

**CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA EN JALISCO
III REUNIÓN ORDINARIA DE CONSEJO DE VOCALES 2015
AUDITORIO DE LOS CONSEJOS ESTATALES DE SALUD**

**Número de VOCALES ASISTENTES: 28
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 9:15 horas, del día 24 de agosto del 2015, con la asistencia de 28 representantes de la Vocalía, según consta al final de la presente, y se hacen sabedores de los puntos tratados, se da inicio a III Reunión Ordinaria del COESIDA 2015, presidida por el Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, Secretario Técnico del Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco.

Punto No. 12

III-AGOSTO/2015. BIENVENIDA Y QUORUM ESTABLECIDO.

El Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, da la bienvenida y se agradece la puntualidad a todos, declarándose la existencia del quórum para llevar a cabo la sesión.

Punto No. 13

III-AGOSTO/2015. COMENTARIOS A LA MINUTA DE REUNIÓN ANTERIOR.

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

Punto No. 14

III-AGOSTO/2015. “Programa de Retención en tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH del Estado de Jalisco: *La Importancia del apoyo en el transporte.*”

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Este es un punto de relevancia a cerca de las estrategias sobre la retención de tratamiento antirretrovirales específicamente en mujeres con VIH, y el tema específico es la importancia del apoyo en el transporte.

Las personas que viven con el VIH pueden poseer una serie de factores bio-psico-sociales que pueden interferir en la posibilidad, de:

Mantenerse en tratamiento antirretroviral de manera interrumpida y lograr de manera prolongada una supresión viral que es al final del día, uno de los objetivos del tratamiento integral de las personas que viven con el virus. Ya que éso les permite por un lado alcanzar los mejores beneficios individuales al sobrevivir a la infección, pero también, beneficios colectivos en términos de Salud Pública al prevenir transmitir el VIH a sus parejas sexuales.

Uno de estos factores bio-psico-sociales que interfieren de manera relevante en la probabilidad de que las personas se mantengan en tratamiento antirretroviral es justamente el transporte.

El transporte se considera como uno de los factores más relevantes con relación a las barreras sociales que impiden que las personas puedan controlar su infección.

Y con relación a un estudio que realizó el Dr. Lankowski, publicado en el 2014 en la revista médica “Aids & Behavior”, donde revisa una serie de 33 estudios metodológicamente bien realizados, donde en términos generales concluye, que:

-44% de los estudios, mostraron que las barreras relacionadas a la distancia geográfica y al transporte podrían tener un efecto negativo en la probabilidad de que una persona pueda tener el control de la infección por VIH.

Sobre un estudio que realice en mi Maestría en Salud Publica donde hice una entrevista a 200 personas que viven con VIH:

El 40% habían referido haberse quedado alguna vez sin dinero para el transporte:

-1/3 de las personas habían dicho que la razón por la que habían cambiado el dinero del transporte para aliviar otras necesidades primarias: 1ro. la comida; 2do. por necesidades de vestido; en último lugar por cuestiones de vivienda.

-El 72 % de las personas fueron clasificadas como de un nivel socioeconómico tipo bajo;

-El 24% de las personas entrevistadas vivían a más de 20 kms., con una mediana de 12 kms, y el tiempo que invertían en el traslado de su domicilio a la Unidad de Atención, fue más de 3 horas.

La historia de pérdidas de citas médicas relacionada a la falta de transporte, fue de 45%.

Las personas con falla crónica al apego y abandono del tratamiento antirretroviral, tienen entre 2 y 3.3 veces más probabilidades de haberse quedado sin dinero para el transporte, que aquellas personas que tenían un apego óptimo.

Aún así, a pesar de que las personas puedan tener un buen apego a su tratamiento antirretroviral hasta el 20%, o sea, 1 de cada 5, habían referido en su momento haberse quedado sin dinero para el transporte.

Por lo tanto, la falta de dinero para el transporte impacta en la probabilidad en mantenerse con cumplimiento óptimo en las personas que viven con el virus.

Haciendo una revisión en la literatura, sobre cuáles son las Intervenciones en Salud Pública que mejoran el acceso a los Servicios de Salud relacionados al VIH, se recomienda una serie de acciones, que incluyen:

1. Mejoría en la Infraestructura de Salud.
2. Descentralización de Servicios.
3. Reducción en la frecuencia de las citas. Es decir, hacer que la gente vaya lo menos posible, si la persona está controlada, dar las citas de 4 a 6 meses, para que fueran lo menos posible a las Unidades de Atención.
4. Implementación de Clínicas Móviles que alcancen a los usuarios en sus propias comunidades.
5. Simplificación de protocolos de manejo para que las Unidades de Atención más pequeñas puedan atender personas con enfermedades complejas como el VIH y sida.
6. Provisión de pagos de estipendios para el transporte.

-¿Cuáles son las características que debe reunir el transporte con respecto a factores no necesariamente voluntarios o que dependen o escapan a la voluntad de las personas para poder asistir a las Unidades de Atención?

Que el transporte sea: **DISPONIBLE, ACCESIBLE, AJUSTABLE, ASEQUIBLE Y ACEPTABLE.**

-¿Qué quiere decir cada una de estas Características?:

-TRANSPORTE DISPONIBLE: Que existan de recursos de transporte en un área geográfica, y éstas a su vez se dividen en transporte propios, públicos o transportes reservados, y los reservados quiere decir básicamente servicios de taxis o servicios de camionetas específicas para trasladar personas con VIH a las Unidades de Atención.

-ACCESIBILIDAD DEL TRANSPORTE. Es decir, a pesar de que existan un transporte en sus comunidades, la accesibilidad quiere decir cuál es la capacidad que tiene ese individuo de obtener el transporte.

Y el transporte es menos accesible en quienes no tienen vehículo propio, quienes usan más tipos de transporte y quien tiene menos ingresos.

Y lo que si se ha demostrado, a través de este modelo de accesibilidad, es que las personas que tienen menos acceso, generalmente tienen impacto negativo sobre su apego al tratamiento antirretroviral.

A continuación algunos ejemplos de la falta de Accesibilidad:

1. Que aunque existen tipos de transporte, pero los horarios sean muy limitantes.
2. Que existan largos periodos de traslado logísticamente complicado, por ejemplo, gente que viva en zonas rurales muy aparte, especialmente alejadas de la ciudades grandes como ejemplo, los Wirarikas.
3. Transportes que no tienen infraestructura para sillas de ruedas o para las personas físicamente frágiles que eso también representa una falta de acceso a un tipo de transporte.

-AJUSTABILIDAD DEL TRANSPORTE. El empate entre las características de Transporte y el Sistema de Salud.

Estos son ejemplos de una transportación que no se ajusta a las necesidades de las personas:

-No es confiable. No existen horarios específicos del transporte por lo tanto, esta falta de horarios específicos precipita pérdidas de citas o incluso pérdida de transporte de regreso a sus comunidades.

-Dificulta el acceso a múltiples servicios en un solo día. Las personas que tienen enfermedades complejas y que quieren ir en un solo día, tanto a la consulta de VIH, como a citas con el ginecólogo, con el psicólogo o el psiquiatra, se les complica en un solo día hacer todo este recorrido, justamente por vivir lejos y por tener un horario limitados que no se ajustan a sus propias necesidades.

-Que se prolonguen los tiempos de espera, que exponen a las personas a inclemencias del tiempo en los sitios donde están esperando el transporte, lo que a su vez pueden exacerbar problemas respiratorios o dolores articulares en personas que tienen enfermedades avanzadas.

-También exponen a las personas inmunosuprimidas con una enfermedad avanzada por VIH a contagios cuando van en transportes con múltiples personas, por ejemplo, en épocas que hay brotes de influenza en la comunidad que los hace susceptibles a adquirir infecciones cuando se trasladan en transportes públicos.

-Y los horarios inflexibles que impiden usar servicios en situaciones especiales. Por ejemplo, cuando necesitan una cita no programada porque se presentó una emergencia pues también no pueden acudir porque finalmente no existe este servicio de transporte.

-ASEQUIBILIDAD. Lo que significa el costo específico para cada persona.

Lo que puede significar para una persona \$20.00 una propina, para a otra significa el comer.

Entonces ésos \$20.00 pueden mejor optimizarlo, como ya vimos, en otras necesidades básicas o primarias antes de usarlo para el transporte para ir a las Unidades de Atención.

-ACEPTABILIDAD. Que denota procedimientos y actitudes hacia las personas con VIH.

Como ejemplo, un servicio de transporte poco aceptable son aquellos que usan transportes especiales para personas con VIH, que son marcados con anuncios que evocan al VIH o sida; que los choferes puedan ser que tengan bajos estándares profesionales, que tengan poca sensibilidad, que sean rudos, que no sean corteses o que usen por ejemplo, cubre bocas, o con alguna señal de discriminación hacia las personas que viven con el Virus.

En el presente ejercicio, a través del Ramo 12 del Presupuesto Federal, se solicitó una Partida de \$243,885 pesos, que fue aprobada por CENSIDA, pero solamente para el rubro de Mujeres con VIH.

Actualmente en el estado de Jalisco contamos con aproximadamente 470 mujeres con VIH que están inscritas a través del Régimen de Seguro Popular, y este apoyo del transporte está prácticamente, hasta el momento, solamente aprobado para estas personas.

El suministro de este apoyo son a través de las Unidades de Atención a discreción de los Trabajadores Sociales. Los criterios de inclusión para que las mujeres puedan acceder a este tipo de servicios, son:

Apoyo para transportes

- **Suministro por las unidades de atención a discreción de l@s trabajadores sociales**
- **Criterios de inclusión**
 - Sexo femenino
 - Antecedente de abandono de TAR
 - Pérdida de citas por quedarse sin dinero
 - Mujeres embarazadas
- **Condiciones especiales**
 - Secuelas físicas
 - Enfermedad avanzada
- **Temporalidad: 6 meses**
- **Efectivo basado en comprobantes ya ejercidos. "Regreso en espejo".**
- **Prioriza autobuses, taxi bajo previa aprobación de TS.**

En relación a la Variable de Historia de Abandono al Tratamiento.

Cuando una persona tiene un antecedente de haber abandonado el tratamiento antirretroviral tiene hasta 32 veces más probabilidad de volver abandonar el tratamiento, comparado con una persona que tiene un apego óptimo a pesar de tener el antecedente de haberse quedado sin dinero para el transporte, en algún momento.

Pero observamos también a las personas que tienen apego sub-óptimo también tienen alrededor de 3 veces más probabilidades de tener el antecedente de haberse quedado sin dinero para el transporte.

Entonces eso me parece que es un sustento que permite apoyar el concepto de que las personas que tienen el antecedente de haber abandonado el tratamiento, pues son las personas que podrían ser candidatas para acceder a este tipo de apoyo.

Sobre otro análisis de las pérdidas de citas.

Observamos cómo las personas que han perdido citas de hecho es uno de los factores que también predice el abandono 33 veces más probabilidad de haber tenido o de abandonar las personas que han perdido citas comparado con 5 veces la probabilidad de tener un apego sub-óptimo en las personas que han perdido citas.

-EL APOYO EN EFECTIVO TIENE VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Las ventajas son: Hacen que el transporte sea disponible, asequible y lo puede hacer aceptable. Los transportes privados además hacen que el transporte sea ajustable y accesible, sin embargo, las desventajas más evidentes son que puede crear dependencia y formar una nueva barrera para el uso de otros servicios.

Estamos averiguando la manera de manejar el lecho de dar efectivo, con el principio de reembolso, es decir, mediante la compra de servicios pre-pagados, darle a una persona un boleto para que lo pueda utilizar en el transporte de venida, pero éso depende de que tengamos primero un Convenio con las empresas de transporte específicas, donde nos permitan pagarles por adelantado para que nos den un Vale.

Obviamente en ésto hay también ventajas y desventaja. Existen empresas que no llegan todos los sitios donde viven las personas, pero estamos en estudio de cómo hacer que las personas puedan tener mejor acceso a este tipo de transportes.

COMPROBACION DEL RECURSO.

Estamos en procesos de afinar los detalles en la comprobación del recurso.

Vamos a iniciar con una cantidad de dinero a las Unidades de Atención con aproximadamente \$5,000 pesos por Unidad de Atención. Ya están los Formatos de Comprobación, tenemos también que planear situaciones de emergencia; no se garantiza la permanencia del apoyo cuando su origen es Federal, donde nos dicen ahorita si lo tenemos, pero el año que viene no garantizan el continuar el apoyo, sobre todo con estos recortes en Salud que existen actualmente, y que se cierran en los meses de noviembre de cada año administrativo.

Se tiene que afinar detalles de apoyo conforme se evalúa la eficacia del mismo, con resultados específicos sobre todo, qué tanto el apoyo permite que las personas permanezcan en tratamiento antirretroviral ininterrumpido, que logre su control virológico, y obviamente, que estimule el cumplimiento de citas a las Unidades de Atención.

Se buscará a futuro la expansión del apoyo a otros sectores que beneficien a la población también del sexo femenino. Solamente el CENSIDA nos aprobó dinero para mujeres, pero también creemos que la prevención del VIH en mujeres significa también prevención en los hombres, por supuesto las mujeres también se benefician cuando los hombres se encuentran indetectables, y un ejemplo de ello, es también si existen hombres VIH positivos que están en una relación heterosexual y que tengan una pareja mujer serodiscordante pues no hay mejor prevención que también mantener a los hombres en tratamiento de manera indetectable y que si esa persona hombre está en riesgo de abandonar el tratamiento, pues obviamente si ésta persona abandona el tratamiento lo que va terminar es transmitiendo el virus a su pareja mujer.

Eso es uno de los ejemplos nada mas, también esperemos que este tipo de apoyos sea abierto también al resto de las poblaciones también de hombres.

Sobre todo ésto, puede ser posible si logramos racionar o usar de manera inteligente este tipo de recursos de transporte y que demostremos los resultados contundentes de este tipo de uso del recurso para que CENSIDA, igual con la misma cantidad de dinero, nos permita expandir hacia el resto de la población.

- **En proceso de afinar los detalles de la comprobación del recurso.**
 - Cantidad de dinero dado a las unidades de atención
 - Formatos de comprobación
 - Situaciones de emergencia
- **No se garantiza la permanencia del apoyo.**
- **Termina en noviembre con el año administrativo.**
- **Se afinarán detalles de apoyo conforme se evalúe la eficacia con resultados específicos:**
 - Permanencia en TAR
 - Control virológico
 - Cumplimiento de citas.
- **Se buscará a futuro la expansión del apoyo a otros sectores que beneficien a la población del sexo femenino**
 - Por ejemplo: hombres VIH + en relación heterosexual serodiscordantes con alto riesgo de abandono y mal apego al TAR.

FIN DE LA PRESENTACIÓN. GRACIAS.**ESPACIO DE COMENTARIOS**

-*Dr. Osmar Matsui Santana, U. de G.* Es un tema muy importante el que se está tratando. Si bien el transporte es uno de los factores que puede estar imposibilitando el apego óptimo al tratamiento, quisiera preguntar, el estudio que realizaste quiénes tienen más falta de apego al tratamiento, los hombres ó las mujeres.

Y por supuesto, no únicamente pensar en el último ejemplo que pusiste en que hombres seropositivos tengan una pareja heterosexual discordante, porque puede ser que no tenga pareja, pero que puedan estar teniendo relaciones sexuales con otras personas, que de antemano sabemos que el hecho de que estén en tratamiento con apego óptimo van a reducir las posibles transmisiones del VIH.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Con respecto a los estudios que hice no hubo diferencias estadísticas significativas en sexo masculino y sexo femenino en la probabilidad de abandonar el tratamiento o de tener una falla crónica al apego entre sexos.

Estoy de acuerdo, así lo he señalado y solamente fue un ejemplo de las mujeres. Por supuesto que un apoyo de transporte termina beneficiando a todo mundo, si las personas se encuentran con algún tipo de resolución de su problema relacionado a la falta de dinero para el transporte.

También debemos tomar en cuenta que el apoyo económico solamente mitiga una razón social de fondo que es la falta, de alguna manera, de oportunidad de empleo, por cuestiones de una enfermedad avanzada, de la misma pobreza y otras razones significativas, etc., pero sí estoy de acuerdo en que definitivamente habría que expandir el apoyo de transporte para el resto de los sectores, sin embargo, en este momento, al ser aprobado solamente para mujeres, entonces habría que utilizar el recurso y demostrar que se está usando de manera racional, para que pueda ser un argumento para expandirlo al resto de la población.

-Dr. Osmar Matsuí Santana, U. de G.: En relación a éso, no se si se pudiera con Presupuesto Estatal hacer un pilotaje hacia hombres también, y el poder decir en cuánto ha ayudado este tipo de intervención de apoyo de transporte a personas que no tengan el recurso, y que sí se mejoró el apego al tratamiento, aunque no viene del recurso Federal pero que se pudiera hacerse un pequeño pilotaje para estas personas.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Ya lo comenté, que partiendo del hecho de, a la persona que se le apoya económicamente la vamos a estar evaluando con resultados específicos:

- 1.-Que nó tenga pérdida de citas.
- 2.-Que alcancen la estabilidad desde el punto de vista virológico.

-Dr. Francisco Nápoles Gtez. Hospital Civil Nuevo: Cuando uno va a alguna parte le dan un anticipo que se llama Gatos por Comprobar. No se si se ha considerado esta estrategia, en donde se le entrega una cantidad en efectivo a la persona, con el compromiso de que entregue comprobantes de en qué se gastó, porque si lo haces a través de la gente y no tiene dinero, cómo va a gastarlo y cómo te va dar los comprobantes.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: En este tipo de apoyos en efectivo, es algo que los mismos expertos en relación al transporte para personas con VIH, no recomiendan el adelantar dinero en efectivo. En todo caso a través de Vales que garanticen a una persona en el momento que sea, se suba al transporte y no le cobren nada. Pero en efectivo no se recomienda hacerlo porque generalmente lo utilizan para otro tipo de servicios y menos para el transporte, de ahí que la recomendación es nó hacerlo.

Lo que estamos haciendo en su momento, es entrar en contacto con Empresas de Transporte que nos permitan hacerles un pre-pago de una cantidad determinada. Pero ésto si es algo complejo, puesto que los Transportes que alcanzan a cubrir ciertas regiones del Estado son diferentes Empresas, no necesariamente la misma Empresa. Con algunas sí podemos tener un Convenio, otras no necesariamente. Pero bueno, también tenemos que tener un recurso de alguna manera continuo para nosotros también hacer los compromisos con las Empresas. Es el primer año que se nos aprueba y de momento no podemos hacerlo.

-Dr. Nápoles, Hospital Civil Nuevo: Podría ser una primera vez: Y si no comprueban perdiste ya la oportunidad.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: El punto es que, si se aplica esta penalización que Usted comenta, las personas finalmente también siguen faltando a sus citas y siguen sin tratamiento antirretroviral. Lo que al final del día lo vas a tener que seguir apoyando, y pues no tendría ese efecto.

-Lic. Eduardo Tomas Trinidad López, DIF Jalisco: Dos recomendaciones, el Ramo 12 es muy complejo de comprobar, pero está el Ramo 33 que es para Apoyo directo a la gente, pueda ser que por ahí se pueda meter para el próximo año, porque sí es importante el tema; o recurso Estatal ordinario que tú lo puedas etiquetar como dependencia Estatal.

En DIF Jalisco hemos otorgado los apoyos para familias que nos ha pedido el Mesón de la Misericordia, ellos tienen cobertura estatal, hemos apoyado a dos familias indígenas con esta situación para su transporte y les brindan la atención, y este Recurso Ramo Federal que se convierte en Ramo 33 que es Estatal y es el apoyo directo a la familia, puede ser también una estrategia para expandir el apoyo, y esto en general a todos para mujeres, hombres, niños y la familia.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: En relación al apoyo para las personas que viven con el virus sí tenemos cierta facilidad para la comprobación, pero uno de los objetivos del apoyo, es que las personas tengan eventualmente la capacidad física de volver a tener un empleo y pagar sus propios insumos para continuar su tratamiento antirretroviral, de ahí que haya una corresponsabilidad. Y si existe un antecedente que se considera que hay una amenaza inminente para continuar el tratamiento, ya vimos las variables que pueden predecirlo, que una persona eventualmente lo va abandonar y una variante que ya demostramos es si la persona pierde citas relacionadas a que se quedó sin dinero para acudir, esa persona tiene treinta y tantas veces más probabilidades de realmente suspender el tratamiento.

De ahí que si una persona tiene el antecedente y ha sido detectado por Trabajo Social entonces sea una persona que puede ser elegible para apoyarla con un tratamiento de 6 meses, mientras su situación económica puede mejorar en relación a su situación de empleo.

FIN DE LOS COMENTARIOS.

III-AGOSTO/2015. ASUNTOS VARIOS.

a).-Mtro. Víctor D. Galicia J. CHECCOS, A.C. Con relación a la búsqueda que hicimos de pacientes perdidos el año pasado y antepasado del Hospital Civil Viejo y del Hospital Civil Nuevo, la verdad es que lo de las mujeres es un asunto muy delicado, también hombres. Pero de mujeres que incluso decían éso, que no tenían recursos y del asunto de cuidar a los hijos. Es muy difícil para una mujer ver cómo va a comprobar y estar confiando el cómo lo va a hacer. Más bien yo diría que se establezcan mecanismos que faciliten incluso la comprobación de la mujer. Nosotros por ejemplo encontramos una mujer positiva y porque si tenemos que dar exactitud de datos, CURPS, no tenemos acceso a internet y dificulta la incorporación a los Servicios con un dato tan simple que es una comprobación y que luego no la podemos tener.

Cuánto valdría la pena hacer un elemento mucho más accesible que no entorpezca además el asunto burocrático, voy a entregar a la pobre mujer dinero y qué va entregar, los boletitos del camión, o se le entrega un vale, o también los obstáculos burocráticos del Programa que también dificultan el asunto.

Por qué no se plantea realmente qué hospitales van a tener acceso o quien va tener el acceso o el modo del acceso, para saber también nosotros con quien enviarlos o saber este es el programa de mujeres, el recurso va para mujeres, y quién accesa, cómo se accesa, y a quién dirigimos, porque si está el Programa pero tampoco se va ejercer, y bueno, si ya está en proceso cuántos meses tenemos, en verdad alcanzaremos 400 mujeres, siento que está bien difícil.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza. Efectivamente lo que comentas acerca de las personas que Ustedes buscaron en su proyecto financiado, una de las razones importantes por las que fue la falta de recurso económico, justamente es éso, cómo una persona cualquiera que tiene un antecedente de abandonar el tratamiento tiene una probabilidad muy alta de volverlo a abandonar, entonces nos queda claro que éste debe ser uno de los puntos importantes para tomar en cuenta en apoyar a una persona.

Tenemos que seleccionar el grupo de personas para que finalmente sean los que más se van a beneficiar a ofrecerles este tipo de apoyo. Nos queda claro que sí existen trabas burocráticas, las tenemos que intentar resolver como Programa Estatal, para hacerlo lo más fácilmente posible.

Incluso si una mujer no puede comprobar, contamos con un Formato que mandó CENSIDA, podemos ponemos una cantidad X, y éso facilita por mucho el acceso a este tipo de transporte.

-Mtro. Víctor D. Galicia J. CHECCOS, A.C. Que se establezca un Incentivo para mujeres para mantenerse en tratamiento para supresión viral, con ciertas características, criterios de inclusión y criterios de exclusión, que te permita decir si es una mujer que tiene capacidad económica es un criterio de exclusión. Que permita además focalizar muy bien, claridad si a una mujer le cuesta tener su tratamiento antirretroviral, que permita también medir es una mujer trabajadora sexual y tener su incentivo, es válido.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Por ahora el único apoyo que nos han permitido es el transporte. Por supuesto como tu bien sabes ya existen estudios acerca de incentivos en ciertos grupos que eventualmente sí se demuestra que existe cierta eficacia de dar incentivos, cualesquiera que sean. Buscaremos la posibilidad de que incluyamos en los Programas los incentivos, lo cierto es que hasta hora los incentivos han demostrado que mientras los dan, la gente se mantiene de alguna manera indetectable; cuando los dejas de dar las personas otra vez recaen.

En este momento lo que tenemos es para transporte. De ahí que al menos mi visión es el que tengamos que demostrar un uso racional con cierta metodología, CENSIDA nos dijo ése es el dinero "úsenlo", mi compromiso es, sí lo uso, pero de una manera racional que demuestre que las personas realmente logran el objetivo. Y que incluso si ese dinero lo demuestro con buen uso, será abierto a más poblaciones, y mi objetivo sería convencer a CENSIDA de que este tipo de insumos puedan ser aprobados para los demás tipos de poblaciones.

b).-Dr. Osmar Matsuí Santana, U. de G. Recordar que el 4 de septiembre es el DÍA MUNDIAL DE LA SALUD SEXUAL, y en nuestro Estado que ha sido muy presumido se declaró como DÍA ESTATAL DE LA SALUD SEXUAL. Se extiende una atenta invitación a las instituciones integrantes de la Vocalía para su apoyo con la promoción de este evento, para lo cual se enviará a sus correos para la difusión entre sus contactos.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, Efectivamente este 4 de septiembre es el primer año desde que se aprobó por parte del Congreso del Estado como DÍA ESTATAL DE LA SALUD SEXUAL, se planean una serie de estrategias oficiales por parte de la Secretaría de Salud, que incluyen Ferias de la Salud en el interior del estado; nosotros estamos en la organización de la Jornada de Bioética y Sexualidad: Derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los Adolescentes; en coparticipación con la Universidad de Guadalajara, para estar reforzando acciones sobre la Salud Sexual.

-Dra. Patricia Becerra Innigris, Colegio de Sexología y Educación Sexual, A.C.: La sede del evento será realizado en el Auditorio de Fisiopatología, 3er. Nivel, Edif. Q, del CUCS. Las temáticas son importantes, sobre Bioética y Salud Sexual otra con toda la temática relacionada con adolescentes.

Dentro de este mismo contexto, les comparto como Presidenta del Colegio de Sexología y Educación Sexual, A.C., que hemos sacado un Libro sobre Sexualidad Humana, Formación para el Bienestar, que está supervisado por la Editorial de la Universidad de Guadalajara, por tanto esta Editorial lo editó y lo imprimió. Está orientado para las edades de bachillerato, y para la Materia de Sexualidad de bachillerato de la Universidad de Guadalajara, y para todo los que quieran obtener más información.

Puede ayudar en las unidades que manejan dinámicas de grupo, etc., pero sobre todo lo que quiero compartirles es que tiene una visión propositiva que supera las tradicionales posturas, de: cuidado, está mal, no te embaraces, los riesgos. Y plantea una doble visión como sexualidad, una visión del mundo es mucho mas que la genitalidad, la ética de la actividad sexual en si misma, un análisis histórico del miedo al placer en occidente, comprender el placer. Tiene realmente propuestas originales, personales, que sí me gustaría mucho que pudieran acceder y también que pudieran comentar, porque de alguna manera creo que estamos intentando superar la visión tradicionalista de que: es peligrosa la sexualidad actualmente para los jóvenes y adolescentes y todo el lado positivo, creativo, digno y edificante de la sexualidad, que pueda empezar a desarrollar una nueva cultura de educación sexual en ese sentido.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Queda el compromiso de enviarles a sus correos, los contenidos de la Jornada del próximo 4 de septiembre, para quien le resulte de interés nos pueda acompañar.

c).-Dr. Ariel Eduardo Campos loza: Acerca de la NOM-047-SSA2-2015 que en su momento se les hizo llegar por correo, que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 12 de agosto del 2015, respecto a la Atención a la Salud al Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

Lo relevante, entre otros múltiples puntos que aporta esta nueva Norma Oficial Mexicana es lo referente a la salud sexual, y en específico a la consejería, cuando existe sospecha de infecciones de transmisión sexual y VIH a los menores de edad, donde resalto los puntos básicamente más relevantes entre otros, que conviene que Ustedes la vean y como ya les fue comentado en sus correos electrónicos:

El punto 6.6.1 Dice que las personas del Grupo Etario entre los 10 a los 19 años de edad que acudan a consulta médica o atención a la Unidad de Salud con posibilidad del haber adquirido una infección de transmisión sexual, incluyendo infección por VIH o haber desarrollado sida, deben recibir, con calidad y calidez la consejería necesaria, el apoyo psicológico pertinente, las medidas de promoción y prevención, así como, la preferencia al nivel de atención que corresponda para la atención integral de la salud, el diagnóstico, del tratamiento y los cuidados específicos, de conformidad con el resto de las normas oficiales que ya han sido publicadas y me refiero específicamente la Norma de VIH y la Norma de Infecciones de Transmisión Sexual.

Y el punto 6.8.6 Lo mas importante, durante la consejería las personas del Grupo Etario podrán hacerse acompañar de su madre, padre, tutor o representante legal, o bien, manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin este tipo de acompañamiento. Es decir, dar la oportunidad de que el menor de edad pueda no necesariamente ser acompañado del padre, madre o tutor.

Nos queda claro que de manera preferente siempre se le recomienda a un menor de edad estar acompañado por sus padre, madre o tutor, pero conociendo las vulnerabilidades relacionadas a las enfermedades de transmisión sexual y a la atención por infección por VIH/sida, es relevante también señalar que hay grupos de adolescentes menores de edad, que no necesariamente les interesa que se enteren sus papás, mamás o los tutores, y esta Norma abre ésa posibilidad de que el adolescente tiene que referir que desea acceder a estos servicios sin la presencia del papá, la mamá o tutor.

Y eso sí, lo deja claro la Norma Oficial, que está normado en el Apéndice "C" Normativo, que es un Formato para recibir Consejería sobre su Salud Sexual y Reproductiva del Grupo Etario, y donde dice cómo se debe llenar y quien debe firmar:

NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

6.6.1 Las personas del Grupo Etario que acudan a consulta médica o atención a la unidad de salud con posibilidad de haber adquirido una ITS, incluyendo infección por VIH o haber desarrollado sida, deben recibir, con calidad y calidez la consejería necesaria, el apoyo psicológico pertinente, las medidas de promoción y prevención, así como la referencia al nivel de atención que corresponda para la atención integral a la salud, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados específicos, de conformidad con lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.6 y 2.14, del capítulo de Referencias, de esta Norma, respectivamente.

6.8.6 Durante la consejería las personas del Grupo Etario, podrán hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal o bien; manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento. La manifestación de la elección de la persona del Grupo Etario respecto al acompañamiento, se hará constar a través del formato contenido en el Apéndice "C" Normativo de la presente Norma.

APÉNDICE C NORMATIVO

Formato para recibir Consejería sobre salud sexual y reproductiva en el Grupo Etario de 10 a 19 años sin acompañamiento

Por este medio, yo _____, del sexo **femenino / masculino**, de _____ años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva **SIN** el acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de salud me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

Lugar y fecha: _____

Nombre y firma de la usuaria/o

Nombre y firma del consejero y personal de salud

DOF: 12 agosto 2015

Me parece relevante el hecho de que abre por mucho las posibilidades de dar en ciertos rubros en menores de edad que puedan acceder fácilmente. Es una barrera menos al acceso a la Atención Integral de la Salud Sexual, implica también el testeo de atención por VIH.

Esto a la vez recalca la Norma, sin dejar de lado la Norma Oficial Mexicana con respecto al VIH y a las ITS, que también señala el de las ITS que también comenta que la ausencia de padre, madre o tutor no es una razón para negar la atención a un menor de edad. Eso se tiene que poner por escrito en un expediente clínico, la Norma de VIH así lo especifica, los resultados de las pruebas de VIH tienen que ser notificados al padre, madre o tutor, eso sí lo señala la Norma Oficial de VIH.

Pero en este caso al ya tener una Norma que nos permite o que nos abre esa posibilidad de atender a un menor sin la presencia de padre, madre o tutor, lo que si tenemos que hacer es dejar bien claro, por escrito, de que el menor no desea hacerlo de conocimiento al padre, madre o tutor. Le vemos más ventajas a este tipo de Norma que otra cosa.

ESPACIO DE COMENTARIOS

-Dr. Osmar Matsuí Santana, U. de G. Creo que esto se debe difundir a todos niveles, instituciones del sector salud, colegio de ginecólogos, ect., porque sí se dan muchos casos que por el desconocimiento les niegan la información o los anticonceptivos a las y los adolescentes. Hacerlo público, sacarlo en el periódico por supuesto mencionando todos los beneficios que esto puede traer, y como tú dices, sería lo ideal que los padres supieran, pero en nuestra realidad los jóvenes y adolescentes están teniendo relaciones sexuales y no les están diciendo a los padres, y no les van a decir a los padres y esto sería un obstáculo para recibir consejería, y en medios de planificación familiar.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, En el mismo marco del 4 de septiembre tendremos una muy buena cobertura mediática, podremos decir lo que significa esta Norma, aprovechar la difusión en los medios masivos de comunicación. Será una buena plataforma.

-Dra. Patricia Becerra Innigris, Colegio de Sexología y Educación Sexual, A.C.: Sí es importante que se haya logrado que se de esta accesibilidad a los jóvenes y que se esté planteando que es un derecho que tienen. Sin embargo, quiero poner su atención en lo que representa el hecho mismo de que se requiera todo esto, porque nos habla de que aún hay una visión temerosa de lo que es el manejo y el tabú del silencio de la sexualidad.

Creo que para muchas otras enfermedades no se están planteando las cosas de esta manera, desde siempre. Las instituciones como el IMSS, Secretaría de Salud y otros, en una especie de limbo en donde ven a niños ven a adultos y ahora por lo menos se les está dando atención.

Sin embargo, me preguntaba yo en este momento esto habla de la histórica posición de tutelaje excesivo de parte de grupos como las Asociaciones de Padres que se habían indignado cuando se habían abierto en los libros escolares la educación sexual que llevaban "algunos" elementos reproductivos, que no eran gran cosa tampoco, y que nos haga reflexionar que tenemos que superar esta visión de temor, visión satanizada de la sexualidad y considero también que debería acompañarse de campañas educativas hacia los padres, porque no podemos quedarnos resignados a que así es el abismo generacional, uno de los puntos además de los problemas que estamos tocando tanto de VIH e infecciones de transmisión sexual.

Particularmente yo que he trabajado en Africa, Sudamérica, Brasil, encontré en esos países a diferencia de otros de donde yo me formé con educación en Doctorado en Sexología, que una de las cosas importantes que creo que cada vez se da en México, de que los jóvenes no apliquen la prevención, y en este caso embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y el VIH, es que no tienen la aprobación o el reconocimiento o la apertura de los padres para tratar de que estén iniciando su vida sexual.

Las chavas si van a llevar anticonceptivos y se los cachan, los hombres aunque aparentemente parecen estar de acuerdo que van a tener actividad sexual, esto de todas maneras no está suficientemente acompañado tan abierto o reconocido por los padres, entierran la cabecita en la tierra como el avestruz. Y creo que es uno de los factores que se debería estudiar sistemáticamente como las causas de riesgo de embarazo adolescente es uno de los factores determinantes, porque se pregunta todo mundo por qué si tienen tanta información que les han danto en información sexual, por qué no aplican sus métodos anticonceptivos y por qué no usan el condón, y yo creo que esta brecha generacional del tabú del silencio de las familias, es una causa importante.

-Lic. Eduardo Tomas Trinidad López, DIF Jalisco: Pregunto si el mismo Formato se va aplicar en las Instituciones de Salud o también a las Organizaciones Civiles o si se valla adecuar a cada una de las instancias, porque al personal de salud se tendría que mencionar al del área que va atender.

Y otras de las situaciones es el personal interdisciplinario de acompañamiento psicológico, prevención y demás, a la hora que se presenta un adolescente o un niño menor de 10 años, cómo vas a hacer el seguimiento si ya está planteada todo el manejo metodológico que pueda tener esta área interdisciplinaria, por políticas públicas de algunas situaciones y contemplar los procesos.

-Dr. Osmar Matsuí Santana, U. de G. En el punto 1 y punto 2, esta Norma dice: Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todo el personal de salud y las instituciones de los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud que presten Servicios de Salud a las personas del Grupo Etario, entendiendo la promoción, la detección, la asesoría del servicio de salud, sí sería conveniente que las instituciones y las organizaciones no gubernamentales que prestan estos servicios de asesoría o de detección estén bien informados.

-Dra. Patricia Becerra Innigris, Colegio de Sexología y Educación Sexual, A.C.: Con relación a los Formatos dónde se pueden conseguir, y sería posible que les adaptaran una traducción adecuada y comprensible para los chicos, ya está muy técnica la presentación, que sea una terminología más hacia que ellos lo entiendan.

-Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Los Formatos están disponibles al público en el Diario Oficial de la federación ONLINE, y la Norma que describe sobre quiénes firman y este tipo de contenido.

Nosotros lo venimos realizando en el COESIDA prácticamente desde hace más de un año, donde se le hace del conocimiento a un menor de edad de una manera muy amigable. Y ahora con esta Norma quiere decir que hemos estado en lo correcto.

Debe ser escrito de una manera amigable como Usted comenta, y por supuesto que se les puede hacer llegar la versión de nosotros.

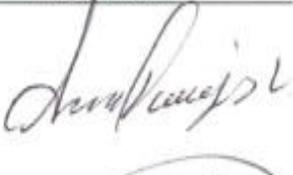
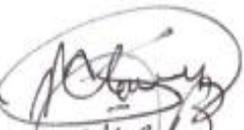
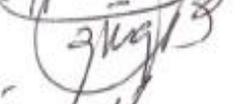
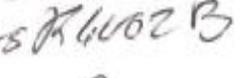
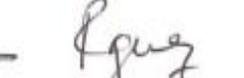
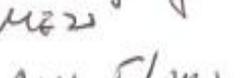
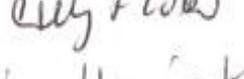
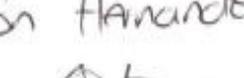
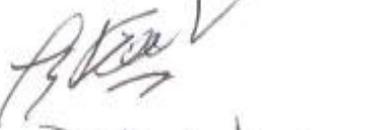
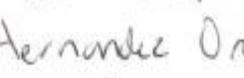
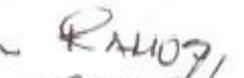
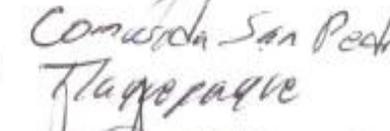
Dr. Ariel E. Eduardo Campos Loza: Si no existe ningún otro comentario, levantamos la mesa y agradezco su amable asistencia. MUCHAS GRACIAS.

FIN DE LA REUNIÓN A LAS 10:40 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.

FIRMAS DE ACTA/MINUTA DE III REUNIÓN ORDINARIA DE CONSEJO DE VOCALES 2015
DEL COESIDA JALISCO

LISTA DE VOCALES ASISTENTES
24 DE AGOSTO DEL 2015
9:00 hrs.

NOMBRE	FIRMA	INSTITUCION
Aurora Jiménez		Pastoral de la Salud Centro San Camilo
Pedro Chirre Lima		Comunidad de los Martines A.C.
H. Federico Zúñiga		S. G. G.
Emesto Svatý		CEMIJ.
José de los Ríos		FIRESS
Fco Napoleón		HCG JRM,
Federico Veniguer		S.T.P.S.
Teresita de la Cruz Flores		OPD Serv. de Salud de Zapotlán.
Luis Alberto Gascón Hernández		Mexfam
Abel Ríos Estrada		SEDES
Carlota Tallo Vera		
Tomás Eduardo Trinidad López		DIF Jalisco
Oswaldo Daniel Hernández Orozco		DIF Jalisco
José Luis García Ríos		CODE Jalisco.
Manuel César Martínez		FIRESS
Daniel Gómez Valdez		
Oswier Matsui		U. de G. Comarca San Pedro Tlapacotepec
Alejandro Rotherhuske S.		
Victor Dante Salazar		CHECOS A.C.
Isidro García		COZESA A.C.

**FIRMAS DE ACTA/MINUTA DE III REUNIÓN ORDINARIA DE CONSEJO DE VOCALES 2015
DEL COESIDA JALISCO**

LISTA DE VOCALES ASISTENTES
24 DE AGOSTO DEL 2015
9:00 hrs.

<u>NOMBRE</u>	<u>FIRMA</u>	<u>INSTITUCION</u>
Luis Fro. Garza T.		UNIAS DE VIOS
Angelos Cortes A.		Colectivo Ollin AC
Dr. Guadalupe Costumed L.		IMSS
Laura Adriana Rubio		SEP
Dra Patricia A Breun		Colegio Mex de Serology y Ed Sexual, S.M.M.GDL.
Dr. Leonardo de la Cruz		COPIJEA C. ISSSTE
hecho espinoza		ITESO anageo@iteso-m @COESIDA
Dr. Jorge Luis Sánchez B		COESIDA
Ana Georgina López Zepeda		COESIDA
Lic Aida Jiménez Jiménez		COESIDA
Dr. Luis Alberto Ruiz Mora		COESIDA
Lic Gabriel Brantón Mora		COESIDA
Dr. Erick Campos Loza		coesida