

VERSION ESTENOGRAFICA

Siendo las 9:25 horas, del día 26 de julio del 2017, con la asistencia de 30 representantes de la Vocalía, según consta al final de la presente, y se hacen sabedores de los puntos tratados, se da inicio a II 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.

bienvenida y agradece la puntualidad a todos, declarándose la existencia del quórum para iniciar la Segunda Reunión Ordinaria de Consejo.

. COMENTARIOS A LA MINUTA DE REUNIÓN ANTERIOR.

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

XI CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL Y SEXOLOGÍA. Entre Discursos y Acciones. FEMESS.

-

La AMES, Asociación Mexicana de Educación Sexual, realiza el primer Congreso Nacional de Educación Sexual en 1977, siendo este Congreso Nacional muy importante para la FEMESS, porque posteriormente lo tomamos como nuestro Primer Congreso Nacional, y de ahí le seguimos.

Ya para entonces habían varios grupos, como MEXFAM; IMIFAP; El Programa de Sexualidad Humana de la UNAM (PROSEXHUM) que se funda en 1987 aproximadamente; Salud Integral para la Mujer SIPAM; AMSSAC que se funda en el 1987 también; el Grupo Interdisciplinario de Reproducción Elegida; Programa de Estudio de Género de la UNAM; el del Colegio de México; CEASS de Guadalajara; y otras tantas en el interior del País.

Todos éstos eran los que se promovían, y recordaremos con el asunto de la planificación Familiar los problemas que se tenían cuando se quería promover esta situación de planificación familiar.

Y resulta que en el Congreso de 1994 de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, se dan cuenta que hay 100 mexicanos representando a organizaciones e instituciones de gobierno, y en donde vieron que estábamos cada quien aislados, y es entonces que se empiezan a tener pláticas.

En enero de 1995 se funda FEMESS, y se firma su Acta Constitutiva en donde participan más de 40 organizaciones. O sea, que en el 2015 en el Congreso celebrado en la ciudad de Monterrey cumplimos 20 años de haberse fundado la Federación. Aunque el trabajo sexual y sexología ya tiene muchos más años.

Hemos tenido una participación activa. México a figurado precisamente desde la 4ta. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, y que todos usamos como un referente.

Y en el Congreso Mundial de Sexología en Valencia, en donde estuvieron presentes Eusebio Rubio y otras personas, es cuando, con base en los principios de la FEMESS se hace la Declaración de los Derechos Sexuales. Se toman muchos de los principios de la FEMESS que están bien elaborados para conformar esta Declaración de Derechos Sexuales, como una Declaración.

En el siguiente Congreso en Hong Kong, es cuando ya se establecen los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial de la Salud Sexual. Antes era Sexología.

Y bueno, hemos participado en SIECUS en Estados Unidos. En el Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad, que es la asociación dedicada para la educación Sexual, Consejería y Terapia Sexual. En la Sociedad para Estudios Científicos de la Sexualidad, en donde me tocó participar a finales del 2007-2008 en un Congreso Nacional en Puerto Vallarta.

Hemos participado en la Organización Mundial de la Salud, precisamente en todos estos documentos técnicos que se hacen para definir qué es sexualidad, qué es salud sexual.

En la OPS, en la misma ONU hemos estado por medio del Dr. Corona en Asambleas.

En la ODEA en mayo y junio en Cancún, estuvimos presentes con todas estas aportaciones.

UNISEF y Fondo de Población de Naciones Unidas.

En México por supuesto en la Cámara de Diputados; la Comisión Nacional de Derechos Humanos; CONASIDA; CENSIDA; muchas organizaciones y Cuerpos Colegiados del país.

Nuestros Congresos.

FEMESS se funda en 1995, y en 1996 se hace el Primer Congreso de la FEMESS en Aguascalientes; en el 1998 en la ciudad de México junto con la Federación Latinoamericana; en Veracruz en el 2001; Morelia 2003; en Guadalajara en 2006; en Huastepic, Morelos en 2009; Tuxtla Gutiérrez en 2011; Aguascalientes en el 2013; en 2015 cuando cumplimos 20 años fue en la ciudad de Monterrey; y por supuesto que ahora toca en el 2017 en Guadalajara.

Por supuesto que cada Congreso ha tenido su Lema.

Y en este 2017 el Lema que tenemos es el de “*Discursos y Acciones*”. Porque mucho decimos, a veces poco hacemos.

Entonces es en esta reflexión es que queremos llegar con el lema de “*discursos y acciones*”. Y nos estamos damos cuenta que siempre nuestra imagen ha sido un Colibrí y una Flor. No por la cuestión de la cúpula, como muchos puedan imaginarse, si no, por toda la variedad que existen de Colibríes, por toda esta cuestión de la

polinización y por muchas cosas más. No nos vallamos simplemente porque inserta su pico en la flor y se hace una analogía de la cópula. Es más que eso.

Este Congreso tendrá lugar del 2 al 4 de noviembre 2017, en el Fiesta Americana Minerva. Ya se cerró el plazo y recibimos más de 220 resúmenes para trabajos a presentar, de los que se contemplan talleres para cuestiones vivenciales, simposios, presentaciones de libros y de debates; cursos de 90 minutos y de 3 horas; manifestaciones artísticas y carteles.

-Los Ejes Temáticos: Educación de la Sexualidad. Todo lo que implica la Salud Sexual en la que está incluida la Salud Reproductiva, VIH/sida. Psicoterapia y Sexualidad

Contamos con un gran elenco de Conferencistas magistrales, por ejemplo, Esben Esther de Noruega, quien es muy influyente en la cuestión de la transexualidad, ya que hay personas como él/ella que se sienten hombre y mujer.

Es un profesional de la medicina de la sexología, casado, entonces en estas situaciones es importante que entendamos esta cuestión. Actualmente está por salir en la clasificación internacional de enfermedades la discusión en donde una tapatía Rebeca Gómez Psiquiatra que está en el instituto Nacional de Psiquiatría, ha planteado publicar en LANCET el que la transexualidad no es una enfermedad.

Gabriela Rodríguez Ramírez, una de las pioneras en la educación sexual y de cuestiones políticas, sexualidad, etc. Doug Broun de San Diego, que también es muy importante en el estudio de la terapia sexual. Nos confirmó el Dr. José Narro, para la Inauguración. Y por otro lado está Félix López Sánchez, de la Universidad de Salamanca en España, que ha trabajado en sexualidad infantil y sexualidad en personas mayores. Además de sexólogos y sexólogas.

La Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C. agrupa organizaciones, no agrupa personas. Entonces les decía que el Acta Constitutiva está firmada por más 40 organizaciones. Y que se fueron sumando a lo largo de 20 años al 2015, hasta llegar a 93 organizaciones.

Muchas de estas organizaciones ya se fueron; están en otros caminos de trabajo. Otras ya no existen.

Hicimos una depuración, y en la actualidad somos más de 50 organizaciones en todo el país.

Y precisamente las organizaciones de Jalisco CEAS, Colectivo OLLIN, Colegio Mexicano de Sexología y OMEYOCAN, son las cuatro que organizan junto con la Federación, este Congreso.

Como en todo Congreso hay sus plazos, hay sus cuotas. Entonces es muy importante, porque los que estamos aquí trabajamos de alguna forma con la sexualidad, desde las políticas, de educación sexual, la salud sexual, la prevención, así que aprovechemos que tenemos este Congreso en casa, y que podamos estar aprendiendo más con los grandes sexólogos y sexólogas del país y los que vienen del nivel internacional.

En estos Congresos también llegan gente de Centro y Sudamérica y de Estados Unidos. Entonces dense la oportunidad y si se organiza algún grupo de más de 10 personas, por tratarse del Consejo en lugar de los \$3000.00, antes del 21 de agosto pudiéramos tener una cuota de \$2,700.00. Es una oferta que les otorgamos a los miembros integrantes del COESIDA.

Muchas gracias.

=ESPACION DE COMENTARIOS.

Alguna pregunta que algún miembro de la vocalía tenga al respecto?.

Hay que aprovechar este Congreso. En verdad que es de un buen nivel, ya lo demostró el Dr. Osmar, tiene una trayectoria enorme este tipo de Congreso, con gente de primerísimo nivel. Y sí me gustaría volver a recalcar el tema de que hay participantes mexicanos que hacen investigación de primer nivel, que como bien dijo, han publicado sus estudios en las Revistas de mayor impacto Internacional, ésa que acaba de mencionar de la Revista The Lancet Infectious Diseases. Ahí se publicó un estudio sobre el tema de que la transexualidad no necesariamente viene con disforia de género, si no que, la disforia está condicionada por factores externos que muchas veces agreden a la persona. Y éso es lo que ocasiona que la persona desarrolle una disforia por su condición de identidad de género trans.

Y estos participantes que vienen algunos locales otros de la ciudad de México, que van a ser ponentes, en verdad que nos pone a Jalisco como una plataforma de visión incluso internacional. Creo que sí es aprovechable este tipo de Congreso. Nosotros vamos a participar y vamos a patrocinar a los Comités Municipales para la Prevención del SIDA, para que acudan al Congreso pagado por el Consejo Estatal, y algunas Becas locales que podamos otorgar si así lo permite nuestro presupuesto.

Le agradezco Dr. Osmar su participación muy interesante.

-Quisiera terminar diciendo que Secretarías de Salud y de Educación de otros Estados, como el de Aguascalientes a becado ya en tres Congresos a 80 personas. Entonces que aprovechemos las instituciones de aquí para que nuestro personal que está encargado de salud reproductiva, de atención a adolescentes, puedan asistir y tener un poco más de lo que ha sucediendo con la sexualidad. Que no nada mas es coito si no muchas otras como ya lo platicamos.

Les van a repartir un Separador con la información y con la Página sobre las inscripciones.

Gracias.

“Convenio de Colaboración entre la organización FM4 Paso Libre y el COESIDA Jalisco en beneficio de la Población Migrante”

Vamos a hablar del Convenio de colaboración entre la organización de la sociedad civil FM4 Paso Libre y este Consejo Estatal para la prevención del sida, en relación a la atención preventiva y asistencial de migrantes indocumentados en tránsito, en la región del Triángulo Norte de Centroamérica.

-Este Convenio que ya firmamos esta organización civil y el Consejo Estatal, me gustaría entonces hablarles acerca de este tema importante que es la vulnerabilidad de las personas migrantes indocumentadas en tránsito por el territorio nacional. Y cómo esta vulnerabilidad debe de ser de alguna manera asistida por los Programas Estatales con el objetivo de salvaguardar la integridad física, la integridad de salud y psicológica de las personas migrantes.

Se calcula que por los años 60', las primeras cepas de VIH salen de África Central y migran hacia Haití. Lo que conocemos de Haití es a través del intercambio laboral, pero sobre todo de migrantes haitianos que van a trabajar al Centro de África a las regiones Francófonas, como lo que ahora es la República Democrática del Congo, que en ese momento era el Congo Belga.

Y finalmente las cepas de VIH que se trasladan con las personas que regresan de sus sitios de origen en este caso a Haití, parece que la epidemia no progresa, no es exitosa, no se implanta, y se extingue en algún momento.

Sin embargo, lo que ahora se sabe es que las regiones posteriores a Haití, que están los primeros casos documentados de VIH y de SIDA son en Puerto Rico en 1980 y la Isla de Antigua y Barbuda también de 1980, que son cepas que son trasladadas sobre todo del Sur de Florida hacia estas zonas del Caribe.

Y en este sitio es donde se origina la epidemia de VIH en la zona más golpeada por la epidemia de todo el Continente Americano que es la región del Caribe.

Posteriormente la epidemia viaja hacia el Oeste implantándose la epidemia en el resto, tanto en Antillas Mayores como las Antillas Menores. Y estas son las fechas mas o menos donde comienzan los primeros casos de VIH y de sida.

Sin embargo, América Central lo que se conoce con el Triángulo Norte de Centroamérica o la Región Mesoamericana, la epidemia se instaura de manera un poco más tardía también los primeros casos en los 80'.

Se han documentado 5 grandes clades o grupos predominantes de VIH, uno en la Región de Mesoamérica donde predomina, sobre todo, el grupo M y el subtipo B, que son originados en 1921 y 1957. No en América Central claro está, si no en África en que sí coincide con el origen de las cepas del grupo M del subtipo B, en otros estudios hechos con cepas de diferente origen no necesariamente Centroamericanas.

-Como introducción quiero comentarles que después de lo que es el Caribe, donde muchas islas tienen una epidemia arriba del 1%, es decir generalizada, América Central es la Segunda Subregión Continental más afectada por el sida.

Es una epidemia que está concentrada como nuestro país. Concentrada quiere decir que no es una epidemia generalizada, que menos del 1% de la población la padece. Aquí acuérdense que en México estamos en 0.25%. Es decir, de 2 a 3 personas cada 1000 viven con el virus, pero que se concentra generalmente en poblaciones que consideramos vulnerables, como son hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, clientes de trabajo sexual, personas privadas de su libertad en Centros Penitenciarios y usuarios de drogas inyectables, que son donde se acumula la epidemia y donde puede haber prevalencias superiores al 5%.

Y el resto de Latinoamérica también tiene epidemia concentrada, excepto Belice, donde puede tener niveles de hasta 2.8%, es decir, muy alto. O Haití, como ya comenté con 1.8% ó 2% de prevalencia general de VIH.

Los casos de VIH se encuentran concentrados, sobre todo, en centros urbanos en esta región de América Central, especialmente en estaciones fronterizas.

-Aquí pueden ver entonces, mas o menos, los niveles o la prevalencia de la infección por VIH, en los diferentes países.

Del lado izquierdo en el cuadro (Gráfica) mas bien pintado como color amarillo, son los países que se consideran como expulsores de personas. Y los que están del cuadro más clarito (Gráfica) del lado derecho son países, que si bien si tenemos migrantes de esa región tanto de Panamá como de Costa Rica, finalmente son países que mas bien son importadores de gente. Mas bien entra gente a esos países, mas que expulsar. Y Ustedes lo que pueden ver es que México, que se encuentra en la parte inferior (Gráfica), ahí estamos en 0.3% de esta prevalencia. Que si la comparamos por ejemplo con Belice con 2.3%, entonces, es una epidemia generalizada. Y acuérdense, Belice es un país vecino, de ahí que finalmente es un país de la región de América Central donde hay una epidemia generalizada.

-Y otra Subregión bastante golpeada, que tiene una epidemia muy generalizada es la Región Norte de Honduras, donde las personas de ascendencia africana que se le conocen como Garífunas, tienen prevalencias incluso de 4.5%. Digamos que son las dos Subregiones del Triángulo Norte de América Central con una epidemia generalizada, tanto Belice como la región Garífuna de Honduras.

-Es importante señalar, que muy recientemente se han estudiado los orígenes o las distribuciones de las cepas de VIH en México y América Central, la Región Mesoamericana. Y lo que se concluye es que las cepas que predominan, sobre todo, en Honduras, El Salvador, Nicaragua, Guatemala, son cepas que tienen vínculos epidemiológicos con México y con Belice. Es decir, las cepas predominantes en estas regiones de América Central provienen de México, es decir, a través de personas migrantes que regresan a sus sitios de origen.

-La epidemia de VIH está estrechamente vinculada o relacionada con el tema de violencia, pobreza y enfermedad. Y Ustedes recuerdan que sobre todo en los 60', 70', 80', incluso a principios de los 90', había guerras civiles en Centro América por movimientos de liberación nacional. Donde finalmente también había movimientos contra insurgentes que llevaron a la formación de escuadrones de la muerte, a ataques a la población civil, a ataques también a instalaciones de

asistencia médica en esta región de Centro América. Y esto, finalmente, terminó vulnerando a la condición de las personas locales, muchos niños se quedaron sin padres y son los que ahora están migrando, buscando mejores condiciones de vida.

Podemos ver (Gráfica) que han sido documentadas violaciones sistemáticas en los derechos humanos en El Salvador; en Guatemala, por desapariciones forzadas, por masacres bien documentadas, por asesinatos de activistas, de civiles y de médicos. Que incluso, son situaciones que estamos viviendo en nuestro propio territorio nacional desafortunadamente, en la actualidad.

-Ya comentamos acerca de esto. Los niños que perdieron finalmente un familiar están condenados a penuria, y por lo tanto, son niños que crecen sin oportunidades necesarias de empleo, que son ahora los que están migrando.

-La pobreza extrema es un motor fundamental de migración. Es un motor predominante que explica los movimientos humanos buscando mejores condiciones de vida.

Podemos ver (gráfica) que hay personas que viven con menos de un dólar al día, como en este caso Guatemala el 14% de la población; El Salvador 19%; Nicaragua el 45%. Casi la mitad de la gente vive con menos de un dólar al día, es el segundo país más pobre de todo el continente Americano, después de Haití.

Finalmente, los movimientos de liberación nacional no lograron resolver el tema de la inequidad que originó los movimientos revolucionarios de los 60's, 70's, y los 80'. Y finalmente estamos viendo estos movimientos migratorios como una respuesta a buscar mejores condiciones de vida, como lo he repetido.

-La vulnerabilidad social se define como la falta de protección ante potenciales amenazas a la salud o a sus necesidades básicas.

Y la vulnerabilidad es un indicador de inequidad social que refiere, no solamente respuestas de cara a cara a los servicios de salud, sino, también cambios institucionales; respuestas a nivel social; de respuestas a nivel político; y estas personas generalmente, sobre todo los migrantes, tienden a padecer menos respeto a sus derechos humanos, por tener pocos recursos económicos, sociales, sobre todo legales, al estar migrando a territorios diferentes de donde fueron originados.

Dentro de los grupos vulnerables tradicionales, se encuentran (Gráfica) en la tabla del lado derecho, donde los migrantes es una población que se consideran como altamente vulnerable.

-O sea, los migrantes documentados, son los que les va con mejores condiciones, finalmente mejor pronóstico.

Pero están la otra parte, los migrantes que son indocumentados, que son los que habitualmente estamos viendo cada vez más su paso a través de la zona metropolitana de Guadalajara, las personas deportadas, las personas traficadas. Es decir, las personas traficadas son las que de alguna manera migran, pero no por voluntad propia, si no, a través de una coerción o una amenaza directa.

Los migrantes laborales, los migrantes indígenas y los trabajadores sexuales.

Dentro de todo este grupo de personas migrantes o poblaciones móviles, también hay personas que se consideran clave dentro de la respuesta de la epidemia, también hay hombres que tiene sexo con otros hombres que migran y que puede ser cualquiera de estos tipos de migrantes, personas Trans, personas que se inyectan drogas y clientes de trabajo sexual.

-Estas poblaciones móviles que se consideran vulnerables, generalmente se han documentado violaciones sistemáticas a sus derechos humanos durante su viaje, tanto en el país de origen, como el de tránsito, como en el país receptor.

Y estas violaciones sistemáticas, generalmente las padecen más los migrantes indocumentados que aquellos migrantes que sí están documentados.

-Esta es una Gráfica donde intenta abstraer la idea de que una persona que no necesariamente es vulnerable en su país de origen porque tiene un Centro de Salud a dónde acudir a recibir servicios preventivos, al momento de migrar ya no cuenta con este tipo de servicios preventivos, y lo hacen vulnerable.

Una persona que no era vulnerable en su país, ahora sí lo hace vulnerable a adquirir una infección.

Ahora, una persona que ya tiene una infección por VIH en su país de origen, bueno, finalmente puede tener acceso a tratamiento en su propio país, y al momento de migrar y al carecer de papeles, por lo tanto, se vuelve vulnerable al suspender su tratamiento, porque no necesariamente tendría acceso a tratamiento en el país de tránsito o en el país que lo recibirá al final del día.

Una persona que se encuentre en tratamiento para VIH, puede suspender el medicamento y puede entonces estar condenado a morir, si es que en el país de tránsito o del país receptor no recibe su tratamiento.

Entonces esto es cómo una persona puede cambiar su estatus de vulnerable de no estar infectado hasta padecer la infección en ese proceso de tránsito.

-Esta es una Gráfica a la que recurro con frecuencia para poder explicar, cómo el asunto de que una persona cuando adquiere la infección por VIH, generalmente por una condición de tener relaciones sexuales, sin uso de condón.

-Para poderte proteger de la infección por VIH, las personas deben tener cierto conocimiento básico acerca de cómo prevenir la infección por VIH. Y pueden ver (Gráfica) que la región de América Central, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá un nivel muy aceptable de personas, al menos en 78% y de ahí para arriba conocen métodos de prevención para el VIH.

Pero también, 50% de la población también tiene creencias erróneas acerca del mecanismo de transmisión. No conocen necesariamente su estatus de VIH, es decir, no sabe si está positivo o negativo de infección por VIH. O también o tampoco puede estar expuesto a intervenciones que permitan protegerse. Es decir, no necesariamente reciben condones en el trayecto de su viaje.

Por lo tanto, esta Gráfica nos da la oportunidad de saber que estamos ante una oportunidad de intervenir a las personas migrantes para que puedan tener mejores elementos de protección durante su trayecto, al hacer intervenciones tanto educativas como de otorgar insumos preventivos durante su trayecto cuando pasan por nuestras zonas de influencia.

-Este es el conocimiento general. Lo mismo, pero sobre todo en mujeres trabajadoras sexuales. Ellas, pueden ver (Gráfica), tienen el mejor conocimiento sobre los mecanismos de protección, pero también tienen un enorme desconocimiento que oscila la mitad de las personas sobre creencias erróneas de transmisión. Que no han sido

intervenidas para prevenir con estrategias que les permita protegerse de la infección por VIH. Y hasta la mitad de las personas de estas mujeres trabajadoras sexuales no conocen su estatus de infección por VIH. Por lo tanto, otra área de oportunidad en mujeres trabajadoras sexuales, que es una población clave.

-El uso de condón en hombres que tienen sexo con otros hombres migrantes.

Fíjense que también es altamente variable, también puede oscilar en niveles tan altos como 80%- 85%, sobre todo, cuando estos hombres trabajadores sexuales hacen trabajo sexual. Pero también hay una gran cantidad de personas 3/4 Partes no necesariamente lo usan, sobre todo cuando tienen sexo con mujeres o cuando tienen una pareja necesariamente casual, que no es un cliente de trabajo sexual.

-Este es el uso de condón en mujeres trabajadoras sexuales.

Generalmente lo usan mucho, en clientes nuevos o en clientes regulares. Pero en sus parejas estables no lo usan prácticamente nada. Y sus parejas estables generalmente son los padrotes, y los padrotes no necesariamente son fieles con ellas. Entonces es importante aquí otra área de oportunidad para conocer.

-Este es el antecedente de hombres que tienen sexo con otros hombres.

Finalmente de 25% a 30% de los hombres que tienen sexo con otros hombres, han tenido sexo con una mujer en los últimos 6 meses. Hay un vínculo epidémico importante que conocer.

El sexo sin condón en el último mes, hasta 31-45% de estas personas no usan condón en el último mes.

Y en la prevalencia de uso de drogas inyectables es generalmente muy bajo.

-Esta es la prevalencia de uso de drogas inyectables, en mujeres trabajadoras sexuales a lo largo de la región mesoamericana.

Puede ser tan alta como el 5-6% en Panamá o tan baja como menos del 1% en El Salvador.

Las condiciones de redes que vulneran a las personas a adquirir la infección por VIH, es el tema de con quién se relaciona durante el viaje.

Y estos viajes muchas veces están expuestos a relaciones sexuales coercitivas o relaciones sexuales por protección. Es decir, sexo por supervivencia durante su trayecto. Hombres y sobre todo mujeres pueden recurrir a hacer trabajos sexuales o hacer favores sexuales con el objetivo de tener protección o tener comida, o tener techo. Y eso es un fenómeno muy frecuente en las poblaciones migrantes, especialmente mujeres. Esta es una condición de red que vulnera a las personas a adquirir la infección por VIH.

Y durante este trabajo de supervivencia sexual, pues díganme con qué frecuencia se va a condicionar a tener sexo con uso de condón, cuando de entrada estás teniendo sexo para adquirir un favor. Entonces, la mayor parte de las veces estas relaciones sexuales con desconocidos se hace sin el uso de condón.

Ahora, también hay factores relacionados a la comunidad que exponen a los migrantes a adquirir la infección por VIH. Sobre todo, cuando hay exposición a normas más liberales en los países receptores. O las personas cuando pierden de alguna manera, el freno social que hay en el lugar donde vivimos, donde nos impiden nuestros vecinos o las personas con las que nos relacionamos, el no tener a lo mejor muchas parejas sexuales. Este freno se pierde cuando se migra, cuando se cambia de ambiente, y eso hace que incrementemos nuestras parejas sexuales en un ambiente cultural distinto.

En relación a las políticas públicas, afortunadamente en México ya no se cataloga a los migrantes indocumentados como delincuentes.

Finalmente ese término ya no es un delito ser migrante indocumentado, puede ser una falta administrativa.

Y esto es importante que se conozca puesto que si un migrante se siente amenazado, se siente perseguido, ese migrante no necesariamente va acudir a los Centros de Salud a adquirir condones o a recibir algún insumo preventivo o diagnóstico o terapéutico por el miedo a ser deportado, que es un factor que vulnera.

Entonces, es importante saber que ahora ya las migraciones no lo consideran un delito si no una falta administrativa, y que finalmente pues no tendría que haber agentes de migración dentro de los Centros de Salud o alrededor de los Centros de Salud, para poder evitar este asunto de la inhibición del uso de los servicios por parte de las poblaciones migrantes.

-Este es un ejemplo de cómo una política pública puede perjudicar el control de la epidemia. Esto lo he presentado en la sesión previa de la Vocalía, donde comenté acerca de esta conducta de persecución de limpieza de la zona del borde de Tijuana, donde esta política pública del gobierno local persigue a los usuarios de drogas inyectables, los quitan para que no se vea feo del borde del Río que hace frontera con Estados Unidos, y estos sitios donde ya se conocían por las organizaciones civiles o por los programas estatales de prevención VIH o sida, les iba a ofrecer jeringas limpias inyección segura a las personas que se inyectan drogas, finalmente la policía los hace que desaparezcan, migran a otras partes de la ciudad y ya no hay a dónde llevarles insumos preventivos ¿y qué empieza a haber? brotes de VIH en otras partes de la ciudad.

Y esto es un ejemplo de una política pública no amigable a poblaciones migrantes que son perseguidas por el tema de su uso también de drogas inyectables. Y es lo que no debe de pasar.

El último factor, es sobre con qué probabilidad hay de que te encuentres con una pareja durante el trayecto que pueda vivir con el virus. Entonces debemos conocer la epidemia local de VIH en cada una de las Regiones.

-Aquí podemos ver que esta es la prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales tanto Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá, con una mediana de 2.6%. Es decir, una elevada prevalencia de VIH en estas poblaciones de trabajadoras sexuales.

-La prevalencia es más alta en hombres que tienen sexo con otros hombres en esta misma Región de América Central, con una mediana de 10.6%. Es igual a la de Jalisco 10% de prevalencia de VIH, en hombres que tienen sexo con otros hombres. Es decir, no es diferente, es muy alta. Pero no es diferente a la local.

-Esta es la prevalencia de VIH y de ITS en mujeres trabajadoras sexuales migrantes. Podemos ver que cuando el país que recibe es de bajos ingresos hay mayor prevalencia de VIH y de ITS, más cuando el país que recibe es de ingresos medianos o altos. Incluso se puede ver que México puede ser un país donde las poblaciones migrantes de trabajadores sexuales pueden tener cierta protección a adquirir la infección por VIH siempre y cuando tengan exposición a programas preventivos a su alcance, Programas amigables.

-Aquí pueden ver hay una alta variabilidad de la prevalencia de VIH entre trabajadoras sexuales en tránsito, en estaciones migratorias de los diferentes países de América Central. Dónde puede ser tan bajo como 0.2% en la Capital Managua de prevalencia de VIH o puede ser tan alta como 13% en San Pedro Sula en Honduras.

Estas son las prevalencias de Herpes Tipo 2, en mujeres trabajadoras sexuales y en hombres que tienen sexo con otros hombres.

Es muy alta, puede ser de hasta alrededor de 95% en mujeres trabajadoras sexuales y puede ser hasta del 56% en hombres que tienen sexo con otros hombres.

-Esta es la prevalencia de Gonorrea en personas migrantes trabajadoras sexuales. Podemos ver que puede ser de alrededor de hasta del 10% en casos de Gonorrea o hasta del 23% en casos de Clamidiasis, que es una enfermedad de transmisión sexual semejante a la gonorrea.

-Y en el caso de VIH pueden ver también que la seroprevalencia, en sobre todo, mujeres trabajadoras sexuales es hasta del 4.3% en migrantes Guatemaltecos, muy bajita como en migrantes nicaragüenses 0.2%; ó Panameños 0.2%

Esta es Sífilis, también con una prevalencia generalmente alta, tanto en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trabajadoras sexuales.

-Este es el tema sobre qué intervenciones pueden favorecer. Si nosotros hacemos intervenciones amigables en poblaciones migrantes, poblaciones clave, podemos limitar la transmisión del virus durante su trayecto.

Este es un Proyecto que se hizo en la primera década de este siglo, que se le llamó "Proyecto Mesoamericano en Estaciones Fronterizas", donde a poblaciones clave de grupos de migrantes, en estaciones migratorias en Centroamérica, se les otorgaba información preventiva sobre VIH e ITS. Se promovía el uso de condón, se les otorgaba condones gratuitos, se les hablaba acerca de la importancia del diagnóstico oportuno de VIH y promoción en el uso de servicios médicos sin miedo a ser deportados sobre todo, en mujeres trabajadoras sexuales.

Eran grupos organizados pequeños de 10 personas por grupo

-Y pueden ver el enorme impacto que había en estas intervenciones tan fáciles de hacer. Podemos ver (Gráfica) cómo las mujeres que se les había hecho la intervención, comparadas con las que no se les había hecho una intervención, se observó un mejor resultado en el tema de no uso de condón cuando se les preguntaba "*Usted no usó condón en el último cliente que tuvo de trabajo sexual*". Las mujeres que sí tuvieron una intervención solo el 3% reportaron no haberlo usado.

Mientras que las mujeres trabajadoras sexuales que no recibieron intervención, decían "*que no habían usado condón en el último cliente*" hasta un 20% de las veces. O sea, que esta sencilla intervención permitía que las mujeres tuvieran mejores elementos para decidir usar condón con sus clientes de trabajo sexual.

Sobre las creencias erróneas en la transmisión del VIH.
14% de las mujeres intervenidas tenían esas creencias erróneas contra 21% de las mujeres no intervenidas.

Acceso gratuito a condones.
98% de las mujeres que sí recibieron la intervención tenían acceso a condones, mientras que hasta el 75% de las mujeres sin intervención no habían recibido condones

Evaluación ginecológica fundamental para el seguimiento en la mujer trabajadora sexual.
83% sí habían tenido una evaluación ginecológica contra solamente 56% de las mujeres que no recibieron la intervención.

Métodos anticonceptivos.
Tenían mejor acceso las mujeres que tenían intervención comparado con las que no tenían intervención un 74% contra 65%.

Y el tema de conocer su estatus de VIH.
Hacerse pruebas de VIH hasta el 90% de las que tenían intervención conocían su estatus, comparado con solamente el 60% de las mujeres que no habían recibido la intervención.

Por lo tanto, el recibir este tipo de intervenciones de información, de otorgar condones gratuitos, de hacer la prueba de VIH mejora por mucho esa capacidad de autocuidado que tienen las mujeres trabajadoras sexuales y otros grupos vulnerables de migrantes centroamericanos.

Y ésto se vivió en Guatemala, y se documentó que hubo una reducción en los nuevos casos de infección por VIH en las mujeres trabajadoras sexuales.

Entonces esto tiene un impacto incluso en bajar nuevos casos en la transmisión del virus en estas poblaciones clave.

Por lo tanto la vulnerabilidad y los riesgos en la infección por VIH y otras ITS que se presentan entre grupos móviles que son migrantes, son determinados por condiciones de desigualdad social, violación de derechos humanos y otros aspectos relacionados con el género la sexualidad y la imposibilidad para acceder a formas de protección legal, social y en salud, por lo que se requieren de intervenciones en múltiples niveles que pueden reducir la vulnerabilidad a esta infección por VIH y el desarrollo de sida consecuente en estas poblaciones móviles.

Por lo tanto, tenemos que garantizar en estas poblaciones el acceso efectivo de insumos preventivos de información, testeo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual en las poblaciones migrantes.

-Es la razón por la que tenemos ya tiempo trabajando con la organización civil FM 4 Paso Libre, del cual ellos atienden a una gran cantidad de población migrante en tránsito que pasa por la zona metropolitana de Guadalajara. Según su último reporte, atienden aproximadamente 600 migrantes de paso mensuales en su albergue. Donde tienen de 3 a 4 noches de acceso a quedarse en esta estación migratoria; donde pueden conseguir ropa, se pueden bañar, pueden comer de manera gratuita para continuar su ruta de tránsito. Y por lo tanto, ese es un momento clave para otorgar insumos preventivos. Estas intervenciones que ya comentamos que son útiles para reducir la vulnerabilidad, y por lo tanto, mejorar finalmente el acceso a la salud, que es un derecho fundamental de los seres humanos, sin importar necesariamente su condición migratoria o nó.

Esta firma del Convenio se llevó a cabo el 4 de julio, donde nosotros como Consejo nos comprometimos a hacer capacitaciones continuas al personal de FM 4, para que estén ellos otorgando esa educación a la salud a poblaciones migrantes.

Como ya comentamos sobre la importancia de conocer el estatus de VIH, les dimos la capacitación también para que aplicaran pruebas de VIH para las personas que así lo decidieran en conocer su estatus. Los capacitamos en el tema de qué hacer con una persona con una prueba reactiva, que sea acompañada a COESIDA para sus estudios confirmatorios para la integración al cuidado médico de especialidad.

Deben de saber Ustedes que una persona migrante en tránsito tiene acceso gratuito al Seguro Popular por al menos a 3 meses de Seguro Popular con tratamiento gratuito.

Y bueno no solamente el tema de la educación a la salud, si no también, les otorgamos una Condonera y estamos dando 5,000 condones mensuales, para que otorguen a los migrantes en tránsito.

Y aquí en el caso de las mujeres embarazadas, que ellos puedan detectar con una infección por VIH pues es otra población que nos interesa que finalmente esa mujer reciba su tratamiento de manera local para que pueda finalmente tener un parto seguro y un niño libre del virus.

Este Convenio ya lo comenzamos este mes y ellos ya dieron inicio para trabajar en el tema.

-Digamos que ésto de alguna manera es una necesidad que finalmente tienen las poblaciones móviles, un acceso a su salud en este caso la salud sexual que nosotros como Programa Estatal lo debemos de garantizar. Ya lo hicimos a través de este Convenio que esperemos que tenga éxito en impactar positivamente el tema de la transmisión sexual en las poblaciones migrantes.

ESPACIO DE COMENTARIOS.

Alguna pregunta que tengan al respecto?

-Lic. Héctor Federico Zúñiga Bernal, Coord. Gral. de Asuntos Sociales: Un propuesta, nosotros acudimos de parte de la Secretaría General del Gobierno Estatal, a los Consejos Regionales de Seguridad, y hemos estado escuchando que en los municipios costeros, sí hay muchos migrantes. Y sí nos gustaría que nos dieran folletos o algún documento para nosotros distribuirlos en los Consejos Municipales y también tener más impacto, porque también hay un número importante de migrantes flotantes. Entonces sí detalles específicos que si nos gustaría para hacerles del conocimiento del Convenio.

-Al respecto no nada mas es las intervenciones, no nada mas dar folletos o documentos, sino que se requiere mucho la capacitación de las personas con las que hay que trabajar. Porque no es nada mas el conocimiento, si no, la revisión de las actitudes y eso es mas con un trabajo vivencial que se haga. Es un comentario, que se pudiera capacitar de alguna forma a estos Consejos Municipales donde se detecte que hay mucha población migrante.

Y una pregunta, que no se si nada mas sucede aquí en Jalisco o se pudiera tener en otros Estados, una relación de migración, para que el tiempo que están aquí en Jalisco y luego se van a otro Estado que lleguen con esta facilidad. Y también de los que vienen de otros Estados entablar esta relación para que no suspendan el tratamiento y generar con esta intervención el poder sacar el 90% de las personas que con intervención llegan a conocer su estatus con VIH, que éso es ya posible en la política internacional para erradicar el VIH/sida.

Felicidades por este Convenio.

-No creo que sea el primero. Creo que hay más experiencias en el tema sin embargo, en el tema preciso sobre esta migración a ciertos Estados, finalmente intentan llegar a la frontera norte y pasar al otro lado, si se incrementa el riesgo de que suspendan el tratamiento antirretroviral. Por ejemplo, una persona que se detecta VIH positiva y que le damos tratamiento, su deseo es continuar.

Una barrera importante es el tema del que, se le abre expediente de manera local. Se le da de alta dentro de la Base de Datos Estatal. Pero, cuando va a otro Estado, no necesariamente el otro Estado tiene acceso a esta clave estatal. Por lo tanto, lo tenemos que dar de baja nosotros.

Entonces esto es una barrera, para que las personas puedan acudir y decir *“bueno yo ya tengo un expediente en el programa estatal y tengo estos medicamentos, dame el siguiente medicamento. Pero cómo te lo doy si ni siquiera estás en la base de datos”*. O sea, lo que se tiene que hacer es darse de baja la persona.

Qué es lo que intentamos nosotros. Que dentro de este abordaje de detectar a una persona con VIH, ya sea que ya se conocía VIH positiva y está recibiendo tratamiento, y que le continuamos su tratamiento aquí. O, que la detectamos aquí y que va continuar el paso, es que intentemos con el migrante acordar hacia dónde va ir, cuál va a ser ruta que seguirá para entonces ponernos de acuerdo con el Programa Estatal a donde lo van a recibir, para entonces darlo de baja nosotros y que lo den de alta en ese sitio.

Lo mejor sería que se modificara o que existiera una base de datos nacional mas que estatal.

Pero en este momento no hay manera de que haya una base de datos nacional abierto, donde podamos ver y jalar a una persona de otro Estado, eso lo tiene que hacer el CENSIDA.

Si no nos avisa el migrante o la persona que viene de otro Estado, no lo podemos dar de baja. Cómo, si no sabemos que emigró.

Y bueno, intentamos que dentro de esta intervención integral de detección, incorporación, tratamiento, es ver, *“hacia dónde vas a ir?, ya te vas a ir, te doy el suficiente medicamento un mes adicional, te doy de baja y de vas a ir a Tijuana”*. Entonces me comunico con el Programa de Baja California para que ellos lo den de alta y ya conozcan que va ir con ellos.

Qué resultados vamos a tener?

Lo desconocemos. Pero seguramente es algo mejor que nada. Que es lo que no había un Programa de esta naturaleza.

En relación a los Comités Municipales de Prevención del Sida (COMUSIDAS), hemos tenido hace tres años de esto, el tema del Mapeo en poblaciones móviles de poblaciones migrantes. Primero los hemos capacitado para que mapeen los sitios donde pueda haber este tipo de poblaciones móviles para que lleven intervenciones preventivas. Entonces también hay COMUSIDAS que están capacitados para otorgar folletería, condones, aplicación de pruebas. No todos los COMUSIDAS lo hacen, primero por el tema de que no todo el mundo se anima, su formación no necesariamente les da como para que se animen a hacer una prueba de VIH, porque, aparte, no depende de nosotros, depende del Presidente Municipal, y muchas veces deciden no hacer las cosas necesariamente.

Sí tenemos Comités Municipales que si tienen esta intervención preventiva, pero son los menos. Pero si tenemos intervención de alguna manera en algunos Municipios.

Una observación acerca de la presentación interesante que se hizo, al parecer Nicaragua sería de los países más pobres. Pero, luego aparece que no tiene un índice tan alto de migrantes de VIH. Esto cómo se podría explicar, con los Sistemas de Salud o con la organización social?

-Desconozco la razón por la que pudiera tener esta diferencia de prevalencias, pero no es diferente a la de México por ejemplo, Nicaragua es de 0.2% la prevalencia, mientras que en México es de 0.25%, digamos que son prevalencias bajas.

Digamos que lo que se hace notar es que si hay evidentemente una relación entre pobreza y migración de pronto tampoco es directamente proporcional, algunos factores que en este caso yo pienso que por la organización como esta pudiera haber sobre todo por algunos aspectos del desarrollo de la organización médica, pudiera haber una influencia en la prevención que marcara que aun siendo con un gran nivel de pobreza no llegue a trascender a un gran nivel de infección.

A una epidemia generalizada. De acuerdo.

ASUNTOS VARIOS.

Me permito comentarles que hace dos años platicamos del inicio de un Programa de transporte en Mujeres con el Virus.

-En el presente año finalmente hemos accedido a un recurso federal, donde estamos de alguna manera priorizando que se use este dinero para transportar mujeres VIH positivas, con estas características:

Que tengan hospitalizaciones por sida, mujeres foráneas mas que las locales, tengan indicadores de inestabilidad social como inestabilidad de vivienda, alimentaria, desempleo con hijos, mujeres que pierden citas para surtir medicamento o mujeres que tienen también a otros miembros de su familia con infección por VIH. Con el objetivo de trasladar a todo mundo sobre todo cuando son foráneas.

En el caso de mujeres embarazadas también las trasladamos con este recurso, no necesariamente ya confirmada la infección por VIH, si no, que les generamos un ID temporal que es necesario para justificar el recurso y las trasladamos del interior del Estado para poder hacer la confirmación rápida por infección por VIH.

-Descripción de la población Blanco.

Nos han aprobado este año \$858,000. Tenemos 971 mujeres potenciales candidatas, sin embargo, las estamos escogiendo con los puntos que ya comenté.

Distribución de Mujeres.

Esta es la distribución de mujeres y del recurso de acuerdo a la Unidad de Atención.

Finalmente el 44% de las mujeres son atendidas en el hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", por lo tanto se va al 44% del recurso a ese sitio que son el equivalente a \$372,000.00.

En el Hospital General de Occidente, es el segundo lugar con mayor población, 22% de las mujeres están ahí, donde le corresponden \$190,000.00 de ejercicio de este recurso de traslado.

En el Hospital Civil "Juan I. Menchaca" y en el CAPASITS vemos el 17% de la población de mujeres, por lo tanto, a ambos les corresponde alrededor de \$147,000.00 para el traslado de mujeres con esta condición.

Distribución mensual del Recurso.

Esto es lo que de alguna manera está programado para que se ejerza mensualmente:

\$37,000.00 para Hospital civil "Fray Antonio Alcalde"

\$19,000.00 para el Hospital General de Occidente

\$14,700.00 para el Hospital Civil "Juan I. Menchaca"

\$14,600.00 para CAPASITS Puerto Vallarta.

-Mujeres que se han perdido.

Hemos priorizado también la búsqueda de mujeres que se han perdido, que son alrededor de 150 mujeres en pérdida de seguimiento, que se encuentran entre 4 y un año después de la última cita. Y no hemos tenido rastro de ellas. Que viven en el interior del Estado; la mayor parte en zona metropolitana de Guadalajara; pero una cantidad importante en el interior del Estado. Y son poblaciones prioritarias que tenemos que alcanzar para poderles ofrecer el traslado.

Porque esta pérdida de seguimiento, la mayor parte de las veces obedece al tema de la falta de dinero para el transporte, a pesar de que tengamos tratamientos gratuito y consulta gratuita para las personas con VIH pues a veces no hay dinero para venir, entonces eso de alguna manera ayuda a solventar esta vulnerabilidad.

-Criterios de Inclusión.

Generalmente las Trabajadoras Sociales de las Unidades identifican a potenciales candidatos, donde los cuales las envían con nosotros, donde se hace una evaluación de los criterios de inclusión que lo hace el Programa de Descentralización Municipal, con la Lic. Julia Ramírez, se revisa la próxima cita, se gestiona el traslado con una empresa con la que tenemos conveniado el servicio.

Esta información para mantenernos enterados de que tenemos dinero para el traslado de mujeres, por aquellas organizaciones civiles aquí presentes que puedan trabajar con mujeres y que identifican esta necesidad puedan entonces referirlas con nosotros.

Gracias.

Se extiende invitación, el día 4 de agosto tenemos un Taller sobre aplicación de Pruebas para detección de infección de transmisión sexual, el cual es totalmente gratuito, en el Hotel Casino Plaza, en el centro de la ciudad. Se pueden inscribir en nuestras redes sociales contacto@codise.org.mx.

Y además tenemos una segunda parte, el día 22 de septiembre, sobre Vacunas y la respuesta inmunológica en la prevención y atención de ITS.

Me gustaría darle la bienvenida a la Lic. María Guadalupe Pulido Morales, que es la nueva Directora Técnica Penitenciaria, de la Fiscalía de Reinserción del Estado. Licenciada Pulido hemos tenido, como se dará cuenta, un trabajo enorme con la Fiscalía, desde hace ya cuatro años que empezó la administración. Lo hemos incrementado, hemos exacerbado nuestros esfuerzos en mejorar la calidad de atención a las personas privadas de su libertad y con muy buenos resultados. Estoy seguro que vamos a continuar teniéndolo con su ayuda Licenciada. Gracias.

Si no existe ningún otro comentario, les agradezco de manera enorme su atención, esperemos que hayamos contribuido a mejorar el conocimiento de los programas estatales hacia sus instituciones respectivas. Levantamos la mesa y damos por concluida esta Segunda Reunión de Consejo de Vocales. MUCHAS GRACIAS.

FIN DE LA REUNIÓN A LAS 10:30 HORAS.