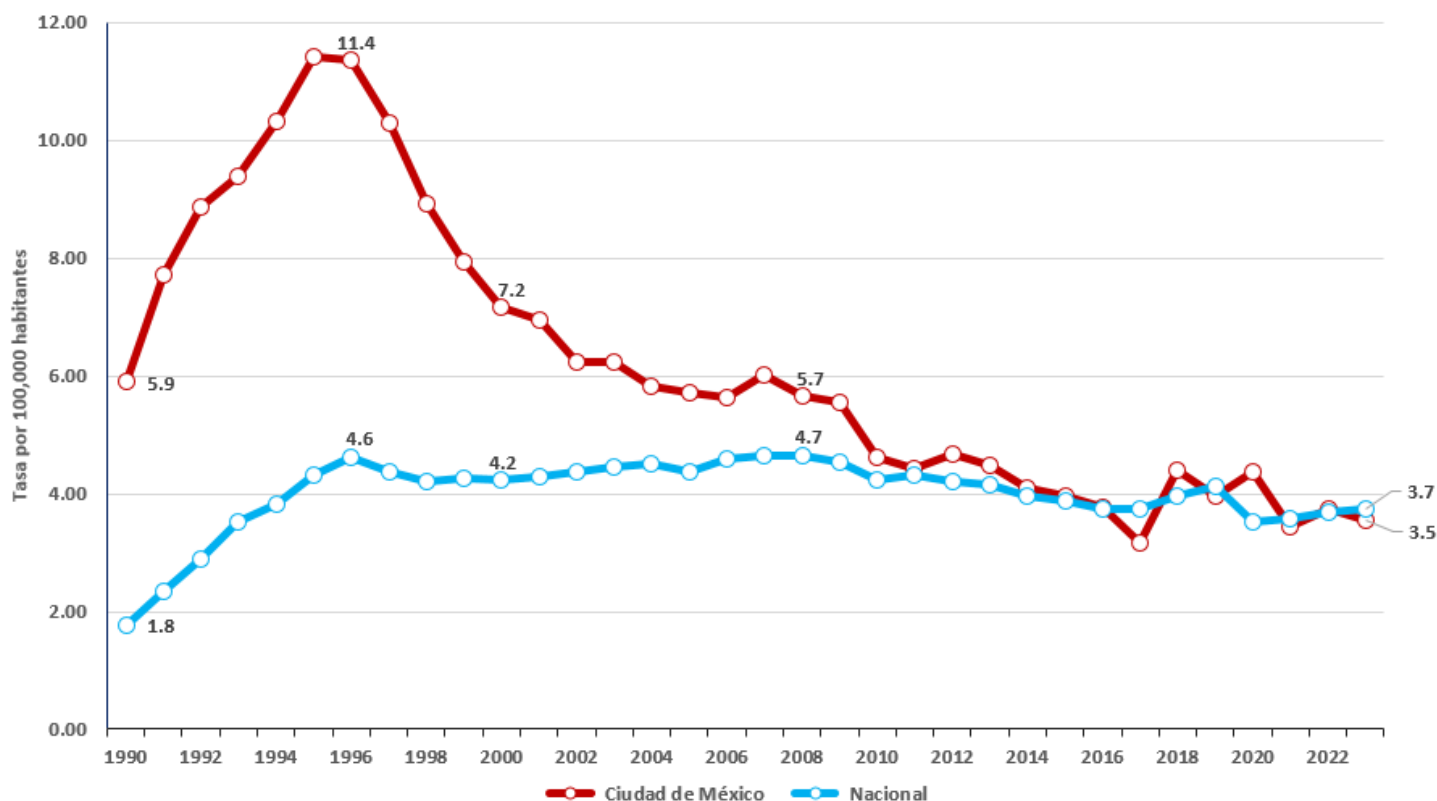


# BOLETÍN SOBRE **VIH/SIDA E ITS** DE LAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS CONDESA

Publicación del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA de la Ciudad de México

Vol. 1. n° 1 ene-mar de 2025

## Mortalidad por VIH/sida en la Ciudad de México y en el país, 1990-2023



- La mortalidad por VIH/sida en la Ciudad de México alcanzó su nivel más alto entre 1995 y 1996, con una **tasa de 11.4 defunciones** por cada 100,000 habitantes, **la más elevada entre todas las entidades del país**.
- A partir de 1996, con el inicio del acceso al tratamiento antirretroviral eficaz para personas con seguridad social, se observó **una disminución en la mortalidad**. Esta tendencia descendente se intensificó a partir de 2008, cuando el acceso universal y gratuito al tratamiento fue garantizado para toda la población.
- De este modo, entre 1996 y 2023, la mortalidad por VIH/sida ha mostrado una **tendencia general a la baja**, aunque con algunas fluctuaciones en los años 2007, 2012, 2018 y 2020.
- En 1996, la tasa de mortalidad por VIH/sida en la Ciudad de México era **2.5 veces superior** a la tasa nacional. Para 2023, esta cifra se redujo a 3.5 defunciones por cada 100,000 habitantes, por **debajo de la cifra nacional**.
- En conjunto, entre 1996 y 2023, la mortalidad por VIH/Sida **disminuyó 69% en la Ciudad de México** y únicamente 20% a nivel nacional, lo que evidencia el impacto positivo del **acceso universal y gratuito al tratamiento antirretroviral** tanto en la capital como en el resto del país.

Fuente: Elaborado por **Enrique Bravo-García**, con base en las estimaciones oficiales de población del CONAPO y defunciones del INEGI.

| CONTENIDO                            |    | Consejo Editorial                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">En portada</a>           | 1  | <b>Dr. Nadine Flora Gasman Zylbermann</b><br>Secretaria de Salud de la Ciudad de México                                                                        |
| <a href="#">Editorial</a>            | 3  |                                                                                                                                                                |
| <a href="#">Artículos originales</a> | 5  | <b>Dr. Mauricio López Manning</b><br>Encargado de los Servicios de Salud de la Ciudad de México                                                                |
| <a href="#">Epidemiología</a>        | 13 | <b>Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco</b><br>Director Ejecutivo encargado del Centro para la Prevención y<br>Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México |
| <a href="#">Pensar el sida</a>       | 23 |                                                                                                                                                                |
| <a href="#">Noticias CEC</a>         | 25 | <b>Dr. Ubaldo Ramos Alamillo</b><br>Director encargado del despacho de la<br>Clínica Especializada Condesa                                                     |
| <a href="#">Norma para autores</a>   | 27 |                                                                                                                                                                |
| <a href="#">Directorio</a>           | 28 |                                                                                                                                                                |

#### Editor

ISSN: En trámite

**Dr. Enrique Bravo García**

---

**Boletín sobre VIH/SIDA e ITS de las Clínicas de Especialidades Condesa**, Volumen 1, Número 1, enero-marzo de 2025, es una publicación trimestral, editada por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, a través del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México, Benjamín Hill 24, Col. Condesa, CP 06140 Alcaldía Cuauhtémoc. Ciudad de México.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación ni del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando se cite la fuente completa.

## EDITORIAL

## El Modelo de atención y prevención de la Condesa

El modelo de atención y de prevención del VIH/sida en la Ciudad de México se ha configurado desde el año 2000 y de forma continua a través de las Clínicas Especializadas Condesa. La visión que al respecto tiene la Secretaría de Salud, hoy encabezada por la Dra. Nadine Gasman Zylbermann, es dinámica; por eso permanentemente se revisan las acciones emprendidas, se corrigen y se mejoran.

Enfrentamos una epidemia que está definida, básicamente, por tres condiciones:

- El Virus de Inmunodeficiencia Humana es incurable;
- Este virus se transmite por relaciones sexuales no protegidas, y
- Al VIH/sida le acompaña una estigmatización culturalmente arraigada por la cual se generan en la sociedad expresiones de discriminación y violaciones graves de derechos humanos.

Establecer las bases para atender de forma integral a la población diagnosticada y para reducir la incidencia de nuevos casos, disminuyendo la mortalidad, implica comprender la dimensión de la epidemia.

En la Ciudad de México la infección por VIH está activa desde que se conocieron los primeros casos, en 1983. Aunque se puede adquirir por vía perinatal y sanguínea, es en el ejercicio de la sexualidad donde se define la dinámica de su transmisión, en el mayor número de casos, en un amplio espectro que transita desde la ausencia de percepción de riesgo hasta la vulnerabilidad de género.

La población diagnosticada necesariamente debe incorporarse al tratamiento y sostenerlo de por vida, o hasta que haya cura. Al paso de los años, el paciente requiere atención integral por comorbilidades asociadas, el efecto de los fármacos y por el mismo proceso de envejecimiento.

La adherencia al tratamiento depende de determinantes sociales, culturales, laborales, familiares y comunitarias. Y la interrupción del medicamento está vinculada a estos determinantes, por lo tanto, los pacientes y usuarios requieren en todo momento de atención diferenciada.

En el marco normativo con frecuencia se crean barreras administrativas que impiden y afectan la atención de los pacientes. Por lo que la prescripción correcta de medicamentos antirretrovirales requiere de experiencia clínica y no siempre se puede contar con especialistas en infectología y medicina interna.

En la Ciudad de México la epidemia del sida se había concentrado en algunas alcaldías, pero en la actualidad está configurada de forma muy diferente. El crecimiento de la zona metropolitana, así como los cambios demográficos, ha llevado a que aumente el número de pacientes con trabajo y vida familiar y comunitaria en esta ciudad, pero que duerme en municipios mexiquenses conurbados. ¿Dónde deben atenderse estas personas? ¿En la Ciudad de México o en el Estado de México?

También ha crecido el número de inmigrantes provenientes mayoritariamente de Centroamérica y del Caribe, además de otras regiones y continentes. Estos son crecientes desafíos que afrontamos bajo una premisa de buen gobierno: por encima de la normatividad está la protección del paciente. Nos guiamos por el principio constitucional del Derecho a la Protección de la Salud. Y en este sentido creemos que la normatividad debe ajustarse a la evolución del VIH/sida y no al revés.

La epidemia tiene muchas expresiones culturales y configura retos que se trasladan de los ámbitos urbanos a los rurales; de las poblaciones masculinas a las femeninas; de los colectivos cisgénero al transgénero.

Nuestra ciudad, a través de las Clínicas Especializadas Condesa, ha tejido un modelo de prevención combinada y de atención integral que puede contribuir a optimizar recursos en otras ciudades de grandes

demarcaciones territoriales y fortalecer, asimismo, las intervenciones que en materia de VIH/sida también ejecutan las instituciones de seguridad social federal y las de carácter estatal.

El Centro para la Prevención y la Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México tiene un reto enorme en esta lucha colectiva. Algunos soportes valiosos son los siguientes:

El primero, es el compromiso de la Jefa de Gobierno, Clara Brugada Molina, quien ha manifestado su total convicción respecto a la importancia de fortalecer la lucha contra esta epidemia no solo desde una perspectiva local sino metropolitana.

Se conoce la dinámica de la epidemia en esta ciudad y en consecuencia sus retos, pero también conocemos a las poblaciones que son estratégicas para incidir en materia de diagnóstico, prevención y atención.

Se tiene amplia experiencia médica para el abordaje ambulatorio de pacientes en las dos Clínicas Especializadas Condesa; además, en esta ciudad hay servicios hospitalarios de tercer nivel con los que mantenemos comunicación, que son estratégicos para los casos graves.

Se han desarrollado programas que permiten la inclusión al tratamiento y prevención de las poblaciones más vulnerables: Poblaciones de alta prevalencia (Punto Seguro, Clínica Transgénero, Programas para hombres, Programa de Parejas Serodiscordantes, Programa de Infección Aguda por VIH, PrEP y PEP, Prevención Integral) y para Poblaciones de baja prevalencia (Salud sexual, reproductiva e ITS, Ponte a prueba, Reducción de daños, Clínica Santuario, Alcance comunitario). Se han desarrollado programas que permiten la inclusión, el tratamiento y la prevención de las distintas poblaciones afectadas por la epidemia, con alta y baja prevalencia; hombres y mujeres cis; hombres y mujeres transgénero; personas no binarias, con respecto a sus expresiones de género y preferencia sexual.

Se tiene también un programa permanente de promoción de la salud sexual -a través de nueve plataformas digitales- que proporciona información a pacientes y potenciales usuarios de las poblaciones estratégicas para el control de esta epidemia.

Existe una fuerte y dinámica relación de colaboración con organizaciones de la sociedad civil, con servicios comunitarios y con grupos de auto apoyo que participan con mucho compromiso en las estrategias de detección y prevención del VIH, así como de otras infecciones de transmisión sexual.

Se tiene un sólido equipo interdisciplinario, en la medicina y también en el ámbito social, que enriquecen la capacidad operativa.

Las primeras decisiones tomadas por la Jefa de Gobierno, Clara Brugada Molina, son descentralizar los servicios de las Clínicas Condesa y para ello se construirá una tercera clínica en la Alcaldía Gustavo A. Madero. También se crearán 13 Estaciones Condesa, así como la habilitación de más centros de detección. El compromiso que asumimos es extender el modelo de diagnóstico, prevención y atención con el propósito de que lleguen al mayor número de habitantes en todas las alcaldías de la Ciudad de México.



**Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco**

Encargado de la Dirección Ejecutiva del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/ SIDA de la Ciudad de México

Jefe del Programa de VIH y Hepatitis C de la Ciudad de México

El objetivo de este boletín trimestral, cuyo primer número se publica ahora, es dar a conocer las actividades realizadas por las Clínicas Especializadas Condesa y su impacto en la salud de la población, así como ofrecer información científica que permita contextualizar dichas acciones

## ARTÍCULOS ORIGINALES

## Epidemiología de Mpox en las Clínicas Condesa en 2025

Mario Gómez Zepeda

Médico Especialista en Epidemiología. Unidad funcional de Salud Anal, Anoscopia de Alta Resolución y Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual, Clínica Especializada Condesa

**Resumen.** Durante las primeras 15 semanas de 2025, las Clínicas Condesa detectaron un incremento significativo de casos de Mpox, con 45 confirmaciones por PCR, superando los registros de 2023 y 2024. El 96% de estos casos se diagnosticó en la Clínica Especializada Condesa (CEC) y la mayoría fueron hombres cisgénero, con una edad promedio de 33.9 años. Aunque 38% vivía con VIH, el principal mecanismo de transmisión fue sexual (93%). El 44% de los contagios locales se asoció con lugares de encuentro sexual. Los hallazgos resaltan la necesidad de estrategias de prevención enfocadas en estos espacios y de fortalecer el diagnóstico en la región metropolitana.

**Palabras clave:** Mpox, transmisión sexual, VIH, vigilancia epidemiológica, prevención

## Introducción

El virus Mpox, anteriormente conocido como viruela símica, es un virus ADN de doble cadena perteneciente a la familia *Orthopoxvirus*. Fue descubierto en 1958 y desde 1970 se considera una zoonosis endémica de África Subsahariana, cuando se registró el primer caso humano. Sin embargo, desde 2016 en Nigeria se observó un aumento en la transmisión sostenida de persona a persona y de forma comunitaria, principalmente por vía sexual, afectando en gran medida a personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En mayo de 2022 se notificaron los primeros casos importados fuera de África, inicialmente en el Reino Unido, propagándose posteriormente a otros países, incluido México, que reportó sus primeros casos ese mismo mes y declaró una emergencia sanitaria que se mantuvo hasta junio de 2023.<sup>1-2</sup>

Durante ese periodo, las CEC registraron el mayor número de casos confirmados en el país, representando aproximadamente el 25% del total nacional.<sup>3</sup> Su ubicación estratégica, la atención libre de estigmas, y el acceso sin restricciones de derechohabencia o residencia, hacen de estas unidades una fuente representativa para analizar la dinámica epidemiológica de las ITS en el Valle de México.

## Metodología

Con el objetivo de describir la dinámica de transmisión de Mpox tras el fin de la emergencia, se realizó

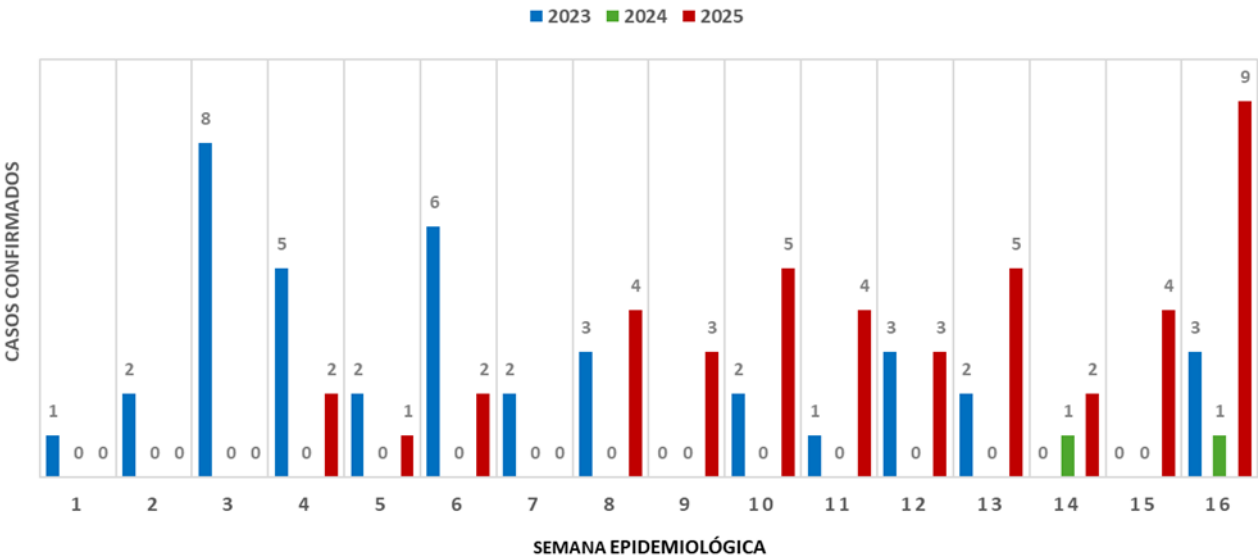
un estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo de los casos evaluados en las CEC y confirmados por PCR entre las semanas epidemiológicas 1 y 15 de 2025. Los casos se clasificaron como "locales" si la exposición ocurrió en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, e "importados" si ocurrió en otra región geográfica.

## Resultados

**Tiempo:** Se evaluaron 56 personas con definición operacional de caso probable de Mpox, de las cuales 45 fueron confirmadas por laboratorio (80%). El primer caso de 2025 fue detectado el 23 de enero, luego de 45 días sin notificaciones. La cifra de casos fue 20 veces mayor que en el mismo periodo de 2024 y superó en un 10% los casos de 2023, aún bajo emergencia sanitaria (**Figura 1**). El tiempo promedio entre el inicio de síntomas y la consulta fue de 7 días ( $DE \pm 4$ ), con un rango de 2 a 21 días

**Lugar:** El 96% de los casos (43) fueron atendidos en la Clínica Especializada Condesa (CEC) y el 4% (2) en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa (CECI). Aunque el 78% residía en alguna alcaldía de la Ciudad de México, también se identificaron casos en municipios del Estado de México (8), Morelos (1) y un turista extranjero. Se registraron 10 casos importados: 6 con exposiciones en San Pedro Pochutla, Oaxaca (Zipolite y Puerto Ángel), 2 en un evento en Tepoztlán, Morelos, y 2 en Estados Uni-

Figura 1. Casos confirmados de Mpox según semana epidemiológica. Clínicas Especializadas Condesa, 2023-2025



dos (California y Florida). De los 35 casos de transmisión local, 32 ocurrieron en la Ciudad de México, y 3 en el Estado de México. Un 44% de las infecciones locales se asociaron a encuentros sexuales en espacios públicos o privados destinados a dicho fin. El 96% de los casos (43) fueron detectados en la CEC y 4% (2) en la CECI. Aunque la mayoría de los casos detectados tienen como residencia alguna delegación de la CDMX (78%), se detectaron 8 casos en personas que residen en municipios del Estado de México, 1 en Morelos y un extranjero que adquirió la infección durante sus vacaciones en la Ciudad de México.

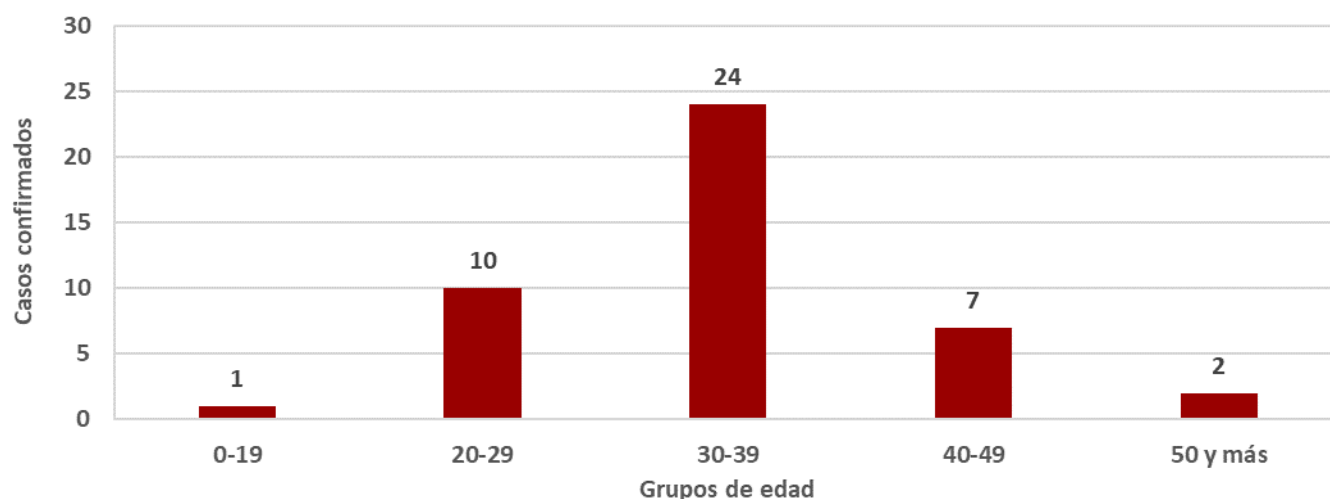
Se identificó que 10 casos (22%) adquirieron la infección fuera del área metropolitana de la Ciudad

de México, de ellos, 6 tuvieron como antecedente exposiciones de riesgo en el Municipio de San Pedro Pochutla en el Estado de Oaxaca (Zipolite 5, Puerto Ángel 1); dos casos acudieron a un evento en Tepoztlán, Morelos y dos más adquirieron la infección en los Estados Unidos (California y Florida).

De los 35 casos de transmisión local, 32 (90%) ocurrieron en la ciudad de México, independientemente del lugar de residencia de los pacientes y solo 3 en el estado de México. En Ciudad de México, destaca la proporción de casos de transmisión ocurridos en lugares de encuentro sexual que se documenta en el 44% de los casos locales de transmisión sexual (13 de 29) (Figura 2).

Figura 2. Casos confirmados de Mpox según probable lugar de la trasmisión. Clínicas Especializadas Condesa, 2025



**Figura 3. Casos confirmados de Mpox según grupos de edad. Clínicas Especializadas Condesa, 2025**

**Persona:** Más del 99% de los casos correspondieron a hombres cisgénero; solo una fue una mujer transgénero. La edad promedio fue de 33.9 años (rango de 5 a 56), concentrándose más del 50% entre los 30 y 39 años (**Figura 3**). Solo el 38% de los casos ocurrieron en personas con VIH. El 93% se atribuyó a transmisión sexual, dos a transmisión directa sin contacto sexual y uno a exposición ocupacional.

### Discusión

Los casos de Mpox en 2025 muestran diferencias con respecto a los de 2022-2023, especialmente por una menor proporción de personas con VIH (38% vs. 70%). El incremento de casos en el periodo estudiado, así como la elevada asociación con encuentros sexuales, permiten perfilar patrones de exposición y acceso a servicios en el área metropolitana.

### Conclusiones

En las primeras 16 semanas epidemiológicas de 2025 se observó un aumento de casos de Mpox en las Clínicas Condesa. Esta tendencia podría continuar o intensificarse en los meses siguientes. Dado el rol de los espacios de encuentro sexual en la cadena de transmisión, se recomienda implementar estrategias de prevención y detección centradas en estos sitios, además de fortalecer otras unidades de diagnóstico.<sup>4-5</sup>

### Referencias

1. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al. The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022;16(2):e0010141. doi:10.1371/journal.pntd.0010141.
2. Eser-Karlıdag G, Bayraktar N, Erbay A, Tekin A, Ergonul O, Altuntas F, et al. Features of Mpox infection: The analysis of the data submitted to the ID-IRI network. *New Microbes New Infect*. 2023;53:101154. doi:10.1016/j.nmni.2023.101154.
3. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe técnico final de vigilancia epidemiológica de Mpox (antes viruela símica) en México. 15 junio 2023 [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2023. Disponible en: <https://buff.ly/HD5lgID>.
4. De la Calle-Prieto F, Remón-Berrade M, Risco-Risco C, Rivas-Ruiz F, Gutiérrez-González E, Gutiérrez-Rodríguez A, et al. Treatment and prevention of monkeypox. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2023;41(10):629–34. doi:10.1016/j.eimc.2023.02.004.
5. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre el uso de las vacunas contra la viruela símica. OPS/CIM/23-0010 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://buff.ly/n2ql9TU>.

## ARTÍCULOS ORIGINALES

## La mortalidad por VIH/sida en México, 1990-2023

Enrique Bravo-García<sup>1</sup> Hilda Ortiz-Pérez<sup>2</sup><sup>1</sup>Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM<sup>2</sup>Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco

**Introducción.** El VIH/SIDA fue una sentencia de muerte hasta la llegada del Tratamiento Antirretroviral de Alta Eficacia (TARAA) en 1996, que redujo la mortalidad en varios países. Actualmente, gracias a este tratamiento, el VIH se considera una condición crónica. **Metodología.** Se analizaron datos oficiales de mortalidad (INEGI) y población (CONAPO). Se identificaron defunciones por VIH/SIDA usando la CIE-9 y CIE-10. Se calcularon las tasas crudas de mortalidad nacional, por sexo y entidades federativas. **Resultados.** De 1990 a 2023, hubo 148,476 muertes por VIH/SIDA. La mortalidad aumentó hasta 2008 y luego disminuyó tras la política de acceso universal al TARAA, pero se ha estancado desde 2017. Existen grandes desigualdades regionales: Quintana Roo presenta la mayor tasa (10.8), once veces superior a Tlaxcala. **Conclusión.** Para retomar la tendencia descendente, se requiere fortalecer la detección, tratamiento y supresión viral, así como reducir desigualdades entre entidades.

**Palabras clave:** Mortalidad, Epidemiología, VIH, México.

## Introducción

Hace 44 años, en junio de 1981, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos reportaron los primeros casos de lo que hoy se conoce como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).<sup>1</sup>

Al tratarse de un virus nuevo, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), no existían tratamientos eficaces para enfrentar la enfermedad. Incluso después de que el VIH fuera identificado como el agente causal del sida, transcurrió más de una década antes de que se desarrollara una terapia verdaderamente efectiva.<sup>2</sup>

Por ello, enfermar de sida era prácticamente una sentencia de muerte, ya que la atención médica se limitaba al manejo de los síntomas y de las comorbilidades asociadas.<sup>3</sup>

En 1996 se introdujo el Tratamiento Antirretroviral de Alta Eficacia (TARAA), basado en una combinación de antirretrovirales, incluyendo inhibidores de proteasa. Esta estrategia terapéutica transformó el pronóstico de las personas con VIH, al lograr retrasar el deterioro del sistema inmunológico y mejorar de forma sustancial su calidad de vida

El éxito del TARAA se evidenció rápidamente: en 1997, las muertes por VIH/sida en Estados Unidos se redujeron casi 50%;<sup>4</sup> en algunos países europeos las muertes descendieron hasta 80% en los primeros tres años de uso;<sup>5</sup> y en América Latina, Brasil y Argentina lograron reducciones en la mortalidad por VIH/sida del 50% y 20%, respectivamente.<sup>6</sup>

El acceso al TARAA ha sido la política de salud pública más efectiva para reducir la mortalidad por VIH a nivel mundial. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en 2023 había aproximadamente 39 millones [36.1–44.6] de personas con VIH, con 1.3 millones [1.0–1.7] de nuevas infecciones anuales. Entre 2010 y 2023, las muertes por sida disminuyeron en 51.3%, pasando de 1.3 millones [1.0–1.7] a 630,000 [500,000–820,000], como resultado de que 30.7 millones [27.0–31.9] de personas estaban recibiendo tratamiento contra el VIH en 2023.<sup>7</sup>

Debido a la eficacia del TARAA, la infección por VIH se considera hoy una condición crónica tratable, que permite a quienes la padecen mejorar su calidad de vida y aumentar esperanza de vida.<sup>8</sup>

## Metodología

La información sobre las defunciones y población se obtuvo de las fuentes oficiales: el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)<sup>9</sup> y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).<sup>10</sup>

Las muertes por VIH entre 1990 y 1997 se identificaron mediante los códigos 279.5 (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y 279.6 (complejos relacionados con el sida) de la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).<sup>11</sup> A partir de 1998, se utilizaron los siguientes códigos de la 10ª. revisión de la CIE : B20 (enfermedad por VIH, resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias), B21 (enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos), B22 (enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades especificadas), B23 (enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones) y B24 (enfermedad por VIH, sin otra especificación).<sup>12</sup>

Las tasas de mortalidad por VIH se calcularon según la fórmula utilizada por México para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dividiendo el número anual de defunciones por sida entre la población media anual y multiplicando el resultado por 100,000.<sup>13</sup> No se realizaron ajustes por edad, ya que las metas de los ODM se basan en tasas crudas, a pesar de que las recomendaciones epidemiológicas sugieren tasas ajustadas.

## Resultados

Entre 1990 y 2023 se registraron 19,449,569 defunciones en México, de las cuales 148,476 fueron atribuidas al VIH/sida, lo que representa menos del 1% del total, salvo en 2004, cuando alcanzaron el 1%.

Las defunciones por VIH/sida aumentaron de forma continua entre 1990 y 2008, pasando de 1,493 a 5,183 muertes anuales, el valor más alto registrado. En consecuencia, la tasa de mortalidad se incrementó de 1.77 a 4.66 por cada 100,000 habitantes (Tabla I).

Con la consolidación, en 2008, de la política pública de acceso universal y gratuito a los antirretrovirales, comenzó una reducción sostenida de la mortalidad. La tasa bajó de 4.66 en 2008 a 3.77 por 100,000 en 2017, lo que representa una disminución del 19.5% en una década. En el mismo periodo, la mortalidad

**Tabla I. Defunciones generales y por VIH/sida en México según año de registro, 1990-2023**

| Año          | Total de Defunciones | Defunciones por VIH/sida | % con relación al total de defunciones | Tasa de mortalidad |
|--------------|----------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------|
| 1990         | 421,182              | 1,493                    | 0.35                                   | 1.77               |
| 1991         | 409,473              | 2,008                    | 0.49                                   | 2.33               |
| 1992         | 407,881              | 2,529                    | 0.62                                   | 2.88               |
| 1993         | 414,250              | 3,138                    | 0.76                                   | 3.51               |
| 1994         | 416,821              | 3,482                    | 0.84                                   | 3.83               |
| 1995         | 427,875              | 3,986                    | 0.93                                   | 4.31               |
| 1996         | 434,185              | 4,338                    | 1.00                                   | 4.61               |
| 1997         | 438,205              | 4,171                    | 0.95                                   | 4.37               |
| 1998         | 442,466              | 4,082                    | 0.92                                   | 4.22               |
| 1999         | 441,647              | 4,181                    | 0.95                                   | 4.26               |
| 2000         | 435,486              | 4,196                    | 0.96                                   | 4.22               |
| 2001         | 441,004              | 4,317                    | 0.98                                   | 4.29               |
| 2002         | 457,680              | 4,463                    | 0.98                                   | 4.37               |
| 2003         | 470,692              | 4,607                    | 0.98                                   | 4.45               |
| 2004         | 472,273              | 4,719                    | 1.00                                   | 4.50               |
| 2005         | 493,957              | 4,650                    | 0.94                                   | 4.37               |
| 2006         | 493,296              | 4,944                    | 1.00                                   | 4.58               |
| 2007         | 513,122              | 5,093                    | 0.99                                   | 4.65               |
| 2008         | 538,288              | 5,183                    | 0.96                                   | 4.66               |
| 2009         | 563,516              | 5,114                    | 0.91                                   | 4.52               |
| 2010         | 590,886              | 4,857                    | 0.82                                   | 4.23               |
| 2011         | 589,646              | 5,036                    | 0.85                                   | 4.32               |
| 2012         | 601,259              | 4,972                    | 0.83                                   | 4.21               |
| 2013         | 622,495              | 4,975                    | 0.80                                   | 4.16               |
| 2014         | 632,587              | 4,807                    | 0.76                                   | 3.97               |
| 2015         | 654,593              | 4,751                    | 0.73                                   | 3.88               |
| 2016         | 684,437              | 4,628                    | 0.68                                   | 3.74               |
| 2017         | 693,848              | 4,676                    | 0.67                                   | 3.75               |
| 2018         | 704,803              | 4,975                    | 0.71                                   | 3.95               |
| 2019         | 734,001              | 5,253                    | 0.72                                   | 4.13               |
| 2020         | 1,073,330            | 4,522                    | 0.42                                   | 3.53               |
| 2021         | 1,110,122            | 4,615                    | 0.42                                   | 3.58               |
| 2022         | 835,433              | 4,805                    | 0.58                                   | 3.70               |
| 2023         | 788,830              | 4,910                    | 0.62                                   | 3.74               |
| <b>TOTAL</b> | <b>19,449,569</b>    | <b>148,476</b>           | <b>0.76</b>                            | <b>-</b>           |

Notas:

Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes.

No se incluyen las defunciones de personas que residían en el extranjero o cuyo sitio de residencia se desconoce.

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias 9 y 10.

en hombres se redujo 18.9% y en mujeres 23.1%. Este periodo muestra el descenso más marcado en la historia reciente del país.

Entre 2017 y 2019 se observó un leve repunte, seguido de una nueva disminución entre 2019 y 2023. Las tasas de 2023 son muy similares a las de 2017, lo cual sugiere un estancamiento en la reducción de la mortalidad (**Figura 1**).

Las cifras anteriores muestran el impacto positivo que ha tenido el acceso universal al tratamiento antirretroviral en la disminución de la mortalidad por VIH/sida.

Pese a los avances, la distribución geográfica de la mortalidad por VIH/sida continúa siendo desigual. En el periodo 2019–2023, las entidades con mayores tasas promedio anuales fueron Quintana Roo (10.8), Campeche (8.8), Baja California (7.7), Veracruz (7.6), Colima (6.5), Baja California Sur (5.8), Yucatán (5.4) y Tamaulipas (5.3), todas clasificadas como de "mortalidad muy alta" por ubicarse en el primer cuartil (**Figuras 2 y 3**). Tabasco, que en 2015 ocupaba el primer lugar, ya no figura entre las más afectadas.

En contraste, las entidades con menor mortalidad fueron Tlaxcala (1.0), Zacatecas (1.1), Guanajuato (1.6), Durango (1.7), Aguascalientes (1.8), Michoa-

cán (2.0) e Hidalgo (2.0), clasificadas como de "mortalidad baja", al situarse en el último cuartil.

Las demás entidades se ubicaron en los cuartiles intermedios, por lo cual se clasificaron como de "Mortalidad media" o "mortalidad alta". Sus tasas fluctuaron entre el 2.3 defunciones por 100,000 habitantes en Puebla, San Luis Potosí y Coahuila; y el 4.9 de Tabasco (**Figuras 2 y 3**).

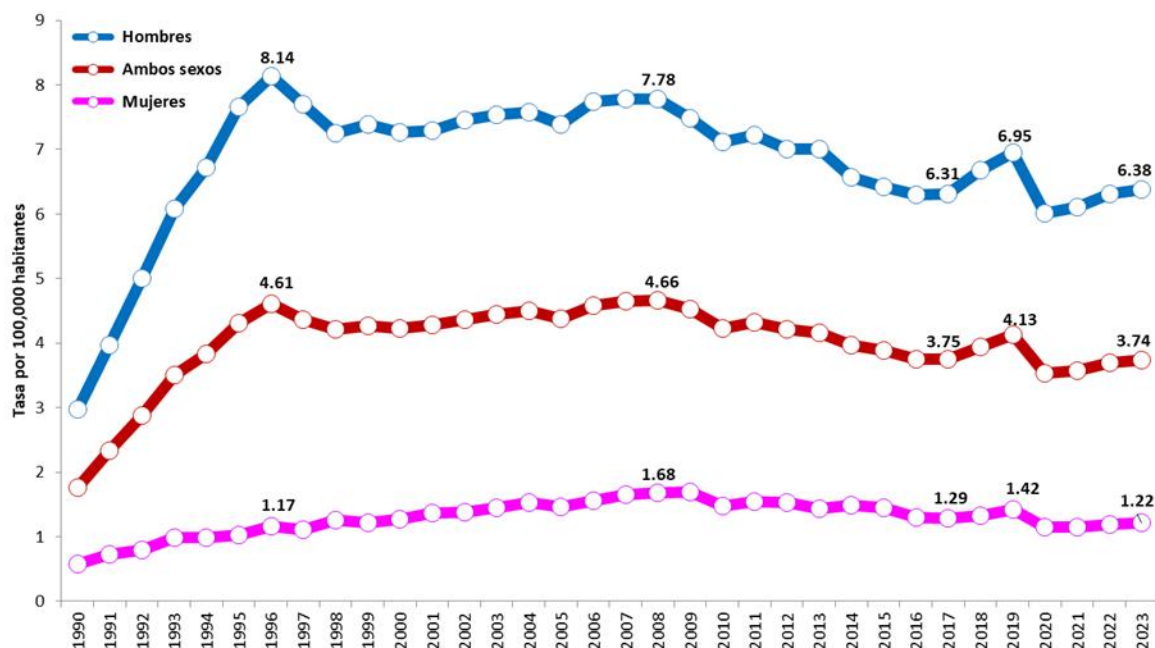
La desigualdad en la mortalidad es notoria: la tasa de Quintana Roo es casi once veces mayor que la de Tlaxcala, lo que pone de relieve los retos regionales aún pendientes.

## Conclusiones

La política de acceso universal y gratuito al TARAA ha logrado reducir la mortalidad por VIH/sida en México desde 2008 hasta 2017. Aunque se observó un ligero aumento entre 2017 y 2019, la tendencia volvió a descender entre 2019 y 2023. No obstante, la similitud entre las tasas de 2017 y 2023 sugiere un estancamiento en el progreso, algo inaceptable en un país que garantiza tratamiento universal y gratuito.

Igualmente preocupante es la enorme brecha territorial: la tasa de mortalidad en Quintana Roo (10.8

**Figura 1. Mortalidad por VIH/sida en México según sexo, 1990-2023**



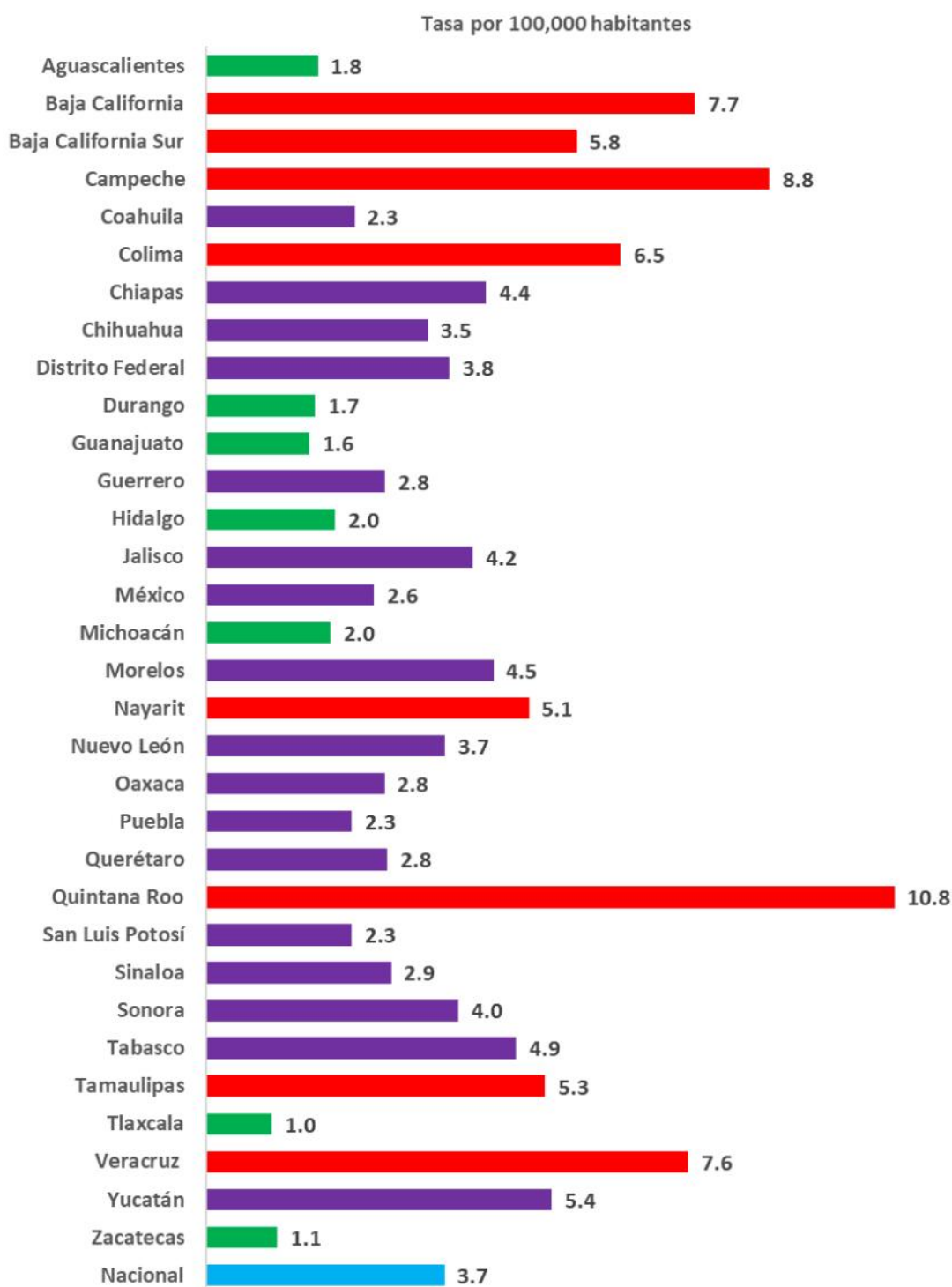
Fuente: Elaboración propia con base en las referencias 9 y 10.

por 100,000) es casi once veces superior a la de Tlaxcala (1.0).

Para revertir esta situación y retomar la tendencia descendente, es fundamental ampliar la detección

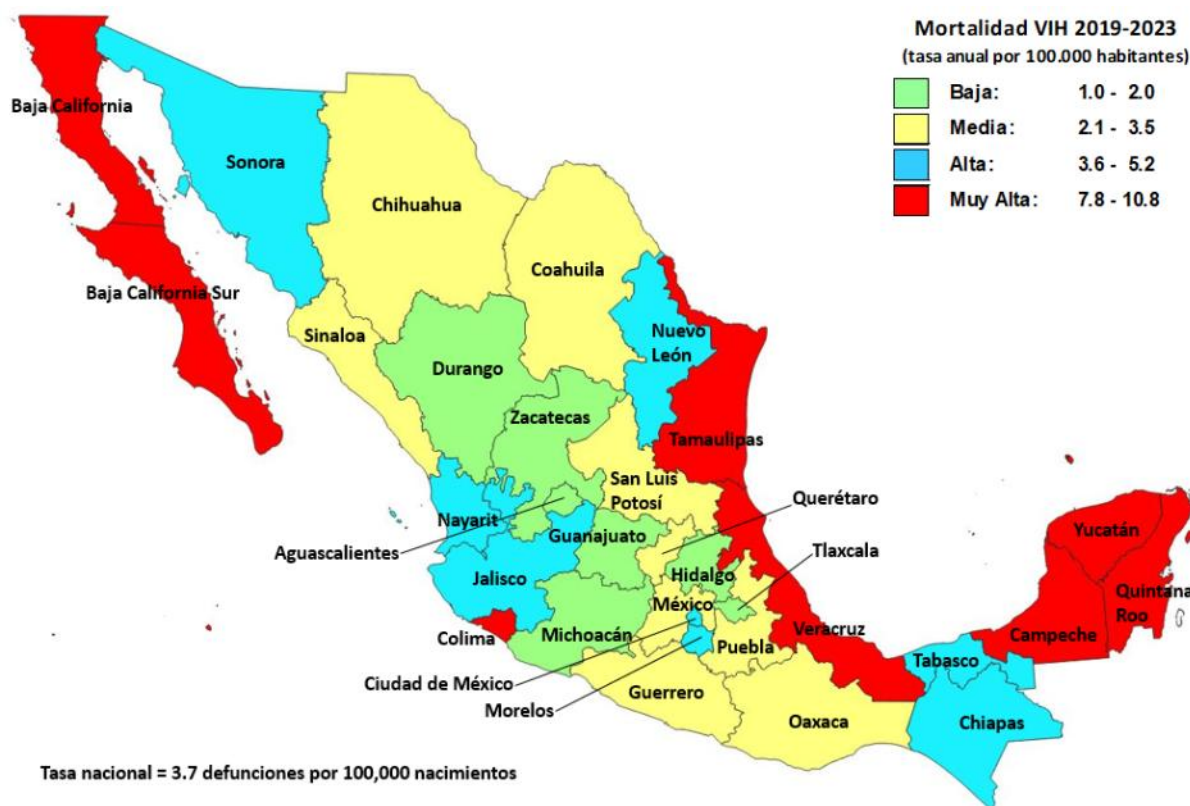
oportuna del VIH, garantizar la vinculación efectiva al tratamiento, garantizar el abasto de los medicamentos y aumentar la proporción de personas con supresión viral.

**Figura 2. Mortalidad anual promedio por VIH/sida según entidad federativa, 2019-2023**



Fuente: Elaboración propia con base en las referencias 9 y 10.

Figura 3. Mortalidad anual promedio de VIH en México, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con base en las referencias 9 y 10.

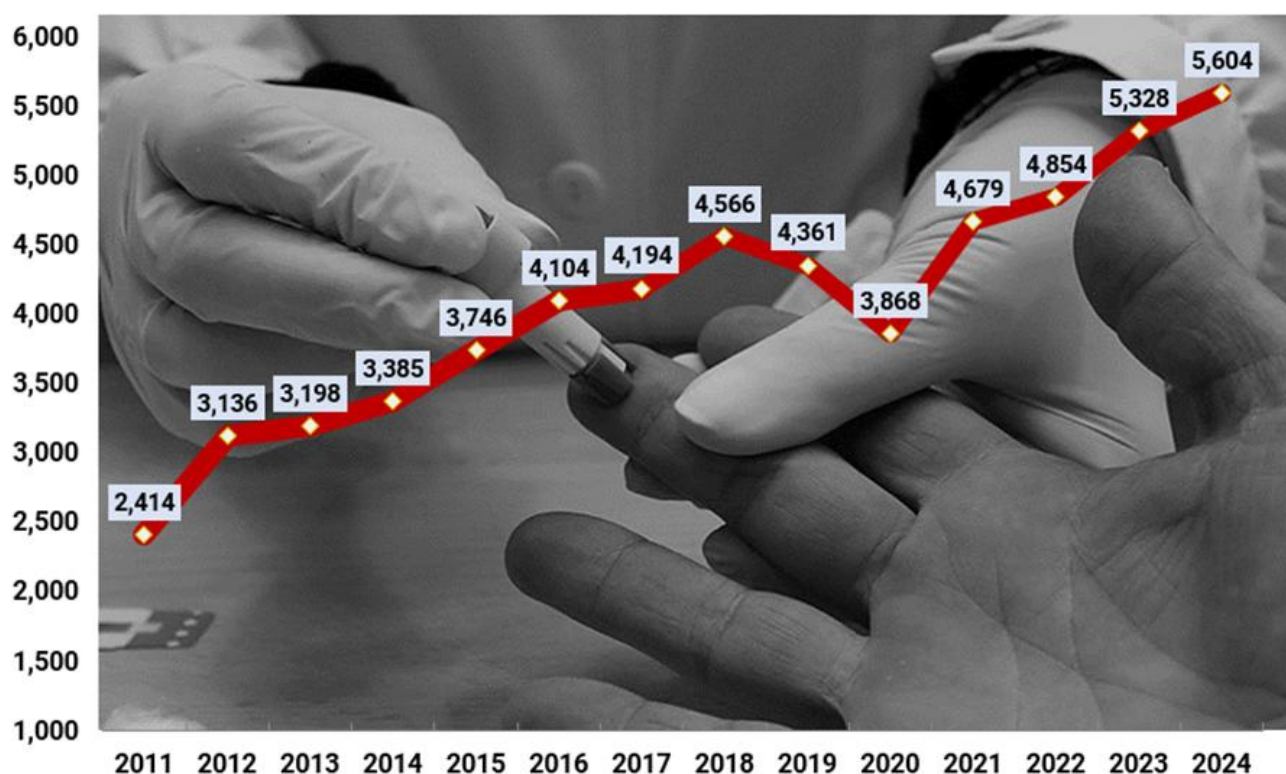
## Referencias

- Centers for Disease Control and Prevention. Reports on AIDS published in Morbidity and Mortality Weekly Report: June 1981 through May 1986. Atlanta: Department of Health and Human Services; 1986.
- Fauci AS, Marston HD. Achieving an AIDS-free world: science and implementation. *Lancet*. 2013;382 (9903):1461-2.
- Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC. HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management. Copenhagen: World Health Organization Europe; 2006.
- Holtgrave D. Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995-2002: prevention, treatment or both? *Int J STD AIDS*. 2005;16(12):777-81.
- Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, d'Arminio M. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet*. 2003;362(9377):22-9.
- Chequer P, Cuchí P, Mazin R, Calleja JM. Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. *AIDS*. 2002;16(Suppl 3):S50-7.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The urgency of now: AIDS at a crossroads. Geneva: UNAIDS; 2024. Disponible en: <https://buff.ly/XjJjMoi>.
- Patterson S, Cescon A, Samji H, Chan K, Zhang W, Raboud J, et al. Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC Infect Dis*. 2015;15:274.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). México: INEGI; 2024. Disponible en: <https://buff.ly/eHQchG6>.
- Consejo Nacional de Población. Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México 1990-2040. México: CONAPO; 2024. Disponible en: <https://buff.ly/o6TaxzS>.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Novena Revisión. Washington, D.C.: OPS; 1975.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10. Lista de categorías. Washington, D.C.: OPS; 1995.
- Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Detección del VIH

Figura 1. Pruebas para la detección del VIH reactivas según año  
Clínicas de Especialidades Condesa, 2011-2024



Nota: Pruebas positivas de todos los programas de la CEC (incluye pacientes con expediente).

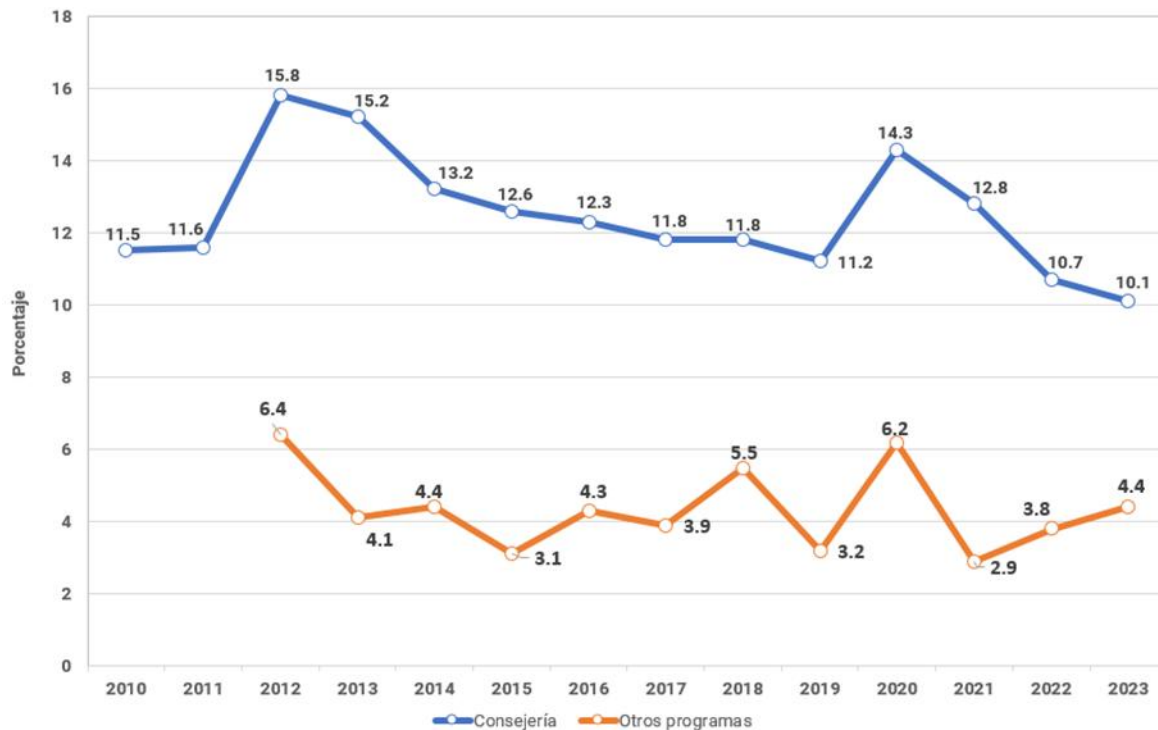
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación. Sistema HAP.

- Entre 2011 y 2024, se registraron un total de **57,437 pruebas reactivas al VIH**.
- Durante este periodo, el número de pruebas reactivas **aumentó un 132%**, al pasar de 2,414 en 2011 a 5,604 casos en 2024, lo que representa un **crecimiento promedio anual del 7.1%**.
- Con excepción de los años 2019 y 2020, en los que se observó una disminución en el contexto de la pandemia de Covid 19, el número de pruebas reactivas al VIH ha mostrado una tendencia de crecimiento constante a lo largo de los años.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Detección del VIH

Figura 2. Porcentaje de pruebas para la detección del VIH reactivas  
Clínicas Especializadas Condesa, 2010-2024



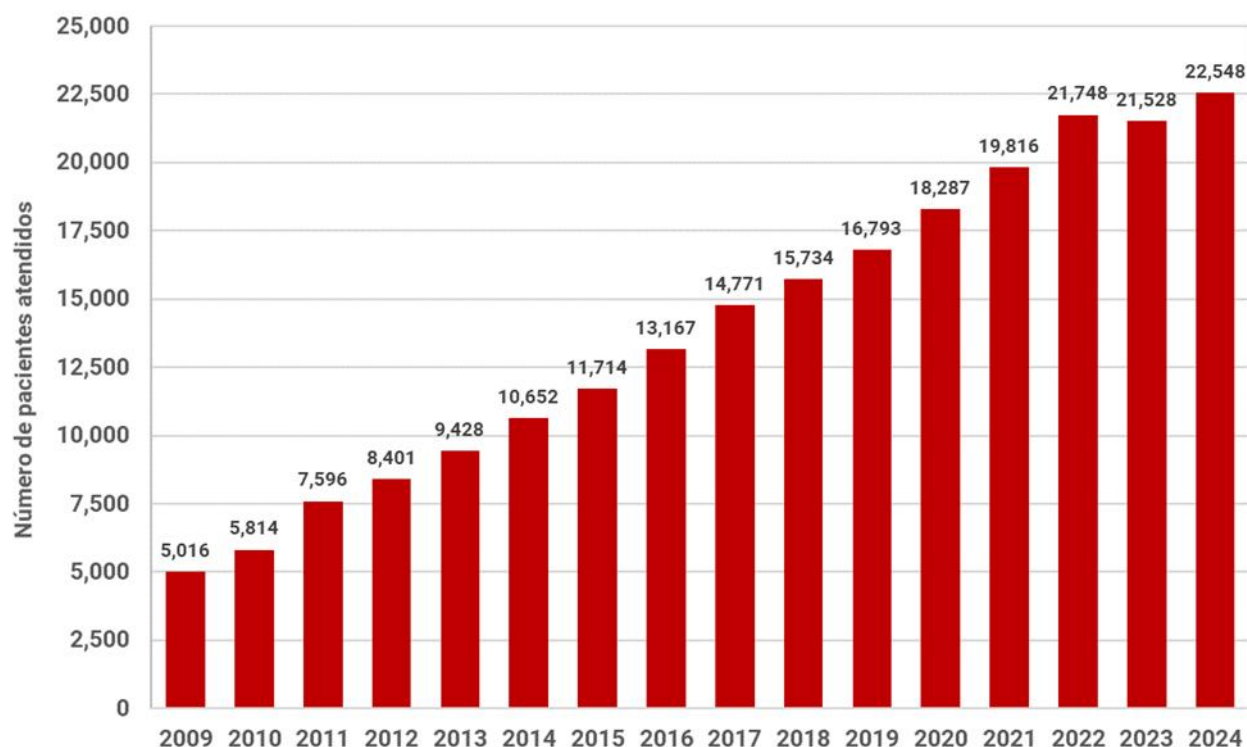
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación.

- En el servicio de Consejería de las Clínicas Especializadas Condesa (CEC), la **proporción de pruebas reactivas al VIH** fue de **11.5%** en 2011 y alcanzó su valor máximo en 2012, con **15.8%**. A partir de entonces, el porcentaje mostró una disminución continua hasta 2019, cuando se situó en 11.2%. En 2020 se registró un repunte al 14.3%, seguido de una disminución sostenida que culminó en 2024 con un **10.1%**, el valor más bajo de toda la serie.
- En las pruebas para la detección del VIH aplicados por otros programas de la CEC, el porcentaje de reactividad tuvo su **valor mínimo en 2021 (2.9%)** y **máximo en 2012 (6.4%)**.
- Estos resultados sugieren que el servicio de Consejería de las CEC concentra la detección en **poblaciones con mayor riesgo de adquirir el VIH**, lo que explica la mayor proporción de pruebas reactivas observada en ese contexto.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Pacientes con VIH atendidos

**Figura 3. Pacientes con VIH atendidos según año**  
Clínicas de Especialidades Condesa y Hospitales e Institutos Nacionales de Salud asociados, 2009-2024



Nota: Se incluyen pacientes que reciben tratamiento antirretroviral (ARV) y pacientes VIH positivos en control (sin ARV). Las Unidades médicas asociadas para el suministro de medicamentos antirretrovirales son: Hospital General Dr. Manuel Gea González, Instituto Nacional de Cancerología e Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.  
Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 31 de diciembre de 2024.

- **Entre 2009 y 2024**, el número de pacientes con VIH atendidos en las Clínicas Especializadas Condesa experimentó un **aumento superior a cuatro veces (350%)**, al pasar de 5,016 pacientes en 2009 a 22,548 en 2024.
- Este incremento representa un **crecimiento promedio anual del 10.7%**.
- A excepción del año 2023, en el que se registró un leve descenso, el número de pacientes atendidos ha crecido de manera constante durante todos los años.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral (ARV)

Tabla I. Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en el país y en las unidades médicas de la Ciudad de México (CDMX), 2024

| Unidad Médica                                   | Pacientes en Tratamiento Antirretroviral | % en relación con el total nacional | % en relación con el total de la CDMX |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Nacional (todas las unidades del país)          | 137,311                                  | 100.0                               |                                       |
| CDMX (todas la unidades de la Ciudad de México) | 23,591                                   | 17.2                                | 100.0                                 |
| Clínica Especializada Condesa                   | 15,009                                   | 10.9                                | 63.6                                  |
| Clinica Especializada Condesa Iztapalapa        | 4,987                                    | 3.6                                 | 21.1                                  |
| Hospital General Dr. Manuel Gea González        | 150                                      | 0.1                                 | 0.7                                   |
| Instituto Nacional de Cancerología              | 133                                      | 0.1                                 | 0.6                                   |
| Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía | 7                                        | 0.0                                 | 0.0                                   |
| Hospitales e Institutos Nacionales de Salud     | 3,305                                    | 2.4                                 | 14.0                                  |

Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 31 de diciembre de 2024.

- Los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral (ARV) en estas unidades médicas carecen de afiliación a alguna institución de seguridad social.
- Al 31 de diciembre, un total de **137,311 personas con VIH recibían tratamiento ARV** en unidades médicas distribuidas en las 32 entidades federativas, incluyendo los Hospitales e Institutos Nacionales de Salud, así como las Clínicas Especializadas Condesa de la CDMX.
- De ese total, **23,251 personas con VIH (equivalente al 17.2% del total nacional)** recibían tratamiento ARV en unidades médicas ubicadas en la Ciudad de México.
- Las dos Clínicas Especializadas Condesa proporcionaron tratamiento ARV **al 14.5% del total nacional de personas con VIH**, lo que equivale a una de cada siete personas en tratamiento a nivel nacional, consolidándose como el sitio con mayor concentración de pacientes atendidos en el país.
- Por su parte, los Hospitales e Institutos Nacionales de Salud —entre ellos el Hospital General de México y su Clínica de Inmunodeficiencia, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, el Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Perinatología— **atendieron al 2.4% de los pacientes con VIH del país**.
- **En la CDMX, las Clínicas Especializadas Condesa proporcionaron el 84.7% del total de tratamientos ARV**, mientras que los Hospitales e Institutos Nacionales de Salud contribuyeron con el 15.3% restante.
- Es importante destacar que las unidades médicas ubicadas en la CDMX no solo atienden a residentes de la capital, sino también a personas provenientes de otras entidades federativas.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral (ARV)

Tabla II. Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en las Clínicas de Especialidades Condesa y Hospitales e Institutos Nacionales de Salud asociados, según alcaldía de residencia, 2024

| Alcaldía de residencia     | Pacientes en Tratamiento Antirretroviral | Porcentaje   |
|----------------------------|------------------------------------------|--------------|
| Cuauhtémoc                 | 3,667                                    | 18.0         |
| Iztapalapa                 | 3,266                                    | 16.1         |
| Gustavo A. Madero          | 2,198                                    | 10.8         |
| Benito Juárez              | 1,239                                    | 6.1          |
| Miguel Hidalgo             | 1,193                                    | 5.9          |
| Venustiano Carranza        | 1,156                                    | 5.7          |
| Coyoacán                   | 1,097                                    | 5.4          |
| Álvaro Obregón             | 1,079                                    | 5.3          |
| Azcapotzalco               | 866                                      | 4.3          |
| Iztacalco                  | 857                                      | 4.2          |
| Tlalpan                    | 751                                      | 3.7          |
| Tláhuac                    | 487                                      | 2.4          |
| Xochimilco                 | 423                                      | 2.1          |
| La Magdalena Contreras     | 264                                      | 1.3          |
| Cuajimalpa de Morelos      | 207                                      | 1.0          |
| Milpa Alta                 | 52                                       | 0.3          |
| <b>Subtotal en la CDMX</b> | <b>18,802</b>                            | <b>92.4</b>  |
| Otras entidades del país   | 918                                      | 4.5          |
| Se desconoce               | 618                                      | 3.0          |
| <b>Total</b>               | <b>20,338</b>                            | <b>100.0</b> |

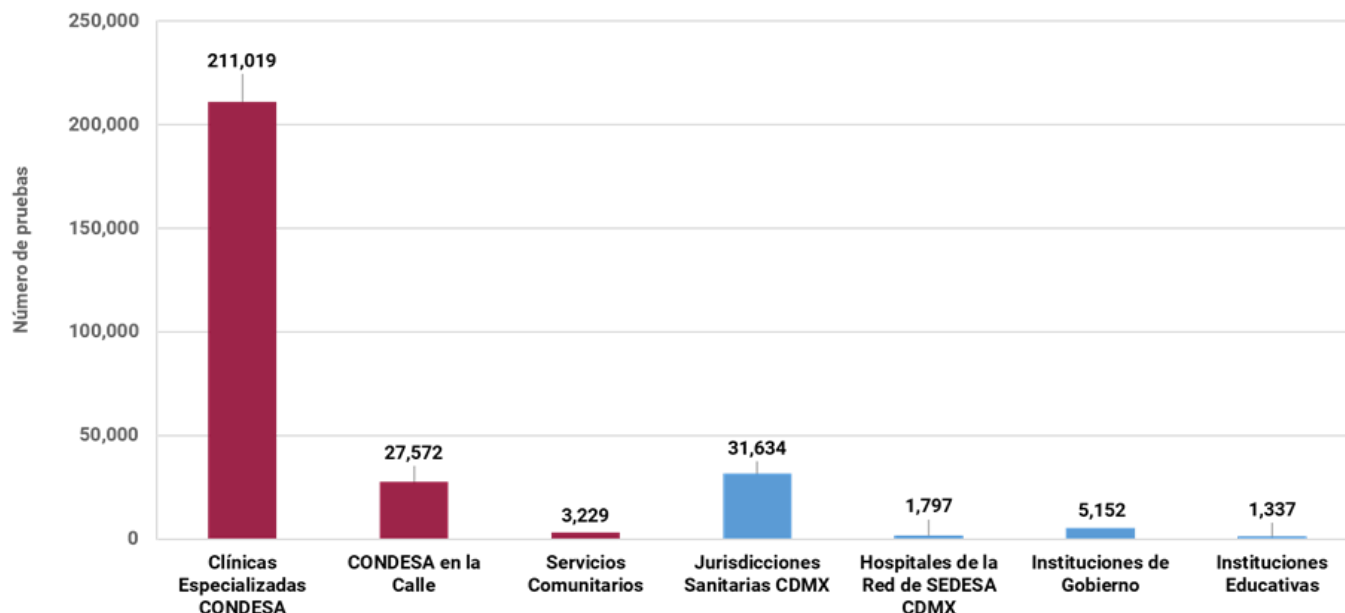
Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 31 de diciembre de 2024.

- El **92.4%** de los pacientes en tratamiento antirretroviral (ARV) **reside en alguna de las alcaldías de la Ciudad de México (CDMX)**. Las demarcaciones con mayor concentración de pacientes son Cuauhtémoc, con 3,667 personas, e Iztapalapa, con 3,266; en conjunto, estas dos alcaldías agrupan el 34.1% del total, es decir, aproximadamente una tercera parte de los pacientes.
- Por otro lado, **918 pacientes (4.5%)** tienen su lugar de residencia en **otras entidades del país**. En el caso de 618 pacientes (3.0%), no se cuenta con información registrada sobre su lugar de residencia.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 4. Pruebas aplicadas para la detección de anticuerpos contra el VHC  
Ciudad de México, 2020-2024



Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2024.

#### Programa de Hepatitis C de la Ciudad de México (1 de agosto de 2020 – 31 de mayo de 2024)

Durante este periodo, se realizaron **281,740 pruebas para la detección del virus de la hepatitis C (VHC)** en las Clínicas Especializadas Condesa (CEC), en servicios comunitarios de VIH, así como en otras instituciones de salud gubernamentales y educativas.

- Las CEC, incluyendo sus servicios comunitarios y en calle, realizaron **241,820 pruebas**, lo que representa el **85.8% del total**.
- Las Jurisdicciones Sanitarias de la Ciudad de México contribuyeron con **31,634 pruebas (11.2%)**.
- Las instituciones educativas y de salud restantes realizaron **8,286 pruebas (2.9%)**.

Del total de pruebas aplicadas, **4,145** resultaron **reactivas**:

- **2,645** en personas con **co-infección VIH/VHC**.
- **1,500** en personas con **mono-infección por VHC**.

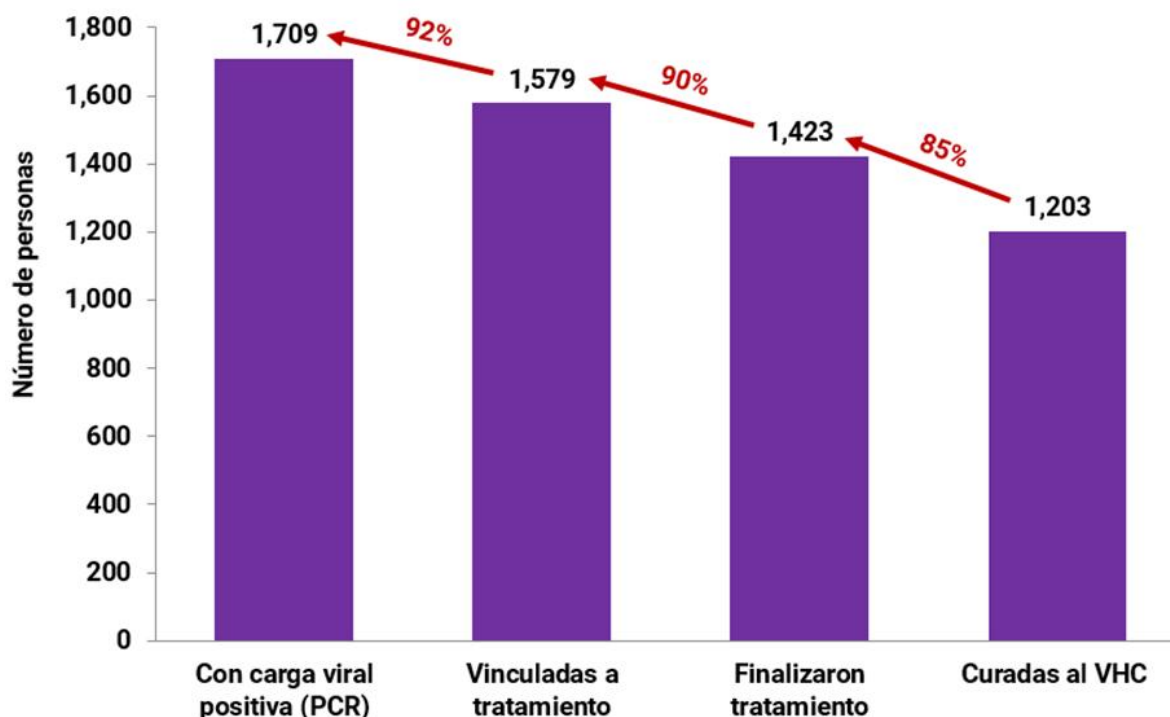
Posteriormente, **2,262 casos fueron confirmados como positivos** mediante prueba PCR:

- **1,709** en personas con **co-infección VIH/VHC**.
- **553** en personas con **mono-infección por VHC**.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 5. Cascada de las personas con co-infección VIH/VHC  
Clínicas Especializadas Condesa, 2020 – 2024



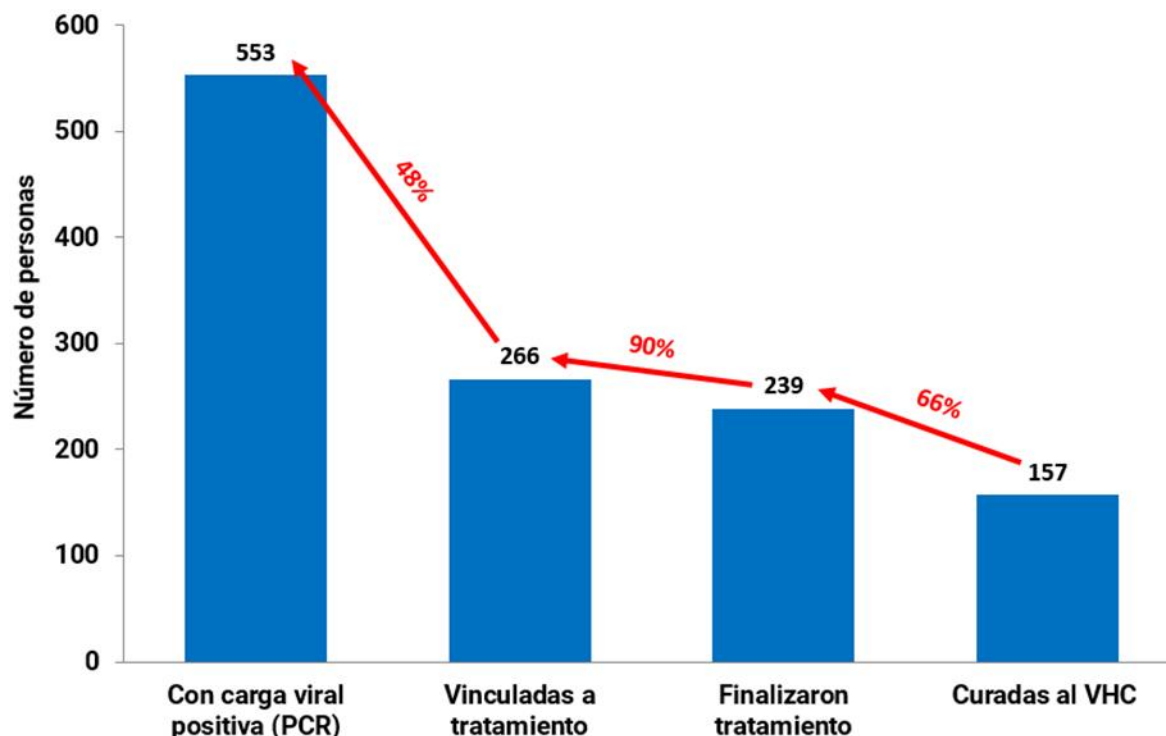
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2024.

- De las **1,709 personas con co-infección confirmada**:
  - **1,679** fueron hombres (**98.2%**),
  - **15** mujeres cisgénero (**0.9%**), y
  - **15** mujeres transgénero (**0.9%**).
- De estas persona, **1,579 fueron vinculadas a tratamiento** contra la hepatitis C (**92%**), **1,423 completaron el tratamiento** (**90%**) y **1,203 lograron la curación** del VHC (**85%** del total que finalizó tratamiento).
- Se reportaron **81 fallas terapéuticas**, en las cuales se evalúa actualmente la elección de un segundo esquema de tratamiento.
- Entre las personas curadas, **139** presentaron **carga viral post-tratamiento**.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 6. Cascada de las personas con mono-infección del VHC  
Clínicas Especializadas Condesa, 2020–2024



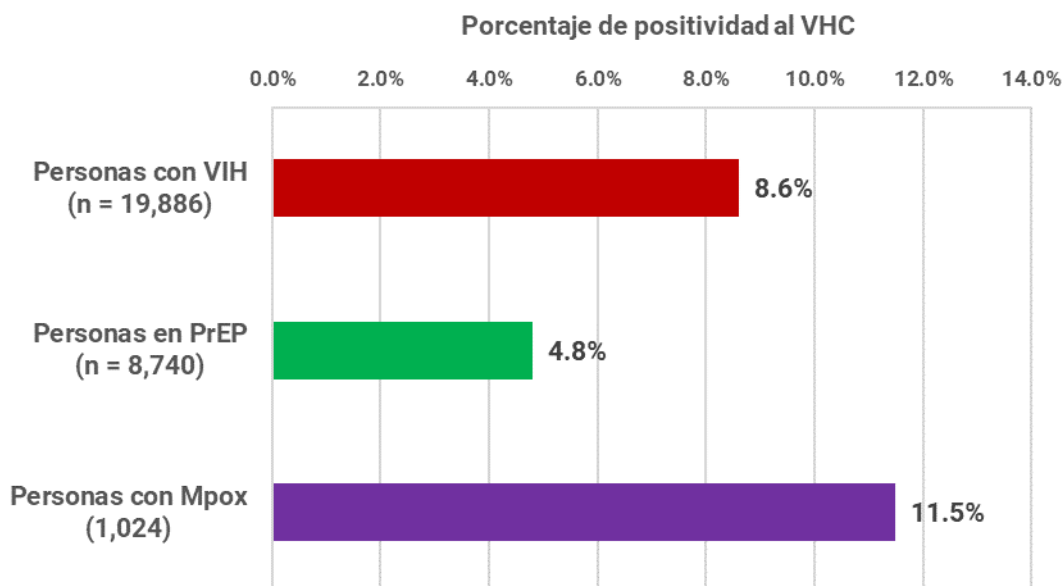
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2024.

- De las **553 personas con mono-infección de VHC confirmada**:
  - **447** fueron hombres (**80.8%**),
  - **103** mujeres cisgénero (**18.6%**), y
  - **3** mujeres transgénero (**0.6%**).
- De estas personas, **266 iniciaron tratamiento** contra el VHC (48%), **239 completaron el tratamiento** (90%) y **157 lograron la curación** del VHC (66% del total que finalizó tratamiento).
- Se registraron **2 fallas en el tratamiento**, para las cuales también se evalúa un segundo esquema terapéutico.
- Entre quienes se curaron, **80** presentaron **carga viral post-tratamiento**.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 7.. Porcentaje de positividad al VHC en pruebas realizadas en diferentes poblaciones Clínicas Especializadas Condesa (CEC)



Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2024.

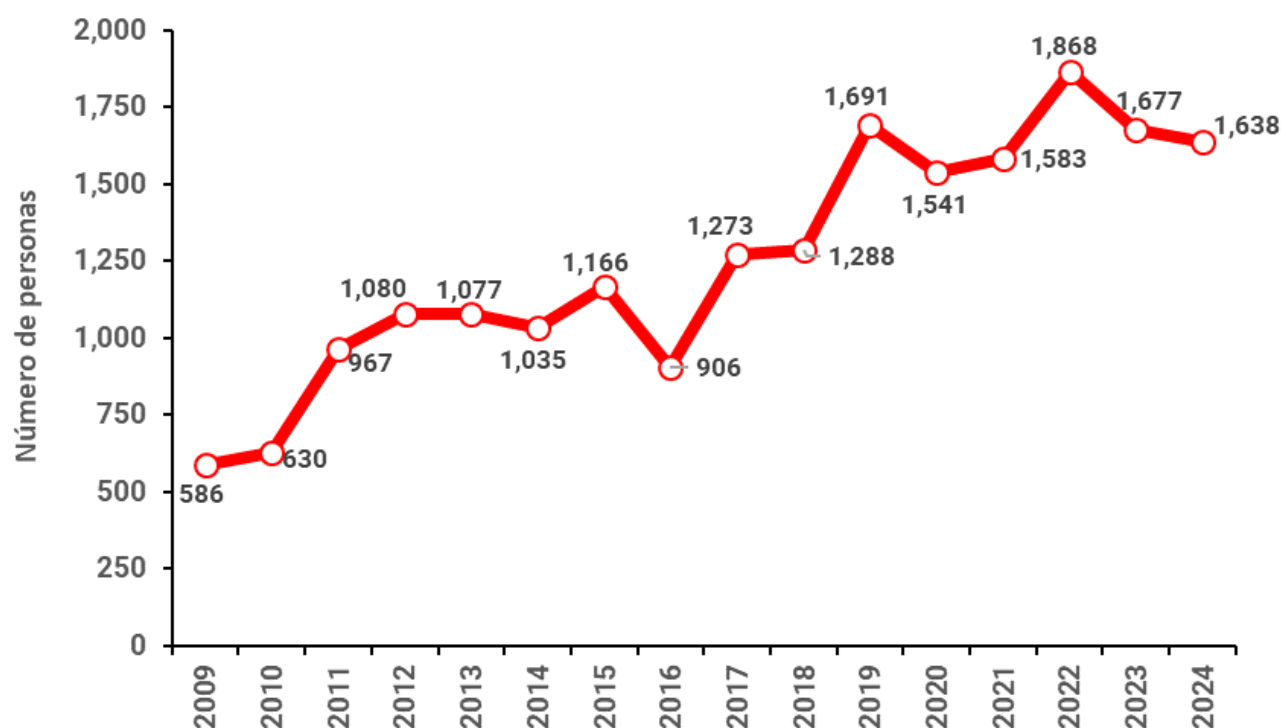
El virus de la hepatitis C (VHC) se ha identificado en diversas poblaciones atendidas por las Clínicas Especializadas Condesa (CEC):

- De **19,886 pruebas realizadas a personas con VIH**, el **8.6%** resultó positivo al VHC.
- De **8,740 pruebas aplicadas a personas que reciben Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)** al VIH, el **4.8%** arrojó resultados reactivos al VHC.
- Entre **1,024 personas diagnosticadas con Mpox**, el **11.5%** fue positivo al VHC.
- De manera complementaria (con información no mostrada en la figura), de **2,262 personas que tuvieron un carga viral positiva al VHC**, el **55%** también registró un resultado positivo a la sífilis; y de **4,145 personas que tuvieron co-infección VIH-VHC o mono-infección al VHC**, el **29.9%** también resultó positiva a la sífilis.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2024

### Personas víctimas de la violencia sexual

Figura 8. Personas sobrevivientes a la violencia sexual atendidos en las Clínicas de Especialidades Condesa según año, 2009-2024



Fuente: Clínicas especializadas Condesa. Datos al 31 de diciembre de 2024.

- En 2008 se creó el **Programa de Prevención, Atención y Seguimiento a Mujeres, Hombres, Niñas y Niños Víctimas de Violencia Sexual**, el cual ofrece atención integral a personas sobrevivientes de violación o abuso sexual.
- El objetivo del programa es **brindar servicios de orientación y prevención de VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo**, mediante el uso oportuno de medicamentos antirretrovirales, antibióticos y anticoncepción de emergencia. Estos servicios se proporcionan a quienes han sufrido violencia sexual y acuden a la Clínica Especializada Condesa (CEC).
- Entre **2009 y 2024**, la CEC atendió a **20,006 personas** a través de este programa. Durante ese periodo, la demanda de atención **casi se triplicó**, al pasar de 586 personas en 2009 a 1,638 en 2024, lo que representa un **crecimiento del 180%**.
- Para dimensionar la magnitud de este problema de salud pública, **las 1,638 personas atendidas en 2024 equivalen a un promedio de más de cuatro personas atendidas por día calendario**.

## PENSAR EL SIDA

## ¿Es el sexo peligroso?

Luis Manuel Arellano



La atracción sexual es un impulso natural de nuestro organismo motivado por el deseo de relacionarnos con otros cuerpos. Obtener satisfacción sexual contribuye no solo al bienestar físico y mental del individuo sino de la sociedad completa. El poeta Octavio Paz decía que el sexo es el pedacito del paraíso en nuestros cuerpos.

Sin embargo, vivimos y enfrentamos la experiencia sexual en situaciones muy adversas. En México el sexo ha sido y sigue siendo una asignatura accidentada. Su cuidado y protección está desvinculado de la política pública; tampoco existe una estrategia estructural para abordarlo y orientar la sexualidad a fin de ejercerla en condiciones de seguridad, atendiendo los linderos de la evidencia científica y laica. El resultado de ese abandono es su moralización y represión, pero también su exposición a virus, bacterias, hongos y parásitos. No entender qué es el sexo ha generado que autoridades de la salud, la educación, la cultura y la seguridad soslayen su vulnerabilidad y -peor aún- que se construyan narrativas desde las que se justifican los embarazos no

deseados, se sostienen las condiciones que permiten el abuso y la violencia sexual y se fomenta su medicalización, sin tomar en cuenta la ideología rapaz que durante siglos ha estigmatizado el deseo. Por eso, frente al sexo estamos más cerca del miedo que del gozo.

México se fundó y se ha desarrollado con una visión conservadora y represora de la sexualidad que la encajonó dentro del vínculo heterosexual, el matrimonio y la reproducción. Durante mucho tiempo se asumió que la fidelidad es el estatus salvador frente a las llamadas “enfermedades venéreas”, pero lo cierto es que la gonorrea y la sífilis subyacen de forma silenciosa en la configuración de nuestra nación. A pesar de que cada Infección de Transmisión Sexual tiene su propia narrativa, la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se cuece aparte.

La epidemia del sida dejó de ser una alerta sanitaria para convertirse en el mayor reto mundial de salud, no solo por la complejidad del agente patógeno sino por su impacto cultural, financiero, político y sobre todo sanitario. En nuestro país los primeros casos de VIH se presentaron en 1983 y en pocos años la infección se transformó en otra ITS debido a la dificultad de prevenir su transmisión en un ámbito tan íntimo como el que dos cuerpos desnudos construyen en la alcoba. Que a cuatro décadas de su aparición el VIH siga activo, ¿se debe a que se transmite sexualmente o a que seguimos huérfanos de una visión desprejuiciada del sexo?

En los años ochenta y los noventa la feroz oposición al uso del condón por parte de los grupos conservadores, encabezados por el clero mexicano e importantes empresarios, influyó para que se desalentara el uso masivo de esta herramienta profiláctica. Había que proteger la sexualidad para prevenir el VIH pero nunca se comprendió ese reto. No se comprendió por parte de quienes tomaban las últimas decisiones en materia de salud, pero tampoco en quienes diseñaban los contenidos de la educación pública. Y tampoco fue comprendido en el Congreso de la Unión, integrado con legisladores prejuiciados con la sexualidad e ignorantes de la dinámica epidemiológica del VIH.

Sin duda el caso más relevante se presentó en la LIV Legislatura (1988-1991) cuando diputados y senadores de todos los partidos estuvieron de acuerdo en modificar el artículo 199 bis del Código Penal Federal

bastante peculiar, denominado “Peligro de Contagio”, creado en 1940, por el cual se castigaba la transmisión sexual de la sífilis. La modificación del artículo tuvo como propósito inhibir la vida sexual de las personas diagnosticadas con VIH. Si bien en el texto reformado los legisladores eliminaron la palabra sífilis y dejaron como genérico “mal venéreo” en período infectante sin hacer referencia a ninguna infección en concreto, agregaron el siguiente párrafo: “si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión”. Esa advertencia eliminó cualquier duda: la dedicatoria de la reforma fueron las personas afectadas por esta epidemia y así lo señalaron varios legisladores cuando hablaron del sida al hacer uso de la tribuna y justificar por qué se debía aprobar ese cambio en la redacción del 199 bis.

La reforma se publicó en el Diario Oficial en enero de 1991 y posteriormente la mayoría de los congresos estatales fueron adaptando ese delito en sus respectivos códigos penales. Los diputados locales estuvieron de acuerdo en prohibir que las personas con VIH o cualquier otra ITS ejercieran su sexualidad. El resultado es que esa sexualidad satanizada fue orillada a la clandestinidad.



A 85 años de haberse inventado, el delito de “peligro de contagio” no detuvo la sífilis. A 35 años de haberse modificado, ese artículo tampoco ha logrado controlar la transmisión sexual del VIH. Lo que sí sucedió fue que se privó de la libertad a varias decenas de ciudadanos acusados de infringirlo, contribuyendo a la estigmatización y consecuente violación de derechos humanos de la población que vive con este diagnóstico.

La transmisión dolosa del VIH o de cualquier otra ITS es una probabilidad, pero para los casos que afectan la integridad corporal, la salud física o la salud mental existe el delito de lesiones. ¿Por qué no lo usaron los legisladores de la LIV Legislatura?

En 1992, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, con la asistencia técnica del CONASIDA y de activistas como Francisco Galván Díaz y Arturo Díaz Betancourt, creó la Cartilla de Derechos Humanos para las Personas con VIH, en cuya versión original se incluyó un artículo que decía: “si vives con VIH o Sida nadie puede limitar tu derecho a ejercer tu sexualidad libre y responsablemente”. Desafortunadamente al paso de los años esa cartilla fue perdiendo promoción por parte de la CNDH e incluso su redacción se llenó de contenidos innecesarios y se aumentaron artículos así como textos que hicieron densa la comprensión inicial del documento.

Sexólogos y activistas del movimiento de liberación homosexual enriquecieron el debate sobre el derecho de las personas con VIH a disfrutar su sexualidad. También durante años se presentaron algunas iniciativas para derogar el 199 bis del Código Penal Federal sin que se concretara la voluntad política para lograrlo. El pasado 6 de marzo -finalmente- la Comisión de Justicia de la Cámara de Diputados aprobó eliminar dicho artículo. Cuando se haya concretado este paso y también lo apruebe el Senado de la República se habrá avanzado en la comprensión de la epidemia asumiendo que el sexo no es peligroso sino todo lo que le hemos acumulado a través del tiempo.

## NOTICIAS

## Las Clínicas Especializadas Condesa a un clic de ti.



Programación y consulta de carga viral (CV) y CD4 de forma accesible.



Desde cualquier dispositivo con conexión a internet



Da seguimiento a tu salud sexual con estudios de laboratorio.

Para las Clínicas Especializadas Condesa, tu salud es lo más importante.

Conoce más de nuestros servicios en [www.condesa.cdmx.gob.mx](http://www.condesa.cdmx.gob.mx)



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
**CONDESA**



Clínica Especializada  
**CONDESA**  
Iztapalapa

# PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP)

Es una estrategia adicional para la prevención integral del VIH en personas negativas al VIH.

Existen dos esquemas para el uso de la PrEP, de acuerdo a las necesidades de cada persona usuaria:

## Esquema DIARIO

Toma de una pastilla todos los días a la misma hora, durante el tiempo que la persona considere necesario.

Criterio básico de incorporación a la PrEP:  
Ser una persona VIH negativa



## Esquema A DEMANDA 2 - 1 - 1

-  Toma de dos comprimidos entre 2 a 24 horas antes de tener relaciones sexuales.
-  El tercer comprimido se toma 24 horas después de la primera toma;
-  el cuarto 48 horas después de la primera toma.



La PrEP es un servicio accesible y gratuito.

Solicítala a través de la App CDMX:



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
CONDESA



## NORMAS PARA AUTORAS Y AUTORES



Fuente: <https://www.freepik.es/>

**Boletín Sobre VIH/SIDA de las Clínicas de Especialidades Condesa** es una publicación trimestral del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México.

El Boletín publica textos en español sobre temas de VIH/sida.

Sólo recibe trabajos originales, no publicados, y que no hayan sido enviados a publicación a otro medio de difusión o revista.

- Deberá incluir la afiliación institucional de cada autor, así como el correo electrónico del autor de correspondencia.
- La extensión será de 1500-2500 palabras, incluyendo referencias.
- Un resumen (máximo de 150 palabras). Si es una investigación, incluir Introducción, Metodología, Resultados y Conclusiones. Además, agregar de tres a cinco palabras clave.
- Podrán incorporarse un máximo de cuatro elementos gráficos (tablas y/o figuras) en formato Excel y/o PowerPoint editables para que puedan modificarse.
- Los trabajos deberán enviarse en Microsoft Word, tamaño carta, letra Arial de 12 pts., márgenes de 2 cm por lado y espaciado de 1.5 cm.
- No incluir notas a pie de página.
- Las referencias se colocarán al final en formato Vancouver. Disponible en: <https://buff.ly/RZ1WwXF>

Favor de dirigir su escrito a: [enriquebravogarcia@gmail.com](mailto:enriquebravogarcia@gmail.com)

## DIRECTORIO

### Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA de la Ciudad de México Programa de VIH y VHC de la Ciudad de México

**Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco**

Director Ejecutivo encargado  
Responsable de programa

**Lic. Nathalie Gras Allain**

Subdirectora de Poblaciones Vulnerables

**Lic. Luis Manuel Arellano Delgado**

Subdirector de Atención Comunitaria

**Dr. Jesús Abraham Ruíz Flores**

Coordinador de Salud Mental

**Dra. Paula Viveros Wachter**

Coordinadora Clínica de VIH y VHC

**Mtro. Marco Antonio Palet Sánchez**

Coordinador de Comunicación y  
Promoción de la Salud Sexual

**Mtro. Israel Macías González**

Coordinador de Prevención PrEP y App CDMX

**C. María Guadalupe González Quintana**

Coordinadora Administrativa

**Ing. Ricardo Samuel Niño Vargas**

Desarrollo y Administración de Sistemas

### Clínica Especializada Condesa

**Dr. Ubaldo Ramos Alamillo**

Director encargado del despacho

**C. Elizabeth Hernández Ramírez**

Administrador

### Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

**Dr. Raúl Adrián Cruz Flores**

Encargado

**Lic. Luis Alfredo Sandoval Arteaga**

Administrador

### Clínicas Especializadas Condesa

**Dra. Verónica Ruíz González**

Responsable de Laboratorio Especializado y  
Laboratorio Clínico

**Lic. Rosa Monroy Monroy Miranda**

Responsable Sanitario y Jefa de Farmacias



**CIUDAD DE MÉXICO**  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
**CONDESA**

