en la forma de control, pero sería muy difícil decir que tenemos precisamente en esta administración huecos que se habían cubierto antes y que ahora se han dejado de cubrir, más bien son parte de la misma evolución de la epidemia donde se van a encontrando espacios que tenemos que ir, brechas que tenemos que recuperar claramente identificadas, tanto por el programa como de manera colectiva en el CONASIDA; digo, creo que también y esto tiene que ver con un poco también con lo que comenta, la necesidad de una articulación diferente; creo que en algún momento específicamente las clínicas especializadas, los CAPASITS, tuvieron y tienen y siguen teniendo un componente clave, pero cada vez es más importante la relación con el primer nivel, por eso creo que la Dra. Alethse ya ha mencionado la necesidad de presentar este componente precisamente de articulación con el primer nivel que el ejemplo de Chiapas es muy bueno y también me lo ha mostrado, y también aquí felicito también al equipo local y a la Secretaría de Salud estatal que lo ha logrado; un reto que es complicadísimo y creo que va a ser un ejemplo de coordinación y articulación para otras entidades federativas en donde sí, en efecto, la articulación con el primer nivel en muchos de los programas, en donde parece que el programa está concentrado solamente con el CAPASITS cuando realmente el programa sí tiene que tener la articulación de las unidades especializadas del primer nivel de atención de los componentes de otros niveles de atención, y de estas unidades de atención integral en los hospitales, creo que sí se convierte en un componente de un reto para esa transferencia al IMSS Bienestar.

También veo que en uno de los acuerdos está este proceso de información y de identificación de los retos, pero también las grandes oportunidades que tenemos con aquellas entidades donde se transfieren los servicios de atención médica al IMSS Bienestar, donde los componentes de rectoría y articulación de las secretarías de salud de los estados se debe fortalecer, y por eso también desde la subsecretaría hemos propuesto estos mecanismos de fortalecimiento y de articulación y de la rectoría sectorial en instrumentos de transformación de la salud pública como son el servicio nacional de salud pública, los centros de coordinación, este, y la transferencia de responsabilidades claras en las jurisdicciones ahora en su nueva forma de distritos, creo que también se convierten en instrumentos que deben favorecer esta articulación que comentaba en los diferentes niveles de atención, y creo, digo, creo que es muy importante el poder seguir con esta discusión, con esta discusión de transformación del sistema, del mecanismo, de la forma, es una epidemia que va cambiando que va encontrando nuevos retos, y por eso el CONASIDA se convierte en el mejor foro para poder entender dónde están estos problemas, dónde están estas necesidades de articulación, y pues los invito a todas y todos a seguir con esta acción proactiva para buscar los espacios y para generar las soluciones. Muchas gracias, nuevamente.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Bien, muchas gracias Dr. Ruy López Ridaura. Y entonces, bueno, solamente sí quiero hacer un comentario, y esto es como directora general del CENSIDA y parte como lider del equipo que ha recibido algunas de estas agresiones directas.

Creemos y estamos totalmente convencidos que las personas y las comunidades tienen que estar en el centro de la respuesta y que, sin lugar a duda, mientras exista una sola nueva persona que tenga y adquiera la infección por VIH, por hepatitis por infecciones de transmisión sexual quiere decir que estamos llegando tarde, y que estamos todavía con una brecha muy importante para lograr nuestro objetivo. Nuestro objetivo es la salud de las poblaciones y que éstas al final estén empoderadas; quiere decir que no llegamos a tiempo con salud sexual integral, quiere decir que no llegamos a tiempo como bien dijo María Elena, no con abasto, sino con acceso a los insumos de prevención quiere decir que, finalmente tuvimos una serie de errores dentro del sistema para poder lograr que pudiésemos tener una respuesta adecuada.

Estos diagnósticos tardíos van muchísimo más allá de tener o no acceso a ciertos elementos significa que hay otra serie de determinantes que, como bien dijo el Dr. Alejandro, la Dra. Ana, el Dr. Sierra, el Profr. Luis Adrián y María Elena, tenemos que enfocarnos en esta visión de determinantes sociales y tenemos que pensar en esta respuesta, no es solamente una respuesta del sistema de salud, es una respuesta como bien se ha dicho del gobierno y del estado, y que por eso hay ese compromiso dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible.

En este mismo sentido, sí quiero hacer y para que todo el seno del CONASIDA conozca se ha dado desde el principio una serie de acciones justamente para asegurar el involucramiento de las personas y las comunidades y esta serie de acciones va desde la generación de la política; nuestros PAES tuvieron la participación de foros, de poblaciones claves, de personas líderes comunitarios, de personas líderes académicos y personas líderes en salud pública, entre otros elementos para VIH; más de 200 personas de diferentes áreas, además de la parte de los mismos programas e instituciones para el programa de hepatitis C, también así se realizó, que desde el CONASIDA se ha tenido una serie de experiencias y elementos abiertos al respecto, que durante la pandemia se tuvieron mas de 52 reuniones con líderes comunitarios, incluyendo nuestros líderes de CONASIDA y otros líderes comunitarios que, prácticamente si sacan la cuenta, es por lo menos una reunión por semana con todas las líderes, incluyendo algunos de los líderes que han expresado esta inconformidad respecto a las acciones que muchos de estos evidentemente también se tuvo durante la respuesta a viruela símica, una serie de acciones y observatorios dados en términos de la coordinación con las instituciones,

con CNDH y con líderes comunitarios, a través de convocatorias abiertas, se han tenido toda una serie de espacios, webinars, entre otros y que de forma adicional, pues prácticamente todas las personas que así lo solicitan tienen mi número personal y el del equipo, en caso de que requieran alguna necesidad y algún tipo de vinculación, y que cada vez que nos escriben contestamos a dicha petición.

También creemos que, evidentemente, cualquier cambio puede generar incertidumbre y creemos que el elemento fundamental tiene que ser dentro de un marco de respeto a los derechos de las personas, y esto incluye a todas las personas, incluyendo las personas servidoras públicas; sí quiero comentarles que, para quienes conocen el edificio de donde se encuentra el Centro, el primer piso tiene carros con gasolina, fue incendiado y sólo gracias a que se tuvo una actuación, inmediatamente respuesta de los bomberos no hubo un desastre mayor; que se llegó con gasolina, con piedras y con todo el elemento para una respuesta de una forma que violentaba, y que al final pone en riesgo la vida de las personas.

Reconocemos y estamos 100% convencidos que el derecho a manifestarse y el derecho a no coincidir es básico, y es importante y a cambiado la historia y a generado y muchas personas dieron su vida y han sido décadas para lograr este elemento y que es algo que no podemos dejar de permitir que exista, y de hecho es algo que promovemos; así como promovemos las quejas, como promovemos el que se den una serie de elementos de vinculación; lo que sí creeemos que es inadecuado y a lo mejor ha sido definitivamente un elemento de coordinación y comunicación efectiva es, pues los dos elementos: **1)** el desabasto, están los elementos articuladores y las fuentes para que esto pueda estar claro que no hay un riesgo en términos de la capacidad de los insumos y si hay que revisar entonces cuáles son estas barreras que enfrentan las personas; y el siguiente que creo que también debiese de preocupar a este Consejo es lo que comentaba el Dr. Ruy en términos del acoso**, 2)** sí quiero hacer notar y ser clara al respecto, que en ningún momento este Centro y las personas funcionarias públicas que en el trabajamos hemos hecho un acoso hacia las organizaciones de la sociedad civil, eso está en contra de los preceptos de las personas que trabajamos y del propio Centro, lo que sí creo, es importante hacer la distinción y es que también desde este Centro creemos en que existe una serie de normatividad y que si esta normatividad como funcionarios públicos está fuera de la ley, es nuestra responsabilidad y existe toda una serie de códigos que así nos lo solicitan, el hacer notar dicha irregularidad, no a las organizaciones de la sociead civil, pero a los programas que están asociados a algún elemento que se nota una desviación de esto, y esto es simplemente con la finalidad de que se recoja, se actúe y se mejore, esto no debe dar pie a que se utilicen dichos elementos para generar un discurso de odio, para generar un discurso encontrado de una respuesta que es fundamental y debe de ser una de las prioridades de la salud de nuestro país y sí es importante que ustedes conozcan,

si necesitan tener mayor información al repecto y demás como miembros de este Consejo se merecen que tengan esta información al respecto para que puedan tomar pues en la medida de lo posible datos y elementos básicos para su actuar; lo que sí les pedimos como miembros de este Consejo es que, por favor aquella información que es oficial, aquella información que está justamente para el empoderamiento de las comunidades se pueda transmitir de una manera, no como personas sino como instituciones que ustedes están representando en este Consejo. Muchas gracias.

Y bueno, pasando en este sentido si daría, nos faltan todavía los asuntos generales y son dos muy importantes: uno es, bueno son tres, uno es en términos de la inclusión de medicamentos en las instituciones, el otro es de vacunación para VPH y el tercero justamente y una parte de lo que comentaba el Dr. López Ridaura, en términos de apertura del CONASIDA recibimos una propuesta por parte de Luis Adrián para presentarse en el seno de este Consejo, entonces daría paso a Asuntos Generales, adelante y si podemos tratar de ir directos, también considerando la liga antes de que nos vayan a cortar y la votación de los acuerdos.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Este, lo comento rápidamente, con el tema de la vacuna de VPH nosotros le solicitamos a, hemos estado insistiendo en poder ampliar el proceso de vacunación, ya por ahí les presentaba en la reunión pasada que se está solicitando al CENSIDA poder ampliar la edad de vacunación de acuerdo a la evidencia científica que se tiene disponible, para la aplicación de la vacuna de VPH para las personas hasta 49 años que vivimos con VIH, tanto hombres como para mujeres y también sabiendo que hay procesos que se están haciendo de manera sumamente importante en algunas unidades del sector salud, donde las vacunas se están caducando porque no se está llegando a la meta de vacunación de la población meta, que eran las niñas, eh, sabemos que está el oficio correspondiente del CENSIDA para la vacunación a mujeres viviendo con VIH y a mujeres antes de los 49 años y en algunos casos -como lo comentaba- en algunas clínicas del seguro social se está garantizando la apertura hasta los 49 años para hombres y mujeres dado que están vacunas próximas a caducarse y literalmente el personal que hay que darle una estrellita para poder garantizar que el biológico no se caduque se les está invitando a los programas de algunos hospitales para que vayan y se vacunen a la población que comento de tanto de hombres como para mujeres hasta antes de los 49 años y de ahí la insistencia de poder garantizar que el CENSIDA garantice este proceso.

Sabemos que también hay un amparo que se está ejecutando, a través de la Suprema Corte de Justica solamente para este fin y que creemos que a veces ese tipo de acciones se pueden promover de una manera mucho más articulada, antes

de llegar a un proceso judicial y que podría ser un beneficio poder garantizar que las vacunas sean puestas a las personas que vivimos con VIH hasta los 49 años tanto para hombres como para mujeres y repito con información avalada científicamente que está disponible hasta el dia de hoy.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias Dr. Luis Adrián, parte de los acuerdos de la sesión pasada sería que en esta sesión presentará CENSIDA, está la Dra. Samantha. Adelante Dra.

Dra. Samantha: Hola, hola, muy buenas noches a todos, denme unos minutos para poder compartir la presentación, rápidamente, no me voy a extender mucho, pero sí quisiera mostrarles algunos puntos, no sé si sea posible Dra. Ah, ya vi que me permitieron compartir la pantalla pero deme unos minutos por favor.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Bien, si les parece bien entonces pasaríamos al siguiente asunto general en lo que la Dra. puede descargar la presentación, y nada más un recordatorio, está el pase de asistencia también en un *google forms* que se puso en el chat. Si nos ayudan, ah, ya está, adelante Samantha.

Dra. Samantha Gerner Barnard, directora del programa de atención a la salud de la infancia y la adolescencia del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia-CENSIA) en calidad de invitada: Sí, Dra., si me logran escuchar bien y nada más denme unos minutos para ponerla en modo presentación, perfecto, ahí ya logran verla ¿verdad?

Les voy a hablar un poquito respecto a la estrategia de vacunación contra el virus del papiloma humano. En ese sentido, les quiero presentar un poco el antecedente de cómo ha venido caminando la vacunación respecto a la vacuna contra el virus del papiloma humano, si bien en 2006 la FDA autorizó la primer vacuna contra el virus del papiloma humano no fue sino hasta 2008 que México empezó con la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano a niñas de 12 a 16 años de edad en 125 municipios con un menor índice de desarrollo humano, ese fue el criterio que se asignó para la aplicación de esta vacuna.

Ahora bien, en 2009 México aprobó el esquema de vacunación contra el virus del papiloma humano, pero en un esquema de tres dosis de los 0 a los 6 y a los 60 meses, posteriormente para 2012 ya se hizo la comercialización de la vacuna contra el virus del papiloma humano como todos lo conocemos, en las niñas de quinto grado de primaria, o bien de 11 años no escolarizadas, pero seguíamos con un esquema de tres dósis y no es hasta 2014 que hacemos el ajuste a dos dosis y en

2022, dada la recomendación de la OMS hacemos el esquema o el ajuste de la vacunación a una sola dosis.

Ahora bien, ya como ustedes saben el VPH se considera una de las infecciones de transmisión sexual, más comúnmente afecta a más de la mitad de las mujeres y a los hombres sexualmente activos, en algún momento de sus vidas; si bien, la estrategia pretende la aplicación de la vacuna previo al inicio de la vida sexual activa y el contacto con el virus del papiloma humano sabemos que nuestra vacuna es tetravalente y nos protege contra los principales cuatro cero tipos, dos de ellos que son los más frecuentes generadores de cáncer cérvico uterino, el 16 y el 18.

Ahora bien, qué es lo que pasa respecto a la evolución, y porqué la estrategia está enfocada hasta ahora en niñas, en adolescentes y en mujeres con cierto criterio, y esto nace de que la infección asintomática en muchas de las ocasiones tiene una resolución espontánea en el 70% al año y en el 90% a los dos años. Ahora bien, una vez que pasan esta etapa pueden evolucionar a lesiones precancerosas de bajo grado, pero estos remiten espontáneamente en un promedio en el 60%; sin embargo, un porcentaje muy pequeño desarrolla lesiones precancerosas de alto grado y desarrollan cáncer cérvico uterino. Ahora bien, en México usamos esta vacuna tetravalente que yo ya les mostré la composición de los cuatro principales cero tipos que no solamente se asocian al desarrollo de cáncer cérvico uterino, sino también de verrugas genitales.

En ese sentido, el cambio en el esquema de vacunación dada la recomendación de la OMS en 2022 a dosis única nace de la efectividad que se evalúa que es de al menos el 70%. Ahora bien, otra de las cosas de las cuales estamos colaborando con el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva es esta estrategia de eliminación del cáncer cérvico uterino que se llama 90-70-90 ¿cuál es la intención de esta estrategia? Llegar al 90% de cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano en aquellas niñas menores de 15 años, el 70% de mujeres examinadas, y el 90% de que, una vez que las mujeres sean diagnosticadas con cáncer de cuello reciban el tratamiento oportuno.

Entonces, en ese sentido y recordando un poco el desabasto que existió y que todo mundo tiene conocimiento desde 2019, se desarrollaron dos campañas de vacunación intensiva, las cuales tuvieron el enfoque en mitigar el rezago que existía en 2019.

En ese sentido, se aplicó la vacuna en 2022 a las niñas de segundo y tercer año de secundaria, o bien 13 y 14 años no escolarizadas; este grupo fue el que inicialmente desde 2019 no había recibido al menos una dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano, además de que en consenso con el grupo de expertos en

vacunación aquí en México, se determinó que era mejor empezar a cubrir ese rezago en aquellas niñas que fueran más grandes.

Posteriormente, en 2023, estamos haciendo una campaña en la cual estamos aplicando la vacuna a las niñas de 5°, 6°, y primer año de secundaria, o bien 11, 12 y 13 años no escolarizadas; sin embargo, no es la única población a la que nosotros atendemos de hecho también se aplican tres dosis a mujeres cisgénero y transgénero, como bien lo mencionaban de 11 a 49 años que viven con VIH y esto lo hacemos porque ellas tienen el mayor riesgo hasta seis veces de desarrollar cáncer cérvico uterino, o alguna otra patología; sin embargo, en un consenso que estamos haciendo ya entre el sector -y creo que es algo que va a subsanar mucho de las dudas que ustedes tienen- es que para 2024 estamos considerando, ya una vez que acabamos con todo el rezago que tenemos en 2022 y 2023 aplicar la vacuna a las niñas de 5° año de primaria, o de 11 no escolarizadas, que ese es nuestro esquema vigente, pero además vamos a hacer la consideración de las mujeres y hombres cis y trans que viven con VIH.

Esto es de común acuerdo con todo el sector, se van a emitir unos lineamientos que, como es de conocimiento de todos se firman entre cada una de las instituciones, y eso nos permite que tengamos una rectoría en todas las unidades de salud; como bien sabemos, también en la Ley General de Salud en el artículo 147 bis dice que toda persona que cruce el territorio mexicano tiene acceso a las vacunas que son de manera universal y gratuita, independientemente de su raza, género, o bien también la institución de derechohabiencia que puedan tener.

En ese sentido, ese es uno de los cambios que estamos haciendo importantes para 2024, pero también es importante recordar que esto atiende a la evolución de la vacuna de VPH tienen ciertas prioridades en los grupos, y por eso es que no habíamos podido abrir el grupo de los hombres cis y trans que viven con VIH porque estábamos atendiendo todo el rezago que teníamos desde el 2019; sin embargo, pues estaremos haciendo mejoras en el transcurso de 2024 y quiero decirles que esto también se está atendiendo conforme a las exigencias que existen en las entidades federativas y en todas las unidades de salud porque como es bien sabido, existe una falta de vacunas y no solamente es en el nivel nacional, sino también a nivel internacional y por eso es que la OMS determinó el ajuste en el esquema de vacunación desde 2022, prácticamente este es el conocimiento informado que nosotros compartimos con las escuelas secundarias y primarias para que sean firmados por los padres o tutores en donde aceptan la vacuna contra el virus del papiloma humano; adicionalmente quiero decirles que la vacuna está disponible en los CAPASITS y en las unidades de salud, justo para que las personas usuarias o las personas que acuden a estas unidades puedan recibir las tres dosis conforme al esquema de vacunación. Por mi parte es cuanto, creo que fui muy rápida; sin

embargo, espero haber atendido cada una de sus dudas, está conmigo el Dr. José Luis Díaz Ortega, el es director general del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y ambos estamos muy al pendiente de todas las dudas y todos los comentarios que pudieran surgir al respecto. Muchas gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, Samantha y José Luis, muchas gracias por la presentación y es grato saber que va a haber esta modificación, al final también para la alineación de riesgos de otros grupos. Luis Adrián, veo la mano levantada, adelante.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Primero, yo con todo respeto, Dra., te invitaría Dra. Samantha y si me permites tu correo enviarte algunas publicaciones para lenguaje incluyente, sobre todo cuando nos referimos a las poblaciones trans, y también tener cuidado porque los hombres trans también entran en este rubro y el invisibilizarlos creo que también abona al estigma y discriminación que sufren estas poblaciones, porque ellos forman parte de estas poblaciones de riesgo.

Me preocupa porque hoy en día sabemos y lo hemos podido constatar, de que hay vacunas que se están rezagando y que están ahí y que justamente personal que está ahí les tenemos que dar una medalla está haciendo acciones para que estas vacunas no se caduquen, garantizando la ampliación y repito, les daríamos un premio porque están garantizando y ampliando esta edad a costa de muchas cosas para que no se caduquen en las unidades de atención primaria, de primer nivel en el seguro social, y me preocupa porque entonces seguiríamos con este esquema de que prefiero que se caduquen antes de garantizar la vacunación extendida. Por ahí, alguien en el seguro social de primer nivel de atención, no sé si tenemos la imagen, Dra. de la Torre, que compartí la vez pasada o te la vuelvo a compartir, hablaba justamente.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Si nos la comparte.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Hablaba justamente de poder ampliar este proceso en un foro de VPH en la Cámara de Diputados, justo para poder garantizar la ampliación y garantizar que el medicamento, que el biológico, no se caduque a sabiendas que existe y repito, este proceso ahí y me llama la atención, repito, que no se está considerando esto que está ocurriendo hoy en día en muchas unidades de medicina familiar y que justo

donde yo me atiendo hoy en día hay vacunas, porque nos están llegando y se han hecho campañas para las casas y siguen con un rezago importante para garantizar que el biológico, repito, no se caduque, pero al parecer resulta que hay una posición bastante compleja por parte de ustedes para no utilizar este biológico. Ya te la acabo de enviar, Dra. Alethse.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Perfecto, ahorita pido que la compartan.

Dr. José Luis Díaz Ortega, director general del Centro Nacional para la salud de la infancia y la adolescencia (CENSIA), en calidad de vocal permanente: Alethse me gustaría hacer un comentario ¿puedo?

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Sí adelante, José Luis, por favor.

Dr. José Luis Díaz Ortega, director general del Centro Nacional para la salud de la infancia y la adolescencia (CENSIA), en calidad de vocal permanente: Bien, Dr. Luis Adrián, agradezco mucho su propuesta de enviarnos información, quiero comentarle que la posición es de salud pública y de politica pública, repito, la prioridad del programa, el eje del programa es la prevención del cáncer cérvico uterino y obedece a una política internacional, no es nacional no es de México, la indicación, el acuerdo internacional de la Organización Mundial de la Salud es lo que estamos haciendo: vacunación a niñas antes del inicio de la vida sexual activa y también vacunación a mujeres cis y trans que viven con VIH, dicho esto, quiero comentar que es una lástima lo que usted nos informa, no estamos enterados de que esté caducando la vacuna porque hicimos una compra consolidada y la vacuna que adquirió todo el sector no ha caducado, ninguna vacuna ha caducado, de modo que lamento, pero de esto sí quisiera ver la referencia y la evidencia de que está próxima a caducar, porque no está próxima a caducar la vacuna contra el VPH y eso no puede ser un motivo del que esté próxima a caducar para que cambiemos una estrategia de salud pública, eso en todo caso tendríamos que eficientar la política pública para ceder para hacer más eficiente esta politica pública de protección a las niñas y a las mujeres cis y trans, y lograr lo que pretendemos, que es la eliminación del cáncer cérvico uterino dicho esto, también la Dra. aclaró muy bien, y a partir de la próxima campaña en 2024 se incluirán hombres cis y trans, entonces no los estamos excluyendo, no se habían incluído porque teníamos cuatro años de rezago en vacunación, esto hay que aclararlo porque la vacuna no nos permite vacunar a todos a la vez; entonces, por ejemplo, el año pasado 2022 nada más pudimos vacunar a las niñas de mayor edad que estaban en primero y segundo de secundaria, porque bajo el supuesto de que son las que están más próximas a iniciar su vida sexual activa, entonces nos volvimos a rezagar en las niñas de 5° año,

y desde luego en las niñas de 6°, todo con un enfoque de salud pública. No es vacunar por vacunar y nunca excluímos a las mujeres cis y trans, y a partir de este año, estamos poniendo a mano las cuatro generaciones rezagadas en vacunación, y tenemos grandes logros, muchísimos grandes logros, el año pasado nuestro logro fue mayor al 99% de cobertura de dos generaciones de niñas rezagadas todavía no logramos el logro superior al 90%, pero vamos por muy buen camino, por muy buen avance; entonces, repito, si tenemos que cambiar la política pública no va a ser porque la vacuna está próxima a caducar, sino va a ser por criterios científicos y técnicos que si los conocemos, pero si hay algo muy novedoso, lo agradezco.

Aquí hemos hecho excepciones porque no está indicada ya en personas muy mayores porque la mayoría, probablemente todos los que estamos aquí presentes desde los primeros años que iniciamos la vida sexual activa ya nos expusimos al virus VPH, y en el caso de las mujeres, la mayoría pudo controlar y también de los hombres con su sistema inmune es suficiente para autolimitar la infección y se resolvió. Entonces, sí tenemos que considerar esto como política pública y desde luego lo que usted dice ya está resuelto, no sé que faltaría, pero esto ya tendría que ser para el año 2024, y quiero decir al IMSS, sí tiene vacunas de sobra pues a lo mejor es que hicieron una mala planeación, pero sí tienen vacunas de sobra, y todavía peor si están próximas a caducar, pues quiere decir que a parte de lo que hicimos por compra consolidada hubo una compra adicional de la que no fuimos informados en el CENSIA como rectores en la vacunación.

De todos modos aprecio mucho su colaboración, agradezco la información que nos envíe, pero sí estamos actualizados, y le quiero comentar algo, en todo el mundo fuimos de los primeros en actualizar el programa de vacunación contra al VPH desde el año 2022, y ahora la OMS ha dado la indicación para que todos los países del mundo, los que quieren, desde luego no es obligado, hagan lo mismo.

En América Latina la inmensa mayoría ya está usando el mismo esquema que nosotros estamos usando; entonces, lo que tenemos no es porque no estemos informados ni porque no estemos actualizados, lamento mucho porque yo me siento menospreciado en esto, no yo José Luis Díaz Ortega, sino el Centro Nacional y el esfuerzo que hacemos todos los días para estar al día y actualizados en los programas de vacunación. Por mi parte es cuanto, y agradezco mucho que nos hayan escuchado. Gracias, aquí estamos.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, Dr. José Luis, creo que evidemente este CONASIDA, y como bien se ha comentado, lo que permite es tener una retroalimentación y expresión de comentarios que vayan dirigidos justamente a la mejora de atención de todas las personas, sin duda alguna, lo que se expresa,

siempre que así se ha dado en este mismo Consejo, se ha hecho de una forma respetuosa y al final permite que podamos seguir avanzando y tiene que ver probablemente con el elemento de riesgos de la población. En este sentido coincidiría con el profesor Luis Adrián recordando que los hombres trans, pues tienen útero y que por lo tanto son personas que deben de ser protegidas, y que son básicamente la población objetivo que se debiesen de tener; de ahí parte la preocupación pues que se ha expresado previamente en este Consejo para asegurar que la población fuese -que la población objetivo que ustedes tienen- justamente para evitar casos de cáncer cérvico uterino, incluyese también a estos hombres trans para su atención; entonces, sin duda alguna creemos que y son buenas noticias el hecho que dentro de quince días, o un poquito, diéciseis días, ya podamos tener también con este cambio adicional y lo que propondríamos es que pudiese haber una discusión, creo que más allá del VPH y si estamos buscando esta visión de atención integral de las personas que viven con VIH o están en riesgo de, pudiese explorarse la estrategia de vacunación para las mismas, pero sí quería hacer esa puntualización en términos del Consejo. Profesor Luis Adrián, veo su mano levantada.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Nada más, sí me gustaría poder presentar estos datos, y créanme que cuando yo menciono las cosas es porque tengo la evidencia, como decimos comunmente en México, “tenemos los pelos de la burra en la mano” y yo hablo por hablar y siempre hablo con la evidencia ante todo porque no me gusta decir algo cuando no lo tengo sustentado, y créanme que 20 años de trabajo en VIH y dos veces vocal de CONASIDA, bueno ya tres con este proceso, hablan prueba de ello y en los grupos que trabajamos; me preocupa porque también hay un tema relacionado al VPH con hombres que también tenemos sexo con otros hombres y el cáncer anal, me preocupa porque no se está evaluando esa evidencia científica y pareciera que hay un tema de discriminación hacia las personas que tenemos prácticas sexuales distintas que los heterosexuales y que no nada más son las niñas y las mujeres, sino que también son los hombres y, repito, que tenemos sexo con otros hombres que estamos afectados por el VPH, y que justamente hoy en día todavía también se ejerce discriminación por no tener la vacuna, por no garantizar la atención a los servicios de colonproctología a los servicios de cirugía, porque justamente por las lesiones anales que padecemos los hombres que tenemos sexo con otros hombres y lo repito, yo soy uno de esos hombres que tiene sexo con otros hombres, y que justamente tenemos VPH, y que justamente tenemos una oportunidad, y que en otros países ya se está realizando, curiosamente en Birmingham, bueno en otra ciudad, como Birmingham en el Reino Unido, está ya también establecido el programa de vacunación para hombres que tenemos sexo con otros hombres, que vivimos con VIH y que no se está discriminando allá, y si nos preocupa porque

pareciera que esta evidencia no les está llegando a ustedes; curiosamente a la última revisión que se hizo a la guía europea de VIH, formo parte del grupo de expertos que evalúa también las guías de VIH en México, y también he formado parte del grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud y con conocimiento, afortunadamente, no soy médico pero sí avalo la ciencia y trato de estudiar la ciencia aparte con un grupo de asesores médicos reconocidos en el país y a nivel internacional, que justamente estamos trabajando en este contexto para garantizar la vacunación a las personas que vivimos, repito, con VIH que somos y que tenemos sexo con otros hombres y que uno de los principales problemas que hoy en día presentamos es el cáncer anal, el cáncer de garganta, justamente por lesiones que van encaminadas a la no protección del VPH y que hoy consideramos un momento histórico para poder evitar estos sesgos y poder evitar esta homofobia y sidofobia, que a veces se garantiza desde los centros de atención por estas políticas obtusas para no garantizar y repito, acciones de política pública para salud y para controlar enfermedades que si nos preocupan y nos ocupan a las personas que tenemos sexo con otros hombres y que vivimos con VIH.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, Luis Adrián. Muchas gracias, José Luis, Samantha. Yo creo que hay que dar seguimiento al elemento del 2024 que nos han anunciado el día de hoy, entonces en dieciséis días tener este siguiente paso que es extraordinario, y que creo que será relevante y también creo que hay que hacer una parte de atención a lo que nos comentan sobre riesgo de insumos por parte de las instituciones para fecha de caducidad, como una doble verificación y saber qué está pasando, y si existiese dicho riesgo asegurar que se pueda ampliar en la población y no correr riesgo de que este insumo no se utilice, si están de acuerdo. Y ver la parte de vacunación integral dentro del Comité de atención integral como corresponde. Bien, pasaríamos al siguiente elemento que es la parte de la Ruta Crítica del Dovato y le daría la palabra a nuestros compañeros del IMSS.

Dr. Vega IMSS: Quería yo comentar como introducción que, como muy probablemente ustedes saben que, en el instituto las inclusiones de las nuevas claves de medicamento, hasta hace poco más de un año, no tenían un filtro adecuado desde el punto de vista de que a veces intervenía una sola opinión; por ejemplo, técnica o una sola opinión por ejemplo del área de finanzas y por esa circunstancia se formó lo que se conoce como el Grupo de Trabajo Interinstitucional para la evaluación de tecnología de la salud, este grupo tuvo como objeto y este logro tiene aproximadamente dos o tres meses poner en orden todos los medicamentos que se encontraban en aquel entonces, lo que se conocía como cuadro básico de medicamentos del IMSS, siempre y cuando esto fuera de la mano con lo que ahora conocemos como el Compendio Nacional de Insumos.

Como ustedes saben el Compendio Nacional de Insumos en su Reglamento Interior, que es del mes de noviembre del 2022, refiere que cada institución se debe ajustar al Compendio Nacional y decidir su adquisición, de acuerdo a políticas institucionales, el impacto y la disponibilidad financiera que tenga la institución; esto lo comento porque, en el caso de la combinación de 3CC de la combinación con dolutegravir, el laboratorio que produce el medicamento llegó a hacer dos sometimientos, uno fue en agosto de 2022, y otro fue en marzo de 2023. El primer punto que llamó la atención entre estos dos sometimientos es que hubo una diferencia de precios, es decir, hubo un precio en agosto del 2022 y luego un precio diferente, incrementado, en marzo del 2023. Cuando el laboratorio que produce el medicamento hizo el sometimiento lo hizo considerando dos tipos de circunstancias en las personas que viven con VIH, una que fue para tratamientos de inicio, y otra que fue para los switcheos o cambios de tratamiento de las personas que llevaran a cabo, o que tuvieran la necesidad de llevar a cabo el switcheo por un efecto adverso, que es lo más frecuente y el estudio comparativo que tuvieron, fue un estudio comparativo donde hacían la comparación únicamente para switcheo masivo con la clave 6108 que, como ustedes saben, es la clave que tiene abacavir, lamivudina y dolutegravir; no hicieron o no presentaron una comparación con los esquemas de inicio, como por ejemplo, hacer una comparación de precios con la 6203 que es la de bictegravir, emtricitabina, tenofovir con alafenamina ,y tampoco hubo algún tipo de sugerencia de control de prescripción del medicamento, esto lo comento porque este grupo de trabajo institucional que decía yo al principio de mi intervención, no solamente tiene una parte médica técnica, sino también está constituida por una parte del área de finanzas del instituto, y por una parte del área administrativa, entonces los tres componentes son los que toman la decisión; entonces, por estas circunstancias que yo comenté hace un momento que la comparación se hizo solamente contra su misma clave de laboratorio que es 6108, y que las indicaciones eran para inicios de tratamiento y para switcheo, por esa circunstancia fue que el comité que yo, el grupo del que acabo de comentar del instituto, no aprobó el medicamento; sin embargo, sí es importante señalar que el laboratorio puede volver a someter el medicamento acotando las condiciones a las cuales se tendría que utilizar el medicamento que, quiero yo entender que la gran mayoría de las instituciones son switcheos de tratamiento, más que inicios de tratamiento, y nosotros tendríamos como control, porque como ustedes saben cuando anteriormente entraban medicamentos antirretrovirales a alguna institución era común que no hubiera un control muy estricto en cuanto a las indicaciones para hacer la prescripción, el ejemplo más concreto es que en el caso la combinación de dolutegravir con 3CC hemos tenido, por lo menos en el Gera (Grupo de Expertos en Resistencia a Antirretrovirales) solicitudes de personas que no cumplen con los criterios que están perfectamente establecidos del uso de esta clave. Pondré un ejemplo muy concreto, hay pacientes que no tienen serología para hepatitis B que como ustedes saben es un requisito para poder utilizar esa clave y

sin embargo, se solicita el medicamento; entonces, estos detalles ya los hemos contemplado con las áreas que yo comentaba hace un momento que están involucradas en la adquisición de documentos para el compendio del instituto y esto muy seguramente a corto plazo generará que cuando se llegue a someter nuevamente el producto por parte del laboratorio que lo produce no tengamos en el instituto ningún problema para entonces sí poder llegar a… ya teniéndolo dentro del compendio, hacer las compras consolidadas grupales; esto es lo que querría yo comentar sobre la clave 7026 gracias.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Muchas gracias, Dr. Vega. No veo manos levantadas, entonces, le pediría al profesor Luis Adrián que presente la propuesta del CONASIDA.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Tengo la mano levantada.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Adelante, por favor.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Esta situación nos preocupa, y comento, muchas de las personas que hoy tomamos este medicamento tenemos polifarmacia. Yo ayer me reuní con el Dr. Vega y la Dra. Borrayo, y justamente yo les preguntaba que en la ciencia qué define la polifarmacia y me hacía referencia a que eran más de dos fármacos o de tres fármacos, muchos de nosotros de los que ya padecemos hipertensión, diabetes, daño renal, no nada más tomamos uno sino tomamos más de seis o siete fármacos. La evidencia científica lo que menciona es que se tiene que garantizar, incluso las guías, la propia versión de una vida saludable habla de las pastillas únicas para VIH, lo cual, las personas que estamos padeciendo estos procesos no estamos garantizando, primero el menor número de pastillas como lo indican las guías, incluso la propia guía del CONASIDA, y adicionalmente nos preocupa porque hay un tema complejo, porque a algunos sí se nos compra a través de paciente específico esta clave porque lo hemos referido, pero hay otro número de personas que no se compra, y a mí me preocupa adicional porque la instrucción del presidente de la República, en su momento, fue garantizar que tuvieran todas las instituciones los mismos medicamentos, al no contar el seguro social con esta clave terapéutica, digo a mí no me importa si la industria lo tiene que presentar o no, de acuerdo a un grupo de trabajo que se inventó el IMSS, aludiendo tener un control distinto y diferenciado para garantizar esos procesos me preocupan dos

situaciones, uno, las personas que ya tienen polifarmacia y que lo están tomando de manera separada, se sigue incrementando el uso de más medicamento, lo cual no garantiza ni la adherencia, y sí promueve más la polifarmacia; segundo punto, me preocupa porque cuando una persona viene de la Secretaría de Salud, que adquiere seguridad social y que tiene ese medicamento, inmediatamente se va a cambiar a ese esquema y no se va a garantizar la pastilla única que sí se le da en la Secretaría de Salud y que justamente vuelve a pasar lo mismo que ocurría anteriormente cuando teníamos diferentes cuadros básicos y, recordemos el tema de la triple que el IMSS nunca lo tuvo, y si lo tuvo de manera separada que era la combinación de tenofovir y lamivudina en tableta única y enfavir por separado, ya en un -y esto ya como colofón- análisis que hizo la propia coordinación de abastecimiento de nivel central del seguro social refería que era más barato tener un solo medicamento a tener dos, pero la instrucción en ese momento de la Dirección de Prestaciones Médicas era el IMSS, no va a tener la tableta única porque hay por separado, nos preocupa que este rasero otra vez vuelva a prevalecer y que ahora sea la culpa del laboratorio que no presentó adecuadamente; cuando a mí no me interesa, ni a mi cuerpo le interesa si lo presentó o no debidamente el laboratorio, sino que tendría que ser y garantizar la prescripción en una sola tableta de acuerdo a los lineamientos que hoy establece el CENSIDA, que establece el CONASIDA, a través de su guía de manejo antirretroviral y que si también genera un proceso discriminatorio porque a unos si nos los dan y a otros no nos los dan y de acuerdo a la ley, al artículo 1° constitucional se trata de un trato diferenciado para garantizar el tratamiento de las personas que vivimos con VIH, que nos atendemos en el IMSS y repito, que algunos se los dan de manera separada y a otros se los dan en tableta única y que somos cinco personas y que ahí se dicta un trato discriminatorio y por tal motivo yo como lo había anunciado vamos a demandar al seguro social porque lo que sé está es promoviendo la discriminación para garantizar la atención integral de las personas que hoy en día estamos tomando polifarmacia en este proceso.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Gracias por el comentario, Luis Adrián. Dr. López Ridaura, a lo mejor podríamos apoyar desde el CONASIDA, el poder tener una reunión con el IMSS para saber si existe algún otro elemento para bajarlo, este, y en el inter, bueno ya nada más le solicitaría: queda nada más una parte de la presentación de Luis Adrián de esta propuesta que tiene para abrir el CONASIDA y la lectura de los acuerdos, les solicitaría ya ser muy puntuales al respecto para poder ya terminar antes de cuatro horas y que la liga nos aguante, nos la cierran a las nueve.

Propuesta vocalía Salud, Derecho y Justicia-CONASIDA

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: A ver, creo que

tenemos dos elementos básicos en el Sistema de Naciones Unidas en el ONU-SIDA justamente y que es la política MIPA que es el mayor implemento de las personas afectadas o viviendo con VIH y que hoy en día están ratificadas por el mismo ONU-SIDA que menciona que para este 2024 tenemos que garantizar este lema y este trabajo conjunto entre el estado y las organizaciones de la sociedad civil y que es que liderar en las comunidades, desde la vocalía que yo presido de Salud, Derecho y Justicia, A.C., creemos que es tiempo que el CONASIDA se acerque a todas las comunidades y poblaciones que sean escuchadas y sobre todo que formen parte activa de este Consejo y que creo que es el momento y que es idóneo para hacer que también en el CONASIDA lideren las comunidades y la propuesta principal es poder garantizar que las personas que vivimos con VIH y que no pertenecemos al CONASIDA puedan llegar de acuerdo a diferentes mecanismos que el propio secretario técnico pueda definir para que su voz sea escuchada y que justamente se tomen en cuenta estas problemáticas que están padeciendo y que muchas veces no llegan a poder garantizar a ser escuchados por parte de las instituciones y peor aún por parte de estos órganos colegiados y adicionalmente es poder garantizar que las organizaciones de la sociedad civil desarrollen diagnósticos comunitarios para vigilar los servicios de salud y de esta manera estaríamos generando dos acciones: primero, que sean escuchadas todas las organizaciones para poder hacer estos diagnósticos de las instituciones para ver cuál es la forma y ver cómo están operando y poder garantizar la mejora en todo el proceso de atención y sobre todo que hoy tenemos un gran reto como país y es poder tener por primera vez, después de muchos años, la integración de un sistema unificado de salud, por lo menos es el primer gran reto.

Yo tengo trabajando en salud veinte años, y desde hace veinte años estamos escuchando la necesidad de poder tener un sistema unificado y hoy en día que estamos teniendo la antesala de este primer sistema poder garantizar que este proceso se lleve a buen puerto y que es ahí donde las comunidades y las poblaciones afectadas tenemos que participar de una manera más activa y que justamente el CONASIDA pudiera abrir estos procesos para que realmente las comunidades sean escuchadas y liderando estos procesos para la mejora de la salud, esa es la primer propuesta.

La segunda, y que justamente un poco lo que comentaba el subsecretario, es que hoy en día la COFEPRIS regule este proceso para el otorgamiento de PrEP de manera comunitaria y que sabemos que es sumamente importante poder garantizar esta regulación porque se estarían estableciendo las bases normativas para garantizar que la regulación del otorgamiento de la PrEP comunitaria se establezcan con requisitos, con procesos que se tengan que garantizar desde el órgano regulador que regula los establecimientos de salud y hoy en día creemos que hoy en día es necesario para poder tener un piso parejo en los temas de

normatividad, ya nos comentaba Alejandro los procesos que hoy en día padecieron al violentar la confidencialidad de una persona con VIH en una comunidad por parte de una organización y repito, las organizaciones de la sociedad civil tenemos que ajustarnos también a la normativa y garantizar que todos esos procesos se cumplan a cabalidad para garantizar que la implementación de la PrEP comunitaria también se establezcan las bases, y se puedan garantizar la seguridad de todos los procesos de acorde a lo que dicte COFEPRIS.

Propuesta de acuerdos.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Perfecto, muchas gracias, entonces sí están de acuerdo pasaríamos al siguiente punto que sería la generación de los acuerdos.

El primero es el acuerdo A1/2ORD/2023 de conformidad y en seguimiento al acuerdo A2/1EXORD/2023 por el que se declara desierta la convocatoria para la renovación de las vocalías transitorias del Consejo, el pleno del CONASIDA aprueba que con fecha tres enero se publique la segunda convocatoria dirigida a todas las organizaciones de la sociedad civil que realicen actividades relacionadas con el VIH/Sida y otras ITS que deseen participar para ocupar una de las cinco vocalías transitorias del Consejo por un periodo de dos años, en donde se otorgará un plazo no menor a cuatro semanas para la entrega de las propuestas y de 15 días hábiles para el análisis y resolución de las mismas.

El segundo acuerdo: el pleno del CONASIDA aprueba la realización del Plan de Trabajo propuesto para el 2024.

El acuerdo A3/2ORD/2023: el pleno del CONASIDA instruye la reinstalación del Comité de Abasto en el que además de revisar el estado de abasto deberá verificar la ruta de distribución al usuario final, a fin de que este comité pueda visibilizar las brechas específicas y buscar la forma de eliminarlas.

El siguiente es: el pleno del CONASIDA instruye al Comité de Atención Integral para dar seguimiento al diagnóstico tardío de VIH considerando la capacidad diagnóstica de las entidades, y lo que se considere necesario, como los determinantes sociales.

Y serían esos primeros cuatro, y ahorita agregamos el acuerdo cinco, en términos de que el pleno del CONASIDA instruye al secretariado técnico a presentar una propuesta para generar una estrategia MIPA en participación.
Y el otro es, ese sería el quinto, que se presentará en el Comité de participación social.

Y el siguiente es que se solicita, bueno instruye, y esto yo creo que va a tener que ver y lo podríamos dejar dentro de estas acciones. Recordemos que la parte de COFEPRIS la pusimos en el acuerdo previo sobre la actualización de la guía y lo que podríamos asegurar es que esta guía donde pusimos que tenía que estar la acción de COFEPRIS se vea plasmado, porque sería como parte del mismo acuerdo, si les parece bien.

El quinto entonces sería: instruye al secretariado técnico a presentar una propuesta sobre acciones -evidentemente- MIPA (de acuerdo con la política MIPA, se puede poner MIPA de ONUSIDA, mayor involucramiento de las personas afectadas o viviendo con VIH de ONUSIDA) que se presentará dentro del Comité de participación social.

Perfecto, entonces, les pediría por favor que quienes estén a favor de los acuerdos que puedan levantar su mano (pausa). Bien, perfecto. Quienes estén en contra, ¿nadie? ok en contra no y ¿abstenciones?, bien. En ese caso gracias, terminaríamos con esto la sesión del CONASIDA y le daría la palabra al Dr. Ruy para su cierre.

Dr. Alejandro Rivera Marroquín, jefe de Coordinación Estatal para la Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis C de la Secretaría de Salud de Chiapas, en calidad de vocal permanente: Dra. nada más -perdón por la interrupción- pero en el acuerdo A3 me parece que es importante señalar esta propuesta, entiendo que está bastante resumida, el acuerdo A3 respecto a revisar el estado de la ruta de distribución, pero hablábamos de la importancia que esto se haga desde la escala en todas las escalas de los niveles de atención, de participación o de coordinación, porque si no queda sujeto a que solamente es un ejercicio nuevamente al CENSIDA, y entonces estamos de acuerdo que no solamente se trata de números de la disponibilidad de la RB en estos datos que ustedes nos presentan, sino en estos procesos que cada entidad establece. Es mi opinión que sería importante integrar nada más esta perspectiva del trabajo que las entidades tenemos que realizar.

Profr. Luis Adrián Quiroz Castillo, presidente y representante legal de Salud, Derechos y Justicia AC / DVVIMSS, en calidad de vocal transitorio: Yo le pondría a lo mejor en ese sentido, Alejandro, porque hay que recordar que la política de abasto es desde que se compra hasta que se deja en el almacén, y que creo que lo que tu mencionas es el proceso de distribución el de compras locales que se tienen que garantizar por parte de los estados, porque creo que serían dos cosas distintas, porque unas cosas son los recursos que otorga la federación y no sé si se van a seguir comprando insumos de salud por parte de los estados a través de los acuerdos que antes se emitían con los APASPES y que creo es ahí donde hasta el momento no se cómo va a quedar con el tema de la federalización, pero quedan otras entidades que no van a estar dentro del proceso de federalización es ahí

donde surge la gran incógnita, qué va a pasar con entidades como Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, que justamente no se ciñen a este modelo de bienestar, y que es donde tendríamos que empezar a verificar y yo lo pondría, repito, en esa parte donde los estados garantizarán la compra de sus propios insumos, para que sea verificable todo el proceso de la cadena de suministro, desde que se licita hasta que se entrega en la farmacia o que se pone a disposición.

Dr. Alejandro Rivera Marroquín, jefe de Coordinación Estatal para la Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis C de la Secretaría de Salud de Chiapas, en calidad de vocal permanente: Muy de acuerdo con la opinión de Luis Adrián, y con esta propuesta que se redacta, sería cuánto.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Ok, perfecto, Dr. Alfonso, adelante.

Dr. Alfonso Rueda: Yo nada más quería comentar en relación a la lista de asistencia, por alguna razón no tengo forma de acceder, pero para que lo tomen en cuenta por si no estoy registrado.

Dra. Alethse de la Torre Rosas, directora general del CENSIDA y secretaria técnica del CONASIDA: Perfecto, muchas gracias, Dr., bien. Lo bueno es que tenemos la minuta y la presentación también. Con esta parte, revisar, verificar, la cadena de suministro, sí, perfecto. Este, con estos cambios al acuerdo no sé si hubiese otro comentario, si no para proceder a la votación nuevamente. Y les pediría por favor que quienes estén a favor levanten su mano (pausa), bien, ok.

Entonces, con esto daríamos por terminada la sesión de CONASIDA, le daría la palabra al Dr.Ruy López Ridaura. Adelante.

Dr. Ruy López Ridaura, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. presidente suplente del CONASIDA: Gracias, Dra. Alethse. Pues sí creo que fue una sesión larga, pero con mucha información, muy útil y valiosa les agradezco a todas las personas que participaron, y los acuerdos creo que van a avanzar en las sesiones que se discutieron, tal vez faltaría en algún momento ya, y lo propondría para la siguiente sesión, la participación activa en el CONASIDA, tanto del IMSS Bienestar como de la Subsecretaría de Integración y de Desarrollo del Sector, muy importante, pero eso ya lo podremos proponer y votar en la siguiente sesión, hablaremos con ellos para también estén enterados. Pues bueno, muchísimas gracias, con esto declaramos finalizada la sesión del CONASIDA y nada más; además de agradecerles lo mejor en estos tiempos de reflexión y de fiesta también, estoy seguro de que tendremos también un 2024 con muchos retos, pero que con la ayuda de todos ustedes este programa y todos sus alcances van a mejorar en

todas las brechas que estamos identificando específicamente, muchas gracias y nos vemos pronto, el próximo año.

ACUERDOS TOMADOS

Acuerdo A1/2ORD/2023

De conformidad y en seguimiento al acuerdo **A2/1EXORD/2023**, por el que se declara desierta la convocatoria para la renovación de las vocalías transitorias del Consejo, el pleno del CONASIDA **aprueba que con fecha 03 de enero se publique la Segunda Convocatoria** dirigida a todas las Organizaciones de la Sociedad Civil que Realicen Actividades Relacionadas con el VIH, el Sida y otras ITS y que deseen participar para ocupar una de las **5 vocalías Transitorias** del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), por un periodo de dos años.
En donde se otorgará un plazo no menor a 4 semanas para la entrega de propuestas y de 15 días hábiles para el análisis y resolución de las mismas.

Acuerdo A2/2ORD/2023

El Pleno del CONASIDA aprueba la realización del plan de trabajo propuesto para el 2024.

Acuerdo A3/2ORD/2023

El Pleno del CONASIDA **instruye la reinstalación del Comité de Abasto,** en el que además de revisar el estado del mismo deberá verificar la cadena de suministro al usuario final en todas las instituciones y/o entidades, a fin de que este Comité pueda visibilizar brechas específicas y buscar la forma de eliminarlas.

Acuerdo A4/2ORD/2023

El Pleno del CONASIDA **instruye al Comité de Atención Integral** para dar seguimiento al diagnóstico tardío de VIH, considerando la capacidad
diagnóstica de las entidades y lo que considere necesarios como los determinantes sociales.

Acuerdo A5/2ORD/2023

El Pleno del CONASIDA instruye al Secretariado Técnico a presentar una propuesta con acciones que atiendan a la Política MIPA de ONUSIDA,
misma que se desarrollará en el **Comité de Prevención** (¿o Comité de participación social?)

HORA DE TÉRMINO DE LA SESIÓN

Fecha: viernes 15 de diciembre de 2023.
Formato: sesión virtual
Termino: 21:00 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.*