

**CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA EN JALISCO**  
**I REUNIÓN ORDINARIA DE CONSEJO DE VOCALES 2016**  
**AUDITORIO DE LOS CONSEJOS ESTATALES DE SALUD**

**Número de VOCALES ASISTENTES: 23**  
**ACTA/MINUTA**

De conformidad a lo dispuesto por el Acuerdo número Octavo, Décimo Primero, del Acuerdo de Creación del Consejo Estatal para la Prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (COESIDA), artículo 7, 8, y 53 de su Reglamento Interno, así como, la delegación de facultades DAJ/DLDC/453/2013, de fecha 3 de mayo de 2013, se procede a desahogar la siguiente Reunión Ordinaria de Consejo:

Siendo las 9:37 horas, del día 15 de marzo del 2016, con la asistencia de 23 representantes de la Vocalía, según consta al final de la presente, y se hacen sabedores de los puntos tratados, se da inicio a I Reunión Ordinaria del COESIDA 2016, presidida por el Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, Secretario Técnico del Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco.

**Punto No. 01****I-MARZO/2016. BIENVENIDA Y QUORUM ESTABLECIDO.**

El Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, da la bienvenida al Dr. Francisco Ramírez Carrillo, nuevo Dirigente de MEXFAM, A.C.; y al Dr. Mexicatzin Alejandro Molina Ojeda, Director de los Servicios Médicos Municipales de Tonalá, en representación del Lic. Sergio Armando Chávez Dávalos, Presidente Municipal de Tonalá. Se agradece la puntualidad a todos, declarándose la existencia del quórum para llevar a cabo la sesión.

**Punto No. 02****I-MARZO/2016. COMENTARIOS A LA MINUTA DE REUNIÓN ANTERIOR.**

– Ningún Comentario. Se solicita la moción de la Minuta anterior, para pasar al siguiente punto.

**Punto No. 03****I-MARZO/2016. CALENDARIO DE REUNIONES DE LA VOCALÍA 2016.**

-El Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, Informa sobre el Calendario de Reuniones de la Vocalía 2016, como sigue:

- 15 de marzo
- 28 de julio
- 15 de noviembre

En el entendido que existen al menos tres reuniones oficiales al año, con la probabilidad de tener una 4ta. Reunión Extraordinaria, de acuerdo a la normatividad vigente del Reglamento Interno del Consejo. Así mismo, de existir alguna modificación en dichas fechas, se estará haciendo del conocimiento en tiempo y forma.

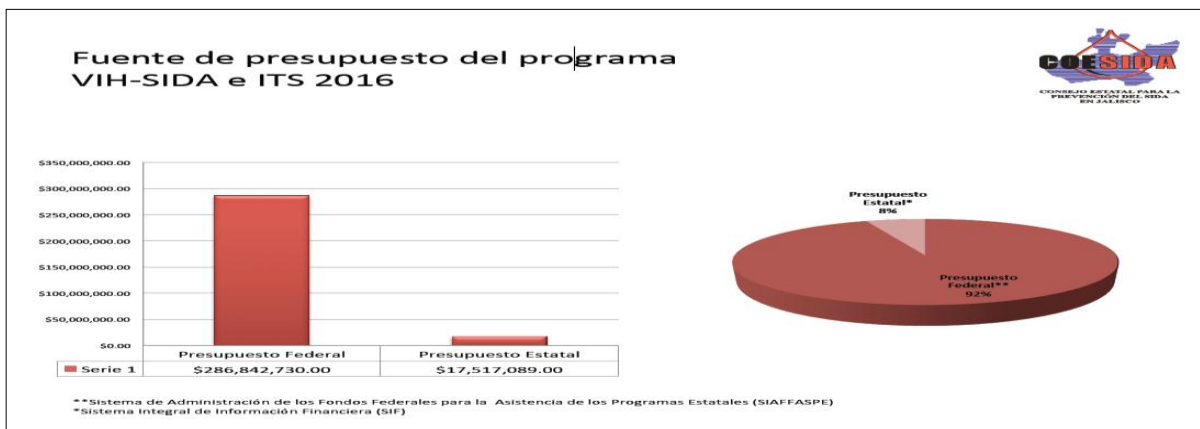
**Punto No. 04****I-MARZO/2016. "PRESUPUESTO 2016 DEL COESIDA JALISCO.**

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Existen dos tipos de presupuesto, Estatal y Federal.

*-Para este año tenemos aprobado por el Congreso del Estado, un total de 17'488,089.00 pesos, distribuido de acuerdo a las siguientes Partidas:*

CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA						
ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AUTORIZADA PARA EL EJERCICIO 2016						
	1000	2000	3000	4000	5000	
PROCESOS PROGRAMADOS	SUELDOS Y SALARIOS	MATERIALES Y SUMINISTROS	SERVICIO GENERALES	AYUDAS PARA EROGACIONES CONTINGENTES	ACTIVOS FIJOS	GRAN TOTAL
Prevencción y Control del Virus de Inmuno Deficiencia Humana						
178	14,461,980.00	223,548.00	1,417,740.00		480.00	16,103,748.00
79		274,012.00	866,039.00	2,532.00	241,758.00	1,384,341.00
sub-totales	14,461,980.00	497,560.00	2,283,779.00	2,532.00	242,238.00	17,488,089.00
	83%	3%	13%	0%	1%	100%

Este financiamiento es el Federal: \$286'842,370.00, que es la absoluta mayoría del financiamiento para el Programa de VIH/sida del estado de Jalisco.



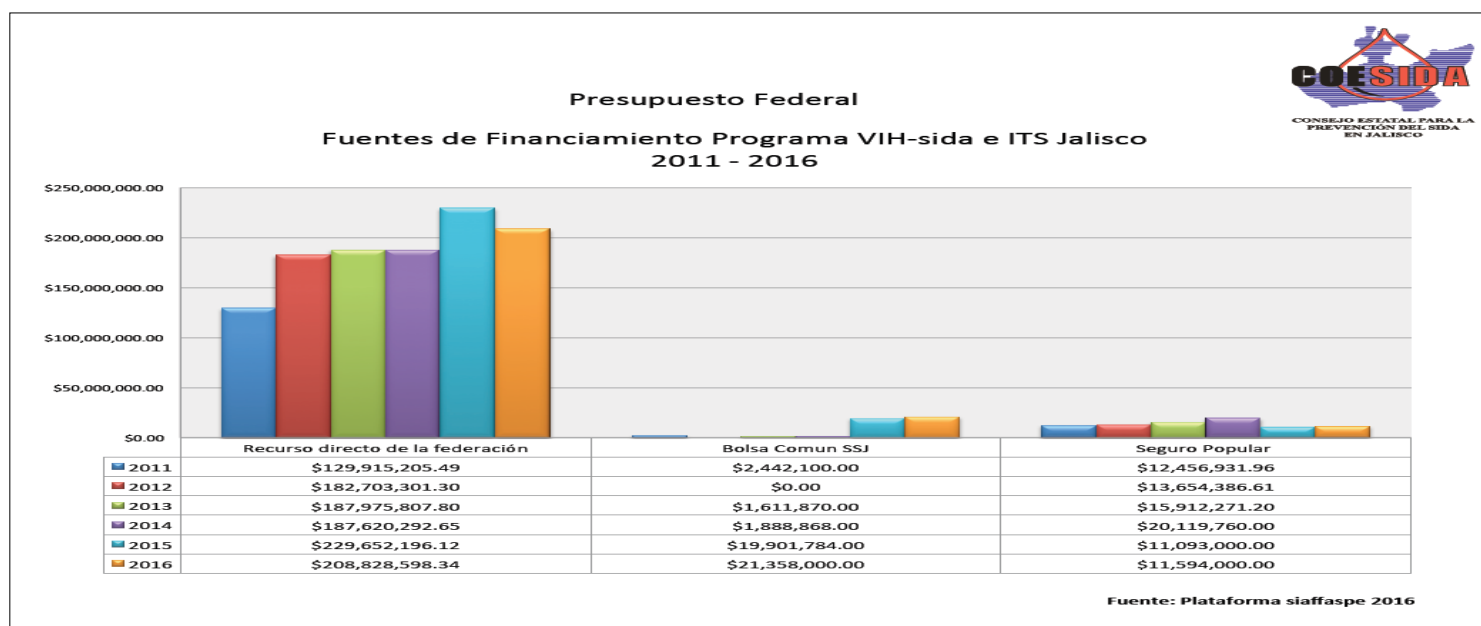
-A lo largo de los últimos 6 años predomina la tendencia hacia el incremento del presupuesto, pero que comparado con el año anterior, hubo una reducción.

El recurso lo dividimos en tres rubros: El Directo de la Federación, para insumos como son los antirretrovirales; la bolsa común de la Secretaría de Salud; y lo que paga el Seguro Popular.

El recurso directo de la federación asciende a \$208' 828,598.34, que se redujo comparado con el 2015. Sin embargo, esto no impactará en absoluto en la compra de los medicamentos antirretrovirales.

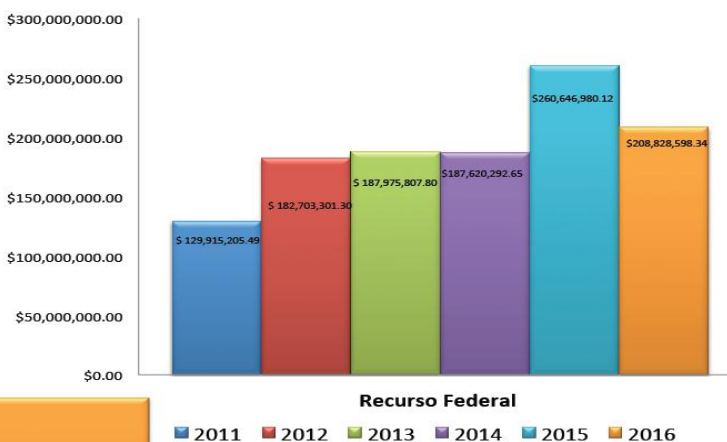
En la Bolsa Común de la SSJ se compran los medicamentos para las personas que viven con el virus y que no amenaza para nada la continuidad de sus tratamientos antirretrovirales, en el cual ha habido un incremento bastante significativo de 19 millones de pesos, con respecto a los dos últimos años: Vemos que en el 2014 tiene \$1'800,000.00, sube a \$19 millones, y ahora a \$21'358,000.00.

Y del Seguro Popular básicamente no se ha movido, estamos en 11 millones 594 mil; comparado con los 11 millones 93 mil, del año pasado



### Recurso directo de la Federación\* Ramo 12 Programa de VIH-sida e ITS Jalisco 2011 - 2016

-Insumos que se adquieren con el Recurso directo de la Federación



\*Recurso destinado para:

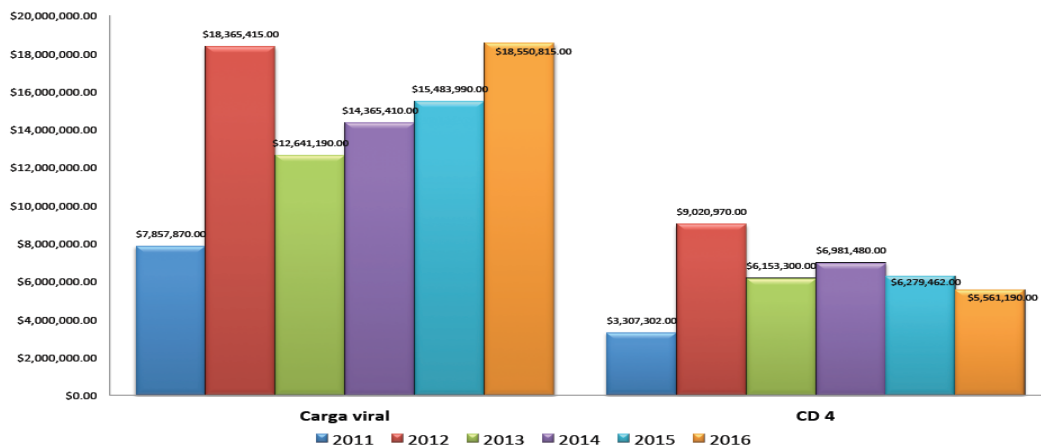
ARV	\$184,716,593.34
CD4	\$5,561,190.00
CV	\$18,550,815.00
Condón masculino	\$596,620.52
Prueba rápida VIH	\$6,363,325.00
Prueba rápida Sífilis	\$51,620.00



-Del recurso que se destinada para los estudios de CD4 y para Carga Viral, hay un incremento significativo para las Cargas Virales.

Para la compra de CD4, vemos una tendencia hacia la reducción, a razón de que ya no se usan de dos a tres al año, como era recomendado hace algunos años. Ahora, es suficiente con hacerlo una vez al año, en las personas que tienen control virológico

Financiamiento con recurso directo de la federación (Ramo 12) destinado a Carga Viral para VIH y CD4 Programa de VIH-sida e ITS Jalisco, 2011 – 2016



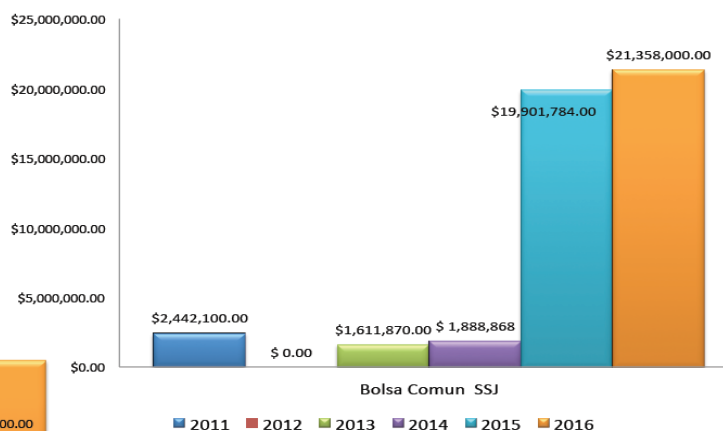
Fuente: Plataforma siaffaspe 2016

-Financiamiento de la Bolsa Común de la SSJ:

21 millones de pesos se van a la compra de condones, geles lubricantes, también para pruebas rápidas de VIH y Sífilis; para sucedarios de la Leche Materna para los bebés recién nacidos de mamás que viven con el virus, es la cobertura al menos para la alimentación de un año de los bebés.

Y Capacitación aproximadamente 3 millones de pesos.

Financiamiento con Bolsa Común\* SSJ (Ramo 33) Programa de VIH-sida e ITS Jalisco, 2011 - 2016



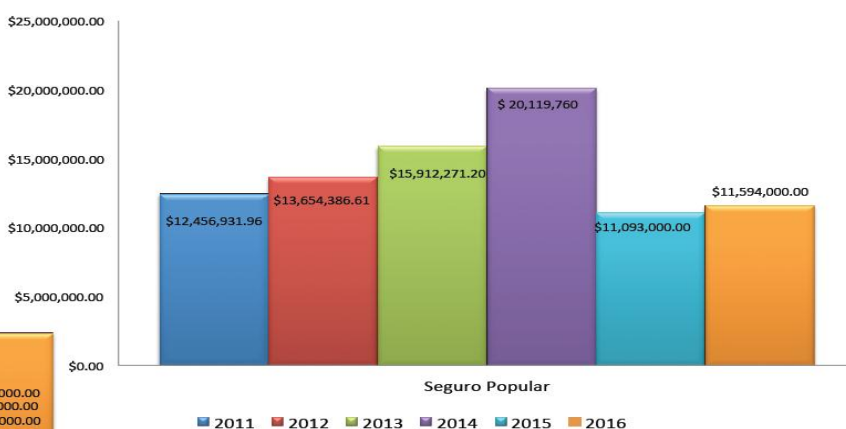
\*Recurso destinado para:

Condon masculino	\$3,600,000.00
Gel lubricante	\$1,650,000.00
Prueba rapida VIH	\$7,020,000.00
Prueba rapida Reagina	\$5,776,000.00
Sucedaneo de leche humana	\$312,000.00
Capacitación	\$3,000,000.00

Fuente: Plataforma siaffaspe 2016

-En relación al recurso destinado por el Seguro Popular, para la población también hay dinero para condones masculinos, exámenes confirmatorios como WB, ELISA, pruebas rápidas de VIH, y kits treponema pallidum

Financiamiento con Seguro Popular\* (Anexo IV) Programa de VIH-sida e ITS Jalisco, 2011 - 2016



\*Recurso destinado para:

Condon masculino	\$3,600,000.00
Reactivos Western Blot	\$1,750,000.00
Reactivos ELISA	\$784,000.00
Prueba rapida VIH	\$5,320,000.00
Kit Treponema pallidum	\$140,000.00

Fuente: Plataforma siaffaspe 2016



**ESPACIO DE COMENTARIOS.**

*-Lic. J. Manuel Salcedo Alfaro, Mesón de la Misericordia Divina, A.C* Preguntar si existen Partidas destinadas para Campañas de Prevención, y si fué posible ejercer la totalidad de los recursos o nó.

*-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza:* La presentación es un resumen de muy pocas cifras, que obviamente no está desglosado. Pero en el tema de las Campañas de Prevención se encuentran cubiertas en el rubro del Capítulo 3000 que tiene \$2'283,769.00, de lo cuales \$600,000 fueron para Campañas de Prevención. Quisiéramos más, porque realmente para una Campaña esta cantidad es prácticamente nada.

En relación al ejercicio del recurso, la cantidad de insumos que nos permiten ejercer por ejemplo, en Materiales y Suministros, prácticamente todo se ejerció. De Campañas también se ejerció la totalidad. Del ejercicio sobre medicamentos y pruebas, todo se ejerció.

Hay algunos rubros administrativos que no lo ejercemos directamente nosotros, por ejemplo, la manutención de lo que son las Areas Comunes del Edificio y otros, que son directamente por conducto de la Secretaría de Administración y Finanzas, y realmente desconozco si se ejerció en la totalidad del mismo.

**FIN DE LOS COMENTARIOS.**

**Punto No. 05**

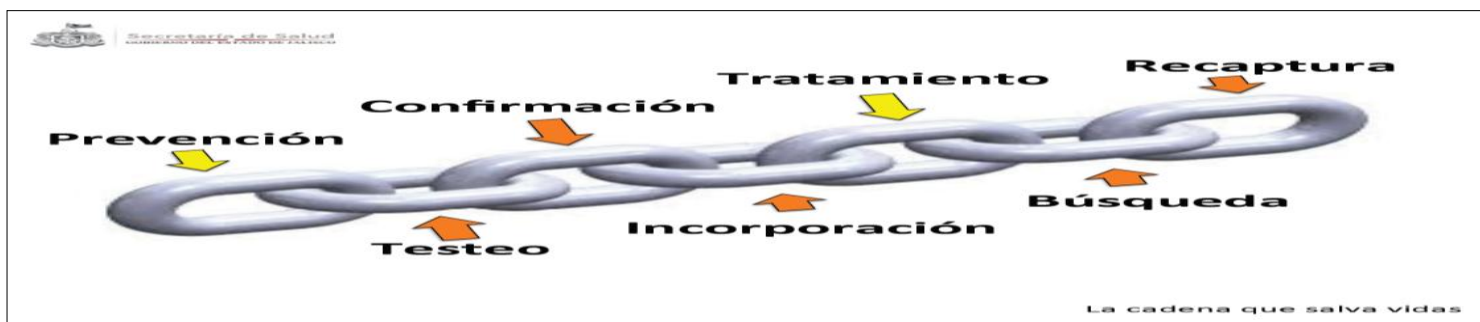
**I-MARZO/2016. "INFORME DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES DEL COESIDA 2015".**

*-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza:* Doy a conocer los resultados más relevantes del año 2015, y como ya es costumbre, me permito informarles los avances de algunos rubros con respecto a los intereses que tenemos en la prevención y control de la infección por VIH, comparado con las tendencias de los años previos, para ver si realmente vamos avanzando o no.

*-Relativo a lo históricamente en el Consejo Estatal se ha venido trabajando desde hace ya mucho tiempo, en la prevención y el tratamiento en el control de las personas con VIH. Sin embargo, el hablar de prevención y de tratamiento en una cadena de continuo son eventos que no necesariamente están unidos, deben existir otras actividades que puedan estar uniendo entonces la prevención y el tratamiento*

*-Para hablar de tratamiento, lo que históricamente también se ha resaltado en el trabajo de este Consejo Estatal en los últimos años, tenemos también que hablar de los procesos de incorporación, confirmación y de testeo en la población. Cosa que hace dos o tres años creo, que estaba bastante débil, sobre todo del testeo.*

*También prácticamente era inexistente los procedimientos de búsqueda y re-captura de pacientes perdidos.*



*-En relación a la Prevención*

*-Se trabajó en uno de los temas centrales de la prevención, la Educación Integral y Sexualidad*

*"Prevenir con Educación"*

**PREVENIR CON EDUCACIÓN**

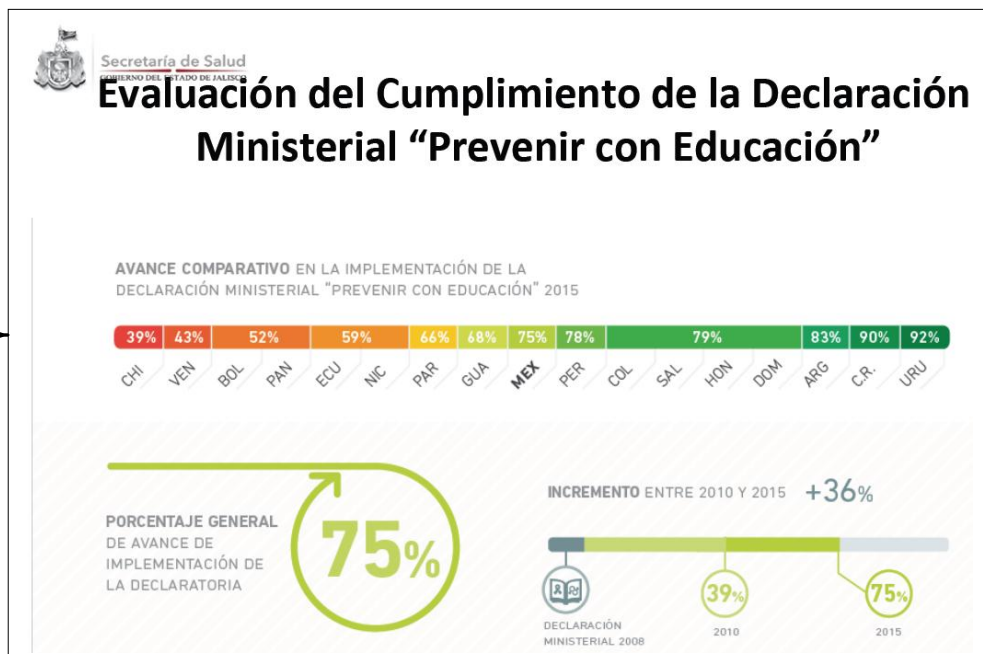
*-Se cumplió con la Primera Conmemoración del Día Estatal de la Salud Sexual, con una serie actividades y eventos en dicho marco así como, con logros importantes durante periodo de trabajo de la mesa Educación Integral en Sexualidad.*

**Educación integral en sexualidad**

- Primera conmemoración del Día Estatal de la Salud Sexual: Jornada de Bioética y sexualidad.

**398 personas capacitadas directamente por COESIDA**  
**Abonan a las 5700 personas capacitadas durante el periodo de trabajo de la mesa**

-En el 2015 se dió el tiempo necesario para poder cumplir con las metas de la Declaración Ministerial, firmadas en el 2008 en la ciudad de México por los Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe. Podemos observar el ranking de países que hemos, de alguna manera, cumplido con ciertos indicadores: en primer lugar Uruguay, en el último lugar Chile. Nosotros nos encontramos aproximadamente en el 9º Lugar de Cumplimiento, con un avance global del 75% del cumplimiento de la Declaración Ministerial.



**EVALUACIÓN SOBRE EL AVANCE DE LAS METAS EN SALUD.**

-Recuerden que hay dos Metas: en Salud y en Educación. En este caso la Meta en Salud que era el reducir el 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de Servicios de Salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud y salud reproductiva.

Obtuvimos un avance según la calificación que se nos dió de un 90% en el Sector Salud, lo cual es significativo.



Y ya cuando hubo una evaluación por entidad federativa, resultó que Jalisco, sobre todo al tener una Mesa bien organizada en el tema de Salud y Sexualidad Integral, una mesa interinstitucional en la que participa de manera intersectorial organizaciones civiles, pues entonces obtuvimos el Primer Lugar Nacional en la implementación de dicha Declaración Ministerial





-En el marco de lo anterior, tuvimos la organización del "Foro de la Diversidad Sexual: Un reto para la inclusión en Jalisco"

Secretaría de Salud  
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

En conmemoración con el 17 de mayo, Día Mundial contra la Homofobia, Lesbofobia y Transfobia

El Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco, invita al:  
**FORO "Diversidad Sexual: Un reto para la inclusión en Jalisco"**

PROGRAMA  
- Construcción histórica de la discriminación por orientación sexual o identidad de género  
- AFRO: MÓNICA VEZARRA SÁNCHEZ  
- Homofobia, lesbofobia, transfobia e interfobia  
- AFRO: SUSANA RIVERA ESCOBAR ORLANDO, UTEC  
- Familias en la diversidad  
- AFRO: ANITA MENDOZA ACOSTA VELAZQUEZ  
- La sociología y la diversidad sexual en el siglo XXI  
- DINA: LAURA FERRAS FLORES GONZÁLEZ, CUCS, UDG  
- Las cifras de la discriminación  
- LIC: EBRA CANCHOLA LÓPEZ, COESIDA

Moderadora: DR. ARMANDO DÍAZ CAMARENA, CUCSH, UDG

Fecha: Lunes 18 de mayo de 2015.  
Horario: 12:00 a 14:00 hrs.  
Lugar: Auditorio de los Consejos Estatales  
Distancia: Convencional  
Entrada: Libre

Ubicación: Lago Tequesquitengo 2600 col. Lagos del Country, Zapopan Jalisco.

-Se concluyó con la distribución de Manuales para poblaciones clave en este caso para personas trans, con el Directorio de servicios "Soy más de lo que vez" y la Campaña que presentó el 1 de diciembre 2014.

Secretaría de Salud  
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

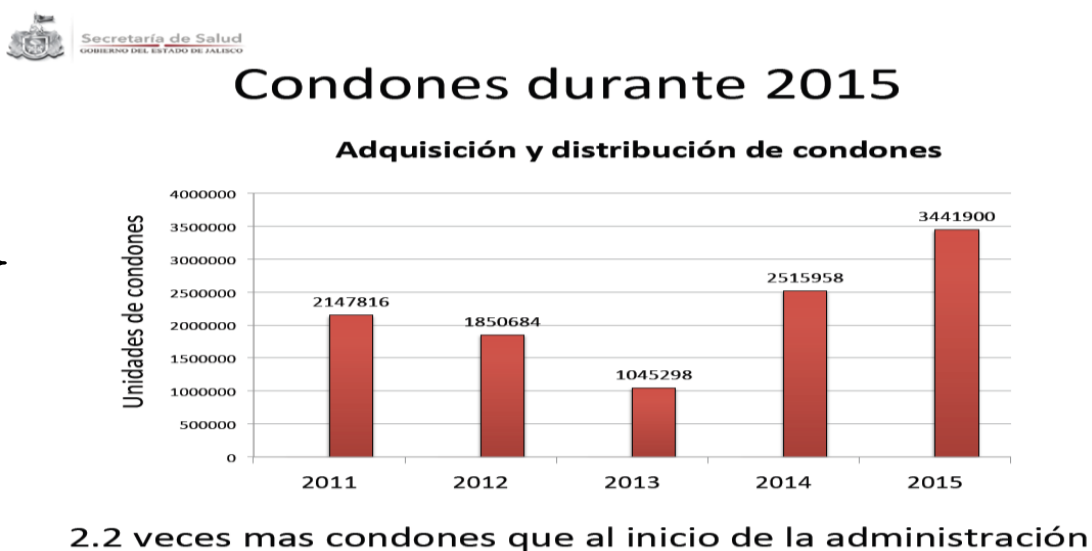
## Campañas para población clave

SOY MÁS DE LO QUE VES  
GUÍA Y DIRECTORIO DE SERVICIOS PARA PERSONAS TRANS EN JALISCO

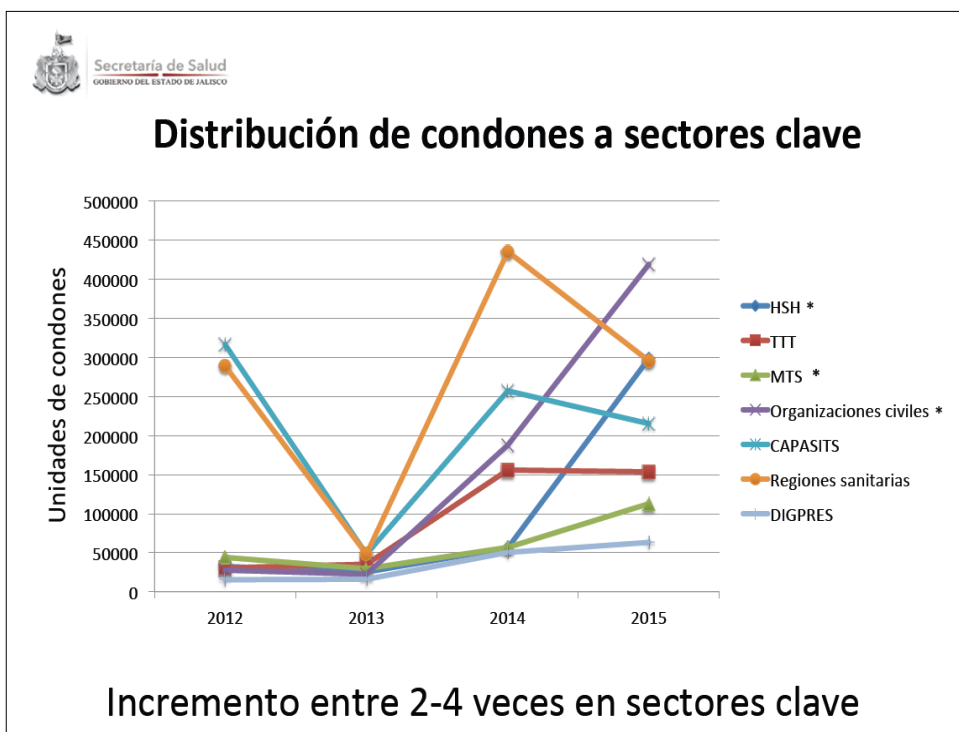
1000 directorios para personas trans

12,000 posters sobre derechos humanos

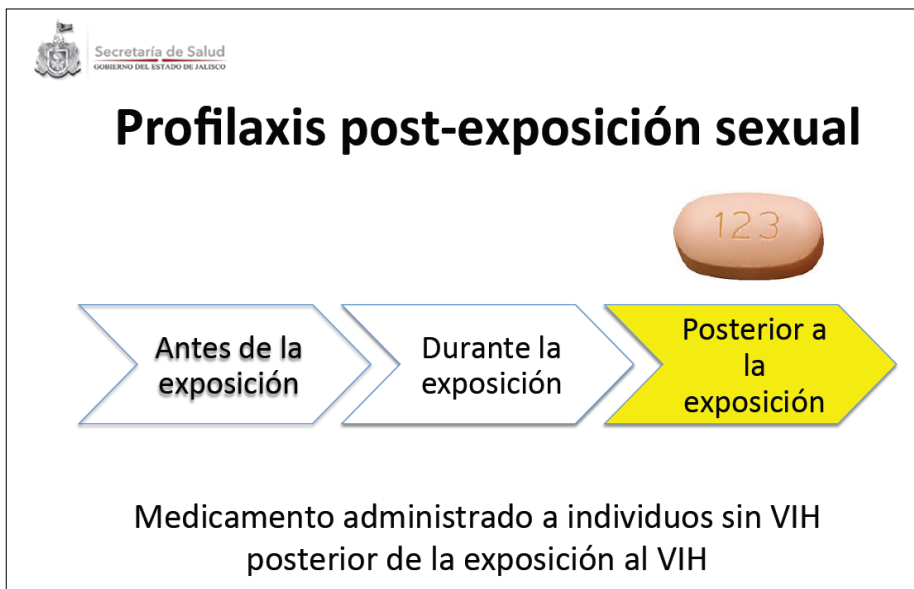
Insumos preventivos entregados.  
Condomes: podemos ver que al Consejo Estatal entraron alrededor 3.4 millones de condones, para la prevención del VIH e ITS en las poblaciones más vulnerables. La tendencia, vemos un incremento significativo comparado con el 2014, mucho con el 2013, y en general, con las tendencias de los últimos 5 años hemos incrementado la adquisición y distribución de condones.



DISTRIBUCIÓN DE CONDOMES.  
En el Sector Salud ha habido un incremento significativo, sobre todo, para poblaciones clave como hombres que tienen sexo con otros hombres, personas trans, mujeres trabajadoras sexuales, y a las organizaciones civiles.  
Con relación a las Regiones Sanitarias donde no necesariamente alcanzan a población clave, se ha sustituido su dotación a través de otros programas, por ejemplo, de Salud Reproductiva, para que alcancen entonces a través de otros métodos a poblaciones altamente vulnerables.  
Pero finalmente estos son condones que entran al COESIDA.



Este programa que había sido prácticamente inexistente en el COESIDA, en el transcurso del 2015 empezamos a bosquejar un programa potencial de profilaxis pre-exposición. De empezó a trabajar sobre el acceso a la profilaxis pos-exposición sexual, que es la toma de una serie de 28 días de medicamentos antirretrovirales después de que hay una exposición potencialmente peligrosa para adquirir el VIH, sobre todo, cuando se rompe el condón en una relación potencialmente de transmisión de VIH, o simplemente no se usó, se toma un curso de 28 días de medicamentos y a la población más vulnerable se le hace una evaluación, y en todo caso, se les otorga de manera gratuita, este tipo de servicio

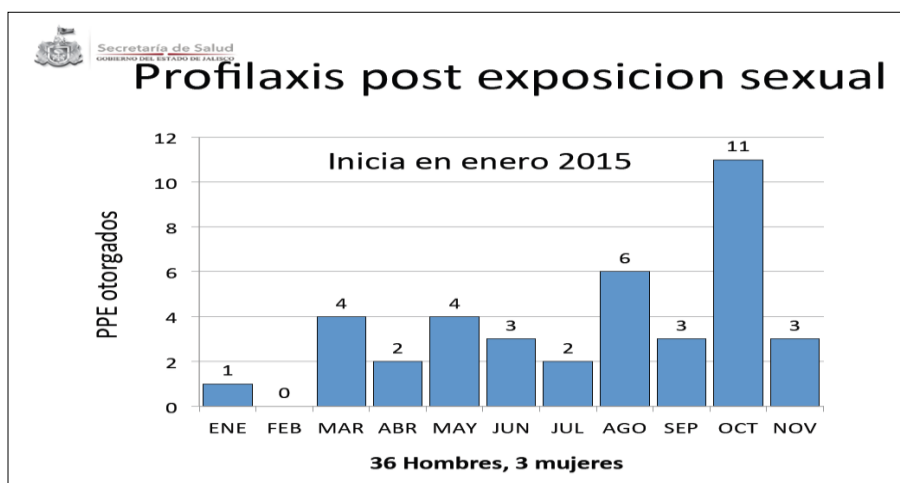


Durante 2015 la tendencia de casos que se atienden por mes, en este caso hasta el mes de noviembre:

36 hombres y 3 mujeres.

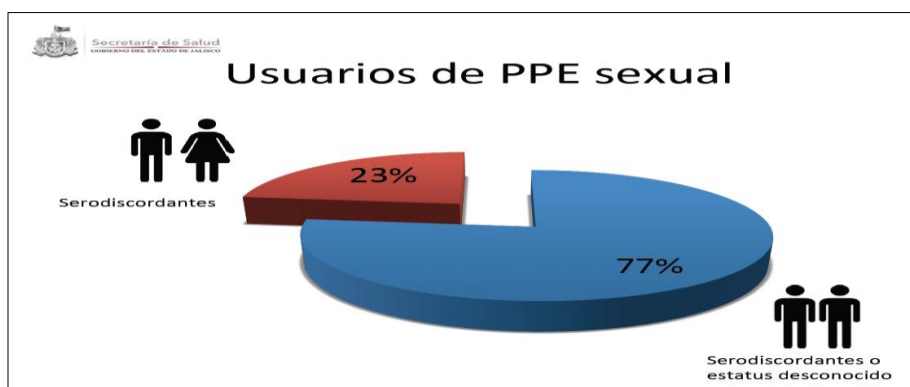
La mayor parte de las mujeres, fueron mujeres serodiscordantes, es decir, mujeres VIH negativas parejas de personas VIH positivas.

Y la absoluta mayoría de los 36 hombres atendidos fueron hombres VIH negativos que se expusieron potencialmente al virus con una pareja en la que no sabían su estatus serológico al tener sexo con otros hombres.



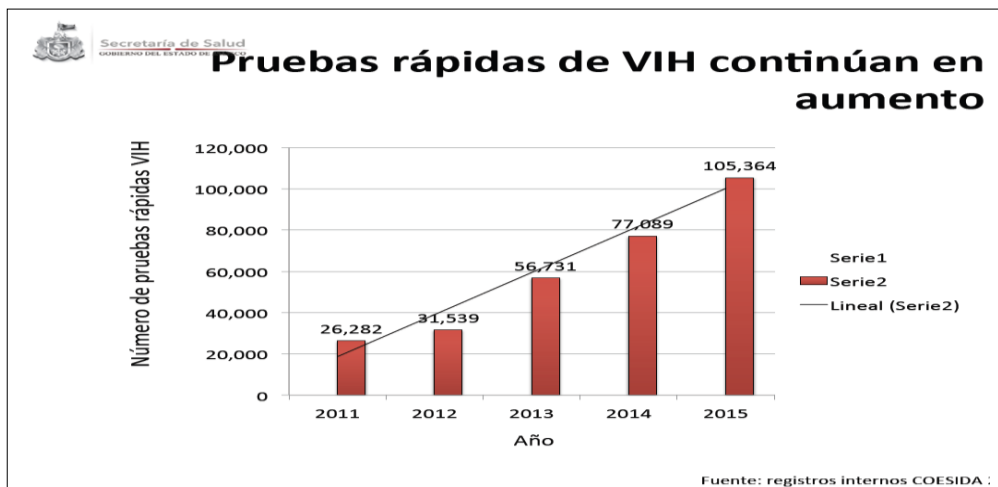
Los cuales prácticamente ninguno de ellos adquirió la infección por VIH, gracias a este procedimiento.

En relación a la profilaxis pos-exposición podemos ver 23%; parejas serodiscordantes, 77% en las que no se conocía el estatus de la pareja con la que se obtuvo el contacto sexual.



-En relación al testeo en una cadena de eventos necesarios para poder aspirar al control de la epidemia del VIH/sida, en nuestra entidad

El acceso a pruebas rápidas de VIH los resultados han sido significativos en la entidad, comparado con el 2011 y 2012 en que se hacían entre 26,000 a 31000 pruebas rápidas. En el 2015 solamente hasta noviembre, se distribuyeron alrededor de 105,364 pruebas rápidas, lo cual es un incremento importante, incluso, comparado con el año 2014 y 2015.



Es decir, hemos distribuido 2.3 veces más pruebas rápidas, que al inicio de la administración



De las que 85,375 pruebas fueron distribuidas a las 13 Regiones Sanitarias:

Otras se distribuyen también a las organizaciones civiles. Y por supuesto, para el COESIDA en donde nos hemos considerado como un sitio de testeo de población vulnerable

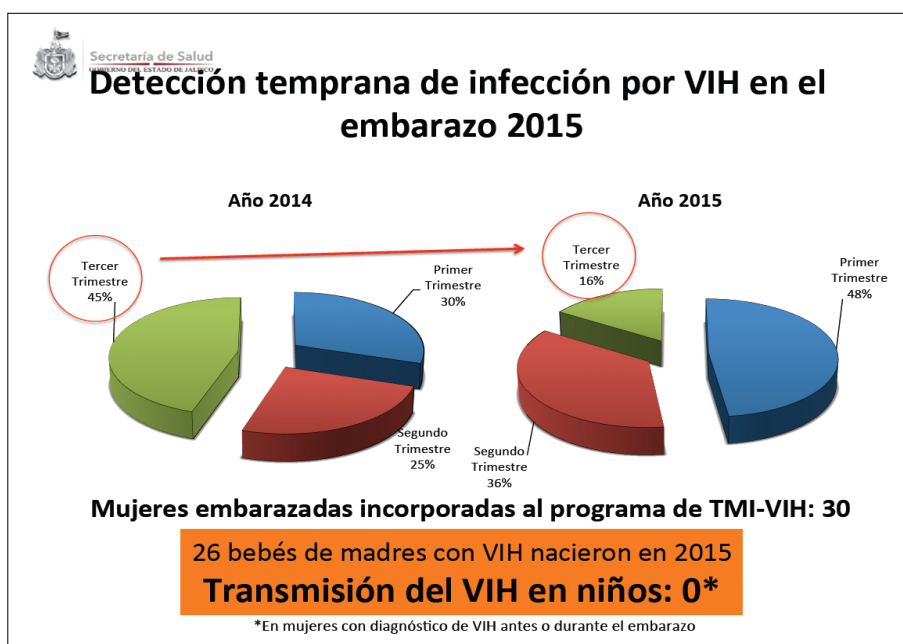


De igual manera, en julio del 2015 garantizamos la cobertura del 100% de las necesidades de pruebas rápidas en el Primer Nivel de Atención, para mujeres embarazadas. Recordemos que uno de los objetivos o una de las actividades para poder eliminar la transmisión perinatal del VIH, es que las mujeres tengan acceso a pruebas de VIH, y más, cuando se encuentran embarazadas y que es una obligación de los servidores públicos relacionados a la salud, el ofrecer una prueba de VIH a una mujer embarazada. Fue un problema en años previos, que no había suficientes pruebas para la cantidad de mujeres embarazadas que hay en Jalisco. Pero que a partir de julio del 2015 ya garantizamos que, cada mujer embarazada en Jalisco, tenga acceso al menos, a una prueba de VIH. Para el 2016 estamos aspirando a que tengan acceso al menos a dos pruebas, porque así se marca la necesidad: al primer trimestre de la primera visita de control prenatal, y a prueba ofertada en el último trimestre, antes del parto.



Lo que se ha traducido con este Programa: En el 2014 la mayor parte de los casos que diagnosticamos de VIH en mujeres embarazadas, 45% casi la mitad, lo detectábamos ya al final, de una manera muy tardía y cuando hay poco que hacer todavía en relación al control virológico; o sea, nos da poca oportunidad para controlar a la mujer del VIH si la detectamos al tercer trimestre.

Pero gracias a que cada vez hay más pruebas disponibles, ahora vemos cómo en el 2015 la detección tardía de VIH en mujeres embarazadas, se redujo del 45% a solamente el 16%. Ésto nos ha permitido que, en mujeres que conocen su estatus de VIH antes de parir, prácticamente no exista ya, transmisiones perinatales.



-Quiero mencionar, que de todos modos ha habido transmisión perinatal aún en Jalisco. Se sucedieron dos transmisiones perinatales, en diciembre del 2014 en Puerto Vallarta y en agosto de 2015 en la Barca, Jal. Otras vez el mismo panorama, mujeres embarazadas que no se les solicitó prueba de VIH a pesar de que sí existían las pruebas en los Centros de Salud y ésto entonces, nos habla de que tenemos que reforzar en el Primer Nivel de Atención, que los Médicos y las Enfermeras oferten la prueba de VIH en mujeres embarazadas.



Qué hicimos al respecto. En la Barca, Jal., prácticamente la totalidad de la Región de médicos y enfermeras del Primer Nivel de Atención, de nueva cuenta fueron capacitados en el tema, incluyendo también al Hospital Regional de la Barca que fue en donde se atendió a la Señora, recibieron la capacitación para que apliquen pruebas de VIH durante el trabajo de parto de una mujer que llegue a evaluación en la Sala de Urgencia de Toco-Cirugía.

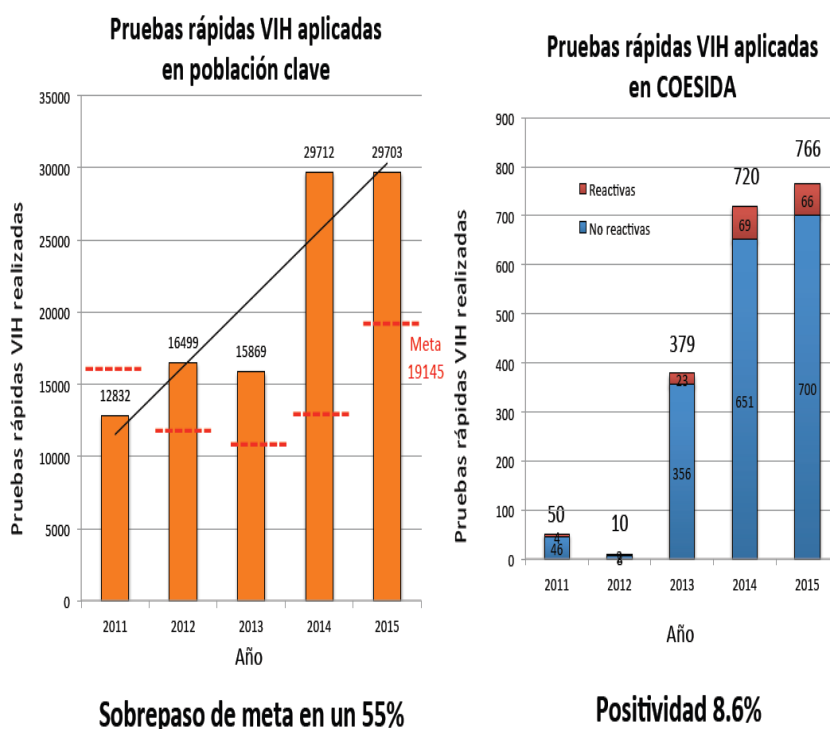
Con estas actividades estamos redoblando esfuerzos para que no existan transmisiones perinatales. Sin embargo, quiero decirles que mientras exista un caso de transmisión perinatal, no podemos decir que hemos controlado el problema. Entonces, tenemos todavía mucho qué hacer. Se ha avanzado bastante pero nos queda todavía mucho trabajo que hacer, y esto hay que reconocerlo

-Pruebas Rápidas que se han aplicado en población clave.  
Tenemos la Meta Nacional de 19,145 de pruebas aplicadas a población altamente vulnerable a adquirir la infección por VIH.  
Y nosotros la hemos superado cuantiosamente, a 29,700 pruebas.  
Consideramos que la debemos incrementar por mucho, no solamente fijarnos en una meta que nos pone la Federación, con lo cual el Programa lo cumplimos con creces.  
Pero creo que tenemos que formular estrategias para poder alcanzar esta población clave de una manera significativamente mayor aún, de lo que tenemos ahora.

Ahora, en relación al COESIDA podemos ver, lo que ya he comentado, que nos hemos consolidado como un sitio de testeo para población clave. En el 2011 y 2012 solamente se hacían entre 50 o 10 pruebas al año, de personas que acudían a solicitar una prueba de VIH. Los dos últimos años nos pasamos de las 700 prueba: 766 pruebas que aplicamos, con un porcentaje de positividad de cada prueba de 8.6%, es decir, de cada 100 pruebas que aplicamos, tenemos entre 8 y 9 detecciones, lo cual nos habla de que las personas que acuden con nosotros, generalmente pueden encontrarse en una situación de alta vulnerabilidad y que nos reconocen como un Centro confiable, para hacer la detección.



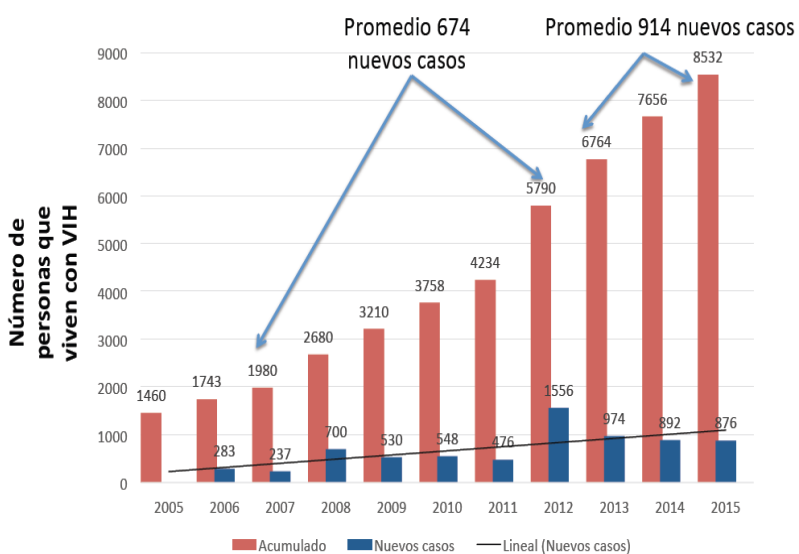
## Pruebas rápidas de VIH (PR-VIH)



-Y esto en lo que se ha traducido, en un incremento significativo de las personas que viven con el virus, que son incorporadas al Programa pagado por el Seguro Popular del Fondo de Protección en Salud, en donde acceden a cuidado médico y a tratamiento antirretroviral gratuito. Hasta el año 2015 se acumularon alrededor de 8,537 personas, que alguna vez han sido atendidas por el Seguro Popular. Actualmente, no todos son atendidos ya que algunos han cambiado de institución de salud o han migrado a otros Estados, lo cual nos deja un poco más de 5,000 personas, que están activas y tratadas por el Seguro Popular. En la actualidad tenemos alrededor de 914 nuevos casos por año, lo cual habla también de un incremento significativo de la detección de personas que viven con el virus que no conocían su estatus.



## Número de PVV acumuladas en programa de VIH – seguro popular, 2005-2015\*



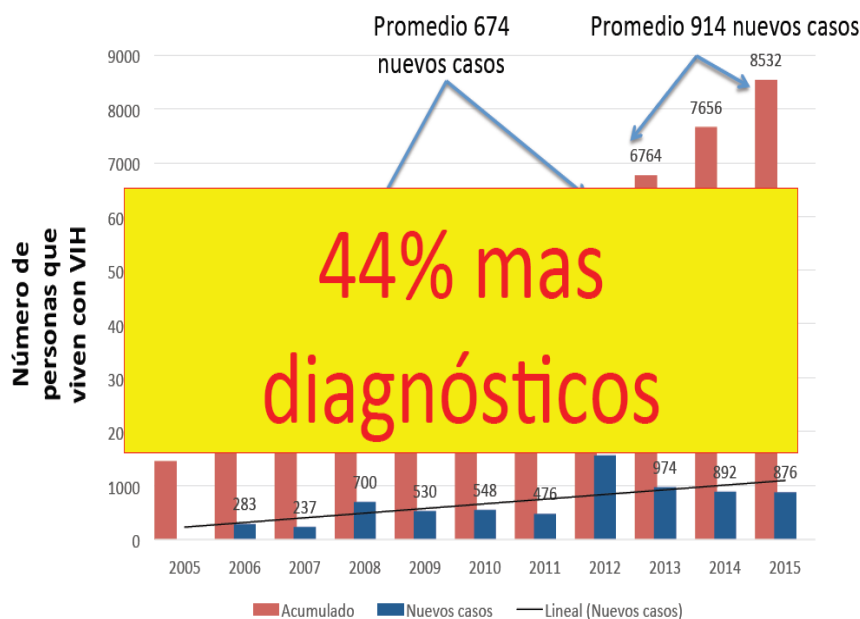
Fuente: Sistema de Información SALVAR. Noviembre 2015  
\* Se incluyen personas en seguimiento y personas dadas de baja  
\*\* Personas con al menos una cita médica en los últimos 6 meses

-Tenemos 44% más diagnósticos, que al inicio de la administración.

No vale de anda el encontrar casos de infección por VIH de personas que viven con el Virus, si no nos aseguramos de que esa persona se termine incorporado en un Servicio de Atención de Especialidad, tomando medicamentos antirretrovirales. Ustedes saben que una persona que ya se encuentra en control, tomando medicamentos antirretrovirales, tiene dos beneficios: el beneficio individual que es el permanecer libre de sida, estar en la mejor condición posible de salud y que le ofrece el tratamiento ininterrumpido, pero también, ofrece la oportunidad de no transmitir el virus a sus parejas, a sus contactos sexuales o de co-partición de drogas inyectables, eso, tiene una eficacia del 96%, entonces, no valdría de nada si hacemos un diagnóstico y no nos aseguramos de que esa persona termine tomando tratamiento. Luego entonces tenemos que tener un Programa de Confirmación Rápida y de incorporación a los Servicios de Salud.



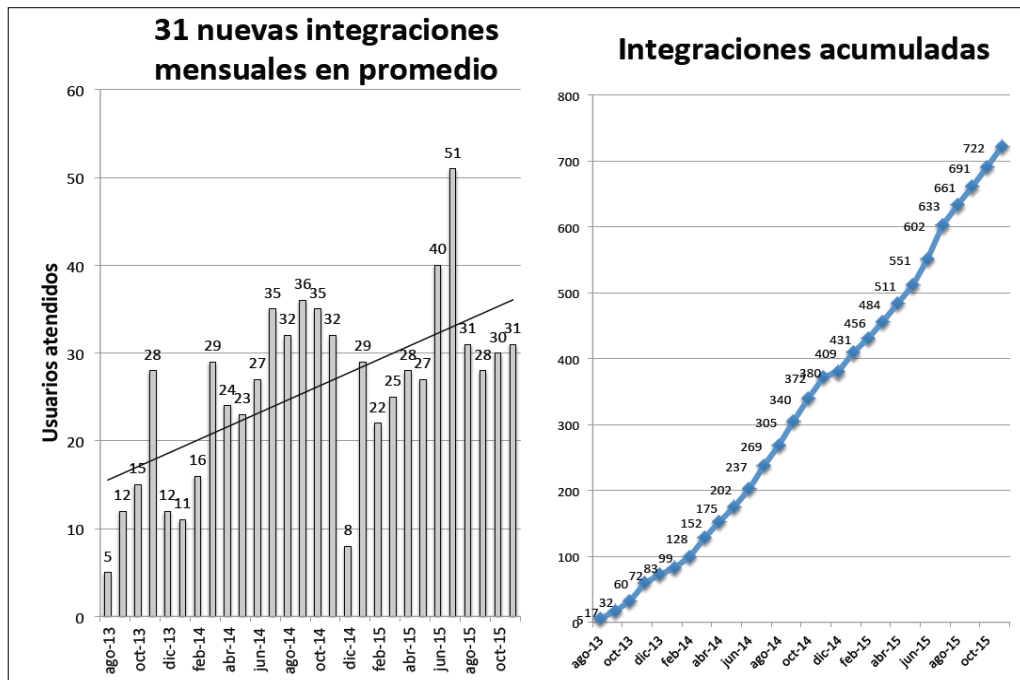
### Número de PVV acumuladas en programa de VIH – seguro popular, 2005-2015\*



Fuente: Sistema de Información SALVAR. Noviembre 2015  
 \* Se incluyen personas en seguimiento y personas dadas de baja  
 \*\* Personas con al menos una cita médica en los últimos 6 meses

-Qué hemos hecho al respecto:

-Desde que iniciamos con este Programa de Reincorporación a los Servicios de Salud, podemos observar la cantidad mensual de personas con nuevos diagnósticos que incorporamos a los Servicios de Atención de Especialidad, por mes. Vemos la línea de tendencia central que marca un incremento significativo, lo que a octubre del 2015 tenemos alrededor de 722 personas que han sido incorporadas. Y que cerramos el año con alrededor de 800 personas incorporadas a los Servicios de Atención.



-Lo cual habla de 24% más integraciones, que en el 2014.



-Otro tipo de servicios incorporados y que no se hacen en otras partes de México.

-En las personas que se diagnostican con el virus presentadores tardíos, que tienen un avance de la enfermedad muy significativa y con muchos años de padecer el virus y que no se habían dado cuenta, hemos incorporado una nueva prueba que se hace en sangre a través del Laboratorio Estatal de Salud Pública, con insumos comprados con recursos del COESIDA, en el cual buscamos un hongo que es muy común, y que si no lo buscamos corre el riesgo la persona de desarrollar una enfermedad que se llama *Criptococcus meningea*.

Es una enfermedad por un hongo que se encuentra sobre todo en árboles y las excretas de paloma, y que si tiene la capacidad de matar a las personas que viven con VIH, que desarrollen sida. De hecho, es nuestra 4ta. Causa de muerte por sida en la entidad.

Esta prueba lo que hace es detectar a esa persona con esa infección aún cuando se encuentra asintomática, lo que nos permite que el médico le oferte tratamiento antes de que desarrolle síntomas. Por lo tanto, esto nos asegura que al menos, la persona no tenga la posibilidad de desarrollar el *Criptococcus meningea*.

Es decir, eso coadyuvará entonces al reducir aún más, la mortalidad por sida, de por si baja que ya tenemos en el Estado.

Agosto 2015 Inicia tamizaje CrAg

Horas – minutos 30 minutos

Es el primer sitio que se hace en México

Primer sitio en México con detección rutinaria de CrAg en plasma de personas con VIH financiadas por el Estado

Agosto 2015 Inicia tamizaje CrAg

Horas – minutos 30 minutos

**-PROGRAMA DE INCORPORACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN.**

En los nuevos diagnósticos con VIH que se realizaron durante el año 2015, podemos ver que las organizaciones civiles tienen un papel extremadamente importante en la detección de los nuevos casos de infección por VIH y en la incorporación de las personas.

En un 43% de los nuevos diagnósticos son encontrados por las organizaciones civiles que trabajan en los sitios que resultan clave para el control de la epidemia.

Esto se ha traducido entonces, en que al encontrar más casos de infección por VIH, ojo, no quiere decir que exista más VIH, si no que, estamos encontrando a esas personas en una etapa más temprana. Que si no lo hiciéramos así, eventualmente los íbamos a encontrar pero en una etapa muy avanzada de sida, con una alta mortalidad.

Entonces podemos ver que la absoluta mayoría, al menos 2 tercios de las personas con nuevos diagnósticos, las encontramos en una etapa muy temprana de la infección con arriba de los 200 de CD4, es decir, si una persona tiene diagnóstico de VIH con menos de 200, se categoriza como una enfermedad tardía.

En el 2013, el 66% de las personas diagnosticadas se encontraban en enfermedad tardía, ahora, ya han reducido alrededor de un 32%. Hemos bajado a la mitad de los diagnósticos tardíos en los últimos 3 años.

Y bueno el tiempo que transcurre entre que una persona que se diagnostica e inicia tratamiento antirretroviral en las personas que pasan por el COESIDA para ser incorporadas, es de 25 días. Es decir que hemos reducido 5 veces el tiempo de incorporación, y el 100% de estas personas que terminan aquí se encuentran integradas; y el 85% dentro de las metas de tratamiento con los beneficios del control virológico que ya comenté: evitar desarrollar sida, mantener la vida de una manera sana y evitar la transmisión a terceras personas.

Secretaría de Salud GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

## Programa de incorporación 2015

- 326 personas acompañadas en 2015\*\*
- Mediana CD4 350 cel/mm<sup>3</sup>
  - >200 CD4+ 68%
- Tiempo a TAR: 25 días (basal 120 días)
  - 5 veces menos tiempo
- 100% integrados
  - 85% en control viral

**Origen del diagnóstico de VIH de las personas acompañadas**

COESIDA 61%  
CODISE 6%  
Vidas de Vida 5%  
COLEGA 3%  
CHECCOS 14%  
Meson de la Misericordia 9%  
IMPULSE 1%  
Comunidad de los Martines 1%

COESIDA incluye detecciones en COMUSIDAS, Servicios de Salud, otros oficiales.  
\*\*Corte al 6 de noviembre 2015





## Programa de acompañamiento 2015

- 326 personas acompañadas en 2015\*\*

- Mediana CD4 350 cel/mm<sup>3</sup>

**Se observan servicios especializados saturados con sobrecargas de pacientes VIH+**

120 días)

- 5 veces menos tiempo
- 100% integrados
- 85% en control viral

Origen del diagnóstico de VIH de las personas acompañadas



COESIDA incluye detecciones en COMUSIDAS, Servicios de Salud, otros oficiales.  
\*\*Corte al 6 de noviembre 2015

-Lo que si hemos estado observando es que, claro lo que afortunadamente se da, tenemos más diagnósticos que de costumbre, pero, los Servicios de Salud se comienzan a saturar. Hemos empezado a ver el problema de la saturación de los Servicios de Salud.

-Tenemos que pensar ya en otra estrategia. En donde podamos atender de una manera amigable, cálida y eficaz a las personas con nuevos diagnósticos, es decir, hablando de un nuevo Centro de Atención en VIH en la zona metropolitana de Guadalajara, al menos en la zona metropolitana, En relación al tratamiento.

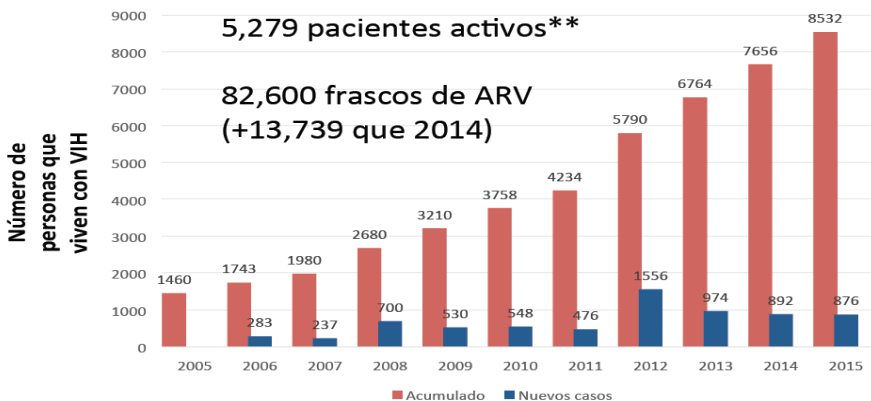
-Tenemos un número de 5,279 personas activas, de 8,532 que se encuentran registradas en el Seguro Popular. Son las que actualmente están recibiendo tratamiento antirretroviral.

En el 2015 se distribuyeron 82,600 frascos de antirretrovirales: 13,779 más frascos que el año 2014.

Estos medicamentos antirretrovirales, es el insumo que se compra básicamente, con los casi 200 millones de pesos, que vimos al inicio de la presentación



## Número de PVV acumuladas en programa de VIH – seguro popular, 2005-2015\*



Fuente: Sistema de Información SALVAR. Noviembre 2015  
\* Se incluyen personas en seguimiento y personas dadas de baja  
\*\* Personas con al menos una cita médica en los últimos 6 meses

-Tuvimos una Auditoría Federal en el 2015, donde nos fué revisando cuál fue nuestro proceso de diagnóstico, incorporación, suministro de medicamentos antirretrovirales y también, el monitoreo de las personas que viven con el virus a través de los estudios de CD4 y Carga Viral. La Cámara de Diputados ordenó dicha Auditoría al Estado de Jalisco, para ver qué tanto se ejercía, bien o nó, el recurso que se nos aprueba cada año. Puedo decir que tuvimos prácticamente un resultado de Cero Observaciones monetarias. Únicamente algunos señalamientos meramente del tipo administrativas, en relación a algunos estudios de los cuales no se encontraron en físico en los expedientes de los pacientes, pero que sí era posible verlos a través del Sistema Informático. Es decir, observaciones menores. Este resultado nos garantiza de que el ejercicio del recurso económico para las personas que viven con el virus, es perfectamente usado.

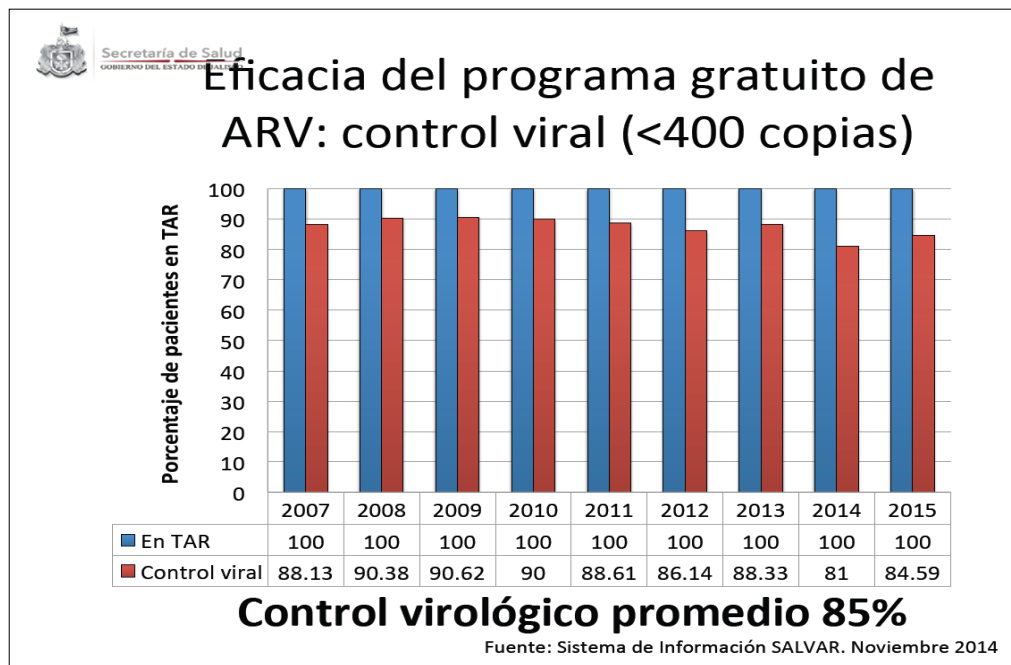


## Número de PVV acumuladas en programa de VIH – seguro popular, 2005-2015\*

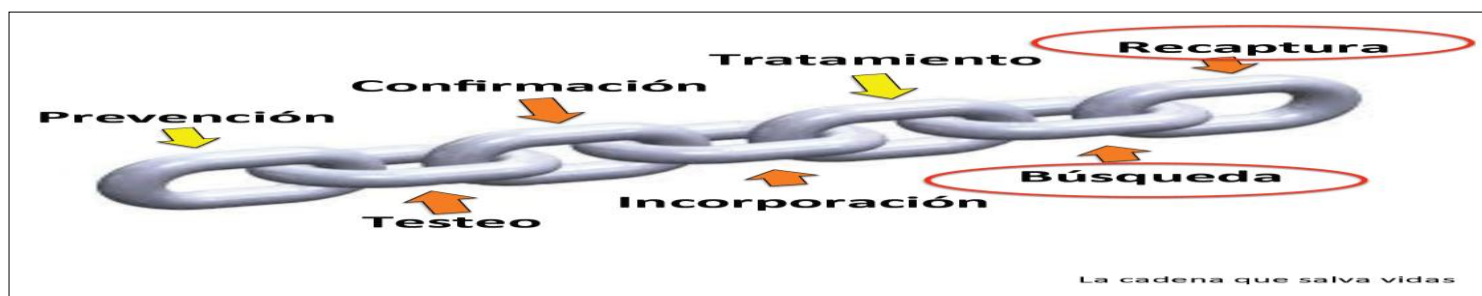


Fuente: Sistema de Información SALVAR. Noviembre 2015  
\* Se incluyen personas en seguimiento y personas dadas de baja  
\*\* Personas con al menos una cita médica en los últimos 6 meses

-Del total de personas que se encuentran en tratamiento, las que están en control viral, que son las marcadas en la columna de color rojo, andamos en un promedio de 85% en control virológico. Es decir, tenemos una muy buena eficacia de control en las personas que viven con el virus, y ésto habla de la buena calidad de atención que existe en los Centros de Atención del estado de Jalisco, que incluye al CAPASITS de Puerto Vallarta, a los Hospitales de Tercer Nivel y de Segundo Nivel como: Hospital General de Occidente, Hospital Civil Nuevo y Hospital Civil Viejo.



-PROGRAMA DE BÚSQUEDA. Deben saber que no todas las personas que se incorporan a los Servicios de Atención, hay una garantía de que tomen medicamento de toda la vida. Hay personas que suspenden el medicamento antirretrovirales por alguna razón, y la cantidad de personas que perdemos oscila entre un 10% a 20% cada año. Entonces, si no hacemos algo por intentar recuperar a esas personas, revisar cuáles son las razones por la que esa persona abandonó el tratamiento, dejó de acudir y no intentamos resolver esa problemática, creo que estamos haciendo un trabajo incompleto. Entonces también hemos comenzado un programa de búsqueda y de recaptura de personas que han abandonado sus tratamientos antirretrovirales.

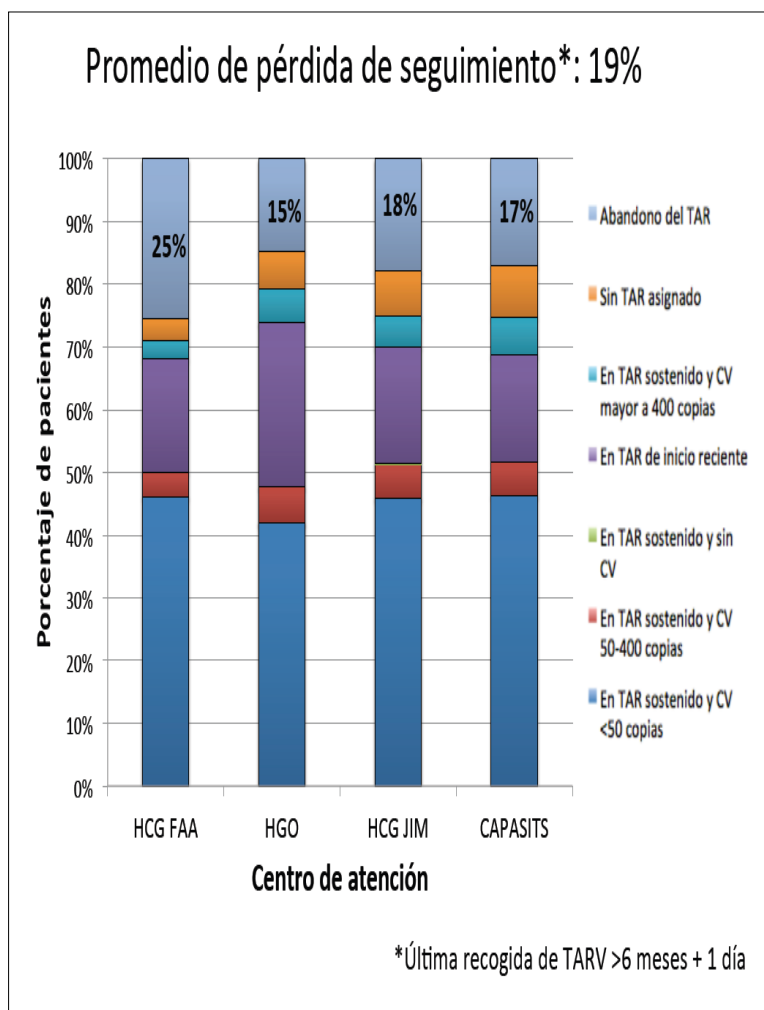


-Esta gráfica categoriza el total de personas que son atendidas, en el Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Hospital General de Occidente, Hospital "Juan I. Menchaca", y CAPASITS Puerto Vallarta. En la última barra de color azul cielo, habla de las personas que han perdido seguimiento.

La pérdida de seguimiento es un problema no solamente de Jalisco o de México, es de todo el mundo, y éstos son los pacientes que habitualmente se están perdiendo por cada Centro.

Y mucho de ésto también obedece por la saturación de los Servicios de Salud, y quizás que pueda reflejar un poco la reducción de la calidad de la atención a las personas, entre otros factores.

Debemos de saber que el Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", atiende prácticamente una población especialmente diferente, en términos de condiciones socioeconómicas. Es decir, que también reflejan algunas condiciones subyacentes, por ejemplo, falta de dinero para el transporte, vivir lejos del Centro de Atención, tener muchos de ellos situación de calle, con uso de drogas importante, y éstos son factores que finalmente se traducen en que la persona, a pesar de que conoce su estatus, a pesar de que el tratamiento es gratuito y la consulta es gratuita, puedan terminar abandonando los tratamientos para VIH y afrontando las consecuencias del sida y de la transmisión hacia terceras personas.





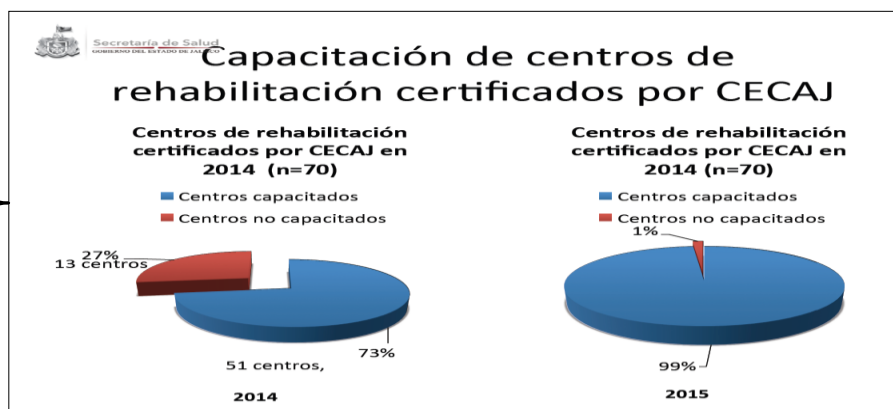
-Hemos iniciado un Programa de Recuperación de pacientes perdidos, a través de una plataforma computarizada. Identificamos aquellas en las que no existe ningún tipo de movimiento en los últimos 6 meses, en los cuales en su expediente no vemos que se haya movido ni porque le pidieron exámenes, ni porque ha recogido medicamentos. Damos una venia de 6 meses en el cual, una vez que identificamos a las personas, hacemos una búsqueda telefónica. Por supuesto si contamos con algún dato de localización al menos el número telefónico o la dirección.

Y si no encontramos a la persona por este método sencillo y barato, también podemos acudir a visitas domiciliarias. En el 2015, 317 personas reunieron el criterio de abandono del tratamiento, que tenían más de 6 meses en la base de datos de no haberse movido ningún tipo de su información.



#### COLABORACIONES INSTITUCIONALES.

-Nos hemos adentrado a los Centros de Rehabilitación que son certificados por el Centro Estatal contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ), en donde cuentan con un listado de Centros de Rehabilitación que cumplen con un estándar mínimo de atención a personas o la comunidad, que usa parte de esos servicios, ofrecemos capacitarlos en el tema de Prevención del VIH, de ITS, Detección de Virus, Derechos Humanos, y sobre Testeo del VIH. Podemos ver que en el 2014 apoyamos una cantidad significativa, y nos quedan 27% de Centros por capacitar.



#### COLABORACIÓN CON LA FISCALÍA DE REINSECCIÓN SOCIAL DEL ESTADO.

-Es el caso, que con la Lic. Marisela Gómez Cobos, que de una manera bastante buena, hemos trabajado en los últimos 3 años en el control del VIH, dentro del Sistema de Reinserción Social.



-Recordarán que nuestro objetivo inicial en el COESIDA, fue eliminar las muertes por sida, y que era la tendencia de mortalidad antes de empezar la presente administración. Es decir, cada Cuatrimestre morían por sida dentro de las cárceles, al menos 1, 2 ó hasta 4 personas.

Y cómo entonces, puede haber, que la gente muera de sida en la cárcel cuando, se supone que de alguna manera están vigilados con médicos en el interior de la cárcel, y se tiene un universo manejable de alrededor de 100 a 110 personas con virus, y aun así, se siguen muriendo. Qué es lo que hicimos.

Incorporamos un Programa de Alcance en las Cárceles, donde uno de nuestros médicos hace visitas regulares, y eso nos ha permitido, que prácticamente, en el Segundo Cuatrimestre de la intervención, eliminamos las muertes por sida.

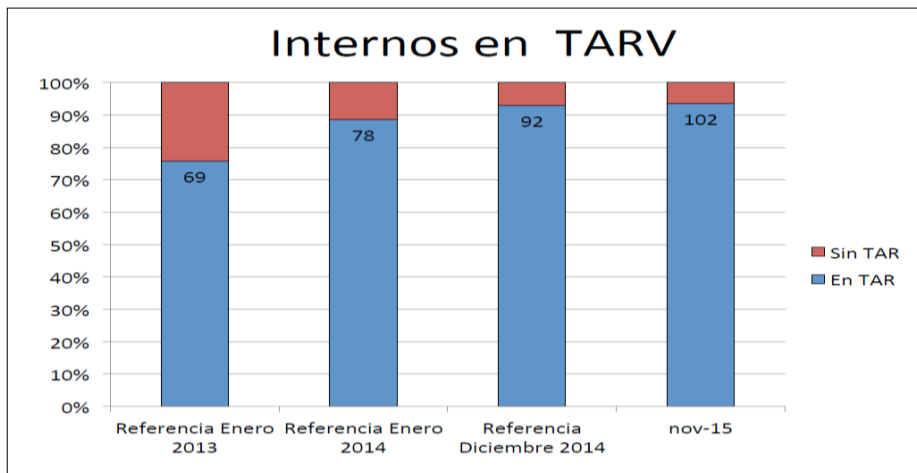
Tuvimos la muerte por sida de una persona que no sabíamos que tenía el VIH que debutó tardíamente y desafortunadamente, perdió la vida en su primer hospitalización. Pero de ahí, prácticamente hemos eliminado las muertes por sida en el Sistema de Reinserción Social. Cuál es nuestro siguiente objetivo.

También eliminar, vemos en la línea azul que es las hospitalizaciones por sida. Una persona que se hospitaliza por sida: está en riesgo de morir. Entonces nuestra siguiente meta es prácticamente que no existan hospitalizaciones por sida.



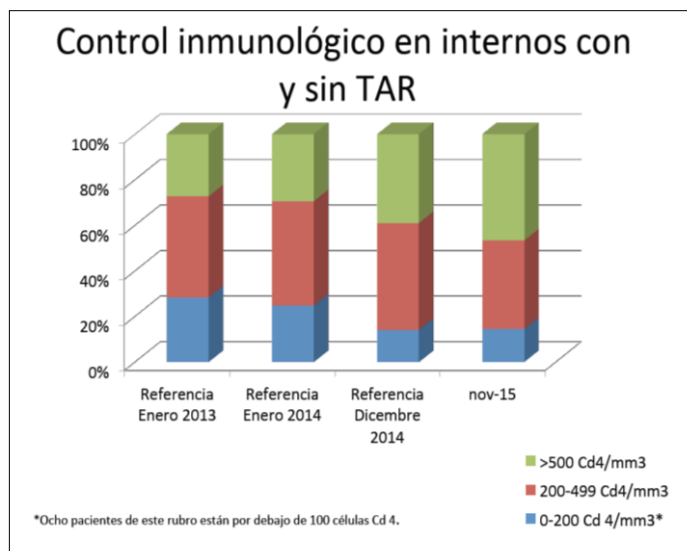
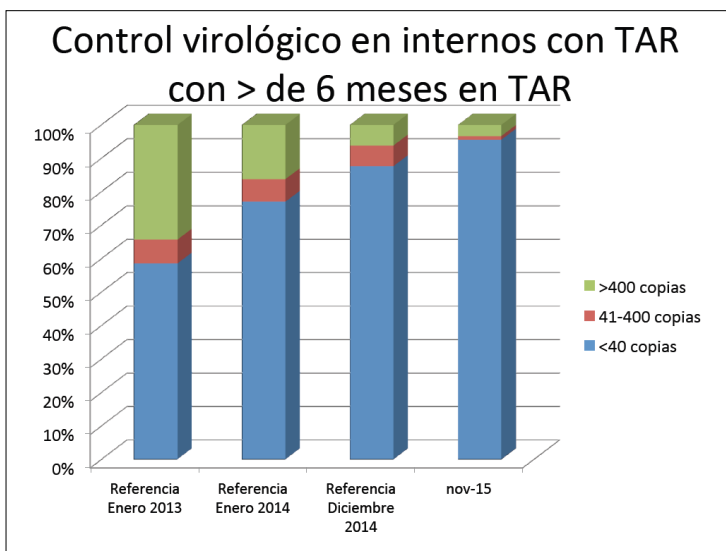


-Por qué la gente deja de morir de sida dentro de las cárceles: Incrementamos el número de internos que se encuentran en tratamiento antirretroviral. La gente que se encuentra sin tratamiento antirretroviral son personas en las cuales estuvieron 2 ó 3 meses dentro de la cárcel y que dentro de ese proceso de integración y de toma de tratamiento muchas veces la gente sale libre. Entonces no los podemos considerar como que toman tratamiento.



**CONTROL VIROLÓGICO.**

-Observamos cómo, solamente teníamos un control viral alrededor del 50% de los pacientes. Es decir, el otro 50% de los internos, que viven con VIH, no estaban controlados de su infección. Igual: Lo que al hacer esta intervención en el sitio, con el incremento al acceso del tratamiento antirretroviral, fijense cómo el control virológico se incrementa al más del 90%, y eso en automático, se traducen en que la gente deja de morir por sida




-El nuevo reto: Eliminar el sida en las hospitalizaciones



COMITÉS MUNICIPALES PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA. COMUSIDAS. -17,046. Usuarios atendidos. 384,000 condones distribuidos. Ofertaban y realizaron 6,410 pruebas para VIH, de los cuales, prácticamente a los casos detectados acudieron al COESIDAS y se integraron al Programa de Reincorporación a los Servicios de Salud a las personas que viven con el virus.




**DERECHOS HUMANOS DE PVV.**  
 Tenemos visitas de personas con un potencial violación a sus derechos humanos.  
 Contamos con servicios de orientación, acompañamiento hacia instancias que pueden resolver su problemática en relación a su vulneración a los derechos humanos.  
 Realizamos los procedimientos necesarios para que puedan ser resueltos de una manera amigable en sus problemáticas  
 Y si no es posible hacerlo de primera instancia, los asesoramos para que puedan acudir a las instancias legales correspondientes, que incluye también a la Comisión de los Derechos Humanos.



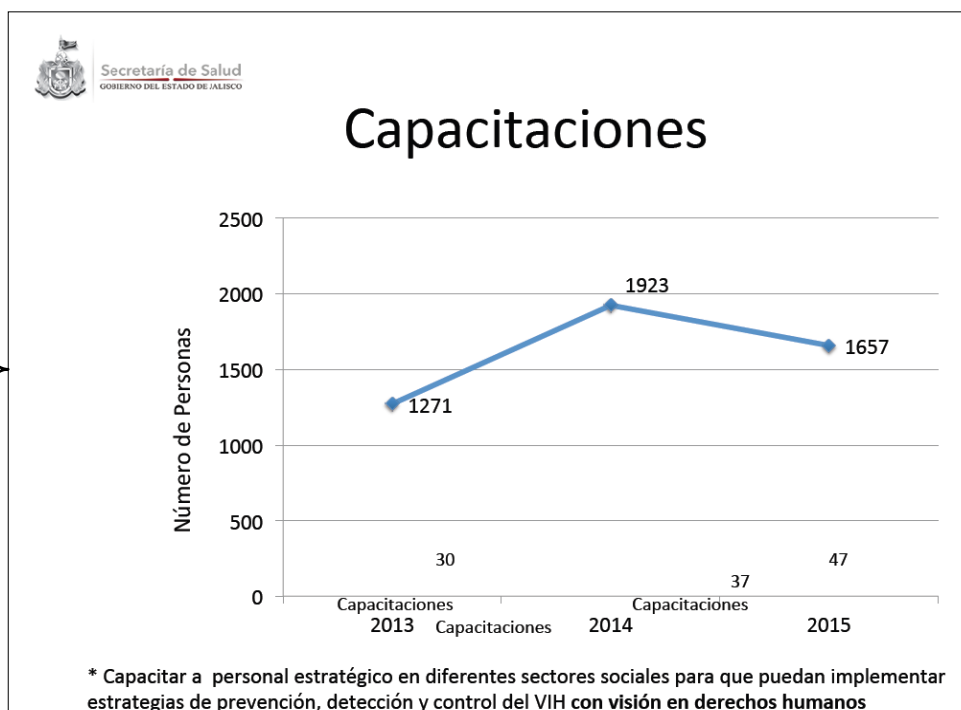
### Derechos Humanos de PVV

- Exigencia de la prueba de VIH en espacio Laboral (1)
- Despido laboral (4)
- Acoso Laboral (2)
- Retraso para atención médica urgente (3)



Participación en foros de alcance nacional con temas relacionados a los derechos sexuales de las personas con discapacidad

**CAPACITACIONES.**  
 -En el 2015 tuvimos 1,657 capacitaciones, un poco menos que en el 2014. Lo cual obedece a la dificultad para poder ejercer recursos al salir de la zona metropolitana de Guadalajara para poder acudir a los municipios tenemos un recurso que nos limita, que nos fraccionan en cada mes y que por la cantidad de personas que tenemos que ir a las capacitaciones que tenemos que asegurar ciertos insumos de comidas no es posible a veces hacerlo organizar algunos tipos de capacitaciones, por lo tanto eso es el reflejo en una caída de las capacitaciones que hicimos solamente 1,657 fueron alcanzadas durante el 2015.



**CASCA DE ATENCIÓN DEL VIH EN LA SSJ.**

-Recordemos que tenemos una meta para el 2020: La meta 90% 90% 90% de ONUSIDA.  
 Si queremos hacer que el sida deje de ser una amenaza en la Salud Pública en el mundo, que esto está planteado dentro de los objetivos del Desarrollo Sostenible para el 2030, tenemos que alcanzar la meta para el 2020, o sea en 4 años.

Esto quiere decir, que el 90% de las personas que viven con el virus sean diagnosticadas; el 90% de ellas estén en tratamiento; el 90% de ellas se encuentren en control de su infección por VIH.



**CÓMO ESTAMOS EN JALISCO ACTUALMENTE  
CON LA META 90% 90% 90%  
COMPARADO CON EL NIVEL NACIONAL.**

-Las personas que se estiman son solamente por la Secretaría de Salud; no es sectorial que incluya al IMSS, ISSSTE, PEMEX ni otros servicios.

Vemos que el 64% de las personas conocen su estatus; es decir, hay un 36% de las personas que no conocen su estatus: Para el caso de Jalisco, estamos muy por encima de lo que es la media nacional, el 78% de las personas conocen su estatus.

Solamente un 22% nó lo conocen, lo cual nos señala que para la diferencia entre 90 es que solamente nos faltan un 12% para alcanzar la meta.

Pero mientras menos personas estén por ahí sin conocer su estatus, es más difícil encontrar: tenemos que aplicar más pruebas y con una cierta dificultad se va ir incrementando: Nuestra meta para el 2020, es el 12% adicional.

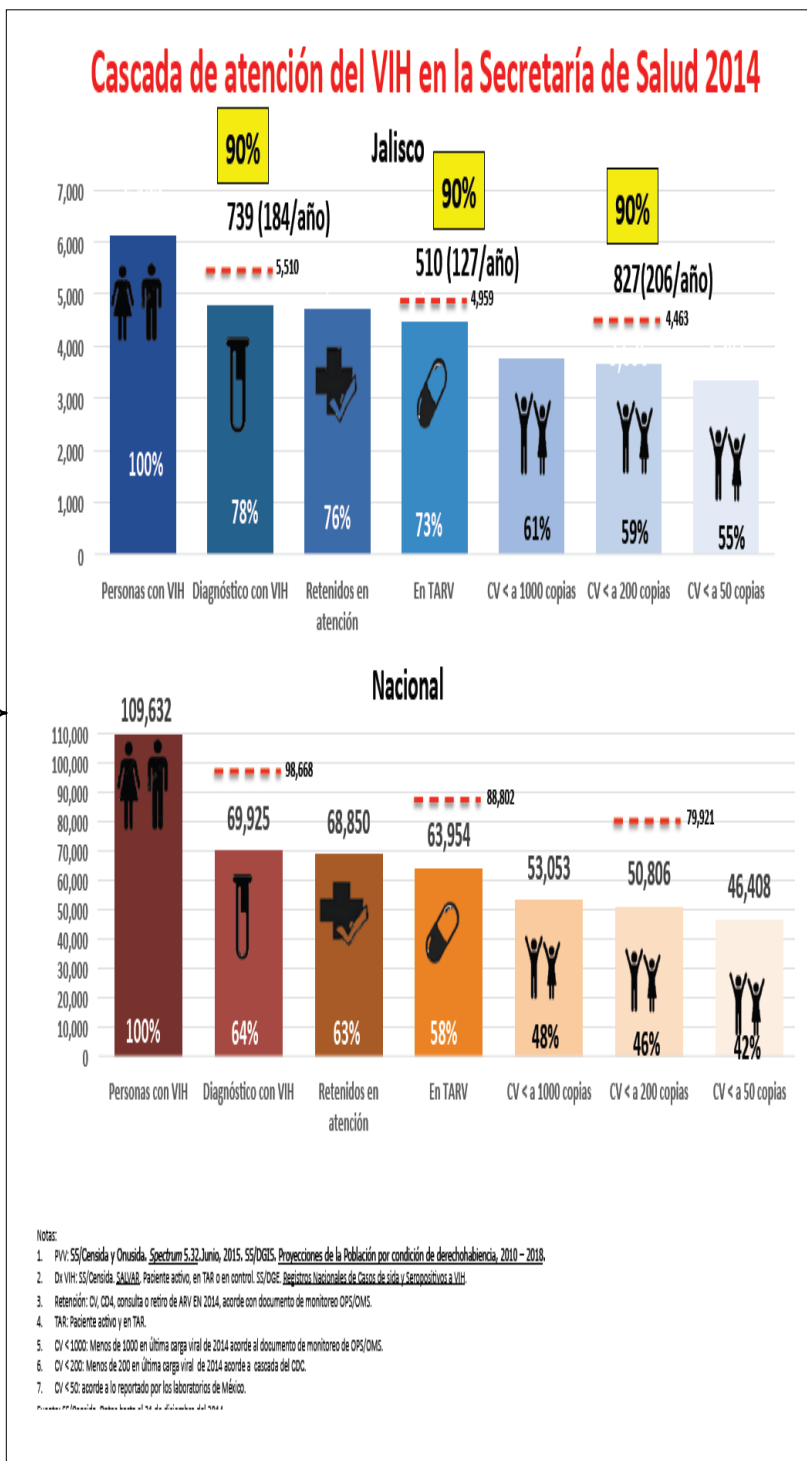
Medicamento antirretroviral: solamente el 58% de las personas se encuentran en tratamiento, de las que conocen su estatus.

A nivel Jalisco el 73% está tomando tratamiento, del total de las personas que se estiman con VIH. Es decir, también estamos muy por encima de la media nacional

Control Viral: Lo podemos definir como menos de 1000 ó menos de 50; si tomamos lo estricto que son menos de 50 a nivel nacional, solamente es el 42% de control, y en Jalisco el 55%.

Tenemos un reto muy significativo para el año 2020 y cómo podemos alcanzar estas metas: con las estrategias al menos nodales que ya he mostrado: incrementar por mucho el testeo; tener programas seguros de incorporación a los Servicios de Salud; que las personas se aseguren de estar tomando el tratamiento antirretroviral y manteniendo a la gente en tratamiento antirretroviral.

Eso es lo menos que se debe de hacer en el Programa de VIH/sida y todo lo comentado acerca de la prevención y en temas de sexualidad.



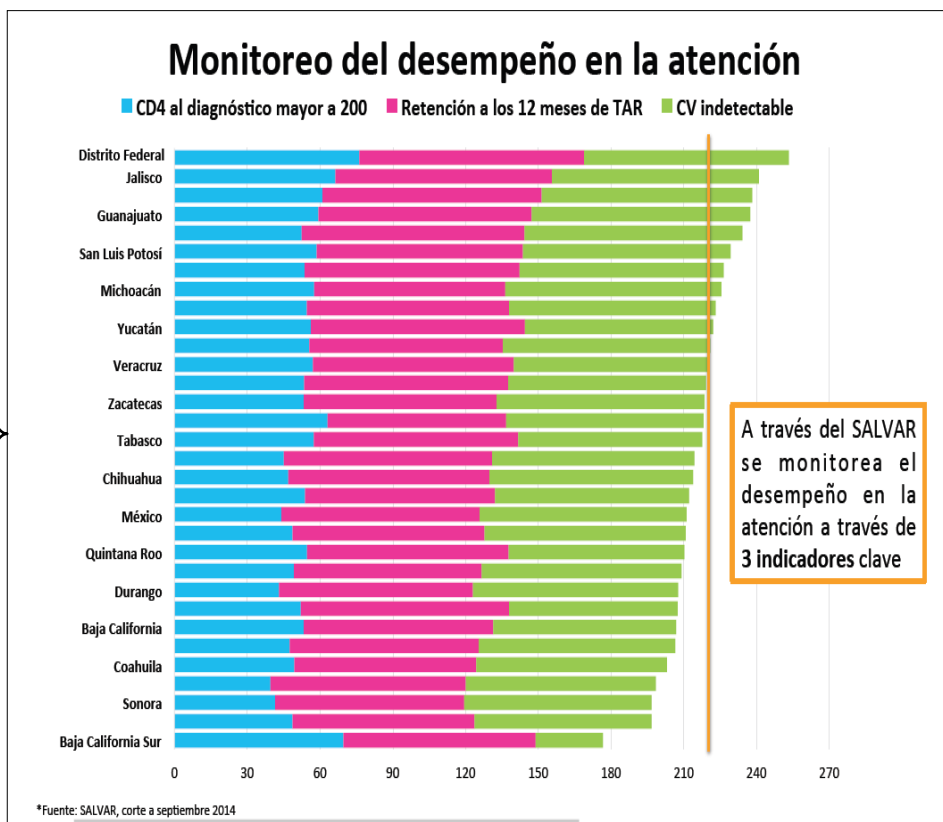
-Todo lo anterior nos ha colocado en un lugar privilegiado.

En esta gráfica se muestra el ranking que el CENSIDA realiza a las entidades federativas relativo al Monitoreo del Desempeño en la Atención a las Personas que viven con el virus.

La suma de los tres indicadores deben de dar 300%. Por ejemplo, lo que está marcado con azul se refiere a que el diagnóstico no sea tardío; el rojo, a que las personas se mantengan retenidas a los 12 meses en tratamiento; y verde que se encuentran en control virológico. Entonces, lo ideal es que sea 100% 100% y 100%, y que sumen 300% cada uno.

Lo cierto es que Jalisco se encuentra en Segundo Lugar a nivel nacional, solamente por debajo de lo que es ahora la ciudad de México. Lo cual nos habla de que al menos pareciera que estamos yendo hacia la dirección correcta.

Nuestro objetivo es desplazar a la ciudad de México, en ese sentido. Va a ser difícil, ya que tienen un Programa excelente.

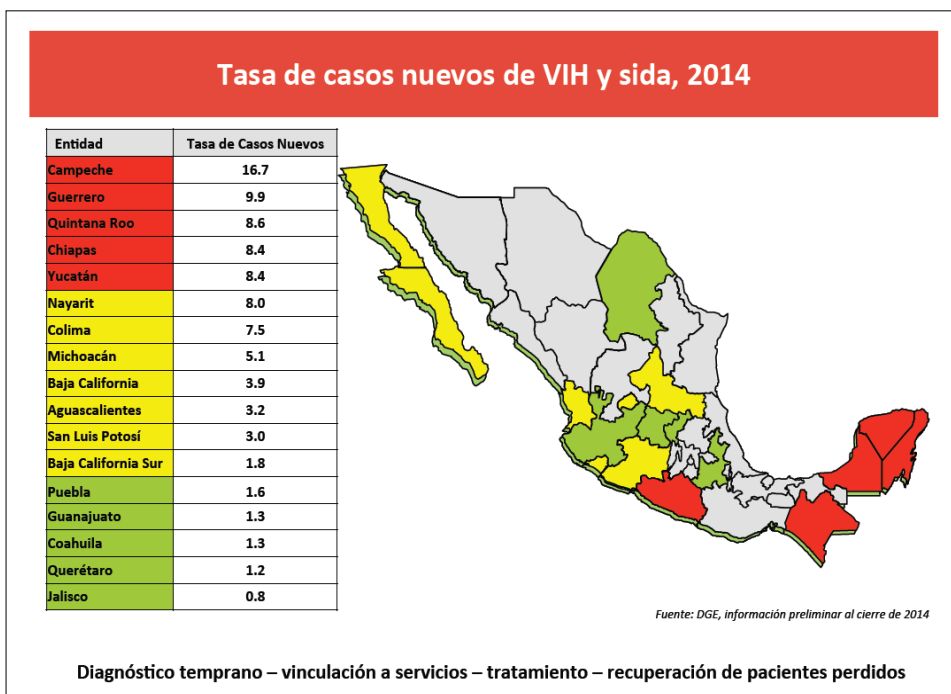




-En relación a la Taza de Nuevos casos de VIH y sida, del último ranking en el 2014 con algunos Estados, podemos decir que Jalisco se encuentra con los estados con menor tasa de sida, cuando se divide los casos de sida por la totalidad de la población.

En este caso tenemos 0.8 casos de sida por cada 100,000 habitantes, que comparado por ejemplo, con Campeche que tiene 16.7, tienen un gran problema de sida en sur-sureste de México, por cada 100,000 habitantes.

Entonces nos da una idea de que es desigual en México, en relación a casos de sida. Estamos en un lugar me parece privilegiado.



Estos son los Objetivos del Desarrollo Sustentable, que para poner fin a la epidemia del sida en el 2030, tenemos que tener estrategias que ya he comentado, altamente eficaces.



-Finalmente quiero expresar mi agradecimiento a las organizaciones civiles, al equipo de COESIDA, al CAPASITS Puerto Vallarta, a las instituciones gubernamentales y de la Secretaría de Salud, incluyendo por supuesto a la Secretaría de Educación, a los Hospitales y a los particulares, que colaboran eficazmente con nosotros.

**FIN DE PRESENTACIÓN.**

**ESPACIO DE COMENTARIOS.**

-Mtro. Víctor Galicia Juárez, CHECCOS, A.C. Cuántos casos estiman que faltaron de detectar en el estado, si dice que están detectando 800 casos por año aproximadamente.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, Es difícil poner una estimación.

Ahí lo que nos marca CENSIDA de acuerdo al Programa Spectrum, que es un software que usa ONUSIDA en todos los países del mundo, para poder estimar el tamaño de la epidemia. En este caso estima la cantidad de gente que vive realmente con el virus y a todos los países nos miden con la misma regla. Esta misma estrategia, este mismo Programa Spectrum, CENSIDA lo usa para poder estimar aproximadamente el tamaño de la epidemia en cada entidad federativa.

Según esta estimación, según esta regla, nos faltan al menos 12% de esa cantidad. Estamos hablando de esta cantidad de personas es la que nos falta para el 90, deberían ser 5,510, de las cuales nosotros andamos con poco más de 5,000, lo cual nos mete en una dinámica de que nos hace falta aproximadamente 739 personas por diagnosticar, mas ó menos 184 por año. Esto según la estimación del Programa Spectrum.

Qué pasa si nosotros lo estamos confrontando con las nuevas incorporaciones al SALVAR que son alrededor de 900 personas por año. Esto nos habla de que estamos diagnosticando mucho más que éso, y que probablemente esta estimación se encuentre muy baja y que la cantidad real de personas sea mayor.

Aquí nos dice que nos hacen falta 739 personas, eso desde mi punto de vista con la tendencia que tenemos de nuevos diagnósticos me parece que está sobre estimada

-Mtro. Víctor Galicia Juárez, CHECCOS, A.C. Entiendo la estimación, pero lo que dice Usted que nos hace falta, cuál es el control de la epidemia, en la diferencia.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Bueno al menos tenemos que tener una meta clara de diagnósticos. Nos estamos quedando con esos diagnósticos, nó. Si tú me dices, bueno yo no estoy a gusto y voy a diagnosticar solamente 184 por año, nó. Y lo estamos demostrando de que no es así, de que estamos por mucho testeando para tener 25, 000 a 30,000 pruebas rápidas, y del año pasado 105,000. Eso habla de que realmente tenemos voluntad de estar diagnosticando, y estamos diagnosticando alrededor de 900 personas por año.

-Mtro. Víctor Galicia Juárez, CHECCOS, A.C. Entonces mucha Cascada y no es verdadera en este sentido.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: En esta Cascada finalmente tenemos que trabajar de acuerdo al modelo estándar de ONUSIDA, creo que esta Cascada se debe de replantear de acuerdo a los nuevos números.

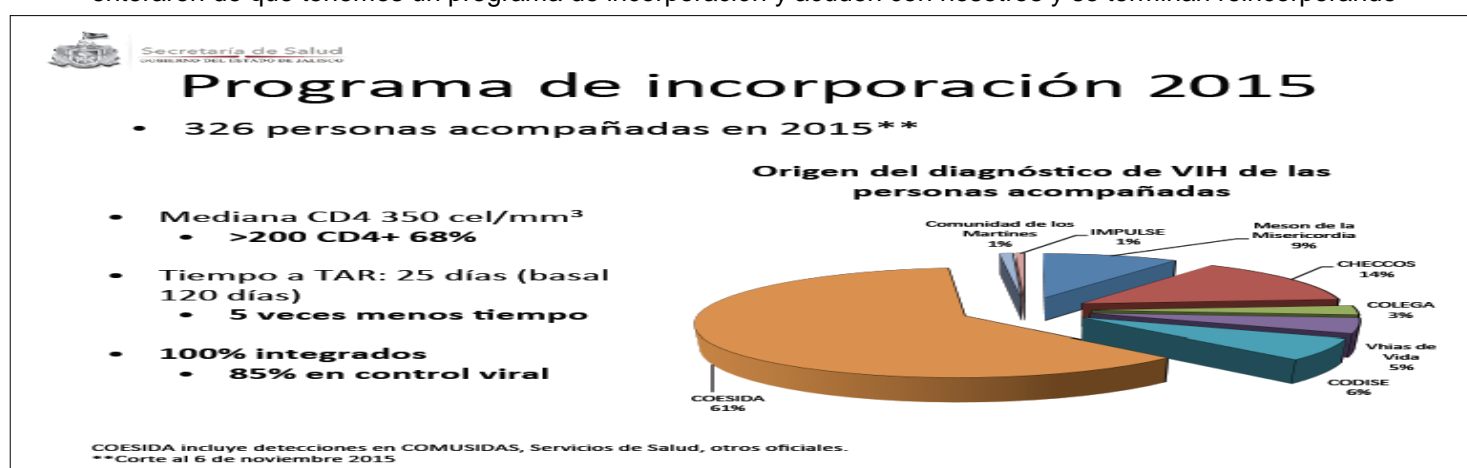
-Víctor Galicia Juárez, CHECCOS, A.C. Qué dice el programa, a lo que dices tú.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Es lo que comentaba. Me parece que es una estimación baja, que tenemos que seguir trabajando para que incrementemos los diagnósticos a como lo estamos haciendo ahora. Tenemos que alcanzar uno de los objetivos de la Cascada, también es no solamente diagnosticar por diagnosticar, si no también, tenemos que tener Programas de alcance comunitario, donde debemos identificar a las poblaciones clave y tenemos que trabajar en la prevención en poblaciones clave en el diagnóstico de poblaciones clave. También tenemos que estimar el tamaño de la población clave, y ésto, en ninguna parte del país lo saben tampoco, pero me parece que al menos es una guía de lo que debemos de hacer. La cantidad de gente que nos hace falta de diagnosticar que, ahí oficialmente son ésas, pero me parece que por mucho lo vamos a superar

-Mtro. Víctor Galicia Juárez, CHECCOS, A.C. Si estás calculando lo que decías en el asunto de detección, quiénes son las organizaciones de la sociedad civil que están reportando?

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Ya lo vimos en la gráfica del universo de personas que pasaron por nuestro Programa de Incorporación. No son la totalidad de la gente con nuevos diagnósticos de VIH en el Estado, son las que pasan con nosotros para asegurarnos que terminan de una manera eficaz ante un Especialista. La mayor parte son del Sector Salud: 61% aproximadamente que vienen de:

1.-Regiones Sanitarias, conocen nuestro Programa, solamente mandarlos con una hoja de referencia de un hospital para que ahí el paciente pueda gestionar su propia cita, la cual muchas veces es tortuosa el proceso; pasan por nosotros la mayor parte entonces son detectados por las regiones sanitarias  
2.-Por el COESIDA. 3.-COMUSIDAS. 4.-Un grupo pequeño también de personas que no diagnosticamos nosotros, si no que ya sabían que vivían con el virus, y que por razones quizá por alguna organización civil o que por su propia cuenta se hicieron la prueba y que ya tienen tiempo conociendo su estatus, y que al final del día se enteraron de que tenemos un programa de incorporación y acuden con nosotros y se terminan reincorporando



-Lic. Leonardo Espinoza Gómez, CODISE, A.C. Me llama la atención que el 31% de la presencia de la sociedad civil son con recursos muchas veces menores a los que pueden ejercer una Región Sanitaria. Pero sobre todo que, no se si en todas las organizaciones, pero en el caso CODISE se redujo la aplicación de pruebas, mas ó menos al 50% con respecto a años anteriores. Y un gran porcentaje de detecciones que nosotros realizamos fueron incorporaciones a la seguridad social como el IMSS e ISSSTE.

Cuando hacemos la incorporación llegan a los 40 días para tener la primera cita. Entonces ésto también nos habla de dificultades que se presentan para la situación epidemiológica.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: En ésto creo que mas bien nos habla de la fortaleza de las organizaciones civiles en relación a que trabajan con población clave, o sea, alcance en población clave. Encuentran más casos, justamente por su trabajo con población clave y son activas porque van y buscan, y muchas veces porque son reconocidos y la gente, que se siente con la posibilidad de vivir con el virus, ya los reconocen Ustedes como un sitio de testeo.

-Lic. Leonardo Espinoza Gómez, CODISE, A.C. Y eso que tenemos como tres años que se suspendió el recurso que había para las organizaciones de la sociedad civil que salía por medio del COESIDA, y que quedó mas o menos incorporado al recurso de la Secretaría de Desarrollo y Previsión Social, y pregunto cuánto de las organizaciones de sociedad civil recibimos recursos para actividades de prevención de transmisión sexual o VIH.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Es un tema que efectivamente nos interesa que puedan tener recursos estatales. Desafortunadamente el Congreso de Estado lo ha suprimido desde que empezó esta administración. Sin embargo, debemos de tomar en cuenta que el financiamiento también tiene una parte del Programa Federal del CENSIDA, donde también nosotros colaboramos con Ustedes para que puedan acceder a recursos económicos, y bueno, que finalmente puedan hacer su labor con relación a población clave; que volviendo al tema de la fortaleza de la sociedad civil, es justamente el trabajo con población clave que sí requieren recursos para continuar estos trabajos de alcance comunitario, y que bueno si el Congreso del Estado nos permite acceder a este recurso con gusto se les otorgará

-Lic. Manuel Salcedo Alfaro, Mesón de la Misericordia Divina, A.C. Quiero destacar que me parece muy loable la presentación, bastante elocuente los resultados. Una felicitación a todo el equipo por su trabajo que ha sido muy meritorio. Además, me parece bastante interesante saber que ya hay un discurso estipulado, muy elocuente y convincente de lo que es el trabajo del COESIDA, y por supuesto, lo que tendríamos qué esperar.

Y por supuesto, sobre algunos puntos que puedan ser valorados y discutidos. Quiero destacar algunos, primero, me parece muy interesante lo que acabo de escuchar no solamente los resultados del 2015, propongo incluso que nos presente las expectativas, las tareas o las áreas de oportunidad para el 2016, es decir, en algunos casos Usted ya plantea un paralelo de qué se ha hecho, qué se puede hacer. Creo que valdría la pena tener algo ya más estructurado, bajo la misma tónica de

qué tendríamos que estar esperando del COESIDA, por supuesto el COESIDA somos todos nosotros, en relación al resultado para este año tanto en detecciones, en incorporaciones, todo lo que tiene que ver con lo que nos ha presentado, y que se haga en la próxima sesión de Consejo a manera de ir recuperando.

La siguiente, me parece un tema importante el asunto de la saturación de los servicios. Creo que sí se tiene que resolver a la brevedad. Particularmente le pregunto, qué se puede hacer con relación a la saturación, Usted ya mencionó algunas acciones, pero nosotros de qué manera podemos apoyar para que esto se acelere en términos de tener un resultado a corto plazo.

Definitivamente el tema de la incorporación me parece un tema también bastante importante. Hay algunas instituciones que por su experiencia lo hacen muy ágilmente, hay otras que no. Particularmente, los hospitales civiles de Guadalajara, que son los que más tiempo nos toma para hacer la incorporación, que incluso pueden tomarnos más de una jornada laboral, por decirlo de alguna manera, cuando yo creo que podemos efficientar y agilizar esos procesos para evitar que alguien en el camino se nos desespere y se nos va.

Finalmente, los tiempos políticos electoreros todavía no llegan, nada de qué preocuparse. Sin embargo, qué se está haciendo para hacer que esto trasgreda o vaya todavía más allá de un cambio político, administrativo, para mantener la política, el trabajo, los resultados que se tienen en los Reclusorios, para mantener el trabajo que se está haciendo en los Hospitales, la integración, la detección, la adquisición de insumos. Qué se está haciendo y qué se puede hacer para evitar que eso desaparezca. Porque siempre es algo que lo vivimos cotidianamente cuando hay un cambio de administración, incluso, no necesariamente tiene que ser los normales, pueden haber algunos sorpresivos.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza:

-Qué se está haciendo en nuevos proyectos: La construcción de un CAPASITS Metropolitano, Centro de Atención Ambulatorio para personas con VIH, que se encuentran sin necesidad de ser atendidas por un Centro de 3er. Nivel de Atención, que son la mayoría afortunadamente. Hemos gestionado un recurso federal que se encuentra en la etapa de ver cuál es el sitio más conveniente con respecto a que sea un sitio ubicado, que sea clave, altamente accesible, en lo cual hay varias opciones en la zona metropolitana de Guadalajara en terrenos que pertenecen a la Secretaría de Salud.

Es un recurso al menos para empezar con la remodelación. Que se entienda que es un recurso para remodelar un edificio que ya está construido, no para construir de cero, de aproximadamente de 10 millones de pesos, para empezar.

Posteriormente se tendría que ver y aspirar a otro tipo de recurso para poder incrementar el tamaño de alcance en este tipo de Clínica, pero al menos podemos esperar que al mediano plazo podamos contar con un Centro Metropolitano.

El plan es comenzar este año, y esto va a terminar por desahogar en gran medida los procesos de incorporación y de sufrir sobre todo, a la atención de las personas VIH positivas, y también, plantearlo como un sitio de alcance para poblaciones clave VIH negativas para que sigan siendo VIH negativas. Eso es lo que más nos interesa, enfocarnos a la población de muy alto riesgo, de la que si no hacemos nada, ya sabemos que eventualmente van a terminar adquiriendo el virus, a una velocidad que ya conocemos alrededor de traer 4 o 5 casos, por cada 100 personas vulnerables lo van a adquirir, cada año. Tenemos que alcanzar esa población a través de este tipo de estrategias, de un sitio amigable para poblaciones clave del 1er. Nivel de Atención, cosa que no existe en este momento.

-Cómo le vamos a hacer para trascender la administración: Actualmente, hay una política estatal de tener bien claros cuáles son nuestros procesos a través de Manuales, que ya han sido revisados por las instancias legales correspondientes, en donde nos piden que los nuevos programas que tengamos los escribamos y digamos los métodos que estamos haciendo, para que esto, finalmente tenga un financiamiento específico, y pueda eventualmente trascender la administración. Tenemos que tener claro que esos procesos deben de estar escritos dentro de los procedimientos del Consejo Estatal, y que prácticamente ya están.

-Lic. Héctor Federico Zúñiga Bernal, Secretaría General de Gobierno: Son políticas públicas federales que ya han sido etiquetadas, que ya se clasificaron. Podemos decir que están con candados, y no puede haber un proceso político para que se pueda manipular. Esto en cualquier programa se conoce, de que están alejados de los procesos electorales. Yo creo que en el estado de Jalisco son de los mejores resultados que estamos dejando nosotros, todos los Consejos.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Y bueno al existir estos Manuales, prácticamente ya nadie los puede mover, entonces creo que al menos es lo que estamos asegurando para la continuidad de los trabajos básicos.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza:

Los tiempos para agilizar: Desde el principio hemos intentado agilizar el proceso. Por ejemplo, el Hospital General de Occidente donde solamente son dos Infectólogos, que atienden todos los pacientes con algún tipo de potencial infección y no solamente de VIH. Empezaron con 400 pacientes con VIH en el 2013, y ahora tienen casi 1,000 pacientes, doblaron prácticamente la población. En el Hospital Civil de Guadalajara, que tenía 1,700 al principio de la administración, ahora tienen 2,800 pacientes. Por este incremento significativo de testeo para la misma cantidad de Médicos, obviamente que esto termina rebasando cualquier posibilidad de mejorar los procesos de incorporación. Por eso tenemos que pensarle en otras alternativas. Al menos la meta es que ejerzamos para este año el recurso de 10 millones de pesos en la construcción del CAPASITS Metropolitano, y ya veremos si es posible echarlo andar para el siguiente año, no me quiero comprometer en detalles, por ahora.

-Dra. Patricia Becerra Innigris, Colegio Mex. de Sexología y Educ. Sexual, A.C. Felicidades también y que ya hay resultados interesantes. Solo que si veo una gran diferencia entre lo que se ha podido trabajar o ampliar en el área de prevención que es uno de los planteamientos de fondo, qué se puede hacer para mejorar los recursos para prevención en educación y Campañas. Porque de pronto la gran parte, que de alguna manera también ha sido un avance, está destinado a tratamientos y control.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Bastante somero el presupuesto. Cada año solicitamos recursos, pero finalmente estamos en una austeridad, no nos han incrementado los recursos. Pero tenemos que aspirar a incrementar la cantidad de recursos, que son insuficientes a todas luces para estrategias de prevención.

Hemos visto que la mayor cantidad de dinero se va en tratamientos. Puedo decir que México, por alguna razón de tratados internacionales, compramos de los más caros. Es de los países de ingresos medios que más caro compramos medicamentos antirretrovirales, es una realidad.

Parte de la solución de esta problemática sería que se compren medicamentos más baratos, para que ese dinero que finalmente se está usando en medicamento, pueda ser redistribuido a estrategias de prevención. Pero eso finalmente se tendría que impulsar al nivel federal y poder tener acceso a mayor cantidad de recursos, en vez de



tratamientos mas bien a prevención. Que también en tratamientos pueden ser al final del día, pero bueno, entendiéndose la prevención desde un punto de vista más holístico.

-Lic. Roxana Torres Esquivel, ITESO: Es un trabajo de mucho tiempo el que se ha venido haciendo, tanto del COESIDA como de las organizaciones civiles, creo que es una felicitación común.

Y también lo digo, no solamente la falta en los presupuestos está en las instituciones gubernamentales, si no, en la supervivencia de las organizaciones civiles, que es cada vez más frágil. Esto también es un tema, que no sé cómo se esté pensando en función de estrategias en la supervivencia en una forma también de cómo pensar esa manera conjunta.

Y otra pregunta, qué se está haciendo en población migrante e indígena en relación al VIH.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza:

-La cuestión de los recursos, ya se discutió. Ahora, no hay que perder de vista que también hay recursos para Prevención dados por el Nivel Federal. De hecho, se encuentra la Convocatoria del CENSIDA 2016 para que las organizaciones civiles accedan a un fondo de 90 millones de pesos para programas de prevención, de los cuales, varias de las organizaciones civiles aquí presentes, están aspirando a tener acceso a este tipo de presupuesto. Me parece que en parte ayuda al trabajo que estas asociaciones hacen. Tenemos claro que es insuficiente pero cuentan con estos recursos.

-Población Clave Migrantes. Es un tema que también estamos empezando mediante un programa de la mano con FM4 paso libre. Estamos en acercamientos todavía, ellos al tener ya un área que les ha otorgado el Gobierno del Estado, estamos planteando tener un trabajo fijo con FM4 paso libre, un tema de Punto Seguro. Es decir, estamos observando un flujo de migrantes que llegan viviendo con el virus, lo saben, y que por situaciones de necesidad económica dejan sus países abandonan sus tratamientos y nuestro Programa incluiría que la persona migrante que vive con el virus pueda acercarse a nosotros para gestionarle el tratamiento antirretroviral gratuito, durante su recorrido a través de la República Mexicana, visualizar cuáles son sus sitios de paso a donde él quiere llegar para ponerlos en contactos con los CAPASITS, que se encuentran en ese trayecto y que ellos les puedan, también continuar su tratamiento antirretroviral durante su estancia en el territorio nacional. Al menos este es el plan que tenemos con FM4 paso libre. Estamos en un Proto-programa que vamos iniciando.

-En uso de la voz se le concede a un representante de la C.E.D.H., el cual manifestó lo siguiente: Primero felicitaciones por todo. Quiero hacer el comentario con relación a la parte en derechos humanos que se presentó en el Informe, en relación a si es un acoso laboral o discriminación laboral, la Comisión Estatal de Derechos Humanos ya tiene la Sexta Visitaduría que es la directamente encargada de ver cuestiones laborales. Lo hago saber a este Consejo y de cualquier manera también es un acceso más fácil y rápido para obtener una solución de conflictos en ese sentido. Se trabaja con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Gracias por la información, y por tener este sitio para gestionar y de solución de estas problemáticas.

### FIN DE LOS COMENTARIOS.

#### **Punto No. 06**

#### **I-MARZO./2016. ASUNTOS VARIOS.**

a).-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza. Hago extensivo evento de especial relevancia en el estado de Jalisco la "XV Semana cultural de la diversidad sexual", que organiza el Instituto de Nacional de Antropología e Historia a través de la Dirección de Antropología Física, y que cada año realizan en alguna parte del país, y que para el 2016 tocó al estado de Jalisco ser sede de la XV Edición. Está dirigido al público en general y la entrada es gratuita, del 2 al 6 de mayo, en Lagos de Moreno, Jal.

**XV semana cultural de la diversidad sexual**

CULTURA  
SECRETARÍA DE CULTURA

El Instituto Nacional de Antropología e Historia a través de la Dirección de Antropología Física y la Universidad de Guadalajara a través de Radio Universidad de Guadalajara en Lagos de Moreno XHUGL 104.7 F.M., el Centro Universitario de Lagos de Moreno y la Preparatoria Regional de Lagos de Moreno, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Invitan a:



**Semana Cultural de la Diversidad Sexual**

2 al 6 de mayo de 2016  
Teatro José Rosal Moreno  
Lagos de Moreno, Jalisco

Lema de la décima quinta edición:  
Respeto a los derechos, equidad y justicia para tod@s.  
¡Porque todos importamos... somos iguales pero diferentes!

**Contenido del evento:**

- Catorce conferencias magistrales
- Seis mesas debate
- Cuatro paneles
- Tres presentaciones de libros
- Tres talleres
- Una entrevista
- Dos documentales
- Tres actividades culturales
- Mesa Informativa: folletería y venta de libros

**Catorce conferencias magistrales:**

Mtro. Norma Elena Negrete (EDIAAC, DF)  
Mtra. Teresa Ulloa (CAIW-LAC)  
Rvdo. Alejandro Solalinde (Albergue de migrantes en Oaxaca) por confirmar  
Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez (DAF-INAH)  
Rvdo. Raúl Lugo (Equipo Indignación, Mérida)  
Lic. Joaquín Aguilar (SNAP)  
Dra. Mercedes Olivera (CESMECA)  
Dra. María Candelaria Ochoa (U de G)  
Dra. Marcela Suárez (UAM-Azcapotzalco)  
Lic. Víctor Hugo Flores (Abogado Independiente)  
Mtro. Fabián Giménez Gatto (UAG)  
Dra. Alejandra Díaz Zepeda (UAM-Xochimilco)  
Dr. Roberto Castelán (U de G)  
Mtra. Guadalupe Martínez (Colectivo de Mujeres)

**Seis mesas debate (con 30 conferenciantes):**

1. Problemas sobre género y sexualidad en: niños, niñas y adolescentes.
2. Problemas sobre género y sexualidad contemporáneos
3. Salud sexual y reproductiva
4. Inmigrantes de la diversidad sexual
5. Crímenes de odio por homofobia
6. De la discriminación y violencia hacia las mujeres al feminicidio

**Cuatro paneles:**

1. Homosexualidad y religión
2. VIH Sida en el siglo XXI en México
3. Testimonios sobre discriminación y violencia sexual en personas migrantes
4. Medios de comunicación: visión genérica y sexual

**Tres presentaciones de libros:**

1. ¿Des-ordenando el género/ des-centrando la nación? El zapatismo de las mujeres indígenas y sus consecuencias. Dra. Marga Milán
2. Entre cuerpos y placeres. Las representaciones y prácticas sexuales de las personas con discapacidad. Edith Yesenia Peña Sánchez y Lilia Hernández.
3. Revista de Estudios de Antropología Sexual del INAH No. 6.

**Tres talleres:**

1. Yo ya sé todo ¿cómo identificar el abuso sexual? Antonio Romero (Escritor).
2. Prevención del abuso sexual infantil, trabajo con niños en edad escolar Antonio Romero (Escritor).
3. Menstruación Conciente Olivia Loveland (Helecho Verde)

-Dr. Ariel E. Eduardo Campos Loza: Si no existe ningún otro comentario, levantamos la mesa y agradezco su amable asistencia. MUCHAS GRACIAS.

**FIN DE LA REUNIÓN A LAS 10:57 HORAS.**

**FIRMAN EL ACTA EN LA FECHA QUE SE ACTUA, LOS QUE QUISIERON Y PUDIERON HACERLO, PARA CONSTANCIA, DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO POR EL ACUERDO OCTAVO, INCISOS e).- f).- g).- ASÍ COMO, LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 15, DEL REGLAMENTO INTERNO DEL COESIDA JALISCO.**

Hoja 22/23

**FIRMAS DE ACTA/MINUTA DE REUNIÓN ORDINARIA DE CONSEJO DE VOCALES 2016 DEL COESIDA JALISCO**

**LISTA DE VOCALES ASISTENTES**

15 MARZO DEL 2016






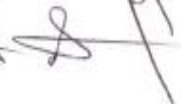

9:00 hrs.

NOMBRE	FIRMA	INSTITUCION
D.F. IS. UA GE. RODRIGUEZ López.		PATRONATO DE APOYO DEL H. C. O.
Alejandro Ampudia		Centro San Camilo
Beley Casarrubas		Centro San Camilo
Dr. Luis ACUILERA M.		COMUSIDA Tlaquepaque
Lic. Hector Federico Zúñiga B.		S. G. G.
Lic. Nelly Arulina Barajas Estrada		Fiscalía de reinserción nellybaese@hotmail.es
Dr. Francisco Ramírez Casillo		MEXFAM A.C.
David John Kalkke		Comunidad de los Martines A.C. alstonula Salm.
Dr. Alejandro Molina Ojeda		
José Manuel Sakedo Alfaro		Mesón de la Misericordia Duma A.C. ST y PS.
Estefania Jiménez Carbajal		DIF Jalisco - Colegio Mexicano de Sexología
Tomás Eduardo Trinidad López		y El Sexual A.C.
Dra Patricia A Becerra		COMNS
Dra Sunny		COLEGA. A. A.C.
Isidro García D		CIECCOS A.C.
Victor D Galea		Educación
Laura A. Rubio Guzmán		Educación
Alejandro Rotherhauser Sanchez		Red Ciudadana A.C.
Carolina Muñoz Hernández		33420261-33420262
Leonardo Espinoza Guez		Codise A.C.

Hoja 23/23

**FIRMAS DE ACTA/MINUTA DE REUNIÓN ORDINARIA DE CONSEJO DE VOCALES 2016  
DEL COESIDA JALISCO**

**LISTA DE VOCALES ASISTENTES**  
15 MARZO DEL 2016  
9:00 hrs.

<u>NOMBRE</u>	<u>FIRMA</u>	<u>INSTITUCION</u>
Carlos Peregrin Sandoval		COE JALISCO
M Jorge M. Casals GTE Rosaura Torres		OAD BAPOPAN Jalisco ATE SO
Beatriz E. Tanaya Alonso		ProSCavi, A.C.
Arda Jimenez		COESIDA
Carlos F. RIVERA PRABOSO		COESIDA
GEORGINA BARRERA MEDINA		COESIDA
Maria Amparo		COESIDA