

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° 5 ene-mar de 2026

Secretaría de Salud Pública crea el **Sistema Condesa** para fortalecer la prevención y atención del VIH y sida en la CDMX



Al centro, con chaleco blanco, la Dra. Nadine Gasman Zylbermann, Secretaría de Salud Pública; flanqueada a su izquierda por el Dr. Nick Finkelstein Mizrahi, y a su derecha, por 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. Los acompañan otro personal directivo de las Secretaría de Salud Pública y de las Clínicas Especializadas Condesa.

- La creación del **Sistema Condesa** es una iniciativa diseñada para articular, fortalecer y extender los servicios de salud sexual integral a las 16 demarcaciones territoriales de la capital del país; operará bajo la premisa de "ciudad de 15 minutos", buscando que los servicios de salud sexual estén presentes en espacios como las Utopías y estaciones de salud locales.
- El proyecto retoma la experiencia de 25 años de las Clínicas Especializadas Condesa (CEC). La estrategia incluirá trabajo territorial para identificar infecciones de transmisión sexual (ITS) en comunidades de difícil acceso, como las zonas altas de Magdalena Contreras, Iztapalapa y Tláhuac, entre otras, mediante la colaboración con organizaciones civiles y diversas dependencias del Gobierno local.
- Nace de la convicción de la jefa de Gobierno, Lic. Clara Brugada Molina, de garantizar la prevención en territorios y comunidades vulnerables y marginadas para lograr una generación libre del VIH/sida para el año 2030 en la Ciudad de México.
- La titular de la Secretaría de Salud Pública, doctora Nadine Gasman Zylbermann, anunció el nombramiento del doctor Nick Finkelstein Mizrahi al frente del nuevo Sistema Condesa.

CONTENIDO		Consejo Editorial
En portada	1	Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann Secretaria de Salud Pública de la Ciudad de México
Editorial	3	
# Comunicación	6	Mtro. Mauricio López Manning Encargado de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
Artículos originales	7	Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco Director Ejecutivo encargado del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México
Pensar el sida	23	
Epidemiología	26	Dr. Ubaldo Ramos Alamillo Director encargado del despacho de la Clínica Especializada Condesa
Redes sociales	34	
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 5, enero-marzo de 2026, 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

Un año de retos, trabajo y resultados

El año 2025 marcó una etapa de consolidación y transformación para las Clínicas Especializadas Condesa. Fue un periodo en el que enfrentamos desafíos importantes, pero también un año que confirmó la fortaleza de una institución construida sobre el trabajo colectivo, la innovación permanente y el compromiso con los pacientes y usuarios.

En un contexto de creciente demanda de servicios, mantuvimos como prioridad garantizar la continuidad de la atención y el acceso oportuno a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH, las



Sesión de Coordinación Interinstitucional en la CDMX

infecciones de transmisión sexual y las hepatitis virales. Más allá de las cifras, los resultados alcanzados reflejan el esfuerzo cotidiano de los profesionales que, desde distintos ámbitos, contribuyen a hacer efectivo el derecho a la salud de miles de personas en la Ciudad de México.

Durante 2025, más de 24 mil personas que viven con VIH sin derechohabiencia recibieron atención en nuestras unidades, lo que representó un crecimiento cercano al 10% respecto al año anterior. Asimismo, más del 91% de nuestros pacientes alcanzó una carga viral indetectable, resultado que posicionó a las Clínicas Condesa entre las instituciones con mejor desempeño del país. Detrás de estos indicadores se encuentra una labor constante de acompañamiento clínico, seguimiento terapéutico y atención integral centrada en las necesidades de las personas usuarias.

La respuesta frente a la hepatitis C también mostró avances significativos. Durante este año se diagnosticaron 343 personas, de las cuales el 95% inició tratamiento, reafirmando nuestro compromiso con la detección oportuna y el acceso efectivo a terapias curativas.

La prevención continuó siendo uno de los pilares fundamentales de nuestro modelo de atención. Fortalecimos las estrategias de profilaxis pre y post exposición, ampliamos la cobertura hacia poblaciones clave y consolidamos el trabajo comunitario que ha distinguido históricamente a nuestra institución. Gracias a ello, el número de personas usuarias de PrEP aumentó 49% respecto a 2024, alcanzando más de 17 mil personas protegidas mediante esta estrategia altamente efectiva para la prevención del VIH.

Este crecimiento se acompañó por la expansión de los espacios comunitarios de dispensación de PrEP, que pasaron de ocho a doce puntos de atención. Asimismo, uno de los desarrollos tecnológicos más relevantes impulsados por las Clínicas Condesa, el Sistema de Intervenciones de Prevención (SIP), se transfirió a la Secretaría de Salud Federal a través del CENSIDA para favorecer su implementación en otras entidades del país. Esta decisión representa no solo el reconocimiento al trabajo desarrollado por nuestra institución, sino también una contribución concreta al fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH.

Los esfuerzos preventivos se complementaron con el suministro permanente de pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis C y la distribución continua de condones como parte de las estrategias de prevención combinada. El incremento de 23 % en el número de pruebas reactivas detectadas durante el periodo constituye una muestra de la capacidad institucional para acercar los servicios de detección a las poblaciones que más los necesitan y favorecer diagnósticos más oportunos.

Entre los avances más significativos del año destaca la consolidación de la Estación Condesa Ximena Guzmán, iniciativa integrada al Sistema Público de Cuidados del Gobierno de la Ciudad de México. Este espacio representa una nueva forma de acercar los servicios especializados a la población mediante acciones de prevención, diagnóstico, atención y dispensación de tratamientos en entornos comunitarios.

Su desarrollo forma parte de una visión más amplia que busca ampliar la presencia territorial de los servicios especializados mediante la articulación con los PILARES, las UTOPIÁS y otros espacios comunitarios. Esta estrategia se integra al concepto del *Sistema Condesa*, una propuesta orientada a fortalecer la coordinación institucional, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, colocando siempre a las personas en el centro de las decisiones.

El fortalecimiento de la infraestructura constituyó otro de los ejes prioritarios de trabajo. Gracias al respaldo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México fue posible gestionar una inversión histórica cercana a los 60 millones de pesos para equipamiento médico y de laboratorio, mantenimiento, mobiliario e infraestructura. Estas acciones permitirán contar con espacios más seguros, modernos y funcionales para las personas usuarias y para el personal que diariamente brinda atención.

La construcción de servicios más incluyentes y libres de discriminación también avanzó de manera importante. Se garantizó el suministro continuo de medicamentos hormonales para personas trans y se fortalecieron los mecanismos de seguimiento para la entrega de medicamentos en espacios comunitarios que ofrecen PrEP. Asimismo, se impulsaron acciones para facilitar el acceso al tratamiento antirretroviral de personas con derechohabencia en otras instituciones de salud, contribuyendo a reducir barreras administrativas y favorecer la continuidad de la atención.



Equipo "Condesa Contigo", con camisetas verdes, junto a directivos de las CEC

Bajo esta misma lógica de solidaridad institucional, las Clínicas Condesa brindaron apoyo a diversas instituciones federales y programas estatales que enfrentaron periodos de desabasto de medicamentos, consolidando un modelo de colaboración que coloca las necesidades de las personas por encima de las fronteras administrativas. Esta capacidad de respuesta fortalece nuestro papel como referente nacional en la atención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Los avances alcanzados durante el año también fueron posibles gracias a la estrecha colaboración con organizaciones comunitarias, instituciones académicas, dependencias gubernamentales y organismos nacionales e internacionales. Estas alianzas continúan siendo fundamentales para ampliar el alcance de las intervenciones, generar evidencia, intercambiar experiencias y contribuir al diseño de políticas públicas más efectivas.

Con el propósito de fortalecer nuestra capacidad operativa y ampliar la atención a poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, se implementó la estrategia de Apoyo Social para el Alcance Comunitario. Este esfuerzo permitió consolidar el programa "Condesa Contigo", orientado al acompañamiento integral de las personas usuarias mediante una atención libre de estigma y discriminación.

A través de este programa fortalecimos el trabajo con poblaciones clave, incluyendo personas trans, trabajadoras sexuales, personas usuarias de sustancias psicoactivas,

personas en situación de calle, personas privadas de la libertad y personas en movilidad. Cada una de estas acciones responde a una convicción fundamental: la salud pública solo puede ser verdaderamente efectiva cuando logra llegar a quienes históricamente han enfrentado mayores barreras de acceso.

El año 2025 tuvo además un significado especial para nuestra historia institucional. Celebramos el vigésimo quinto aniversario de la Clínica Especializada Condesa y el décimo aniversario de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa. Estos hitos representan mucho más que una conmemoración; constituyen una oportunidad para reconocer el trabajo de generaciones de profesionales que han contribuido a construir uno de los modelos de atención más importantes del país en materia de VIH y salud sexual.

Nuestro reconocimiento es para todas las personas que forman parte de esta historia: personal médico, de enfermería, laboratorio, farmacia, trabajo social, consejería, administración, promoción de la salud, sistemas y muchas otras áreas cuyo compromiso cotidiano hace posible cada uno de los logros alcanzados.

Como parte de este proceso de consolidación institucional, durante 2025 se creó el *Boletín Trimestral sobre VIH, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de las Clínicas Especializadas Condesa*. Este espacio nace con el propósito de fortalecer la vigilancia epidemiológica, difundir evidencia científica y contribuir a la generación de conocimiento para la toma de decisiones en salud pública.

Los resultados alcanzados durante este año nos permiten mirar hacia el futuro con optimismo, pero también con responsabilidad. Persisten desafíos importantes y nuevas metas por alcanzar. Sin embargo, contamos con una base sólida: una institución con experiencia, un equipo comprometido y una visión clara de hacia dónde queremos avanzar.

La historia de las Clínicas Especializadas Condesa ha demostrado que los grandes cambios son posibles cuando existe convicción, trabajo colectivo y compromiso con las personas. Con esa misma convicción seguiremos fortaleciendo nuestros servicios, impulsando la innovación y ampliando las oportunidades de acceso a la salud para todas las personas, especialmente para aquellas que históricamente han enfrentado mayores condiciones de desigualdad y exclusión.

Porque garantizar el derecho a la salud no es únicamente una responsabilidad institucional: es la razón que da sentido a nuestro trabajo cotidiano y el compromiso que seguirá guiando nuestro camino en los años por venir.



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

Comunicación digital: una herramienta estratégica para la salud pública

Marco Antonio Palet Sánchez

Coordinador de Comunicación y Promoción de la Salud Sexual

En la respuesta contemporánea al VIH, la comunicación ya no puede entenderse únicamente como un mecanismo de difusión institucional. Hoy constituye una herramienta estratégica de salud pública que contribuye a informar, prevenir, vincular y acompañar a las personas a lo largo de la ruta de atención.

Las plataformas digitales de las Clínicas Especializadas Condesa se han consolidado como un espacio permanente de comunicación con la comunidad y con quienes siguen nuestros contenidos, permitiendo acercar información basada en evidencia científica a cientos de miles de personas dentro y fuera de la Ciudad de México. A través de redes sociales, campañas digitales, materiales audiovisuales y estrategias de comunicación comunitaria, se difunden mensajes sobre prevención combinada, pruebas de detección, tratamiento antirretroviral, PrEP, PEP, adherencia terapéutica, educación en salud sexual y derechos humanos.

Más allá de los indicadores de alcance o interacción, la comunicación digital cumple una función sustantiva: facilitar el acceso a los servicios de salud. Con frecuencia, las publicaciones institucionales representan el primer contacto entre una persona y las Clínicas Condesa, despertando el interés por realizarse una prueba de VIH, atender una infección de transmisión sexual, solicitar consejería especializada o incorporarse a programas de prevención. De igual forma, las plataformas digitales fortalecen las jornadas de detección en territorio, amplían la participación comunitaria y contribuyen a difundir las actividades de promoción de la salud sexual desarrolladas por las clínicas y sus organizaciones aliadas.

En un contexto donde la desinformación circula con rapidez, contar con canales institucionales referentes y confiables permite ofrecer orientación oportuna y contrarrestar mitos relacionados con el VIH, las infecciones de transmisión sexual y los tratamientos disponibles. Esta labor adquiere especial relevancia para poblaciones clave, personas jóvenes y quienes enfrentan barreras sociales, culturales o geográficas para acceder a información de calidad.

La experiencia de las Clínicas Especializadas Condesa confirma que la comunicación estratégica puede convertirse en un puente efectivo entre la información y la acción. Cuando una persona decide realizarse una prueba, iniciar PrEP, adherirse a su tratamiento o acudir a consulta después de haber recibido información en nuestras plataformas, la comunicación deja de ser únicamente un proceso informativo para convertirse en una intervención que contribuye directamente a la prevención, la atención y el control del VIH.

Además de sus beneficios sociales y sanitarios, la comunicación en salud genera valor para los sistemas de atención. Facilitar el acceso temprano a la prevención, promover la adherencia terapéutica y favorecer el uso oportuno de servicios especializados contribuye a optimizar recursos y fortalecer el impacto de las intervenciones de salud pública.

Por ello, fortalecer las estrategias de comunicación y promoción de la salud sexual representa una inversión estratégica para la Ciudad de México: amplía el alcance de los servicios, acerca a las personas a la atención y contribuye a una respuesta más efectiva, incluyente y basada en evidencia frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual

ARTÍCULOS ORIGINALES

Reducción de desigualdades geográficas en el acceso a servicios de VIH mediante infraestructura comunitaria: evidencia espacial desde la Ciudad de México

Eduardo López Ortiz¹, Daniela Tapia Trejo¹, Jessica Monreal-Flores¹, Margarita Matías-Florentino¹, Manuel Adrián Becerril Rodríguez¹, Silvia del Arenal Sanchez¹, Ricardo Alcántara Morales², Estefanía Feregrino Espinoza², Teresa Farias Delgado², Verónica Ruiz González², Claudia García Morales¹, Santiago Ávila Ríos¹

¹Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"; ²Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc.

Introducción: El acceso geográfico a los servicios de prevención y atención del VIH constituye un determinante social importante para su utilización oportuna. En la Ciudad de México, la atención especializada se concentra principalmente en las Clínicas Especializadas Condesa (CEC), lo que puede generar desigualdades territoriales en el acceso. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal con información de 7,158 personas diagnosticadas con VIH residentes de la Ciudad de México entre 2019 y 2024. Se integraron datos epidemiológicos, moleculares y geográficos para analizar la distribución territorial de los casos, la coincidencia espacial entre grupos poblacionales y las distancias entre el lugar de residencia y los servicios de atención. Se comparó el modelo actual de atención con un escenario hipotético basado en la infraestructura comunitaria de los PILARES. **Resultados:** La distribución de los casos mostró una marcada heterogeneidad territorial, con una concentración importante en determinadas alcaldías. Se identificaron patrones espaciales diferenciados entre grupos poblacionales y entre personas pertenecientes a clústeres de transmisión. En el modelo actual, la distancia mediana a los servicios fue de aproximadamente 6–7 km. En el escenario basado en PILARES, la distancia mediana se redujo a menos de 1 km en todos los grupos analizados. **Conclusiones:** La integración de análisis epidemiológicos, moleculares y espaciales permitió identificar desigualdades geográficas en el acceso a los servicios relacionados con el VIH. Los resultados sugieren que el aprovechamiento de infraestructura comunitaria existente podría contribuir a reducir barreras geográficas y favorecer una distribución más equitativa de los servicios.

Palabras clave: Infecciones por VIH; accesibilidad a los servicios de salud; sistemas de información geográfica; epidemiología molecular; equidad en salud.

Introducción

El acceso oportuno a los servicios de prevención, diagnóstico y atención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye un componente fundamental para el control de la epidemia.

En los últimos años ha habido avances importantes en el diagnóstico, el tratamiento antirretroviral y las estrategias de prevención. Sin embargo, no todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder a estos servicios. Factores como el lugar donde viven, la distancia que deben recorrer y la forma en que están organizadas las clínicas pueden marcar una diferencia importante.^{1–4}

Diversos estudios han mostrado que la distancia física y el tiempo de traslado siguen siendo barreras reales para muchas personas, incluso en ciudades con amplia cobertura de servicios de salud. Cuando una clínica queda lejos, el diagnóstico puede retrasarse, el inicio del tratamiento puede demorarse y algunas personas pueden abandonar el seguimiento médico.^{5–7} Estas dificultades suelen afectar más a quienes viven en zonas periféricas o con menor disponibilidad de servicios especializados.⁸

En las grandes ciudades, los servicios de salud tienden a concentrarse en ciertas zonas, generalmente

por razones históricas. Esto puede generar diferencias dentro de la misma ciudad: mientras algunas personas tienen una clínica cercana, otras deben desplazarse largas distancias. Hoy en día, el uso de herramientas de análisis geográfico permite visualizar estas desigualdades y evaluar posibles soluciones.⁹⁻¹²

En la Ciudad de México, la atención especializada del VIH se ha concentrado principal e históricamente en las dos Clínicas Especializadas Condesa (CEC), localizadas en las alcaldías Cuauhtémoc e Iztapalapa, respectivamente. Estas clínicas ofrecen servicios integrales de prevención y diagnóstico universal, sin importar si la persona tiene o no seguridad social, además del tratamiento contra el VIH y seguimiento clínico para las personas sin seguridad social. Este modelo ha permitido consolidar experiencia y calidad en la atención. Sin embargo, también implica que muchas personas deben trasladarse desde otras alcaldías más alejadas a las CEC para recibir los servicios que necesitan.

Durante los últimos años, el gobierno de la Ciudad de México ha desarrollado la red de Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes (PILARES), espacios comunitarios distribuidos en distintas alcaldías, cuyo objetivo es acercar servicios educativos, culturales y de bienestar a la población.

En este contexto, entre prestadores de servicios de atención y autoridades de salud surgió una pregunta importante: ¿podría una estrategia basada en infraestructura comunitaria contribuir a reducir las barreras geográficas de acceso a los servicios de VIH?

Para responder esta pregunta, en este estudio se analizó si la utilización de algunos PILARES, como puntos complementarios de atención, podría disminuir las distancias que las personas deben recorrer en comparación con el modelo actual centralizado en las CEC. También se exploró si existen diferencias en el acceso según la edad, el tipo de riesgo y otras características, con el fin de identificar en qué poblaciones y territorios una estrategia más cercana a la comunidad podría tener mayor impacto.

Métodos

Diseño del estudio y población de análisis. Se realizó un estudio observacional de corte transversal

utilizando información de personas con un diagnóstico reciente de VIH, que recibieron atención en las Clínicas Especializadas Condesa (CEC) entre julio de 2019 y diciembre de 2024, con residencia reportada en la Ciudad de México y con información suficiente para realizar los análisis geográficos y moleculares correspondientes.

Después de recibir su diagnóstico y firmar un consentimiento informado, las personas participantes respondieron un cuestionario con información demográfica, conductual y proporcionaron una muestra de sangre que fue enviada al Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), adscrito al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER), en donde se realizaron los estudios clínicos y moleculares.

Variables analizadas. Las personas participantes fueron clasificadas de acuerdo con características demográficas, clínicas, conductuales, moleculares y geográficas de interés, incluyendo edad, sexo, identidad de género, categoría de exposición sexual, uso de cristal intravenoso (metanfetamina), infección reciente y pertenencia a algún clúster de transmisión

Para los análisis territoriales se consideraron cuatro subgrupos poblacionales: hombres que tienen sexo con hombres (HSH); hombres heterosexuales; mujeres cisgénero; y mujeres trans.

Análisis molecular. De los estudios moleculares, se obtuvo la secuencia genética del VIH. A partir del análisis de la secuencia genética del virus se identificaron grupos de personas cuyos virus eran muy similares entre sí. Cuando dos o secuencias virales presentan una elevada similitud genética, pueden agruparse en clústeres moleculares que sugieren la existencia de vínculos epidemiológicos dentro de una misma cadena de transmisión.¹³ A estos grupos se les conoce como *clústeres moleculares*. En este estudio, se consideró que pertenecer a un clúster podía indicar transmisión reciente dentro de una red activa, lo que permitió enfocar el análisis en poblaciones donde el virus podría estar circulando con mayor intensidad.

También se identificaron personas con infección reciente mediante una prueba especial que permite estimar si la infección ocurrió en los últimos meses. Esta información es útil porque ayuda a entender dónde se están produciendo nuevas transmisiones

y aporta una aproximación a la incidencia reciente dentro de los casos diagnosticados.

Análisis geográfico. Los domicilios reportados por las personas participantes fueron georreferenciados y asignados a colonias y alcaldías de la Ciudad de México. Posteriormente se describió la distribución espacial de los casos según grupo poblacional, edad, pertenencia a clústeres de transmisión y uso de cristal.

Con el fin de explorar el grado de coincidencia territorial entre distintos grupos poblacionales, se identificaron las colonias compartidas y exclusivas para cada categoría analizada. Adicionalmente, se calculó el *índice de Jaccard* como medida de similitud espacial entre grupos. Este índice toma valores entre 0 y 100, donde valores más elevados indican una mayor coincidencia territorial entre las áreas de residencia de los grupos comparados.

Análisis de acceso geográfico a servicios. Se evaluó el acceso geográfico a los servicios mediante la estimación de la distancia entre el lugar de residencia reportado y el punto de atención más cercano. Se analizaron dos escenarios:

1. El modelo actual, centralizado, basado en el acceso a través de las CEC.
2. Un escenario alternativo, descentralizado, en el que se consideró la posibilidad del acceso a una red hipotética integrada por las unidades PILARES distribuidas en la Ciudad de México.

Las distancias se calcularon en línea recta entre el domicilio reportado y el centro de atención más cercano. Posteriormente, se compararon las distancias promedio y la variación entre distintos grupos de edad, tipos de riesgo y otras características.

Debido a que la información geográfica detallada solo estuvo disponible para una parte de las personas residentes en la Ciudad de México, los análisis de distancia se realizaron únicamente en ese subconjunto.

Comparación entre grupos. Para evaluar si existían diferencias en las distancias recorridas, se compararon los valores entre distintos grupos de interés epidemiológico (menores de 25 años, personas con infección reciente del VIH y personas que usan cristal). También se comparó directamente cuánto cambiaría la distancia al pasar del modelo centralizado al modelo basado en PILARES.

Además, se analizó si los distintos subgrupos de análisis residían en las mismas colonias o en territorios distintos. Para ello, se calculó el porcentaje de coincidencia entre las colonias donde vivían los diferentes grupos. Este análisis permitió identificar colonias compartidas por varios grupos y colonias donde predominaba un solo subgrupo, lo que aporta información adicional sobre posibles focos territoriales de transmisión.

Resultados

¿Quiénes participaron en el estudio?

Se analizaron 7,158 personas diagnosticadas con VIH entre julio de 2019 y diciembre de 2024 que residían en la Ciudad de México al momento del diagnóstico. La mayoría fueron hombres cisgénero que tienen sexo con hombres (81.0%). El resto correspondió a hombres heterosexuales (9.0%), mujeres cis (6.6%) y mujeres trans (3.3%) ([Tabla I](#)).

En cuanto a la edad, la distribución fue equilibrada: alrededor de una cuarta parte tenía 25 años o me-

Tabla I. Características de las personas con VIH incluidas en el estudio, según subgrupos de análisis

Subgrupos	Total (%) n = 7,158	Personas en cluster (%) ^a n = 3,962	Personas <25 años (%) ^a n = 2,061	Personas con infección reciente (%) ^a n = 646	Usuarios de cristal inyectado (%) ^a n = 507
HSH ^b cis	6,311 (81.0)	3,361 (84.8)	1,801 (87.4)	575 (89.0)	450 (88.8)
Hombres heterosexuales	74 (9.0)	282 (7.1)	107 (5.2)	26 (4.0)	26 (5.1)
Mujeres cis	515 (6.6)	196 (4.9)	89 (4.3)	25 (3.9)	11 (2.2)
Mujeres trans	258 (3.3)	123 (3.1)	64 (3.1)	20 (3.1)	20 (3.9)

^a Las proporciones se reportan por columna. ^b HSH= hombres que tienen sexo con hombres.

nos, otra cuarta parte entre 26 y 30 años, una proporción similar entre 31 y 36 años, y una quinta parte tenía 37 años o más.

Aproximadamente la mitad de las personas formaba parte de algún *clúster* identificado por análisis genético del virus. Cerca del 9% tenía infección reciente del VIH y el 7% reportó uso de cristal. En estos subgrupos, los hombres cis que tienen sexo con hombres representaron la mayoría de los casos (Tabla I).

Distribución por alcaldía

Los casos se distribuyeron de manera desigual entre las alcaldías de la ciudad (Figura 1). Iztapalapa concentró el mayor número de personas incluidas en el estudio, seguida por Cuauhtémoc y Gustavo A. Madero. En contraste, alcaldías como Milpa Alta, Cuajimalpa y La Magdalena Contreras registraron

los menores números de casos. Esto muestra que la epidemia no se distribuye de forma uniforme dentro de la ciudad, sino que presenta concentraciones territoriales específicas (Figura 1).

¿Viven los distintos grupos en las mismas colonias?

Se utilizó el *índice de Jaccard* para conocer que tanto coinciden las colonias donde viven los participantes de los grupos que analizamos. Un *índice de Jaccard* alto indica coincidencia alta. Al comparar las colonias donde viven las personas de los diferentes subgrupos de análisis, se observó que estos no siempre viven en las mismas colonias, la coincidencia territorial fue en general de baja a moderada (Tabla II).

La mayor coincidencia de vivir en las mismas colonias se observó entre hombres heterosexuales y

Figura 1. Distribución de casos de VIH por alcaldía, año y subgrupos de análisis, 2019-2024

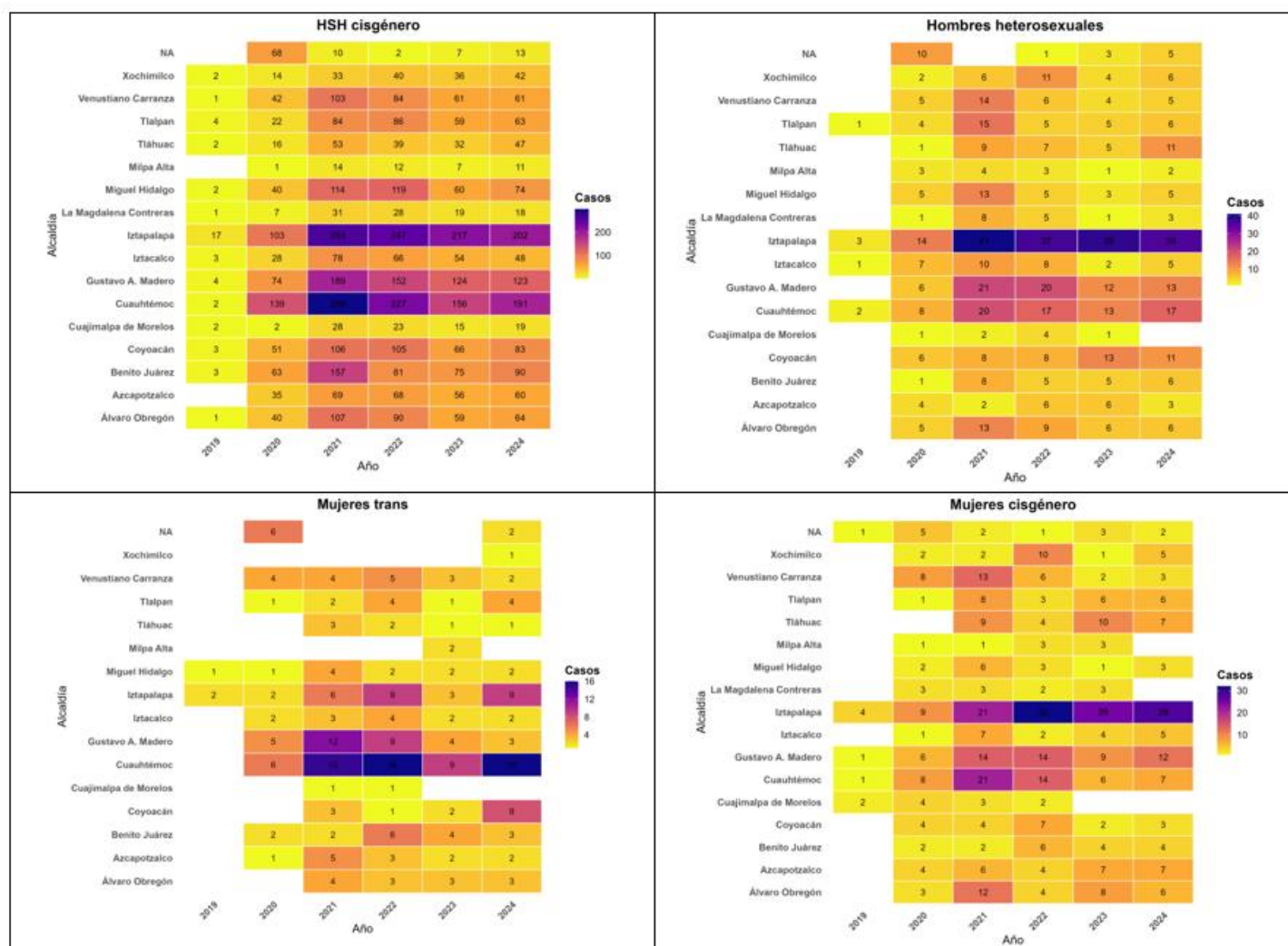


Tabla II. *Índice de Jaccard* estimado para colonias de diferentes subgrupos de población

Riesgo sexual	Personas en cluster (%)	Personas <25 años (%)	Personas con infección reciente (%) ^a	Usuarios de cristal inyectado (%)
HSH – Hombres heterosexuales	19.9**	10.1*	4**	2.300
HSH – Mujeres trans	8.8	6.3	2	3.9**
HSH – Mujeres cis	13.4*	8.3	3.2*	1.800
Hombres heterosexuales – mujeres trans	12.9	10.7**	2.3	2.6*
Hombres heterosexuales – Mujeres cis	23.7***	15.2***	12.2***	0.000
Mujeres trans – Mujeres cis	10.9	7	2.7	9.1***

^a Los *índices de Jaccard* más altos se muestran con más asteriscos. Dato obtenido por un algoritmo que incluye una prueba de avidez de anticuerpos, infección reciente significa que la persona tiene aproximadamente 130 días o menos de haber contraído la infección por VIH.

Tabla III. Número de colonias compartidas y exclusivas por subgrupos en las 16 alcaldías de la CDMX

Alcaldía	Número de colonias por alcaldía según INEGI	Compartida entre diferentes grupos sexuales n (%)	Exclusiva HSH n (%)	Exclusiva hombres heterosexuales n (%)	Exclusiva mujeres cis n (%)	Exclusiva mujeres trans n (%)
Azcapotzalco	86	15 (17.44)	42 (48.83)	3 (3.48)	5 (5.81)	1 (1.16)
Benito Juárez	53	14 (26.41)	27 (50.94)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Coyoacán	96	18 (18.75)	47 (48.95)	2 (2.08)	1 (1.04)	0 (0.00)
Cuajimalpa de Morelos	44	7 (15.90)	14 (31.81)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Cuauhtémoc	33	24 (72.72)	15 (45.45)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Gustavo A. Madero	176	26 (14.77)	95 (53.97)	3 (1.70)	1 (0.56)	3 (1.70)
Iztacalco	38	11 (28.94)	20 (52.63)	1 (2.63)	0 (0.00)	1 (2.63)
Iztapalapa	193	61 (31.60)	101 (52.33)	2 (1.03)	1 (0.51)	2 (1.03)
La Magdalena Contreras	39	6 (15.38)	23 (58.97)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Miguel Hidalgo	82	13 (15.85)	33 (40.24)	1 (1.21)	0 (0.00)	0 (0.00)
Milpa Alta	12	6 (50.00)	11 (91.66)	0 (0.00)	1 (8.33)	0 (0.00)
Tlalpan	146	17 (11.64)	52 (35.61)	0 (0.00)	2 (1.36)	3 (2.05)
Tláhuac	64	17 (26.56)	31 (48.43)	1 (1.56)	3 (4.68)	1 (1.56)
Venustiano Carranza	67	18 (26.86)	31 (46.26)	1 (1.49)	1 (1.49)	0 (0.00)
Xochimilco	100	14 (14.00)	36 (36)	3 (3.00)	1 (1.00)	0 (0.00)
Álvaro Obregón	219	20 (9.13)	81 (36.98)	4 (1.82)	0 (0.00)	3 (1.36)
Total	1,448	287 (19.82)	659 (45.51)	21 (1.45)	16 (1.10)	14 (0.96)

mujeres cis (en la tabla aparecen con tres asteriscos). En cambio, las mujeres trans tendieron a residir en colonias menos compartidas con otros grupos, particularmente con hombres que tienen sexo con hombres (Tabla III).

Los casos entre personas pertenecientes a clústeres genéticos de transmisión se registraron en 997 colonias (es decir, el 68.9% de las 1,448 colonias de

la CDMX), distribuidas en las 16 alcaldías. Del total de colonias de la CDMX, se identificaron 893 colonias (61.7% del total) con al menos un caso entre hombres cis que tienen sexo con hombres (HSH), 204 colonias (14.1%) asociadas a hombres heterosexuales, 140 colonias (9.7%) con casos en mujeres cis y 94 colonias (6.5%) con casos en mujeres trans (Tabla III).

Del total de colonias de la CDMX, 287 (19.82%) presentaron casos en uno o más subgrupos de análisis, mientras que 710 (49.02%) fueron colonias exclusivas de un solo grupo. Las colonias exclusivas se concentraron principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con 659 colonias (45.51% del total), seguidas por colonias exclusivas de hombres heterosexuales (21 colonias, .45%), mujeres cis (16, 1.10%) y mujeres trans (14, 0.96%). (Tabla III).

La distribución de colonias exclusivas y compartidas mostró heterogeneidad entre alcaldías; por ejemplo, Azcapotzalco, donde el 5.81% de sus colonias tuvo casos exclusivamente de mujeres cis, mientras que ese porcentaje fue menor en los hombres cis heterosexuales (3.48%) y mujeres trans (1.16%) evidenciando patrones espaciales diferenciados de la epidemia según los subgrupos de análisis.

Los datos anteriores sugieren que distintos subgrupos pueden concentrarse en territorios específicos, lo que tiene implicaciones para la planeación de intervenciones focalizadas.

Distancias a los servicios: modelo actual vs. modelo con PILARES

En el modelo actual, basado en las CEC, las personas recorren en promedio entre 6 y 7 kilómetros para acceder a servicios de atención del VIH. No se observaron diferencias importantes entre los distintos subgrupos: todos enfrentan distancias similares (Tabla IV). Sin embargo, al analizar por edad, se encontraron diferencias. Las personas más jóvenes tienden a vivir más lejos de las CEC en comparación con algunos grupos de mayor edad.

Cuando se simuló un escenario en el que los servicios también pudieran ofrecerse a través de los PILARES, la distancia promedio se redujo de manera considerable, a menos de 1 kilómetro en la mayoría de los casos (Tabla IV). Además, las diferencias por edad que se observaban en el modelo centralizado desaparecieron en este escenario descentralizado. Esto indica que un modelo basado en infraestructura comunitaria podría no solo reducir la distancia que las personas deben recorrer, sino también disminuir desigualdades existentes.

Comparación directa entre ambos escenarios

Al comparar para cada persona la distancia que recorrería en el modelo actual frente al modelo basado en PILARES, se observó una reducción consistente y marcada en todos los subgrupos analizados. Esta reducción fue evidente independientemente del tipo de riesgo sexual, la edad, la pertenencia a un grupo de transmisión o el uso de cristal.

En términos prácticos, esto significa que acercar los servicios a espacios comunitarios distribuidos en la ciudad podría disminuir de manera importante las barreras geográficas para acceder a la atención del VIH.

Discusión

El análisis por alcaldía y grupo de riesgo mostró que la epidemia de VIH no se distribuye de manera uniforme en la Ciudad de México. Destaca de forma constante la alcaldía Gustavo A. Madero (Figura 1), que concentró un número importante de casos en todos los grupos analizados. Este patrón sostenido en el tiempo sugiere que existen condiciones sociales y territoriales que continúan favoreciendo la transmisión en esta zona, lo que refuerza la necesidad de intervenciones focalizadas y continuas, más allá de estrategias generales para toda la ciudad.

Un hallazgo relevante fue que en los años más recientes del periodo analizado no se registraron casos en mujeres cis y mujeres trans en algunas alcaldías, mientras que los casos en hombres cis y hombres que tienen sexo con hombres continuaron presentes. Esta diferencia no debe interpretarse automáticamente como una disminución real del riesgo. Por el contrario, puede reflejar brechas en la vigilancia epidemiológica o en la búsqueda activa de casos en poblaciones históricamente menos visibles dentro de la respuesta al VIH. En este sentido, los resultados sugieren la necesidad de reforzar estrategias de detección y acceso en territorios específicos donde la ausencia de casos podría estar relacionada con barreras de acceso más que con ausencia de transmisión.¹⁴⁻¹⁶

La dinámica observada confirma que la epidemia en la ciudad no es única ni homogénea, sino que está compuesta por diversas epidemias dinámicas que ocurren en paralelo y se entrecruzan entre sí. El crecimiento sostenido de casos en hombres que tienen sexo con hombres en la mayoría de las alcaldías, la importancia relativa de Tlalpan para mujeres trans,

Tabla IV. Comparación de las distribuciones de las distancias recorridas bajo los escenarios centralizado y descentralizado.

	Distancia en km a las CEC: mediana (p25-p75)	Distancia en km a los PILARES: mediana (p25-p75)
Grupos de análisis		
HSH Cis	6.48 (4.18-9.86)	0.82 (0.52-1.20)
Hombres heterosexuales	6.80 (4.56-11.2)	0.78 (0.55-1.08)
Mujeres cis	6.89 (4.47-11.3)	0.81 (0.52-1.13)
Mujeres trans	6.19 (4.17-8.65)	0.79 (0.53-1.06)
	p = 0.067	p = 0.415
Grupos de edad		
<25	6.91 (4.59-11.1)	0.78 (0.47-1.13)
26-30	6.58 (4.30-10.2)	0.81 (0.53-1.17)
31-36	6.37 (4.16-9.61)	0.82 (0.54-1.20)
>37	6.13 (3.93-9.14)	0.83 (0.55-1.20)
	p < 0.001	p = 0.023
Uso de cristal intravenoso		
No	6.54 (4.22-10.2)	0.81 (0.52-1.17)
Si	6.54 (4.35-9.49)	0.83 (0.47-1.13)
	p = 0.93	p = 0.947
Personas en clusters		
En cluster	6.72 (4.44-10.5)	0.81 (0.52-1.17)
No en cluster	6.37 (4.16-9.61)	0.82 (0.52-1.17)
	p = 0.005	p = 0.774

En negritas, $p < 0.05$

el peso de Gustavo A. Madero en mujeres cis y hombres cis, y el hallazgo de alcaldías como Álvaro Obregón y Azcapotzalco con colonias predominantemente asociadas a ciertos subgrupos, muestran que cada territorio presenta patrones propios.

Estos patrones reflejan diferencias en redes sociales, condiciones de vulnerabilidad y acceso a servicios, y ayudan a entender cómo el entorno urbano influye activamente en el riesgo de transmisión.¹⁷⁻¹⁹

Una de las principales fortalezas del estudio fue el nivel detallado de análisis territorial. Más allá de contar casos por alcaldía, se compararon las colonias donde viven los distintos subgrupos. Esto permitió identificar qué territorios son compartidos por diferentes poblaciones y cuáles parecen concentrar casos de manera más específica (Tabla I).

Entre las personas que forman parte de posibles cadenas de transmisión, identificadas a través de los *clusters* genéticos, y en los menores de 25 años, la mayor coincidencia territorial se observó entre hombres heterosexuales y mujeres cis. Esto sugiere que existen espacios urbanos donde la transmisión heterosexual sigue siendo relevante, aun cuando suele recibir menos atención en el discurso público sobre el VIH.^{12,20-21}

En contraste, entre personas usuarias de cristal, la mayor coincidencia territorial se observó entre mujeres trans y mujeres cis, un patrón que no se repitió en otros subgrupos (Tabla II). Este hallazgo apunta a dinámicas particulares asociadas al consumo de sustancias y a contextos sociales específicos que pueden influir en la forma en que se distribuye el riesgo en el territorio.²²⁻²⁵

En conjunto, estos resultados muestran que, aunque las estrategias de prevención deben ser amplias y cubrir a toda la población, el análisis detallado del territorio permite identificar colonias donde conviven distintos grupos vulnerables y otras donde ciertos subgrupos están más concentrados. Esta información puede ayudar a diseñar intervenciones más focalizadas y eficientes.

En cuanto al acceso geográfico a los servicios, no se encontraron diferencias importantes en la distancia promedio hacia las CEC entre los distintos subgrupos. En el modelo actual, centralizado, todos los grupos recorren aproximadamente distancias similares (6.5 km en promedio, aproximadamente). Esto sugiere que las barreras geográficas afectan de manera relativamente parecida todos los perfiles poblacionales.

Sin embargo, al analizar por edad sí se observaron diferencias. Las personas más jóvenes tienden a vivir más lejos de las CEC en comparación con algunos grupos de mayor edad. Esto indica que la edad, posiblemente vinculada a condiciones económicas, patrones de vivienda y movilidad urbana, introduce desigualdades adicionales en el acceso.

Cuando se evaluó el escenario basado en la red de PILARES, la distancia promedio se redujo de manera importante en todos los subgrupos (0.8 km en promedio, aproximadamente). Además, las diferencias por edad que se observaban en el modelo centralizado desaparecieron en este escenario descentralizado. Este resultado respalda la hipótesis central del estudio: acercar los servicios a la comunidad puede reducir desigualdades territoriales en el acceso.

Limitaciones

Es importante señalar que el análisis de distancias se basó en la información de residencia reportada por las personas participantes. Sin embargo, existe la posibilidad de que algunas personas no proporcionen datos completamente precisos sobre su domicilio. Esto puede deberse a preocupaciones relacionadas con los criterios de atención en las CEC o al temor de no poder acceder a los servicios si reportan vivir fuera de ciertas áreas. Esta posible imprecisión en la información podría afectar parcialmente las estimaciones de distancia y debe considerarse al interpretar los resultados.

Adicionalmente, las distancias estimadas representan una medida aproximada entre el lugar de residencia y el servicio más cercano. No se incorporaron factores como tiempos reales de traslado, disponibilidad de transporte público o barreras físicas, que también influyen en el acceso cotidiano a la atención.

Finalmente, el escenario basado en PILARES fue evaluado como una simulación teórica que explora el potencial de la infraestructura existente. Su implementación real requeriría decisiones operativas adicionales, incluyendo disponibilidad de recursos humanos, equipamiento y coordinación institucional.²⁶⁻²⁹ No obstante, los resultados ofrecen evidencia concreta para apoyar decisiones orientadas a reducir desigualdades territoriales en el acceso a servicios de VIH.

Principales hallazgos y conclusiones

La integración de información clínica, epidemiológica, molecular y geográfica permitió obtener una visión más detallada de cómo se distribuye el VIH en la Ciudad de México y cómo las características del territorio influyen en el acceso a los servicios de atención y prevención.

Los resultados muestran que, en el modelo actual basado en las CEC, las distancias que las personas deben recorrer para acceder a los servicios son similares entre los distintos subgrupos. Sin embargo, sí se observaron diferencias entre grupos de edad, con mayores barreras de acceso para algunas poblaciones más jóvenes.

Cuando se evaluó un escenario en el que los servicios también pudieran ofrecerse a través de la red de PILARES, las distancias hacia los puntos de atención se redujeron de manera importante y, las diferencias observadas entre los subgrupos de edad, desaparecieron. Esto sugiere que acercar los servicios a espacios comunitarios distribuidos en la ciudad podría contribuir a disminuir desigualdades en el acceso.

Además, el análisis territorial permitió identificar colonias donde conviven distintos subgrupos y otras donde ciertos grupos están más concentrados, lo que aporta información útil para orientar estrategias de prevención y detección en territorios específicos.

En conjunto, estos resultados muestran que el análisis del territorio puede ayudar a diseñar estrategias de atención más cercanas a la comunidad y mejor adaptadas a las dinámicas locales de la epidemia de VIH en la Ciudad de México.

Consideraciones éticas

El protocolo original, denominado “Vigilancia molecular y monitoreo de la farmacorresistencia del virus de inmunodeficiencia humana en México, estrategias fundamentales para informar políticas de salud pública que permitan llegar a las metas de control epidemiológico a nivel nacional” (Clave E02-20), fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del INER y desarrollado por la colaboración entre el CIENI y las CEC. Todas las personas participantes otorgaron consentimiento informado previo a su inclusión y la información utilizada en este análisis fue procesada de forma anonimizada para proteger la confidencialidad de los participantes.

Referencias

- Cheng H, Tong Z, Han R, Yang G, Gao M, Cui F, et al. The global burden, trends, and inequalities of HIV/AIDS: a multicountry observational analysis. *BMC Infect Dis.* 2025;25(1):1259. doi:10.1186/s12879-025-11683-y.
- Mayer CM, Owaraganise A, Kabami J, Kwarisiima D, Koss CA, Charlebois ED, et al. Distance to clinic is a barrier to PrEP uptake and visit attendance in a community in rural Uganda. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(4). doi:10.1002/jia2.25276.
- Clausen SS, Stephenson R, Sullivan PS, Edwards JK, Merrill KG, Acero-Martinez MJ, et al. Distance as a barrier to HIV testing among sexual and gender minority populations in the rural southern United States: a cross-sectional study. *Rural Remote Health.* 2023;23:8227. doi:10.22605/RRH8227.
- Chen W, Zhou F, Hall BJ, Tucker JD, Latkin C, Renzaho AMN, et al. Is there a relationship between geographic distance and uptake of HIV testing services? A representative population-based study of Chinese adults in Guangzhou, China. *PLoS One.* 2017;12(7). doi:10.1371/journal.pone.0180801.
- Olupot B, Adrawa N, Bajunirwe F, Izudi J. HIV infection modifies the relationship between distance to a health facility and treatment success rate for tuberculosis in rural eastern Uganda. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis.* 2021;23:100226. doi:10.1016/j.jctube.2021.100226.
- Harrison SE, Hung P, Green K, Miller SJ, Paton M, Ahuja D, et al. Does travel time matter? Predictors of transportation vulnerability and access to HIV care among people living with HIV in South Carolina. *BMC Public Health.* 2025;25(1):926. doi:10.1186/s12889-025-22090-y.
- Algarin AB, Lara MV, Chapin-Bardales J, Baruch-Dominguez R, Sanchez TH, Hernandez-Avila M, et al. Examining geographical differences in the HIV care continuum among men who have sex with men in Mexico. *AIDS Behav.* 2023;27(3):772-782. doi:10.1007/s10461-022-03809-z.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The urgency of now: AIDS at a crossroads [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2024 [cited 2026 Jun 9]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf.
- Hu K, Li C, Yang X, Ou S, Zhang X, Xiao D, et al. From infectious diseases to chronic diseases: the paradigm shift of spatial epidemiology in disease prevention and control. *Front Public Health.* 2025;13:1698964. doi:10.3389/fpubh.2025.1698964.
- Robin TA, Khan MA, Kabir N, Rahaman ST, Karim A, Mannan II, et al. Using spatial analysis and GIS to improve planning and resource allocation in a rural district of Bangladesh. *BMJ Glob Health.* 2019;4(Suppl 5). doi:10.1136/bmjgh-2018-000832.
- Chen X, Wang K. Geographic area-based rate as a novel indicator to enhance research and precision intervention for more effective HIV/AIDS control. *Prev Med Rep.* 2017;5:301-307. doi:10.1016/j.pmedr.2017.01.009.
- Brown G, Di Felicianantonio C. Geographies of PrEP, TasP and undetectability: reconceptualising HIV assemblages to explore what else matters in the lives of gay and bisexual men. *Dialogues Hum Geogr.* 2022;12(1):100-118. doi:10.1177/2043820621989574.
- Kosakovsky Pond SL, Weaver S, Leigh Brown AJ, Wertheim JO. HIV-TRACE (TRANsmiSSion Cluster Engine): a tool for large-scale molecular epidemiology of HIV-1 and other rapidly evolving pathogens. *Mol Biol Evol.* 2018;35(7):1812-1819. doi:10.1093/molbev/msy016.
- Colchero MA, Cortés-Ortiz MA, Romero-Martínez M, Vega H, González A, Román R, et al. HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City. *Salud Pública Mex.* 2015;57(Suppl 2). Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7596>.

15. Friebe-Klingner TM, Bazzett-Matabele L, Ramogola-Masire D, Monare B, Ralefala TB, Seiphetlheng A, et al. Distance to multidisciplinary team clinic in Gaborone, Botswana, and stage at cervical cancer presentation for women living with and without HIV. *JCO Glob Oncol*. 2022;(8). [doi:10.1200/GO.22.00183](https://doi.org/10.1200/GO.22.00183).
16. Reisner SL. The situated vulnerabilities and resilience framework: a call for integrated strategies to address global HIV inequities for transgender, non-binary, and gender-diverse populations. *Lancet HIV*. 2025;12(4). [doi:10.1016/S2352-3018\(24\)00299-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00299-6).
17. Stecher M, Chaillon A, Eberle J, Behrens GMN, Eishübinger AM, Lehmann C, et al. Molecular epidemiology of the HIV epidemic in three German metropolitan regions—Cologne/Bonn, Munich and Hannover, 1999-2016. *Sci Rep*. 2018;8(1):6799. [doi:10.1038/s41598-018-25004-8](https://doi.org/10.1038/s41598-018-25004-8).
18. Yuan D, Yu B, Liang S, Fei T, Tang H, Kang R, et al. HIV-1 genetic transmission networks among people living with HIV/AIDS in Sichuan, China: a genomic and spatial epidemiological analysis. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;18:100318. [doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100318](https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100318).
19. Ugwu CLJ, Ncayiyana JR. Spatial disparities of HIV prevalence in South Africa: do sociodemographic, behavioral, and biological factors explain this spatial variability? *Front Public Health*. 2022;10:994277. [doi:10.3389/fpubh.2022.994277](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.994277).
20. Palk L, Blower S. Geographic variation in sexual behavior can explain geospatial heterogeneity in the severity of the HIV epidemic in Malawi. *BMC Med*. 2018;16(1):22. [doi:10.1186/s12916-018-1006-x](https://doi.org/10.1186/s12916-018-1006-x).
21. Brawner BM, Kerr J, Castle BF, Bannon JA, Bonett S, Stevens R, et al. A systematic review of neighborhood-level influences on HIV vulnerability. *AIDS Behav*. 2022;26(3):874-934. [doi:10.1007/s10461-021-03448-w](https://doi.org/10.1007/s10461-021-03448-w).
22. Ospina-Escobar A, Magis-Rodríguez C, Juárez F, Werb D, Bautista-Arredondo S, Carreón R, et al. Comparing risk environments for HIV among people who inject drugs from three cities in Northern Mexico. *Harm Reduct J*. 2018;15(1):27. [doi:10.1186/s12954-018-0225-y](https://doi.org/10.1186/s12954-018-0225-y).
23. Huff HV, Carcamo PM, Diaz MM, Conklin JL, Salvatierra J, Aponte R, et al. HIV and substance use in Latin America: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):7198. [doi:10.3390/ijerph19127198](https://doi.org/10.3390/ijerph19127198).
24. Scott JC, Rocco M, Kitchen M, Solomon-Brimage NA, Chen CA, Latimer JM, et al. Intersectional HIV stigma among Black women: regional differences and implications from the Black Women First Initiative. *Am J Public Health*. 2025;115(Suppl 1). [doi:10.2105/AJPH.2025.308037](https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308037).
25. Cassels S, Cerezo A, Reid SC, Rivera DB, Loustalot C, Meltzer D. Geographic mobility and its impact on sexual health and ongoing HIV transmission among migrant Latinx men who have sex with men. *Soc Sci Med*. 2023;320:115635. [doi:10.1016/j.socscimed.2022.115635](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115635).
26. Sharpe JD, Sanchez TH, Siegler AJ, Guest JL, Sullivan PS. Association between the geographic accessibility of PrEP and PrEP use among MSM in nonurban areas. *J Rural Health*. 2022;38(4):948-959. [doi:10.1111/jrh.12645](https://doi.org/10.1111/jrh.12645).
27. Halder P, Jeer G, Rathor S, Prabhakar MC, Chattopadhyay A, Sarkar S, et al. Body count: distribution, determinants and geographical mapping of lifetime sexual partners among Gen-X, Millennial and Gen-Z populations: a hierarchical regression modelling study of a nationally representative Indian survey. *J Health Popul Nutr*. 2025;44(1):44. [doi:10.1186/s41043-025-00777-7](https://doi.org/10.1186/s41043-025-00777-7).
28. Florio P, Freire S, Melchiorri M. Estimating geographic access to healthcare facilities in Sub-Saharan Africa by degree of urbanisation. *Appl Geogr*. 2023;160:103118. [doi:10.1016/j.apgeog.2023.103118](https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2023.103118).
29. Kang JY, Farkhad BF, Chan MP, Michels A, Albarracin D, Wang S. Spatial accessibility to HIV testing, treatment, and prevention services in Illinois and Chicago, USA. *PLoS One*. 2022;17(7). [doi:10.1371/journal.pone.0270404](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270404).

ARTÍCULOS ORIGINALES

Chemsex, consumo de cristal y riesgo de transmisión de hepatitis C en hombres que tienen sexo con hombres de la Ciudad de México, 2021-2023

Ricardo Román Vergara¹, Leticia Hernández Cadena², René Leyva Flores²

¹Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA de la Ciudad de México,

²Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción: La hepatitis C constituye un problema relevante de salud pública debido a sus complicaciones hepáticas y su persistencia en poblaciones clave. Entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la práctica de Chemsex y el consumo de metanfetamina tipo cristal se han asociado con conductas sexuales de mayor riesgo y con un incremento en la transmisión de infecciones de transmisión sexual, incluida la hepatitis C. El objetivo fue analizar la asociación entre Chemsex, consumo de cristal e infección por hepatitis C en HSH usuarios de profilaxis preexposición (PrEP) atendidos en la Ciudad de México. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional transversal utilizando información del Sistema de Intervenciones de Prevención de las Clínicas Especializadas Condesa y servicios comunitarios. Se incluyeron 5,782 HSH usuarios de PrEP atendidos entre junio de 2021 y octubre de 2023. Se efectuaron análisis descriptivos, pruebas de ji-cuadrada y modelos de regresión logística ajustados para estimar la asociación entre Chemsex, consumo de cristal e infección por hepatitis C. **Resultados:** La prevalencia de hepatitis C fue de 3.42%. El 12.0% de los participantes reportó práctica de Chemsex y el 9.2% consumo de cristal. En los modelos ajustados, la práctica de Chemsex se asoció con mayor probabilidad de infección por hepatitis C (OR=1.69; IC95%: 1.18-2.42), mientras que el consumo de cristal mostró una asociación más fuerte (OR=2.19; IC95%: 1.50-3.20). Los antecedentes de infecciones de transmisión sexual también incrementaron significativamente la probabilidad de infección. **Conclusiones:** El consumo de cristal y la práctica de Chemsex se asociaron significativamente con la infección por hepatitis C en HSH usuarios de PrEP. Los hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias integrales de prevención, detección oportuna y reducción de daños en esta población.

Palabras clave: Hepatitis C; hombres que tienen sexo con hombres; Profilaxis Pre-Exposición; conducta sexual; metanfetamina.

Introducción

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) continúa siendo un importante problema de salud pública debido a su asociación con cirrosis hepática, carcinoma hepatocelular y mortalidad prematura. La Organización Mundial de la Salud estimó que, en 2022, aproximadamente 50 millones de personas vivían con infección crónica por VHC y que cada año ocurrían alrededor de un millón de nuevas infecciones.¹ Aunque la disponibilidad de antivirales de acción directa ha permitido alcanzar tasas de curación superiores a 95%, la persistencia de nuevas infecciones en poblaciones clave continúa representando un desafío para alcanzar las metas de eliminación propuestas para 2030.¹⁻²

En México, la prevalencia de hepatitis C en la población adulta se ha estimado en 1.4%, con una mayor concentración en hombres y residentes de zonas urbanas.³ Sin embargo, la distribución de la infección es heterogénea y existen grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad epidemiológica, entre ellos las personas usuarias de drogas, las personas privadas de la libertad y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).²⁻³

Durante las últimas décadas se ha documentado un incremento de la transmisión sexual del VHC entre HSH, particularmente entre aquellos con antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y prácticas sexuales de alto riesgo.⁵⁻⁶ Entre estas prácticas destacan el sexo anal traumático, el sexo

grupal, el uso compartido de juguetes sexuales y la presencia de ITS ulcerativas, que favorecen la exposición sanguínea y facilitan la transmisión del virus.⁶⁻⁷

En este contexto, el *Chemsex* ha adquirido relevancia como fenómeno emergente de salud pública. Este término describe el uso intencional de sustancias psicoactivas para facilitar, prolongar o intensificar las relaciones sexuales, principalmente entre los HSH.^{5,8} Diversas investigaciones han documentado que esta práctica se asocia con una mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo, disminución del uso consistente del condón y una mayor prevalencia de ITS, incluida la hepatitis C.^{5,6,8}

Paralelamente, México ha experimentado un incremento sostenido en el consumo de metanfetamina tipo cristal. Datos del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas señalan que las anfetaminas se han convertido en una de las principales sustancias de impacto en el país, con un aumento importante en la demanda de atención relacionada con su consumo durante los últimos años.⁴ Esta sustancia se ha asociado con desinhibición sexual, prolongación de los encuentros sexuales y prácticas asociadas a mayor exposición a sangre y secreciones, particularmente en contextos de *Chemsex*.^{4,5}

Asimismo, la expansión de la profilaxis preexposición (PrEP) ha transformado el panorama de la prevención del VIH en poblaciones clave, al reducir significativamente el riesgo de adquisición del virus. No obstante, también ha generado nuevos retos epidemiológicos relacionados con otras ITS. Algunos estudios han señalado que la disminución de la percepción de riesgo frente al VIH podría asociarse con menor uso de condón y mayor frecuencia de prácticas sexuales de exposición, incrementando la vulnerabilidad frente a infecciones como sífilis, gonorrea y hepatitis C.^{6,9}

A pesar de la creciente importancia de este fenómeno, en México existe evidencia limitada sobre la asociación entre *Chemsex*, consumo de cristal e infección por hepatitis C en HSH usuarios de PrEP. La mayor parte de los estudios nacionales se ha realizado en personas que viven con VIH, mientras que la información disponible sobre usuarios VIH negativos en programas preventivos continúa siendo escasa.⁷

Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la práctica de *Chemsex*, el consumo de cristal y la infección por hepatitis C en HSH usuarios de PrEP atendidos en las Clínicas Especializadas Condesa (CEC) entre 2021 y 2023.

Metodología

Se realizó un estudio observacional de corte transversal utilizando información procedente del Sistema de Intervenciones de Prevención (SIP) de las CEC y de las organizaciones comunitarias participantes en la estrategia de descentralización de servicios de PrEP.

La población de estudio estuvo conformada por HSH usuarios de PrEP registrados entre junio de 2021 y octubre de 2023. Inicialmente se identificaron 18,721 registros. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra analítica quedó integrada por 5,782 participantes.

Se incluyeron personas con sexo asignado al nacer masculino, identidad de género masculina y orientación sexual homosexual o bisexual registradas como usuarias de PrEP. Se excluyeron registros sin resultado de prueba para hepatitis C, usuarios residentes fuera de la Ciudad de México y personas atendidas fuera de las CEC o de las organizaciones comunitarias participantes.

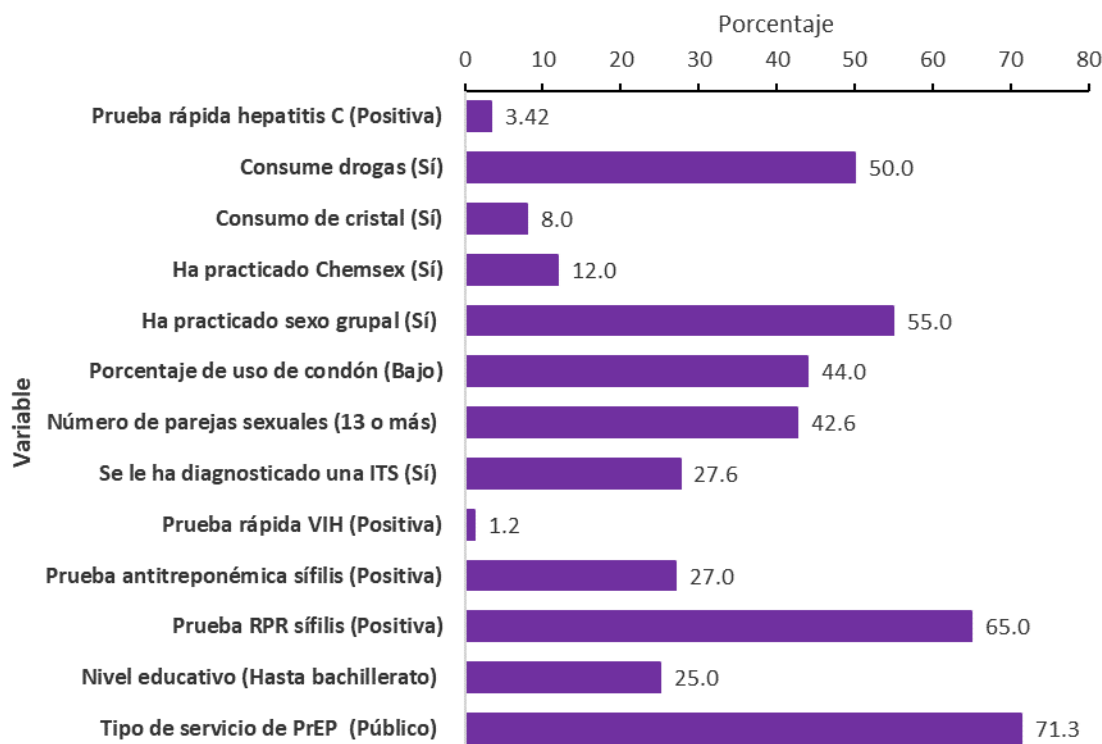
La variable dependiente fue el resultado de la prueba rápida para hepatitis C. Las principales variables de exposición fueron la práctica de *Chemsex* y el consumo de cristal.

Adicionalmente, se analizaron variables sociodemográficas, conductuales y clínicas, incluyendo edad, escolaridad, uso de condón, sexo grupal, uso de juguetes sexuales, antecedentes de ITS, número de parejas sexuales, trabajo sexual y resultados de pruebas de VIH y sífilis, entre otras.

Se realizaron análisis descriptivos mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Posteriormente, se empleó la prueba de *ji cuadrada* de Pearson para evaluar asociaciones entre variables categóricas y el resultado de hepatitis C.

Finalmente, se construyeron modelos de regresión logística multivariada para estimar la asociación entre las variables de exposición y la infección por VHC, ajustando por posibles variables de confu-

Figura 1. Variables asociadas con infección por hepatitis C en HSH usuarios de PrEP en las Clínicas Especializadas Condesa y Centros Comunitarios de la Ciudad de México (2021-2023).



Fuente: SIP (Sistema de Intervenciones de Prevención de Clínicas Especializadas Condesa).

sión. Los resultados se presentan mediante razones de momios (OR) e intervalos de confianza de 95% (IC95%).

Todos los análisis se realizaron en STATA versión 14.1. El protocolo fue sometido a la evaluación y aprobación de los Comités de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Resultados

Se analizaron 5,782 HSH usuarios de PrEP atendidos entre 2021 y 2023. La prevalencia de hepatitis C fue de 3.42%. La mediana de edad de los participantes fue de 31 años (Rango Inter cuartil: 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.

Asimismo, 27.6% reportó antecedentes de alguna ITS, 55.0% practicó sexo grupal, 44.0% reportó bajo uso de condón y 42.6% informó haber tenido 13 o más parejas sexuales. La práctica de *Chemsex* fue

reportada por 12.0% de los participantes y el consumo de cristal por 8.0%. Además, aproximadamente la mitad de la población refirió consumo de alguna sustancia psicoactiva (Figura 1).

El análisis bivariado mostró asociaciones estadísticamente significativas entre la infección por hepatitis C y diversas variables conductuales y clínicas, entre ellas la práctica de *Chemsex*, el consumo de cristal, los antecedentes de ITS, el sexo grupal y los resultados reactivos para sífilis y VIH.

Las personas que reportaron consumo de cristal o práctica de *Chemsex* presentaron una mayor proporción de resultados positivos para hepatitis C en comparación con quienes no reportaron dichas prácticas. Asimismo, se observó una mayor frecuencia de infección por VHC entre quienes tenían antecedentes de ITS, menor nivel educativo y resultados reactivos para sífilis (Tabla I).

Por el contrario, el uso consistente de condón y un menor número de parejas sexuales se asociaron con una menor frecuencia de infección por hepatitis C. De manera particular, las personas que reporta-

Tabla I. Variables asociadas con infección por hepatitis C en HSH usuarios de PrEP en las CEC y Centros Comunitarios de la Ciudad de México (2021-2023)

Categorías		Resultado de prueba de hepatitis C				Pruebas de hepatitis C		
		Negativo	%	Positivo	%	Total	%	P
Consumo de sustancias								
Consumo de cristal	Sí	416	7.6	38	19.3	454	8.0	0.000
	No	5,089	92.4	159.0	80.7	5,248	142.3	
	Total	5,505	100.0	197	100.0	5,702	100.0	
Consume drogas	Sí	2,747	50.1	125	36.6	2,872	49.6	0.000
	No	2,758	49.9	72	63.5	2,830	50.4	
	Total	5,584	100	198	100	5,782	100	
Ha practicado Chemsex	No	4,857	88.2	153	77.7	5,010	87.8	0.000
	Sí	648	11.8	44	22.3	692	12.1	
	Total	5,505	100	198	100	5,782	100	
Prácticas Sexuales								
Ha practicado sexo grupal	No	2,519	45.8	66	33.5	2,585	45.3	0.001
	Sí	2,986	54.2	131	66.5	3,117	54.7	
	Total	5505	100.0	197	100	5,782	100	
Se le ha diagnosticado una ITS	No	4,014	72.9	88	44.7	4,102	72	0.000
	Sí	1,491	27.1	109	55.3	1,600	28.1	
	Total	5505	100.0	197	100	5,782	100	
Pruebas para la detección de ITS								
¿Ha tenido hepatitis C antes?	No	5,578	99.9	163	82.3	5,741	99.3	0.000
	Sí	6	0.1	35	17.7	41	0.7	
	Total	5584	100.0	198	100	5,782	100	
Prueba rápida VIH (resultado)	Negativo	5,348	98.8	188	96.9	5,536	98.7	0.021
	Positivo	65	1.2	6	3.1	71	1.3	
	Total	5,413	100	194	100	5,607	100	
Prueba antitreponémica sífilis (resultado)	Negativo	3,920	74.7	64	36.8	4,059	73.5	0.000
	Positivo	1,326	25.3	110	63.2	1,461	26.5	
	Total	5,246	100	174	100.0	5,520	100.0	
Prueba RPR (Reagina Plasmática Rápida) para sífilis (resultado)	Negativo	692	36.4	24	17.3	716	35.1	0.000
	Positivo	1,211	63.6	115	82.7	1,326	64.9	
	Total	1,903	100.0	139	100.0	2,042	100	
Actividad sexual								
Porcentaje uso de condón	0%	303	5.5	15	7.6	318	5.6	0.000
	25%	746	13.6	46	23.4	792	13.9	
	50%	1,361	24.7	53	26.9	1,414	24.8	
	75%	2,254	38.8	65	33.0	2,254	39.5	
	100%	924	16.5	18	9.1	924	16.2	
	Total	5,588	100	197	100	5702	100	
Número de parejas en los últimos 3 meses	0 a 3	1,849	33.5	64	32.5	1,913	33.55	0.006
	4 a 12	2,361	42.9	68	34.5	2,429	42.6	
	13 o más	1,295	23.5	65	33.0	1,360	23.9	
	Total	5,505	100	197	100	5702	100.1	
Sociodemográficas								
Nivel educativo	Hasta secundaria completa	95	1.7	6	3.0	101	1.70	0.049
	Bachillerato/Carrera Técnica	840	15.0	43	21.72	883	15.30	
	Licenciatura	3,865	69.2	127	64.1	3,992	69.00	
	Posgrado	779	13.9	22	11.1	801	13.90	
	Se desconoce	5	0.1	0	0.0	5	0.10	
	Total	5584	100	198	100	5,782	100.00	
Edad	15 a 24	587	10.5	19	9.6	606	10.5	0.292
	25 a 29	1,292	23.1	42	21.2	1334	23.1	
	30 a 34	1,572	28.2	69	34.9	1,641	28.4	
	35 a 39	1,080	19.3	34	17.2	1,114	19.3	
	40 a 44	570	10.2	13	6.6	583	10.1	
	45 a 49	224	4.0	10	5.1	234	4.05	
	50 o más	259	4.6	11	5.6	270	4.7	
	Total	5,584	100.0	198	100.0	5782	100.0	
Tipo de servicio	Público	3,957	70.9	168	84.9	4,125	71.3	0.000
	Comunitario	1,627	29.1	30	15.2	1,657	28.7	
	Total	5,584	100.0	198	100.00	5,782	100.0	

Fuente: SIP (Sistema de Intervenciones de Prevención de Clínicas Especializadas Condesa).

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

Variable de exposición	OR	p	CI 95%	OR	p	CI 95%
Variables de exposición	Practica chemsex (Si)			Consumo de cristal (Si)		
	1.69	0.003	1.18 - 2.42	2.19	0.000	1.50 - 3.20
Variables de ajuste						
Haber tenido una ITS (Si)	2.85	0.000	0.73 - 1.30	2.88	0.000	2.15 - 3.86
Unidad de servicio (ONG)	0.48	0.000	2.13 - 3.82	0.50	0.001	0.34 - 0.75
Nivel educativo (Alto)	0.66	0.016	0.47 - 0.92	0.67	0.022	0.48 - 0.94
Porcentaje de uso de condón (Alto)	0.62	0.002	0.46 - 0.83	0.63	0.003	0.47 - 0.85

Fuente: SIP (Sistema de Intervenciones de Prevención de Clínicas Especializadas Condesa).

ron consumo de cristal y práctica de *Chemsex* con resultado reactivo a hepatitis C presentaron una proporción considerablemente mayor (19.3% y 22.3% respectivamente) en comparación con quienes reportaron dichas prácticas y tuvieron resultado negativo. De igual forma, se observó una mayor frecuencia de infección por VHC en participantes con antecedentes de ITS (55.3%), nivel educativo bajo (24.8%) y en quienes tuvieron resultados positivos a sífilis (63.2%) y VIH (3.1%) (Tabla I).

Por el contrario, se identificó una menor proporción de casos positivos a hepatitis C entre las personas que reportaron uso consistente de condón (56.2%) y aquellas con menos de 12 parejas sexuales (76.5%) (Tabla I).

En los modelos de regresión logística ajustados, tanto la práctica de *Chemsex* como el consumo de cristal mostraron asociaciones significativas con la infección por hepatitis C. La práctica de *Chemsex* se asoció con una mayor probabilidad de infección (OR=1.69; IC95%: 1.18-2.42), mientras que el consumo de cristal mostró una asociación de mayor magnitud (OR=2.19; IC95%: 1.50-3.20) (Tabla II).

En ambos modelos, el antecedente de una infección de transmisión sexual (ITS) se mantuvo como uno de los factores más fuertemente asociados con hepatitis C.

Las personas con antecedente de ITS presentaron 2.85 veces mayor probabilidad de VHC en el modelo de *Chemsex* y 2.88 veces mayor probabilidad en el modelo de cristal. Asimismo, recibir servicios de PrEP en organizaciones de la sociedad civil se asoció con menor probabilidad de infección por hepatis

C en comparación con la atención otorgada en las CEC, observándose una reducción de 52% en el modelo de *Chemsex* y de 50% en el modelo de cristal (Tabla II).

De igual forma, contar con un nivel educativo alto y reportar un uso elevado de condón se comportaron como factores protectores. Las personas con mayor nivel educativo presentaron una reducción de 34% y 33% en la probabilidad de VHC en los modelos de *Chemsex* y cristal, respectivamente. Por otro lado, un alto porcentaje de uso de condón se asoció con una disminución de 38% en el modelo de *Chemsex* y de 37% en el modelo de cristal. (Tabla II).

Discusión

Los resultados muestran que tanto la práctica de *Chemsex* como el consumo de cristal se asociaron significativamente con la infección por hepatitis C en HSH usuarios de PrEP. El hallazgo más relevante fue que el consumo de cristal presentó una asociación de mayor magnitud que la práctica de *Chemsex*, lo que sugiere un papel particularmente importante de las metanfetaminas en las dinámicas de transmisión del VHC en esta población.

Estos resultados son consistentes con la evidencia internacional que ha documentado la asociación entre el consumo de metanfetaminas, las conductas sexuales de riesgo y la transmisión de ITS. El uso de cristal puede favorecer encuentros sexuales prolongados, incrementar la frecuencia de prácticas sexuales de alto riesgo y disminuir la percepción de vulnerabilidad, factores que podrían facilitar la transmisión del VHC.

Asimismo, los antecedentes de ITS constituyeron uno de los principales factores asociados con la infección por hepatitis C, lo que sugiere la existencia de contextos persistentes de exposición sexual y vulnerabilidad biológica. Por el contrario, el mayor nivel educativo y el uso consistente de condón mostraron asociaciones protectoras, posiblemente relacionadas con un mayor acceso a información, servicios preventivos y estrategias de autocuidado.

Los hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer la integración de estrategias de prevención, detección oportuna y reducción de daños en los programas de PrEP, particularmente entre usuarios que reportan consumo de cristal o antecedentes de ITS.

Asimismo, las intervenciones preventivas deben incorporar enfoques diferenciados según escolaridad y antecedentes de ITS, con énfasis en educación sexual, adherencia al seguimiento clínico y acceso oportuno al tratamiento.

Limitaciones

El estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, debido a su diseño transversal, no es posible establecer relaciones causales ni determinar la temporalidad entre las exposiciones evaluadas y la infección por hepatitis C. En segundo lugar, la información conductual se obtuvo mediante autorreporte, por lo que podría estar sujeta a sesgos de memoria o deseabilidad social. Finalmente, no se contó con información sobre la confirmación diagnóstica mediante PCR, el inicio del tratamiento antiviral ni la respuesta terapéutica de las personas con resultado reactivo para hepatitis C, lo que limita la caracterización clínica de los casos identificados.

Conclusiones

La práctica de *Chemsex* y el consumo de cristal se asociaron significativamente con la infección por hepatitis C en HSH usuarios de PrEP atendidos en las CEC de la Ciudad de México. El consumo de cristal mostró una asociación de mayor magnitud que la práctica de *Chemsex*, lo que sugiere que esta sustancia podría desempeñar un papel relevante en las dinámicas de transmisión del VHC.

Asimismo, los antecedentes de ITS se asociaron de manera importante con la infección por hepatitis C, mientras que un mayor nivel educativo y el uso consistente de condón mostraron asociaciones protectoras.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de incorporar estrategias integrales de prevención, detección y reducción de daños dentro de los programas de PrEP dirigidos a poblaciones clave.

Referencias

1. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA). Boletín del Programa Nacional de Eliminación de la Hepatitis C. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/905396/BOLETIN_VHC_PRIMER_TRIMESTRE_2024.pdf.
2. Secretaría de Salud. Guía de hepatitis virales para los establecimientos de salud. Ciudad de México: Secretaría de Salud; año de publicación por verificar. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/809429/GUIA_HEPATITIS_VIRALES_EN_MEX2023.pdf.
3. Carnalla M, Barrientos-Gutiérrez T, Vidaña-Pérez D, Romero-Martínez M, Martínez-Bohórquez MC, González-Pier E, et al. Prevalence of hepatitis C in the adult Mexican population: National Survey of Health and Nutrition 2018. *Lancet Reg Health Am*. 2022;8:100165. doi:10.1016/j.lana.2021.100165.
4. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. Contexto de la demanda de sustancias ilícitas en 2022-2023 y acciones del Gobierno de México en materia de salud mental y adicciones. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2023. Disponible en: <https://buff.ly/MWM6tVR>.
5. Prinsen T, Zantkuijl P, Zuillhof W, Davidovich U, Schinkel J, Prins M, et al. Design and implementation of a multilevel intervention to reduce hepatitis C transmission among men who have sex with men in Amsterdam: co-creation and usability study. *JMIR Form Res*. 2020;4(9). doi:10.2196/19100.
6. Nijmeijer BM, Koopsen J, Schinkel J, Prins M, Geijtenbeek TBH. Sexually transmitted hepatitis C virus infections: current trends, and recent advances in understanding the spread in men who have sex with men. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(Suppl 6). doi:10.1002/jia2.25348.
7. Mata-Marín JA, de Pablos-Leal AA, Mauss S, Arroyo-Anduiza CI, Rodríguez-Evaristo MS, Uribe-Nogué LA, et al. Risk factors for HCV transmission in HIV-positive men who have sex with men in Mexico. *PLoS One*. 2022;17(7). doi.org/10.1371/journal.pone.0269977.
8. Ramírez-González LE, Camiro-Zúñiga A, Piñeirúa-Menéndez A, Sánchez-Ávila JF, Hirata-Hernández AH, Maraño-Solorio KA, et al. Risk factors associated with HCV co-infection amongst MSM and transgender women living with HIV in Mexico City: a case-control study. *Ann Hepatol*. 2022;27(6):100746. doi: 10.1016/j.aohp.2022.100758.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Qué deben saber los hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sobre las enfermedades de transmisión sexual Disponible en: <https://buff.ly/zuF3Tlg>.

PENSAR EL SIDA

Tres miradas sobre el cuerpo

Luis Manuel Arellano

-1-

En torno del cuerpo, todo individuo crea un campo de privacidad y sobre él despliega un cerco más profundo, íntimo, que no siempre puede describirse con palabras. Es la zona en la cual se resguardan, como si fuera un santuario, valores, fantasías, deseos y secretos. Son los contenidos de la intimidad.

La proximidad física de una o más personas, el lenguaje intrusivo e incluso un diagnóstico clínico pueden romper el cerco tejido en torno de ese espacio. En el caso particular de las personas con VIH, es muy frecuente la erosión de ese refugio privado. Tema sobre el que se habla poco; muchas veces se habla mal de él o, realmente, no se dice nada.

La carga estigmatizadora asociada al sida perfora el cerco de intimidad desde varios frentes: la mirada inquisidora del médico, la auscultación y la revisión de órganos; la intrusión del círculo familiar; el acecho laboral; las preguntas de las amistades o vecinos; y las sospechas de la pareja e incluso del amante.

Para la persona diagnosticada con VIH resulta difícil asimilar lo que le sucede a su intimidad. El pudor se derrumba en un cuerpo sometido al escrutinio ajeno, pero también al lenguaje estigmatizador que acompaña la epidemia desde su inicio. Asumir la condición de hospedero de un microorganismo que destruye el sistema inmunológico constituye una experiencia casi siempre desoladora.

No es imprecisa la sensación de que el VIH es un intruso que ocupará por tiempo indefinido el organismo hasta que haya cura o concluya el ciclo de vida del paciente.



Figura 1. La experiencia del VIH no sólo atraviesa al organismo; también transforma la relación de cada persona con su intimidad, su cuerpo y su propia idea de salud.

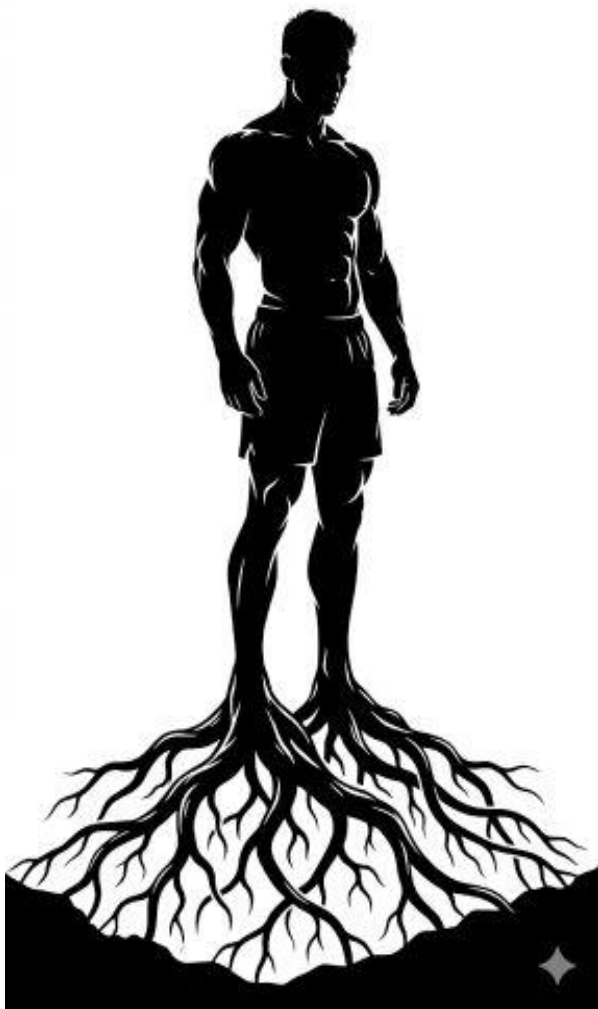
-2-

Figura 2. La indetectabilidad no significa ausencia. El cuerpo continúa siendo un territorio complejo que requiere vigilancia y cuidado permanentes.

El tratamiento antirretroviral es efectivo para controlar la replicación del VIH, reduciendo su concentración en el cuerpo a niveles tan mínimos que el virus deja de afectar el sistema inmunológico (proceso conocido como carga viral indetectable) y esa condición evita que el paciente desarrolle el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y transmita sexualmente la infección.

Sin embargo, los medicamentos no pueden evitar que el VIH permanezca dentro de reservorios. Y esa es la razón por la cual el medicamento se toma permanentemente.

En la narrativa coloquial del VIH/sida tampoco se habla de qué puede suceder cuando existe la carga viral indetectable. Es común observar cómo un número elevado de pacientes considera que, después de alcanzar la carga viral indetectable, solo hay que seguir tomando el antirretroviral, desestimando el monitoreo para detectar de forma oportuna comorbilidades derivadas de la inflamación crónica que puede dañar otros sistemas del organismo, además de favorecer el envejecimiento prematuro.

Aunque haya carga viral indetectable, aunque los medicamentos presenten menos toxicidad, a largo plazo los efectos secundarios de los antirretrovirales pueden afectar el funcionamiento de los riñones, reducir la densidad ósea y elevar los niveles de colesterol, triglicéridos y azúcar en la sangre, con lo cual se eleva el riesgo de diabetes y enfermedades cardíacas. También hay riesgos hepáticos y posibilidad de neuropatía periférica.

Esta es una razón más que contundente para que el paciente acuda de forma periódica a realizarse estudios generales de laboratorio y asistir a consulta, al menos una vez al año. Son prácticas efectivas de prevención secundaria.

-3-

¿Cuál es el criterio clínico para definir la salud en una persona con VIH? Si entre los médicos no existe consenso, entre los pacientes mucho menos. De hecho, la salud por sí misma constituye un concepto relativo. Pacientes con carga viral activa y bajas defensas pueden sentirse bien, mientras que pacientes en control virológico se asumen enfermos y hasta vulnerables.

Vincular la salud exclusivamente al control virológico conlleva el riesgo de simplificarla, porque recuperar el sistema inmunológico no evita enfermedades infecciosas o parasitarias, hereditarias o genéticas, metabólicas o provocadas por falta de nutrientes. Dicho de otra forma, aunque el antirretroviral se debe tomar sí o sí, la salud en las personas con VIH no solo depende del medicamento. El autocuidado es clave para acompañar al paciente en su diagnóstico.

Una aproximación sincera al concepto de salud revela que está vinculada al cuerpo útil. De acuerdo con el Diccionario del Español en México, la salud es una “condición del organismo de los seres vivos, o de alguna de sus partes, en que su vida se desarrolla y funciona normalmente”.¹ La redacción da lugar a considerar

que la salud está determinada en gran medida por la funcionalidad del organismo de cada persona, más allá de si hay diabetes, hipertensión arterial, artritis, EPOC, obesidad, dislipidemia o infección por VIH.

El Diccionario de la Lengua Española presenta la salud como el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”.² En una segunda acepción, la RAE dice que salud es la “condición física y psíquica en que se encuentra un organismo en un momento determinado”.² No hay referencias a enfermedades, infecciones o discapacidad, sino a la funcionalidad misma.

El sustantivo salud fue definido en 1948 de forma compleja y prácticamente inalcanzable para cualquier persona por la Organización Mundial de la Salud. Lo describió como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.³ Es decir, le dio una categoría de aspiracionalidad.

Dicho lo anterior, **¿cuál es la pauta para señalar que un paciente con VIH tiene salud o no la tiene?**

El manejo clínico del VIH mejora cuando se contemplan las aproximaciones subjetivas que cada paciente desarrolla, sobre todo en la atención ambulatoria. En México decenas de miles de pacientes recogen su medicamento antirretroviral estableciendo pautas de vinculación con la salud construidas desde la experiencia individual. Digamos que se la apropian, aunque frente a la mirada del médico esa misma salud sea diferente.

La percepción de bienestar es personal; no se detiene en la lectura clínica porque está fincada sobre variables que el marco analítico de las ciencias sociales denomina “interseccionalidad”. Es por ello que la salud queda en gran medida condicionada por el estatus socioeconómico, el género, la preferencia sexual, la discapacidad e incluso la etnicidad. Vivir en calle o ser migrante es otro factor que determina la valoración de bienestar.

En esta epidemia, los cuerpos se reconstruyen permanentemente. Solo falta escucharlos. La salud es un concepto amplio, cuyo propósito es sostener la vida. Debido a que no existen parámetros objetivos relacionados con el significado de la vida, hablar de salud genera marcos relativos en la existencia cotidiana. Pensar en la salud es un primer paso para vincularse con ella, aunque los expertos no hayan podido coincidir en su definición.

Referencias:

1. Lara LF. Diccionario del español de México. México, D.F.: El Colegio de México, 2011.
2. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española RAE. Madrid: Espasa 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Documentos básicos (48a ed.). Ginebra: OMS.

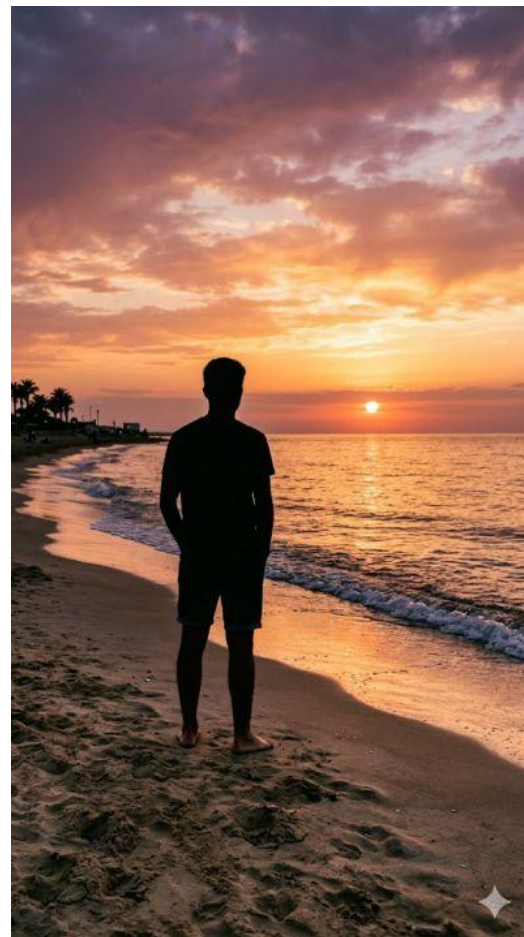


Figura 3. La salud no siempre se define por la ausencia de enfermedad, sino por la posibilidad de proyectar la vida hacia el futuro.

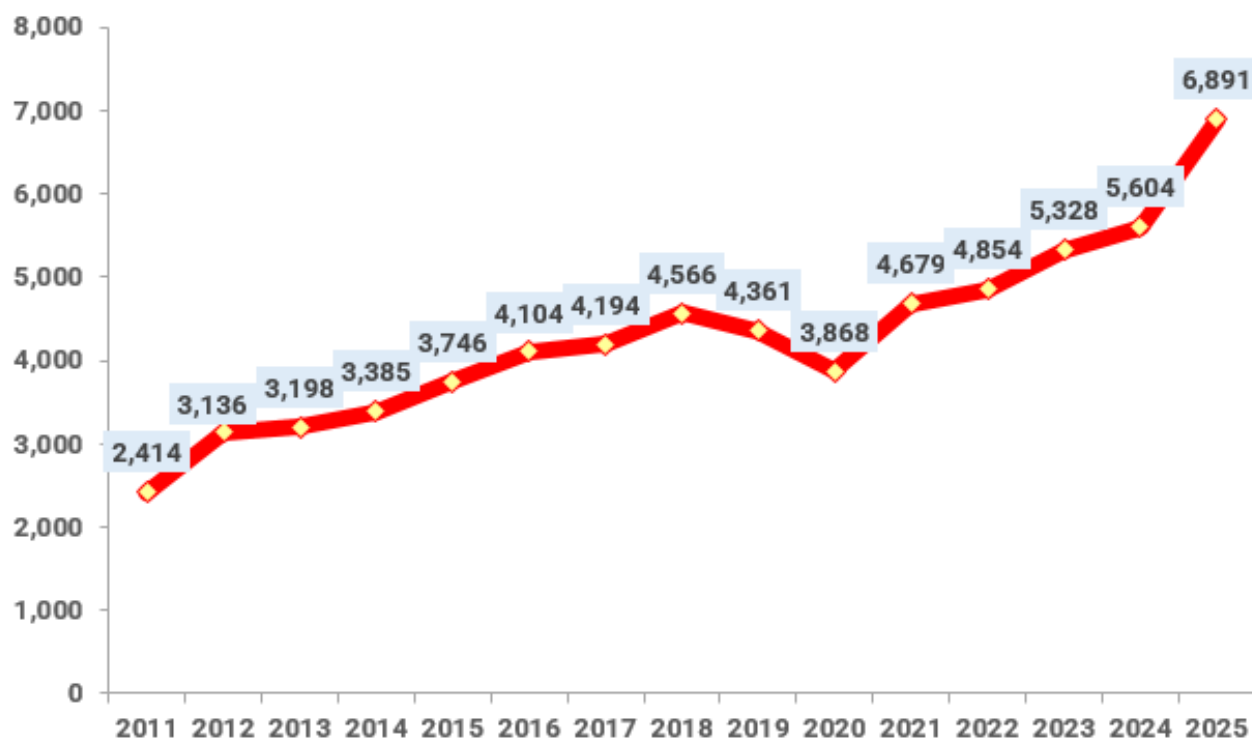
La figura 1 es del fotógrafo Sepehr Sajjadih. Disponible en: <https://buff.ly/sY8kbBg>.

Las figuras 2 y 3 fueron generadas con Inteligencia Artificial mediante Gemini de Google. Disponible en: <https://gemini.google.com/>.

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).

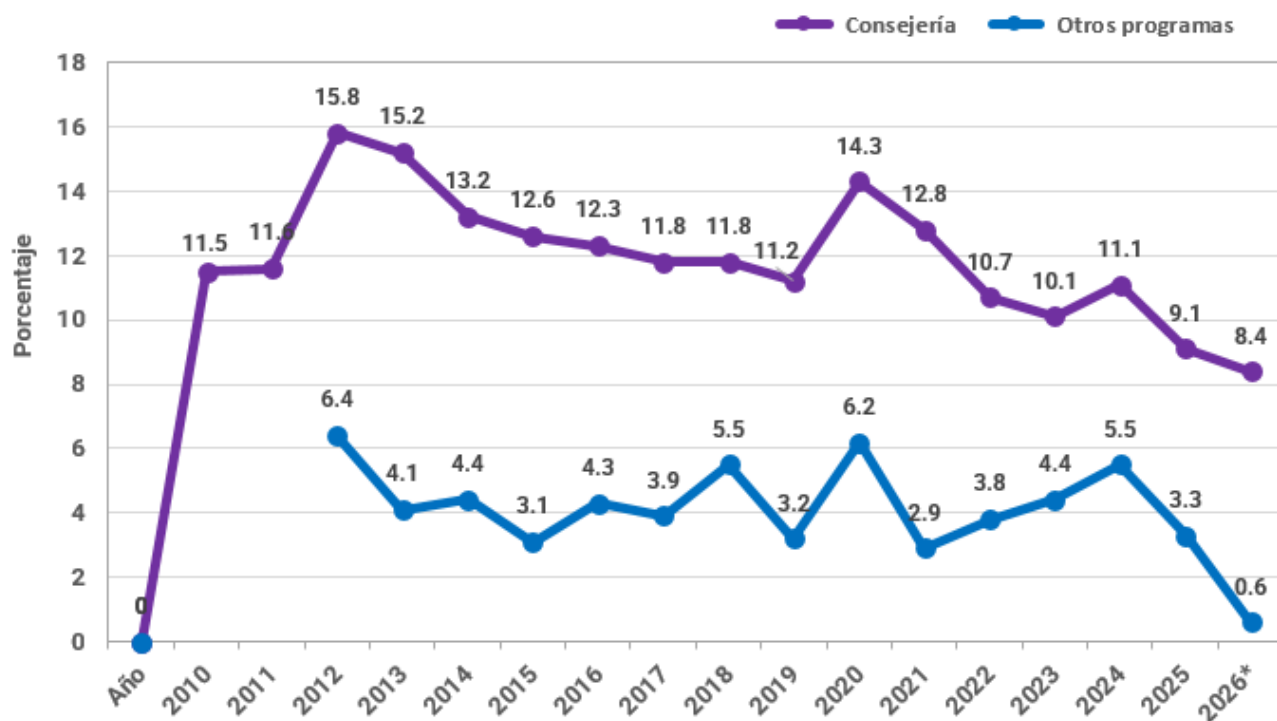
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación. Sistema HAP.

- Entre 2011 y 2025, se registraron un total de **64,328 pruebas reactivas al VIH**.
- Durante este periodo, el número de pruebas reactivas **augmentó 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 6,891, lo que significa un **incremento del 23%**, es decir, **el mayor crecimiento anual de todo el período**.
- En el primer trimestre de 2026, el número de **pruebas reactivas fue de 1,128**.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Detección del VIH

Figura 2. Porcentaje de pruebas para la detección del VIH reactivas
Clínicas Especializadas Condesa, 2010-2026



* Enero a marzo de 2026.

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 los primeros tres meses de 2026, la cifra **disminuyó a 8.4%**.
- 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%**. En los primeros tres meses de 2026, la cifra **disminuyó a 0.6%**.
- 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 2026

Prevención del VIH

Tabla I. Personas que han recibido Profialxis Pre Exposición contra el VIH y sitios de distribución Clínicas Especializadas Condesa, 2021-enero de 2026

		2021	2022	2023	2024	2025	2026*
Número de personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el año		1,964	3,597	6,850	11,642	17,356	12,662
	Público	2	4	4	5	6	6
Número de lugares en la Ciudad de México en los que se implementa la PrEP	Comunitario	2	3	4	8	10	12
	Total	4	7	8	13	16	18

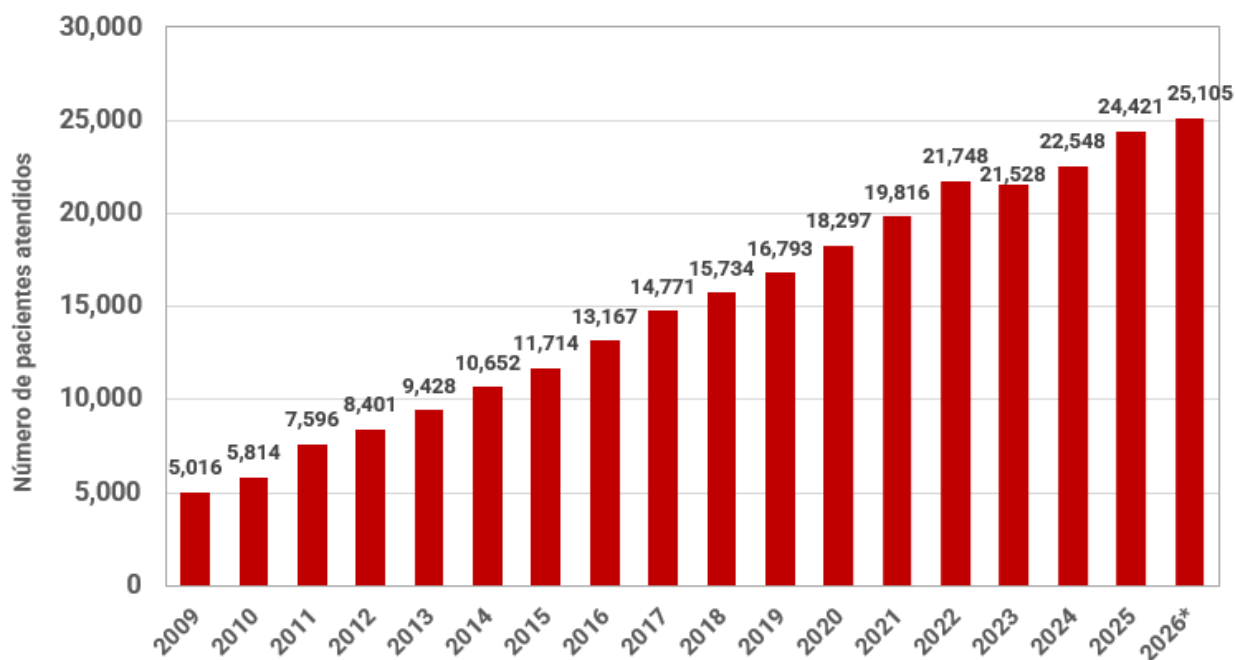
* Enero a marzo de 2026.
Fuente: Sistema de Intervenciones de Prevención (SIP)

- Entre 2021 y 2025, el número de personas que recibieron la Profialxis Pre Exposición (PrEP) en las CEC **se incrementó de 1,964 a 17,356 personas**.
- En ese mismo período, el número de sitios públicos donde se proporcionó PrEP **creció de 2 a 6 sitios**, mientras que los sitios comunitarios **se incrementó de 2 a 10**.
- En el primer trimestre de 2026, **12,662 personas recibieron PrEP al menos una vez durante el año**, en 6 sitios públicos y 12 sitios comunitarios.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2026

Pacientes con VIH atendidos

Figura 3. Pacientes con VIH atendidos según año
Clínicas de Especialidades Condesa y Hospitales e Institutos Nacionales de Salud asociados, 2009-2026



* Incluye los pacientes atendidos de enero a marzo de 2026 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 marzo de 2026.

- Entre 2009 y 2026, el número de pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en las CEC **aumentó 5 veces (400%)**, al pasar de **5,016 en 2009 a 25,105 en marzo de 2026**.
- 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 2026

Pacientes con VIH atendidos

Tabla II. Pacientes con VIH atendidos en las Clínicas de Especialidades Condesa y Hospitales e Institutos Nacionales de Salud asociados), según género. Marzo de 2026

Unidad Médica	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres Trans	%	Mujeres Trans	%	Total	%
Clínica Especializada Condesa	15,238	71.1	1,680	60.5	8	47.1	600	69.2	17,526	69.8
Clínica Especializada Condesa Iztapalapa	5,969	27.8	1,047	37.7	9	52.9	262	30.2	7,287	29.0
Hospital General Dr. Manuel Gea González	90	0.4	33	1.2	0	0.0	1	0.1	124	0.5
Instituto Nacional de Cancerología	134	0.6	18	0.6	0	0.0	3	0.3	155	0.6
Instituto Nacional de Neurología y Neorocirugí	11	0.1	1	0.0	0	0.0	1	0.1	13	0.1
Total	21,442	100.0	2,779	100.0	17	100.0	867	100.0	25,105	100.0

Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 31 de marzo de 2026.

- Al 31 de marzo de 2026, **25,105 personas con VIH sin afiliación a instituciones de seguridad social fueron atendidas** 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 98.8% de los tratamientos ARV**, mientras que los hospitales e institutos asociados contribuyen con el 1.2% restante.
- Es importante destacar que las CEC atienden tanto a residentes de la capital como a personas provenientes de otras entidades federativas.
- En la **Clínica Especializada Condesa** se atiende el 71.1% de los hombres, 60.5% de las mujeres, 47.1% de los hombres trans y 69.2% de las mujeres trans con diagnóstico de VIH.
- Por su parte, la **Clínica Especializada Condesa Iztapalapa** atiende al 27.8% de los hombres, 37.7% de las mujeres, 52.9% de los hombres trans y 30.2% de las mujeres trans.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2026

Pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral (ARV)

Tabla III. 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. Marzo de 2026

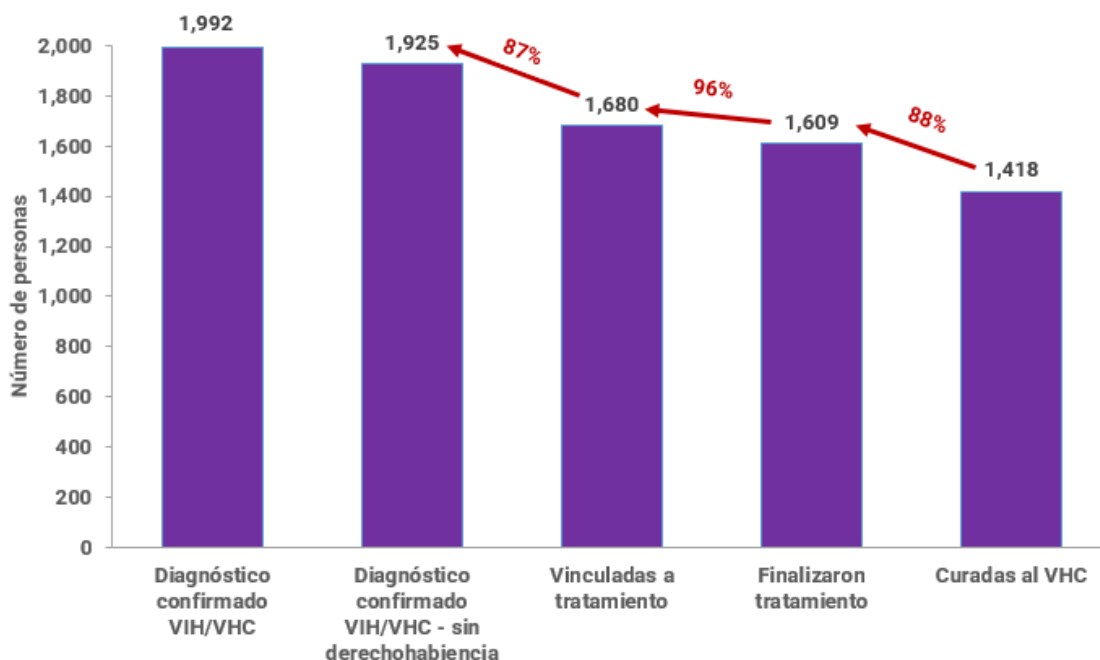
Alcaldía de residencia	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres Trans	%	Mujeres Trans	%	Total	%
Iztapalapa	3,364	15.7	638	23.0	6	35.3	190	21.9	4,198	16.7
Cuauhtémoc	3,356	15.7	440	15.8	2	11.8	173	20.0	3,971	15.8
Gustavo A. Madero	1,961	9.1	242	8.7	0	0.0	89	10.3	2,292	9.1
Benito Juárez	1,177	5.5	54	1.9	1	5.9	34	3.9	1,266	5.0
Miguel Hidalgo	1,109	5.2	65	2.3	0	0.0	39	4.5	1,213	4.8
Venustiano Carranza	994	4.6	140	5.0	2	11.8	50	5.8	1,186	4.7
Coyoacán	1,050	4.9	101	3.6	1	5.9	30	3.5	1,182	4.7
Álvaro Obregón	957	4.5	108	3.9	2	11.8	39	4.5	1,106	4.4
Iztacalco	787	3.7	99	3.6	0	0.0	57	6.6	943	3.8
Azcapotzalco	800	3.7	84	3.0	1	5.9	28	3.2	913	3.6
Tlalpan	699	3.3	77	2.8	1	5.9	23	2.7	800	3.2
Tláhuac	427	2.0	77	2.8	1	5.9	16	1.8	521	2.1
Xochimilco	351	1.6	69	2.5	0	0.0	12	1.4	432	1.7
La Magdalena Contreras	240	1.1	28	1.0	0	0.0	3	0.3	271	1.1
Cuajimalpa de Morelos	171	0.8	32	1.2	0	0.0	8	0.9	211	0.8
Milpa Alta	42	0.2	10	0.4	0	0.0	1	0.1	53	0.2
Subtotal en la CDMX	17,485	81.5	2,264	81.5	17	100.0	792	91.3	20,558	81.9
Otras entidades del país	792	3.7	168	6.0	0	0.0	39	4.5	999	4.0
Se desconoce	3,165	14.8	347	12.5	0	0.0	36	4.2	3,548	14.1
Total	21,442	100.0	2,779	100.0	17	100.0	867	100.0	25,105	100.0

- Del total de personas en tratamiento ARV, el **81.9% reside en la Ciudad de México** (n = 20,558), mientras que el **4.0%** (n = 999) corresponde a **habitantes de otros estados**, principalmente de municipios conurbados.
- Las alcaldías con mayor concentración de pacientes son **Iztapalapa** (4,198), **Cuauhtémoc** (3,971), y **Gustavo A. Madero** (2,292), que en conjunto reúnen el **41.7% del total**.
- La alcaldías **Iztapalapa** y **Cuauhtémoc** presenta el mayor número de **hombres atendidos** (**15.7% cada una**), mientras que **Iztapalapa** concentra el mayor número de **mujeres** (**23.0%**).
- En cuanto a personas trans, **Iztapalapa** registra la **mayor proporción de hombres y mujeres trans** en tratamiento ARV (**35.3% y 21.9%, respectivamente**), seguida de **Cuauhtémoc** (**11.8% y 20.0%**).

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2026

Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 4. Cascada de las personas con coinfección VIH/VHC
Clínicas Especializadas Condesa, 2020–marzo de 2026



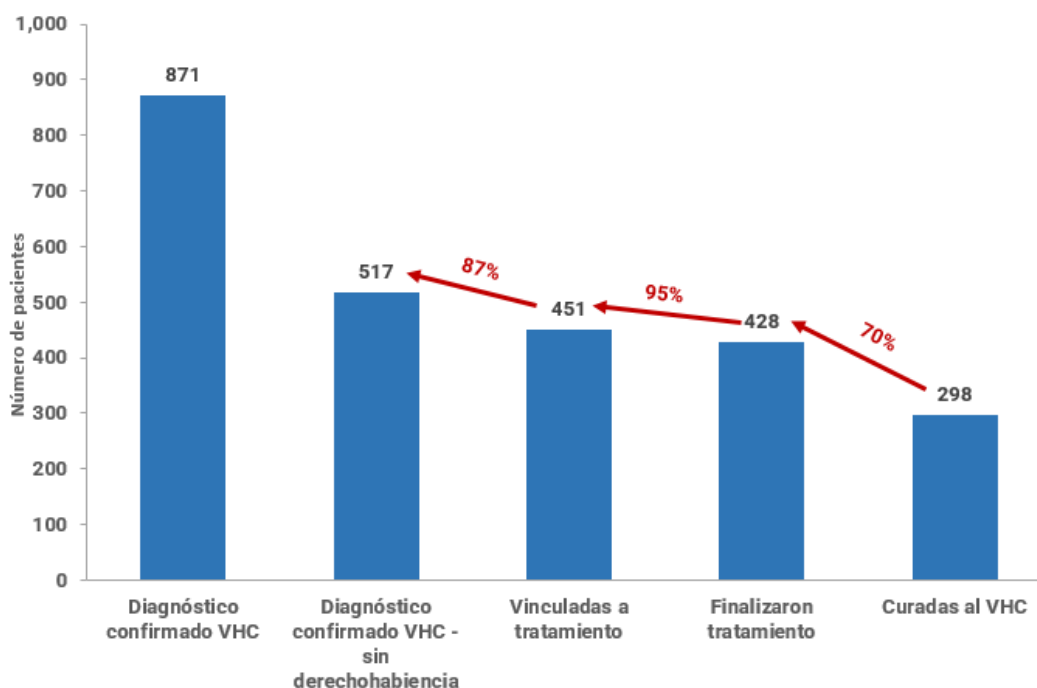
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las CEC. Datos del 31 de marzo de 2026.

- En el periodo analizado se realizaron **2,970 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 **1,992 personas con coinfección confirmada** por ambas infecciones, de las cuales 67 contaban con seguridad social, por lo cual fueron canalizadas a sus respectivas instituciones para recibir el tratamiento antiviral.
- Del total de personas diagnosticadas sin seguridad social, 1,680 (**87%**) **fueron vinculadas a tratamiento** contra el VIH y el VHC. Entre éstas, 1,609 (**96%**) **completaron el esquema terapéutico**. De las personas que finalizaron el tratamiento, 1,418 (**88%**) **alcanzaron la curación virológica sostenida**.
- Se identificaron **147 pacientes con sospecha de falla terapéutica**, quienes se encuentran en proceso de evaluación para la selección de un segundo esquema de tratamiento.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2026

Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

Figura 5. Cascada de las personas con monoinfección del VHC
Clínicas Especializadas Condesa, 2020–marzo de 2026



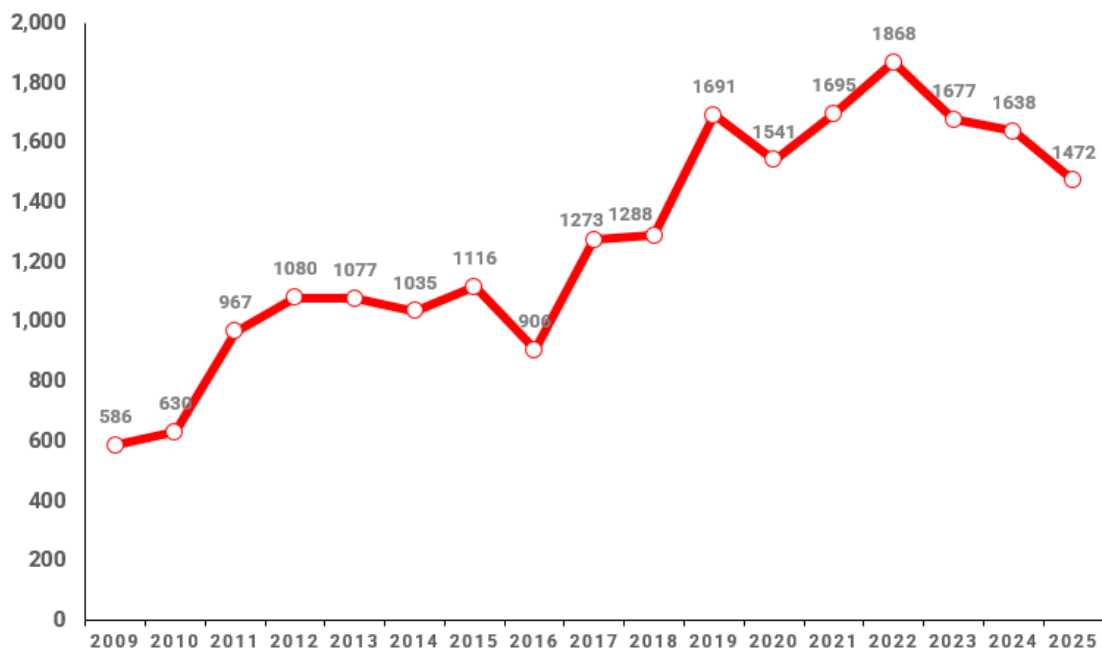
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las CEC. Datos al 31 de marzo de 2026.

- Durante el periodo de referencia se realizaron **1,385 pruebas** de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección del virus de la hepatitis C (VHC).
- Como resultado, se identificaron **871 personas con infección confirmada**. De éstas, 354 contaban con seguridad social, por lo cual fueron canalizadas a sus respectivas instituciones para recibir el tratamiento antiviral.
- De las personas 517 personas diagnosticadas con VHC sin seguridad social, 451 personas (**87%**) **fueron vinculadas a tratamiento antiviral**.
- Entre las personas tratadas, 428 (**95%**) **completaron el esquema terapéutico**, y de ellas, 298 (**70%**) **alcanzaron la curación virológica sostenida**.
- Se identificaron **10 pacientes con sospecha de falla terapéutica**, quienes se encuentran en proceso de evaluación para la selección de un segundo esquema de tratamiento.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2026

Personas sobrevivientes de violencia sexual

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



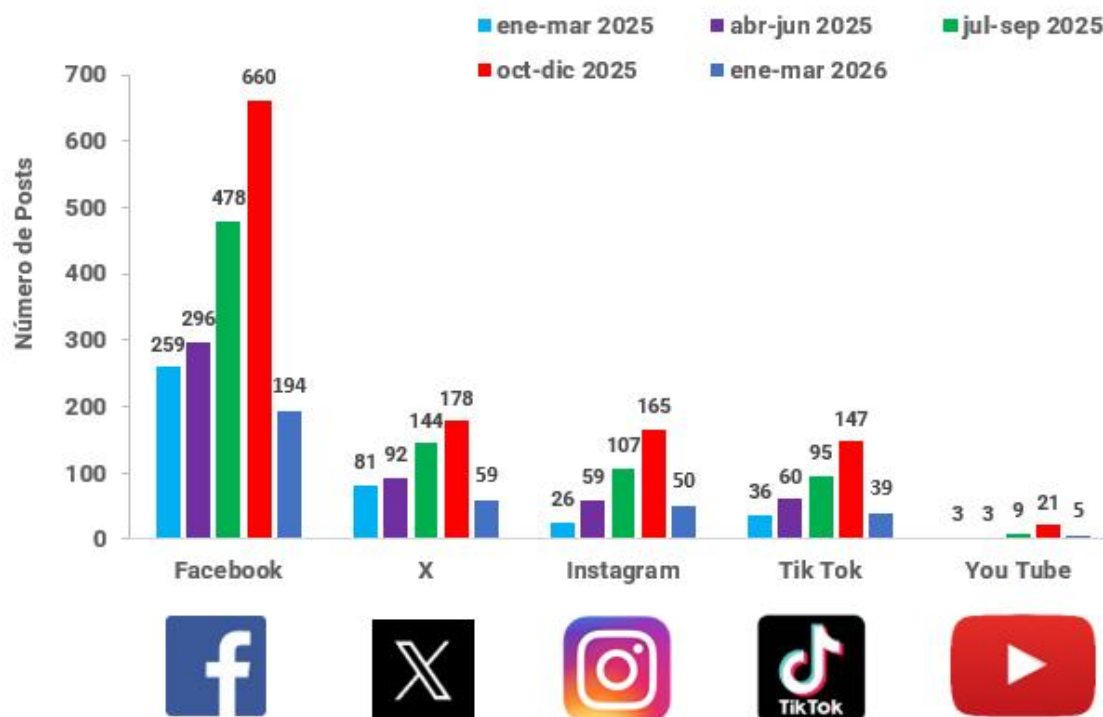
Fuente: Clínicas especializadas Condesa. Datos al 31 de diciembre de 2025.

- En 2008 se creó el **Programa de Prevención, Atención y Seguimiento a Mujeres, Hombres, Niñas y Niños Víctimas de Violencia Sexual**, el cual ofrece atención integral a personas sobrevivientes de violación o abuso sexual.
- El objetivo del programa es **brindar servicios de orientación y prevención de VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo**, mediante el uso oportuno de medicamentos antirretrovirales, antibióticos y anticoncepción de emergencia. Estos servicios se proporcionan a quienes han sufrido violencia sexual y acuden a la Clínica Especializada Condesa (CEC).
- Entre **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%**.
- En el **primer trimestre de 2026**, se atendieron **410 personas** sobrevivientes a la violencia sexual.

REDES SOCIALES 2026

Redes sociales

Figura 7. Publicaciones en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, enero 2025-marzo de 2026



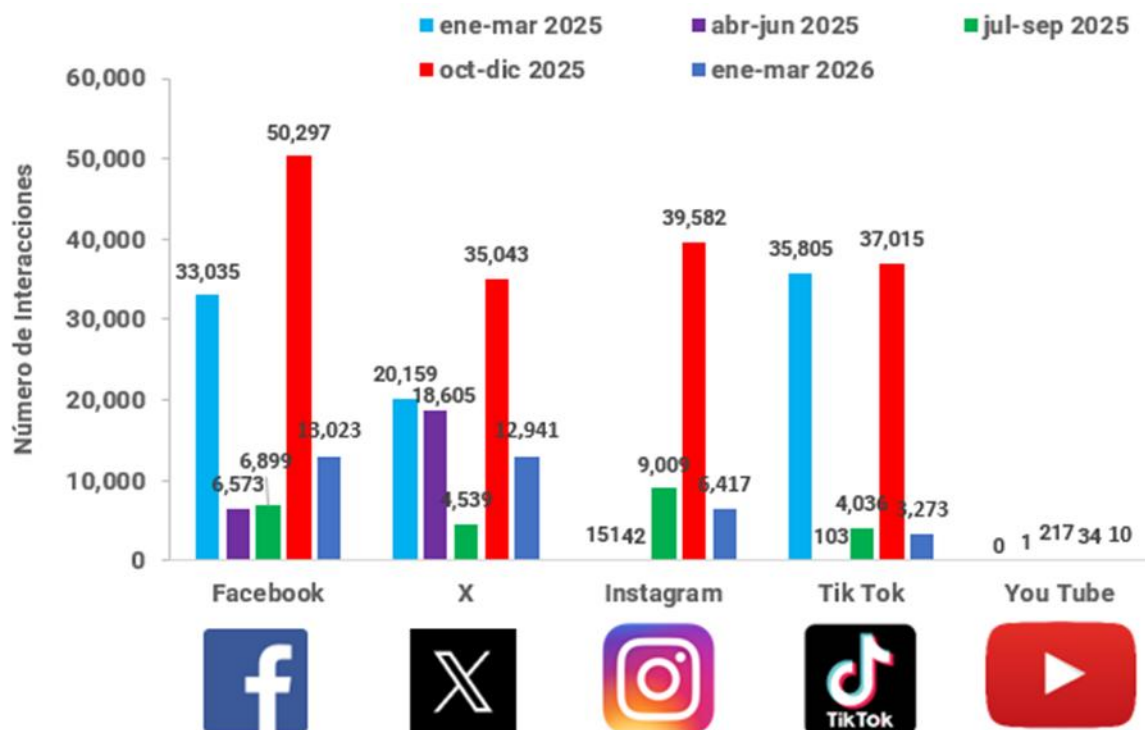
Fuente: Coordinación de Prevención y Promoción de la Salud. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México. Datos al 31 de marzo de 2026.

- En total, durante 2025 se realizaron **2,919 publicaciones**.
- Entre enero y marzo de 2026 se realizaron **347 publicaciones** en redes sociales, lo que representó una disminución de 14.3% con relación al primer trimestre del año anterior.
- La red más utilizada fue **Facebook (55.1% del total de publicaciones)** seguida por X (17.0%), Instagram (14.1%), TikTok (11.0%) y YouTube (1.0%).

REDES SOCIALES 2026

Redes sociales

Figura 8. Interacciones en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, enero de 2025-marzo de 2026



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 marzo de 2026.

- En el primer trimestre de 2026 se tuvieron **35,664 interacciones globales** (*likes*, comentarios, *reposts*), que lograron un alcance de **1,035,264 personas**.
- La creación y difusión de contenido propio predominó con **un 67.1% de presencia**, seguido de un 15.1% por publicaciones de las asociaciones civiles, 8.1% de retweets y 8% interinstitucional.
- Durante este periodo, se realizaron las siguientes campañas que alcanzaron un total de **105,683 personas**:
 - *Eliminar estigmas es responsabilidad de todos.*
 - *Día Mundial de la Lucha contra la Depresión.*
 - *Día Mundial del Condón.*
 - *El trabajo sexual es trabajo.*

REDES SOCIALES 2026

Redes sociales

Figura 9. Publicaciones acumuladas en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, enero-marzo 2026

Facebook X Instagram Tik Tok YouTube

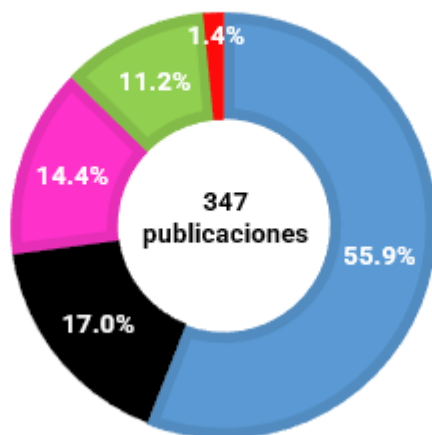
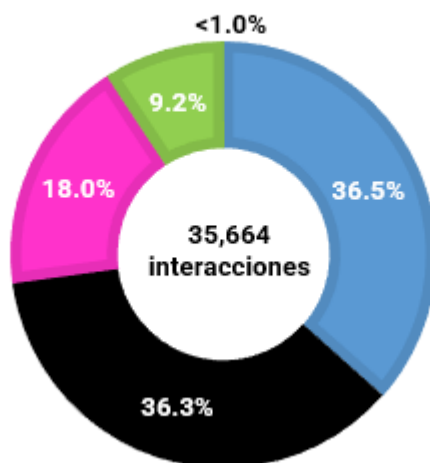


Figura 10. Interacciones acumuladas en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, enero-marzo 2026

Facebook X Instagram Tik Tok YouTube



Balance trimestral:

- En el período enero-marzo de 2026, se realizaron **2347 publicaciones** acumuladas en redes sociales que generaron **35,664 interacciones globales** (suma de “me gusta”, comentarios y reposteos).
- En este primer trimestre, la red más utilizada para difundir las publicaciones fue **Facebook (55.9%)**, seguida por X (17.0%), Instagram (14.4%), TikTok (11.2%), y YouTube (1.4%).
- El mayor número de interacciones se logró en **Facebook (36.5%)**, seguida por X (36.3%), Instagram (18.0%), TikTok (9.2%), y YouTube (<1%).

CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2026

**ELIMINAR
ESTIGMAS ES
RESPONSABILIDAD
DE TODOS**



**EL TRABAJO SEXUAL
ES TRABAJO**

Cuando hay conciencia,
hay cuidado

Tu salud es
tu derecho

Ejercer con autonomía,
sin miedo ni estigma es
empoderamiento

#8MilManeras
DeSerMujer

www.condesa.odmx.gob.mx

 CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

 Clínica Especializada
CONDESA

 Clínica Especializada Condesa
IZTAPALAPA

CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

Día del CONDÓN

Clínica Especializada Condesa te invita a:

Estación de la prevención | Shows de influencers | Lubricantes | Condones | Pruebas de detección | Y mucho más...

Viernes 13 de febrero | **10:00 a 14:00** | **Benjamín Hill #24, Col. Condesa, Cuauhtémoc**

www.condesa.cdmx.gob.mx

CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

Clínica Especializada **CONDESA**

Día del CONDÓN

Clínica Especializada Condesa Iztapalapa te invita a:

Estación de la prevención | Shows de influencers | Lubricantes | Condones | Pruebas de detección | Y mucho más...

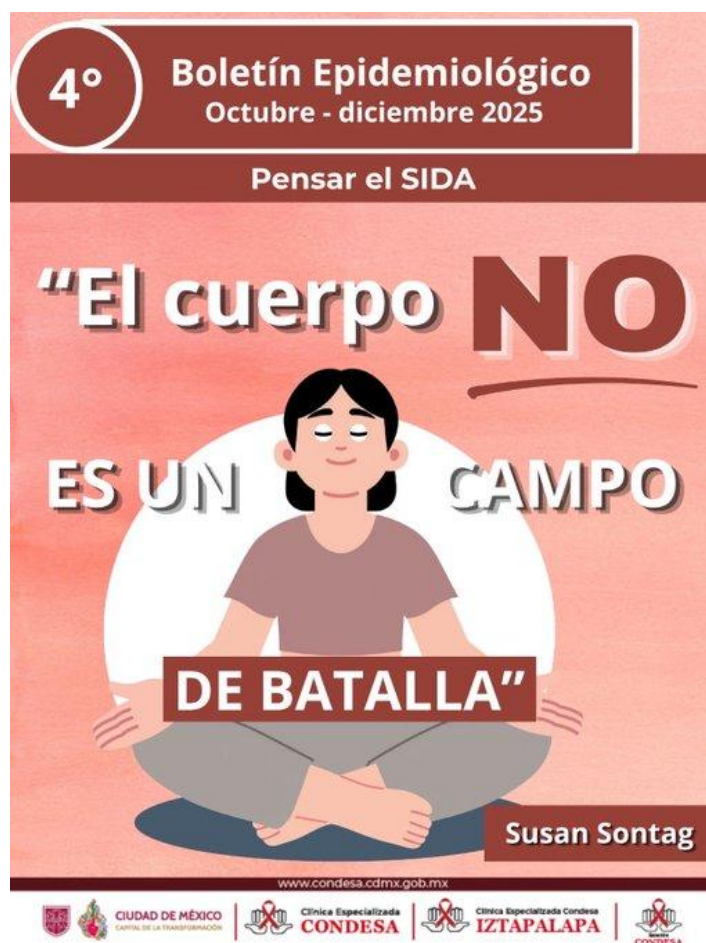
Jueves 12 de febrero | **10:00 a 14:00** | **Combate de Celaya S/N, Col. U.H. Vicente Guerrero, Iztapalapa**

www.condesa.cdmx.gob.mx

CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

Clínica Especializada Condesa **IZTAPALAPA**

CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025



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.

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.

Síguenos en:

@ClinicasEspecializasCondesa

@clinicacondesamx

@CdmxClinica

@clinicacondesa_oficial

/ClinicaCondesaOficial

/CONDESAIZTAPALAPAOFICIAL

/clinicatransocial

/clinicaadherenciaec

Para más información visita:

www.condesa.cdmx.gob.mx



IMPORTANTE

Ambas Clínicas

NO laboran fines de semana y días festivos

Servicios GRATUITOS

¡Hazte tu prueba en Estación Condesa!

Puedes realizarte las siguientes pruebas:

▶ VIH

▶ Sifilis

▶ Hepatitis C

Recuerda que somos un espacio
seguro y confidente.

**¡Todos nuestros servicios
son gratuitos!**



Pilares 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



Clínica Especializada
CONDESA



Surte tu medicamento

Si tomas **Biktarvy** o **Dovato**,
surte tu tratamiento en la
Estación Condesa. Sólo
necesitas tu carnet o alguna
identificación oficial.



**¡Todos nuestros servicios
son gratuitos!**



Pilares 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



Clínica Especializada
CONDESA



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



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 1,500-2,500 palabras, incluyendo referencias.
- Un resumen (máximo de 250 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

