

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° 4 oct-dic de 2025

En el marco del Día Mundial de la lucha contra el SIDA de la CDMX, se anunciaron los avances en la construcción de la Clínica Especializada Condesa—Gustavo A. Madero



Al centro, de izquierda a derecha, la Lic. Clara Brugada Molina, Jefa de Gobierno de la Ciudad de México y la Dra. Nadine Gasman Zylbermann, Secretaría de Salud Pública; flanqueadas en los extremos por el Dr. Ubaldo Ramos Alamillo, encargado de la CEC (Cuauhtémoc) y el 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. También participaron el Dr. Juan Luis Mosqueda, Director del Censida (cuarto de izquierda a derecha) y el Dr. José Moya Medina, representante de la Organización Panamericana de la Salud en México (tercero de derecha a izquierda), así como otras y otros funcionarios.

- La Clínica Especializada Condesa Gustavo A. Madero será la tercera clínica construida por el Gobierno de la Ciudad de México.
- Esta clínica fortalecerá la prevención, diagnóstico y atención de las personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual de la Ciudad de México y su zona conurbada.
- También se anunció el lanzamiento de la campaña **“Ámate: Hazte la prueba de VIH”**.
- Con una inversión superior a los 60 millones de pesos, se construirán más de 4 mil 900 metros cuadrados.
- La nueva clínica brindarán servicios de consulta de medicina general, ginecología, colposcopia, proctología, infectología, oftalmología, estomatología, psicología y asesoría jurídica; además, contará con laboratorio clínico y aulas de investigación y enseñanza, entre otros servicios.

CONTENIDO		Consejo Editorial
En portada	1	Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann Secretaria de Salud Pública de la Ciudad de México
Editorial	3	
Artículos originales	7	Mtro. Mauricio López Manning Encargado de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
Pensar el sida	19	Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco Director Ejecutivo encargado del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México
Epidemiología	22	
Redes sociales	30	Dr. Ubaldo Ramos Alamillo Director encargado del despacho de la Clínica Especializada Condesa
Noticias CEC	36	
Norma para autores	47	
Directorio	48	
ISSN: En trámite		Editor Dr. Enrique Bravo García Co-Editor Mtro. Ricardo Román Vergara

Boletín sobre VIH/sida e ITS de las Clínicas Especializadas Condesa, Volumen 1, Número 4, octubre-diciembre de 2025, es una publicación trimestral, editada por la Secretaría de Salud Pública 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

Descentralizar para avanzar: nuevos desafíos para el control del VIH en la Ciudad de México

En la presente administración, la Ciudad de México asume el reto de desconcentrar servicios y fortalecer la coordinación interinstitucional para avanzar en el control del VIH/sida. La dimensión metropolitana de la epidemia—marcada por el flujo permanente de pacientes entre la Ciudad de México y el Estado de México— plantea la necesidad de establecer mecanismos efectivos de colaboración que permitan reducir la incidencia de nuevos casos de manera conjunta con el Estado de México, porque la epidemia ha adquirido una clara dimensión metropolitana.



Personal directivo y operativo de la Clínica Especializa Condesa (Cauhtémoc) en sus instalaciones.

Las Clínicas Especializadas Condesa se desarrollaron inicialmente a partir de un modelo de concentración de recursos, servicios y pacientes. Sin embargo, esa etapa ya no se sostiene frente a los nuevos desafíos que plantea el VIH/sida; la perspectiva centralizada resulta hoy insuficiente. En este contexto, la visión de la Secretaría de Salud Pública, Dra. Nadine Gasman Zylbermann, impulsa la actualización e innovación de estrategias que permitan optimizar los recursos disponibles y avanzar hacia la meta de control de la epidemia.

En una primera etapa, el proceso de descentralización se enfoca en servicios estratégicos. Entre ellos destaca la ampliación de la capacidad de detección no solo de VIH, sino también de VHC y sífilis en ámbitos de difícil acceso, así como en la periferia de la ciudad y en los municipios mexiquenses conurbados. El virus no respeta geografías, demarcaciones ni líneas divisorias. Las Clínicas Condesa se han consolidado como un punto de referencia comunitaria para que las personas con percepción de riesgo acudan a realizarse pruebas de detección. No obstante, esta estrategia ya resulta insuficiente. Es necesario fortalecer la búsqueda activa de casos reactivos en lugares apartados, así como ampliar la oferta de pruebas en horarios nocturnos y fines de semana.

Las Clínicas Especializadas Condesa cuentan con algoritmos y técnicas especializadas para la interpretación de las muestras recibidas, incluidos los tamizajes realizados mediante pruebas rápidas por organizaciones civiles, jurisdicciones sanitarias y hospitales. El servicio es universal y ha procesado el mayor número de diagnósticos en toda la zona metropolitana. Sus laboratorios, además, incorporan de manera permanente innovaciones tecnológicas para mejorar la capacidad y la precisión de la detección.

El incremento en la aplicación de pruebas se traduce en un aumento en los diagnósticos y, en consecuencia, en el número de pacientes que requieren atención médica y tratamiento antirretroviral. Las Clínicas Condesa han experimentado una creciente saturación tanto por los nuevos diagnósticos como por pacientes que migran a la Ciudad de México en busca de atención. Hasta septiembre de 2025, el número de personas en atención por diagnóstico de VIH ascendía a 23,490. La población usuaria es aún mayor si se considera que también se atienden otras infecciones de transmisión sexual y se brindan servicios adicionales, como la terapia hormonal para la afirmación de género en personas trans.

El aumento sostenido de pacientes ha rebasado la capacidad de consulta médica y de laboratorio, y ha impactado particularmente el funcionamiento del servicio de farmacia. El surtido de recetas constituye hoy un desafío operativo permanente. En algunos días se han surtido más de 400 recetas, lo que genera tiempos de espera que pueden alcanzar o superar los 40 minutos. Además de los medicamentos antirretrovirales, la farmacia también dispensa medicamentos del llamado “cuadro básico”, tratamientos hormonales y antivirales para hepatitis C. De forma complementaria, se ofrece vigilancia farmacológica.

Para hacer frente, en una primera etapa, al incremento de la carga asistencial, se encuentra en construcción una tercera Clínica Especializada Condesa en la alcaldía Gustavo A. Madero. Paralelamente, se ha puesto en marcha la primera Estación Condesa, un dispositivo que permite surtir recetas antirretrovirales a pacientes en control virológico, dispensar profilaxis PrEP y PEP y, además, ofrecer pruebas rápidas para la detección del VIH, el VHC y la sífilis.

De manera complementaria, se ha fortalecido la intervención de servicios comunitarios con el objetivo de ampliar la aplicación de pruebas rápidas y diversificar los puntos de incorporación a la PEP y la PrEP.

Asimismo, se han incrementado las estrategias de comunicación en plataformas digitales mediante la ampliación de contenidos y campañas orientadas a la información comunitaria. Estas acciones se articulan con estrategias de comunicación directa —uno a uno— dirigidas a pacientes y usuarios que requieren información específica dentro de las Clínicas Condesa.

Finalmente, la coordinación interinstitucional orientada a incrementar la detección, ampliar el acceso a la PEP y la PrEP, y agilizar la referencia de pacientes que cuentan con seguridad social o que requieren hospitalización, constituye un componente fundamental de esta primera fase de descentralización de los servicios.



Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco

Director Ejecutivo encargado 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

Balance 2025 del Programa de VIH de la Ciudad de México

Marco Antonio Palet Sánchez

Clínica Especializada



Durante 2025, el **Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México**, a través de las **Clínicas Especializadas Condesa**, fortaleció su modelo de atención integral como un componente estratégico de la respuesta de salud pública frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

A lo largo del año se consolidaron acciones orientadas a **ampliar el acceso a los servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento**, con énfasis en la atención oportuna, el acompañamiento comunitario y la promoción de la salud sexual basada en evidencia.



Prevención, atención y trabajo comunitario

En materia de **prevención y detección**, se intensificaron las jornadas de tamizaje mediante la aplicación de pruebas rápidas de VIH y otras ITS, así como la promoción del uso del condón, la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis postexposición (PEP). Estas acciones se llevaron a cabo tanto en las instalaciones de la **Clínica Especializada Condesa (Cuauhtémoc)** y la **Clínica Especializada Condesa Iztapalapa**, como en actividades extramuros, brigadas comunitarias y en la **Estación Condesa**, un nuevo punto estratégico de acceso a servicios de prevención, tamizaje y dispensación de medicamentos antirretrovirales.

En el ámbito de la **atención integral**, las clínicas mantuvieron la continuidad de los tratamientos antirretrovirales para las personas que viven con VIH, fortaleciendo los procesos de adherencia terapéutica, seguimiento clínico y acompañamiento psicosocial. Estas acciones contribuyen de manera directa al control virológico de los pacientes y a la reducción de la transmisión del virus en la comunidad.

Durante este periodo también se reforzó el trabajo interinstitucional con dependencias del Gobierno de la Ciudad de México, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, con el propósito de ampliar las estrategias de prevención combinada y fortalecer el acceso equitativo a los servicios de salud sexual.

Comunicación en salud: alcance e impacto

Un componente relevante de las acciones del programa fue la **comunicación en salud y la vinculación comunitaria**, consideradas ejes transversales para informar, sensibilizar y promover el acceso oportuno a los servicios. A través de campañas informativas, materiales educativos y estrategias de comunicación digital, se difundieron mensajes basados en evidencia científica dirigidos tanto a poblaciones clave como a la población general.

En este sentido, durante 2025 las redes sociales institucionales de las **Clínicas Especializadas Condesa** registraron un crecimiento sostenido en su alcance y actividad. En total, se realizaron **2,919 publicaciones** a lo largo del año, distribuidas en Facebook, X, Instagram y TikTok. De estas publicaciones, **62.3% correspondieron a contenido propio**, mientras que **22.2% se realizaron en colaboración con organizaciones de la sociedad civil**, y el resto correspondió a contenido institucional compartido con aliados estratégicos.

Estas acciones de comunicación digital permitieron fortalecer la difusión de campañas de prevención, entre las que destacaron el **Día Internacional del Condón**, el **Día Mundial de la Respuesta al VIH** y diversas estrategias informativas sobre prevención combinada, diagnóstico oportuno y promoción del cuidado de la salud sexual.

Consideraciones finales

El trabajo realizado durante 2025 reafirma el compromiso del programa con una **respuesta integral, comunitaria y basada en derechos humanos frente al VIH**, consolidando a las **Clínicas Especializadas Condesa** como un referente nacional e internacional en la atención, prevención y control de esta infección.

Finalmente, el Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México reconoce el esfuerzo del personal de salud, de las organizaciones aliadas y de las instituciones públicas que, de manera coordinada, contribuyen diariamente a fortalecer la respuesta de salud pública frente al VIH en la Ciudad de México.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Riesgo de Mortalidad en personas con VIH de más de 50 años: estudio de cohorte en la Clínica Especializada Condesa (Cuauhtémoc) de la Ciudad de México

L.A. de la Rosa-Lugardo¹, H. Gudiño-Solorio², X. López-Salinas¹,
A. Hernández-Morales¹, S.C. Montalvo-Maya²

¹Médico pasante Médico Pasante del Servicio Social, Clínica Especializada Condesa (Cuauhtémoc); ²Médico Adscrito al servicio de Medicina Interna, Clínica Especializada Condesa (Cuauhtémoc)

Introducción: El envejecimiento en personas con VIH (PVVIH) desplaza la morbilidad hacia condiciones crónicas. Se evaluó el impacto de la edad al diagnóstico sobre el riesgo de mortalidad en adultos mayores.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en PVVIH 50 años en la Ciudad de México, estratificadas por edad al diagnóstico (<50 vs. ≥ 50 años). Se empleó el índice *Veterans Aging Cohort Study* 2.0 (VACS) para estimar el riesgo de mortalidad a cinco años y regresión lineal múltiple para identificar predictores independientes del puntaje actual. **Resultados:** Se incluyeron 583 participantes; el 50.3% fue diagnosticado a los 50 años o más. Las personas diagnosticadas de ≥50 años tuvieron puntajes VACS 2.0 significativamente mayores en el momento del diagnóstico (68.3 vs. 57.6; $p < 0.001$) como en la evaluación actual (47.8 vs. 39.8; $p < 0.001$), con mayor riesgo estimado de mortalidad a cinco años (12.4% vs. al 7.7%; $p < 0.001$). Los predictores de mayor riesgo incluyeron edad avanzada al diagnóstico, menor tiempo de evolución, hipoalbuminemia, anemia, alteraciones hematológicas y características del esquema antirretroviral. **Conclusiones:** El diagnóstico en edades avanzadas se asocia con un mayor riesgo persistente de mortalidad, independientemente del tratamiento. La edad al diagnóstico parece tener mayor peso pronóstico que la duración de la infección, subrayando la necesidad del diagnóstico temprano en adultos mayores.

Palabras clave: Infecciones por VIH, envejecimiento, mortalidad, diagnóstico tardío, adultos mayores.

Introducción

Los avances en la terapia antirretroviral (TARV) han mejorado de forma sustancial la supervivencia de las personas que viven con VIH (PVVIH), dando lugar a una población progresivamente más envejecida. En países de ingresos altos, aproximadamente la mitad de las PVVIH tiene actualmente 50 años o más, lo que ha transformado el espectro clínico de la infección.¹ A medida que la mortalidad relacionada con el SIDA ha disminuido, las causas no definitorias de SIDA (incluidas la enfermedad cardiovascular, las neoplasias, la enfermedad hepática y la fragilidad) se han convertido en los principales determinantes de morbimortalidad.²

Los marcadores tradicionales del VIH, como el conteo de linfocitos T CD4+ y la carga viral, no capturan de manera adecuada la compleja interacción entre envejecimiento, inflamación crónica y daño orgánico.³ En este contexto, el índice *Veterans Aging Cohort Study* (VACS) fue desarrollado para integrar

variables demográficas, virológicas y sistémicas con el fin de predecir la mortalidad por todas las causas. La versión actualizada, VACS 2.0, incorpora marcadores adicionales de inflamación y estado nutricional, mostrando una capacidad discriminativa superior en diversas cohortes internacionales.⁴

Aunque el envejecimiento con VIH ha sido ampliamente estudiado, el impacto pronóstico de la edad al momento del diagnóstico, independientemente de la duración de la infección, continúa siendo poco claro. Las personas diagnosticadas en edades avanzadas podrían presentar menor reserva fisiológica y mayor carga de comorbilidades al inicio de la atención, lo que podría influir en su evolución clínica incluso tras el inicio de la TARV. El objetivo de este estudio fue comparar el riesgo de mortalidad a cinco años, estimado mediante el índice VACS 2.0, entre PVVIH de 50 años o más, diagnosticadas antes y después de los 50 años.

Métodos

Diseño del estudio y población. Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva que incluyó PVVIH de ≥ 50 años atendidas en la Clínica Especializada Condesa (Cuauhtémoc), en la Ciudad de México. Se revisaron los expedientes clínicos desde el momento del diagnóstico hasta la última evaluación disponible en 2025.

Criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron personas con edad ≥ 50 años al momento de la evaluación y con información clínica y de laboratorio completa para el cálculo del índice VACS 2.0. Se excluyeron registros incompletos o con seguimiento insuficiente.

Variable de exposición. La edad al diagnóstico del VIH se categorizó en < 50 años y ≥ 50 años.

Desenlace. El desenlace principal fue el riesgo estimado de mortalidad por todas las causas a cinco años, derivado del puntaje del índice VACS 2.0. El índice se calculó al diagnóstico y en la evaluación clínica más reciente.

Covariables. Se incluyeron variables sociodemográficas, comorbilidades, parámetros de laboratorio (función renal, hepática y hematológica) y características del tratamiento antirretroviral.

Análisis estadístico. Las variables continuas se compararon mediante pruebas t de Student o ANOVA, y las categóricas mediante pruebas de χ^2 . Se realizó regresión lineal múltiple para identificar predictores independientes del puntaje VACS actual. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional y se condujo de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

Resultados

Características de la población. Se incluyeron 583 PVVIH, con distribución de género similar entre los grupos. Las personas diagnosticadas a los 50 años o más presentaron menor tiempo desde el diagnóstico y mayor edad al momento de la evaluación (**Tablas I y II**).

Diferencias clínicas y de laboratorio. El grupo diagnosticado a edad ≥ 50 años presentó una tasa de filtrado glomerular estimada más baja y valores menores de ALT/TPG, tanto al diagnóstico como en la evaluación actual (**Tabla III**).

Tabla I. Características sociodemográficas y clínicas de las personas con VIH incluidas en el estudio

Variable	Grupo	N	Media (DE)	Rango (Mín-Máx)	Valor de p
Edad al diagnóstico	≥ 50 al Dx	293	56.12 (5.56)	50.00 – 83.00	0.000
	< 50 al Dx	290	39.65 (6.33)	14.00 – 49.00	
	Total	583	47.93 (10.17)	14.00 – 83.00	
Edad actual	≥ 50 al Dx	293	64.58 (8.14)	50.00 – 91.00	0.000
	< 50 al Dx	290	55.97 (5.10)	50.00 – 75.00	
	Total	583	60.30 (8.05)	50.00 – 91.00	
Años desde diagnóstico	≥ 50 al Dx	293	8.46 (6.49)	0.00 – 27.00	0.000
	< 50 al Dx	290	16.32 (6.90)	1.00 – 41.00	
	Total	583	12.37 (7.76)	0.00 – 41.00	
IMC actual	≥ 50 al Dx	293	25.89 (4.00)	15.43 – 39.46	0.220
	< 50 al Dx	290	26.34 (4.81)	13.38 – 46.75	
	Total	583	26.11 (4.42)	13.38 – 46.75	

Tabla II. Distribución por género de las personas con VIH incluidas en el estudio

Género	Grupo	N (%)	Valor de p
Hombre cisgénero	≥50 al Dx	231 (78.8)	0.473
	<50 al Dx	225 (77.6)	
	Total	456 (78.2)	
Mujer cisgénero	≥50 al Dx	51 (17.4)	
	<50 al Dx	47 (16.2)	
	Total	98 (16.8)	
Hombre transgénero	≥50 al Dx	0 (0.0)	
	<50 al Dx	1 (0.3)	
	Total	1 (0.2)	
Mujer transgénero	≥50 al Dx	11 (3.8)	
	<50 al Dx	17 (5.9)	
	Total	28 (4.8)	

Tabla III. Resultados de laboratorio de las personas con VIH incluidas en el estudio, según tipo de prueba y valores actuales y al momento del diagnóstico

Tipo de prueba	Grupo	Valores actuales				Valores al momento del diagnóstico			
		N	Media (DE)	Rango (Mín-Máx)	Valor de p	N	Media (DE)	Rango (Mín-Máx)	Valor de p
ALT/TGP	≥50 al Dx	293	25.07 (18.75)	6.40 – 161.10	0.0086	256	34.70 (27.06)	6.00 – 173.00	0.0179
	<50 al Dx	290	29.58 (22.35)	4.60 – 226.20		214	42.04 (37.75)	4.00 – 296.60	
	Total	583	27.31 (20.72)	4.60 – 226.20		470	38.04 (32.54)	4.00 – 296.60	
AST/TGO	≥50 al Dx	293	28.02 (19.83)	12.40 – 303.30	0.1404	256	36.53 (29.50)	11.00 – 303.30	0.548
	<50 al Dx	290	30.33 (17.96)	3.70 – 188.00		214	38.20 (30.45)	7.00 – 224.30	
	Total	583	29.17 (18.94)	3.70 – 303.30		470	37.29 (29.91)	7.00 – 303.30	
Albúmina sérica	≥50 al Dx	293	4.41 (0.35)	2.70 – 6.90	0.0737	255	4.01 (0.56)	2.20 – 5.60	0.1628
	<50 al Dx	290	4.46 (0.34)	2.70 – 5.70		209	4.09 (0.58)	1.80 – 5.90	
	Total	583	4.43 (0.35)	2.70 – 6.90		464	4.05 (0.57)	1.80 – 5.90	
Hemoglobina	≥50 al Dx	293	15.90 (1.81)	4.60 – 20.30	0.1992	257	13.97 (2.12)	6.09 – 18.50	0.0186
	<50 al Dx	290	16.09 (1.86)	4.10 – 19.70		214	14.44 (2.12)	8.70 – 20.60	
	Total	583	15.99 (1.83)	4.10 – 20.30		471	14.19 (2.13)	6.09 – 20.60	
Creatinina sérica	≥50 al Dx	293	1.09 (0.60)	0.50 – 10.50	0.2136	256	0.96 (0.33)	0.35 – 3.39	0.8041
	<50 al Dx	290	1.04 (0.42)	0.40 – 6.66		213	0.96 (0.47)	0.40 – 6.70	
	Total	583	1.06 (0.52)	0.40 – 10.50		469	0.96 (0.40)	0.35 – 6.70	
TFG (CKD-EPI)	≥50 al Dx	293	77.95 (17.58)	5.00 – 118.00	0.000	256	89.37 (18.10)	21.00 – 124.00	0.000
	<50 al Dx	290	85.91 (18.91)	9.00 – 131.00		213	98.49 (20.09)	7.00 – 142.00	
	Total	583	81.91 (18.66)	5.00 – 131.00		469	93.51 (19.55)	7.00 – 142.00	
Leucocitos	≥50 al Dx	293	6.48 (1.94)	2.90 – 23.20	0.9557	256	5.50 (2.04)	1.70 – 15.00	0.8471
	<50 al Dx	290	6.49 (1.70)	2.22 – 12.77		212	5.54 (2.16)	1.29 – 18.20	
	Total	583	6.49 (1.82)	2.22 – 23.20		468	5.52 (2.10)	1.29 – 18.20	
Plaquetas	≥50 al Dx	293	239.59 (64.45)	85.00 – 546.00	0.3775	256	232.20 (91.11)	3.00 – 672.00	0.6909
	<50 al Dx	290	235.01 (60.72)	52.00 – 429.00		209	235.53 (88.98)	50.00 – 661.00	
	Total	583	237.31 (62.61)	52.00 – 546.00		465	233.69 (90.07)	3.00 – 672.00	

Índice VACS 2.0 y riesgo de mortalidad. Las personas diagnosticadas a edad ≥ 50 años mostraron puntajes VACS 2.0 significativamente mayores y un riesgo estimado de mortalidad a cinco años más elevado en ambos momentos de evaluación (Tabla IV).

Análisis multivariado. Los predictores independientes de mayor puntaje VACS actual incluyeron la edad al diagnóstico, la edad actual, menor tiempo desde el diagnóstico, menor IMC, albúmina baja, hemoglobina baja, recuento leucocitario elevado, alteraciones plaquetarias, AST elevada y características del esquema antirretroviral (Tabla V).

Discusión

En esta cohorte de personas que viven con VIH de 50 años o más, se identificaron diferencias clínicamente relevantes en el riesgo estimado de mortalidad a cinco años, según la edad al diagnóstico del VIH. De manera consistente, las personas diagnosticadas a los 50 años o más presentaron puntajes VACS 2.0 más elevados y un mayor riesgo estimado de mortalidad, tanto al momento del diagnóstico como en la evaluación actual, en comparación con aquellas diagnosticadas antes de los 50 años.

Estos hallazgos contradicen parcialmente la hipótesis inicial del estudio, que asumía que una mayor

Tabla IV. Índice VACS 2.0 al diagnóstico y en la evaluación actual y su asociación con el riesgo estimado de mortalidad a cinco años, según grupos de estudio

Variable	Grupo	N	Media (DE)	Rango (Mín-Máx)	Valor de p
VACS al diagnóstico (puntos)	≥ 50 al Dx	252	68.28 (14.66)	28.0 – 111.0	0.000
	< 50 al Dx	204	57.62 (14.69)	30.0 – 107.0	
	Total	456	63.51 (15.59)	28.0 – 111.0	
VACS al diagnóstico (%)	≥ 50 al Dx	252	31.49 (17.20)	2.9 – 86.6	0.013
	< 50 al Dx	204	20.53 (15.06)	3.3 – 82.6	
	Total	456	26.59 (17.15)	2.9 – 86.6	
VACS actual (puntos)	≥ 50 al Dx	293	47.75 (12.53)	19.0 – 90.0	0.000
	< 50 al Dx	290	39.75 (11.58)	17.0 – 79.0	
	Total	583	43.77 (12.71)	17.0 – 90.0	
VACS actual (%)	≥ 50 al Dx	293	12.40 (9.31)	1.5 – 60.1	0.000
	< 50 al Dx	290	7.71 (6.70)	1.3 – 43.5	
	Total	583	10.07 (8.44)	1.3 – 60.1	

Tabla V. Análisis de regresión lineal múltiple de predictores independientes del puntaje VACS 2.0 actual

Variable	Coefficiente β	Error estándar	Valor de p
Edad al diagnóstico	0.29	0.029	0.000
Edad actual	0.392	0.041	0.000
Años desde el diagnóstico	0.102	0.045	0.025
IMC actual	-0.975	0.091	0.000
AST/TGP actual	0.096	0.03	0.002
Albúmina sérica actual	-5.205	1.231	0.000
Hemoglobina actual	-1.345	0.246	0.000
Leucocitos actuales	0.847	0.218	0.000
Plaquetas actuales	-0.034	0.006	0.000
Uso actual de ITRNN como tercer agente	-4.698	2.392	0.050

duración de la infección por VIH y, por ende, una mayor exposición acumulada a inflamación crónica, se asociaría con un peor pronóstico. En cambio, los resultados sugieren que la edad al diagnóstico constituye un determinante pronóstico más relevante que la duración de la infección, incluso tras el ajuste por variables clínicas y de laboratorio.

El mayor puntaje VACS 2.0 observado en las personas diagnosticadas en edades avanzadas probablemente refleja una menor reserva fisiológica y una mayor carga de comorbilidades relacionadas con el envejecimiento al momento del diagnóstico.

La asociación independiente entre menor tiempo desde el diagnóstico y mayor puntaje VACS respalda la existencia de un patrón de diagnóstico tardío en adultos mayores, fenómeno ampliamente descrito en cohortes internacionales.³⁻⁸ Este diagnóstico tardío se asocia con mayor daño orgánico basal y con un riesgo de mortalidad elevado desde etapas tempranas de la atención.^{3,7,8}

Asimismo, el estudio refuerza el valor del índice VACS 2.0 como un marcador integrado de fragilidad biológica.⁸⁻¹⁰ Las variables que emergieron como predictores independientes (como albúmina, hemoglobina, IMC, leucocitos, plaquetas y enzimas hepáticas) reflejan dimensiones sistémicas del envejecimiento y del daño orgánico que no son capturadas por los marcadores virológicos tradicionales. Estudios previos han demostrado que puntajes elevados del VACS 2.0 se asocian con fragilidad clínica, deterioro cognitivo y menor capacidad funcional en adultos mayores con VIH.¹¹⁻¹³

El tratamiento antirretroviral se asoció con una reducción sustancial del puntaje VACS 2.0 en ambos grupos, lo que se tradujo en una disminución significativa del riesgo estimado de mortalidad a cinco años. No obstante, las personas diagnosticadas a edad ≥ 50 mantuvieron puntajes más elevados a lo largo del tiempo, lo que sugiere que la TARV, aunque efectiva, no elimina por completo la desventaja pronóstica asociada al diagnóstico en edades avanzadas.

Conclusiones

En personas que viven con VIH de 50 años o más, el diagnóstico a una edad igual o superior a 50 años se asoció con un mayor riesgo estimado de mortalidad a cinco años, persistente a pesar del tratamien-

to antirretroviral. La edad al diagnóstico parece influir más en el pronóstico que la duración de la infección, probablemente debido a una menor reserva fisiológica y mayor carga de comorbilidades.

La incorporación sistemática del índice VACS 2.0 en la práctica clínica podría facilitar la identificación temprana de pacientes de alto riesgo y orientar intervenciones individualizadas en adultos mayores con VIH.

Referencias

1. HIV.gov. HIV Life Expectancy: Aging with HIV [Internet]. Washington D.C.: HIV.gov; 2022 [citado 25 feb 2026]. Disponible en: <https://buff.ly/ALTbpoz>.
2. Trickey A, McGinnis K, Gill MJ, Abgrall S, Berenguer J, Wyen C, et al. Longitudinal trends in causes of death among adults with HIV on antiretroviral therapy in Europe and North America from 1996 to 2020: a collaboration of cohort studies. *Lancet HIV*. 2024;11(3):e176–e185. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00272-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00272-2).
3. Tate JP, Justice AC, Hughes MD, Bonnet F, Reiss P, Mocroft A, et al. An internationally generalizable risk index for mortality after one year of antiretroviral therapy. *AIDS*. 2013;27(4):563-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835b8c7f>.
4. Tate JP, Sterne JAC, Justice AC; Veterans Aging Cohort Study (VACS) and the Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). Albumin, white blood cell count, and body mass index improve discrimination of mortality in HIV-positive individuals. *AIDS*. 2019;33(5):903-912. Erratum in: *AIDS*. 2024;38(8):1280. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002140>.
5. Ambia J, Ingle SM, McGinnis K, Pantazis N, Silverberg MJ, Wittkop L, et al. Discrimination of the Veterans Aging Cohort Study Index 2.0 for Predicting Cause-specific Mortality Among Persons With HIV in Europe and North America. *Open Forum Infect Dis*. 2024;11(7):ofae333. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofae333>.
6. McGinnis KA, Justice AC, Moore RD, Silverberg MJ, Althoff KN, Karris M, et al. Discrimination and Calibration of the Veterans Aging Cohort Study Index 2.0 for Predicting Mortality Among People With Human Immunodeficiency Virus in North America. *Clin Infect Dis*. 2022;75(2):297–304. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciab883>.

7. Justice AC, Modur SP, Tate JP, Althoff KN, Jacobson LP, Gebo KA, et al. Predictive Accuracy of the Veterans Aging Cohort Study Index for Mortality With HIV Infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(2):149–163. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e31827df36c>.
8. Salinas JL, Rentsch C, Marconi VC, Tate J, Budoff M, Butt AA, et al. Baseline, Time-Updated, and Cumulative HIV Care Metrics for Predicting Acute Myocardial Infarction and All-Cause Mortality. *Clin Infect Dis*. 2016;63(11):1423–1430. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw564>.
9. Brown ST, Tate JP, Kyriakides TC, Kirkwood KA, Holodniy M, Goulet JL, et al. The VACS Index Accurately Predicts Mortality and Treatment Response among Multi-Drug Resistant HIV Infected Patients Participating in the Options in Management with Antiretrovirals (OPTIMA) Study. *PLoS One*. 2014;9(3):e92606. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092606>.
10. Qian Y, Moore RD, Coburn SB, Davy-Mendez T, Akgün KM, McGinnis KA, et al. Association of the VACS Index With Hospitalization Among People With HIV in the NA-ACCORD. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021;89(1):9–18. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002812>.
11. Marquine MJ, Umlauf A, Rooney AS, Fazeli PL, Gouaux BD, Woods SP, et al. The Veterans Aging Cohort Study Index is Associated With Concurrent Risk for Neurocognitive Impairment. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65(2):190–197. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000000008>.
12. Yan CY, Cooley SA, Ances BM. Brief Report: Veterans Aging Cohort Study Index 2.0 Shows Improved Discrimination of Neurocognitive Impairment and Frailty in People With HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2024;97(1):63–67. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000003458>.
13. Marquine MJ, Montoya JL, Umlauf A, Fazeli PL, Gouaux B, Heaton RK, et al. The Veterans Aging Cohort Study (VACS) Index and Neurocognitive Change: A Longitudinal Study. *Clin Infect Dis*. 2016;63(5):694–702. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw328>.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Consumo de sustancias y adherencia óptima a la profilaxis preexposición (PrEP) en hombres que tienen sexo con hombres

Alberto Flores Gutiérrez

Programa de Detección y Consejería. Clínica Especializada Condesa Iztapalapa. Ciudad de México

Introducción. En México, los HSH representan una población clave para la prevención del VIH. La PrEP es una estrategia altamente efectiva, sin embargo su eficacia depende de una adecuada adherencia, la cual puede verse influida por factores como el consumo de sustancias. **Metodología.** El objetivo del estudio fue identificar la relación entre el consumo de sustancias y la adherencia a la PrEP. Se realizó un estudio transversal correlacional en 207 HSH con esquema diario de PrEP por al menos seis meses. El consumo de sustancias se obtuvo del expediente clínico y la adherencia se evaluó mediante autorreporte de omisiones en los últimos 30 días. Se realizaron análisis descriptivos y bivariados. **Resultados.** La mediana de edad fue de 31 años (RIQ: 27-35). El alcohol fue la sustancia más reportada (89.3%) y 65.5% refirió consumo de otras sustancias, principalmente *poppers* (53.9%); 23.3% reportó *chemsex*. El 51.7% omitió dosis de PrEP; 95.2% presentó adherencia óptima (>80%). No se observaron diferencias significativas entre el consumo de sustancias y la adherencia. **Conclusiones.** Los resultados sugieren que el consumo de sustancias no es una barrera significativa para mantener una adherencia óptima en el uso de la PrEP (>80%) en esta población. No obstante, la alta prevalencia de consumo sugiere la importancia de integrar intervenciones orientadas a fortalecer la adherencia a la PrEP en el consumo de algunas sustancias y la vinculación a otros servicios de salud

Palabras clave: Profilaxis Pre-Exposición, adherencia terapéutica, trastornos relacionados con sustancias, hombres que tienen sexo con hombres, *chemsex*.

Introducción

En México, la epidemia de VIH se encuentra concentrada en poblaciones clave,¹ particularmente en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), quienes presentan una prevalencia mayor en comparación con la población general.² En un estudio realizado en HSH de la Ciudad de México, se estimó una prevalencia de infección por VIH cercana al 18%.³ En esta población se han identificado diversos factores asociados con un mayor riesgo de adquisición del VIH, entre los que destacan el uso inconsistente del preservativo, el inicio temprano de la vida sexual, un mayor número de parejas sexuales, la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), el consumo de sustancias asociado con prácticas sexuales (*chemsex*) y el uso de sustancias psicoactivas por vía intravenosa, entre otros.^{4,5}

En relación con el consumo de sustancias, distintos estudios han señalado que en la población HSH existe una mayor proporción de consumo de alcohol y otras sustancias en comparación con otros grupos.⁶ Folch y cols., en un estudio orientado a

identificar patrones de consumo y su asociación con prácticas sexuales de riesgo, reportó que las sustancias de mayor prevalencia fueron la marihuana, los *poppers* y la cocaína.⁷ Asimismo, el 2.5% de la muestra reportó haber utilizado drogas por vía inyectada. En este subgrupo se observó una mayor proporción de prácticas sexuales de riesgo con parejas ocasionales y una mayor prevalencia de infección por VIH, VHC y otras ITS, en comparación con los HSH que no reportaron consumo de sustancias.⁷

Por otro lado, el *chemsex* se ha asociado con un incremento de prácticas sexuales de riesgo, la aparición de nuevos casos de infección por el VIH y el virus de la hepatitis C, así como con problemas relacionados con la adherencia a tratamientos antirretrovirales.⁸⁻¹⁰ En particular, se ha identificado que los HSH que realizan *chemsex* presentan una mayor probabilidad de participar en prácticas sexuales anales de alto riesgo en comparación con quienes no lo practican, lo que incrementa la probabilidad de adquirir VIH y otras ITS.

En este contexto, la identificación de factores de riesgo —como el consumo de sustancias— resulta fundamental en personas pertenecientes a poblaciones clave que aún no han sido diagnosticadas con VIH, ya que permite su incorporación oportuna a estrategias de prevención y atención en salud.

En los últimos años, desde un enfoque de prevención combinada, se han impulsado intervenciones orientadas a disminuir la incidencia del VIH en poblaciones con mayor vulnerabilidad, incorporando estrategias preventivas en los servicios de salud, como la Profilaxis Pre Exposición (PrEP).¹¹ Esta intervención consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales en personas sin infección por VIH, pero con alto riesgo de exposición, con el objetivo de prevenir su adquisición.¹²

Diversos estudios han demostrado que, cuando se utiliza adecuadamente, la PrEP puede brindar una protección superior al 90%.¹³ No obstante, su eficacia se encuentra estrechamente vinculada a la adherencia, entendida como la toma correcta del medicamento conforme al esquema indicado.¹⁴ De manera general, la adherencia a tratamientos farmacológicos es un fenómeno multifactorial influido por distintas variables.¹⁵ En la población HSH usuaria de PrEP, se ha reportado que una adherencia óptima se asocia con el uso bajo un esquema diario, mayor edad y tener un empleo.¹⁶ En contraste, una adherencia baja se ha relacionado con el uso de sustancias y la omisión de dosis por olvido, entre otros factores.¹⁶ De forma similar, otro estudio identificó como factores asociados con una adherencia baja el consumo de estimulantes y la percepción de barreras para mantener la toma diaria del medicamento, particularmente el olvido.¹⁷

Por su parte, O'Halloran y cols. no encontraron una relación directa entre el *chemsex* y la adherencia a la PrEP; sin embargo, reportaron que el uso de sustancias psicoactivas durante encuentros sexuales estaba relacionada con una mayor percepción de olvido en la toma de las dosis de la PrEP.¹⁸

Con base en lo anterior, y considerando que la incorporación de la PrEP en México como estrategia de salud pública es reciente;¹⁹ que el consumo de sustancias en población HSH presenta una alta prevalencia;⁶ y que la efectividad preventiva de la PrEP depende estrechamente de la adherencia,²⁰ resulta relevante evaluar la adherencia en usuarios de la

PrEP e identificar si el consumo de sustancias, reconocido como un factor de riesgo para la adquisición de VIH, se asocia con la toma adecuada del medicamento en escenarios de la vida real.

El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre el consumo de sustancias y la adherencia a la PrEP en una muestra de HSH usuarios de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, que proporciona atención ambulatoria en la Ciudad de México.

Metodología

Se realizó un estudio transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por 207 HSH mayores de edad, adscritos al servicio de PrEP, quienes se encontraban bajo un esquema de toma diaria del medicamento por un periodo mínimo de seis meses. Previa autorización de los participantes, se obtuvo información del expediente clínico correspondiente al consumo de sustancias. Asimismo, se aplicó de manera remota un cuestionario de auto-reporte para evaluar la adherencia a la PrEP, estimada con base en las omisiones en la toma del medicamento durante los últimos 30 días.

La recolección de datos se realizó entre abril y junio de 2023; posteriormente, se llevaron a cabo los análisis estadísticos correspondientes.

Resultados

En los análisis descriptivos, la mediana de edad de los participantes fue de 31 años (RIQ: 27–35). En cuanto al nivel educativo, 65.2% reportó contar con licenciatura y 86% se encontraba empleado al momento del estudio. Asimismo, más del 90% indicó residir en la Ciudad de México.

Entre las sustancias de inicio, el alcohol fue la más frecuentemente reportada (89.3%, n=184). Además, 65.5% (n=134) refirió consumo de otras sustancias, siendo los *poppers* la sustancia de mayor prevalencia (53.9%, n=111). Finalmente, 23.3% (n=48) reportó haber participado en prácticas de *chemsex* (Tabla I).

En relación con la adherencia, 51.7% (n=107) reportó al menos una omisión en la toma del medicamento durante el periodo evaluado. Al categorizar la adherencia, el 95.2% (n=197) de las personas incluidas en la muestra reportaron una adherencia

óptima (>80%); mientras que únicamente el 4.8% (n=10) informaron una adherencia baja (<80%) (Tabla II).

En los análisis bivariados no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los promedios de adherencia, según el consumo de sustancias. De igual forma, no se observaron diferencias significativas en las proporciones de los grupos de adherencia (óptima vs. baja), definidos a partir de las omisiones, de acuerdo con el consumo de sustancias (Tabla III).

No obstante, se identificaron proporciones relativamente mayores de adherencia baja entre los participantes que reportaron consumo de tabaco, alcohol, cocaína, poppers y prácticas de *chemsex*, en comparación con quienes no reportaron dichos consumos; sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística (Tabla III).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre el consumo de sustancias y la adherencia a la PrEP. Los resultados no mostraron una asociación estadísticamente significativa entre estas variables; sin embargo, los hallazgos aportan información relevante para la comprensión de la adherencia a la PrEP en población HSH en un contexto clínico real.

La mayoría de los participantes presentó adherencia óptima, lo que sugiere un uso adecuado de la PrEP en la muestra estudiada, a pesar de que más de la mitad reportó omisiones. En comparación con estudios previos que evaluaron la adherencia mediante autorreporte, conteo de pastillas o medición de concentraciones plasmáticas,²¹⁻²³ la prevalencia de adherencia óptima observada es mayor, lo que podría relacionarse con la retención y el seguimiento clínico de los usuarios dentro del servicio.

Debe considerarse que la adherencia fue evaluada mediante autorreporte, método ampliamente utilizado, pero con limitaciones,^{24,25} como la deseabilidad social y la posible sobreestimación de la adherencia.²⁶

Respecto al consumo de sustancias, la prevalencia de alcohol, marihuana y cocaína fue mayor que la reportada en la población general,²⁷ lo cual coincide con estudios previos en población HSH y usuarios

Tabla I. Consumo de sustancias en HSH que toman PrEP (n= 207)

	n	%
Consumo de tabaco	95	46.12
Consumo de alcohol	184	89.32
Consumo de marihuana	61	29.61
Consumo de otras sustancias	134	65.05
¿Cuáles sustancias?		
Anfetaminas (MDMA)	33	16.02
Psicodélicos	40	19.42
Cocaína	51	24.76
Cristal (metanfetamina)	27	13.11
Poppers	111	53.88
Medicamentos para la erección (sildenafil)	8	3.88
Otras	19	9.22
Chemsex	48	23.30

Notas: Las frecuencias pueden no sumar la totalidad de la muestra dados los valores perdidos. En la categoría de psicodélicos se incluyen: ayahuasca, LSD, hongos alucinógenos, y peyote; mientras que en otras se incluyen: clonazepam, cloruro de etilo, GHB/GBL, ketamina, mefedrona y polvo de ángel.

Tabla II. Adherencia a la PrEP en HSH (n= 207)

	n	%
Omisión de dosis en los últimos 30 días	107	51.69
Porcentaje de toma del medicamento en los últimos 30 días con base en las omisiones (mediana, RIQ)	97	(93-100)
Adherencia del paciente con base en las omisiones		
Adherencia óptima (>80%)	197	95.17
Adherencia baja (<80%)	10	4.83

RIQ: Rango intercuartil.

de PrEP.²⁸ Estos hallazgos refuerzan la relevancia de estudiar el consumo de sustancias en este contexto.

Tabla III. Relación entre el consumo de sustancias y la adherencia a la PrEP (n= 207)

	Adherencia con base en las omisiones						
	$\bar{x}$ de	t^a	gl	p	Adherencia a PrEP:		p^b
	adherencia				n (%)		
	n (promedio)				Adherencia óptima	Adherencia baja	
Consumo de tabaco		0.44	204	0.65			0.51
Sí	95 (94.50)				92 (46.7)	3 (33.3)	
No	111 (93.60)				105 (53.3)	6 (66.7)	
Consumo de alcohol		0.44	204	0.65			0.24
Sí	184, (94.17)				177 (89.8)	7 (77.8)	
No	22, (92.72)				20 (10.2)	2 (22.2)	
Consumo de mariгуana		0.59	204	0.55			1
Sí	61, (94.93)				59 (29.9)	2 (22.2)	
No	145 (93.63)				138 (70.1)	7 (77.8)	
Consumo de otras sustancias		0.28	204	0.77			1
Sí	134, (94.23)				128 (65.0)	6 (66.7)	
No	72, (93.62)				69 (35.0)	3 (33.3)	
Anfetaminas (MDMA)		-0.34	204	0.73			1
Sí	31, (93.19)				30 (15.2)	1 (11.1)	
No	175, (94.16)				167 (84.8)	8 (88.9)	
Sustancias psicodélicas		0.2	203	0.83			1
Sí	35, (94.45)				34 (17.3)	1 (11.1)	
No	170, (93.89)				162 (82.7)	8 (88.9)	
Cocaína		0.37	204	0.71			0.68
Sí	46, (94.71)				45 (22.8)	1 (11.1)	
No	160, (93.81)				152 (77.2)	8 (88.9)	
Cristal (metanfetamina)		-0.43	204	0.66			1
Sí	27, (92.88)				26 (13.2)	1 (11.1)	
No	179, (94.18)				171 (86.8)	8 (88.9)	
Poppers		-0.4	204	0.68			0.51
Sí	111, (93.63)				105 (53.3)	6 (66.7)	
No	95, (94.46)				92 (46.7)	3 (33.3)	
Medicamentos para la erección (sildenafil)		-0.02	204	0.97			1
Sí	8, (93.87)				8 (4.1)	0	
No	198, (94.02)				189 (95.9)	9 (100.0)	
Chemsex		0.34	204	0.73			0.68
Sí	48, (94.64)				47 (23.9)	1 (11.1)	
No	158, (93.82)				150 (76.1)	8 (88.9)	

^a: Se empleó la prueba t de Student para muestras independientes. ^b: Dado el recuento menor a 5 casos por casilla, se empleó la Prueba Exacta de Fisher. **p**: significancia estadística ≤ 0.05 ; **gl**: grados de libertad; **x**: promedio.

En cuanto a la relación entre consumo de sustancias y adherencia a PrEP, no se encontraron diferencias significativas, pero se observó que la media de adherencia fue menor en participantes que reportaron el consumo de anfetaminas, cristal, poppers y medicamentos para la erección. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela, pero son consistentes con investigaciones que sugieren que el consumo de sustancias psicoactivas puede afectar la adherencia a tratamientos farmacológicos al interferir con procesos cognitivos para el seguimiento de las indicaciones terapéuticas.²⁹ Estos hallazgos contrastan con lo reportado por Shuper y cols., quienes no identificaron un impacto negativo del consumo de sustancias, como el alcohol, sobre la adherencia a PrEP.²⁸

La evidencia previa sobre el consumo de alcohol y su relación con la adherencia a PrEP ha sido inconsistente, ya que algunos estudios han reportado una asociación entre el consumo durante prácticas sexuales y menores niveles de adherencia,³⁰ mientras que otros no han encontrado dicha relación. De manera similar, el consumo de cocaína ha sido señalado como un posible factor asociado con una menor adherencia en algunos contextos,²⁸ lo que subraya la necesidad de continuar investigando dicha relación.

En relación con las prácticas de *chemsex*, los resultados coinciden con lo reportado en el estudio PROUD,¹⁸ donde se identificó que dichas prácticas no constituyen una barrera para la adherencia a PrEP. Este hallazgo es relevante, ya que sugiere que el *chemsex* no debe considerarse un impedimento para la incorporación de estas personas a los servicios preventivos, dado que la PrEP parece ser una estrategia eficaz en este grupo.

En conjunto, los resultados sugieren que, en esta muestra, el consumo de sustancias no se traduce necesariamente en una adherencia baja a PrEP. Sin embargo, la alta prevalencia de consumo observada respalda la necesidad de integrar intervenciones dirigidas a usuarios con consumo de sustancias dentro de los servicios de PrEP. La incorporación de estas personas representa una oportunidad para su vinculación con otros servicios de atención primaria, como la evaluación y canalización del consumo de sustancias, contribuyendo así a la prevención de otros problemas de salud.

Finalmente, los hallazgos refuerzan la importancia de evaluar el consumo de sustancias en usuarios de PrEP no como un criterio de exclusión, sino como una herramienta para fortalecer la adherencia mediante estrategias preventivas individualizadas.

Conclusiones

En esta muestra de HSH, el consumo de sustancias no se relacionó con una menor adherencia a la PrEP. A pesar de la alta prevalencia de consumo de alguna sustancias, la mayoría de los participantes tuvo una adherencia óptima, lo que sugiere que el consumo de sustancias no debe considerarse una contraindicación para el uso de la PrEP.

Adicionalmente, se requieren investigaciones futuras con tamaños de muestra mayores e inclusión de otras poblaciones clave, que permitan analizar con mayor precisión la relación entre el consumo de sustancias, el *chemsex* y la adherencia a la PrEP.

Referencias

1. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe histórico de VIH, 3er trimestre 2025 [Internet]. México: CENSIDA; 2025 [cited 2026 Jan 22]. Disponible en: <https://buff.ly/8dl5WeO>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. Washington (DC): OPS; 2019.
3. Galárraga O, Sosa-Rubí SG, González A, Badial-Hernández F, Conde-Glez CJ, Juárez-Figueroa L, et al. The disproportionate burden of HIV and STIs among male sex workers in Mexico City and the rationale for economic incentives to reduce risks. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(1):19218. Disponible en: <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19218>
4. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:534-40. Disponible en: <https://buff.ly/aRWlOJl>.
5. Gutiérrez-Velilla E, Quezada-Juárez FJ, Pérez-Sánchez IN, Iglesias MC, Reyes-Terán G, Caballero-Suárez NP. Identifying risk factors for HIV-positive test results in walk-in and hospitalized patients in a Mexico City HIV clinic: a descriptive study. *Int J STD AIDS*. 2019;30(6):569-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0956462419828604>.
6. Ortega LC, Frausto MAM, Álvarez CTM, Arias MLF, Montero CV, García RH. Consumo de alcohol, drogas ilícitas y la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Rev Cienc Psicol*. 2024.
7. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conduc-

- tas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin (Barc)*. 2015;145(3):102-7.
8. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015;91(8):564-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052052>.
 9. Pakianathan M, Whittaker W, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;19(7):485-90.
 10. Perera S, Bourne AH, Thomas S. Chemsex and antiretroviral therapy non-adherence in HIV-positive men who have sex with men: a systematic review. *Sex Transm Infect*. 2017;93 (Suppl 1):A81-A81. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053232.240>.
 11. Álvarez FC, Turrini RNT, Valladares-Pérez S. Disponibilidad y características de programas de profilaxis farmacológica preexposición (PrEP) para la prevención de la transmisión de VIH en Latinoamérica: revisión de alcance. *Rev Chil Infectol*. 2024;41(6):698-710.
 12. Spinner CD, Boesecke C, Zink A, Jessen H, Stellbrink HJ, Rockstroh JK, et al. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): a review of current knowledge of oral systemic HIV PrEP in humans. *Infection*. 2016;44(2):151-8.
 13. Ching SZ, Wong LP, Said MAB, Lim SH. Meta-synthesis of qualitative research of pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence among men who have sex with men (MSM). *AIDS Educ Prev*. 2020;32(5):416-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/aeap.2020.32.5.416>.
 14. González Rodríguez A, Grass N, Palet M, Arellano M, Rodríguez E, Macías I, et al. Guía de consejería especializada en estrategias de prevención integral del VIH y otras ITS. México; 2021.
 15. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*. 2002;16:605-13.
 16. Mannheimer S, Hirsch-Moverman Y, Franks J, Loquere A, Hughes JP, Li M, et al. Factors associated with sex-related pre-exposure prophylaxis adherence among men who have sex with men in New York City in HPTN 067. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;80(5):551-9.
 17. Monteiro Spindola Marins L, Silva Torres T, Luz PM, Moreira RI, Leite IC, Hoagland B, et al. Factors associated with self-reported adherence to daily oral pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender women: PrEP Brasil study. *Int J STD AIDS*. 2021;32(13):1231-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/09564624211031787>.
 18. O'Halloran C, Rice B, White E, Desai M, Dunn DT, McCormack S, et al. Chemsex is not a barrier to self-reported daily PrEP adherence among PROUD study participants. *Int J Drug Policy*. 2019;74:246-54.
 19. Veloso V, Moreira R, Konda K, Hoagland B, Vega-Ramirez E, Leite I, et al. PrEP long-term engagement among MSM and TGW in Latin America: the ImPrEP study. 2022.
 20. Grov C, Westmoreland DA, D'Angelo AB, Pantalone DW. How has HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) changed sex? A review of research in a new era of bio-behavioral HIV prevention. *J Sex Res*. 2021;58:891-913.
 21. Hosek SG, Siberry G, Bell M, Lally M, Kapogiannis B, Green K, et al.; Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions (ATN). The acceptability and feasibility of an HIV preexposure prophylaxis (PrEP) trial with young men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62 (4):447-56.
 22. Grohskopf LA, Chillag KL, Gvetadze R, Liu AY, Thompson M, Mayer KH, et al. Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;64(1):79-86.
 23. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587-99.
 24. Koss CA, Bacchetti P, Hillier SL, Livant E, Horng H, Mgodini N, et al. Differences in cumulative exposure and adherence to tenofovir in the VOICE, iPrEx OLE, and PrEP demo studies as determined via hair concentrations. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2017;33(8):778-83.
 25. Lin B, Liu J, Zhong X. PrEP risk perception and adherence among men who have sex with men: a prospective cohort study based on growth mixture model. *BMC Infect Dis*. 2022;22(1):1-14.
 26. Abaasa A, Hendrix C, Gandhi M, Anderson P, Kamali A, Kibengo F, et al. Utility of different adherence measures for PrEP: patterns and incremental value. *AIDS Behav*. 2018;22:1165-73.
 27. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. México: CONADIC; 2021 [cited 2026 Jan 22]. Disponible en: <https://buff.ly/subwial>.
 28. Shuper PA, Joharchi N, Bogoch II, Loutfy M, Crouzat F, El-Helou P, et al. Alcohol consumption, substance use, and depression in relation to HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) nonadherence among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *BMC Public Health*. 2020;20:1-12.
 29. Braithwaite RS, Conigliaro J, McGinnis KA, Maisto SA, Bryant K, Justice AC. Adjusting alcohol quantity for mean consumption and intoxication threshold improves prediction of nonadherence in HIV patients and HIV-negative controls. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(9):1645-51.
 30. Mugo PM, Sanders EJ, Mutua G, van der Elst E, Anzala O, Barin B, et al. Understanding adherence to daily and intermittent regimens of oral HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Kenya. *AIDS Behav*. 2015;19:794-801.

PENSAR EL SIDA

Esto no es una guerra

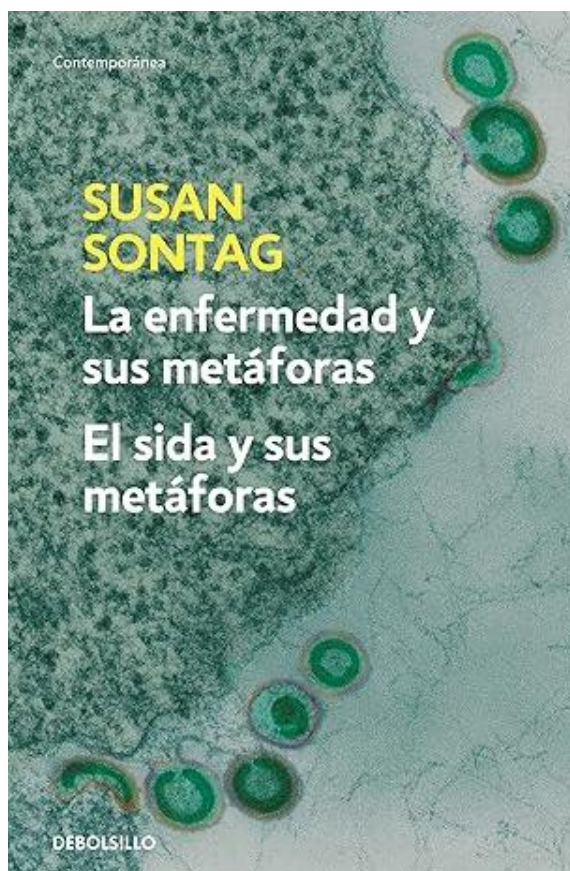
Luis Manuel Arellano

A lo largo de la historia, más de 1,300 millones de hombres y mujeres han muerto por la masiva propagación de virus, bacterias y parásitos. La narrativa de estos flagelos incluye alertas sobre peste negra, cólera, gripe, viruela, sarampión, tuberculosis, lepra, fiebre amarilla, malaria, sida y covid. El temor al contagio ha generado estigmatización y rechazo hacia las enfermedades.

La escritora neoyorquina Susan Sontag (1933-2004) escribió un ensayo intitulado *La enfermedad y sus metáforas*,¹ que explica cómo la pérdida de la salud ha quedado vinculada a múltiples significados, por lo regular de tipo moral.

La corrupción, la putrefacción, la polución, la anomia y la debilidad del cuerpo convierten la enfermedad en metáfora, señaló Sontag, advirtiendo que la enfermedad igualmente se adjetiva: “se dice que algo es enfermizo para decir que es repugnante o feo”. Diagnosticada con cáncer, la ensayista y crítica de arte propuso en ese trabajo —publicado en 1978— eliminar de significados las neoplasias malignas para evitar que los pacientes de cáncer, extraídos del mundo de los sanos, se hundieran en el mundo de los enfermos.

Cuando Nueva York resintió los estragos del sida a partir de 1981, el ensayo de Sontag adquirió relevancia porque la nueva epidemia se vinculó a metáforas no solo de enfermedades anteriores, como la sífilis y el cáncer; también generó sentimientos de odio, discriminación y culpa contra las personas afectadas, particularmente hombres homosexuales, cuya población empezó a concentrar los casos.



En una sociedad tan conservadora como la norteamericana, el sida fue ideologizado y punta de lanza para justificar no solo la homofobia, sino el rechazo a todas las reivindicaciones sobre el cuerpo libre, el feminismo, el aborto y el uso de sustancias psicoactivas. Mientras la ciencia y los servicios médicos se empeñaron en comprender y atender la epidemia, el gobierno norteamericano asumió esa alerta sanitaria como un problema de gobernabilidad, con lo cual implementó medidas prohibitivas y coercitivas ignorando la movilización comunitaria que demandaba sensibilidad y recursos para hacerle frente.

En este contexto, Sontag publicó en 1989 otro ensayo titulado *El sida y sus metáforas*,² alertando sobre el riesgo de enfrentar las enfermedades desde una perspectiva militar.

El ensayo de Sontag fue una bocanada de aire fresco ante un gobierno beligerante decidido a ser potencia mundial, que invadía otros países e impulsaba una profunda carrera armamentista. La Casa Blanca veía enemigos por todos lados, mantenía la llamada “guerra fría” contra la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y enfrentaba disidencias internas. ¿Puede alguien sorprenderse de que abriera una guerra contra el sida?

El sida y sus metáforas propuso dejar de considerar que las enfermedades nos invaden: “El cuerpo no es un campo de batalla. Los enfermos no son las inevitables bajas ni el enemigo... no estamos autorizados a defendernos de cualquier manera que se nos ocurra. Y en cuanto a esta metáfora, la militar, yo diría, parafraseando a Lucrecio: devolvámosla a los que hacen la guerra”. Con este mensaje concluye el ensayo de Sontag.

En los años ochenta la letalidad del sida fue grande: no había cura, se transmitía sexualmente e impactaba en poblaciones previamente estigmatizadas. Sontag contribuyó a reflexionar de forma estructurada y con perspectiva histórica el proceso de adjetivación que la nueva epidemia estaba recibiendo. Pero **El sida y sus metáforas** no impactó en la esfera de la medicina ni, mucho menos, en la política norteamericana. El gobierno de Ronald Reagan fue tozudo desde el principio. Bloqueó intervenciones preventivas del VIH sin disimular su abierto rechazo a los reclamos del movimiento gay y respaldó una enmienda del senador conservador Jesse Helms, por la cual el Congreso aprobó, en 1987, prohibir a extranjeros con VIH ingresar a los Estados Unidos, medida que duró 22 años, hasta que el presidente Barack Obama la levantó.

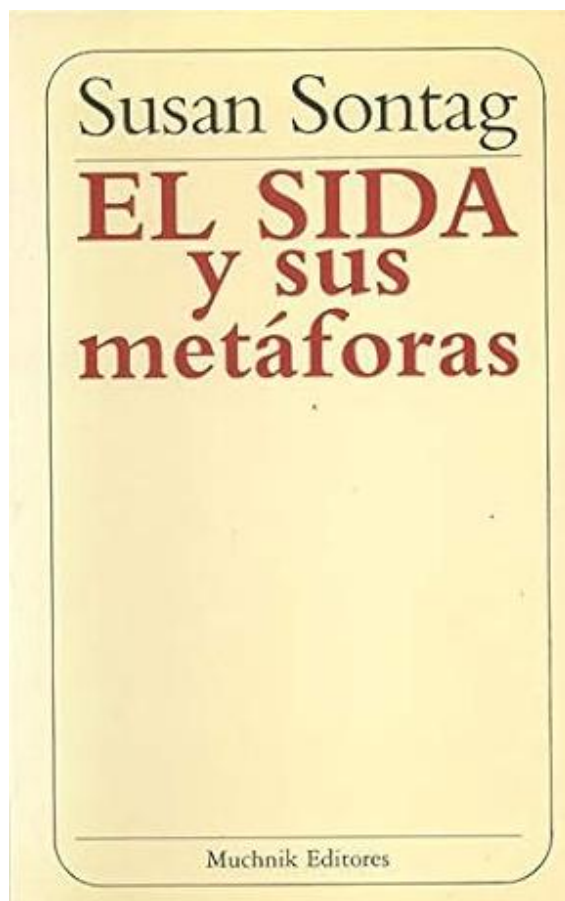
Sorprendentemente, el ensayo de Sontag no denuncia la ideología conservadora norteamericana ni sus medidas para imponer una visión esquemática sobre la salud, el cuerpo y la sexualidad; la escritora asumió esa crítica varias veces años después. Fue significativa su postura sobre la tortura de prisioneros en la prisión iraquí de Abu Ghraib por parte de militares norteamericanos y, por extensión, en la prisión de Guantánamo, en Cuba. Es necesario señalar que, pese al conservadurismo de la Casa Blanca, han destacado investigadores, científicos y médicos norteamericanos en la construcción de políticas sanitarias que parcialmente controlan la epidemia, incluso en varias regiones del mundo.

La ideología conservadora norteamericana se mantiene. Existe un enorme paralelismo entre las medidas tomadas por Ronald Reagan y luego por su sucesor en el cargo, George Herbert Walker Bush (conocido como Bush padre), y las administraciones de Donald Trump.

El actual mandatario norteamericano ha recortado gastos internacionales para prevenir y atender el VIH/sida y ha debilitado la agencia USAID, que coordinaba las intervenciones para controlar la epidemia en países pobres. Por si fuera poco, el Departamento de Salud está dirigido por Robert F. Kennedy Jr., quien ha cuestionado en el pasado que el VIH sea causante del sida. Trump ya amenazó con suprimir el “Plan de Emergencia del Presidente de EE. UU. para el Alivio del SIDA” (PEPFAR), creado en 2003.

Frente al sida, el legado intelectual de Susan Sontag es enorme, porque la metáfora militar que ella denunció sigue definiendo el posicionamiento ideológico mundial frente a la epidemia a través de la industria farmacéutica, con el aval del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Cuando Sontag escribió su ensayo ya se administraba como monoterapia la zidovudina (AZT), que, por sus efectos tóxicos, vinculó la metáfora de la guerra con una metáfora clínica, aunque no solo en ese ámbito.

En el activismo contra el sida permeó la metáfora militar. La medicina también la emplea y, al paso de los años, los efectos secundarios de los antirretrovirales y de las infecciones oportunistas sumieron, de forma inevitable, al cuerpo en un campo conceptual de batalla. Los pacientes están convencidos de que el VIH es una invasión.



Todavía no hay cura ni vacunas preventivas. Al menos no se han anunciado. Lo que sí existe es una diversificación del mercado de antirretrovirales ofrecidos como profilaxis a quienes no tienen el virus. El cuerpo no ha dejado de ser un campo de batalla en una agenda de reivindicaciones que crece: el derecho a decidir, el alquiler de vientres, el uso de tatuajes y piercings, la terapia hormonal para afirmación de género, el consumo de sustancias psicoactivas, la construcción de una identidad no binaria, la violencia sexual, la trata. "Son cuerpos que importan", dirá más tarde Judith Butler.

Transformado en el eje de una disputa donde se impone y se resiste, la mirada beligerante sobre el cuerpo requiere reflexionarse. Hoy más que nunca. La forma en que Sontag pensó el sida tiene vigencia. No habitamos campos de guerra. Se necesita entender que un cuerpo con VIH, o con la sombra de ese virus, puede existir de muchas otras formas.

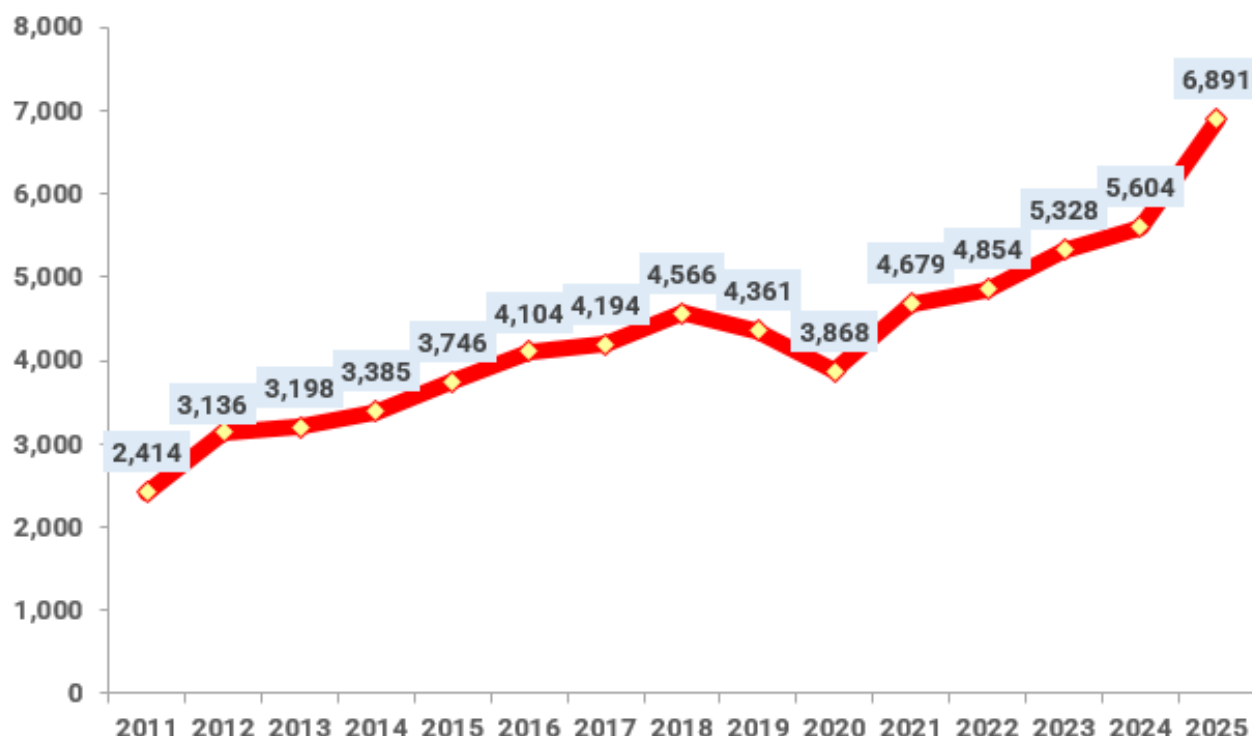
Referencias

1. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas | El sida y sus metáforas. Buenos Aires: Debolsillo, 2012. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=mSLOW_xS79QC.
2. Sontag S. El sida y sus metáforas. Barcelona: Muchnik Editores, 1989. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=s2K5PAAACAAJ>.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Detección del VIH

Figura 1. Pruebas para la detección del VIH reactivas según año
Clínicas de Especialidades Condesa, 2011-2025



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

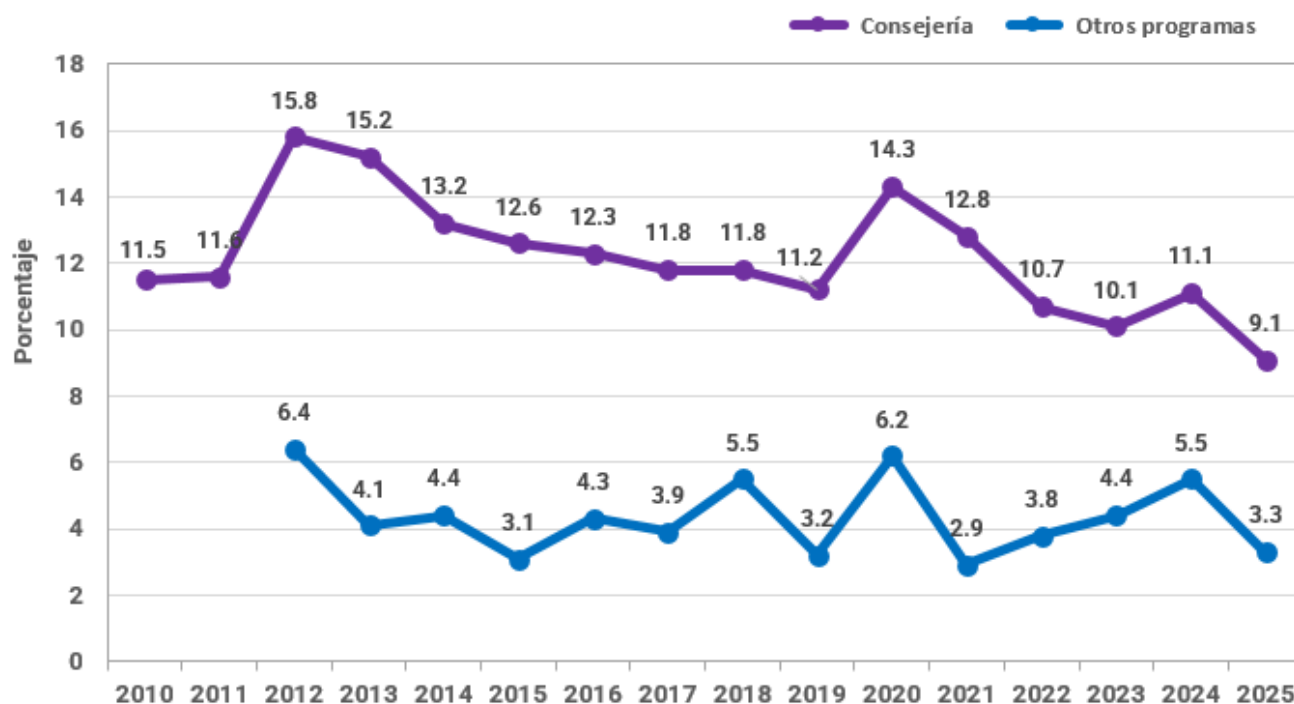
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación. Sistema HAP.

- Entre 2011 y 2025, se registraron un total de **64,328 pruebas reactivas al VIH**.
- Durante este periodo, el número de pruebas reactivas **aumentó un 185%**, al pasar de 2,414 en 2011 a 6,891 en 2025, 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.
- Entre **2024 y 2025**, el número de pruebas reactivas creció de 5,604 a 6,917, lo que representa un **incremento del 23%**, lo que representa **el mayor crecimiento anual de todo el período**.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Detección del VIH

Figura 2. Porcentaje de pruebas para la detección del VIH reactivas
Clínicas Especializadas Condesa, 2010-2025



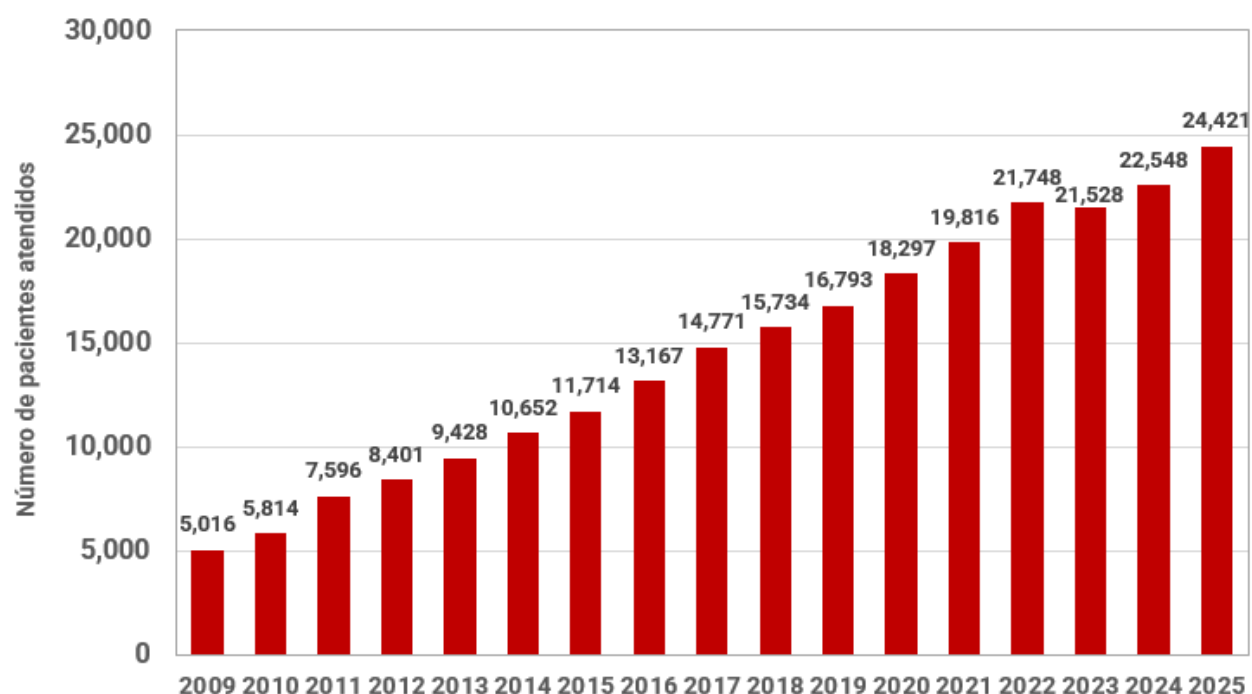
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación.

- En el servicio de **Consejería de las Clínicas Especializadas Condesa (CEC)**, la proporción de pruebas reactivas al VIH fue de 11.5 % en 2011, alcanzando su valor máximo **en 2012 (15.8 %)**. A partir de ese año, el porcentaje mostró una **disminución continua hasta 2019**, cuando se situó en 11.2 %. En 2020 se observó un repunte (14.3 %), seguido de una **tendencia descendente sostenida** que llegó a **10.1% en 2023**. En 2024, el indicador aumentó ligeramente a 11.1%, para luego **descender a 9.1% en 2025**.
- En las pruebas para la detección del VIH aplicadas por **otros programas de las CEC**, el porcentaje de reactividad registró su **valor mínimo en 2021 (2.9 %)**. A partir de entonces, se incrementó de manera sostenida hasta 2024. En **2025**, la cifra de reactividad se redujo al **3.3%**.
- Estos resultados sugieren que el servicio de Consejería concentra la detección en **poblaciones con mayor riesgo de adquirir el VIH**, lo que explicaría la mayor proporción de resultados reactivos observada en ese contexto.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Pacientes con VIH atendidos

Figura 3. Pacientes con VIH atendidos según año
Clínicas de Especialidades Condesa y Hospitales e Institutos Nacionales de Salud asociados, 2009-2025



* Incluye los pacientes atendidos de enero a diciembre de 2025 en las CEC, así como en las Unidades médicas asociadas para el suministro de medicamentos antirretrovirales, a saber: 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 2025.

- Entre 2009 y 2024, el número de pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en las CEC **aumentó casi 5 veces (387%)**, al pasar de **5,016 en 2009 a 24,421 en 2025**.
- Este crecimiento equivale a una tasa media anual del **10.6%**.
- Excepto en 2023, año en que se registró un ligero descenso, la tendencia ha sido de un incremento sostenido.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral (ARV)

Tabla I. Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral en las Clínicas de Especialidades Condesa y Hospitales e Institutos Nacionales de Salud asociados), según género. Diciembre de 2025

Unidad Médica	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres Trans	%	Mujeres Trans	%	Total	%
Clínica Especializada Condesa	15,126	71.8	1,656	69.2	10	62.5	659	69.0	17,451	71.5
Clínica Especializada Condesa Iztapalapa	5,656	26.9	675	28.2	6	37.5	290	30.4	6,627	27.1
Hospital General Dr. Manuel Gea González	109	0.5	42	1.8	0	0.0	2	0.2	153	0.6
Instituto Nacional de Cancerología	154	0.7	19	0.8	0	0.0	3	0.3	176	0.7
Instituto Nacional de Neurología y Neorocirugi	12	0.1	1	0.0	0	0.0	1	0.1	14	0.1
Total	21,057	100.0	2,393	100.0	16	100.0	955	100.0	24,421	100.0

Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 31 de diciembre de 2025.

- Al 31 de diciembre de 2025, **24,421 personas sin afiliación a instituciones de seguridad social recibían tratamiento antirretroviral (ARV)** en la CDMX. Las Clínicas Especializadas Condesa (CEC) concentran aproximadamente **15% del total nacional** de personas en tratamiento, es decir, una de cada siete, lo que las convierte en el principal centro de atención para personas con VIH en México.
- En la Ciudad de México, las **CEC aportan el 98.6% de los tratamientos ARV**, mientras que los hospitales e institutos asociados contribuyen con el 1.4% restante.
- Es importante destacar que las CEC atienden tanto a residentes de la capital como a personas provenientes de otras entidades federativas.
- La **Clínica Especializada Condesa** atiende al 71.8% de los hombres en tratamiento, 69.2% de las mujeres, 62.5% de los hombres trans y 69.0% de las mujeres trans.
- Por su parte, la **Clínica Especializada Condesa Iztapalapa** atiende al 26.9% de los hombres, 28.2% de las mujeres, 37.5% de los hombres trans y 30.4% de las mujeres trans.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral (ARV)

Tabla II. Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral (ARV) en las Clínicas de Especialidades Condesa y Hospitales e Institutos Nacionales de Salud asociados, según alcaldía de residencia y género. Diciembre de 2025

Alcaldía de residencia	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres Trans	%	Mujeres Trans	%	Total	%
Cuauhtémoc	3,886	18.5	405	16.9	2	12.5	190	19.9	4,483	18.4
Iztapalapa	3,606	17.1	510	21.3	4	25.0	218	22.8	4,338	17.8
Gustavo A. Madero	2,287	10.9	274	11.5	1	6.3	102	10.7	2,664	10.9
Benito Juárez	1,436	6.8	59	2.5	1	6.3	38	4.0	1,534	6.3
Miguel Hidalgo	1,279	6.1	76	3.2	0	0.0	40	4.2	1,395	5.7
Venustiano Carranza	1,173	5.6	147	6.1	2	12.5	60	6.3	1,382	5.7
Álvaro Obregón	1,143	5.4	128	5.3	2	12.5	44	4.6	1,317	5.4
Coyoacán	1,150	5.5	98	4.1	1	6.3	35	3.7	1,284	5.3
Iztacalco	934	4.4	98	4.1	0	0.0	69	7.2	1,101	4.5
Azcapotzalco	909	4.3	87	3.6	1	6.3	35	3.7	1,032	4.2
Tlalpan	875	4.2	92	3.8	1	6.3	27	2.8	995	4.1
Tláhuac	576	2.7	89	3.7	1	6.3	24	2.5	690	2.8
Xochimilco	471	2.2	88	3.7	0	0.0	15	1.6	574	2.4
La Magdalena Contreras	305	1.4	35	1.5	0	0.0	3	0.3	343	1.4
Cuajimalpa de Morelos	220	1.0	40	1.7	0	0.0	10	1.0	270	1.1
Milpa Alta	121	0.6	30	1.3	0	0.0	3	0.3	154	0.6
Subtotal en la CDMX	20,371	96.7	2,256	94.3	16	100.0	913	95.6	23,556	96.5
Otras entidades del país	684	3.2	137	5.7	0	0.0	42	4.4	863	3.5
Se desconoce	2	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.0
Total	21,057	100.0	2,393	100.0	16	100.0	955	100.0	24,421	100.0

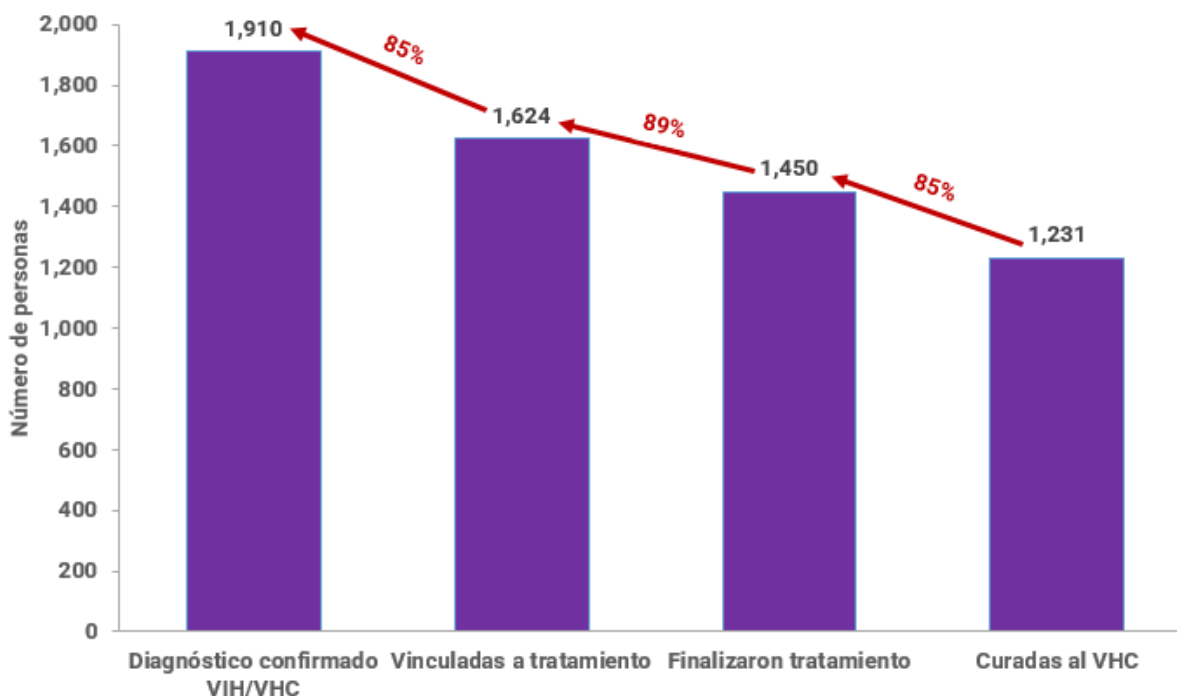
Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 31 de diciembre de 2025.

- Del total de personas en tratamiento ARV, el **96.5% reside en la Ciudad de México** (n = 23,556), mientras que el **3.5%** (n = 863) corresponde a **habitantes de otros estados**, principalmente de municipios conurbados.
- Las alcaldías con mayor concentración de pacientes son **Cuauhtémoc** (4,483), **Iztapalapa** (4,338), y **Gustavo A. Madero** (2,664), que en conjunto reúnen el **47.0% del total**.
- La alcaldía **Cuauhtémoc** presenta el mayor número de **hombres atendidos (18.5%)**, mientras que **Iztapalapa** concentra el mayor número de **mujeres (21.3%)**.
- En cuanto a personas trans, **Iztapalapa** registra la **mayor proporción de hombres y mujeres trans** en tratamiento ARV (**25.0% y 22.8%, respectivamente**), seguida de **Cuauhtémoc** (**12.5% y 19.9%**).

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 4. Cascada de las personas con coinfección VIH/VHC
Clínicas Especializadas Condesa, 2020 – 2025



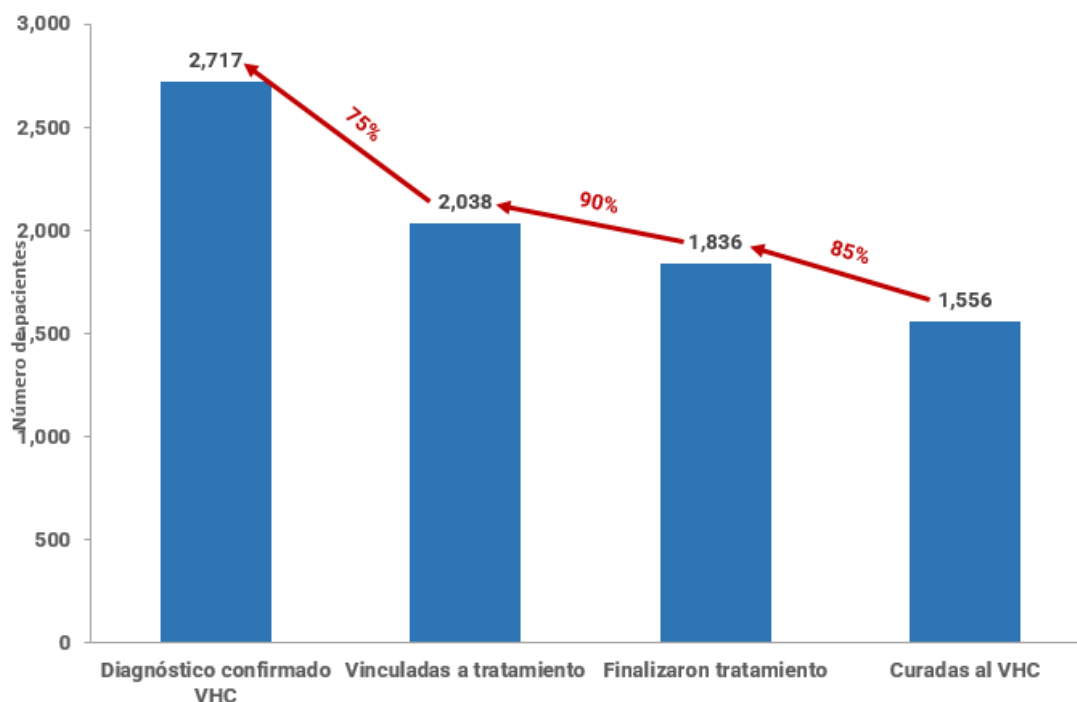
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 31 de diciembre de 2025.

- En el periodo analizado se realizaron **2,812 pruebas** de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC). Como resultado, se identificaron **1,910 personas con coinfección confirmada** por ambas infecciones.
- Del total de personas diagnosticadas, 1,624 (**85%**) **fueron vinculadas a tratamiento** contra el VIH y el VHC. Entre éstas, 1,450 (**89%**) **completaron el esquema terapéutico**. De las personas que finalizaron el tratamiento, 1,231 (**85%**) **alcanzaron la curación virológica sostenida**..
- Se identificaron **123 pacientes con sospecha de falla terapéutica**, quienes se encuentran en proceso de evaluación para la selección de un segundo esquema de tratamiento.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 5. Cascada de las personas con mono infección del VHC
Clínicas Especializadas Condesa, 2020–2025



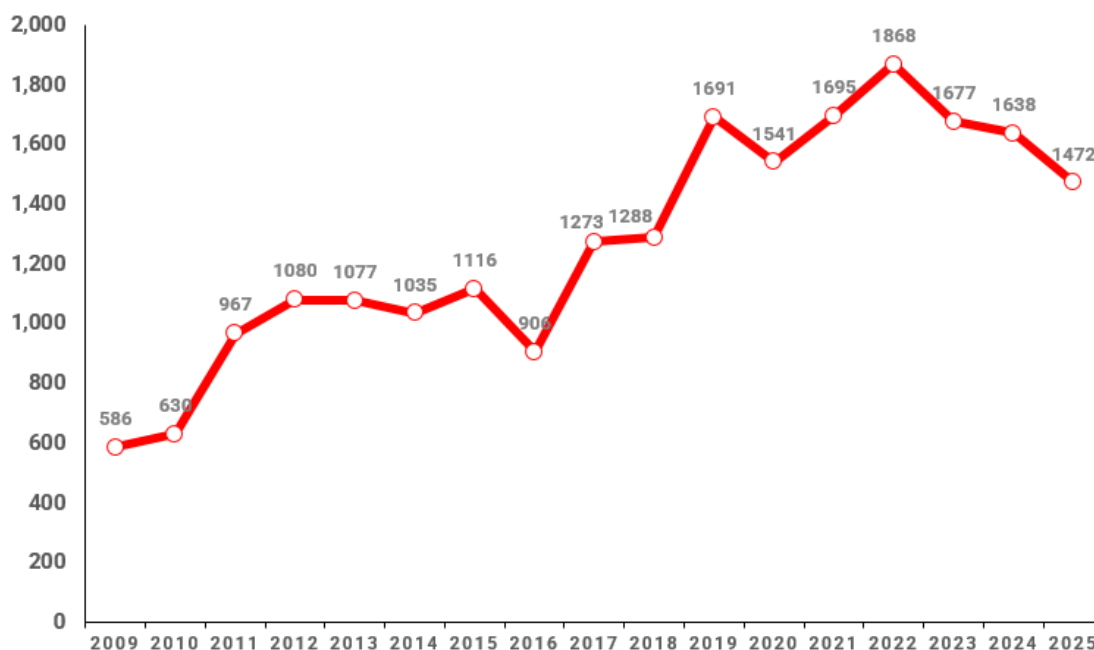
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 31 de diciembre de 2025.

- Durante el periodo de referencia se realizaron **4,110 pruebas** de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección del virus de la hepatitis C (VHC). Como resultado, se identificaron **2,717 personas con infección confirmada**.
- De este grupo, solamente 2,038 personas (**75%**) **fueron vinculadas a tratamiento antiviral**, toda vez que las Clínicas Especializadas Condesa solo proporciona tratamiento a las personas sin afiliación a la seguridad social; quienes cuentan con derechohabiencia fueron referidas a las instituciones correspondientes.
- Entre las personas tratadas, 1,836 (**90%**) **completaron el esquema terapéutico**, y de ellas, 1,556 (**85%**) **alcanzaron la curación virológica sostenida**.
- La **proporción de personas vinculadas a tratamiento** dentro del grupo de mono infectados por VHC representa un **punto crítico en la cascada de atención**. Sin embargo, este resultado se explica porque las personas con derechohabiencia fueron canalizadas a sus respectivas instituciones, donde se desconoce si recibieron o no el tratamiento antiviral.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Personas sobrevivientes de violencia sexual

Figura 6. Personas sobrevivientes a la violencia sexual atendidas en las Clínicas Especializadas Condesa según año, 2009-2025

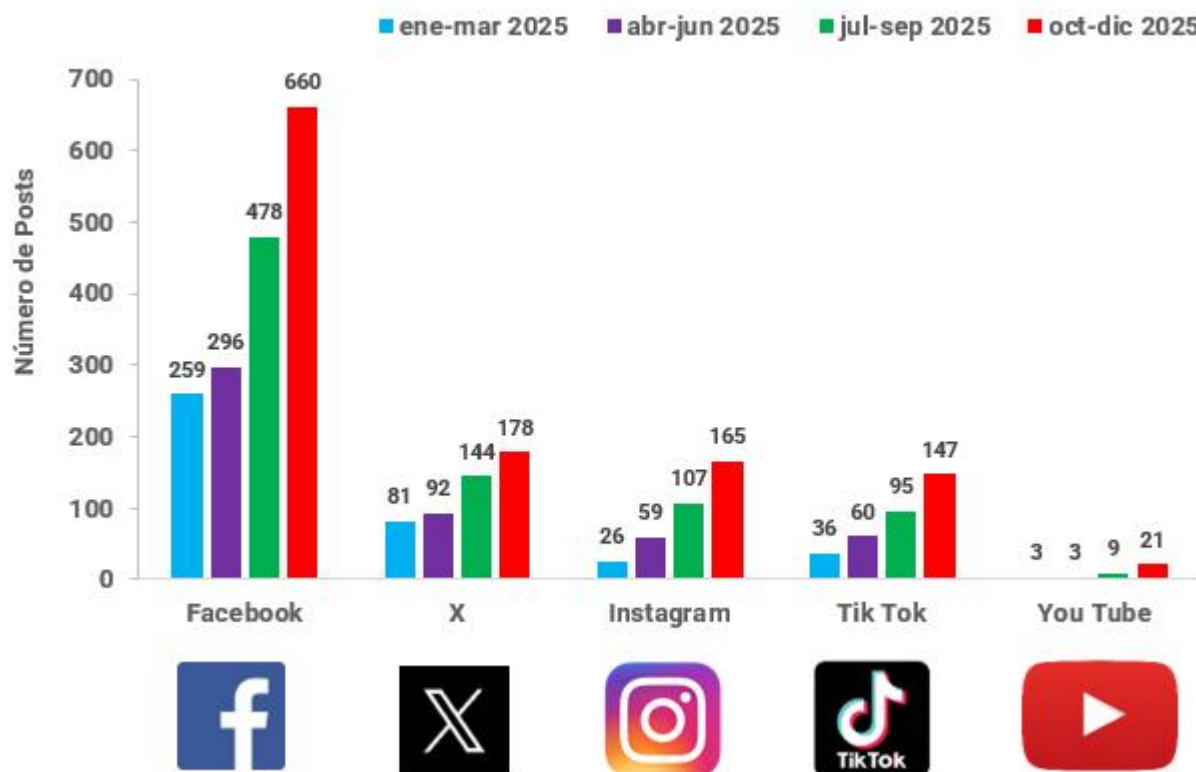


Fuente: Clínicas especializadas Condesa. Datos al 31 de diciembre de 2025.

- En 2008 se creó el **Programa de Prevención, Atención y Seguimiento a Mujeres, Hombres, Niños y Niñas 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 **enero y diciembre de 2025** se atendieron **1,472 personas**, con lo que el acumulado desde 2009 asciende a **21,540 personas**.
- Afortunadamente, el número de personas atendidas ha disminuido de manera sostenida en los **últimos tres años (2022-2025)**, al pasar de 1,868 a 1,472, lo que representa **una reducción del 21%**.

REDES SOCIALES 2025

Figura 7. Publicaciones en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, enero-diciembre de 2025

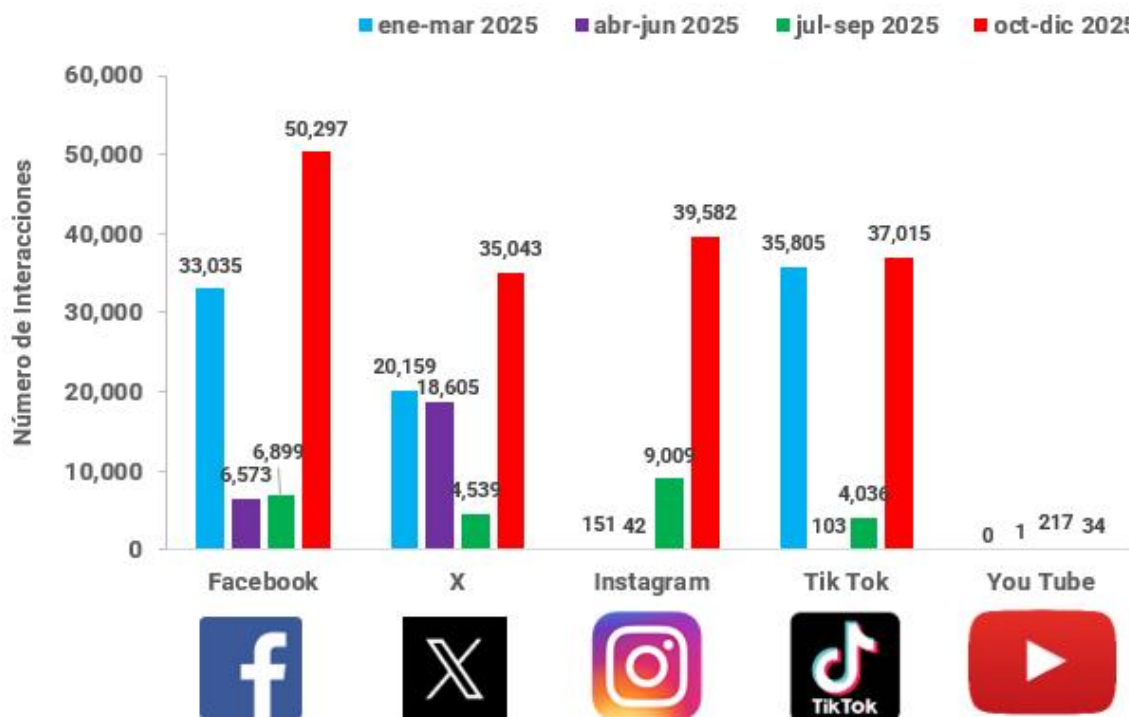


Fuente: Coordinación de Prevención y Promoción de la Salud. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México. Datos al 31 de diciembre de 2025.

- En total, durante 2025 se realizaron **2,919 publicaciones**.
- Entre enero y marzo de 2025 se realizaron **405 publicaciones** en redes sociales, aumentando a **510** entre abril y junio, incrementando a **833** entre julio y septiembre, y llegando a **1,171 publicaciones** de octubre a diciembre de 2025, lo que representa un **incremento del 189.1%** entre el primero y el cuarto trimestre del año.
- La red más utilizada fue **Facebook (56.6% del total de publicaciones)** seguida por X (15.2%), *Instagram* (13.4%), *TikTok* (12.6%) y *YouTube* (1.7%).
- El volumen de publicaciones **creció en todas las plataformas**.

REDES SOCIALES 2025

Figura 8. Interacciones en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, enero-diciembre de 2025



Fuente: Coordinación de Prevención y Promoción de la Salud. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México. Datos al 31 de diciembre de 2025.

- El cuarto trimestre de 2025 tuvo un **aumento del 555% en la interacción global** con 161,971 (*likes*, comentarios, *repuestos*), en comparación al tercer trimestre (24,700 interacciones).
- El alcance de las publicaciones se incrementó en este trimestre un 116% con relación al periodo anterior.
- La creación y difusión de contenido propio predominó con un 62.3% de presencia, seguido de un 22.2% por publicaciones de las asociaciones civiles.
- Durante este periodo, se realizaron las siguientes campañas que alcanzaron un total de **105,683 personas**:
 - *Día Mundial de la Respuesta al VIH*.
 - *Día Mundial de la Salud Mental*.
 - *Semana de los Medicamentos Seguros*.
 - *Día Mundial de la Niñez*.

REDES SOCIALES 2025

Figura 9. Publicaciones acumuladas en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, 2025

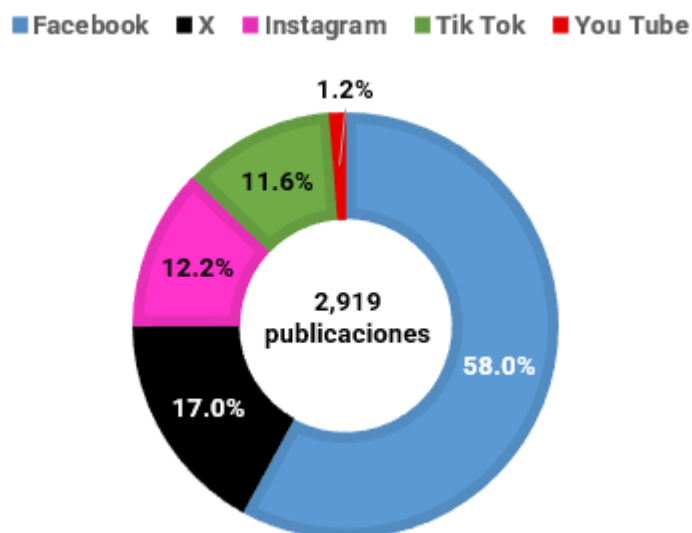
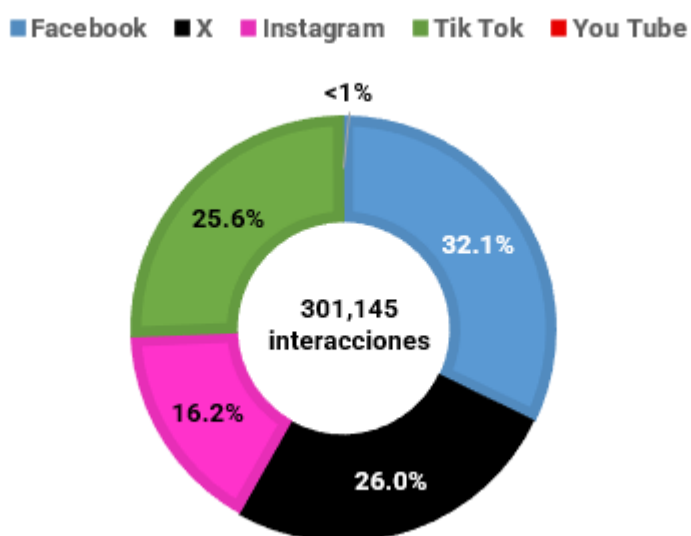


Figura 10. Interacciones acumuladas en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, 2025



Balance anual:

- En 2025 se realizaron **2,919 publicaciones** acumuladas en redes sociales que generaron **301,145 interacciones globales** (suma de “me gusta”, comentarios y reposteos).
- En el acumulado anual 2025, la red más utilizada para difundir las publicaciones fue **Facebook (58.0%)**, seguida por X (17.0%), *Instagram* (12.2%), *TikTok* (11.6%), y *YouTube* (1.2%).
- El mayor número de interacciones se logró en **Facebook (32.1%)**, seguida por X (26.0%), *TikTok* (25.6%), *Instagram* (16.2%) y *YouTube* (<1%).

CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

Día Mundial del Sida

1 de diciembre

En las unidades de salud puedes realizarte la prueba de VIH* y, si lo requieres, recibir tratamiento.

Día Mundial de la Respuesta al VIH

Recuerda que tienes derecho a recibir servicios médicos para la prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH*.

• Consulta médica.
• Pruebas de detección.
• Orientación.
• Educación.
• Condones.
• Tratamiento antirretroviral.
• Profilaxis pre y post exposición (PrEP y PEP).

Vive plenamente con VIH*

No necesitas abandonar las siguientes recomendaciones para cuidar de tu salud:

- Cuida tu alimentación.
- Realiza actividad física.
- Evita las sustancias psicoactivas (cigarrillo, alcohol, etc.).
- Trabaja tus redes de apoyo (amigos, familiares, etc.).
- Asiste a tus citas de seguimiento (laboratorio CD4, carga viral).
- Toma diariamente tu medicamento antirretroviral.

En tu unidad de salud te podrán orientar.

Día Mundial del Sida

#SemanaDeMedicamentosSeguros

Ya está aquí

#MedSafetyWeek

3 - 9 de Noviembre 2025

Salud COFEPRIS

4 maneras que los pacientes pueden ser

1 Hable con su profesional de la salud sobre las posibles reacciones adversas

Salud COFEPRIS

Día Mundial de la Salud Mental

Semana de los Medicamentos Seguros

Hay reconocemos a quienes con ciencia y empatía cuidan la salud

Día Mundial de la Salud Mental

10 de octubre

Clínica Especializada CONDESA

¿TRISTEZA O DEPRESIÓN?

Hay reconocemos a quienes con ciencia y empatía cuidan la salud

CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025



Día Mundial de la Niñez

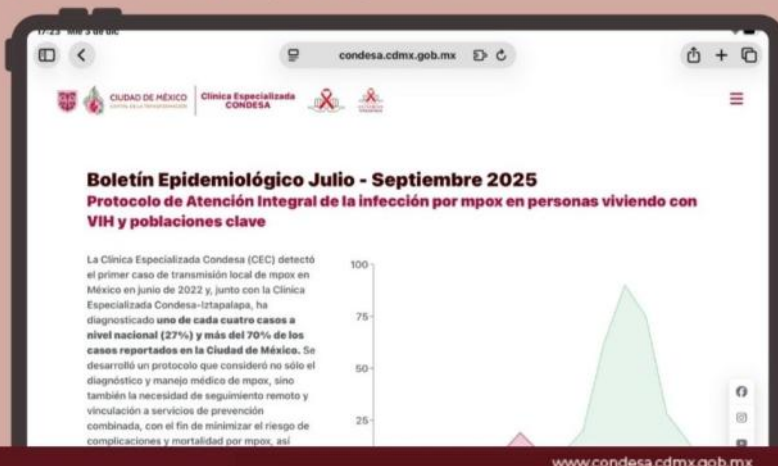


CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

Boletín epidemiológico Volumen III

Consúltalo desde cualquier dispositivo.

<https://condesa.cdmx.gob.mx/blog/boletin>



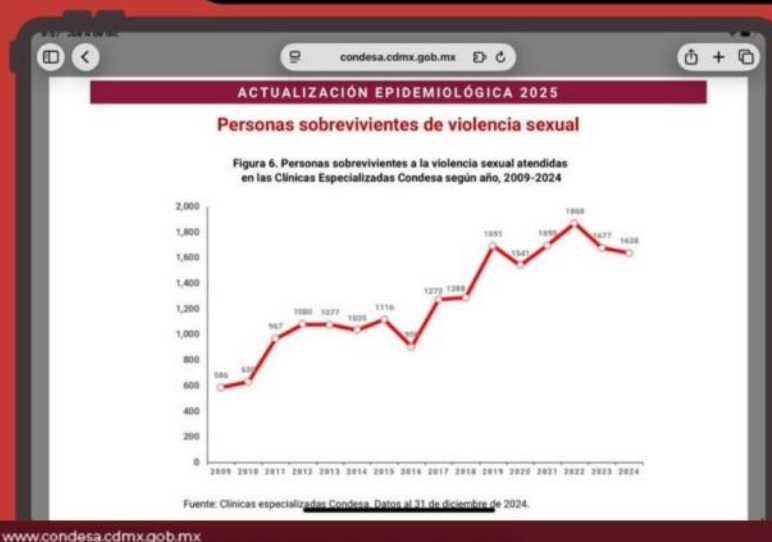
CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Boletín epidemiológico Volumen III

Consúltalo desde cualquier dispositivo.

<https://condesa.cdmx.gob.mx/blog/boletin>



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



NOTICIAS

Décimo Aniversario de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa¹

El 28 de noviembre de 2025 se conmemoró, dentro de sus instalaciones, el décimo aniversario de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa (CEC-I). En el acto protocolar, la Dra. **Nadine Gasman Zylbermann**, Secretaria de Salud Pública de la Ciudad de México, reconoció que este proyecto ha sido resultado del esfuerzo colectivo de múltiples generaciones de profesionales comprometidos con una atención digna, humana y de calidad para las personas con VIH.

Por su parte, el 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, calificó a la CEC-I como una “trinchera frente a la epidemia del VIH”, que ha sostenido su labor pese a limitaciones presupuestales y de recursos. Destacó la coordinación interinstitucional con espacios como las Utopías de Iztapalapa, donde se impulsan acciones conjuntas de prevención del VIH e ITS dirigidas a distintos sectores de la población.

La directora, Dra. **Alexandra Domínguez Sánchez**, subrayó que la CEC-I nació como un anhelo y hoy es una realidad que brinda atención a miles de personas, siempre bajo el principio de una atención “cálida y humana”.

La historia de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa se debe al trabajo multidisciplinario de profesionales de la salud, instituciones, asociaciones civiles y otros aliados, quienes han consolidado un modelo de atención centrado en las personas. Al final de la ceremonia, se realizó la entrega de reconocimientos al personal de salud que ha contribuido con su dedicación, profesionalismo y compromiso al desarrollo de su primer decenio.



El presídium estuvo integrado por el Dr. Luis Gerardo García Demuner, Director de Atención Integral del Censida; la Dra. Nadine Gasman Zylbermann, Secretaria de Salud Pública de la Ciudad de México; el Dr. Jorge Saavedra López, Director Ejecutivo del Instituto de Salud Pública Global de AIDS Healthcare Foundation (AHF); el 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; y la Dra. Alexandra Stella Domínguez Sánchez, Directora de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

¹ Texto basado en: Celebra Clínica Especializada Condesa de Iztapalapa 10 años de brindar atención integral a personas con VIH. SPR Informa. 2025 1 de diciembre. Disponible en: <https://buff.ly/57C2njR>

NOTICIAS



NOTICIAS

Sector Salud firma Acuerdo de Colaboración para el Fortalecimiento de la Respuesta al VIH en México



- Se establecerá un modelo integral que permitirá el intercambio de servicios entre instituciones del sector a medicamentos antirretrovirales, profilaxis preexposición (PrEP) y post exposición (PEP).
- El secretario de Salud anunció que México implementará una vacunación estratégica contra el virus causante de la enfermedad Mpox.

El secretario de Salud del Gobierno de México, David Kershenobich, encabezó la firma del **Acuerdo de Colaboración entre el Sector Salud para el Fortalecimiento de la Respuesta al VIH en México hacia 2026**, que agilizará el acceso entre instituciones del sector a medicamentos antirretrovirales, profilaxis preexposición (PrEP) y postexposición (PEP); creará una plataforma digital de registro y seguimiento, así como protocolos para garantizar continuidad en tratamiento. Además de que se implementará una vacunación estratégica contra el virus causante de Mpox.

Afirmó que “México ha tomado la decisión de implementar la vacuna contra Mpox diseñada especialmente para poblaciones con mayor riesgo de adquirir la infección o desarrollar una enfermedad grave. Será una estrategia de vacunación nacional, escalonada, conforme a evidencia científica y estándares internacionales”.

En el marco del Día Mundial del Sida, el titular de Salud destacó que en este acuerdo participan todas las instituciones públicas del sector, organismos internacionales, sociedad civil y colectivos comunitarios, con un objetivo común: eliminar la fragmentación y garantizar una atención uniforme, continua y universal.

“Hoy damos un paso decisivo para avanzar hacia una república sana, como nos ha encomendado la presidenta Claudia Sheinbaum. Una república donde la salud no solo atiende, sino prevenga”, aseguró.

Además, el secretario de Salud, David Kershenobich, explicó que se establecerá un modelo integral que permitirá el intercambio de servicios entre instituciones como IMSS, ISSSTE, IMSS Bienestar, Pemex, asegurando que cualquier persona, sin importar su adscripción, pueda acceder de forma oportuna y sin barreras administrativas a medicamentos antirretrovirales, PEP y PrEP.

NOTICIAS

Agradeció a la Ciudad de México, la transferencia de la plataforma digital única para registro, seguimiento clínico y fortalecimiento de la atención. También anunció la implementación de protocolos de transferencia sectorial para garantizar la continuidad del tratamiento por hasta 12 meses cuando una persona cambie de sistema de salud.

Por su parte, el director general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Zoé Robledo, anunció cuatro líneas prioritarias de acción de este Instituto en la lucha contra el VIH: ampliar la oferta de PrEP para llegar a todas las unidades de medicina familiar y hospitales rurales; implementar la estrategia PrEP Plus con esquemas de vacunación y prevención combinada; actualizar modelos epidemiológicos para identificar poblaciones clave y fortalecer la capacitación del personal en coordinación con instituciones educativas y organizaciones de la sociedad civil.

El director general del IMSS Bienestar, Alejandro Svarch Pérez, afirmó que la institución a su cargo trabaja en fortalecer el primer nivel de atención para garantizar consejería clara y sin prejuicios, así como ampliar el acceso a pruebas rápidas y diagnósticos oportunos, incluida la profilaxis preexposición (PrEP) en los centros de salud.

Por su parte, el director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Martí Batres Guadarrama, reiteró el compromiso del organismo con la eliminación del VIH y destacó la prevención como clave para trazar una ruta hacia un futuro libre de este virus. También resaltó el impulso del uso del condón, educación sexual, el diagnóstico oportuno y el seguimiento continuo.

En su mensaje, el subsecretario de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional, Ramiro López Elizalde, aseguró que en el Día Mundial del Sida se dio la señal clara de que en México el acceso a la atención en salud ya no dependerá de donde pertenezcas, sino de lo que necesitas.

El subsecretario de Integración Sectorial y Coordinación de Servicios de Atención Médica, Eduardo Clark, aseguró que la atención integral de las personas que viven con VIH, así como la prevención para quienes están en mayor riesgo, sólo será posible si las instituciones trabajan como un bloque unido: “la coordinación permite atender a las personas sin importar cambios laborales, condiciones familiares u otros factores que históricamente han generado barreras administrativas”. puntualizó.

En su participación la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Nadine Flora Gasman Zylberman, destacó que se construye la tercera Clínica Especializada Condesa, en la zona norte de la capital, reafirmando una visión metropolitana que amplía la cobertura y mejora el acceso a servicios especializados en VIH, entre otras infecciones de transmisión sexual.

El director general del Censida, Juan Luis Mosqueda Gómez, destacó la importancia de mantener en el centro a las personas y comunidades, reconociendo la resiliencia de quienes han vivido con VIH y el papel indispensable de las organizaciones civiles:

Añadió que estas acciones van encaminadas a cumplir con los compromisos globales establecidos por la Organización Mundial de la Salud: que 95% de las personas con VIH estén diagnosticadas, 95% de ellas en tratamiento y 95% alcance una carga viral indetectable.

En el evento también estuvieron presentes la secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud para el Bienestar, María Eugenia Lozano Torres; el subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos, Ruy López Ridaura; y el coordinador nacional del Programa Salud Positiva de YAAJ “Transformando Tu Vida A.C.”, Carlos Ignacio Ahedo Rocha.

NOTICIAS



El Centro para la Prevención y la Atención del VIH/sida de la Ciudad de México y las Clínicas Condesa expresan su pésame por el fallecimiento de la Doctora

CARMEN SOLER CLAUDIN

Su liderazgo al frente del Programa (2001 al 2006) estableció las bases del modelo operativo, comunitario y particularmente en el suministro de antirretrovirales. Su visión programática se mantiene vigente.

Descanse en paz.



NOTICIAS

Conoce nuestras:

Ubicaciones, Horarios y Redes Sociales

Encuétranos en:

Clínica Especializada
Condesa Cuauhtémoc

Benjamín Hill 24, Colonia Hipódromo
Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc
CP. 06140, Ciudad de México.

Referencia: cerca del metro
Juanacatlán y Patriotismo, o
metrobús la Salle.

Horario: 7:00 a 20:00 hrs.

Horario Farmacia: 7:00 a 17:30 hrs.

IMPORTANTE

Ambas Clínicas

NO laboran fines de semana y días festivos

Clínica Especializada
Condesa Iztapalapa

"Dr. Jaime Sepúlveda Amor"
Avenida Combate de Celaya sin
número, entre Campaña de Ébano
y Francisco Rivera. Colonia UH
Vicente Guerrero, Alcaldía
Iztapalapa,
CP. 09200, Ciudad de México.

Referencia: Hospital General de
zona 47 IMSS y CETIS 53.

Transporte cercano: metro
Constitución 1917

Horario: 7:30 a 15:30 hrs.

Horario Farmacia: 7:30 a 15:30 hrs.

Servicios GRATUITOS



Síguenos en:

@ClinicasEspecializasCondesa

@clinicacondesamx

@CdmxClinica

@clinicacondesa_oficial

/ClinicaCondesaOficial

/CONDESAITZAPALAPAOFICIAL

/clinicatransocial

/clinicaadherenciaec

Para más información visita:

www.condesa.cdmx.gob.mx



¿Vives en la colonia Doctores, Narvarte, Viaducto o anexas?

La Estación Condesa es un espacio
seguro donde podrás:

- Realizarte pruebas de VIH, Sífilis y Hepatitis C
- Surtir tu tratamiento antirretroviral si tomas Biktarvy o Dovato
- Solicitar y surtir tu PrEP
- Solicitar PEP en las primeras 72 horas de la exposición al VIH

¡Todos nuestros servicios
son gratuitos!

Acude a:



Pilaros Ximena Guzmán, cerca
de la estación Lázaro Cárdenas
de la línea 9 del Metro.
Dr. Andrade 401, Col. Buenos
Aires, Cuauhtémoc, CDMX.



Horario de servicio:
De 09:00 a 16:30 hrs.
Lunes a viernes.

www.condesa.cdmx.gob.mx



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



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



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada
CONDESA



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



Anuncios

Lesiones que podrían desarrollar cáncer

En el mundo se han reportado casos de cáncer en vaginas de mujeres trans.

Parte importante de los procesos de reasignación sexo genérica es la **cirugía de afirmación de género**. Es importante que las mujeres trans con vagina asistan a la **detección oportuna** de lesiones que podrían desarrollar cáncer.

Escanea el QR para agendar una cita.



¡Realízate tus estudios de citología y PCR!



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Anuncios



Módulo VHC

La hepatitis C es una infección viral **silenciosa** que, si no se detecta de forma oportuna, puede causar **cirrosis o cáncer de hígado**.

En las Clínicas Especializadas Condesa contamos con un **Módulo de Hepatitis C**, el cual realiza pruebas para toda la población.

Se recomienda realizar el estudio **una vez al año** para detectar la infección de manera oportuna e iniciar tratamiento. En población con **VIH** se debe repetir cada **6 meses**.

#QuiéreteCuidateYHazteLaPrueba

Anuncios

Videoteca

Las estrategias de prevención y comunicación en las Clínicas Especializadas Condesa se fortalecen con **espacios digitales** para información actualizada.



Conoce nuestra **videoteca**, un espacio donde la información de especialistas en **salud sexual** está a un clic de ti.

Ingresa a

Google



<https://condesa.cdmx.gob.mx/blog/videoteca>

Disfruta de todo el contenido
que tenemos para ti



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



NORMAS PARA AUTORAS Y AUTORES



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

Boletín Sobre VIH/sida de las Clínicas de Especializadas 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 espaciamiento 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

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

Lic. Luis Manuel Arellano Delgado

Subdirector de Atención Comunitaria

Dr. Jesús Abraham Ruíz Flores

Coordinador de Salud Mental

Mtro. Marco Antonio Palet Sánchez

Coordinador de Comunicación y
Promoción de la Salud Sexual

Mtro. Ricardo Román Vergara

Coordinador de Monitoreo de Indicadores

Mtro. Israel Macías González

Coordinador de Prevención de PrEP y App CDMX

C. María Guadalupe González Quintana

Coordinadora Administrativa

Ing. Anel Monserrat Hernández Acosta

Desarrollo y Administración de Sistemas

Clínica Especializada Condesa

Dr. Ubaldo Ramos Alamillo

Director encargado del despacho

Lic. Héctor Avilés Castro

Administrador

Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

Dra. Alexandra Stella Domínguez Sánchez

Encargada

Lic. Osvaldo Hernández Rodríguez

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

