

VERSION ESTENOGRAFICA

Siendo las 9:23 horas, del día 30 de marzo del 2017, con la asistencia de 32 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 2017, presidida por el Dr. Ariel Eduardo Campos Loza, Secretario Técnico del Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco.

. BIENVENIDA Y QUORUM ESTABLECIDO.

Se ha establecido el quórum necesario para iniciar esta primer reunión de la Vocalía de este Consejo.

. COMENTARIOS A LA MINUTA DE REUNIÓN ANTERIOR.

Es conveniente, es el momento para tener comentarios u observaciones relacionadas a la Minuta de la última reunión ordinaria del año 2016 que se les entregó en tiempo y forma, si hay alguien que tenga alguna observación le agradecería que lo hiciera de una vez.

Parece que no hay observaciones, levantemos la mano si aprobemos la Minuta anterior. Damos por aprobado. Gracias.

. CALENDARIO DE REUNIONES DE LA VOCALÍA 2017.

En relación al calendario de las reuniones de la Vocalía de este año, que tenemos al menos tres reuniones, así lo contempla nuestras reglas, y están programadas como sigue:

La segunda reunión está programada para el 26 de julio; y la tercera reunión para el 22 de noviembre.

Sean tan amables de anotar estas fechas para tenerlas entonces ya contempladas en sus calendarios de actividades.

. "PRESUPUESTO 2017 DEL COESIDA JALISCO.

-Bien, vamos a hablar rápidamente del presupuesto 2017, que estamos obligados en la primer sesión de este Consejo el hacerla, vamos hacerla de una manera muy resumida. Les podemos enviar los detalles de los presupuestos tanto Federal como Estatal.

Ustedes pueden ver que el Presupuesto Federal representa el 92% del financiamiento de este Programa de VIH/sida en el estado de Jalisco.

El presupuesto federal que es el 92% asciende a casi 293 millones de pesos, específicamente \$292'821,923.28 pesos. Y el presupuesto estatal asciende a básicamente poco más de 18 millones de pesos, específicamente 18'391,250.27 pesos

Este es de manera resumida el presupuesto del Estado de Jalisco. Es presupuesto asignado por el Congreso del Estado, donde el 84% se va prácticamente al pago de los trabajadores del Capítulo 1000.

Y el resto a, Materiales y Suministros, a Bienes Inmuebles e Intangibles y a Servicios Generales.

Por supuesto que eso tiene sus detalles que se los podemos enviar de manera desglosada, si así lo solicitan.

Ustedes pueden ver la tendencia a lo largo de los últimos 7 años. Con relación a los presupuestos federales, este es el recurso directo de la Federación, que Ustedes pueden ver que asciende actualmente a \$259'701,923.28 que es significativamente más alto que lo que fue asignado en el año 2016 aproximadamente 50 millones de pesos adicionales.

La bolsa común de la Secretaría de Salud Ustedes pueden ver que se mantuvo prácticamente casi igual, poquito menos de 21 millones de pesos a poco más de 19 millones.

Y lo que fue asignado a través del Anexo IV Seguro Popular actualmente estamos hablando de 13'784,000.00 pesos, que son aproximadamente millón y medio más de lo que fue asignado el año pasado.

Ahora específicamente hablando de lo que se trata cada uno de estos Ramos, Ustedes pueden ver que en el caso del recurso directo que se le conoce específicamente como el Ramo 12, que es un recurso directo de la Federación que dijimos estaba en el orden de los 258 millones de pesos, la gran mayoría se va a la compra o a la adquisición de medicamentos antirretrovirales para las personas que viven con VIH.

Además de pagar también los insumos necesarios para hacer los exámenes para evaluar el control de la infección por VIH en estas personas, en este caso para el conteo de CD4 se aprobaron 5 millones y medio, y para la Carga Viral poco más de 18 millones y medio de pesos.

Además, también a través de este fondo tenemos dinero asignado para la compra de condón masculino, pruebas rápidas de VIH y pruebas rápidas de sífilis.

Bueno estos son los recursos ya específicos para CD4 y Carga Viral. Ustedes pueden ver que casi no se modificó el recurso asignado para Carga Viral relacionado al año 2016. Estamos hablando de lo mismo y de CD4 un poquito menos. Pero prácticamente sin modificación.

Actualmente las Guías de tratamiento antirretroviral últimas de CENSIDA de este último año de 2016, prácticamente ya hace que el número de testeos y CD4 puedan ser, incluso anuales, en personas que tienen ya cargas virales indetectables y que tienen incrementos ya estables o que ya tienen estabilidad de sus conteo de CD4.

Por lo tanto, ya da oportunidad de que se hagan de manera anual. Tal como lo dictan también otras normas internacionales.

Es la razón por la que no se necesita que incrementemos el recurso para CD4, puesto que cada vez se está haciendo menos. Es menos necesario hacerlo de manera rutinaria en personas con control virológico.

Ahora en relación al Ramo 33, que es la Bolsa Común de la Secretaría de Salud que se asigna también a nosotros, Ustedes pueden ver que también tenemos una cantidad importante para condón masculino, para pruebas rápidas de VIH, para pruebas rápidas de sífilis, en este caso de Reagina; para sucedáneos de la leche materna, que esto es importante para las mamás que viven con el virus para poderles otorgar la leche materna y no alimenten al seno materno a sus hijos, para evitar la transmisión materno infantil producto del amamantamiento de estas mujeres hacia sus hijos.

Y bueno, algún recurso también para Capacitación del Personal de Salud relacionados a temas específicos de VIH/sida.

Ahora, en relación al Anexo IV que es el Seguro Popular, que nos asignaron este año un poco más de millón y medio relacionado con el año anterior, en este caso poco más de 13 millones 700 mil pesos, también tenemos entonces recurso para comprar condones, para reactivos para la confirmación de infecciones por VIH en personas que no tienen prevalencias elevadas de la infección.

Por ejemplo, en este caso estamos hablando de personas heterosexuales sin otros factores de riesgo o mujeres embarazadas que usamos en vez de Carga Viral o pruebas moleculares, usamos western blot, bueno de aquí sacamos este recurso para el Laboratorio Estatal de Salud Pública, ELISAS de Cuarta Generación que lo hace el Laboratorio Estatal de Salud Pública que Ustedes pueden ver que es muy poco dinero comparado con las pruebas rápidas, es decir, el tamizaje diagnóstico actualmente en el Estado de Jalisco de la Infección por VIH depende de las pruebas rápidas. Y esto, recuerden que acerca mucho, que facilita, que permite que grandes sectores de la población tengan acceso a un testeo regular de VIH, que es extremadamente necesario para poder contener la epidemia de VIH/sida, de acuerdo a las metas que tenemos programáticas para el año 2020, que un poco más adelante vamos a hablar de esto. Y bueno pues pruebas también para confirmar la infección por sífilis a través de pruebas rápidas que hicimos en su momento, también tenemos dinero para hacer pruebas confirmatorias en el Laboratorio Estatal de Salud Pública.

=

Alguien tiene alguna pregunta en relacionado al presupuesto Estatal y Federal?

- NINGUN COMENTARIO.

“INFORME DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES DEL COESIDA 2016”.

Vamos a hablar acerca de los principales resultados de actividades relacionados con el año pasado de este Consejo.

Ustedes pueden ver ésta (Gráfica) es la cantidad de condones que se distribuyeron con relación al año pasado. Esta reducción que se observa con respecto al año 2015 ha dependido de un incremento de la cantidad de condones que se distribuyeron hacia los Centros de Salud a través del Departamento de Salud Reproductiva de la SSJ, y que en su momento teníamos que estar dando nosotros hacia el Programa. Pero que después, la misma Salud Reproductiva comenzó a tener una cantidad importante de condones, por lo tanto, se vió entonces menos necesario para nosotros distribuir condones hacia los Centros de Salud, que son dirigidos sobre todo para programas de Planificación Familiar.

Pero en esta Diapositiva pueden ver que justo esto, el incremento que se estaba dando los últimos años hacia los Centros de Salud se vio estabilizado; pero en cambio, se incrementó significativamente la cantidad de este tipo de insumos preventivos, el condón básico, hacia poblaciones clave específicas, donde se mueve o donde circula o donde el impacto del VIH es mucho mayor en la población, en Poblaciones Clave.

Recordemos que nuestro País vive en una epidemia concentrada, no es generalizada, y por lo tanto, al ser concentrada tenemos que concentrar nuestros recursos en la población que más lo requiere ser intervenida para prevenir la transmisión.

Y en este caso Ustedes pueden ver que el incremento significativo en poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, en personas trans, de que el otorgar estos insumos preventivos hacia las organizaciones civiles que se acercan o que tienen un mecanismo de alcance mucho más efectivo que los programas gubernamentales para acercarse a las poblaciones clave, en horarios o en días específicos que las mismas instituciones gubernamentales no tenemos capacidad operativa, y también en este caso CAPASITS.

Y por lo tanto esa es también la razón que explica que esa tendencia de incremento, de la diapositiva anterior, pues no se vio en incremento si no que se estabilizó justamente por la reducción, en este caso la estabilización, de los condones dados hacia los Centros de Salud.

Pero bueno al final del día esta cantidad de condones distribuidos hacia las Regiones Sanitarias podemos decir que es mucho mayor de que la que se distribuyó en su momento en el año 2013 ó en el año 2014, es decir, vamos en incremento.

Qué es la profilaxis post-exposición. Es decir, recordemos que el condón es la estrategia más barata, mas costo-efectiva para evitar la transmisión del VIH y otras ITS de transmisión por fluidos como gonorrea y clamidia. Pero en este caso por VIH tiene una efectividad en heterosexuales que oscila entre 90 y 95%; pero en hombres que tiene sexo con otros hombres, en personas trans, esta protección se reduce hasta un 75 a un 80%. Es decir, en estas poblaciones clave hay hasta un 20% posibilidades de falla y en heterosexuales hasta un 5 a 10% de falla.

Esta posibilidad de falla, sobre todo se da cuando no se usa de manera correcta, cuando se rompe o simplemente cuando no se usa. Esa es la razón por la que podemos usar estrategias adicionales como tomar 28 días medicamentos antirretrovirales para evitar una transmisión por VIH, sobre todo en este Programa de Profilaxis Post-exposición que lo implementamos el año pasado en el COESIDA, es decir, a través de un Fondo Estatal compramos medicamentos y lo otorgamos a la gente una vez que ha sido evaluado su riesgo.

Ustedes pueden ver que ha incrementado de manera significativa la cantidad de usuarios que han acudido a nuestras instalaciones durante el año pasado.

Les quiero decir que actualmente ese recurso de la compra de medicamentos no ha sido todavía ejercido hasta este momento del año, por lo tanto, no tenemos ese medicamento actualmente disponible. No estamos negando el servicio a las personas. Obviamente estamos al menos dando Recetas, pero sí es importante que sepan que no tenemos esos

medicamentos y eso ya lo sabe el Señor Secretario de Salud. Y bueno, están las gestiones para la compra de estos medicamentos, esperemos que los podamos tener a la brevedad.

Ustedes pueden ver que es una necesidad. En este caso al dar 99 profilaxis post-exposiciones en el año, esta es la cantidad de personas que le evitamos la transmisión del VIH en este mismo número de personas. Entonces no es cualquier cosa, estamos hablando de prevención efectiva de la transmisión, sobre todo en personas que tienen una pareja que vive con el virus y que el condón falló y que tienen una inminencia de infección en este caso. Entonces es extremadamente útil contar con este tipo de servicios preventivos que complementan al uso de condón.

Como ya les comenté, actualmente el testeo de VIH en Jalisco depende prácticamente o recae en más del 90% de las veces a pruebas rápidas que permiten el acceso. Es decir, que en vez de que una persona vaya a un laboratorio, que pague, o que pierda el tiempo de medio día, el ir en ayuno, y luego ir a recoger resultados dos o tres días después, de lo cual mucha gente no acude a recoger sus resultados sus exámenes, y no conoce su estatus.

La prueba rápida de VIH en 15 minutos tenemos un resultado. Y la gente se va ya conociendo su estatus si no es reactivo, o si es reactivo y requiere de un examen confirmatorio. Y esa es la razón por la que al acercar este tipo de testeo a la población es sumamente necesario, es un indicador de prevención en los países, pues nos abocamos a acercar el testeo a la población. Ustedes pueden ver que hay un incremento muy significativo de pruebas de VIH, hasta el 2015 donde se distribuyeron 110,000 pruebas; en el 2016 se distribuyeron 71,500 pruebas de VIH rápidas, pero Ustedes pueden ver que también hay un incremento muy significativo de la prueba rápida para sífilis que es otra de las infecciones de transmisión sexual que también hemos observado un incremento de los diagnósticos, por qué, porque la estamos buscando a través de estas estrategias amigables de testeo en la población.

Por qué se observa esta reducción de la cantidad de pruebas rápidas distribuidas?

La razón es porque las Regiones Sanitarias actualmente ya compran también pruebas de VIH, por lo tanto, se ve reducida su necesidad de depender de pruebas de VIH del COESIDA, ya que ellos prácticamente están teniendo sus propias compras de pruebas rápidas en sus Regiones Sanitarias. Entonces es la razón por la que se observa esa aparente reducción de la cantidad de pruebas, pero esas son las distribuidas.

Es importante señalar que actualmente o al menos comenzamos el año con prácticamente 270 mil pruebas disponibles de VIH rápidas para el Estado de Jalisco.

Esto qué significa. Que garantizamos la cantidad de pruebas necesarias tanto para la población clave, para que se testeé la totalidad de la población clave, pero también para que al menos se apliquen dos pruebas rápidas en cada mujer embarazada que se atiende en la Secretaría de Salud en el Estado de Jalisco. Es decir, si se atienden aproximadamente alrededor de 85 mil nacidos vivos anules atendidos por Secretaría de Salud, entonces estamos hablando de que se requieren alrededor de 170 mil pruebas. Si teóricamente alcanzamos al 100% de las mujeres con dos pruebas de VIH al inicio de su control prenatal y en el último trimestre, entonces tenemos perfectamente cubierta esa necesidad. Y eso lo tenemos cubierto desde el año pasado. Recordemos que el año pasado fue el primer año que garantizamos el acceso de al menos una prueba rápida en la totalidad de las mujeres embarazadas. Pero una cosa es que tengamos las pruebas que eran primer obstáculo, que vimos al inicio de la administración que ya lo libramos ya estamos del otro lado, pero la siguiente barrera es que los trabajadores de la Salud apliquen las pruebas en los Centros de Salud en las mujeres embarazadas.

Esta es una tendencia de la aplicación de la prueba de VIH a lo largo de los dos últimos años en la Secretaría de Salud. Cada una de las líneas representa una Jurisdicción Sanitaria, y pueden ver que si promediamos a cada una de las 13 Regiones Sanitarias estamos hablando de pruebas de VIH del promedio de testeo de mujer embarazadas, de al menos una prueba en su embarazo de alrededor del 51% en todo el 2015. Aquí fue cuando garantizamos el acceso a prácticamente a mujeres embarazadas a prueba rápida.

Pero podemos ver que en el 2016 no hubo cambios. Es decir, si promediamos 2015 y promediamos 2016 estamos hablando de 53% de aplicación de prueba de VIH, a pesar de que garantizamos la existencia de pruebas rápidas de VIH en Centros de Salud no se observó un incremento. Cosa contraria con lo de sífilis, Ustedes recordarán las diapositivas anteriores donde tenemos un incremento de la cantidad de sífilis distribuidas es un incremento muy significativo y aquí sí se observa una tendencia hacia incrementar la aplicación de la prueba, estábamos en un 30% en el 2015; 47 - 48 % en el 2016 lo que representó un incremento del 78% comparado con el 2015. Es decir, por alguna razón se están aplicando más pruebas de sífilis en las mujeres embarazadas y se están reportando, y en pruebas de VIH no necesariamente se observa este fenómeno. Hemos hecho intervenciones específicas muy concretas por ejemplo, en la Región Sanitaria III de Tepatlán, hicimos una intervención para que incrementara la cantidad de pruebas aplicadas y pueden ver que al menos se unió a la tendencia del resto de las Regiones Sanitarias.

Y hay otras intervenciones que hemos hecho, en la Barca o en Lagos de Moreno donde también se observó un incremento después de una intervención que hicimos en la capacitación de los trabajadores y llegar a acuerdos con los Coordinadores de Área, y también observamos un incremento significativo de la aplicación de pruebas, pero no nos alcanza para que jalemos el promedio del resto de las Regiones Sanitarias. Entonces tenemos que hacer algo aquí para que el resto de las Regiones también presenten esta tendencia en incremento. Es una propuesta que ya se ha hecho a Salud Pública y que estamos también en este momento formulándola para poder hacer este año una capacitación en general a toda la Secretaría de Salud.

Esta es la cobertura de pruebas rápidas, al menos una prueba rápida de VIH y de sífilis en mujeres embarazadas por Región Sanitaria. Esta es una Gráfica radar donde se puede ver que mientras más grande sea el círculo (el rojo es la aplicación de prueba de VIH y azul es sífilis), en donde podemos ver que mientras más grande sea el círculo quiere decir que tiene mejor cobertura a lo largo de los meses, éstos son 12 meses consecutivos.

Podemos ver que hay buenas coberturas, por ejemplo la Región I de Colotlán, y otras coberturas bastantes deficientes por ejemplo en la Región IX de Ameca, o la XII de Tlaquepaque o incluso la Región X de Zapopan, que son donde más se atienden mujeres embarazadas, de la zona metropolitana de Guadalajara que tiene una cobertura intermedia; o Cd. Guzmán que tienen muy buena cobertura. Digamos que la cobertura en Jalisco es altamente variable en el estado de Jalisco.

Por lo tanto, nuestro reto sigue siendo que al menos se cubra el 90% de las mujeres embarazadas con al menos 2 pruebas de VIH al principio y al último trimestre del embarazo.

Porque esto es lo que garantiza de alguna manera o incrementa las probabilidades de que alcancemos ya prácticamente la meta de Cero transmisiones de VIH en el estado de Jalisco. Este es un paso crítico que tenemos que alcanzar antes de terminar la presente administración.

En relación a pruebas rápidas de VIH aplicadas en la población clave, que estamos hablando de hombres que tienen sexo con otros hombres, personas trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, sus clientes, uso de drogas inyectables, y personas en el Sistema Penitenciario: Podemos ver que cada vez estamos aplicando más pruebas.

Incluso aquí en el mismo COESIDA que lo habíamos comentado en algún momento, ya es un sitio de testeo bien reconocido por poblaciones clave y ya estamos haciendo más de 1,000 pruebas anuales de VIH. Tenemos una tasa de positividad de casi del 10%, de 9 Punto y Fracción, es decir, por cada 10 pruebas que aplicamos tenemos una prueba reactiva. Aportamos una gran cantidad de nuevos diagnósticos cuando la gente nos reconoce en el COESIDA como un sitio de testeo.

Y esto nos ha colocado entonces al Estado de Jalisco como el Segundo Lugar a nivel nacional con más casos detectados, no con más transmisiones. La incidencia es otra cosa. Y la incidencia donde más se transmite el VIH sobre todo es en el Sureste de México, estamos hablando de Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Veracruz y la ciudad de México. Y cuando hablamos de casos acumulados es donde estamos hablando del Cuarto Lugar de Jalisco. En el caso en donde estamos haciendo más testeos y que por lo tanto estamos encontrando más casos Jalisco se encuentra en el Segundo Lugar, después de la Ciudad de México. Es decir: estamos buscando/estamos encontrando. Y qué bueno que lo estemos encontrando porque esa es la clave para contener la epidemia: diagnosticar/ tratar/mantener a la gente la supresión virológica, porque eso acuérdense garantiza dos cosas, la supervivencia de las personas – la reducción de la mortalidad por sida; y la segunda es la reducción significativa a la transmisión del VIH a sus parejas sexuales.

Podemos ver que las organizaciones civiles representan una importantísima parte del diagnóstico de los nuevos casos de infección por VIH en el estado de Jalisco. Las organizaciones civiles en su conjunto representan no más de 50 personas que diagnostican a Una Cuarta Parte de los nuevos casos de infección por VIH en todo el Estado. Estamos entonces hablando de que son aliados indiscutibles para acercarse a poblaciones clave para poder ofrecer servicios de testeo y de incorporación a los Servicios de Salud a través del COESIDA.

En el 2013 las organizaciones civiles representaban casi el 50% de los nuevos diagnósticos. Afortunadamente ya la Secretaría de Salud está con esa cantidad de pruebas, lo que estamos aplicando más pruebas, estamos detectando más casos a través de las instituciones oficiales de Salud, y ahora las organizaciones civiles representan una Cuarta Parte. Pero esto de manera total cruda hay un incremento significativo de los nuevos casos. A pesar de que sea 25% nada más de los nuevos diagnósticos, estamos hablando que están haciendo más diagnósticos en el año 2013 ó 2011 y 2010. Porque en general estamos incrementando el diagnóstico en el Estado.

Todas estas personas, que son diagnosticadas o son testeadas por organizaciones civiles o por la misma Secretaría de Salud, ya reconocen nuestro Programa, como un Programa de Incorporación. Es decir, que facilitamos que la gente termine sentada con especialistas tomando medicamentos antirretrovirales. Les ayudamos a gestionar la confirmación del diagnóstico y la incorporación a los Servicios, por lo que el año pasado incorporamos a 382 personas que fueron acompañadas por organizaciones civiles o por otros organismos de la Secretaría de Salud incluido también los COMUSIDAS.

Ya prácticamente Dos tercios de las personas el 73% ya no tienen sida cuando se diagnostican. Afortunadamente antes eran Dos Tercios ahora menos de Un Tercio, que representan casi una Cuarta Parte de diagnósticos tardíos. Lo cual es la ventaja de la prueba de VIH rápida, que diagnostica más temprano, y por lo tanto, en etapas más tempranas de la enfermedad con menos probabilidades de que la gente desarrolle sida, entonces casi Tres Cuartas Partes están sin sida, y los incorporamos rápido a los Servicios de Salud.

Esta es la cantidad acumulada de personas que han sido atendidas en algún momento por Seguro Popular por la infección por VIH: 9,310 personas en total acumulada en nuestra base de datos. Sin embargo, activos son solamente 5,689 personas, es decir, que tienen al menos una cita en los últimos 6 meses, en los cuales se han distribuido más de 84,540 frascos, lo que representa un gasto de aproximadamente \$166 millones 200 mil pesos. Entonces es lo que hablamos en las primeras diapositivas, de la cantidad de dinero que se necesita para comprar medicamentos antirretrovirales y que es otorgado a través de un Presupuesto Federal.

Esta es la eficacia del Control Viroológico. De cada 100 personas que tenemos con el tratamiento de más de 6 meses de duración, tenemos entre 85% y 90% de control virológico de las personas. Lo que habla de una alta eficacia del medicamento y de los Servicios de Salud para mantener controladas a las personas que viven con el virus.

En relación a las personas que se pierden, hay una cantidad importante de gente que se pierde que no acude a las Unidades Hospitalarias a las Unidades de Atención por alguna razón. En este caso en el año 2016 buscamos a 347 casos que reunían el criterio de pérdida de seguimiento.

De los cuales hicimos llamadas telefónicas predominantemente

Y Ustedes pueden ver que cuando entramos en contacto con las personas, una cantidad importante de personas no es que hayan suspendido los medicamentos, simplemente habían cambiado de Servicio de Salud para continuar su tratamiento antirretroviral; alrededor de una Cuarta Parte no era cierto que habían abandonado el tratamiento simplemente no se actualizó la base de datos; pero prácticamente la mitad de las personas sí tenían algún elemento para pensar que habían suspendido el tratamiento antirretroviral, de los cuales el 94% sí tuvimos la capacidad de saber qué fue de ellos; tuvimos

una certeza de abandono del 40% ; de los cuales el 66%, es decir Dos Tercios, ya están reanudando el tratamiento; y alrededor de una Cuarta Parte, perdón alrededor de un 13% estaban en proceso de reanudar su tratamiento antirretroviral.

Entonces esta es otra de las estrategias que usamos para evitar la progresión de las personas que tienen la infección y abandonan el tratamiento.

Ahora, en relación a nuestro trabajo que hacemos específicamente con la Fiscalía de Reinserción Social, en este caso predominantemente nuestra actividad en Puente Grande. Podemos ver que mantenemos la muy baja tasa de mortalidad, mas bien, la tasa de letalidad en el Sistema Penitenciario, comparado con el inicio de la administración, lo tenemos 3 a 4 personas muertas por Cada Cuatrimestre, prácticamente en estos dos últimos años del Programa, hemos tenido dos fallecimientos lo cual habla del éxito del programa.

Esto reflejado por el incremento significativo de los internos que viven con el virus y que tienen acceso al tratamiento antirretroviral del 95%, por lo tanto más del 90% tienen control virológico de su infección, por lo tanto tienen menos oportunidad de morir

Y cada vez más internos tienen CD4 arriba de 500, y cada vez menos internos tienen CD4 por debajo de 200. Lo cual habla de que cada vez menos internos está en etapa de sida dentro de Sistema Penitenciario. Y ésto los protege de morir.

En relación al alcance comunitario a través de los Comités Municipales para Prevención del sida, se atendieron a través de los 65 COMUSIDAS casi 120 mil usuarios; se distribuyeron casi medio millón de condones; se ofertaron casi 3 mil pruebas de VIH rápidas, de las cuales 15 usuarios que resultaron reactivos fueron acompañados por estos Comités.

Entonces habla de esta avocación que tienen estos Comités, de la importancia que tienen para poder integrarse a las estrategias actuales que usamos como es la distribución de condones y el testeo y acompañamiento de las personas, que son digamos, las cuestiones básicas de la prevención del VIH en las comunidades.

Las capacitaciones que hicimos.

Alcanzamos alrededor de 1,712 personas que fueron capacitadas en el año 2016, en temas relacionados en la prevención y control del VIH-sida.

Y ésto entonces nos pone o nos coloca al Estado de Jalisco, acuérdense de las metas programáticas para el año 2020, una de las 12 Metas Programáticas es que tenemos que alcanzar el 90% a la gente que vive con el virus diagnosticada; 90% de ellas incorporadas en tratamiento y tratadas con antirretrovirales; y 90% de éstas en control de su infección por VIH.

Digamos que a nivel México en promedio 200 mil personas que se estiman viven con virus, 130 mil han sido diagnosticadas. Del Estado de Jalisco se estima que hay poco más de 12 mil personas, de las cuales 9 mil han sido diagnosticadas.

Si nos comparamos con el promedio nacional estamos hablando de un promedio nacional de un 65%, y estamos hablando que Jalisco se encuentra muy por encima del promedio nacional estamos con el 78%. Nuestra primer meta programática es 90, es decir nos faltan 12 puntos porcentuales para alcanzar la meta del primer 90 para el año 2020. Nos quedan 2 años.

Si mantenemos nuestro ritmo de testeo actual alcanzando las poblaciones clave, probablemente sí alcancemos este primer 90, que es nuestro principal problema en México, para alcanzar la meta programática 90-90-90.

Por qué es nuestro principal problema.

Fíjense cómo de los que están con diagnóstico, que se encuentran tratados en México es el 63%, y en Jalisco tenemos el 83%. Esto nos habla que nos faltan 7% para alcanzar el segundo 90. Y en relación al control virológico también es importante comentar que estamos por arriba de promedio nacional con un 47% de promedio a nivel nacional y 57% a nivel Estatal. Pero no podemos alcanzar una cantidad más grande simplemente porque nos hace falta mucho el testeo, o sea diagnosticar a las personas. Nuestro problema es el testeo.

Así que tenemos que continuar nuestro ritmo o incluso, aumentar ese ritmo de testeo y de diagnóstico en las poblaciones clave.

NINGUN COMENTARIO.

ACTUALIZACION SOBRE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CON IMPACTO EN SALUD PÚBLICA.

Dr. Ariel Eduardo Campos Loza: Pasamos a este tema sobre actualizaciones en el último año. Es un resumen del Congreso más influyente en términos de VIH a nivel mundial que es el CROI. Se realiza en dos ciudades básicamente en Seattle y en Boston. En esta ocasión fue en Seattle, Washington, y aquí les voy a dar a conocer algunas de las estrategias que podemos empezar a implementar en Jalisco, de acuerdo a los resultados de estos estudios.

Hay dos estudios que hablan sobre dinámicas de epidemias regionales en VIH, diez estudios sobre diagnóstico de VIH, cinco estudios que mejoran el apego y retención, tres estudios sobre el tratamiento antirretroviral y supresión virológica, y trece estudios sobre prevención.

Haciendo un resumen vemos, esta es la Columbia Británica que fue el pionero en este caso la Región de Canadá pionera en el tema del tratamiento como prevención y de donde se extrajeron estos datos sobre las metas programáticas, de que si 90% de la gente la tienes diagnosticada, 90% tratada y 90% controlada vas a alcanzar para el 2030 la fase de menos de 10 casos, por cada 100 mil habitantes. Es decir, la tasa de terminación de la epidemia. Y por lo tanto, fíjense como ellos lo dicen: si nosotros continuamos con nuestras actividades de testeo, de tratamiento y de supresión virológica como lo estamos haciendo actualmente, ellos ya prácticamente durante el año 2016, 2017, están alcanzando las tres metas programáticas 90-90-90. Esto prueba de que sí es posible para que muchos países alcancemos la meta programática para el año 2020, que es nuestro objetivo principal.

“DINAMICA DE LAS EPIDEMIAS REGIONALES DE VIH”

Este es un estudio interesante que nos puede dar o desmitificar algunas creencias. Sobre todo miren, en Centroamérica se conoce como una Región donde existen epidemias generalizadas, es decir, donde más del 1% de la población, o al menos, el 1% de la población, en algunas regiones por ejemplo de Honduras pueden vivir con el virus es una epidemia generalizada. A diferencia de este país (gráfica) que tenemos una epidemia concentrada donde solamente Punto 2% ó Punto 3% de la población viven con el virus, acá en Honduras hasta en algunas regiones hay hasta el 1% de la población con el virus.

La creencia es que al pasar por México, los migrantes nos traen las cepas virales de Centroamérica y que éso nos puede causar un problema de salud porque las cepas se transmiten. Pues nó. Este estudio mesoamericano liderado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y la Universidad de California en San Diego, hizo un estudio de las cepas de las personas con origen que viven con VIH de origen Guatemalteco, Mexicano, Hondureño, Panameño, Nicaragüense, Belize o del Salvador, y lo que encontraron es que las cepas de Centroamérica, prácticamente el clustering, son mexicanos. Es decir, adquieren la infección acá y después cuando regresan es cuando la infección se transmite en sus países.

Entonces ésto es un importante elemento para seguir reforzando nuestras actividades propias de prevención en nuestro País, para evitar la retransmisión de virus en los Países de origen de los compañeros centroamericanos migrantes.

Este es un ejemplo de Tijuana en nuestro país. Cómo, si hacemos mal las cosas en términos de tener una política pública de persecución de los usuarios de drogas, una política policial, donde en vez de ofrecer servicios de terapias de sustitución de opiodes o dar jeringas limpias, al contrario perseguimos a los usuarios de drogas inyectables, lo que vamos hacer es que se disemine la infección a otras regiones, donde no queríamos que se diseminara.

Es un ejemplo observacional donde unos investigadores averiguan cuales son los clúster de transmisión en la ciudad de Tijuana, antes y después de una política pública del gobierno municipal, dónde se le ocurrió la idea de limpiar a los indigentes de la región de la frontera, sobre todo del Canal del Río en Tijuana, donde podemos ver en la WEB un sitio de internet con reportajes sobre uso de drogas inyectables en la región de la frontera y en este Río en Tijuana.

Qué es lo que hacen. Lo que hacen es limpiar esta zona que era bien reconocida por los Programas de VIH al haber ahí uso de drogas inyectables. Entonces iban y les daban jeringas limpias. Les ofrecían que las personas se integraran a programas de abandono de sustancias opiodes con sustitución a través de metadona. Qué paso aquí. Esta limpia lo que hizo fue hacer racias, hacer que la gente dejara de estar en el Río. Sí, se dejó de haber indigentes, y montón de gente en condiciones paupérrima. Pero ya no hubo a dónde saber a ir a entregar jeringas limpias. La gente no iba dejar de inyectarse por ya no estar ahí. Por lo tanto, se fueron a otras zonas de la ciudad, ya no hubo acceso, ya no hubo quien los alcanzara para dar jeringas limpias ni para ofrecer terapias de sustitución de piodes, y empezar a haber brotes entonces de transmisión en otras partes de la ciudad.

De haber solamente 12 conversiones en usuarios de drogas inyectables en un periodo de 34 meses, que eso se documentó a través del Programa del Cuete Dos, que es un programa muy exitoso en Tijuana, en la mitad de este periodo de tiempo hubo el otro 50 en periodos de seroconversiones, es decir, se aceleró el seroconversión en usuarios de drogas inyectables. Y ésto entonces, relacionado a estas políticas de persecución policial.

Entonces ésto es un ejemplo de lo que no se debería de hacer. Y no es nuevo. Esto ya se ha hecho o ya se ha demostrado en otros países. Pero bueno, parece que aquí aprendemos a la mala y que no aprendemos de experiencias de otros lados. Esto es una lección para tener en nuestro Estado una política con este tipo de estrategias, si en algún momento se piensa o tenemos un problema creciente de drogas inyectables en este momento, aparentemente no lo tenemos.

“DIAGNOSTICO DE VIH”

En relación al diagnóstico de VIH qué tenemos en México.

No podemos hablar de transmisión, hablamos de diagnósticos de nuevos casos pero de velocidad de transmisión, de incidencia como tal, con las actuales herramientas que tenemos diagnosticas en México nó es posible decir éso. Podemos hablar de incidencia acumuladas sí, pero de transmisión de nuevos casos es decir lo que se define como personas que adquirieron la infección en el último año o que tiene infección de no más de un año de duración no es posible hacerlo con las estrategias actuales, es difícil hacerlo. De hecho se usan diferentes mezclas, de métodos, por ejemplo, que patrones de anticuerpos a través de ciertas pruebas serológicas o moleculares

Estos estudios prácticamente que se presentaron en este sitio que les comento, hablan de nuevos ensayos serológicos, es decir, de búsqueda de anticuerpos con ensayos o con marcas muy específicas que con ciertos niveles de reactividad en las pruebas tienen una elevada probabilidad de predecir infecciones de menos de un año de duración. En este caso, a través del uso de este Architec de Abbott, si tenemos un punto de corte de menos de 150 de las personas que tienen verdadera infección por VIH esto predice que el 90% de estas personas que tienen menos de 150, tiene una infección de menos de un año de duración.

Qué importancia tiene éso:

Primero, medir una incidencia real en México, es decir, qué tanto podemos tener de éxito en nuestras políticas públicas de prevención. O sea, una medida más cercana a la prevención.

Y la Segunda, porque podemos rastrear a los contactos de esas personas con diagnóstico con una infección de menos de un año. Acuérdense de que las infecciones recientes de menos de un año de duración, las personas que tienen una duración de menos de un año de su infección, transmiten con una elevada probabilidad de virus a sus parejas sexuales, es decir, 50% de las personas que van a sufrir una infección a partir de la fuente de esa persona que tiene una infección reciente, de la totalidad de esas personas que van a adquirir una infección, el 50% lo van a hacer cuando la persona fuente tiene menos de un año de duración de su infección. Entonces resulta crucial el tener estos exámenes donde digan: esta persona tiene más del 90% de probabilidades de tener una infección en menos de un año de duración. Y por lo tanto, es posible el poder rastrear contactos para entonces detener cadenas de transmisión, y eso ya se hace en muchos países.

Creo que debemos de considerar el aplicar también estas estrategias en nuestro país y particularmente, en nuestro Estado.

Estos son estudios muy similares donde tenemos estos ensayos que detectan estas combinaciones de Gp160, Gp120 y Gp41, se tienen estos diagnósticos para infecciones muy recientes que están por arriba de 95%. No me voy a meter en detalles, simplemente que es otro ejemplo de los ensayos que sirven para determinar el tiempo en que las personas seroconvierten. Son extremadamente importantes en términos de Salud Pública.

El autotesteo de VIH.

Esto quiere decir que las personas tengan acceso a pruebas y que esas personas se hagan la prueba de VIH sin que tengan acceso a necesariamente a una consejería tradicional que todo mundo conocemos.

A lo largo de los años lo hemos tenido como cierta reserva. Claro, porque no sabemos de esa persona cómo va a reaccionar, si hay una reacción de pronóstico de infección por VIH, que si se va a suicidar, que si no, que si se va a deprimir, que si se va a aventar a un camión, cómo vamos a asegurar que esa persona termine en tratamiento antirretroviral si es lo que queremos que la gente tome tratamiento antirretroviral.

Y cada vez hay más cuerpo de evidencia que dice que si tú acercas el testeo a la población que se autotestee, por un lado te va a incrementar la gente que se va a incorporar al tratamiento.

O sea, es un mito de que no se incorporan. No, se van a incorporar al tratamiento antirretroviral aunque no reciban consejería. Y de hecho, el autotesteo en ciertas poblaciones por ejemplo en Africa Subsahariana, donde hay unas epidemias generalizadas, se han hecho modelajes de que si no ofreces el autotesteo a la población, si no sueltas pruebas a la población orales, no de piquetes, si no de saliva, no va a ver manera de que alcancen el Primer 90, porque tienen tantos casos que con el método tradicional de consejería post-consejería, el piquete en el dedo y de resultados, no va a ver manera que para el 2020 alcancen ese Primer 90.

Por lo tanto, esto demuestra que sí es posible usarlo en ciertos países y que incluso es necesario para poder contener la epidemia.

En relación a qué tanto se debe de testear las poblaciones clave y las poblaciones heterosexuales de VIH.

Las Guías Internacionales dicen, las personas heterosexuales se tienen que testear al menos una vez en su vida. Y cada vez que se exponga. Y que las personas por ejemplo, hombres que tiene sexo con otros hombres, se tienen que testear entre dos y tres veces por año.

Estos estudios que se hacen sobre todo en Francia, España y en Estonia, evaluando las prevalencias de VIH y la incidencia de la infección por VIH de los hombres que tienen sexo con otros hombres, la frecuencia para que sea costo-efectivo, por ejemplo, en Francia es anual para HSH; en España está a 3 años; y en Estonia es de manera Anual.

Y lo que se demuestra a través de este estudio en Estados Unidos en heterosexuales de costo-efectivo, la recomendación es que personas heterosexuales se testeen al menos o que sepan su estatus de VIH al menos, una vez al año.

Y en relación a los jóvenes, cuándo sería lo recomendable o lo más costo-efectivo para que un hombre joven se testeé de VIH, bueno a los 25 años, parece que es lo más costo-efectivo, es cuando se debe empezar a testear.

Evidentemente que hay poblaciones de mayor posibilidad de adquirir la infección que se deben de testear prácticamente desde que inicien sus relaciones sexuales.

Que hay en relación al Testeo Universal.

El testeo universal es que todas las personas que acuden a un hospital, a un servicio de salud, por cualquier razón, por cualquiera desde que traiga neumonía hasta que se quebró un pie, es el ofrecer la prueba de VIH. Eso se llama testeo universal. Y se recomienda cuando se tiene una prevalencia de infección inadvertida de más de Punto 2% En Jalisco tenemos Punto 6% de infección inadvertida. Teóricamente tendríamos que poder ofrecer esta estrategia de testeo universal. Pero esto implica también dinero.

Estos investigadores lo que hicieron fue evaluar cuál era la estrategia que más detectaba casos de infección por VIH invirtiéndole menos tiempo o menos dinero.

Y este es un Cuestionario (gráfica) que se le hace a cada persona que llega a un hospital o a un servicio de atención, intentando hacer que si cumple con todos los criterios que se preguntan, y si cumple con algunos de estos criterios, tendría más posibilidades de adquirir la infección por VIH.

Obviamente, de estas 25,000 personas que se entrevistaron solamente a 4,000 personas les aplicaron la prueba, porque tenían alguno de estos factores de riesgo.

Vemos este segundo Cuestionario (gráfica) tiene menos preguntas teóricamente por lo tanto, tendría que aplicarse a más personas, y sí, se aplicó a 25,000.

Y este tercer Método (gráfica), es el más fácil de todos. Simplemente se le dice a las personas: “*fíjese que nosotros aquí hacemos pruebas de VIH, Usted está de acuerdo en que le hagamos una prueba?*” Entonces la persona tiene la oportunidad de decir *nó* o *sí*.

Evidentemente aquí de las 25,000 personas cumplieron con el criterio o aceptaron 9,000. Es decir, mientras menos compleja sea la pregunta más gente se testea. Pero esto implica que se va a aplicar más pruebas y se va a gastar más dinero.

Pero vemos (gráfica) la prevalencia de detección de VIH, es decir, no con cambio significativo, fue de Punto 22% en esta estrategia (gráfica). Punto 16% en ésta (gráfica). Y punto 19% en ésta (gráfica)

Y la diferencia estadística entre estas tres no fue significativa por lo tanto, en términos de que si se quiere ahorrar tiempo en un servicio de un hospital pues se aplica esta estrategia (gráfica), menos tiempo y no se va a detectar mas o menos casos que ésta (gráfica), pero en términos de dinero a nosotros nos conviene como Programa Estatal que se pudiera hacer este Cuestionario (gráfica), para dirigir más la prueba hacia personas con mayor posibilidades de poder adquirir la infección por VIH, pero al mismo tiempo se aplican menos pruebas, se ahorra más dinero y detectamos la misma cantidad de personas.

“APEGO Y RETENCIÓN”

Qué hay sobre Apego y Retención al Tratamiento.

Hay muchas definiciones de Retención. Acuérdense que es el Segundo 90, es decir, el tratamiento de las personas que se diagnostican con la infección por VIH y mantenerlas retenidas.

Es decir, con cuidado médico y antirretroviral ininterrumpido. Si no, *nó* tiene caso haberlos detectado.

Y pareciera que el mejor criterio de Definición de Retenciones, es aquella persona que tiene al menos dos visitas en un periodo de un año con su médico, separadas por 3 meses o por 90 días, en los últimos 12 meses.

Hay una población especialmente difícil para que se testee, para que se retengan en tratamiento y para que se controlen la infección por VIH, que son los Adolescentes.

Mientras más joven una persona tenga la infección por VIH menos buen pronóstico tiene. Por qué? No necesariamente van a tomar medicamento o se van a retener, hay una gran cantidad de abandonos. Mientras más joven sea una persona menos retención tiene en los Servicios de Salud.

Este nuevo modelo que implementaron en una región de Africa, en vez de ser una atención tradicional cara a cara, es decir, tienes tu cita, te atiende un médico y si tienes una complicación te atiende por ejemplo, en mujeres un ginecólogo, si tienes un problema de adicciones te ve un psicólogo o un psiquiatra. Es decir, la estrategia que todo mundo conocemos cuando vamos con un médico.

En este caso ellos dijeron, a ver, qué tal si reunimos al montón de chavos que son pares que tienen entre 15 – 25 años, tienen las mismas como necesidades incluso la misma visión de la vida un poco diferente a los adultos, y por lo tanto, tuvieron sesiones mensuales con 5 a 8 pares, es decir de adolescentes con la misma condición de infección por VIH, donde se les otorgaban al mismo tiempo todos los servicios que requerían, todos en grupo prácticamente, donde igual se les tomaba la muestra a todos al mismo tiempo y se les da consejería y antirretrovirales. Resultando que vemos que la retención de la gente cuando se evaluó en grupo fue mucho mayor al año, comparado con los adolescentes que se les otorgaba la atención tradicional.

Pareciera entonces que esta estrategia grupal, podría ser una estrategia que debería ser implementada en adolescentes que son muy difíciles de retener.

Ahora, en relación a mujeres con VIH. La importancia que tienen las Redes Sociales o con quienes se relacionan sobre su posibilidad de tener retención y supresión de su infección por VIH, pareciera que si las mujeres con VIH que son en esta Gráfica los de cuadritos de color rojo, se relacionan con mujeres de cualquier edad que también tuvieran sus mismas condición de ser VIH positiva que son en la gráfica los cuadritos de color azul: estas mujeres tienen mejores probabilidades de que al año estén en control de su infección y retenidas, comparado por ejemplo, con esta mujer (gráfica) que no tiene contactos mas que con otras personas con hombres que tienen el virus o mujeres negativas.

Pareciera que las Redes Sociales tienen un papel extremadamente importante para que las mujeres en este caso sean retenidas bajo tratamiento médico.

En relación a VIH en Cárceles, tenemos un reto importante en nuestro Estado.

Vemos que aunque tengamos una muy baja mortalidad por sida en cárceles, un buen control virológico en el Sistema Penitenciario como lo vimos en el Informe, cuando salen las personas en libertad, las perdemos. No sabemos más de ellas.

Hay una cantidad importante de gente que no vuelve a sus servicios de salud. Y ésto, no es una condición exclusiva del Estado de Jalisco, sucede en todo el mundo. Es un reto que las personas que una vez que salen de la cárcel se retengan en cuidado médico.

Pareciera que esta estrategia del envío de los exconvictos a Programas de Referencia Comunitaria, no necesariamente gubernamentales tras su liberación, que contengan por ejemplo servicios de apoyo, abogacía, educación, vínculos afectivos de atención médica, se relacionan con mayores probabilidades de engancharse a atención dentro de los 90 días dentro de su liberación, de retenerse en cuidado médico.

Por lo tanto, esta es una estrategia que podría ser incorporada por ejemplo al Programa Post-Penitenciario que tienen en la Fiscalía de Reinserción Social, que evidentemente no hay un programa sobre esto. Creo que se debería de considerar el implementar este tipo de estrategias para incrementar la posibilidad de que una persona tras la liberación continúe con su control virológico. Si no, qué pasa con una persona que vive con el virus y que abandona su tratamiento, qué es lo que hace, pues transmite la infección a otras personas y aparte, pierde la vida por sida.

“TARV Y SUPRESIÓN VIROLÓGICA”

Esta es la tendencia a la resistencia a medicamentos de primera línea en México. Básicamente es un muestreo que hizo el INER en la Ciudad de México, el Estado de México, Tijuana y Cancún.

Podemos ver que a lo largo del tiempo cada vez hay más resistencia a los medicamentos antirretrovirales que usamos y por lo tanto, ellos concluyen que cada vez es más necesario hacer pruebas de resistencia, si vamos a seguir utilizando los mismos medicamentos que tenemos actualmente. Lo cual no estamos en desacuerdo si pasa eso, pero acuérdense que del presupuesto inicial no contempla dinero para pruebas de resistencia inicial, solamente para Carga Viral y CD4, no había dinero para hacer pruebas de resistencia.

Pero ya demostraron que al sobrepasar una prevalencia de hasta 10% de cualquier mutación a fármacos de primera línea, se requiere por lo tanto, hacer pruebas de resistencia en todos los pacientes que van a iniciar tratamiento antirretroviral.

Eso es un tema que está en CENSIDA para poder tener entonces recursos para esto.

. Leonardo Espinoza Gómez, CODISE, A.C. Qué tan alto es el nivel de resistencia?

Para cualquier mutación a fármacos de primera línea, estamos hablando de tenofovir, emtricitabina con efavirenz o cualquier nucleósido, de cualquier mutación, y no necesariamente mayor, puede ser del orden del 10%. En el caso de efavirenz es solamente de alrededor de 3 ó 4%, lo cual es bajito todavía, afortunadamente.

-Ese medicamento es el mismo que reporta el PrEP?

Nó. Para PrEP es aparte. Estamos hablando de personas no con infección. Pero en las mutaciones no son necesariamente con tenofovir, por lo tanto, es importante saber que podría funcionar en un escenario a pesar de este tipo de niveles de resistencia por ejemplo a efavirenz. El efavirenz no se usa como PrEP, estamos hablando de tenofovir como PrEP en conjunto con emtricitabina, y ahí sí podría funcionar.

Tenemos niveles incluso menores de lo que pasa en países donde ya la prevalencia es mayor y donde funciona el PrEP con tenofovir e emtricitabina.

“PREVENCION”

En relación a Prevención vamos a hablar más de profilaxis pre-exposición, que es un tema que viene muy fuerte para nuestra región. Recordemos que PrEP es la profilaxis pre-exposición.

Recordemos que el condón falla en hombres que tienen sexo con otros hombres hasta en un 20%, en heterosexuales hasta un 5-10%.

Ese nivel o ese porcentaje en el cual el condón, a pesar de que se usa adecuadamente, no necesariamente funcionaría y no prevendría la infección por VIH, ese espacio lo vendría a cubrir el tema de la profilaxis pre-exposición. Es decir, tomar medicamentos antirretrovirales tenofovir –emtricitabina antes de exponerse a la infección por VIH.

Estamos hablando por ejemplo, de personas que durante un fin de semana se van a los antros, tienen relaciones sexuales con uso de condón, pero varios de ellos se seroconvierten a pesar de esto. Y bueno, si toman medicamento como el tenofovir con emtricitabina no van a adquirir la infección por VIH tan fácilmente, tienen 96% de efectividad. Es un tema que ya está en boca de todo el mundo. Y ojalá que lo podamos tener pronto en nuestro Estado.

En términos de apego a la profilaxis pre-exposición, parece que los usuarios que están en PrEP funcionan o recogen mejor sus medicamentos o toman mejor el medicamento cuando acuden al programa en donde también incluye mensajes, es decir, cada semana se mandan un mensajito y te recuerda acudir al sitio para recoger el medicamento. Hay más tasas de que la gente recoja el medicamento en PrEP y por lo tanto, se mantenga negativa.

Las intervenciones que mejoran el apego al PrEP es, cuando el consejero incluye en su consejería temáticas de salud sexual, por lo cual mejora los niveles de apego a más del 90% comparado con la consejería tradicional.

Ahora, cómo se pueden identificar candidatos, cómo quién sí y quién no para PrEP.

Pareciera que cuando tienes una consejería, cuando aplicas una prueba de VIH y en la consejería incluyes el tema del PrEP sobre su efectividad, las veces que debes de tomar, los efectos adversos que produce, el seguimiento clínico que se debe de dar y proporcionar un tríptico, incrementa el conocimiento acerca del PrEP en la población en general e incrementa la demanda del PrEP, si incluyes estos temas hasta un 133%.

Hay tres herramientas para poder identificar quién sí y quién no PrEP. No todo mundo es candidato para PrEP. Pero hay gente que sí es candidata para PrEP.

Hay tres metodologías, una diseñada por CDC por el Centro de Controles de Atlanta, el índice de riesgo en la adquisición de VIH en hombres homosexuales y el que viene en el inserto de Gilead de truvada.

Y podemos ver que el desempeño diagnóstico para poder identificar candidatos es muy regular.

No hay diferencias entre las tres estrategias. Digamos que Punto 50, quiere decir 52% de efectividad, 57% de efectividad y 55% de efectividad.

Es decir, se te pierde casi la mitad de los candidatos para PrEP y que no fueron identificados por estas tres estrategias, es decir, estas tres estrategias que se usan actualmente son igual de malas para identificar candidatos a PrEP.

Por lo tanto, se deben de desarrollar herramientas diferentes para poder identificar más específicamente a candidatos reales de PrEP.

Esto es lo que incluye cada uno de las tres estrategias, CDC, HIRI y el de Gilead.

Este es un estudio sobre la escala de validación de riesgo en Amsterdam.

Ha sido desarrollada para poder identificar quién de las personas son candidatas a PrEP, *“decirle, tú no puedes ser candidata a PrEP porque puedes tener una infección aguda. Si te doy PrEP y tienes en este momento una infección aguda puede ser que tu virus se haga resistente al medicamento que vas a tomar”*. Y parece que si incluimos dentro del algoritmo de selección de personas candidatas a PrEP, estos cuatro signos: Fiebre, linfadenopatía, pérdida de peso y candida oral y, 3 factores de riesgo: Más de 5 parejas, tener gonorrea, haber tenido sexo anal receptivo sin condón, incrementa la probabilidad de que se detecte una persona con infección aguda.

Por lo tanto, tenemos que tener estrategias de diagnóstico más profundas en esa persona o tenemos que estar más seguros de que no traiga una infección aguda antes de darle PrEP, comparado con otras poblaciones.

Este me parece que es una de las mejores herramientas que supera. Recuerdan cuál es el desarrollo de desempeño de diagnóstico de las otras herramientas Punto 50% ó 53%. Este scor que se desarrolló en Africa, vemos que es desarrollado en una escala de riesgo para candidatos hombres que tienen sexo con otros hombres, donde se asigna un Punto a cada característica. Es decir, sexo exclusivo con hombres, sexo sin condón en la última semana, sexo anal receptivo en los últimos tres meses, sexo grupal en los últimos tres meses, o que tengan edad de 18-24 años. Cada una de estas características se le asigna un Punto, y mientras más Puntos tenga, mayores probabilidades tienes de seroconvertir a la infección por VIH.

Por lo tanto, las personas que tengan a partir de más de Dos Puntos de esta escala de riesgo, serían los ideales candidatos para PrEP, porque en ellos sí se estaría evitando reales infecciones por VIH, porque es ahí en donde se seroconvierte, porque este es el grupo de personas que sí se seroconvierten.

Este es el monitoreo de los niveles de tenofovir. Que en PrEP incluye tenofovir entre sus medicamentos para prevenir la profilaxis.

Digamos que se ha estado desarrollando ya una estrategia de qué tanto está tomando la persona PrEP, si realmente cuando recoge medicamento realmente monitorea los niveles de tenofovir en orina, que es una estrategia útil.

Y podemos señalar que si se encuentra entre estos niveles de tenofovir en sangre, es decir muy altos, la persona sí está protegida para VIH. Pero si tiene realmente niveles muy bajos, no está protegida incluso puede desarrollar resistencia.

Y si detectamos niveles muy bajos de tenofovir en la orina en los usuarios que usan PrEP, podemos decidir incluso hasta suspender el PrEP

¿Por qué? Porque no le está beneficiando y puede desarrollar resistencias a la infección para adquirir VIH.

Entonces esta es una estrategia muy útil para el caso de tener un Programa de PrEP.

El tenofovir que contiene el PrEP también tiene efectos adversos. Es decir, reduce la función renal a lo largo del tiempo, es un medicamento potencialmente neurotóxico. Pero es potencialmente neurotóxico cuando el usuario tiene arriba de los 40 años, que es donde se observa una mayor probabilidad o más riesgo de alcanzar una filtración molecular con menos de 70, que es lo que define enfermedad renal crónica en las personas.

Esto, lo que señala es que para las personas de más de 40 años de edad, dentro de la consejería se les debería incluir : *“oyes te puede reducir la función renal”*, o incluso se deben de desarrollar estrategias que no tengan tenofovir en mayores de 40 años para cuidarles el aspecto renal.

Otra cosa importante, vemos, hay una modificación que se le llama modificación de conductas de riesgo tras el PrEP.

Es decir, muchas personas dicen: *“el PrEP, ha uso PrEP y no uso condón”*. Y efectivamente que la gente, puede observarse en algunos países, que dejan de usar condón no incrementan las tasas de seroconversión a VIH porque están usando PrEP, pero sí incrementan por mucho las tasas de infección de transmisión sexual: vemos, chlamydia antes del PrEP, 22 por cada 1000 personas años la densidad de incidencia; y cuando se usa PrEP les dispara a 539 por cada 1000 personas años. Es decir, ésto es un reflejo es el impacto de no usar condón. Es un PrEP mal entendido.

El PrEP se debe de usar con condón. Recordemos que es lo que llena este pedazo (gráfica) lo que el condón no hace que cubre la efectividad que el condón no tiene y si no lo hacemos pasa ésto tiene un brote de infecciones de transmisión sexual.

Por lo tanto, la consejería del PrEP debe de incluir fuertemente el tema de las infecciones de transmisión sexual. Las ITS algunas se curan, algunas no, y algunas incluso comienzan con temas de resistencia a los medicamentos. Así que no es un tema para menospreciar.

También estas personas que están en PrEP están constantemente acudiendo a la Clínica.

Claro, es estar acudiendo a la Clínica para recoger el medicamento. Y dentro de los servicios de la Clínica del PrEP incluye el testeo para infecciones de transmisión sexual, y es donde se ve que *“haber, está bien te dí PrEP pero no estas usando condón, tienes un montón de infecciones de transmisión sexual”*

Y muchas de las personas al menos aquí en México no acuden a los servicios de salud públicos cuanto tienen algún tipo de infección leve, van por ejemplo a un laboratorio de Similares que no entran o están dentro para registrar los casos; entonces a lo mejor varían los casos, hay más infecciones de ITS cuando los casos están dentro de un sistema de PrEP.

El punto aquí es que ya estaban monitoreadas, después del PrEP es lo que pasa. Finalmente estos son sitios donde sí tienen servicios exclusivos para Poblaciones Clave en Clínicas de ITS.

Si tenemos PrEP en México tenemos que tener estos servicios exclusivos especializados para Poblaciones Clave.

La densidad mineral ósea por tenofovir también se reduce sobre todo en cadera, mas no en espina en hombres. Por lo tanto, también se deben de buscar estrategias diferentes a tenofovir en personas que tienen densidades minerales óseas bajas.

-Básicamente estas son las cosas más nuevas que hay sobre Prevención y Control de la Epidemia.

ASUNTOS VARIOS.

Recuerdo que en diciembre se habló de una Campaña de PrEP junto con el Fondo de Población, hay algún avance?

El tema del Programa de Profilaxis Pre-Exposición que se habló el 1ro. de diciembre, es un proyecto de implementación en el que plantea participar México junto con Brasil y Perú. La Ciudad de México a través de la Clínica CONDESA, Jalisco en la Zona Metropolitana de Guadalajara y Puerto Vallarta, y Oaxaca.

Se encuentra en la etapa de la estructura del Proyecto, ha habido bastantes avances. Están en el tema de la aprobación o nó del recurso.

Esperemos que una vez aprobado el recurso podamos empezar con el tema del PrEP. Para esto es extremadamente necesario el tema del CAPASITS Metropolitano, importantísimo.

Actualmente, este tema de PrEP en zona metropolitana de Guadalajara, tendría que ser implementado también dentro de una instancia de salud de primer nivel de atención preventiva, que en este momento no existe en zona metropolitana, que es el CAPASITS. Es extremadamente importante contar con un CAPASITS Metropolitano.

Referente a los COMUSIDAS mencionaba en la estadística de que fueron como 15 acompañamientos de 62 COMUSIDAS; más de 40 no informaron absolutamente a nadie, o sea ahí qué políticas puedan estar teniendo para el interior del Estado, porque quiero pensar que la mayoría de esos casos incluso ya están en etapa de sida porque son detectados. A mí me ha tocado coincidir con algunos últimamente que han sido detectados.

Y la otra es, qué tanta comunicación se tiene con el IMSS. Se habla de este famoso 90-90-90 tan mencionado a nivel mundial, pero realmente yo sé que es para el informe y que es del Seguro Popular del sector salud público. Qué pasa con el IMSS, qué comunicación se tiene con el IMSS para poder mejorar incluso el nivel de incorporación, ya que el Seguro Popular es rápido desde 2 semanas, 3 semanas, un mes, dos meses y medio cuando mucho, y la persona se trata con medicamento. Y en el caso del IMSS son 300 días, 200 días, y ahí precisamente se llega a perder mucho. Ahí qué podemos hacer, Ustedes qué nos proponen, o qué podemos hacer nosotros para nosotros incidir con el IMSS de que realmente atiendan.

En el tema de los COMUSIDAS se aplicaron 2,860 pruebas el año pasado, realmente son pocas pero ya se están aplicando. Antes no se aplicaban. Cada vez estamos capacitando a más COMUSIDAS, la gente cambia de manera significativa porque los capacitamos y al final terminan aplicando.

Digamos que no todos los COMUSIDAS aplican pruebas, el siguiente paso es que aparte de que todos los COMUSIDAS apliquen pruebas, cada vez se aboquen a Poblaciones Clave.

En la Gráfica se ve que sí aplican pero a población en general, por lo tanto, es la razón por la que puede reflejarse solamente a 15 acompañamientos de 15 usuarios, porque realmente eso refleja la prevalencia de la población general, 15 para 2,860 estamos hablando de una prevalencia que es similar a lo que es en México, por lo tanto ahí se sume que están aplicando a población general.

Cuál es nuestro siguiente paso. Bueno, que se aboquen a trabajar en Poblaciones Clave, que es lo que estamos haciendo desde el año pasado, estamos haciendo cursos de mapeo, que sepan mapear, de que se acerquen a poblaciones clave, en sitios de trabajo sexuales en sus comunidades, sitios donde se usan drogas, sitios donde hay encuentro sexual, sitios de encuentro en poblaciones clave, éste es nuestro siguiente reto. Esperemos que tengamos éxito y por lo tanto, incrementar la cantidad de gente testeada. Pero al menos ya hay COMUSIDAS que ya pueden decir que se hacen pruebas, y la gente los reconoce como un sitio donde se puede ir a testear, es importante.

La mayor parte de las pruebas que se aplican fuera de la zona metropolitana de Guadalajara, son a través de las instituciones oficiales de Salud. Digamos que la mayoría de las personas acuden a los Centros de Salud a hacerse pruebas de VIH. Pero bueno, importante el tema de los COMUSIDAS.

En relación a qué vínculos tenemos con el Instituto Mexicano del Seguro Social, con respecto a la incorporación de personas que viven con el virus. Creo que convendría que nos pueda platicar el Dr. Castañeda, lo que estamos haciendo muy recientemente y que nos está ayudando a mejorar la incorporación de la personas. Podría Usted abundar en el tema?

- Sí claro. Definitivamente la situación que se ha venido teniendo en los dos últimos años para dar los tiempos en la incorporación de los casos que son tamizados y que son confirmados para la incorporación al tratamiento, voy a decir con relación a dos situaciones, una en métodos para el diagnóstico: la institución ha tenido algunos problemas en los nuevos criterios de Licitación, precisamente en este último año fue un problema durante 6 meses. El otro punto, es en los casos que incorporamos sobre todo cuando son vistos en otras instituciones: que por alguna situación los casos deciden no incorporarse al IMSS o salen de su control por alguna situación y luego regresan, éso nos ha generado muchos problema a nosotros. Ahí tenemos más de un 15% de casos en control que están en algunos momentos en esas condiciones.

Nosotros tenemos más de 3,900 pacientes de VIH activos en este Estado, y bueno es un número muy considerable, entonces de alguna manera hablar de 10 a 15 % es otro número muy considerable.

Hemos estado trabajando en los últimos meses con el COESIDA, precisamente porque nos reportan que es un gran número de personas que han estado en control y de alguna manera tienen el tratamiento, detalles que nosotros no sabemos en qué momento o cuánto tiempo muchos derechohabientes del IMSS, que viven con VIH y están en tratamiento en otra institución, van a regresar. Algunos de ellos han tenido problemas para regresar, por cuestiones de tener su derecho y tienen ahí más problema. Entonces creo que esa parte la estamos trabajando, tenemos información de que hay un número considerable de personas que viven con VIH que ya han sido pasadas a la institución, yo creo que esa parte la consolidamos más, tendríamos nosotros un mayor porcentaje de incorporación en un tiempo aceptable.

Y otra cosa, creo seguramente que esas intervenciones por parte del COESIDA, en la parte de la sensibilización, de la capacitación también puede contribuir para eso. Es una realidad, todas las instituciones de alguna forma están siendo si no rebasadas, si de estar en un límite su capacidad de atención a la demanda. Y es una cosa que se está atendiendo.

También hemos nosotros implementado algunas estrategias en nuestras comunidades en donde tenemos Clínicas de VIH para poder de alguna manera, eficientar el control de los pacientes. Y hablando específicamente la cantidad de pacientes que están en control tenemos pacientes de VIH como en el caso de la Clínica 110, en donde ha sido de alguna manera rebasada su capacidad de control en tal punto de casos que tenemos en control, y estamos tratando de organizar una clínica más completa de VIH en el Hospital Ayala, donde tenemos un equipo con mayor infraestructura. Y bueno, eso nos ha generado algunos problemas por la aceptación de las personas en su libre derecho de exigir dónde se sienten mejores atendidos, por eso hemos tenido algunos problemas con algunos casos.

Y sí, es muy importante que este tipo de situaciones se informen, en una vía muy efectiva de comunicación para poder ayudarles más. Hemos recibido alguna información de inconformidades, una muy formal hecha a través incluso de la Federación, entonces es algo que se está atendiendo. Definitivamente la situación no es tan fácil de abordar y de alinear como se puede pensar, pero definitivamente sí tenemos todo el propósito de que nuestros 3,900 casos que tenemos en control activo lo sigan. Ahorita hay suficiencia en antirretrovirales, más allá de algunos casos muy en particular que hemos sido enterados que han tenido problemas con algún antirretroviral.

También les informo que tenemos cuatro años que hemos atendido a embarazadas y hemos testeado a más del 85% de las embarazadas, esto habla de más de 35,000 pruebas al año y afortunadamente en el último año, nada más tuvimos un caso de transmisión vertical a un niño, y eso creo que es bueno. Entonces esa es la situación, estamos trabajando, y son bien recibidas toda la información que tenga que ser atendida.

Doctor Castañeda muchas gracias, no estaba enterado de que tenía 3,900 casos, me parece una cifra bastante significativa y considerable. Tengo dos preguntas, saber si tienen un protocolo para incorporar a las personas con reciente diagnóstico en el Hospital, cuál es el protocolo y en cuánto tiempo tienen promediado en que esta persona esté recibiendo ya atención con tratamiento. Y la segunda pregunta es, de estos 3,900 pacientes si saben cuántos están en control virológico.

Más del 80% de los casos que nos reportan las Clínicas de VIH tienen control virológico. Nosotros tenemos dos laboratorios, uno que está en el Hospital de Especialidades que es donde se realizan todos los controles de CD4, CD8 y Cargas Virales, éstos se hacen de forma continua, nunca se han suspendido.

Y tenemos un laboratorio de Biomolecular, que hace estudios de genotipificación y todo lo que ya hemos comentado con el Doctor Ariel.

El protocolo para el algoritmo para el manejo, es el establecido en todos los lineamientos que existen por la Federación. El protocolo lo tenemos planteado como es de Ustedes el conocimiento en los 30 días se debe garantizar el tratamiento. Obviamente hay situaciones diversas que no todos los pacientes van a ocupar, eso lo sabemos. Porque ocurre en todas las instituciones pero por supuesto que hay están todos los protocolos, y todos los algoritmos con base a las Guías de las prácticas clínicas que pueden ser observados.

Gracias Doctor Castañeda, me gustaría platicar con Usted personalmente.

Claro que sí. Tenemos nuestras 5 Clínicas de VIH conocidas por todos los Infectólogos. Todo está apegado en los Lineamientos vigentes.

Recientemente viene una situación de un joven que estando en el Seguro Popular se vio en la necesidad de ser empleado, y en ese proceso del inter tiene mucho miedo del estigma a él definirse como VIH. Entonces siento que la cadena de personas que se les apegue tiene mucho que ver eso, en el cambio de algún proceso para identificarse con VIH en el contexto de empleo, cuando antes en un contexto de desempleo él ya tenía el acceso a los medicamentos y sin verse en el estigma social. Creo que en ese campo también se pierden muchos.

En COMUSIDA Tlaquepaque, somos el primer contacto a veces de personas que detectamos, y ellos nos han dicho que es muy difícil llegar al Seguro Social y luego les hagan las siguientes pruebas, porque hay como todavía el miedo de un médico de la consulta de atender a una persona, cuando ya nosotros les habíamos dado su hojita donde dio reactivo al VIH.

Usted nos dice que hay un promedio de 30 días para iniciar un tratamiento. No sé qué pudiéramos hacer para darle la confianza a quien se nos acerca de decirle el Seguro Social te va atender bien. Puedo agradecer a varias instituciones, de pacientes que les dimos su diagnóstico y llegan con Ustedes y luego regresan conmigo, me han dicho *“que bueno que me mandaste, hace 2 años me detectaste con VIH. Hoy estoy agradecido por esa atención porque me hiciste saber a dónde podía ir, lo que podríamos seguir haciendo y doy gracias a que vivo*

feliz?. Entonces qué hacemos con el Seguro, de asegurar al paciente que se le de una buena atención y como muy humana.

- Hay observaciones muy importantes que hay que considerar. Nosotros tenemos grandes problemas y una de ellas, son las personas que son tamizadas en algún sitio, que son reactivas y obviamente tienen que acudir a alguna institución pública para ser confirmados o ser descartados. Y el otro problema es el de las personas que son tamizadas y que son confirmadas en el caso de derechohabientes del IMSS que son tamizadas y que son confirmadas en otras instituciones y que obviamente tienen todo el derecho de acudir a su institución de derechohabencia y ser ratificados y ser atendidos.

El punto que estamos manejando en este momento como el más fuerte, es el de los casos que están en control en otras instituciones y que quieren incorporarse al IMSS. Y hemos batallado mucho porque como lo mencionaba el joven, de que hay mucho temor de los ciudadanos que se emplean que tiene un trabajo formal por lo que Ustedes puedan suponer, hay un temor de perder su confidencialidad; es un problema en su ámbito laboral y eso es lo que nosotros consideramos creo también es el factor más determinante para que haya un gran número de derechohabientes del IMSS que estén siendo tratados en otras instituciones.

Esa parte la estamos trabajando con el COESIDA para facilitar el acercamiento de esos derechohabientes sin tener que pasar todos esos problemas de ir a solicitar una atención en una Consulta Externa, en un Primer Nivel, y luego lo asignan al Segundo Nivel por todos los trámites que hacen.

Estamos acercando directamente a que se presenten en los Servicios de Epidemiología de las Unidades Médicas de Primer Nivel o incluso de Segundo Nivel para que ésto sea más rápido, pero es en caso de los casos, válgame la redundancia.

En el caso de las personas que se tamizan y que son reactivas, esta parte puede ser más complicada porque aquí podríamos estar hablando de un mayor número de personas. En estos casos también es conveniente Dr. Ariel, si se está dando esa situación, a hacer un vínculo muy directo también a los Servicios de Epidemiología de las Unidades Médicas del IMSS y que ahí se presenten las personas.

Que no se presenten directamente en la Consulta Externa por lo que implica que tendrán que seguir todos los protocolos para recibir atención médica y creo que ahí avanzaríamos mucho también en ese tema. A parte de abonar para la persona en el tema de la confidencialidad.

- En ese tenor, las organizaciones civiles como ya vimos en las Gráficas, que detectan una cantidad importante de personas con el virus que pertenecen a poblaciones clave, tienen una muy alta probabilidad de que se confirme la infección por VIH. Es decir, es muy raro ver un falso positivo en un hombre que tiene sexo con otros hombres, tenemos una muy alta probabilidad de que realmente se vaya a confirmar y que finalmente nos los traen a nosotros aquí al COESIDA. Usted cree que podría aportar que nosotros a través del Consejo hagamos un oficio, dirigido al Servicio de Epidemiología de la Unidad de Atención que le corresponda para que pueda ser atendido con mayor rapidez, tomando en cuenta lo que Usted está comentando en este momento?, es conveniente que hagamos ésto?
- Igualmente podemos el considerar a ampliar más la estrategia a través de la Dra. Claudia Canobbio, para seguir ese vínculo directo de COESIDA con nuestra Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica del Estado en la Delegación, para así asegurarnos de que si ya hubo un vínculo, ya sea por parte de un COMUSIDA o de alguna Jurisdicción Sanitaria hacia una Unidad Médica del IMSS, nosotros poder estar observando y controlando la parte que no se rompa del vínculo. Creo que ésta puede ser una muy buen estrategia

Convendría entonces tomar en cuenta ésto a menos de que haya algún detalle que quieran afinar.

A partir de nuestra conversación en la Ceremonia Oficial del 1ro. de diciembre pasado, que acordamos de buena voluntad de hacer como este vínculo con la Dra. Evangelina, nos pusimos de acuerdo y justamente con los pacientes hemos estado manejando de esa manera y a través de los acompañantes de las diferentes Organizaciones que han tenido dificultad con los pacientes que lleguen que tienen seguridad social, también les hemos comunicado que éste ha sido como un vínculo que ha facilitado, no ha sido del todo efectivo en algunos pacientes, pero si en un gran número la Dra. Evangelina nos ha facilitado mucho el camino, creo que sí puede funcionar.

Lo que nos ha faltado ha sido, en los pacientes que piden y que están con Seguro Popular y que están siendo tratados en las Unidades del Seguro Popular y que por alguna razón pueden tener seguridad social. Para el poder vincularse que sea rápido este vínculo y que pueda recibir el tratamiento sin suspender el medicamento, esa es como la parte que nos ha faltado y que yo le había comentado también en esa ocasión, que era una situación que tenemos que dar solución.

Considero que sería importante desarrollar una metodología clara y utilizar en función de las organizaciones que hacemos acompañamiento, para poder facilitar más los procesos de integración a los servicios del Seguro Social, tomando en cuenta que se tienen que realizar algunos ajustes a lo que ya se realiza.

Por ejemplo, nosotros monitoreamos durante un lapso de tiempo a la persona que detectamos y la acompañamos físicamente hasta el lugar donde se integra a los Servicios de Salud, y eso funciona para la Secretaría de Salud. Sin embargo, los casos varían totalmente de una Unidad a otra, por ejemplo, tenemos un área donde intentamos ingresar a una persona en enero y le dieron la cita para Western Blot hasta septiembre. Y en otros lados sí se ha logrado la integración con los medios habituales, pero sin embargo, todavía siguen siendo largos los tiempos. Entonces creo que si podemos ponernos de acuerdo para saber qué es lo que tenemos que hacer, con quién tenemos que ir, a quién tenemos que llamarle, para que ésto que no solo dependa del Seguro Social, si no también, de los que hacemos el acompañamiento, y que sea funcional. El ejemplo que tenemos del COESIDA de todo ese esquema de acompañamiento que ya está en una lámina de power point, es mas ó menos lo que nosotros necesitaríamos saber del Seguro, para que ésto pudiera funcionar de manera eficiente.

Hay que recordar que hace algunos años los usuarios preferían ignorar que tenían una seguridad social y se ingresaban por medio de la Secretaría de Salud, para después ya que estaban en tratamiento pasarse al Seguro Social. Ahora el problema mayor que existe es cuando una persona que quiere ingresar como un nuevo caso y tiene una prueba reactiva VIH y quiere

ingresar a los Servicios de Salud, porque los tiempos son muy largos en el IMSS, ahora ya no se puede hacer eso. Porque los dos Sistemas están vinculados, entonces detectan a la persona que tiene seguridad social y le niegan el servicio.

Me parece importante lo que está sucediendo, como verá doctor nos preocupa lo que pasa en el IMSS y nos ocupa también porque es parte de nuestro trabajo y de nuestro compromiso. Definitivamente podemos ampliar las experiencias, pero de lo que se trata es de concretar las propuestas, yo entiendo que el doctor Ariel va mandar una carta, pero me gustaría preguntarle cómo podríamos agilizar esta propuesta y que Usted hace en concreto para poder focalizar un poco el servicio de atención y así lo entiendo y agilizar los tiempos. El periodo de migración al IMSS ya se ha dicho en muchas ocasiones, es excesivo, nosotros hacemos un tamizaje luego al llegar al hospital el tamizaje simplemente no procede, pues empiezan otra vez de cero, duplicando incluso hasta recursos.

Entonces yo creo que podemos eficientar muchas cosas y podemos ayudarnos mutuamente para que también Ustedes tengan un mejor servicio y también todo lo que implica el desagrado de la atención del IMSS, las quejas, las llamadas etc., estoy seguro de que eso va a disminuir. Creo que podremos hacer mucho, me gustaría mejorarlo y de ser posible participar y colaborar con eso.

Yo creo que orita la parte donde podemos nosotros mejorar más con esta estrategia es, fortaleciendo mucho ese vínculo que ya empezamos con la Dra. Canobbio y el Area de Epidemiología del IMSS a nivel Delegacional, seguirlo trabajando, porque hay que involucrar a otras áreas en la institución como es el área de Calidad y de Trabajo Social es la parte muy vinculada la del acompañamiento es también institucional. Pero sí continuemos orita desde el punto de vista oficial en la institución con el vínculo que ya iniciamos con el COESIDA para darle seguimiento. Quiero decirles que precisamente por este tema que hemos trabajado desde el año pasado para acelerar más esa parte.

Lo que nos está atorando mucho ahorita, es que hemos decido llevar la prueba de confirmación al Laboratorio de BioMolecular y sacarlo del área de la parte clínica. Vamos a empezar ya en dos semanas para hacer Western Blot en el CIBO con un equipo de especialización nada más para esa parte del VIH, que creemos que vamos a disminuir más del doble del que tenemos ahorita a través del Banco de Sangre vinculando a LARRE para ese algoritmo. Entonces esa parte la estamos trabajando.

La parte más dura quizá sea esa parte de la reincorporación de aquellas personas que tuvieron y perdieron derechohabencia que ya están en control en otra institución y luego recuperan su derechohabencia. Desde la parte de la institución, como institución, es una parte que tiene también sus reglas pero en esa parte podemos mucho incidir para beneficio de la comunidad.

Se extiende invitación al Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología, el Dr. Osmar Matsuí Santana es el Presidente de la Federación Mexicana. Tendrá lugar en Guadalajara, del 2 al 4 de noviembre de 2017, donde habrá presentaciones de investigaciones, propuestas también sobre temas de VIH, Educación Sexual y la Prevención y múltiples temas sobre la sexualidad y la educación sexual.

-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 11:00 HORAS.