

## VERSION ESTENOGRAFICA

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 9:45 horas, del día 23 de marzo del 2018, con la asistencia de 27 representantes de la Vocalía, según consta al final de la presente, y se hacen sabedores de los puntos tratados, se da inicio a la Reunión Ordinaria del COESIDA 2018, presidida por el Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, Secretario Técnico del Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco.

### . BIENVENIDA Y QUORUM ESTABLECIDO.

Buenos días tengan todos, gracias por su asistencia, una disculpa por la demora, empezaremos el día de hoy nuestra Primera Reunión de Consejo de Vocales, habiendo ya establecido el quórum necesario. Le damos la bienvenida a nuevos integrantes de la Vocalía, Dr. Carlos Alberto Alvarez Becerra, Asiste en representación del Mtro. Luis Carlos Nájera Gutiérrez de Velasco Secretario del Trabajo y Previsión Social y al Lic. José Luis Martínez Azpront, Director de MEXFAM Zona Occidente.

### . COMENTARIOS A LA MINUTA DE REUNIÓN ANTERIOR.

Les ofrezco una disculpa por el no haberles dado de manera oportuna la Minuta de Reunión anterior, la que se les envió en la última versión contiene errores que deben ser corregidos, y que se les enviará posteriormente. Por lo tanto, los comentarios de la Minuta anterior, se harán en la Próxima Reunión de Vocalía.

### CALENDARIO DE REUNIONES DE LA VOCALÍA 2018.

En este tema las reuniones son tres al menos por orden legal, que están programadas para el 8 de agosto, la segunda reunión; y para el 15 de noviembre la tercera y última reunión de este año, para que lo puedan Ustedes entonces considerar programarlas dentro de sus calendarios de actividades.

### . “FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL ESTADO DE JALISCO PARA EL PROGRAMA VIH/SIDA E ITS 2018.

Vamos al tema que nos obliga es mostrarles los presupuestos de este Consejo Estatal de este Programa de VIH, dados para trabajar este año.

-Pueden ver que el Presupuesto Federal que es a través de Ramo 12 y el Ramo 33, es el predominante de nuestro presupuesto en nuestras actividades, tanto terapéuticas como preventivas. Este año el presupuesto Federal asciende a 311 millones 709mil 937pesos.

Y el Presupuesto Estatal básicamente está restringido a 19millones 280mil 381pesos con 81centavos, que lo vamos a ir desglosando para qué son dirigidos, tanto los presupuestos federales, como el presupuesto Estatal.

-Vemos aquí que existen tres Fuentes de Financiamiento Federal, que es el Ramo 12 que son los insumos en especie y los Contratos que se hacen con la Federación en el tema de Antirretrovirales, en el tema de estudios de laboratorio de especialidad para las personas que viven con el Virus, y que en este año pueden ver un incremento sustancial de la cantidad de dinero, en el 2017 de 259millones 700mil pesos a 292millones 373mil 611 para este año.

En el tema del Ramo 33 que es la Bolsa Común de la Secretaría de Salud, este año no ha cambiado significativamente, de hecho, bajó un poco de 19millones 316mil pesos, a 19millones 280mil pesos.

Y por Anexo IV se redujo de 13millones a 7millones de pesos

-Esto es para lo que se destina el dinero de cada fuente de financiamiento, en este caso Ramo 12.

Ya comentamos que se va para Antirretrovirales y estudios de especialidad para las personas que viven con VIH.

En el tema de Antirretrovirales, pueden ver que están destinados 265millones 145mil 460 pesos, que son entregados en especie de antirretrovirales, cuyas compras y licitaciones son dadas por CENSIDA, y distribuidas a las entidades federativas, en este caso Jalisco nos corresponden la cantidad que ya comenté en especie.

En el tema de insumos de seguimiento o del control de las personas que viven con el Virus, se van 4millones 378mil pesos para el seguimiento de CD4; y de Carga Viral 15millones 869mil de pesos.

Para el tema de recursos para el Traslado de Mujeres, que es un tema que venimos ejerciendo desde hace dos años, para este año nos dieron 606mil pesos, que es una cantidad que me parece que si es suficiente con respecto a nuestros históricos archivos de uso de este tipo de insumo. El año pasado se ejercieron alrededor de 250mil pesos para el traslado, se beneficiaron alrededor de 130 mujeres.

Creemos que podemos ejercer más dinero que de lo que ejercimos, pero lo que nos restringe de manera importante es el tiempo de que entre cuando ya se puede ejercer el dinero y del momento de que ya tenemos que entregar cuentas, que si es un tiempo que no es un año es un tiempo mucho mas reducido y eso obedece a que no se pueda ejercer la cantidad total de dinero.

En el tema de condones masculinos, por este Ramo nada mas son 499mil pesos; pruebas rápidas para VIH 5millones de pesos; y 211mil pesos para Sífilis.

-Podemos ver que la tendencia de financiamiento para Carga Viral va para abajo, igual de CD4, comparados con los históricos previos.

Y esto obedece a que en las Guías Nacionales de Seguimiento de las Personas con el Virus, sobre todo, en las personas que ya se encuentran en control de su infección por VIH, se hace innecesario el estar realizando 2 ó 3 Cargas Virales al año, es suficiente hacer solamente una Carga Viral por año, en personas que ya se encuentran en Control Viroológico, y el Control Viroológico lo alcanzamos en el 90% de las personas que se encuentran en tratamiento ininterrumpido en nuestra entidad.

Por lo tanto, eso obedece que la cantidad de dinero que sea para CD4 y Carga Viral, se necesite menos.

-En el Tema de Ramo 33, pueden ver que ascendió a 19 millones 336 mil pesos, y es dirigido sobre todo, para la compra de Condonos; pruebas rápidas de VIH y de Sífilis; además de sucedáneos de la Leche Materna y Actividades de Capacitación.

-En el tema de Anexo IV, del Seguro Popular, es dinero que también se debe destinar a pruebas rápidas de VIH y a reactivos para pruebas serológicas de hepatitis virales en el Laboratorio Estatal de Salud Pública.

-Aquí vemos los detalles del Presupuesto Estatal, éste es el Presupuesto meramente Estatal, donde puedo decir que el 90% de este presupuesto se va en Capítulo 1000, que es el pago del Recurso Humano que trabaja en el Programa Estatal de VIH, y el resto es para las actividades de mantención del mismo Consejo Estatal, de luz, teléfono, internet, papelería, etc.

Y una pequeña parte realmente es ejercible para actividades propias del COESIDA, sobre todo, en actividades de educación y prevención. De las cuales también la mitad está restringida su uso, porque es uso exclusivo del SEPAF, no necesariamente tenemos uso libre, o sea, estamos muy restringidos como históricamente ha sido este tema en el COESIDA.

-El tema de este tipo de financiamientos, se los podemos entregar con mayor detalle, para que lo revisen si así lo consideran pertinente.

## **ESPACIO DE PREGUNTAS**

-Manuel Salcedo Alfaro, Mesón de la Misericordia Divina, A.C. No alcancé a identificar presupuesto para Campañas de Prevención y Sensibilización.

-Lo que se destina en actividades de Difusión y Prevención, tenemos Difusión y Producción Publicitaria 70,000 pesos; difusión por radio, televisión y otros medios de mensajes sobre programas y actividades gubernamentales 50,000 pesos. Podemos ver que es extremadamente poco. Básicamente son esas actividades de difusión sobre actividades de prevención.

-Víctor Galicia Juárez, CHECCOS, A.C. Señalaste que con la parte del Seguro Popular hay pruebas de hepatitis B.

- Son las Serologías que presupuesta el Laboratorio Estatal, son las serologías de hepatitis virales para los usuarios.

- No es por ejemplo que mandemos a pacientes ya positivos.

También, de hecho son esas pruebas de los usuarios que vienen para Cargas Virales y CD4, son las serologías que solicita el Médico Tratante y que aquí se hacen.

- Te pregunto porque nosotros estamos detectando B y C, cual es el proceso y qué.

**El tema del diagnóstico es éste.**

**El tema del tratamiento, es un tema que se debe de explorar puesto que en este momento el tratamiento gratuito para hepatitis C en co-infectados en Jalisco no se da en los sitios acreditados y el hepatitis B tampoco.**

**Por lo tanto, no hay manera de ofrecer el tratamiento y que éste no asegurara el que tenga Seguro Popular, todavía las Unidades correspondientes acreditadas en el Estado de Jalisco. Es un tema que abordamos en la Sesión Anterior que hablamos sobre la Hepatitis C.**

## **Punto No. 05**

**“RESULTADOS SOBRE LA COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA DERIVACIÓN DE USUARIOS CON VIH DE LA SSJ, A SERVICIOS MÉDICOS DE ESPECIALIDAD DEL IMSS E ISSSTE”.**

Este es el tema central de hoy. Y a lo que le voy a dar el uso de la voz a la Lic. Erika Canchola y Lic. Ancira Dueñas. Vamos a hablar sobre los resultados de la colaboración interinstitucional para la derivación de usuarios con VIH de la Secretaría de Salud hacia el IMSS y hacia el ISSSTE.

-Históricamente el proceso de traslado de los usuarios que viven con VIH hasta las instituciones como son el IMSS o el ISSSTE no había sido protocolizada. Y en este caso muchas de las veces se recurrían básicamente a contactos no oficiales que podíamos tener entre las instituciones para agilizar el proceso de traslado.

Y de manera anecdótica, pero muy recurrente, y éso es un tema que todo mundo habla, es que cuando un usuario acudía hacia solicitar una cita de primera vez a estas instituciones, técnicamente son periodos muy largos de cita de primera vez. Y muchas veces, incluso, pasan hasta un año de duración para esta primera cita.

En el 2017, la Secretaría de Salud Federal gira instrucciones para trasladar a las instituciones correspondientes a los usuarios atendidos en la Secretaría de Salud que viven con VIH. Y para este caso, el CENSIDA identifica 113 usuarios que cuentan con derechohabencia del IMSS y del ISSSTE y que deben ser trasladados hacia las instituciones correspondientes.

-Con la finalidad de minimizar la posibilidad de que los usuarios abandonen su tratamiento antirretroviral y su seguimiento médico, por desconocimiento de los procesos institucionales para el proceso de traslado, se asignó entonces, este Programa a la Lic. Erika Canchola y Lic. Ancira Dueñas, como Enlaces de nuestra institución para que pudieran ser ellas o dar la asesoría personalizada a las personas que estuvieran en este proceso de traslado entre la Secretaría de Salud y el IMSS y el ISSSTE.

Así mismo se solicitó a las autoridades correspondientes del IMSS y del ISSSTE que nombraran ellos sus respectivos enlaces hacia el COESIDA, para entonces poder tener una comunicación ágil en este protocolo de traslado.

Y por lo tanto, esta coyuntura la significamos como una oportunidad para protocolizar esos procesos, que hasta este momento no había sido de alguna manera protocolizada, que es el traslado de las personas.

-La respuesta institucional fue inmediata. El 21 de septiembre 2017, el Instituto Mexicano de Seguro Social nombra los enlaces respectivos, y se convoca para el 27 de septiembre a una reunión de trabajo en su institución para acordar los mecanismos que se implementarán. Y uno de los compromisos que asumimos fue que el COESIDA del Programa de VIH continuaría otorgando tratamiento antirretroviral en las personas que se encuentren en proceso de traslado, no solamente dados de baja inmediatamente por el Médico Tratante, sino que, nos permitieran mantenerlo dado de alta, y una vez que ya se encuentre incorporado en la institución receptora, ya es momento darlo de baja.

Siempre y cuando nos permitiera que esa persona tuviera vigencia en su Seguro Popular. Porque muchas personas afortunadamente que tienen vigencia en Seguro Popular, nos permite este procedimiento hay un grupo reducido de personas que se deja de ser vigente y nos complica la situación de continuar otorgando el tratamiento antirretroviral si hay una institución receptora de donde es derechohabiente.

Y también, entonces, asumimos el compromiso de tener un contacto efectivo con los enlaces de las instituciones receptoras, por correo electrónico o a veces llamadas telefónicas. El IMSS hace lo correspondiente y también nos da un enlace respectivo

-Tras tomar los acuerdos con las respectivas instituciones que ya comenté, solicitamos a las Unidades derivantes, es decir el Hospital General de Occidente, Hospital Civil Nuevo y Antiguo Hospital Civil, que deriven al COESIDA a todos aquellos usuarios que se identifican como derechohabientes, para iniciar todo el proceso que ya expliqué.

Con el objetivo de reducir entonces las posibilidades de interrupción al tratamiento, que es lo que más nos preocupa, cuando lo usuarios sean trasladados, el COESIDA entonces solicitó al CENSIDA de que no se detuviera categorías que dieran de baja en el SALVAR, sino que, existiera una tercer categoría que se le llamara "en traslado", cuando el sujeto se identificara con derecho-habiencia, que nos permitiera que esa tercera categoría "en traslado" seguirle otorgando antirretrovirales, no necesariamente por la Unidad que lo atiende, si no, nosotros mismos en el COESIDA, donde no necesariamente estamos habilitados para dar medicamento porque no somos una Unidad Tratante. Pero ante este caso especial el CENSIDA aceptó esta propuesta, y por lo tanto, este usuario con categoría "de traslado" nos permite otorgar el tratamiento desde nuestras Oficinas. Mientras al mismo tiempo, nos aseguramos que este proceso sea efectivo y se esté dando en las Unidades receptoras.

Y nosotros entonces creamos un protocolo específico que identifica cada usuario. Y la información que se les va presentar corresponden a datos algunos subjetivos a algunos que dependen básicamente de lo que nos digan los usuarios en las siguientes llamadas telefónicas que les hacemos, y por lo tanto, muchas de esas pueden ser cualitativas.

-Le dejo el uso de la voz a Erika para que nos explique el Protocolo de Seguimiento de los usuarios.

- Isidro García Bañuelos, COLEGA.O, A.C. Por ejemplo, los que están en protocolo están haciendo selección a parte? y ay gente que está en protocolo por medicamentos que no son los comerciales. Ahí qué están haciendo?

Aquellos usuarios que se identifican como derechohabientes, en esos usuarios son los que se les debe de asignar o enviar a la institución receptora, y desconozco en particular de cuantos usuarios estarían en algún protocolo, desconozco ése dato.

-Gerardo Martínez V. CHECCOS, A.C. Una pregunta, cómo se hace para identificar a los pacientes que tenían seguridad social.

Existen bases de datos de las instituciones del IMSS y del ISSSTE que se cruzan con las del Seguro Popular y permiten identificar aquellos usuarios que están en estas bases de datos entonces puedan estar con derechohabiencia, así es como se identifican.

-Gerardo Martínez CHECCOS, A.C. Y si una persona no quiere hacer el cambio y la base de datos no estaba actualizada.

De hecho, si nos hemos dado cuenta de éso, de las 113 personas que dicen son identificadas en la base de datos que aparecen como derechohabientes, tienen muy poca, por así decirlo de manera técnica poca sensibilidad y especificidad por qué. Porque no identifica si solamente tienen IMSS o ISSSTE hay mas sujetos que no aparecen en la lista que tienen IMSS o ISSSTE, y muchos de los que están en esta base de datos que dicen que son derechohabientes no necesariamente se encuentra activa su derecho-habiencia.

Por eso entonces, nuestro Protocolo marca la verificación de los datos para ver si deberas son derechohabientes o no. Para entonces evitar procesos innecesarios de traslado y que al final del día no los atiendan.

-Erika Canchola López: Es cierto que muchas personas vienen con este temor de que van a cambiar al IMSS y se asuntan "yo estoy muy contento con el Seguro Popular"..... y parte de nuestro trabajo también ha sido el poder retroalimentar a la persona y poder decirle que ciertamente va a ver un cambio institucional, pero que no se sienta preocupado, justamente lo que mas ha servido, para amortiguar esta ansiedad que los pacientes presentan, y se sienten acompañados en la

transición, y ha sido realmente muy efectivo, o sea, después nos dicen “no me fue tan mal”..... Entonces va la retroalimentación en ese sentido.

-Y bueno para que conozcan mas o menos este proceso que nosotras seguimos en el Subconsejo de Derechos Humanos, la persona tiene un contacto inicial ya sea con Ancira o conmigo. Esta primera parte, en la que explicamos la razón por la que tiene que trasladarse, los derechos, y les queda bastante claro y no hay como mucha objeción.

También, solicitamos cierta información como el ID, su nombre para revisar en el SALVAR, el estatus en el que se encuentra, revisar también si su Póliza de Seguro Popular sigue vigente, revisar hasta cuándo le dieron tratamiento en su Servicio Médico, si tenemos o no el tiempo como, por ejemplo, hay personas que vienen con el medicamento contado, porque regresaron a su Servicio de Salud y le dijeron “ya no te podemos atender”.....

Hay personas que les dicen lo mismo, pero recién recibieron su tratamiento y tienen para uno, dos o tres meses, entonces cada caso es diferente.

Y también esta parte que revisamos, es de primer contacto.

También vamos entonces a pedirle a la persona que nos firme un Consentimiento de Búsqueda, para que entonces podamos estar en continua comunicación. Le enfatizamos mucho la importancia de estar en continua de la comunicación, para que podamos realmente poder dar el seguimiento, desde su correo electrónico, su número celular que es mucho mas personalizado y su domicilio. Igual ellos se llevan nuestro número de WhatsApp, nuestros correos, todos los datos para que no haya ningún sesgo en nuestra comunicación.

Y también les solicitamos que nos proporcione una copia de su identificación oficial, la anexamos a nuestro expediente, y también imprimimos. Si son de traslado, imprimidos su Resumen Clínico Estatal que es el que le va a entregar a su Médico Tratante.

Aquí se van a dar cuenta, que sobre la marcha fuimos también incorporando muchas más personas de recién diagnóstico. El proceso cambia un poco. Pero finalmente es el acompañamiento, la entrevista y como la base general.

Entonces ya que revisamos en la persona sus datos, le indicamos a donde tiene derecho-habencia, si es al IMSS o al ISSSTE. La página del IMSS es muy noble, nos permite incluso con ciertos datos que el mismo usuario nos proporciona, podemos verificar si verdaderamente tiene vigencia, si no recuerda su número de seguridad social pues también se lo imprimimos.

Si por ejemplo, nunca se ha dado de Alta porque nunca ha acudido al IMSS, entonces incluso les ayudamos a hacer ese trámite para que se dé de alta en su Clínica, incluso algunas veces le damos hasta su Consultorio y su turno, les ayudamos a sacarlo.

Todo eso hacemos cuando la persona tiene IMSS y lo derivamos con un Oficio a la Unidad Médica Familiar, porque ese es el Protocolo.

Toda persona de recién diagnóstico o como una persona que viene de un traslado de los SAI's, necesita pasar con el Médico Familiar. Entonces incluso también, les apoyamos a sacar su cita, ya sea a través de la Plataforma o que baje la aplicación en su Celular que es muy rápido de esta manera obtener la cita.

Les insistimos en la importancia de que nos notifiquen el día, después de su cita con el Médico Familiar, cómo les fue. Qué resultados hubo. Si él no nos llama, entonces nosotros le llamamos para preguntar qué sucedió en esa primer cita y comenzamos con todo este seguimiento.

Si la persona tiene ISSSTE, en el ISSSTE nos proporcionaron una listado de pacientes vigentes de los que identificaron que se iban a trasladar, entonces podemos verificar si tienen o no vigencia. Si no están en ese listado, entonces hacemos con el Enlace respectivo que nos asignaron, la verificación de la vigencia. Igual, es el mismo proceso como todo lo que dice la Diapositiva, lo hacemos con las personas del ISSSTE, pero obviamente se derivan al ISSSTE y el seguimiento es ahí. Han sido muy pocas personas que se han atendido, y se han trasladado al ISSSTE. El seguimiento sigue siendo igual.

Algo importante también, es si las personas fueron a la Unidad Médico Familiar y todo ha caminado bien, con los tiempos van marchando, vamos haciendo el seguimiento correspondiente. Si hay alguna situación en la que se atoró el proceso entonces intervenimos con las autoridades en el IMSS para que nos ayuden a acelerar el proceso.

Y también podemos verificar si la persona no tiene vigencia con Seguro Popular. En ese mismo momento notificamos la información, les pedimos su Carta de no Vigencia de Derechos para que entonces pueda continuar sus servicios en el Seguro Popular.

-Gerardo Martínez, CHECCOS, A.C. Cuál es la primer barrera o problemática que identifican en la primera Consulta en el IMSS. Decías que en caso de que hubiera algún problema tratando de resolver, cuáles eran los problemas que encontraron en las primer Consulta.

Principalmente los de recién diagnóstico.

Por qué no vemos los Resultados, ahí vamos justamente a identificar la problemática y ahí están planteados y al final se puede discutir todo esto.

De lo que nos está compartiendo Erika de todo el trámite y proceso que hacemos, hemos recuperado algunos resultados.

Si bien es cierto que el número de la población que vamos a mostrar datos e información, no son las toneladas y las miles de personas, si quisiéramos resaltar algo de lo que esto ha sido para nosotras importante, no son 123 números, son 123

historias de vida. Y que con ellas vienen junto con miedos, y estamos encontrando nuevamente ansiedades y estrés en las personas. que esto ya no lo veíamos “y ahora qué va a pasar, y qué va a suceder”.....

Vamos a ver cómo hemos ido rescatando algunas cosas que para nosotras han sido importantes.

-Este universo de lo que vamos a presentar, es un corte que hicimos que iniciamos septiembre de 2017 con el primer caso que atendimos el 19 de septiembre, cortamos al 20 de marzo del 2018.

De esta población son un total de 123 personas, de las cuales, la gran mayoría han sido varones 116, es nuestro universo de 94%.

6 son mujeres

1 ha sido una mujer trans

-Cuáles son las características de esta población a las que hemos atendido.

No todas las personas que atendemos vienen de manera física a la oficina, también hemos estado dando atención vía telefónica, por personas que no están en la zona metropolitana y se les complicaba de alguna manera venir.

Por ejemplo, 118 personas que vinieron a la oficina, cada persona incluso puede llevarse de una a dos horas de asesoría con nosotras, porque luego llegan, que lo vamos a ver mas adelante, pero muchos de esos son de traslado.

Si bien es cierto este Programa fue pensado para eso, hemos dado servicio para personas que son de recién diagnóstico. Y entonces a esas personas también toca hacer un abordaje integral que requiere tiempo en su atención.

- De esos casos de 123, cuántos fueron nuevos y cuantos son de traslado.

- - Enseguida vamos explicar.

-5 personas fueron de manera telefónica, la edad promedio que estamos atendiendo son a 33 años, todos proporcionan un teléfono para estar en contacto con ellos, afortunadamente la tecnología nos ha ayudado, ha sido vía telefónica, vía WhatsApp que ha sido de manera rápida el contacto con ellos; algunos tienen email, la mayoría no todos. Los contactos que en promedio realizamos con las personas, dicen que son 2 contactos por cada usuario.

Esto no tal cual se refleja así, porque decía “un contacto es vía WhatsApp”....., si pero cada contacto por vía WhatsApp puede tener un seguimiento dando mensaje en los que estamos acompañando.

Y lo que finalmente, las personas que se lograron incorporar de este universo de 123, son 93 personas.

Es importante aclarar que la definición de incorporación es, del momento que llegan con nosotros al COESIDA a la fecha dada a la cita del Infectólogo. Tiene sus limitantes esta definición. Pero es importante tomarlo en cuenta. Hasta este momento 93 personas, de las 123, están incorporadas. El resto están en proceso “de”.

Entonces, aquí está ya lo que preguntó Víctor, de este universo de 81 personas es decir el 66% son de recién diagnóstico; y solamente 42 personas que se concreta en 34%, son de traslados.

Entonces si se fijan, si el problema inició justamente para acompañar a estas personas de traslado, lo grueso finalmente ha sido acompañar a las personas de recién diagnóstico que se están incorporando.

Según cuánto se plantearon que tenían de traslado.

-: 113.

O sea, solamente de 113, 42 han sido atendidos.

∴ Así es, y eso es al final de la información que se dará, lo tenemos previsto.

∴ Entonces, de este universo que hemos atendido podemos identificar las personas de recién diagnóstico el 66% has sido diagnosticadas en Instituciones de Salud o Educativa, principalmente COESIDA, le siguen laboratorios particulares.

En el tema de la participación de organizaciones civiles o particulares es el 28% de nuestro universo, que han sido detectados en estas organizaciones.

Y también llama la atención como el 3.7% ha sido diagnosticada en el IMSS y luego recurren a nosotros para poder agilizar su trámite para la incorporación a Servicios de Especialidad.

En el tema de traslados, que es el 34% de nuestro universo, la mayoría han sido derivados del Hospital General de Occidente. Que bueno todos han participado, también de otros municipios, incluso de otras entidades federativas.

-Entonces el 90% de la población tiene IMSS. Entonces ha sido nuestro grueso de trabajo en esta Institución. Tan solo el 4% ha sido de personas que tienen derecho-habencia al ISSSTE

Y el 6% del Seguro Popular. Recuerdan que al principio expliqué que vemos si la persona tiene o no Seguro Popular, estas no esta contadas ahí. Las que están contadas aquí son aquellas que tenían vigencia cuando vinieron con nosotras, tenían vigencia, los enviamos a su atención dentro del IMSS, pero en el proceso perdieron el trabajo o ya lo habían perdido y no nos dijeron y entonces tenían poquita vigencia, y cuando llegan a la Unidad Medico Familiar pues ya no tienen vigencia. Entonces tenemos que reincorporarlos al Servicio Médico al Seguro Popular.

Cuando las personas acuden con nosotras y en la cantidad de medicamento antirretroviral no es considerado como suficiente, lo derivan con nosotros al día en el que lo van al Servicio de Infectología, de ellos 10 personas se solicitaron que se les proporcionara medicamento antirretroviral extra para acompañarlo en este proceso. Esto solo puede suceder cuando a las personas que estamos atendiendo su Póliza de Seguro Popular aún está vigente. Es así como se le puede otorgar el medicamento y confirmamos y comprobamos, porque nosotros lo hacemos, que el trámite de la transición a la institución receptora esté en proceso.

Entonces si la persona que acude con nosotros no tiene vigente su póliza de Seguro Popular es imposible que nosotros como entidad e Institución poder otorgar el medicamento, es ahí cuando encontramos cuadros nuevamente de ansiedad "a mi me ha dicho que no puedo suspender el tratamiento"..... o "ahora que voy hacer sin tratamiento".....

Entonces en lo que consiste nuestra intervención es sugerirles que se acerquen con organismos de la sociedad civil para poder facilitar este proceso, familiares o parejas.

Hay algún otro mecanismo a través de la Comisión de Derechos Humanos que pudiera ayudarles con el Seguro Popular para que Ustedes pudieran atender a estos pacientes?

-No se ha buscado que se valla por la vía de los derechos humanos para discutir ésto, porque han logrado las personas que se han visto en el problema de "necesito medicamento y ya no tengo"..... "no tengo póliza vigente"..... los acercamos a organismos de la sociedad civil y les han facilitado tratamiento. En CHECCOS van y ha sido para ellos una respuesta muy positiva, o entre organismos de la sociedad civil encuentran amistades que les presta pastillas en tanto los procesos se van acercando a ellos.

Entonces cuál es el periodo que tardan de que llegan con Ustedes a la primera cita, porque entonces nosotros tuvimos 43 del IMSS, por ejemplo.

-La respuesta va mas adelante Víctor.

Porque a nosotros nos convendría mas la vía de canalizarlos con Ustedes.

Es interesante lo que dices y en la siguiente diapositiva se da este dato precisamente. Donde hacemos esa reflexión, cuáles los procesos los caminos que han facilitado más y la idea es sumarnos al que sea más exitoso o que tal si empezamos a trabajar mas de manera coordinada.

Y sus datos o si no lo tienen o no lo saben?

La otra es que por ejemplo, nos hemos encontrado de los de primera vez, o sea, lo que se veía al principio, la cita se las dan a los 6 meses, 3, 4 meses. O sea, y los pacientes ya necesitan inmediatamente iniciar con tratamiento.

Vamos a ver esos datos que nosotros encontramos que son muy interesantes y que han facilitado y creo que va responder estos comentarios.

Y también me gustaría saber qué horario tienen pensado, el volumen que puedan manejar, porque pues Ustedes son 2 personas que también tienen otras actividades.

Y nosotros realmente con el 77% de las personas a las que detectamos tienen Seguro Social y los acompañamientos, y desde finales del año pasado los hemos estado derivando con Ustedes. Ya sea también no se si van a decir cuál es la estrategia precisa que debemos de utilizar. Hemos utilizado varias. Los traemos o les hablamos por teléfono con cualquiera de Ustedes, o mandamos un mensaje de WhatsApp pero hay que ver también cual va a ser la vía, para que funcione el trabajo, algunos días específicos.

Para nosotras por ejemplo, entender que el universo que tenemos de atención, no es que tengamos a 123 personas ahorita con nosotros en seguimiento. Es, cada que se va incorporando se va reduciendo. Entonces, hasta ahorita, no hemos tenido que nos haya rebasado. Con nosotros la persona puede llegar desde las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde. Porque luego eso sería todo un problema para los usuarios, creyendo que tendrían que llegar muy temprano, y no. De lunes a viernes, de 8 a 5 de la tarde, solo tienen que traer una identificación oficial, y los datos que Víctor comentaba, el número de Seguridad Social, la Unidad de Medicina Familiar a la que pertenecen, o si no lo tienen o no lo saben, que no se angustien. Nosotros facilitamos también esta parte. La idea es tenerlos presentes con nosotros y de lo demás nosotros nos encargamos.

Importante, no necesariamente tienen que tener identificación oficial, de preferencia sí. Pero ustedes pueden acudir, como se vio en las diapositivas previas, que el 8% de la gente no trajo ningún tipo de identificación oficial, algunos traían pasaporte la mayor parte IFE otros traían su Licencia de Conducir. Pero 8% no traían absolutamente nada, y aun así, se hizo el proceso de traslado.

Yo creo que podemos continuar con la información, hay muchas preguntas que están contenidas en las siguientes diapositivas y los comentarios creo que los ponemos al final para hacer más ágil la sesión.

Aquí vamos a encontrar que las 93 personas que llevamos incorporadas a qué Hospital General de Zona a qué Hospital de Especialidad, fueron incorporados.

Si se fijan, la mayoría está en el Hospital General de Zona 45, conocida también como la Clínica Menchaca. Es importante enfatizar que en el caminito detectamos justamente había mucho atraso porque en la Clínica 46, está muy saturada. Solamente hay un Médico Tratante, entonces podemos entender la cantidad de trabajo que pueda tener un solo médico infectólogo para la demanda que hay.

Entonces, dándonos una respuesta muy favorable porque notamos que hubo un cambio abismal, la mayoría de personas que están incorporadas en la Menchaca inicialmente iban a la 46.

Pero con este acuerdo institucional que se hizo en el camino, es lo que ha facilitado que la incorporación sea mucho más inmediata.

Tenemos el Hospital General de Zona 180, 110, 46, 14, 89, una persona en Puerto Vallarta, 3 que van al ISSSSTE, 6 en Seguro Popular. Y 6 sin datos, que finalmente hay personas que ya no responden correos, y pues perdemos el contacto.

-Nada más aquí enfatizar, otra vez la importancia. De que si bien, parecen pocos números, pero, realmente para nosotros es muy importante. Por ejemplo, la persona de Puerto Vallarta, ya estaba tan desesperada porque no conocía los procesos ni siquiera me parece que era un tema de deficiencia dentro del IMSS, más bien, la persona estaba perdida no sabía por dónde. Y estaba tan perdida que renunció a su trabajo, pero como tienen 56 días de vigencia entonces estaba esperando a perder la vigencia en el IMSS, para luego volverse a ir al CAPASITS. Y ya tenía otros tantos meses sin medicamento. Todo fue por teléfono el enlace que hice con él, en el lapso en que él me habla y saber de la situación, *“estás vigente, atiéndete, ve al servicio”*..... Y ahorita ya está buscando trabajo, ya lo tiene, y va a continuar con su vigencia en el IMSS.

Entonces, cómo finalmente, es una persona tan trascendente porque él ya se sentía enfermo, ya traída un cuadro importante de sida y entonces esto cómo puede facilitar y salvar la vida de alguien.

Un dato que me parece relevante, que no debe pasar desapercibido, pueden ver donde dice seguro Popular que existen 6 personas. Recuerden, que en las primeras diapositivas, de la gente que teóricamente tenía IMSS o ISSSSTE eran 8 personas. Pero que al final de día perdieron derecho-habencia en el proceso de traslado. De esas 8 personas, solamente 6 se incorporaron, es decir, en ese proceso de brinco que siempre no se dio exitoso, porque perdieron su seguridad social, no se volvieron a incorporar al Seguro Popular. Importantísimo este dato. Porque no tuvo necesidad de haber brincado, y de hecho lo hicieron, y se perdieron en ese proceso.

Actualmente tenemos en seguimiento a 30 personas, esto al corte del 20 de marzo. De las 30 personas, 21 son de recién diagnóstico, y 9 personas de traslado que recibían su atención en algunos de los SAIs, y tienen que moverse al IMSS por tener derecho-habencia.

De estas 30 personas, 13 están esperando su cita para Infectología; 3 para la Unidad de Medicina Familiar; y 14 aún no tenemos información. Por qué. Porque es muy probable que acudieron a nosotros y les decimos siempre *“Cuando vayas a tu Unidad de Medicina Familiar mándame un WhatsApp, un email”*..... *“Oye ya vine y me dieron cita para el laboratorio para confirmatorios para tal día”*.... Y muchos de ellos no lo hacen y entonces comienzan a no responder las llamadas y al final nos dicen *“a no sí, ya me incorporé, ya me dieron incluso el medicamento”*..... Entonces perdemos la información como puede ser en este caso de las 14 personas que tenemos aun sin saber, si ya acudieron a la Unidad de Medicina familiar o ya los están atendiendo en Infectología.

Entonces aquí es importante identificar a las personas que llegan con cuadros sintomáticos, de las 123 hemos detectado, 23 son personas sintomáticas.

#### “PRESENCIA DE SINTOMAS”

-Y de éstas personas sintomáticas, 20 ya han sido ya incorporadas; 3 actualmente tenemos sintomáticas que estamos esperando la cita a Infectología. Y pues evidentemente esto sí es como el foco rojo, porque urge, que una persona sintomática sea atendida que sea incorporada para poder tener acceso a los tratamientos antirretrovirales, son de alto riesgo es importante que en el mismo día puedan ser atendidas.

Y vemos, el promedio de tiempo de atención, desde que llegan al COESIDA hasta que hemos logrado la incorporación en personas sintomáticas, ha sido de 32 días.

Esto era lo que comentabas Víctor, que como cuánto era nuestro promedio, creo que si es importante ir hablando y precisando datos.

Falta la tabla total de lo que hay que saber.

Es importante saber el dato identificar pacientes de ya con sintomatología de 32 días es un periodo de su atención.

Es importante como una ventada de oportunidad de lo que se puede mejorar

Y por ejemplo, identificar cuántos son de CD4 y de Carga Viral?

No, porque muchos de ellos, si recuerdas, el grueso son personas de recién diagnóstico, entonces muchos ya vienen con cuadros. Nosotros cuando llegan los pasamos con el Dr. Luis nuestro Coordinador, para que les pueda dar como una valoración, identificar si está o nó con un cuadro sintomático. Son los que vienen de recién diagnóstico. Que en su mayoría son los sintomáticos.

En este tiempo promedio se vió por Clínica o por Unidad, se vio alguna diferencia? Si era más alta en el Menchaca que otro?

Si, por eso se optó por la Clínica Menchaca cuando las autoridades no tenían ninguna respuesta justamente porque la Menchaca tiene toda la capacidad logística para recibir esta cantidad de personas. También la 180 fue muy efectiva, sin necesidad de alguna intervención

También ésa era mi pregunta, si envías a la Medicina General, cómo logran de Medicina General llegar al Menchaca. Cuándo Medicina General puede derivar a la Clínica Menchaca.

Con la coordinación Interinstitucional que tenemos vía enlaces IMSS-COESIDA. Por eso, estos enlaces que el Dr. Ariel mencionó al principio, que se nombraron de parte del COESIDA y de parte del IMSS, es esta comunicación que tenemos es que logramos estos cambios. Porque directamente en la Clínica no se puede.

Tienen que ser de urgencias, solamente.

Igual, lo que el Dr. Ariel quería que mencionáramos era esto. Dar más información todavía más definida aún más precisa.

Se dividió el total de nuestra población que atendemos, como vemos en esta tabla. La primera columna es el número de meses o el mes en el que ha ido transcurriendo. La segunda columna dice días transcurridos, número de personas incorporadas en ese número de días transcurridos, Y un porcentaje general.

Si se fijan, las tres primeras líneas primer mes, segundo mes, tercer mes, tenemos nuestro grueso de población y en total las personas han tardado menos de 90 días de ser incorporados. Y si resaltamos que según la definición del Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos para las personas presenta una primera prueba reactiva de VIH, y de momento no implica estar atendido en la Especialidad, fueron 90 días es un promedio de tiempo aceptable.

Pero es el grueso de nuestra población que atendemos. Sin embargo, siguen existiendo otros temas que son las ventanas de oportunidad, que bueno, tenemos personas que han tardado en 130 días aproximadamente que siguen siendo los menos; hay una persona, dos personas de 100 días a 101 días, aproximadamente.

-Pero esta es la Diapositiva que nos tiene aún con la certeza de que tenemos que eficientar o fortalecer el trabajo. Aun tenemos 5 personas en espera de una respuesta, que su promedio de espera para que sea atendido es entre 225 días a 619 días.

Algo de lo que decían de Medicina Familiar, cómo nos enteramos de que sus procesos o su promedio va estar muy largo, nos mandan un WhatsApp, les decimos, ..... *“oye una vez que te atienden en Medicina Familiar dínos a donde te envían y nos mandas escaneada la hoja de traslado”*....., y dice hasta qué hospital para tal fecha.

En ese momento es cuando nosotros consideramos ser este tiempo de 90 días, que no consideramos que sea un tiempo adecuado, pero que acuda a su cita todavía aún más todavía. Entonces decimos, *“a ver mándanos la información, la persona tal, con el número tal nos dio una cita hasta marzo del 2019”*....., que son los casos que tenemos en el escritorio ahorita que tienen su cita para el 2019. Y bueno es cuando les entra la ansiedad *“que voy hacer porque ya no tengo vigencia en el Seguro Popular, o soy de reciente diagnóstico pero estoy llegando con esta ansiedad porque todo mundo me dijo tienes que tomar inmediatamente medicamentos, es primordial para tí”*..... Claro con estos números aun no es posible realizar.

La coordinación es la que facilita que eso no sea real, y entonces el Instituto con los datos que damos del usuario, con la aprobación del usuario, directamente se comunican con el paciente, y le dicen *“a ver Usted tiene su cita”*.....Y es cuando los cambian a la Menchaca que ha sido súper eficaz para tal día, tal horario. Y se reducen los tiempos de espera incluso 5 ó 10 días, de esperar a un año o mas de un año.

Esto es la eficacia de la coordinación que ha tenido una respuesta muy oportuna del Instituto Mexicano. Se comunican ya no con nosotras, con ellos y les dan su nueva cita.

Regresa el usuario vía telefónica con nosotros para decirnos qué tratamiento le dieron y qué Médico es el que le va dar seguimiento, a él o ella en lo particular.

Entonces para concretar todo lo que ya les presentamos, tenemos algunas conclusiones interesantes, por ejemplo, esto de que el Programa de Enlace fue creado, como ya dijimos, para atender inicial a estas 113 personas identificadas que iban a cambiar de Seguro Popular a Seguridad Social, y en la marcha pues también se ha utilizado para incorporar a estos pacientes que tienen derecho-habencia de recién diagnóstico. Que ha sido bastante favorable por todo lo que ya les comentamos.

Este acompañamiento que hacemos también para que las personas no se sientan ya de por si perdidas, abrumadas.

La mayor parte de los usuarios el 66% en este Programa de Enlace, son personas de recién diagnóstico.

Y realizado predominantemente fuera de las instituciones a las que son derechohabientes. También ya lo vimos.

Ya que solo se han atendidos en COESIDA el 33% de las personas que serían trasladadas, esto que comentaban que ellos hacían, entonces solo el 33% de estas 113 que esperábamos, presumimos que ellos por su propia cuenta iniciaron el proceso. Pero lo presumimos, porque no tenemos mas información, entonces tal vez ya están incorporados o tal vez se perdieron en el camino, no lo sabemos.

#### El Seguro Popular los detectó?

Si, el Seguro Popular dijo que vigencia y te vas atender a tu institución de seguridad social.

El Dr. Ariel cuando empieza este Programa les manda un Oficio a todas las Unidades, a todos los SAI's, para que se optimice la coordinación y puedan en estos casos enviarnos a nosotras esos casos. Hay un Oficio y dice el horario, nuestros nombres, para que las personas tengan esta información, por eso es que puede llegar la atención, por ejemplo el Hospital General de Occidente no se si por la cercanía ellos sí tienen más que otros. Pero que todos puedan estarnos mandando. Pero es un asunto meramente presuntivo y subjetivo porque no tenemos el dato.

Hemos tenido muy buena aceptación de parte de las personas, solamente si se fijan, es el 3% es el que ha perdido el contacto, que también es muy válido que no quieran que estemos preguntando en que proceso van. Pero en general, ha sido muy buena la aceptación, el cierre es siempre es con mucha y gratitud reconociendo que se sintieron acompañados en el camino.

Algo mas de las conclusiones, decimos que no hay datos objetivos para comparar los resultados de este proceso. Partimos de cero, no hay algo previo que nos dijera cómo se estaba haciendo. La primera acción es incorporar antes de los 90 días en todos en todos los vínculos sociales, insisto, no refleja una realidad porque hay algunas personas que en 4 a 5 días, pero claro que tenemos que hablar acerca de promedios. Pero el promedio es éste.



El porcentaje puede ser sobre-estimado en los usuarios con un diagnóstico reciente, ya que se debe tomar en cuenta la fecha del diagnóstico de VIH, más que la fecha en la que estuvieron con nosotros en COESIDA.

Cuando COESIDA es quien hace las pruebas rápidas, el mismo día es en el que nosotros recibimos a la persona.

Otras personas sí nos dicen cuándo le hicieron la prueba, llegan, nos dicen están por dar los resultados .....”*oye fui la semana pasada a CODISE me hicieron prueba. Fui al Mesón y me hicieron pruebas y aquí están*”..... Entonces ahí sí podemos verificar, no de todas las personas, pero sí de la mayoría el tiempo de transcurrido.

Yo diría que no hay previo, no, yo diría que tampoco preguntaran qué hay.

Es excelente el comentario que haces, es decir, con conocimiento por parte de nosotras y por parte creo del COESIDA, no nos dimos a la tarea de ver qué están haciendo las demás personas, pero reconocemos que es como el trabajo de los organismos de la sociedad civil, y lo que queremos resaltar es que como institución no teníamos este trabajo. COESIDA como institución previamente no teníamos algo con que comparar, esto que COESIDA como institución está realizando.

No todos los organismos lo saben, porque esa sí sabían que lo realizaban ojo pero también hacemos reconocimiento que desconocemos el proceso pie a pie de Ustedes, pero como COESIDA no teníamos el antecedente.

Si para nosotros nos tarda más de un mes en dar la cita, lo vemos ya sea ante el IMSS o a derechos humanos, y en 4 días le hablan para dar cita.

- Que es en la Unidad de Medicina Familiar o en Infecto?

Cualquiera de las dos. Si nosotros mandamos una Carga Viral a un paciente de recién diagnóstico, el Médico de Clínica Familiar lo manda directamente a cita de primera vez. Ese periodo de que un paciente llegue con una carga viral reduce el periodo tremendo de estar siendo otra vez todo, Western Blot. Solamente un asunto de carga viral.

Entonces el asunto es cómo eficientamos la incorporación, porque realmente nos preocupa la incorporación del paciente.

La verdad para nosotros una de las estrategias a partir de mayo, todo paciente del IMSS se va con Carga Viral. Porque eso nos garantiza que se va a incorporar y que el Médico Familiar lo va a derivar inmediatamente.

Nosotros lo vemos también cuando el paciente dice .....”*yo de manera personal ya me hice este estudio*”... Hay pacientes que no cuentan con el recurso y no saben a dónde acudir para que se les apoyen económicamente para una Carga Viral.

Y esto es también el universo de población lo que tenemos acceso. Pero sin duda es muy bueno de reconocerse el trabajo que se ha hecho previamente y resaltar, insisto, que COESIDA como institución no teníamos algo así, esa chamba siempre había sido como parte de los organismos de la sociedad civil.

Si tu me dijeras que ayudaría si el COESIDA hiciera Carga Viral y CD4 a todos los pacientes para poder incorporar al tratamiento, eso sería lo más oportuno.

Quizá no se pueda. Si estamos planteando el asunto de reducir los periodos de incorporación o la presentación tardía, pues veamos qué hacer, como rector en Jalisco.

Tú decías que no hay un modelo similar en Guadalajara, pero por ejemplo, tienen casi 4 años la Clínica CONDESA y lo que hacen es referir a un hospital en particular de Tercer Nivel que se pudiera saltar la primera consulta familiar. Y se hace como un acuerdo interinstitucional igual. Por eso, si es verdad que tal vez no había un paso a paso aquí, pero hay otros lugares que sí tienen ya experiencia en esto.

Tal vez no aquí. Al mencionar esto no nos referíamos que descubramos el hilo negro ni nada, no. COESIDA Jalisco como Institución no teníamos previamente un protocolo establecido, y comparado con lo que hacíamos con la gente, era más de “*oye busco alguien que yo conozco – deja del mando un mensaje – hay no lo conozco - y si te podríamos echar la mano*”..... Cual echar la mano, no había un protocolo institucional, por eso el de resaltar el que hoy no tenemos como COESIDA con qué comprobar que esto que hacemos hoy antes nos había salido mejor o no.

A partir de aquí como institución es un parte aguas para nosotros. Y también por eso queríamos compartirlo con Ustedes, saber qué otros mecanismos utilizan Ustedes, porque eso nos va a ayudar para eficientar lo que se está haciendo al interior de la institución y fomentarlo. Por eso es que queremos también presentarles estos resultados.

Algo que no podemos perder de vista es que el COESIDA está sirviendo, en este momento, de puente con el Seguro Social. Pero cuál es el objetivo y el compromiso del Seguro Social para que no se sigan adjuntando pasos dentro de un proceso que debería tener los pasos.

Recuerden que este tema lo hablamos desde la entrada del Secretario Técnico, fue de las primeras cosas que abordamos la sociedad civil y estamos viendo un avance del COESIDA al hacer un apoyo institucional. Pero cuáles son los acuerdos o cuáles con las estrategias del IMSS, porque cuando cambien las autoridades qué va a suceder. O sea, todos estos ajustes que se están haciendo pues no han cambiado la estructura, entonces esto en cualquier momento va a desaparecer, y las organizaciones de la sociedad civil que estamos haciendo este trabajo vamos a volver a empezar desde cero. Y es el problema que tenemos ahorita. El IMSS tiene un problema estructural en la atención a los pacientes, y no es tanto la atención adecuada, debe de llamarnos la atención que en cada Hospital es diferente, no está estandarizado el tiempo en el que se va a incorporar a las personas. Y eso no lo puede hacer una institución. Eso no son mecanismos productivos y eficientes.

Entonces si me llama la atención esto, se tendría que hacer algo para cambiarlo.

Y la pregunta, quisiera que me quedara claro, si los tiempos están contados desde que la persona dice.... “*yo me hice la primer prueba tal día*”..... Y a los 32 días es el promedio de que se incorporó la persona a su primer cita con la posibilidad de en la siguiente obtener tratamiento?, ó los 32 días desde que llegan contigo.

Otra vez, creo que tenemos que terminar con el tema de las Conclusiones porque justo se están abordando este tipo de temáticas con respecto a las definiciones, hay cuatro diapositivas de Conclusión, o sea, nos faltan otras dos, y justo lo que estás comentando es eso, los indicadores de nosotros deben de mejorar por mucho. Estamos tomando en cuenta solamente el tiempo de visita al COESIDA - a la cita con el Infectólogo.

Y este indicador debe de cambiar, en el caso de los pacientes de primera vez con diagnóstico reciente, el tiempo transcurrido entre la primera prueba reactiva - y el tiempo de visita - y el inicio de tratamiento antirretroviral. Nos queda claro que ése es el tiempo objetivo que debemos de medir. Esto es el *proxi*. Es lo más cercano que tenemos.

Y este trabajo ha sido en conjunto entre las instituciones del IMSS el ISSSTE y el COESIDA. No es un asunto solamente de COESIDA, porque nosotros no damos indicaciones, nos reunimos, trabajamos, y este primer acercamiento nos permite decir, al menos, con esa definición, deficiente, la que tú quieras, COESIDA, Infectología: son 90 días. Que de entrada, estamos cumpliendo con la definición de incorporación temprana, que debe ser antes de los 90 días, en el 90% de los usuarios.

Queda clarísimo que la gente no debe de interrumpir tratamiento y ya vimos que estamos haciendo lo necesario para minimizar el riesgo de interrupción de tratamiento, al continuar otorgando tratamiento antirretroviral a las personas aunque estén cambiando de institución. Pero en los de primera vez, en los sintomáticos, sigue siendo un escándalo un promedio de 30 días, para ver los de primera vez. Y creo que este primer acercamiento con datos duros objetivos, nos permitiría entonces, ir midiendo los avances que vayamos teniendo junto con el IMSS y con el ISSSTE, para ir cortando tiempos. A ver cómo le vamos a hacer para mejorar estos procesos de atención.

-Aquí es que, este primer análisis sugiere que este protocolo del COESIDA puede ser una opción, no es la única, nos queda claro. Están las opciones de los mismos usuarios que tienen la iniciativa de incorporarse; está la opción de las organizaciones civiles que tienen años ya buscándole la manera de incorporar al IMSS. Pero ésta es una opción que puede ser viable y que puede ser, claro, mejorable por mucho.

Pero también puede ser una opción nosotros, en la incorporación al IMSS. Ya que la mayoría de los usuarios que hemos incorporado, son usuarios del IMSS y muy pocos, 4% del ISSSTE, este análisis nos permite concluir cosas de los procesos del IMSS, no del ISSSTE. El ISSSTE es otra cosa, y tenemos que tener más datos para poder decir si estamos funcionando o no efectivamente en el ISSSTE.

El mecanismo de coordinación puede y debe mejorarse. Sobre todo el involucramiento, creo en mi particular punto de vista, que se debe de involucrar mayor cantidad de personal institucional, de otras instituciones, sobre todo como para poder prevenir los procesos, o que se detengan los procesos, porque igual la gente se va de vacaciones, porque se incapacita, por lo que tú quieras, y que eso, algunos grupos de personas que ya saben cuál es el mecanismo pues finalmente se terminaban perdiendo. Que es un fenómeno que hemos, visto en los últimos días, que se alargan los tiempos por vacaciones. Es una sugerencia.

Y la otra, pues que agradecemos en verdad la buena disposición de las personas que representan al IMSS y al ISSSTE para este trabajo en conjunto. Porque creemos que esta base de información va servir para ir mejorando, acortando los tiempos y mejorando los indicadores, que eran inexistentes. Sea lo que sea, eran inexistentes. Y no tenemos nosotros una referencia propia para poderlos comparar. Pero este es un buen parte aguas para continuar optimizando los tiempos.

-Son todas las diapositivas, y en este momento ya podemos discutir todo lo que se considere.

Yo quiero plantear el asunto de que están midiendo la cita de primera vez, pero cita con el Infectólogo. Tan solo el Infectólogo va a mandar a Carga Viral y a CD4, cuánto tardan. Un paciente después de llegar a su cita de primera vez, pasa otra vez y volver a tener su segunda cita.

Hay que ser más eficientes en medir realmente la incorporación, así medimos la incorporación?. Una cosa es que haya tenido una cita de primera vez pero eso no significa que haya tenido tratamiento. Esta es una observación. Yo sí creo que tenemos que tener mejores indicadores aún.

Y dos, yo entiendo que hay pacientes que llegan con Ustedes, yo si digo y el resto de las organizaciones o no creo que el Mesón haya pasado a los del IMSS por aquí. Nosotros no pasamos absolutamente ninguno de los que detectamos que son del IMSS.

Y yo diría y al resto de la detección que se está haciendo tienen resultado que son del IMSS para tener mejores indicadores de la detección del Estado, yo digo que es una un asunto todavía muy incongruente porque tampoco se tiene un proceso de fácil acceso con Ustedes. No es que no los queramos compartir. Y entonces, si deberas queremos tender procesos eficientes entonces ya no vemos los que estamos haciendo detección para hacer procesos no en COESIDA, pareciera que el COESIDA es la mejor institución en estos procesos. No quiere decir que eso sea lo mejor, lo que quiere decir es que o vamos juntos o si no, la verdad es que estamos mejor así, cada quien por su lado, y contradiciendo los procesos, si tú me pones esos indicadores ya no mando pacientes. Con esos indicadores así sean vamos a hacer gestión pero yo no mando, no me garantiza que van a ser mejor que los procesos que yo tengo.

Actualmente cuando no vemos una salida la verdad es que lo mandamos a COESIDA, cuando vemos que las cosas se están complicando demasiado es que los mandamos a COESIDA, por eso es que lo que es tan importante que tengamos una metodología clara, de qué es lo que se puede hacer, qué alcances tiene y cuáles son los medios, para que nosotros podamos hacer como esta colaboración.

Ahora, también me llama muchísimo la atención que no existe algún tipo de acercamiento del Seguro Social con las organizaciones de la sociedad civil que tenemos tiempo haciendo esto. No existe ningún tipo de coordinación. Y si no existen la estrategia no es activa, definitivamente lo estamos viendo reflejado en los números justo es bien importante que no perdamos de vista lo que dice Víctor, que no es garantía de que una primera cita sea incorporación.

Los números que muestran aquí no tiene nada que ver con las personas que atendemos nosotros. Tienen a 6 personas, que se me hacen pocas porque nosotros hemos mandado desde mitades del año pasado en cuanto nos enteramos, y hay personas que nosotros enviamos al COESIDA a finales del año pasado que todavía no hemos logrado que tengan medicamento porque justamente el tiempo mínimo para el resultado de Western Blot son 22 días, entonces eso no es eficacia. Y me llama mucho la atención y esto lo comento porque no tenemos desde mitad del año pasado viendo este tema. Es un tema recurrente desde hace ya muchos años, entonces necesitamos ver la disposición. Si sabemos que existe el trabajo, que tiene muchas fallas el Instituto, pero tampoco vemos la disposición de trabajar con las organizaciones de la sociedad civil, que tenemos indicadores, que tenemos trabajo no es que hayamos empezamos todo ayer. Entonces si necesitamos ver esa disposición para sentir la confianza en la Institución, y hablo del Seguro, porque insisto, no creo que sea muy diferente a los números que tenemos nosotros al de las demás organizaciones. El 67% de las personas que nosotros detectamos tenían IMSS; el 13% tenía Seguro Popular o lo podía obtener. Y todo el porcentaje siguiente no sabía o no tenía papales y apenas estaba sabiendo qué.

Entonces esta cifra nos habla de que la solución para esto lo tiene el IMSS.

Antes tenían datos en el Seguro Social, teníamos reuniones constantes con la Delegación, o sea, terminó esta parte de regularizar y dejamos de tener este tipo de reuniones. Creo que esto ha sido una oportunidad para que junto con COESIDA, ONG's, y derechohabientes tengamos otra vez este tipo de acercamientos. O sea, no solamente con los contactos si no directamente con la Delegación, para ver cómo agilizan esa parte y lo que decía Gerardo, ir mensualmente una sola Clínica para que atiendan directamente a los de primera vez y pasar con su médico familiar. Y creo que es con representantes de Seguro Social, si agendar juntos una cita con el Delegado.

Dicen que no hay voluntad. Yo creo que tampoco hay una estrategia, creo que COESIDA funcione en un momento pero no estratégicamente. y si puedo decir que aclaremos que tenemos con la Delegación estaban dos directores médicos de las Clínicas de VIH, y los acuerdos se tomaron con los Sectores de Salud, y entonces al final si es verdad que eficientamos por lo menos el desabasto. Un desabasto que no llega al asunto de la Farmacia. Si queremos hacer cambios no es un asunto de buena voluntad, es un asunto de burocracia, y resolver la burocracia es un asunto que tiene que ver con la Delegación. Porque esto no se ha resuelto, por qué se quejan en derechos humanos, a me tardas 2 meses para una cita con un paciente con sintomatología, perdón, va a un asunto de derechos humanos y medidas cautelares.

Entonces si no sabemos optimizar, y la verdad lo dijo Ancira Ustedes no derechos humanos

Creo que medidas cautelares en un paciente con sintomatología bueno si no lo hacen Ustedes que son el órgano rector pues entonces qué. Pues vemos qué hacemos

Un problema importante es que de acuerdo a como estaba a en este momento de acuerdo a los procesos que tiene el IMSS, el IMSS puede decir que está atendiendo porque le dieron consulta general y lo va derivar al Especialista porque el Especialista dió una cita para el Laboratorio que le va a tomar una muestra que va tardar 22 días en tener un resultado, que le va dar una cita con el médico, entonces sí, lo están atendiendo.

Pero el problema aquí de medir, desde el momento en que llega el usuario al tener una prueba reactiva en donde quiera que se la haya hecho hasta que reciba su tratamiento. Porque lo que tenemos documentado triplica la cantidad de días, cuando menos.

Entonces las cifras que tenemos ahorita sirve. Pero no son reales, o sea no hablo de lo que está sucediendo con el usuario y es que hay puntos de soluciones que también se pueden coordinar, a lo mejor si no es solo con un Hospital que atienda, pues si necesitamos un laboratorio que eficiente los procesos de los exámenes, porque ahora resulta que también atención es mandar a pedirle sangre un día darle cita y luego es que los exámenes los vamos a pedir nosotros, cuando realmente pudiste hacerlo todo desde un principio y evitar que pase todo ese número de días, esa es como la vía por la cual las quejas no trascienden porque la Institución se justifica "es que sí estamos dando atención"..... Pero la atención que están dando no resuelve la problemática de la población

Y hay algo importante, estamos hablando de la calidad de vida de la persona pero también estamos hablando de prevención, de que una persona que esté en tratamiento mejora su calidad de vida pero también ayuda a la prevención.

De los que están hablando, por ejemplo, de los que están perdidos, deben de tener algunos que han hablado con nosotros que son trabajadores del Seguro Social, o sea, que no se quieren atender en el Seguro Social, o sea qué garantizarles, su temor es que sepan que tienen VIH. Cómo garantizar eso.

Una pregunta, saben de todas estas personas de recién diagnóstico, si habían pasado en diferentes ocasiones haciéndose la prueba en otros lugares ó de los que diagnosticaron aquí. Porque un dato que nosotros estamos viendo y creo que es una de las partes que va muy ligada con el Seguro Social es el momento del diagnóstico y la forma de cómo se está haciendo el diagnostico en todas las asociaciones, sí hemos encontrado personas que traen diferentes pruebas de diferentes lugares y nada mas continúan brincando, lograron identificarse o había algo así?

-No tenemos un indicador que lo mida. Sin embargo, en la entrevista si hemos ubicado a personas que eso hacen ----"yo ya fui me hice 2 aquí, vine tal día aquí con Ustedes"..... Traen 3 pruebas rápidas tal vez, o "yo ya fui a un laboratorio particular porque - yo vine de tal institución - y yo me hice una con Ustedes".....

Generalmente en la entrevista sí lo identificamos.

Porque entonces una de las áreas de oportunidad para esta parte del proceso de incorporación de recién diagnóstico es voltearnos a ver cómo se está haciendo el diagnostico entre todas las instituciones.

- Buena observación.

Les agradezco su amabilidad de haber asistido creo que éste es un tema como bien tomaron en cuenta genera discusión y ese es el objetivo de dar esta plática. Generar discusión y buscar soluciones a este tipo de problemática que hemos identificado. Esperemos que realmente sirva como un parte aguas para tener mejores resultados, yo confío en que sí habrá mejores resultados y respuestas particulares para este asunto de la agilización sobre todos los procesos laboratoriales de la confirmación de los usuarios, que éso de acuerdo que agiliza los procesos de atención de los pacientes de primera vez, claro con eso se resuelve, y eso que estamos de acuerdo que no debe ser cargado a las organizaciones civiles. Estamos de acuerdo en eso. Las organizaciones civiles no deben hacer el trabajo de la confirmación de la población, eso tocaría a las instituciones. Esperemos tener resultados pronto, espero darles buenas noticias pronto.

Es primera vez que vengo, no me quedó claro cuáles van a ser los acuerdos para la siguiente reunión. Creo que hablaron, discutieron, sobre qué cosas están inconformes las organizaciones civiles, me parece muy interesante. Me ha tocado conocer el trabajo del Mesón, pero y qué sigue de aquí? No vi ningún acuerdo. Si hay votaciones o no.

Claro. El objetivo es darles a conocer este proceso de trabajo, es una buena observación el hecho de decidir si se llega a algún tipo de acuerdo. En este caso es por nuestra parte, nuestro acuerdo, nuestro compromiso en el COESIDA es continuar con este proceso de asesoría en los traslados en la incorporación de personas; de los usuarios que vengan espontáneos o derivados por los médicos tratantes, o incluso, por las organizaciones civiles, las que quieran entrarle, las que no quieran también. Y mejorar nuestros indicadores que éso definitivamente sirven para saber si deberas estamos haciendo las cosas mejor o definitivamente no están sirviendo. Las cosas anecdóticas no sirven, de entrada. Sirven como acercamiento. Pero para comparar realmente las cosas anecdóticas no sirven, se tienen que medir y por eso tenemos esta inquietud de estar midiendo estos procesos de Indicadores de Calidad de la Atención. Eso es nuestro compromiso como Programa Estatal.

Entonces les van a compartir la información a las organizaciones civiles?

Sí, por supuesto. La dinámica de este tipo de Vocalía se les hace llegar la Minuta y justo los temas que se abordaron en este momento, se les hace llegar.

Yo considero pertinente que en la próxima sesión de la Vocalía que se de seguimiento a este tema, Sería interesante que el representante del IMSS nos pueda compartir el protocolo de atención a las personas del IMSS, o más bien, si existe un protocolo de atención a las personas del IMSS, como para conocer cuáles son los detalles, las denuncias y también saber que de parte del IMSS cuáles serían las posibilidades, los puntos donde podríamos colaborar para mejorar sus tiempos. Efectivamente, ya hay un tiempo en el que lo estamos discutiendo, y bueno, el tema es aportar. El tema es mejorar la atención de las personas de los pacientes. Creo que sí hay una saturación, sobre la saturación y acceso al IMSS, que no solamente es del IMSS, creo que es de manera general. Pero el asunto es cómo podríamos mejorarlo.

Hay un protocolo, Ustedes lo tienen que respetar, pero nosotros lo vamos a conocer y vamos a darle seguimiento para tratar de optimizar esos tiempos, lo sugiero.

No creo que haya ningún inconveniente para que la Vocalía se pueda compartir los documentos normativos de las instituciones. Pertenecen a la Federación y como tal son patrimonio de todos, como todo. Creo que si hay temas muy importantes que seguir. Y que hay que observar lo que se ha estado haciendo.

Yo diría, a mas de los últimos 8 meses, que hemos estado trabajando mucho este tema del ver cómo sí podemos nosotros eficientar un poquito el proceso de incorporación de pacientes que viven con VIH, que no están en nuestra institución, pero que pueden ser derechohabientes o que son derechohabientes; pacientes que son derechohabientes y que están en otras instituciones tratándose por los motivos que sean.

Y creo que hay que tomar en cuenta, primero, que las instituciones están rebasadas. No solo el IMSS, el ISSSTE, todas de alguna manera, en nuestra respuesta estamos rebasados por diferentes situaciones, por infraestructura, por recurso, etc.

En el caso muy particular del IMSS, nosotros estamos viendo algunas estrategias más allá de cómo la normatividad está escrita, para la incorporación de los derechohabientes al tratamiento. Hablo de los derechohabientes todos, no solo los pacientes con VIH, los pacientes con enfermedades neoplásicas, con crónico degenerativas, etc.

Esa es una realidad de las instituciones. Las instituciones como tales son autónomas en parte, en su normatividad, para brindar la atención de los Servicios Médicos. Y esa parte si quisiera que todos la tomáramos muy en cuenta.

Esos lineamientos, por supuesto que se pueden compartir. Cuál es el proceso para la incorporación de una persona que se inscribe en el IMSS o que se inscribe en el ISSSTE, para que empiece a recibir la atención.

Y cómo los algoritmos están sustentados ahora si en toda la normatividad federal de atención en salud para como deban ser atendidos por los médicos, de éso creo que ahí no hay discusión.

Nosotros en donde sí vemos un área muy grande de oportunidad en el caso de los derechohabientes que tenemos que viven con VIH, es en la parte de la incorporación oportuna para el diagnóstico y el tratamiento. Yo considero, ahorita, que si sumamos esta parte de la estrategia del COESIDA de tener ese vínculo directo con puntos en la Delegación, porque nosotros estamos en la Delegación, nosotros aceptamos tener un vínculo directo con los dos personajes del COESIDA, para que aquellos casos derechohabientes que no están con nosotros, pero que son de recién diagnóstico o que se están diagnosticando apenas por parte del COESIDA, en éso, sí logremos asegurar que se incorporen y se traten en forma inmediata. Y si es lamentable ver que los 123 casos que se han detectado en esas condiciones, todavía haya 3 que no se hayan incorporado, de forma inmediata. Creo que éso es un punto muy importante.

El otro, es el buscar la estrategia para que esos 4,000 derechohabientes que tenemos que viven con VIH, porque ya hay más de 4,000 derechohabientes pues ahora con los que estamos sumando, si tengan una continuidad y una atención efectiva. Esa es la parte que estamos trabajando.

Una de las estrategias que ya estábamos platicando, de hecho con nuestro Órgano Rector y de aquí de COESDA, era el de nosotros poder implementar una Unidad específica para el manejo de derechohabientes que viven con VIH. Y estamos como piloteando ahorita para hallarle la factibilidad a esto, utilizando el Hospital 45, o sea el Hospital Ayala.

De ahí que nosotros les propusimos, que todos los pacientes que incorporaran a través del COESIDA en esta estrategia, pudiéramos derivarlos al Hospital Ayala.

Y directamente, incluso, por intervención de nosotros en el caso de que hubieran Unidades Médicas que se trasladaran por ahí del paso de que pues hay que mandarlo de la 110 al Ayala, o directamente si llevo ahorita desde las 9 hrs. "vete al Ayala"....., porque también las personas tienen sus derechos que son respetados de también en dónde se quieran atender, eso es un asunto que también a nosotros nos causa un poco de problema.

Nosotros estamos trabajando la estrategia de la Clínica de VIH, en el mediano plazo. Y tratar de que la Unidad Menchaca del Hospital Ayala, que es un anexo, ésta sea integrada como una Clínica para manejo de VIH.

Estamos ahorita probando la respuesta del Area de Infectología de Menchaca del Ayala, para este plan. De tal manera que, en el mediano plazo se pretende ubicar la mayoría de los Infectólogos en el Menchaca, para darle respuesta al tema de VIH. Esa es una de las estrategias que ya estamos ahorita piloteando, nosotros sí la estamos midiendo.

Y vemos que hay buena respuesta, por lo menos no hemos tenido ahorita mucha inconformidad a decir de Erica Canchola en el tema de VIH y obviamente también podríamos, por lo pronto, explotar más al Hospital 180.

El otro tema, que es el poder nosotros eficientar en términos del tiempo la atención, es lograr reducir el número de consultas ahorita por el Infectólogo que tenemos, dado a que están completamente rebasados, éso es una realidad.

No tenemos Infectólogos para atender a todos los derechohabientes cada mes. Un problema nuestro era por cuestiones administrativas para el manejo de medicamentos de alto costo, de Clave 5000 en el Instituto, era que tienen que verse cada mes, para poder documentar en el Expediente Clínico la prescripción del tratamiento. Entonces, ya nos aprobaron que los antirretrovirales sean incluidos en los medicamentos de Receta Resurtible. De tal manera que, entonces, nosotros podremos prescribir en términos de mayor tiempo para los derechohabientes, que tienen un control virológico adecuado, para que puedan ser vistos en fragmentos de tiempo más largos y puedan tener su medicamento.

De tal manera que fue mejorar la calidad de los servicios que estamos recibiendo activos en el seguimiento continuo. Esa es la parte que nosotros estamos trabajando.

La otra parte que creo que es muy importante trabajar, es el trabajo con las personas que viven con VIH creo que el tema de la información es bien importante. Notamos que hay todavía un alto grado de desinformación, entonces creo que ahí, es un tema en el que todos podríamos colaborar.

Yo creo que la estrategia de vinculación directa del COESIDA con las Areas de la Delegación, nos está dando a ganar. Yo creo que estamos ganando, ganando.

Entonces yo recomiendo que COESIDA pudiera ser también este enlace como Rector Dr. Ariel, con todas las ONG's, y pudiéramos tener una estrategia conjunta. Y yo si alabo el trabajo que han hecho ONG's en muchos años y deberas que tienen excelentes resultados, o sea, la intervención es muy fuerte, y eso es muy bueno, ese es el papel bueno de Ustedes, de tener una intervención muy fuerte con las instituciones, para que respondan las instituciones y tendrán que responder las instituciones por los mecanismos que sea.

Eso no es problema, los derechos humanos deben de respetarlos, y si hay alguna inconformidad por una atención que no sea de calidad, bueno están todas las líneas que existen para presentar las inconformidades y dar seguimiento.

Pero yo creo que el tema de sentarnos a platicar ganamos, ganamos. COESIDA y yo nos sentamos y yo creo que sí hemos ganado mucho.

Deberas que yo esperaba que fuera mucho mayor el número de derechohabientes que nosotros estuviéramos que no estuvieran con nosotros en tratamiento, y que estuvieran en COESIDA y bueno los números dicen que es menor. Y los números dicen que hay un número muy importante de personas que son derechohabientes y que sí saben que son derechohabientes, y que van primero a otras instituciones, van con las organizaciones o van al COESIDA. Ahí es donde yo veo el tema de ganar, ganar.

No van a ir con nosotros por múltiples razones y el grupo más vulnerable, es el grupo que está laboralmente activo. Ya lo dijo uno de Ustedes, cómo le haríamos para que los derechohabientes que están en el IMSS, que son trabajadores del IMSS, se traten en el IMSS. Bueno pues que se traten en el IMSS.

Ahí también es un tema ya de responsabilidades de las Empresas y del mismo Instituto, por supuesto. Y ahí entonces es muy importante la comunicación. Los derechos de la confidencialidad de una persona que vive con VIH se da, y se debe dar en todas las instancias y en todas las instituciones.

Y considero que ahí falta algo más de información, en la que ahí sí todos podríamos colaborar. Cómo si podríamos hacerle entre todos, para que se respeten los derechos de la confidencialidad. Por supuesto que un trabajador sea del IMSS o sea de cualquier empresa afiliada al IMSS, se siente muy vulnerable de que se conozca su condición de la enfermedad para un impacto laboral, por supuesto que éso es muy entendible.

Entonces, por parte de la institución yo les comparto ésto, que estamos trabajando en este tema.

Estamos viendo que sí es factible que podamos llegar nosotros en el mediano plazo instalar una Clínica específica de VIH. Y ahí concentrar toda la atención.

Y creo que este acuerdo que tuvimos interinstitucional sí nos puede dar mas a ganar todavía. Incluso metiendo a todas las organizaciones.

Y adelante, en el IMSS tienen agenda con el Señor Delegado, con el Jefe de Prestaciones Médicas cuando quieran. El derecho existe.

Bien, entonces retomando o resaltando los puntos quizás más importantes a la vista, quizás convenga retomar el tema en la siguiente reunión de Vocalía, y particularmente trabajar y desarrollar el tema sobre todo dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, que podamos trabajar en conjunto en estos meses antes de la siguiente reunión de Vocalía. Sobre todo, para que se pueda mostrar tres puntos relevantes que me parece que se han identificado aquí:

-El primero, sobre el tema de un posible Laboratorio Centralizado que trabaje para el tema de los confirmatorios, de manera muy ágil entre los usuarios de la Institución.

-Segundo, el proceso de aceleramiento de la atención de los usuarios sintomáticos, que ésa es una necesidad mucho más urgente, es que tengamos que ver a los usuarios sintomáticos en no más de 72 horas, y realmente el mismo día, pero no más de 72 horas.

-Tercero, que nos pudieran desarrollar entonces el tema específico sobre los avances de la Clínica de VIH del Menchaca para la atención de los usuarios de VIH.

Le podría considerar mostrarnos estos temas en la siguiente reunión de Vocalía Doctor?

-Sí claro, lo dejamos agendado como tema.

Están de acuerdo los demás integrantes de la Vocalía de que se lleve a cabo este tema en la siguiente Sesión de Consejo?

-Podremos entonces emitir nuestro voto?

“POR UNANIMIDAD SE ACORDÓ EL PUNTO”

Entonces me gustaría retomar la propuesta del Doctor, de tener una sesión para trabajar las organizaciones civiles, porque me parece que podría haber algunos elementos de los cuales se podrían aportar y en este proceso la experiencia propia de la organización civil.

Entonces también se acuerda el tener una reunión que sería pendiente entonces de Usted Dr. Guadalupe Castañeda para que nos podamos reunir las organizaciones civiles, el COESIDA para desarrollar el tema, para trabajar este conjunto de ideas.

Si, claro.

Lo que yo diría es con ésto es cómo provocar otra vez a las reuniones con el Subconsejo de Derechos Humanos y las ONG's, y ya tener como algo y no esperarnos hasta la siguiente reunión si no tener cosas más concretas y ya pedir una cita con la Delegación, o sea, antes de la siguiente reunión.

Yo diría también que si somos parte de la Vocalía si inclúyenos en las reuniones de gestión con el IMSS.

Es justo lo que estamos diciendo ahora, de que se plantee la reunión en conjunto con organizaciones civiles, el IMSS y COESIDA, en una fecha próxima que nos estará por confirmar el Dr. Guadalupe Castañeda, para trabajar en estos temas. Esto sería obviamente no hasta la reunión de Vocalía, sería mucho antes. Se les confirmaría en los próximos días. Y Nosotros seríamos entonces la coordinación. El Dr. Castañeda nos dice la fecha a nosotros y el COESIDA los convoca a Ustedes, y ya se acordará el sitio.

Y más allá de la Comisión de Derechos Humanos, que en realidad sería más bien los que aplicamos y hacemos la prueba para VIH.

A mi en lo particular que ya escuchamos el trabajo que han realizado las compañeras Erika y Ancira, en lo personal me parece muy respetable. Escuché la observación de algunas ONG's. Pero si me gustaría entonces, en este proceso también y de acuerdo a lo que ellos manifestaron, que ellos mismos presentaran o nos dieran a conocer el trabajo que ellos han hecho de rescate o derivación de las personas. Porque a final de cuentas no siento que estas personas estaban perdidas.

Yo considero que el COESIDA ha presentado datos y muy específicos, pero también como miembro de la Vocalía me gustaría escuchar a otros miembros de la Vocalía cuál ha sido su trabajo, cuantas personas han rescatado con datos duros también, para que en base a éso poder crear las estrategias si va a ser a través del COESIDA el trabajo en coordinación con el IMSS, o ellos van a tener porque su método de trabajo y de captación y derivación de usuarios derechohabientes mas efectivas, pues tomar este tipo de experiencias.

Entonces si me gustaría que en cierta manera saber lo que han hecho lo que han trabajado para poder hacer un comparativo y poder decir vamos a conjuntar esfuerzos, y creo que sería oportuno en éste tenor que también el Señor Delegado de IMSS pudiera conocerlos, y sí sería oportuno ver qué se ha hecho.

Se podría retomar esta idea, de que la próxima vez que se trabaje en Vocalía que presente el IMSS los puntos que ya se comentaron, igual las organizaciones civiles pudieran desarrollar su tema.

Esto seguramente se comentará en la reunión previa entre nosotros. Pero me parece una muy buena aportación

Entonces se va buscar una reunión para tratar el tema lo mas pronto posible, verdad, cuando podría ser en Mayo?

- A la brevedad posible cuando lo indique el Dr. Guadalupe Castañeda.

Y el próxima reunión de la vocalía será presentar los avances de lo que vamos a tratar justo en la reunión previa con las ONG's, que ya nos dirá el Dr. Castañeda la fecha.

Si, porque de nosotros es casi tenemos el 50% de las detecciones que tendría el Programa.

Que justo, es otro tema que se empieza los proyectos financiados por CENSIDA sobre la detección de nuevos casos, que entonces se viene una nueva ola de nuevos diagnósticos entonces si conviene acelerar antes la reunión.

Y bueno, muchas gracias por su atención, esperamos contar con Ustedes dándoles la fecha. Hay un desayuno que ya está enfriándose así que los invito por favor a tomar su desayuno y les agradezco la amabilidad de su atención.

Si no existe ningún otro comentario, levantamos la mesa y damos por concluida esta primera reunión. Agradezco su amable asistencia. MUCHAS GRACIAS.

**FIN DE LA REUNIÓN A LAS 11:30 HORAS.**