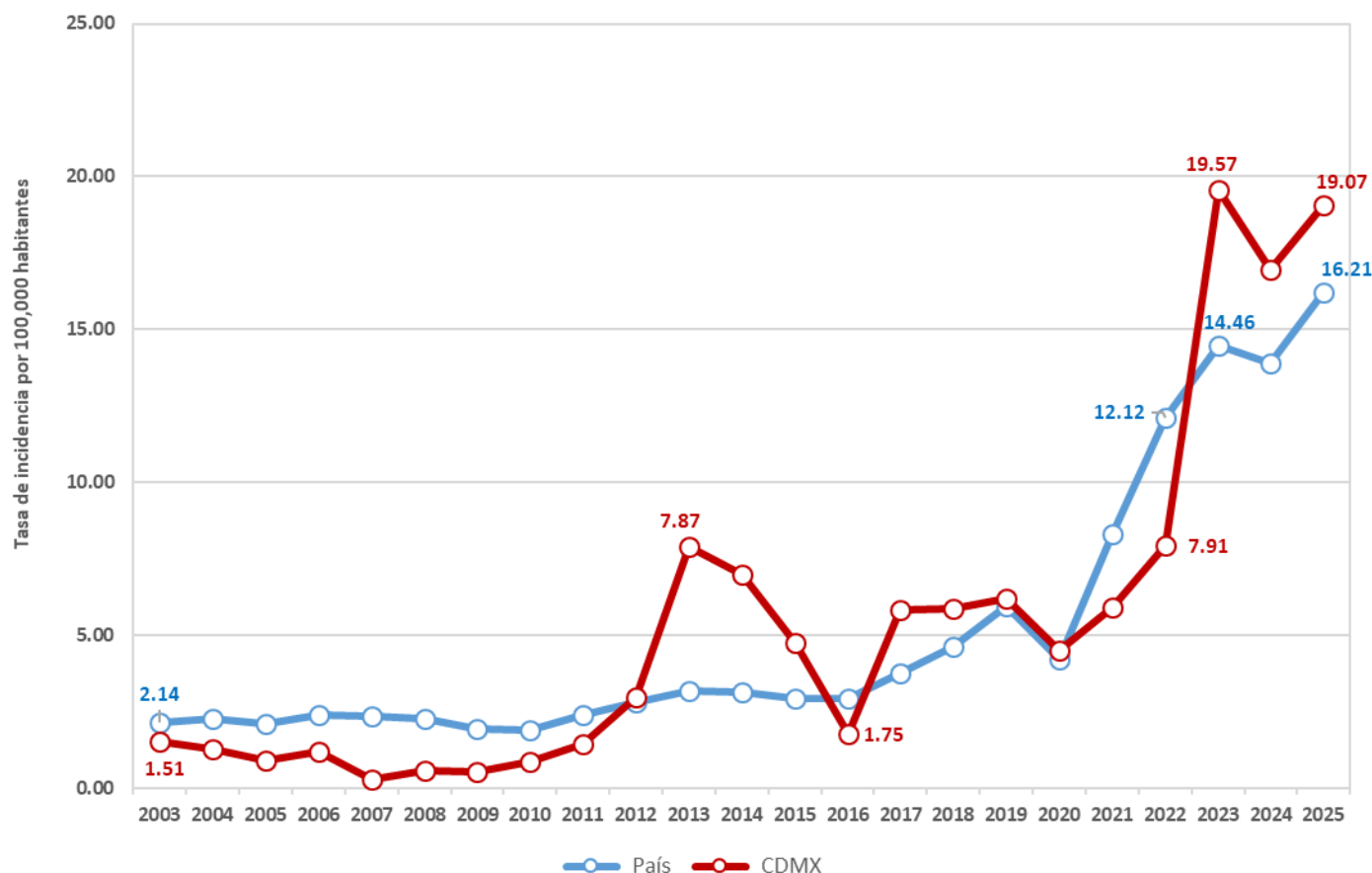


BOLETÍN SOBRE VIH/SIDA E ITS DE LAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS CONDESA

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

Vol. 1. n° 6 abr-jun de 2026

Incidencia anual de la sífilis adquirida en la Ciudad de México y en el país, 2003-2025



- La incidencia de sífilis adquirida muestra una tendencia general ascendente entre 2003 y 2025, tanto en el país como en la Ciudad de México, aunque con fluctuaciones importantes.
- A nivel nacional, la tasa se mantuvo relativamente estable y baja durante 2003-2016; posteriormente aumentó de manera sostenida, alcanzando 16.21 casos por 100,000 habitantes en 2025.
- En la Ciudad de México se observa mayor variabilidad: después de niveles bajos al inicio del periodo, la incidencia aumentó hasta 7.87 en 2013, descendió a 1.75 en 2016 y volvió a incrementarse en los años siguientes.
- El mayor incremento ocurrió entre 2022 y 2023: la Ciudad de México pasó de aproximadamente 7.91 a 19.57 casos por 100,000 habitantes, mientras que el país alcanzó 14.46.
- En 2025, la Ciudad de México registró una incidencia de 19.07 casos de sífilis adquirida por cada 100,000 habitantes, por encima de la tasa nacional (16.21).

Elaborado por **Enrique Bravo-García**, con base en las siguientes fuentes: Dirección General de Epidemiología. Anuarios de Morbilidad 1984 a 2024 México: DGE; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/CDGJOiC>. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico semana 53 (del 28 de diciembre del 2025 al 3 de enero del 2026). 2026;42(53). Disponible en: <https://buff.ly/vrHgJWu>.

CONTENIDO		Consejo Editorial
En portada	1	Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann Secretaria de Salud Pública de la Ciudad de México
Editorial	3	
# Comunicación digital	6	Mtro. Mauricio López Manning Encargado de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
Artículos originales	7	Dra. Nick Finkelstein Mizrahi Directora Ejecutiva del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México
Pensar el sida	32	
Epidemiología	35	
Redes sociales	47	
Norma para autores	55	Editor Dr. Enrique Bravo García
Directorio	56	Co-Editor Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco
ISSN: En trámite		Co-Editor Mtro. Ricardo Román Vergara

Boletín sobre VIH/sida e ITS de las Clínicas Especializadas Condesa, Volumen 1, Número 6 abril-junio 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

El Sistema Condesa: una red que transforma la respuesta al VIH y las ITS en la Ciudad de México

La respuesta al VIH y a las infecciones de transmisión sexual exige mucho más que servicios médicos: requiere instituciones capaces de escuchar, acompañar, innovar y garantizar derechos. Bajo esta premisa, el **Sistema Condesa** avanza en la consolidación de una red pública integral, especializada y territorial, orientada a acercar la prevención, la detección, el tratamiento y el seguimiento a las personas que viven en la Ciudad de México.

El **Sistema Condesa** representa la evolución de un modelo de atención reconocido por su experiencia clínica, su capacidad técnica y su compromiso histórico con las poblaciones más afectadas por el VIH. Su fortaleza se sustenta en la articulación de las Clínicas Especializadas Condesa, las Estaciones Condesa, los servicios comunitarios y las acciones de prevención que se desarrollan en las distintas alcaldías de la ciudad.

Este modelo parte de una convicción fundamental: ninguna persona debería enfrentar barreras, discriminación o estigma para acceder a los servicios de salud. Por ello, la atención se brinda desde una perspectiva basada en los derechos humanos, con enfoque de género, diversidad sexual, interculturalidad, inclusión y trato digno, reconociendo las distintas realidades sociales, económicas y culturales de quienes solicitan nuestros servicios.

La transformación del Sistema Condesa tiene como uno de sus principales ejes la territorialización de la atención. Acercar las pruebas rápidas, la consejería, los métodos de prevención, la Profilaxis Pre-Exposición y Post-Exposición, así como la entrega de medicamentos antirretrovirales, permite reducir tiempos de traslado, mejorar la continuidad del tratamiento y fortalecer la vinculación oportuna con los servicios especializados.

La detección temprana continúa siendo una prioridad. Conocer el diagnóstico permite iniciar el tratamiento oportunamente, alcanzar la supresión viral, preservar la salud y evitar nuevas transmisiones. De igual manera, ampliar el acceso a la prevención combinada permite que cada persona cuente con alternativas acordes con sus necesidades y pueda tomar decisiones informadas sobre su salud sexual.

Sin embargo, la atención integral no concluye con la entrega de un medicamento. Implica acompañamiento psicológico, atención de infecciones de transmisión sexual, servicios de laboratorio, orientación, apoyo para la adherencia terapéutica, intervención comunitaria, investigación, capacitación del personal y coordinación con organizaciones de la sociedad civil y otras instituciones públicas.

El Sistema Condesa también reconoce el valor de las comunidades. La experiencia de las personas usuarias, de las organizaciones y de quienes han participado durante décadas en la respuesta al VIH constituye un elemento indispensable para mejorar los servicios. Construir políticas públicas con participación social fortalece la transparencia, la confianza y la capacidad institucional para responder a las necesidades reales de la población.

Los retos continúan siendo importantes. Persisten diagnósticos tardíos, desigualdades en el acceso, episodios de discriminación y barreras que afectan especialmente a poblaciones históricamente excluidas. Frente a ello, nuestro compromiso es continuar ampliando la cobertura, mejorar la calidad de la atención, fortalecer los procesos clínicos y administrativos, y garantizar servicios humanos, eficientes y libres de prejuicios.

Avanzar hacia una ciudad sin nuevas infecciones, sin muertes relacionadas con el sida y sin discriminación es una responsabilidad compartida. Requiere recursos, planeación, personal capacitado, participación comunitaria y una visión de largo plazo.

El Sistema Condesa seguirá trabajando para que la atención al VIH y a las ITS sea accesible, oportuna, resolutive y cercana. Cada prueba realizada, cada persona vinculada a los servicios, cada tratamiento iniciado y cada carga viral suprimida representan un avance hacia una Ciudad de México más saludable, incluyente y justa.

Dra. Nick Finkelstein Mizrahi

Directora Ejecutiva

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

COMUNICACIÓN DIGITAL

De la innovación a las personas: Comunicar los nuevos horizontes de la prevención del VIH

Mtro. Marco Antonio Palet Sánchez

Coordinador de Comunicación y Promoción de la Salud Sexual

Los avances presentados y discutidos durante AIDS 2026, celebrada en Río de Janeiro, confirman que la prevención del VIH atraviesa una nueva etapa. A las herramientas que ya conocemos se suman alternativas de larga duración, nuevas estrategias frente a algunas infecciones de transmisión sexual y modelos de atención que buscan ser más accesibles, diferenciados y cercanos a las necesidades de las personas.

Este escenario representa una oportunidad para la salud pública, pero también plantea un desafío para la comunicación y la promoción de la salud:

Una innovación científica solo alcanza su verdadero impacto cuando las personas saben que existe, comprenden sus beneficios y limitaciones, pueden acceder a ella y cuentan con información suficiente para decidir si responde o no a sus necesidades.

La evolución de la profilaxis preexposición al VIH (PrEP) es un buen ejemplo. Mientras resulta indispensable continuar ampliando el conocimiento, el acceso y la permanencia en la PrEP oral, las modalidades de larga duración abren nuevas posibilidades para quienes enfrentan dificultades con la toma frecuente de medicamentos o simplemente prefieren otras alternativas preventivas. Su incorporación requerirá evidencia, regulación, recursos y capacidad operativa, pero también estrategias de comunicación capaces de explicar con claridad para quiénes están indicadas, cómo funcionan, qué seguimiento requieren y cuáles son sus alcances.

Lo mismo ocurre con otras estrategias emergentes, como la DoxyPEP para la prevención de determinadas infecciones de transmisión sexual en poblaciones seleccionadas. Comunicar estos avances exige responsabilidad: informar sin generar falsas expectativas, prevenir la automedicación y explicar que ninguna herramienta sustituye, por sí sola, al conjunto de opciones disponibles para el autocuidado y la atención de la salud sexual. Estos retos forman parte de las implicaciones identificadas para la respuesta de la Ciudad de México a partir de AIDS 2026.

En este contexto, cobra mayor relevancia la prevención combinada. Condones y lubricantes, pruebas de detección, PrEP, PEP, vacunación, atención de infecciones de transmisión sexual, diálogo sobre la sexualidad humana, tratamiento oportuno e “*Indetectable = Intransmisible*” forman parte de una respuesta en la que las personas pueden disponer de distintas herramientas de acuerdo con sus necesidades, prácticas, preferencias y momentos de vida.

Desde la promoción de la salud, esto supone avanzar también en la manera de comunicar. No se trata solamente de indicar qué hacer, sino de proporcionar conocimientos y herramientas que permitan comprender, valorar opciones, reconocer necesidades y tomar decisiones dialogadas e informadas. Una misma estrategia preventiva no necesariamente responde a todas las personas ni a todos los momentos de la vida.

Para el **Sistema Condesa** y sus clínicas especializadas, esta transformación representa una oportunidad para fortalecer un modelo que ya articula prevención, detección, consejería, PrEP y PEP, tratamiento, atención de ITS, promoción de la salud y vinculación comunitaria. La experiencia acumulada en la Ciudad de México puede contribuir a identificar cómo incorporar nuevas alternativas sin perder un componente esencial del modelo: la cercanía abierta con las personas usuarias y sus comunidades.

La comunicación tendrá, además, la responsabilidad de traducir una ciencia cada vez más especializada a un lenguaje comprensible y útil. Nuevos medicamentos, esquemas de larga duración, evidencia clínica y tecnologías digitales solo adquieren sentido para la población cuando pueden transformarse en preguntas sencillas:

¿Esta opción cómo puede servirme?, ¿dónde puedo solicitarla?, ¿qué necesito saber y hacer para utilizarla?, ¿qué otras alternativas tengo?

Por ello, uno de los aprendizajes que deja AIDS 2026 es que:

La innovación biomédica necesita también innovación comunicativa.

No basta con incorporar nuevas tecnologías; será necesario desarrollar estrategias que generen conocimiento, confianza y demanda informada, particularmente entre las poblaciones que enfrentan mayores barreras de acceso a los servicios.

Hoy sabemos que, precisamente, la comunicación comprensible, la capacitación continua y la participación comunitaria son condiciones para que las nuevas tecnologías alcancen impacto.

Para la respuesta al VIH en la Ciudad de México, el reto será convertir los avances científicos en oportunidades reales de prevención. Esto significa acercar los servicios al territorio, simplificar aún más los procesos, fortalecer la comunicación clara y garantizar que las innovaciones se incorporen con criterios de equidad, ética, evidencia y participación comunitaria.

La ciencia puede ampliar las posibilidades de prevención; la comunicación y la promoción de la salud pueden contribuir a que esas posibilidades lleguen a las personas, sean comprendidas y se conviertan en decisiones de autocuidado.



Imagen generada con Inteligencia Artificial mediante ChatGPT 5.6 Luna de OpenAI .

Disponible en: <https://chatgpt.com/>.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Evaluación clínica, molecular y antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae* y otras infecciones de transmisión sexual en personas atendidas en las Clínicas Especializadas Condesa

Jaquelin Naranjo-Bravo, Ivonne Michele Morales-Paczka,
José de Jesús García-Ángeles, Ma. Guadalupe Aguilera-Arreola

Laboratorio de Bacteriología Médica, Departamento de Microbiología, Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México.

Introducción: La gonorrea, causada por *Neisseria gonorrhoeae*, representa un reto para la vigilancia clínica y epidemiológica por su capacidad para afectar distintos sitios anatómicos, asociarse con coinfecciones y desarrollar resistencia antimicrobiana. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en 158 personas asignadas al sexo masculino al nacer, reclutadas en las Clínicas Especializadas Condesa. Se analizaron variables clínicas, conductuales y microbiológicas, incluyendo prácticas sexuales, uso de barreras, sintomatología, PCR multiplex, susceptibilidad antimicrobiana por difusión en disco y tipificación molecular mediante NG-STAR. **Resultados:** Se identificaron 62 participantes con evidencia microbiológica de gonorrea. La infección uretral exclusiva fue la presentación más frecuente, seguida de la infección anal exclusiva, la infección faríngea exclusiva y los casos multisitio. A partir del cultivo se recuperaron 50 aislamientos viables de *N. gonorrhoeae*, los cuales se incluyeron en el análisis de susceptibilidad antimicrobiana. Entre los participantes con gonorrea uretral o anal evaluada por PCR, 19 (31.7%) presentaron coinfección con al menos otro patógeno asociado a ITS. **Discusión.** La susceptibilidad antimicrobiana por difusión en disco, realizada en 50 aislamientos, mostró producción de betalactamasas en 17/50, resistencia elevada a ciprofloxacina y tetraciclina, conservación de la actividad de las cefalosporinas evaluadas y ausencia de resistencia a espectinomicina. La tipificación molecular mediante NG-STAR mostró que cuatro participantes tuvieron aislamientos en más de un sitio anatómico; en 2/4 se identificó el mismo ST entre cavidades, mientras que en 2/4 se observaron ST o perfiles diferentes, incluidos perfiles potencialmente nuevos. **Conclusiones:** Estos hallazgos resaltan la importancia de integrar el diagnóstico por sitio anatómico, el cultivo, la susceptibilidad antimicrobiana y la tipificación molecular.

Palabras clave: Gonorrea; Infecciones de Transmisión Sexual; Resistencia a los Antimicrobianos; Reacción en Cadena de la Polimerasa; Tipificación Molecular. México.

Introducción

La gonorrea, causada por *Neisseria gonorrhoeae*, continúa siendo una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas de mayor importancia clínica y epidemiológica. La frecuencia de la infección, su capacidad para afectar diferentes sitios anatómicos, presentarse de forma sintomática o asintomática y desarrollar resistencia antimicrobiana son fenómenos que se han documentado con diferente intensidad entre regiones y poblaciones¹⁻².

En hombres, la infección uretral suele manifestarse con secreción, ardor y dolor al orinar. En contraste,

las infecciones rectales y faríngeas suelen presentarse con pocos síntomas o ser asintomáticas, lo que dificulta su identificación clínica.³⁻⁴

Si bien el diagnóstico oportuno de la gonorrea requiere considerar las características clínicas y epidemiológicas de cada población, incluyendo las prácticas sexuales, el uso de métodos de barrera y los antecedentes de ITS,⁴⁻⁵ la incorporación de pruebas moleculares permite ampliar la detección de microorganismos asociados con ITS y facilita la identificación de coinfecciones.

Por su parte, el diagnóstico microbiológico mediante cultivo continúa siendo una herramienta fundamental para obtener aislamientos y evaluar la resistencia antimicrobiana (RAM), lo que contribuye a la vigilancia epidemiológica de *N. gonorrhoeae*.⁶ Por lo anterior, combinar las diferentes estrategias diagnósticas es relevante para mejorar la atención médica.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en participantes reclutados en las Clínicas Especializadas Condesa (CEC y CECI), entre septiembre de 2024 y diciembre de 2025. Se reclutaron 158 personas asignadas al sexo masculino al nacer, mayores de edad, con vida sexual activa y manifestaciones clínicas compatibles con uretritis, proctitis y/o faringitis. Todos los participantes firmaron consentimiento informado y respondieron un cuestionario clínico-epidemiológico. Se excluyeron participantes con tratamiento antimicrobiano en los 15 días previos, sin consentimiento informado o que no cumplieran con los criterios para la toma de muestras.

A partir del cuestionario se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes clínicos, estado de VIH, antecedentes de ITS, prácticas sexuales, uso de métodos de barrera, consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, motivo de consulta y sintomatología.

La detección molecular de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* y *Trichomonas vaginalis* se realizó en muestras uretrales y anales mediante PCR multiplex en tiempo real, utilizando el ensayo Allplex™ STI Essential Assay (Seegene Inc., Seúl, República de Corea), de acuerdo con las instrucciones del fabricante.⁶ La gonorrea se definió como la detección molecular o por cultivo de *N. gonorrhoeae* en muestras uretrales y/o anales. La infección faríngea se determinó exclusivamente mediante aislamiento por cultivo de la bacteria.

Los casos positivos para *N. gonorrhoeae* se clasificaron de acuerdo con el sitio anatómico de detección en infección uretral exclusiva, anal exclusiva, faríngea exclusiva o multisitio. El grupo multisitio incluyó participantes con detección positiva en más de una región anatómica. También se evaluó la pre-

sencia de coinfecciones, definida como la detección molecular de al menos otro patógeno asociado a ITS en participantes positivos para gonorrea.

En los aislamientos de *N. gonorrhoeae* se determinó la producción de betalactamasas y la RAM mediante difusión en disco, utilizando criterios de interpretación establecidos en estándares internacionales.⁷ Los resultados se informaron a los médicos tratantes lo antes posible, con el fin de que fueran utilizados para orientar el manejo clínico de los participantes.

La caracterización molecular de los aislamientos se realizó mediante el esquema NG-STAR. Para ello, se amplificaron por PCR los siete loci incluidos en el esquema y los productos obtenidos fueron secuenciados mediante el método de Sanger.⁸ Las secuencias directa y reversa fueron revisadas, depuradas y ensambladas para generar secuencias consenso. Posteriormente, los consensos fueron evaluados en la plataforma NG-STAR y mediante herramientas bioinformáticas complementarias, como pyngoST,⁹ con el fin de asignar alelos por gen y establecer el perfil alélico de cada aislamiento. Cuando la combinación de los siete alelos coincidió con un perfil registrado, se asignó el tipo de secuencia (ST) correspondiente; cuando no existió coincidencia, el perfil se clasificó de forma conservadora como combinación alélica potencialmente nueva.

Los datos se presentan como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Las variables numéricas se resumieron mediante media y desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico (RIC), según correspondiera. Los análisis por sitio anatómico se realizaron considerando denominadores específicos de acuerdo con la disponibilidad de muestras, los resultados microbiológicos y las respuestas del cuestionario.

Resultados

En este estudio se reclutaron 158 participantes con cuestionario clínico-epidemiológico disponible. La edad promedio fue de 32.7 ± 7.8 años (rango: 18–58 años) y 91.8% de los participantes refirió mantener vida sexual activa al momento del estudio. La mediana de edad de inicio de la vida sexual fue de 17 años (RIC: 15–18). Respecto al número de parejas sexuales, se reportó una mediana de 2 parejas en el último mes (RIC: 1–5), 10 en el último año (RIC: 3–24) y 34 a lo largo de la vida (RIC: 12–100).

En relación con las prácticas sexuales, se documentó una alta frecuencia de sexo oral, sexo anal y práctica oral-anal. La práctica sexual más frecuente fue el sexo oral (77.2%), desagregada por oral receptivo (11.4%) y oral dador (7.0%). En el sexo anal predominó la participación tanto insertiva como receptiva (71.5%), seguida de la práctica insertiva exclusiva (20.9%) y receptiva exclusiva (5.1%). Por último, la práctica sexual oral-anal resultó la menos frecuente con 57.6% de los participantes (**Figura 1**).

Se observó baja utilización de barreras de protección: 70.3% no utilizó condón en la última relación sexual, 91.1% no lo utilizó durante el sexo oral, 55.7% reportó ausencia o uso inconsistente de condón durante el sexo anal y 88.0% no utilizó barrera de látex durante la práctica oral-anal. Además, 74.7% reportó uso de alguna sustancia durante las relaciones sexuales, principalmente alcohol (59.5%), marihuana (30.4%), estimulantes sexuales (28.5%) y drogas inhalables (25.9%).

Respecto al motivo de consulta y la sintomatología, 117/158 participantes (74.1%) acudieron por presentar molestias clínicas. Un total de 112 participantes (70.9%) reportó al menos un síntoma al momento del cuestionario. Las manifestaciones más frecuentes fueron secreción uretral (55.7%), ardor

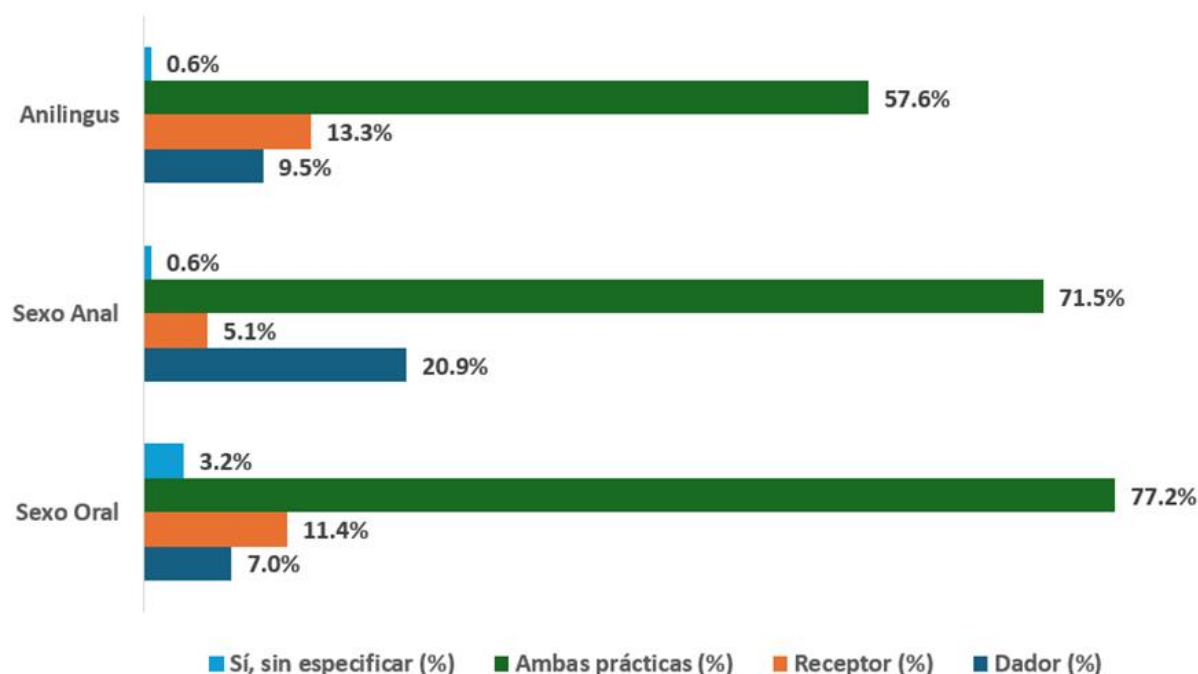
uretral o al orinar (52.5%) y dolor al orinar (38.0%), hallazgos compatibles con cuadros de uretritis y que contextualizan los resultados microbiológicos obtenidos.

Entre los antecedentes clínicos relevantes, 58.2% de los participantes correspondió a personas que viven con VIH o con carga viral no detectable, mientras que 39.2% refirió ser VIH negativo. Además, 73.4% reportó antecedente de alguna ITS previa; las más frecuentes fueron sífilis (56.9%), gonorrea (33.6%) y clamidia (13.8%). El 25.3% refirió antecedente de VPH y 40.5% reportó vacunación contra este virus.

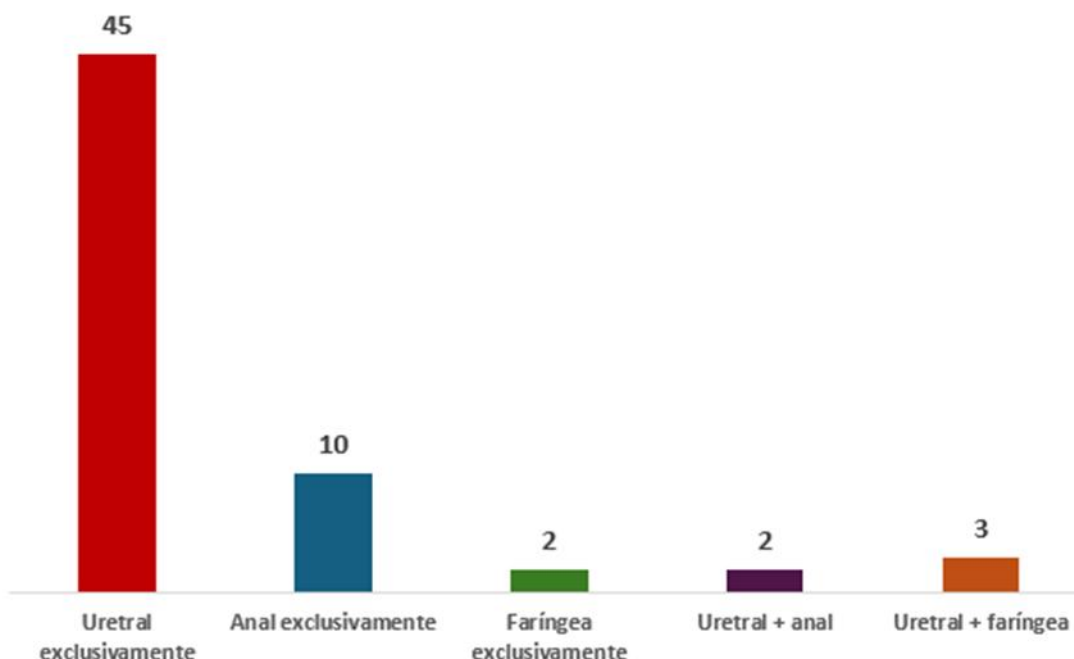
Se identificaron 62 participantes con evidencia microbiológica de gonorrea por *N. gonorrhoeae* en uno o más sitios anatómicos. La mayoría presentó infección en un solo sitio (57/62; 91.9%), principalmente uretral. La gonorrea uretral exclusiva fue el patrón más frecuente (72.6%), seguida de la infección anal exclusiva (16.1%) y la faríngea exclusiva (3.2%). Además, 8.1% presentó infección multisitio, con positividad en más de una cavidad anatómica (**Figura 2**).

Al analizar la relación entre prácticas sexuales, uso de barreras y patrón anatómico de infección, los participantes con infección multisitio presentaron una mayor frecuencia de prácticas asociadas con

Figura 1. Prácticas sexuales reportadas por los participantes en el estudio



Nota: Los porcentajes corresponden a los participantes con respuesta disponible para cada variable

Figura 2. Detección de *Neisseria gonorrhoeae* según región anatómica.

exposición a ITS. En este grupo, todos reportaron sexo oral, sexo anal y práctica oral-anal, así como ausencia de uso de condón en la última relación sexual. En los casos de gonorrea anal exclusiva, todos los participantes reportaron sexo anal y 80.0% refirió ausencia o uso inconsistente de condón durante esta práctica. Estos hallazgos muestran que, aunque la detección uretral fue predomi-

nante, también existen infecciones extragenitales y multisitio ([Tabla I](#)).

En los participantes con gonorrea uretral o anal evaluada por PCR, 19/60 (31.7%) presentaron coinfección con al menos otro patógeno asociado a ITS. Las coinfecciones más frecuentes fueron con *C. trachomatis* (16.7%), *U. urealyticum* (11.7%), *M. hominis* (10.0%) y *M. genitalium* (3.3%). La coinfección

Tabla I. Prácticas sexuales, uso de barreras y sustancias según patrón anatómico de infección por *Neisseria gonorrhoeae*

Variable	Sin gonorrea n=96	Uretral exclusiva n=45	Anal exclusiva n=10	Faringea exclusiva n=2	Multisitio n=5
No usó condón en última relación	64/94, 68.1%	34/43, 79.1%	7/10, 70.0%	1/2, 50.0%	5/5, 100.0%
Sexo oral	94/96, 97.9%	45/45, 100.0%	10/10, 100.0%	2/2, 100.0%	5/5, 100.0%
Sexo anal	95/96, 99.0%	43/45, 95.6%	10/10, 100.0%	2/2, 100.0%	5/5, 100.0%
Práctica anal insertiva y receptiva	68/96, 70.8%	31/45, 68.9%	10/10, 100.0%	1/2, 50.0%	3/5, 60.0%
Anilingus / práctica oral-anal	76/96, 79.2%	36/45, 80.0%	9/10, 90.0%	2/2, 100.0%	5/5, 100.0%
No usó condón durante sexo oral	87/95, 91.6%	41/44, 93.2%	9/10, 90.0%	2/2, 100.0%	5/5, 100.0%
No usó o usó inconsistentemente condón durante sexo anal	51/95, 53.7%	24/43, 55.8%	8/10, 80.0%	1/2, 50.0%	4/5, 80.0%
No usó barrera de látex en anilingus	86/87, 98.9%	37/38, 97.4%	9/9, 100.0%	2/2, 100.0%	5/5, 100.0%
Uso de alguna sustancia durante sexo	73/88, 83.0%	33/40, 82.5%	6/10, 60.0%	2/2, 100.0%	4/5, 80.0%

fue más frecuente en participantes con gonorrea anal que en aquellos con infección uretral, lo que resalta la importancia de un abordaje diagnóstico integral.

Los aislamientos de *N. gonorrhoeae* obtenidos mediante cultivo fueron evaluados para determinar la producción de betalactamasas y la susceptibilidad antimicrobiana por difusión en disco. Se identificaron aislamientos productores de betalactamasas (34%, 17/50) y un perfil caracterizado por elevada resistencia a ciprofloxacina (88%, 44/50) y tetraciclina (92%, 46/50), mientras que las cefalosporinas evaluadas conservaron una alta actividad antimicrobiana ($\geq 98\%$ de susceptibilidad). No se detectó resistencia a espectinomicina.

La tipificación molecular con NG-STAR de los aislamientos de *N. gonorrhoeae* permitió comparar perfiles alélicos, así como identificar tipos de secuencia (ST) previamente registrados y combinaciones alélicas sin asignación en la base consultada.

En los 50 aislamientos clínicos elegibles se observó una alta diversidad molecular, con 26 ST NG-STAR diferentes. De estos, 21 correspondieron a ST registrados y cinco a perfiles potencialmente nuevos. El ST más frecuente fue el 5284, identificado en 5/50 aislamientos, seguido de los ST 4980 y 4621, cada uno presente en 4/50 aislamientos. Asimismo, los ST 3420, 4357 y 5323 se detectaron en 3/50 aislamientos cada uno. Los cinco aislamientos restantes presentaron combinaciones alélicas no asignadas a un ST registrado, por lo que se consideraron perfiles potencialmente nuevos.

Además del análisis global, NG-STAR permitió comparar los perfiles obtenidos en participantes con aislamiento de *N. gonorrhoeae* en más de un sitio anatómico. En estos casos, la concordancia o diferencia entre los ST identificados por cavidad aportó información útil para explorar si los aislamientos correspondían a perfiles relacionados o si reflejaban la presencia de variantes distintas en un mismo participante (Tabla II).

En dos participantes con aislamientos obtenidos en más de un sitio anatómico se identificó el mismo ST entre cavidades, lo que sugiere perfiles estrechamente relacionados. En otros dos participantes se observaron ST o perfiles diferentes entre sitios anatómicos, lo que podría reflejar adquisición independiente, coinfección por distintos linajes o circulación simultánea de variantes de *N. gonorrhoeae* en un mismo individuo.

Discusión

Los resultados del cuestionario clínico-epidemiológico describen una población con alta frecuencia de prácticas sexuales que implican diferentes sitios anatómicos de exposición. La mayoría de los participantes reportó múltiples parejas sexuales y prácticas como sexo oral, sexo anal y anilingus o práctica oral-anal. El predominio de prácticas anales tanto insertivas como receptivas permite contextualizar la importancia de considerar más de un sitio anatómico durante el abordaje diagnóstico. La transmisión de ITS no depende únicamente del contacto genital, ya que la exposición rectal y faríngea también puede favorecer la adquisición y circu-

Tabla II. Comparación de ST por NG-STAR en pacientes con aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* en más de un sitio anatómico.

Clave del paciente	Sitios anatómicos con NG-STAR	ST por sitio anatómico	Interpretación
005-KMT-006	Uretral + anal	Uretral: ST 5182; Anal: ST 5182	Mismo ST entre sitios
005-JAB-097	Uretral + anal + faríngeo	Uretral: ST 4621; Anal: perfil potencialmente nuevo; Faríngeo: perfil potencialmente nuevo	ST/perfiles diferentes entre sitios
005A-DYG-029	Uretral + faríngeo	Uretral: ST 3420; Faríngeo: ST 3420	Mismo ST entre sitios
005A-MAN-034	Uretral + faríngeo	Uretral: ST 5284; Faríngeo: ST 1867	ST diferente entre sitios

Nota: Los aislamientos clasificados como "perfil potencialmente nuevo" corresponden a perfiles alélicos no asignados a un ST conocido al momento del análisis. **ST**: tipo de secuencia; **NG-STAR**: *Neisseria gonorrhoeae* Sequence Typing for Antimicrobial Resistance.

lación de estos microorganismos, particularmente cuando existe ausencia o uso inconsistente de barreras de protección.³⁻⁴

El uso de sustancias durante las relaciones sexuales fue frecuente en la población estudiada y estuvo presente en los diferentes grupos de análisis por patrón anatómico de infección. Aunque el diseño transversal del estudio no permite establecer causalidad entre consumo de sustancias e infección, esta variable puede coincidir con mayor exposición sexual, menor uso de barreras, mayor número de parejas o participación en redes sexuales con mayor circulación de ITS. En este contexto, las prácticas de mayor exposición incluyen relaciones sexuales anales insertivas o receptivas sin condón o con uso inconsistente, sexo oral sin barrera, anilingus sin barrera de protección y contacto sexual con múltiples parejas.

Por ello, el abordaje del consumo de sustancias durante las relaciones sexuales debe integrarse como una herramienta clínica de prevención y reducción de riesgos, evitando interpretaciones estigmatizantes. Estudios recientes han descrito asociaciones entre consumo recreativo de sustancias, prácticas sexuales de mayor exposición e ITS en hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo personas que viven con VIH.¹⁰

En cuanto a las características clínicas, la mayoría de los participantes acudió por presencia de molestias, principalmente manifestaciones genitourinarias como secreción uretral, ardor y dolor al orinar. Estos hallazgos son compatibles con la presentación clínica clásica de la uretritis gonocócica en hombres.^{1,4}

Sin embargo, la identificación de infecciones extra-genitales en este estudio demuestra que la sintomatología uretral no debe ser el único criterio para seleccionar el sitio de toma de muestras, ya que las infecciones rectales y faríngeas pueden presentarse con pocos síntomas o permanecer inadvertidas si no se investigan de manera dirigida.^{3,11} Los antecedentes clínicos reflejan una población con alta frecuencia de ITS previas. Más de la mitad de los participantes correspondió a personas que viven con VIH o con carga viral no detectable, y una proporción importante reportó antecedentes de sífilis, gonorrea o clamidia. Estos hallazgos reflejan una población atendida en servicios especializados, donde

el tamizaje periódico, el diagnóstico oportuno y la prevención combinada son componentes esenciales de la atención integral.

La detección de *N. gonorrhoeae* fue más frecuente en la región uretral; sin embargo, también se identificaron infecciones anales, faríngeas y casos con positividad en más de una cavidad. La presencia de infección extragenital es relevante porque confirma que *N. gonorrhoeae* puede mantenerse en sitios anatómicos distintos del uretral y contribuir a la transmisión.^{3-4,12} Los pacientes con gonorrea anal exclusiva y multisitio presentaron con mayor frecuencia prácticas sexuales que involucraban exposición rectal y oral, lo que refuerza la importancia de dirigir la toma de muestras de acuerdo con las prácticas sexuales referidas y no únicamente con los síntomas.^{3,11}

La detección de gonorrea faríngea puede estar subestimada, dado que este sitio fue evaluado mediante cultivo y no por PCR. Aun así, la identificación de casos faríngeos confirma la relevancia de este sitio anatómico dentro de la vigilancia de *N. gonorrhoeae*. La faringe puede actuar como reservorio y favorecer la persistencia y transmisión de la bacteria, especialmente en personas con exposición oral.¹³

Otro hallazgo relevante fue la presencia de coinfecciones detectadas por PCR en participantes con gonorrea. La utilización de un ensayo molecular multiplex permitió identificar simultáneamente diferentes bacterias asociadas a ITS, incluyendo *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *M. hominis* y *U. urealyticum*.^{6,14-15} La coinfección fue más frecuente en los casos con infección anal, lo que resalta la utilidad de un abordaje diagnóstico integral en personas con exposición rectal o infección extragenital. Sin embargo, la detección de *M. hominis* y *U. urealyticum* debe interpretarse junto con la evaluación clínica, el sitio anatómico de toma de muestras y el contexto del paciente, ya que estos microorganismos pueden representar colonización o infección.¹⁶

La evaluación microbiológica mediante cultivo permitió recuperar aislamientos de *N. gonorrhoeae* y realizar pruebas fenotípicas de susceptibilidad antimicrobiana. Los resultados mostraron resistencia importante frente a algunos antibióticos utilizados históricamente. La posible participación de β -lactamasas debe considerarse principalmente en el

contexto de la resistencia a penicilina, ya que estos mecanismos han contribuido a la pérdida de utilidad de algunos β -lactámicos; en contraste, las cefalosporinas conservaron actividad antimicrobiana frente a la mayoría de los aislamientos evaluados. Estos hallazgos destacan la importancia de mantener la vigilancia local de la susceptibilidad antimicrobiana, ya que los patrones de resistencia pueden variar entre regiones y requieren monitoreo continuo para orientar adecuadamente el tratamiento. ^{1-2,17-18}

La tipificación molecular mediante NG-STAR aportó información adicional para la vigilancia de los aislamientos clínicos de *N. gonorrhoeae*. La identificación de 26 ST NG-STAR entre 50 aislamientos clínicos elegibles evidenció una alta diversidad molecular, sin predominio claro de un único perfil. Los ST 5284, 4980 y 4621 se encontraron entre los más frecuentes, mientras que cinco aislamientos presentaron combinaciones alélicas no asignadas a un ST registrado al momento del análisis. Estos perfiles deben considerarse potencialmente nuevos hasta contar con una asignación oficial en la base de datos NG-STAR. Este hallazgo sugiere la circulación de múltiples variantes de *N. gonorrhoeae* en la población estudiada. ^{8-9,19-20}

En los participantes con aislamientos recuperados de más de un sitio anatómico, NG-STAR permitió comparar los perfiles moleculares entre cavidades. En dos participantes se identificó el mismo ST en diferentes sitios anatómicos, lo que sugiere perfiles estrechamente relacionados. En otros dos participantes se observaron ST o perfiles diferentes entre cavidades, lo que podría reflejar adquisición independiente, coinfección por diferentes linajes o circulación simultánea de variantes de *N. gonorrhoeae* en una misma persona (**Tabla II**).

A partir de estos resultados, la integración de la información molecular con los perfiles fenotípicos de susceptibilidad antimicrobiana permitió fortalecer la caracterización de los aislamientos desde un enfoque descriptivo. Este análisis contribuye a la vigilancia local al reconocer perfiles recurrentes, variantes de baja frecuencia y aislamientos que podrían ser prioritarios para seguimiento, además de aportar una base útil para futuros análisis sobre la relación entre ST y susceptibilidad antimicrobiana.

La interpretación molecular de la susceptibilidad antimicrobiana puede enriquecerse con el análisis

de los genes incluidos en NG-STAR. Para las fluoroquinolonas, genes como *gyrA* y *parC* aportan información relevante, mientras que en betalactámicos y cefalosporinas resulta útil considerar de forma integrada genes como *penA*, *mtrR*, *porB* y *ponA*, junto con los resultados fenotípicos de susceptibilidad y, cuando se disponga de ellos, los valores de concentración mínima inhibitoria. En conjunto, los hallazgos de este estudio muestran una alta diversidad molecular, caracterizada por la presencia de perfiles recurrentes, variantes de baja frecuencia y combinaciones alélicas no registradas. Esta diversidad fortalece la vigilancia epidemiológica local, ya que permite reconocer patrones de circulación de *N. gonorrhoeae* y generar una base útil para el seguimiento de perfiles moleculares con posible relevancia clínica y epidemiológica. ^{8-9,19-20}

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran el diseño transversal, el tamaño reducido de los grupos faríngeo y multisitio, la disponibilidad variable de muestras por sitio anatómico, el uso de información autoinformada sobre prácticas sexuales y consumo de sustancias, así como la ausencia de PCR faríngea. Además, al tratarse de una población reclutada con criterios clínicos específicos, los resultados no deben interpretarse como una estimación de prevalencia poblacional general.

A pesar de estas limitaciones, este estudio aporta evidencia relevante sobre la utilidad de integrar la información clínica, epidemiológica, microbiológica y molecular para el abordaje de la gonorrea. La identificación de infecciones extragenitales, coinfecciones y perfiles de susceptibilidad antimicrobiana refuerza la importancia de mantener estrategias de diagnóstico dirigido, vigilancia epidemiológica y seguimiento clínico en poblaciones con mayor frecuencia de ITS.

Conclusión

Los resultados destacan que el abordaje diagnóstico de la gonorrea debe integrar tres componentes: las prácticas sexuales reportadas, los síntomas presentes y la toma de muestras por sitio anatómico. La identificación de infecciones extragenitales, casos multisitio, coinfecciones y diferencias de ST entre cavidades confirma la importancia de un enfoque integral para la detección, el seguimiento y la vigilancia molecular de *N. gonorrhoeae*.

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a las siguientes personas: Dra. Verónica Ruíz González, M. en C. Rebeca García Mendiola, Dr. Mario Gómez Zepeda, Dr. Raúl Adrián Cruz Flores y al Dr. Carlos Rubén Nava Campos, por las facilidades brindadas para ejecución de este estudio.

Asimismo, agradecemos a los médicos especialistas Dr. Edgar Pérez Barragán, Dr. Nelson Álvarez Martínez, Dr. Aldo Almaráz Boyzo, Dr. Humberto Guadío Solorio, Dr. Ubaldo Ramos Alamillo, Dr. Juan Carlos Rodríguez Aldama, Dra. Ana Karen Olin López, Dra. Jennifer Morales Vázquez, Dr. Rodrigo M. Flores Delgado y Dr. Edwin Xchel Rodríguez Cabreza, por su apoyo en la identificación, orientación e incorporación de los participantes reclutados.

De igual manera, reconocemos la valiosa colaboración de la M. en C. Karina Nava Memije, la Q.C. Maritza Micheli García Lucas quienes contribuyeron en la toma y procesamiento de muestras, y en general al personal de laboratorio de ambas clínicas por permitir las actividades operativas necesarias para el desarrollo del proyecto.

Su compromiso y profesionalismo fueron fundamentales para generar información científica relevante que contribuya al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual en poblaciones clave de la Ciudad de México.

Financiamiento

Los resultados presentados forman parte del proyecto "Vigilancia epidemiológica de la gonorrea en población vulnerable asistida en las clínicas especializadas en diagnóstico de infecciones de transmisión sexual ubicadas en la Ciudad de México", financiado por la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México, SECTEI/027/2024 y "Proyectos 2025: Innovación y Maduración Tecnológica a través de la ejecución de Desarrollo Tecnológico e Innovación del Instituto Politécnico Nacional", cuyos recursos contribuyeron al desarrollo de las actividades experimentales.

Referencias

1. Unemo M, Seifert HS, Hook EW 3rd, Hawkes S, Ndowa F, Dillon JAR. Gonorrhoea. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):79. doi:10.1038/s41572-019-0128-6. Disponible en: <https://buff.ly/oEO4Csh>.
2. Wi T, Lahra MM, Ndowa F, Bala M, Dillon JAR, Ramon-Pardo P, et al. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: global surveillance and a call for international collaborative action. *PLoS Med*. 2017;14(7):e1002344. doi:10.1371/journal.pmed.1002344. Disponible en: <https://buff.ly/A5hHtLR>.
3. Patton ME, Kidd S, Llata E, Stenger M, Braxton J, Asbel L, et al. Extragenital gonorrhea and chlamydia testing and infection among men who have sex with men—STD Surveillance Network, United States, 2010–2012. *Clin Infect Dis*. 2014;58(11):1564–1570. doi:10.1093/cid/ciu184. Disponible en: <https://buff.ly/uDLClbU>.
4. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1–187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1.
5. Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. Diagnosis and treatment of sexually transmitted infections: a review. *JAMA*. 2022;327(2):161–172. doi:10.1001/jama.2021.23487. Disponible en: <https://buff.ly/uaefk6e>.
6. de Salazar A, Espadafor B, Fuentes-López A, Barrientos-Durán A, Salvador L, Álvarez M, et al. Comparison between Aptima Assays (Hologic) and the Alplex STI Essential Assay (Seegene) for the diagnosis of sexually transmitted infections. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222439. doi:10.1371/journal.pone.0222439. Disponible en: <https://buff.ly/U5J0ihk>.
7. Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. 35th ed. CLSI supplement M100. Wayne (PA): Clinical and Laboratory Standards Institute; 2025.
8. Demczuk W, Sidhu S, Unemo M, Whiley DM, Allen VG, Dillon JR, et al. *Neisseria gonorrhoeae* sequence typing for antimicrobial resistance, a novel antimicrobial resistance multilocus typing scheme for tracking global dissemination of *N. gonorrhoeae* strains. *J Clin Microbiol*. 2017;55(5):1454–1468. doi:10.1128/JCM.00100-17. Disponible en: <https://buff.ly/f1HnqpU>.

9. Sánchez-Busó L, Sánchez-Serrano A, Golparian D, Unemo M. pyngoST: fast, simultaneous and accurate multiple sequence typing of *Neisseria gonorrhoeae* genome collections. *Microb Genom.* 2024;10(1):001189. doi:10.1099/mgen.0.001189. Disponible en: <https://buff.ly/zE7Yqy6>.
10. Muccini C, Pinyakorn S, Kolsteeg C, Kroon E, Sacdalan C, Crowell TA, et al. Chemsex and rising substance use linked to sexually transmitted infections among men who have sex with men living with HIV in Bangkok, Thailand. *IJID Reg.* 2024;13:100465. doi:10.1016/j.ijregi.2024.100465. Disponible en: <https://buff.ly/Gxu6gRw>.
11. Lutz AR. Screening for asymptomatic extragenital gonorrhea and chlamydia in men who have sex with men: significance, recommendations, and options for overcoming barriers to testing. *LGBT Health.* 2015;2(1):27-34. doi:10.1089/lgbt.2014.0056. Disponible en: <https://buff.ly/iUwJRLO>.
12. Aaron KJ, Gaydos CA, Hook EW 3rd, Chernesky M, Moncada J, Taylor SN, et al. Chlamydia and gonorrhea infections in genital and extragenital samples among men and women. *Sex Transm Dis.* 2025;52(10):597-602. doi:10.1097/OLQ.0000000000002154. Disponible en: <https://buff.ly/UXhFhqq>.
13. Chow EPF, Fairley CK. The role of saliva in gonorrhea and chlamydia transmission to extragenital sites among men who have sex with men: new insights into transmission. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(S6):e25354. doi:10.1002/jia2.25354. Disponible en: <https://buff.ly/Xx7WHxZ>.
14. Moodley C, Tootla H, Amien I, Engel ME. Evaluating the utility of the Allplex STI Essential Assay to determine the occurrence of urogenital sexually transmitted infections among symptomatic and asymptomatic patients in Cape Town, South Africa. *PLoS One.* 2023;18(11):e0292534. doi:10.1371/journal.pone.0292534. Disponible en: <https://buff.ly/aEDVfHd>.
15. Pereyre S, Caméléna F, Hénin N, Bercot B, Bébéar C. Clinical performance of four multiplex real-time PCR kits detecting urogenital and sexually transmitted pathogens. *Clin Microbiol Infect.* 2022;28(5):733.e7-733.e13. doi:10.1016/j.cmi.2021.09.028. Disponible en: <https://buff.ly/SNR9Hlt>.
16. Horner PJ, Donders G, Cusini M, Gomberg M, Jensen JS, Unemo M. Should we be testing for urogenital *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* in men and women? A position statement from the European STI Guidelines Editorial Board. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(11):1845-1851. doi:10.1111/jdv.15146. Disponible en: <https://buff.ly/dS4GQ7f>.
17. Jensen JS, Unemo M. Antimicrobial treatment and resistance in sexually transmitted bacterial infections. *Nat Rev Microbiol.* 2024;22(7):435-450. doi:10.1038/s41579-024-01023-3. Disponible en: <https://buff.ly/aOJ4R1Z>.
18. Fifer H, Doumith M, Rubinstein L, Mitchell L, Wallis M, Singh S, et al. Ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* detected in England, 2015-24: an observational analysis. *J Antimicrob Chemother.* 2024;79(12):3332-3339. doi:10.1093/jac/dkae369. Disponible en: <https://buff.ly/J9BX4sC>.
19. Golparian D, Sánchez-Busó L, Cole M, Unemo M. *Neisseria gonorrhoeae* sequence typing for antimicrobial resistance (NG-STAR) clonal complexes are consistent with genomic phylogeny and provide simple nomenclature, rapid visualization and antimicrobial resistance (AMR) lineage predictions. *J Antimicrob Chemother.* 2021;76(4):940-944. doi:10.1093/jac/dkaa552. Disponible en: <https://buff.ly/6POIQn8>.
20. Reimche JL, Clemons AA, Chivukula VL, Joseph SJ, Schmerer MW, Pham CD, et al. Genomic analysis of 1710 surveillance-based *Neisseria gonorrhoeae* isolates from the USA in 2019 identifies predominant strain types and chromosomal antimicrobial-resistance determinants. *Microb Genom.* 2023;9(5):mgen001006. doi:10.1099/mgen.0.001006. Disponible en: <https://buff.ly/TjtvIkq>.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Tratamiento y abasto de medicamentos antirretrovirales en las Clínicas Especializadas Condesa de la Ciudad de México

Eduardo Rodriguez Nolasco, Rosa Teresa Monroy Miranda

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

La terapia antirretroviral (TAR) ha transformado la infección por VIH en una condición crónica controlable y constituye un componente fundamental de la atención integral. Este artículo describe el tratamiento antirretroviral, los aspectos relacionados con su tolerabilidad, adherencia y resistencia, así como las estrategias de abasto y seguimiento implementadas en las Clínicas Especializadas Condesa de la Ciudad de México. Se revisaron los registros institucionales de usuarios activos en TAR, la dispensación de medicamentos y el uso de profilaxis preexposición, complementados con información de fuentes oficiales nacionales e internacionales. Entre enero de 2023 y diciembre de 2025, el número de usuarios activos en TAR en las Clínicas Condesa aumentó de 21,528 a 24,421, lo que representa un incremento de 13.4%. Asimismo, entre enero de 2023 y el 4 de mayo de 2026 se surtieron cerca de 500,000 recetas, equivalentes a aproximadamente 1.5 millones de piezas de medicamentos. La información institucional mostró una concentración de usuarios en esquemas basados en inhibidores de la integrasa, así como la implementación de estrategias de cambio de tratamiento orientadas a mejorar la tolerabilidad, la seguridad y la adherencia. La vigilancia de existencias, caducidades y necesidades terapéuticas, junto con la incorporación de la farmacovigilancia, constituye un elemento esencial para garantizar la continuidad del tratamiento. En conclusión, la continuidad del tratamiento antirretroviral depende no sólo de la disponibilidad de medicamentos, sino también de la prescripción adecuada, el seguimiento clínico, la adherencia, la vigilancia de eventos adversos y una gestión eficiente del abasto. El fortalecimiento de estos componentes es fundamental para mantener la supresión viral, mejorar los resultados clínicos y contribuir a la prevención de la transmisión sexual del VIH.

Palabras clave: Infecciones por VIH; Terapia Antirretroviral Altamente Activa; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Farmacovigilancia; Resistencia a Medicamentos.

Introducción

La terapia antirretroviral (TAR) ha modificado de manera sustancial el pronóstico de las personas que viven con VIH. Es un grupo de medicamentos que se utilizan para el tratamiento del VIH, pero estos fármacos no eliminan ni curan la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Los tratamientos actuales permiten controlar la replicación viral, preservar o recuperar la función inmunitaria y reducir la morbilidad asociada con la infección. Las recomendaciones contemporáneas promueven el inicio de la TAR en todas las personas con VIH, con esquemas cada vez más eficaces, seguros y sencillos, y con énfasis en la atención centrada en la persona, la adherencia y la continuidad de la atención.¹

Además de sus beneficios clínicos, la supresión viral sostenida tiene un efecto preventivo fundamen-

tal. La evidencia acumulada y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que las personas que mantienen una carga viral indetectable mediante tratamiento eficaz no transmiten sexualmente el VIH.²⁻³

En este contexto, el acceso continuo a los medicamentos antirretrovirales constituye un componente esencial de la respuesta sanitaria. La disponibilidad de los fármacos debe acompañarse de una adecuada prescripción, seguimiento clínico y de laboratorio, vigilancia de reacciones adversas, estrategias para favorecer la adherencia y sistemas de información que permitan anticipar las necesidades de abasto.

El presente artículo describe los principales aspectos del tratamiento antirretroviral y su tolerabilidad,

la resistencia a los medicamentos, la evolución de los usuarios activos en TAR y las estrategias de abasto y seguimiento desarrolladas en las Clínicas Especializadas Condesa de la Ciudad de México. Los datos operativos corresponden a registros institucionales de las propias Clínicas y se presentan como información descriptiva.

Tratamiento antirretroviral

La TAR está constituida por combinaciones de medicamentos que actúan sobre distintas etapas del ciclo de replicación del VIH. Estos fármacos no eliminan el virus del organismo, pero permiten reducir de manera sostenida la replicación viral y favorecer la recuperación o preservación de la función inmunitaria.¹

Los medicamentos antirretrovirales pertenecen a diferentes clases farmacológicas y la selección del esquema depende, entre otros factores, de las recomendaciones vigentes, las características clínicas de la persona, posibles interacciones farmacológicas, antecedentes de tratamiento, resistencia viral y preferencias individuales. Las guías actuales han favorecido esquemas potentes y simplificados, con un papel central de los inhibidores de la integrasa.¹

El objetivo terapéutico es alcanzar y mantener la supresión viral. Es importante diferenciar este concepto del recuento de linfocitos CD4: la carga viral se expresa en copias de ARN del VIH por mililitro de sangre, mientras que el recuento de CD4 se expresa como células por milímetro cúbico. Una carga viral inferior a 200 copias/mL se utiliza habitualmente como umbral para definir supresión viral en diversos contextos clínicos y epidemiológicos; no debe confundirse con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³, que corresponde a un criterio de enfermedad avanzada por VIH.²⁻³

La respuesta al tratamiento puede variar entre personas. Por ello, la evaluación clínica y de laboratorio debe realizarse de manera periódica y los cambios de tratamiento deben individualizarse. El éxito terapéutico no depende únicamente de la eficacia farmacológica, sino también de la continuidad de la atención, la adherencia, la tolerabilidad, la interacción con otros medicamentos y las condiciones sociales y de vida de cada persona.

TAR y efectos adversos

Aunque la tolerabilidad de los esquemas actuales ha mejorado de manera importante —y los fármacos con potencial de toxicidades más severas y/o irreversibles ya no se encuentran en uso en nuestro país ni en la Ciudad de México—, los medicamentos antirretrovirales pueden producir efectos adversos y/o toxicidades a mediano o a largo plazo. Estos pueden ser leves y transitorios o, con menor frecuencia, clínicamente relevantes y asociados con toxicidades específicas.

Entre los síntomas que pueden presentarse se encuentran náuseas, vómito, diarrea, cefalea, mareo, alteraciones del sueño, fatiga y malestar general. Dependiendo del fármaco y de las características de la persona, también pueden observarse alteraciones metabólicas, cambios en la distribución de la grasa corporal, alteraciones de la función renal o disminución de la densidad mineral ósea. Los eventos graves requieren valoración médica inmediata y manejo específico.

Ante la aparición de síntomas o sospecha de una reacción adversa, la recomendación es solicitar valoración del equipo tratante y del personal farmacéutico correspondiente, en lugar de suspender o modificar el tratamiento por cuenta propia. La identificación oportuna de eventos adversos permite establecer medidas de manejo, valorar un cambio de esquema cuando esté indicado y reducir el riesgo de abandono del tratamiento.

Con el fin de responder a las demandas cambiantes en la atención médica y colocar la seguridad del usuario en el centro de sus operaciones, en junio de 2023 se dio de alta el “Centro Institucional de Farmacovigilancia” de las Clínicas Especializadas Condesa.⁴ Este paso consolida la incorporación estratégica de profesionales farmacéuticos dentro del equipo de salud integral, con la misión principal de transformarse en un escudo protector para la comunidad atendida, dedicándose a la detección, análisis, notificación y resolución de reacciones adversas, errores de medicación y cualquier problema asociado al uso de fármacos.

Con esta iniciativa, las Clínicas Especializadas Condesa reafirman su compromiso de asegurar una sólida adherencia terapéutica, y se colocan a la vanguardia para mejorar sustancialmente la calidad de vida de sus pacientes.

Resistencia a los medicamentos antirretrovirales

La resistencia del VIH a los medicamentos se produce cuando cambios genéticos del virus disminuyen la capacidad de uno o más fármacos para inhibir su replicación. La aparición y propagación de resistencia se favorecen, entre otros factores, por la replicación viral persistente bajo presión farmacológica, la exposición subóptima a los medicamentos y la interrupción o administración irregular del tratamiento.⁵

La adherencia es, por tanto, un componente esencial, aunque no constituye el único determinante del fracaso virológico. Ante una respuesta terapéutica inadecuada debe investigarse la adherencia, las interacciones farmacológicas, la absorción, la tolerabilidad, la resistencia y otros factores clínicos antes de modificar el esquema. La OMS recomienda disponer de medicamentos eficaces, retener a las personas en atención, favorecer la adherencia, realizar vigilancia de la carga viral y cambiar oportunamente los esquemas cuando existe fracaso confirmado.⁵

El desarrollo de nuevos medicamentos y estrategias terapéuticas continúa ampliando las opciones disponibles para las personas con experiencia previa de tratamiento o con resistencia. En este escenario, mantener la continuidad del abasto y contar con capacidad para realizar cambios de esquema de manera segura son elementos complementarios de una atención de calidad.

Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral en la Ciudad de México

La Ciudad de México concentra el mayor número de personas que viven con VIH en el país. De acuerdo con los registros institucionales proporcionados por las Clínicas Especializadas Condesa, en enero de 2023 se contabilizaron 21,528 usuarios activos en TAR y al cierre de 2025 se registraron 24,421. Esto representa un incremento de 2,893 usuarios, equivalente a 13.4%. Este crecimiento puede reflejar tanto la incorporación de nuevas personas como la retención de usuarios en atención.

Los registros institucionales reportan una razón de cuatro hombres por cada mujer en tratamiento a nivel nacional y de nueve hombres por cada mujer en las Clínicas Condesa.

En relación con la profilaxis preexposición (PrEP), a finales de marzo de 2024 un total de 7,226 perso-

nas VIH negativas la utilizaron al menos una vez. Para finales de junio de 2025, se registró un total de 17,571 personas, lo que representa un incremento de 127.4% en un periodo de quince meses.⁶

Medicamentos antirretrovirales entregados y estrategias actuales

Las Clínicas Especializadas Condesa y Condesa-Iztapalapa mantienen procesos de gestión del suministro de medicamentos antirretrovirales y seguimiento de existencias. De acuerdo con los registros institucionales, entre enero de 2023 y el 4 de mayo de 2026 se surtieron cerca de 500,000 recetas, equivalentes a aproximadamente 1.5 millones de piezas de medicamentos.

El manejo del tratamiento debe entenderse como una responsabilidad compartida entre los servicios de salud y las personas usuarias. El equipo clínico selecciona y supervisa el esquema terapéutico, mientras que la persona usuaria participa activamente en la toma del tratamiento y en la comunicación de efectos adversos, dificultades de adherencia y cambios en sus necesidades.

En determinados casos se realizan estrategias de cambio de tratamiento (*switch*), ya sea para mejorar la tolerabilidad, reducir toxicidades, simplificar el esquema, atender interacciones farmacológicas o adecuarlo a las necesidades clínicas de la persona. Estos cambios requieren seguimiento clínico y de laboratorio.

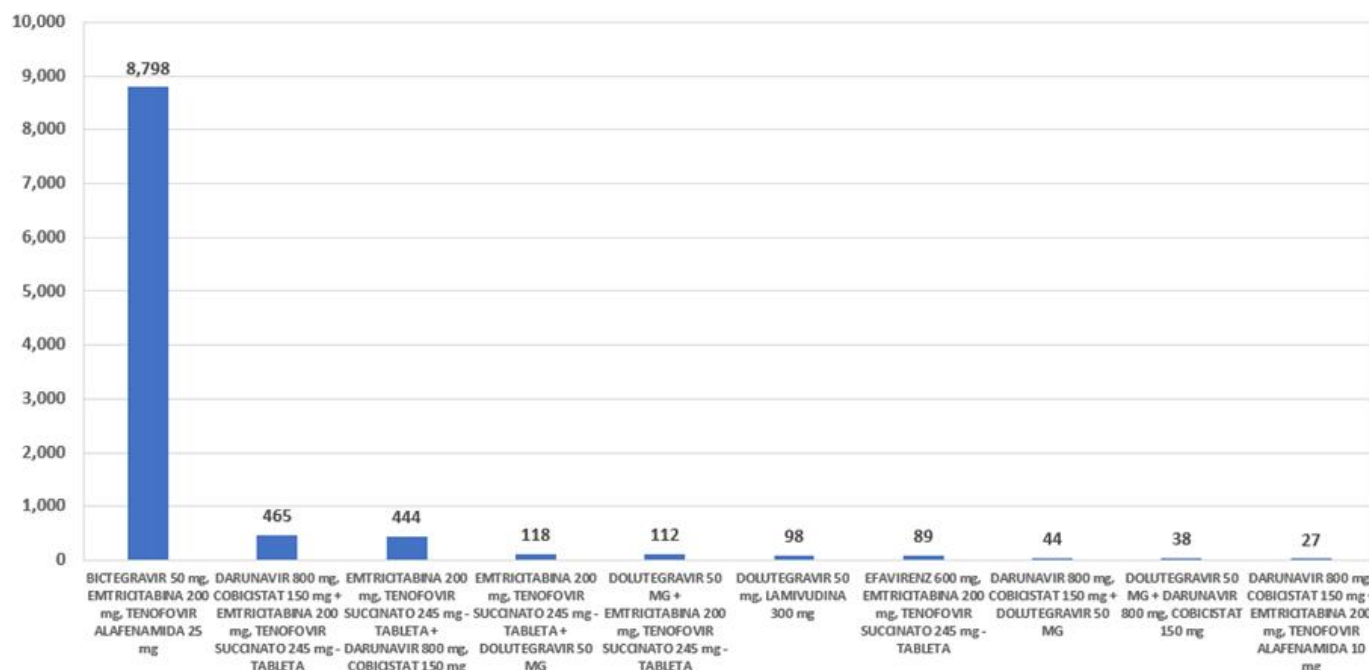
Entre las variables relevantes para realizar dicho seguimiento se encuentran la carga viral, el recuento de CD4 cuando esté indicado, la función renal y otros parámetros definidos por el esquema utilizado, así como los síntomas, efectos adversos y características de la persona.

Existen múltiples esquemas de TAR para el tratamiento del VIH. En la **Figuras 1 y 2** se muestran los 10 esquemas utilizados con mayor frecuencia en las Clínicas Especializadas Condesa durante 2023 y 2026.

El esquema BICTEGRAVIR + EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA fue el más utilizado en ambos años, con 8,798 y 13,657 personas, respectivamente.

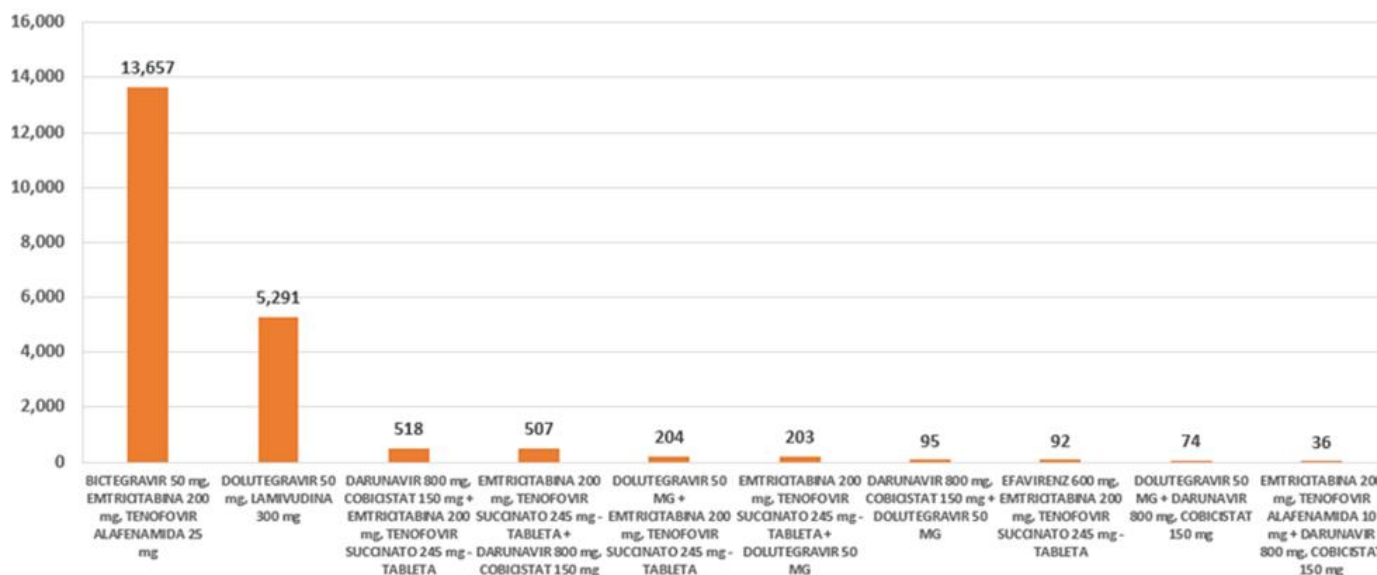
En 2023, el segundo esquema más frecuente fue DARUNAVIR + COBICISTAT + EMTRICITABINA + TENOFOVIR (465 personas), seguido de EMTRICI-

Figura 1. Diez esquemas ARV más utilizados entre usuarios activos de las Clínicas Especializadas Condesa
Datos acumulados al cierre de 2023



Fuente: Registros institucionales de las Clínicas Especializadas Condesa

Figura 2. Diez esquemas ARV más utilizados entre usuarios activos de las Clínicas Especializadas Condesa
Datos acumulados al 4 de mayo de 2026



Fuente: Registros institucionales de las Clínicas Especializadas Condesa

TABINA + TENOFOVIR SUCGINATO (444 personas).

En 2026, los esquemas DOLUTEGRAVIR + LAMIVUDINA (5,291 personas) y EMTRICITABINA + TENOFOVIR SUCGINATO (518 personas) ocuparon el segundo y tercer lugar, respectivamente.

Abasto efectivo de medicamentos antirretrovirales

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) mantiene sistemas nacionales para la gestión y seguimiento de medicamentos antirretrovirales. El sistema SALVAR comenzó a

operar a nivel nacional en 2008 y evolucionó de una herramienta centrada en la administración de medicamentos a un sistema de seguimiento de pacientes y tratamiento.⁷ La información pública del CEN-SIDA también documenta la función de planeación y adquisición de medicamentos y el uso de SALVAR para el seguimiento de existencias y necesidades de ARV.⁸

Las Clínicas Especializadas Condesa tienen disponibilidad suficiente de tratamientos antirretrovirales; son totalmente gratuitos para todas las personas que viven con VIH en la Ciudad de México y que no cuenten con seguridad social. Por lo que, de forma periódica y constante, realizan un monitoreo de stock, caducidades y número de pacientes en tratamiento, con el propósito de anticipar necesidades y reducir el riesgo de desabasto de antirretrovirales para VIH, antivirales para Hepatitis C y antirretrovirales para profilaxis Pre y Post Exposición (PrEP y PEP).

Conclusiones

Los medicamentos antirretrovirales constituyen el eje farmacológico del tratamiento del VIH; y a partir de los procesos establecidos por el gobierno federal para reducir el gasto, la visión de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México se orienta a mejorar la calidad de la atención de quienes viven con VIH en la Ciudad de México.

La evidencia y las recomendaciones contemporáneas muestran que el beneficio clínico depende de alcanzar y mantener la supresión viral mediante esquemas eficaces, seguros, accesibles y sostenibles.¹⁻³

La experiencia de las Clínicas Especializadas Condesa muestra un crecimiento de la población activa en TAR y un volumen elevado de suministro de medicamentos.

Referencias

1. World Health Organization. WHO updated recommendations on HIV clinical management: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/NDbVXFH>.
2. World Health Organization. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://buff.ly/cpB9tr1>.
3. World Health Organization. Viral suppression for HIV treatment success and prevention of sexual transmission of HIV [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://buff.ly/KkCc9lr>.
4. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; Secretaría de Salud de la Ciudad de México. COFEPRIS y Gobierno de CDMX instalan primer centro de farmacovigilancia en América Latina especializado en salud de comunidad LGBTTTIQAP+ [Internet]. Ciudad de México: COFEPRIS; 2023. Disponible en: <https://buff.ly/WZAZoBQ>.
5. World Health Organization. HIV drug resistance [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/MVvGKFI>.
6. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/ SIDA de la Ciudad de México. Boletín sobre VIH/sida e ITS de las Clínicas Especializadas Condesa. 2025;1 (2) [Internet]. Disponible en: <https://buff.ly/9V9Fmai>.
7. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/ Sida y Hepatitis. SALVAR: ¿Cómo surge? [Internet]. Secretaría de Salud; 2018 . Disponible en: <https://buff.ly/aXQ5W2r>.
8. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/ Sida y Hepatitis. Medicamentos antirretrovirales [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2021. Disponible en: <https://buff.ly/oHM5HRf>.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presencia de México en AIDS 2026: una revisión de la investigación presentada en la 26.ª Conferencia Internacional sobre el Sida

Carlos Magis-Rodríguez

UNAM. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública

AIDS 2026, la 26.ª Conferencia Internacional sobre el Sida, reunió en Río de Janeiro y de manera virtual a alrededor de 7,500 participantes entre personas que viven con VIH, investigadores, profesionales de la salud, responsables de políticas públicas, organizaciones comunitarias y otros actores. Este análisis revisó el libro de resúmenes de la conferencia para identificar la presencia de la investigación realizada en México y la participación de instituciones mexicanas.

Se identificaron 35 trabajos cuya investigación se realizó en México y, por separado, 27 estudios multicéntricos con participación de autores o instituciones mexicanas. Los trabajos realizados en México fueron agrupados en siete áreas temáticas. Epidemiología y vigilancia concentró ocho resúmenes; tratamiento antirretroviral, eficacia, cambio de esquema y resistencia, siete; y salud mental, uso de sustancias y reducción de daños, siete. También se identificaron estudios sobre comorbilidades y seguridad farmacológica, prevención combinada y PrEP, poblaciones clave y modelos comunitarios, así como organización de servicios, acceso y costos.

La producción mostró una combinación de instituciones académicas, servicios especializados, institutos nacionales de salud y organizaciones de la sociedad civil. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, la red de Clínicas Especializadas Condesa, la UNAM, CISIDAT y el Instituto Nacional de Salud Pública destacaron por su número de trabajos. La participación en redes como CCASAnet, PLAN-TAIDS y LAMIS-2025 amplía la inserción internacional de la investigación mexicana. En conjunto, los resultados muestran una agenda diversa y señalan la importancia de fortalecer redes nacionales, ampliar la participación territorial y aprovechar la colaboración regional.

Palabras clave: Infecciones por VIH, Investigación en Servicios de Salud, Investigación Biomédica, Epidemiología, México.

AIDS 2026 y su relevancia para la respuesta al VIH

AIDS 2026, la 26.ª Conferencia Internacional sobre el Sida, organizada por la International AIDS Society (IAS), se celebró en Río de Janeiro, Brasil, del 26 al 31 de julio de 2026, con participación presencial y virtual. La conferencia reunió a personas que viven con VIH, comunidades, investigadores, profesionales de la salud, responsables de políticas públicas, financiadores y medios de comunicación. La IAS la presenta como la mayor conferencia mundial sobre VIH y sida y como un espacio en el que convergen la ciencia, las políticas públicas y la incidencia social.¹⁻²

La reunión tuvo especial importancia para América Latina. Se realizó en una región donde persisten retos relacionados con el diagnóstico oportuno, el ac-

ceso sostenido al tratamiento, la prevención combinada, las inequidades sociales y la atención de poblaciones clave. Además, tuvo lugar en un contexto de incertidumbre financiera para la respuesta mundial al VIH. Bajo el lema "Rethink. Rebuild. Rise.", AIDS 2026 propuso revisar las estrategias existentes, reconstruir capacidades y fortalecer respuestas basadas en evidencia y con participación comunitaria.²⁻³

De acuerdo con la IAS, alrededor de 7,500 personas participaron de manera presencial o virtual; el programa incluyó más de 150 sesiones, 220 actividades de la Global Village y aproximadamente 2,400 carteles. Estas dimensiones muestran no solo la magnitud del encuentro, sino también su papel co-

mo uno de los principales espacios internacionales para presentar resultados científicos, experiencias de implementación y propuestas comunitarias relacionadas con la epidemia de VIH.¹

En este contexto, resulta útil examinar cuál fue la contribución de la investigación realizada en México. El libro de resúmenes de AIDS 2026 ofrece una oportunidad para identificar los temas abordados, las instituciones con mayor presencia y las áreas en las que el país participa en redes internacionales. El presente texto resume esa participación, con énfasis en los estudios cuya población, recolección de datos o sede de investigación estuvo en México.³

Metodología de la revisión

La fuente de información fue el libro de resúmenes de AIDS 2026, integrado por 1,655 páginas.³ La búsqueda se realizó con apoyo de *Claude Sonnet 5*, utilizado como herramienta de inteligencia artificial para efectuar una búsqueda dirigida dentro del libro de resúmenes, siguiendo instrucciones específicas definidas por el autor de esta revisión. Las instrucciones orientaron la identificación de trabajos relacionados con México, la distinción entre estudios realizados en el país y estudios multicéntricos con participación mexicana, y la extracción de identificadores, títulos, autores, sesiones e instituciones.⁴

Tabla I. Trabajos realizados en México identificados en el libro de resúmenes de AIDS 2026 (parte 1)

No.	ID	Sesión	Título	Autores(as) principales	Institución(es) en México
1	OAC2203	Oral abstracts	Vínculo seguro: implementación de autoprueba de VIH a través de apps de citas para cerrar la brecha diagnóstica en México	A. Piñeirua-Menéndez, F. Macías-González, J. Hecht, T. Mosugu, M. Hernández-Leyva, F. Rivera-Buendía y cols.	CISIDAT; Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca
2	TUPEC237	Poster exhibition (martes)	Gestational timing of HIV diagnosis and treatment initiation among pregnant women in Mexico: a multi-year epidemiological analysis, 2020–2025	M.G. Rivera Mahey, A.J. Toriz Saldaña, R. Padilla Velazquez y cols.	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), CDMX
3	TUPEC256	Poster exhibition (martes)	Reductions in time-to-ART-initiation after HIV diagnoses between 2006–2025 in Mexico did lead to improvements in CD4 at ART initiation	Y. Caro-Vega, P.F. Belaunzán-Zamudio, A. Piñeirúa-Menéndez, N. Ruíz-Domínguez, B. Crabtree-Ramírez, J.L. Mosqueda	INCMNSZ; Consorcio de Investigación en Salud, Cuernavaca; CENSIDA, CDMX
4	TUPEE523	Poster exhibition (martes)	Healthcare costs associated with advanced HIV disease hospitalization in Mexico City: comparative analysis of ART-naïve and ART-abandonment individuals	L.A. Escalante Castañeda, H. Rivera-Villegas, V. Bretado-Rojas y cols.	UNAM, Facultad de Ciencias; INCMNSZ, Ciudad de México
5	WEPEB054	Poster exhibition (miércoles)	Simple clinical predictors of complicated mpox in a primary HIV care center in Mexico City	A.M. Aguirre-Avila, M. Gomez-Zepeda, H. Gudiño-Solorio, U. Ramos-Alamillo	Clínica Especializada Condesa, Servicios de Salud de la Ciudad de México
6	WEPEB074	Poster exhibition (miércoles)	Frequency and risk factors of polypharmacy and pill burden in adults with HIV aged 18 to 49 years at a tertiary center in Mexico City	L. Bautista Ramírez, B.E. Crabtree Ramírez, Y. Caro Vega, J.G. Sierra Madero, A. López Iñiguez	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
7	WEPEB077	Poster exhibition (miércoles)	Frequency, type, and outcome severity of medication errors in ambulatory care of people living with HIV in two tertiary referral hospitals in Mexico City	D.A. Díaz de Sandy-Galán, A. Camiro-Zúñiga, A. Cruz-Trujillo, J. Figueroa-Navarrete, A. López-Iñiguez, A. Martín-Onraët, A. Piñeirúa-Menéndez	UNAM (Química y Medicina); INCMNSZ; Instituto Nacional de Cancerología; CISIDAT, Cuernavaca

Tabla I. Trabajos realizados en México identificados en el libro de resúmenes de AIDS 2026 (parte 2)

No.	ID	Sesión	Título	Autores(as) principales	Institución(es) en México
8	WEPEB084	Poster exhibi- tion (miércoles)	Prevalence and risk factors associated with acute kidney injury in people living with HIV in a tertiary care hospital in Mexico City	M.E. Rodea Rubio, M.Á. Solís Bravo, M.L. Hernández Medel	IMSS; Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
9	WEPEB109	Poster exhibi- tion (miércoles)	Real-world virologic and immunologic outcomes of adolescents starting bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide in a public clinic in Mexico City	E. Pérez-Barragán, V.M. Ortiz-Martínez, M.Y. Medrano-Esquivel, C. García-Arango, J.C. Rodríguez-Aldama, A.S. Domínguez-Sanchez	Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, Ciudad de México
10	WEPEB130	Poster exhibi- tion (miércoles)	Resistance to etravirine and doravirine in experienced PLHIV in Mexico. Impact on salvage treatment	A.C. Perez-Villanueva, A. Granados-Gomez, E. Vidal-Laurencio, J.J. Calva-Mercado, J.P. Ramirez-Hinojosa, L. Soto-Ramirez	U. Autónoma del Estado de México; U. Popular del Edo. de Tlaxcala; INCMNSZ; Hosp. Gral. Manuel Gea González, CDMX
11	WEPEB124	Poster exhibi- tion (miércoles)	Sexual violence, internalized homophobia, and sexualized substance and alcohol use among sexual and gender diverse individuals from Mexico	A.M. Vazquez-Quezadas, E.H. Vega-Ramirez, B. Cerda-de-la-O	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México
12	WEPEC163	Poster exhibi- tion (miércoles)	Sex disparities in HIV mortality in Mexico, 1998–2023: evidence from age-period-cohort analyses	W.M. Orzua de la Fuente, A. Piñeirúa-Menendez, F. Macías-González, H. Vermandere	Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca; CISIDAT, Cuernavaca
13	WEPEC215	Poster exhibi- tion (miércoles)	Missed opportunities for same-day PrEP initiation in Mexico: real world data of first-time PrEP visits	F. Macías-González, A. Piñeirúa-Menéndez, H. Vermandere, S. Aguilera-Mijares, F. Rivera-Buendía, M. Hernández-Leyva, S. Bautista-Arredondo	Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca; CISIDAT; Secretaría de Salud de México
14	WEPEF634	Poster exhibi- tion (miércoles)	Participatory assessment of sexualized psychoactive substance use and HIV-related needs among trans women in Mexico to inform integrated care and harm reduction guidelines for chemsex in Latin America	C. García de León Moreno, A. Luna García, R. Baruch, P. Mota, D. Ibarra Brito	Transparente A.C.; Colectivo Trans por la Libertad de Ser y Decidir; Disociad@s; Mokexteya A.T.C. — Ciudad de México
15	THPEB044	Poster exhibi- tion (jueves)	Between prevention and renal function: decline in glomerular filtration rate among people using PrEP in Mexico	J.F. Anzures Nuñez, G.T. García Rosales	Impulso Trans A.C., Guadalajara
16	THPEB064	Poster exhibi- tion (jueves)	Syphilis recurrence as a persistent challenge among people living with HIV in Mexico City, 2021–2024	P. Alarcón Murra, K. Juárez-Campos, I. Salgado-Rodríguez y cols.	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
17	THPEB088	Poster exhibi- tion (jueves)	Visceral fat continues to increase despite healthier lifestyle habits in people receiving bictegravir-based antiretroviral therapy in Mexico	A. Tapia-Maltos, N. Ruíz-Domínguez, S. Agraz-Orozco, Y. Caro-Vega, F. del Razo-Olvera, I. Cruz-Bautista, B. Crabtree-Ramírez	INCMNSZ; UNAM, Ciudad de México

Tabla I. Trabajos realizados en México identificados en el libro de resúmenes de AIDS 2026 (parte 3)

No.	ID	Sesión	Título	Autores(as) principales	Institución(es) en México
18	THPEB091	Poster exhibi- tion (jueves)	Efficacy and safety of switching to BIC/FTC/TAF plus DRV/cob versus DRV/r, RAL, TDF for maintaining virologic suppression in heavily-experienced PLHIV-1	M. Lopez Hernandez, E.D. Bustos Angel, M.A. Santoscoy Gómez	Hosp. Gral. Tacuba ISSSTE; Hosp. Gral. Regional N.º1 IMSS; UAEM; Hosp. Gral. de México
19	THPEB094	Poster exhibi- tion (jueves)	Anxiety, depression, and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV	E.D. Bustos Angel, M. Lopez Hernandez	Hosp. Gral. de Ecatepec; Hosp. Gral. de México; Hosp. Gral. Regional N.º1 IMSS
20	THPEB095	Poster exhibi- tion (jueves)	High rates of virological resuppression after treatment interruption among people living with HIV re-starting bictegravir-based therapy: a real-world cohort study	E. Pérez-Barragán, M.Y. Medrano-Esquivel, V.M. Ortiz-Martínez, C. García-Arango, J.C. Rodríguez-Aldama, A.S. Domínguez-Sanchez	Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, Ciudad de México
21	THPEB104	Poster exhibi- tion (jueves)	Optimization to INSTIs in Mexico: retrospective cohort at 144 weeks	E. Perez-Alba, M.Y. Mireles Vizcaya, A. Camacho Ortiz, L.G. Castillo Reyna, L.A. Salinas Garza, M. Ramirez-Yañez	U. Autónoma de Nuevo León, Monterrey; Consejo Estatal para la Prevención y Control del SIDA, Monterrey
22	THPEB105	Poster exhibi- tion (jueves)	Suboptimal ART adherence among adolescents living with HIV in Mexico City despite simplified regimens: psychosocial correlates and virologic impact	M.A. Martinez-Estrada, U. Ramos-Alamillo, H. Gudiño-Solorio	Clínica Especializada Condesa, Servicios de Salud de la Ciudad de México
23	THPEC211	Poster exhibi- tion (jueves)	The long road to the first HIV test among young Mexican MSM: a time-to-event analysis	F. Macías-González, A. Piñeirúa-Menéndez, M. Hernández-Leyva, F. Rivera-Buendía	Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca; CISIDAT, Cuernavaca
24	THPED393	Poster exhibi- tion (jueves)	Social network influences on risk-reduction help-seeking among people who inject drugs along the U.S.–Mexico border	Y. Chen, S.A. Strathdee, A. Harvey-Vera, C.F. Vera, G. Rangel, D. Abramovitz, L. Liu, B. Skaathun	Comisión de Salud Fronteriza México–Estados Unidos, Tijuana
25	THPEE483	Poster exhibi- tion (jueves)	Geospatial location-allocation analysis reveals three distribution locations to maximize HIV prevention service reach for persons who inject drugs engaging in sex trade in Ciudad Juárez, Mexico	N. Ludwig-Barron, J. Saucedo, J. Lechuga, M.L. Ramos, L. Ramos, F. Amaya, R. Ramos, S. Villalobos, M.Á.J. Santos	Programa Compañeros, Ciudad Juárez
26	THPEF660	Poster exhibi- tion (jueves)	Self-care challenges in the sexualized use of psychoactive substances among people living with HIV: a peer-led harm reduction model	A.N. Cabrera D, G. Escobar, O. Flores, R. Silvestre	Transparente A.C., Ciudad de México
27	THPEF661	Poster exhibi- tion (jueves)	Double stigma: HIV and substance use – results of a person-centered approach (PCA)	G.A. Escobar Mora, A. Cabrera, O. Delgadillo	Transparente A.C., CDMX
28	EP051	E-posters	Bone mineral density findings in adults living with HIV aged <50 years undergoing clinically indicated DXA in a HIV specialized clinic in Mexico City	C. Garcia-Arango, F. Aguilar-Guerrero, E. Perez-Barragan, A.S. Dominguez-Sanchez, E. Roman-Mar	Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

Tabla I. Trabajos realizados en México identificados en el libro de resúmenes de AIDS 2026 (parte 4)

No.	ID	Sesión	Título	Autores(as) principales	Institución(es) en México
29	EP077	E-posters	Diverging recent trends in HIV/AIDS mortality in Latin America: a three-decade analysis of Global Burden of Disease 2023 estimates	E. Bravo-García, L. Morales-Juárez, A. Villafuerte-García, C. Razo, M.J. Ríos Blanca, C. Magis-Rodríguez, R. Lozano-Ascencio	UNAM, Facultad de Medicina, Depto. de Salud Pública; Fundación Carlos Slim
30	EP117	E-posters	Decentralized community infrastructure reduces spatial inequalities in access to HIV care in Mexico City: a geospatial counterfactual analysis	E. Lopez Ortiz, C. García Morales, M. Matías-Florentino, D. Tapia-Trejo, R. Alcántara-Morales, S. Avila Rios	National Institute of Respiratory Diseases (CIENI); Clínica Condesa, Ciudad de México
31	EP136	E-posters	Trends in HIV and syphilis testing behavior in Mexico: challenges and opportunities	A. Villafuerte García, C.L. Magis Rodríguez, E. Bravo García	UNAM, Facultad de Medicina, Depto. de Salud Pública
32	EP325	E-posters	Center for pleasure-based care: a community model for sexual health, mental health, and sexualized substance use management with a person-centered approach and a strong commitment to social justice	A. Rojas, J.I. Mayen Alfaro, M. Gonzalez Ramirez, C. Covarrubias Mendez y cols.	Inspira Cambio A.C., Cuauhtémoc
33	EP326	E-posters	Impact of the pleasure-based care model for HIV: integrating pleasure, combined prevention and harm reduction in community settings	C. Covarrubias Méndez, A. Rojas Cortés, J.I. Mayen Alfaro, M. González Ramirez, R.M. Lopez González	Inspira Cambio, A.C., Ciudad de México
34	EPLB03	E-posters (late-breaker)	Baseline resistance-associated mutations and virological outcomes in patients receiving long-acting cabotegravir/rilpivirine: a longitudinal analysis from the SUPLA trial	C. Domínguez-Vargas, J.E. García-Hernández y cols. (MOSAIC-HIV Study Group)	Universidad de Guadalajara (CUCS); Hospital Civil de Guadalajara; U. Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia
35	EP081	E-posters	HIV/AIDS incidence in Latin America countries (LAC), 1990–2023: epidemiological trends and age-group shifts in new infections	L. Morales-Juárez, E. Bravo-García, A. Villafuerte-García, C. Razo, M.J. Ríos-Blancas, R. Lozano-Ascencio, C. Magis-Rodríguez	UNAM, Facultad de Medicina, Depto. de Salud Pública; Tecnológico de Monterrey, Unidad de Políticas Públicas; Fundación Carlos Slim

Para la tabla principal se aplicó un criterio restrictivo: se incluyeron únicamente los trabajos en los que la investigación —por la recolección de datos, la población estudiada o la sede del estudio— se realizó en México. Se excluyeron los trabajos efectuados en otros países en los que aparecía únicamente un coautor o una institución mexicana, así como los estudios multinacionales en los que México era uno de varios sitios. Con este criterio se identificaron 35 trabajos realizados en México (Tabla I). Por separado, se registraron 27 estudios multicéntricos con participación de autores o instituciones mexicanas.

La información recuperada fue organizada en cuadros de síntesis. Para facilitar la lectura, los 35 trabajos realizados en México se clasificaron en siete temas según el enfoque predominante de cada resumen; cada trabajo se asignó a una sola categoría, aun cuando algunos abordaran más de un eje (Tabla II). También se elaboraron conteos de autores e instituciones con dos o más trabajos. La revisión asistida por inteligencia artificial debe entenderse como una estrategia de búsqueda y clasificación documental; la interpretación final y los criterios de inclusión corresponden al autor de este análisis.⁴

Tabla II. Trabajos realizados en México agrupados por tema principal (parte 1)

Tema	Número de trabajos	Trabajos (ID — título)
Epidemiología (tendencias, VIH/ITS)	8	EP077 — Diverging recent trends in HIV/AIDS mortality in Latin America: a three-decade analysis of Global Burden of Disease 2023 estimates
		EP081 — HIV/AIDS incidence in Latin America countries (LAC), 1990–2023: epidemiological trends and age-group shifts in new infections
		EP136 — Trends in HIV and syphilis testing behavior in Mexico: challenges and opportunities
		THPEB064 — Syphilis recurrence as a persistent challenge among people living with HIV in Mexico City, 2021–2024
		TUPEC256 — Reductions in time-to-ART-initiation after HIV diagnoses between 2006–2025 in Mexico did lead to improvements in CD4 at ART initiation
		TUPEC237 — Gestational timing of HIV diagnosis and treatment initiation among pregnant women in Mexico: a multi-year epidemiological analysis, 2020–2025
		WEPEC163 — Sex disparities in HIV mortality in Mexico, 1998–2023: evidence from age-period-cohort analyses
		THPEC211 — The long road to the first HIV test among young Mexican MSM: a time-to-event analysis
Prevención combinada y PrEP	3	OAC2203 — Vínculo seguro: implementación de autoprueba de VIH a través de apps de citas para cerrar la brecha diagnóstica en México
		WEPEC215 — Missed opportunities for same-day PrEP initiation in Mexico: real world data of first-time PrEP visits
		THPEB044 — Between prevention and renal function: decline in glomerular filtration rate among people using PrEP in Mexico
Tratamiento antirretroviral: eficacia, cambio de esquema y resistencia	7	WEPEB130 — Resistance to etravirine and doravirine in experienced PLHIV in Mexico. Impact on salvage treatment
		THPEB088 — Visceral fat continues to increase despite healthier lifestyle habits in people receiving bicitegravir-based antiretroviral therapy in Mexico
		THPEB091 — Efficacy and safety of switching to BIC/FTC/TAF plus DRV/cob versus DRV/r, RAL, TDF for maintaining virologic suppression in heavily-experienced PLHIV-1
		THPEB095 — High rates of virological resuppression after treatment interruption among people living with HIV restarting bicitegravir-based therapy: a real-world cohort study
		THPEB104 — Optimization to INSTIs in Mexico: retrospective cohort at 144 weeks
		EPLB03 — Baseline resistance-associated mutations and virological outcomes in patients receiving long-acting cabotegravir/rilpivirine: a longitudinal analysis from the SUPLA trial
		WEPEB109 — Real-world virologic and immunologic outcomes of adolescents starting bicitegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide in a public clinic in Mexico City
		WEPEB054 — Simple clinical predictors of complicated mpox in a primary HIV care center in Mexico City
Comorbilidades, complicaciones clínicas y seguridad farmacológica	5	WEPEB084 — Prevalence and risk factors associated with acute kidney injury in people living with HIV in a tertiary care hospital in Mexico City
		EP051 — Bone mineral density findings in adults living with HIV aged <50 years undergoing clinically indicated DXA in a HIV specialized clinic in Mexico City
		WEPEB074 — Frequency and risk factors of polypharmacy and pill burden in adults with HIV aged 18 to 49 years at a tertiary center in Mexico City
		WEPEB077 — Frequency, type, and outcome severity of medication errors in ambulatory care of people living with HIV in two tertiary referral hospitals in Mexico City

Tabla II. Trabajos realizados en México agrupados por tema principal (parte 2)

Tema	Número de trabajos	Trabajos (ID — título)
Salud mental, uso de sustancias y reducción de daños	7	THPEB094 — Anxiety, depression, and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV
		WEPEF634 — Participatory assessment of sexualized psychoactive substance use and HIV-related needs among trans women in Mexico to inform integrated care and harm reduction guidelines for chemsex in Latin America
		THPEF660 — Self-care challenges in the sexualized use of psychoactive substances among people living with HIV: a peer-led harm reduction model
		THPEF661 — Double stigma: HIV and substance use – results of a person-centered approach (PCA)
		THPED393 — Social network influences on risk-reduction help-seeking among people who inject drugs along the U.S.–Mexico border
		THPEE483 — Geospatial location-allocation analysis reveals three distribution locations to maximize HIV prevention service reach for persons who inject drugs engaging in sex trade in Ciudad Juárez, Mexico
		THPEB105 — Suboptimal ART adherence among adolescents living with HIV in Mexico City despite simplified regimens: psychosocial correlates and virologic impact
Poblaciones clave, género y modelos de atención comunitaria	3	WEPEB124 — Sexual violence, internalized homophobia, and sexualized substance and alcohol use among sexual and gender diverse individuals from Mexico
		EP325 — Center for pleasure-based care: a community model for sexual health, mental health, and sexualized substance use management with a person-centered approach and a strong commitment to social justice
		EP326 — Impact of the pleasure-based care model for HIV: integrating pleasure, combined prevention and harm reduction in community settings
Organización de servicios de salud, acceso y costos	2	EP117 — Decentralized community infrastructure reduces spatial inequalities in access to HIV care in Mexico City: a geospatial counterfactual analysis
		TUPEE524 — Healthcare costs associated with advanced HIV disease hospitalization in Mexico City: comparative analysis of ART-naïve and ART-abandonment individuals

Panorama de la producción mexicana

Los 35 trabajos identificados muestran una agenda de investigación amplia. Los temas con mayor número de resúmenes fueron epidemiología y vigilancia (8), tratamiento antirretroviral —incluyendo eficacia, cambio de esquema y resistencia— (7), y salud mental, uso de sustancias y reducción de daños (7). También hubo trabajos sobre comorbilidades y seguridad farmacológica (5), prevención combinada y PrEP (3), poblaciones clave y modelos comunitarios de atención (3), y organización de servicios, acceso y costos ([Tabla II](#)).

La distribución institucional evidencia la coexistencia de investigación académica, servicios especializados de atención, institutos nacionales de salud y organizaciones de la sociedad civil. Entre las insti-

tuciones con mayor presencia se encuentran el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, la UNAM, la red de Clínicas Especializadas Condesa, CISIDAT y el Instituto Nacional de Salud Pública. La presencia de organizaciones comunitarias como Transparente A.C. e Inspira Cambio A.C. muestra, además, la incorporación de perspectivas relacionadas con reducción de daños, salud sexual, placer y justicia social ([Tabla III](#)).

La participación mexicana en 27 investigaciones multicéntricas amplía esta imagen. Redes como CCASAnet, PLANTAIDS y LAMIS-2025 conectan a investigadores y organizaciones de la sociedad civil con estudios regionales y globales sobre envejecimiento, resistencia a antirretrovirales, PrEP, salud

Tabla III. Instituciones mexicanas con mayor número de trabajos

Institución	Número de trabajos	IDs de los resúmenes
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)	7	TUPEC256, TUPEE524, WEPEB074, WEPEB077, WEPEB130, THPEB064, THPEB088
Clínicas Especializadas Condesa	6	WEPEB054, WEPEB109, THPEB095, THPEB105, EP051, EP117
UNAM (todas las facultades/dependencias)	6	TUPEE524, WEPEB077, THPEB088, EP077, EP136, EP081
CISIDAT	5	OAC2203, WEPEB077, WEPEC163, WEPEC215, THPEC211
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca	4	OAC2203, WEPEC163, WEPEC215, THPEC211
IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social, incl. hospitales)	4	TUPEC237, WEPEB084, THPEB091, THPEB094
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	3	WEPEB084, THPEB091, THPEB094
Transparente A.C.	3	WEPEF634, THPEF660, THPEF661
Fundación Carlos Slim	2	EP077, EP081
Inspira Cambio A.C.	2	EP325, EP326

mental, estigma, oncología asociada al VIH y atención pediátrica. Esta participación es relevante porque sitúa los datos y la experiencia del país en contextos comparativos internacionales y favorece la transferencia de conocimiento ([Tabla IV](#)).

Además de la producción científica identificada, México estuvo representado institucionalmente en AIDS 2026 por autoridades y responsables de programas de VIH. Entre ellos destacó la Dra. Nick Finkelstein Mizrahi, director ejecutivo del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México, quien participó en actividades, mesas de trabajo y sesiones científicas de la conferencia, donde presentó la experiencia del Sistema Condesa, orientado a acercar la prevención, la detección, el tratamiento y el seguimiento a las personas que viven en la Ciudad de México. Esta participación representa una dimensión complementaria de la presencia mexicana en AIDS 2026, distinta de la producción científica documentada mediante abstracts.

Comentarios finales

La presencia mexicana en AIDS 2026 refleja una comunidad de investigación diversa y conectada con los principales retos contemporáneos de la respuesta al VIH. La producción identificada no se limita a la evaluación de tratamientos: incluye vigilancia epidemiológica, diagnóstico, PrEP, salud mental, reducción de daños, comorbilidades, costos, acceso a servicios y modelos comunitarios.

Esta amplitud es importante porque la respuesta al VIH requiere integrar investigación clínica, epidemiológica, social y de servicios de salud.

Para la Ciudad de México, destaca la participación de la red de Clínicas Especializadas Condesa en seis trabajos realizados en México, con temas que abarcan mpox, resultados virológicos en adolescentes, resupresión tras interrupción del tratamiento, adherencia, densidad mineral ósea y desigualdades espaciales en el acceso a la atención. Esta producción muestra el valor de los servicios clínicos como espacios de generación de evidencia aplicable directamente a la atención de las personas que viven con VIH.

El ejercicio también permite identificar oportunidades. La concentración de trabajos en ciertas instituciones sugiere la conveniencia de fortalecer redes nacionales que incorporen más entidades federativas, servicios estatales y organizaciones comunitarias.

Asimismo, la participación en estudios multicéntricos puede aprovecharse para comparar resultados, evaluar políticas y acelerar la adopción de innovaciones con pertinencia para México. El seguimiento de la producción presentada en conferencias internacionales puede convertirse, por tanto, en una herramienta útil para orientar prioridades de investigación, cooperación y mejora de los servicios.

Tabla IV. Estudios multicéntricos con participación mexicana (parte 1)

ID	Título	Autor(es) mexicano(s)	Institución en México	Alcance / países
OAB4103	High prevalence of opportunistic infections detected across all CD4 count strata through the implementation of a point-of-care testing package for opportunistic infections in Latin America and the Caribbean	A. Camiro-Zuñiga	Instituto Nacional de Cancerología, CDMX	10 países de LAC: Paraguay, Perú, Brasil, Colombia, Trinidad y Tobago, Rep. Dominicana, Ecuador, Guyana, México, EE. UU. (sede PAHO)
TUPEB041	Aging Research Network of CCASAnet: profiles of older adults with HIV in Latin America	B. Crabtree-Ramírez	INCMNSZ, Ciudad de México	Argentina, Brasil, Chile, México, Perú (red CCASAnet)
TUPEB080	Divergent weight and obesity trajectories after ART initiation across Latin America and the Caribbean: a multisite cohort analysis	Y. Caro-Vega	INCMNSZ, Ciudad de México	Haití, México, Brasil, Perú, Honduras
TUPEB103	Efficacy and safety of single-tablet BIC/LEN compared with B/F/TAF... (ARTISTRY-2)	J.I. Lezama-Mora	ProcliniQ Investigación Clínica, Ciudad de México	Argentina, EE. UU., Australia, Canadá, México, Japón, Alemania
TUPEC264	Trends in the incidence of Kaposi Sarcoma among adults living with HIV in East Africa and Latin America in the Treat-All Era	B. Crabtree-Ramírez	INCMNSZ, Ciudad de México	Uganda, Kenia, Perú, Honduras, Brasil, Chile, EE. UU., Nueva Zelanda, Tanzania, México
TUPED284	Internalized LGBTQI+phobia and depression along the HIV prevention and treatment cascade among sexual and gender diverse individuals in Brazil, Mexico, and Peru	E.H. Vega-Ramirez, R. Robles-Garcia	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, CDMX	Brasil, México, Perú (ImPrEP Study Group)
WEPEB066	Implementation of routine screening for opportunistic infections reveals low burden of fungal infections in the Dominican Republic	A. Camiro-Zuñiga	Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México	Rep. Dominicana (sede), México (coautoría), EE. UU. (PAHO)
WEPEB067	Impact of the routine LAM screening on TB diagnosis and treatment linkage in advanced HIV disease... Colombia	A. Camiro-Zuñiga	Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México	Colombia (sede), México (coautoría), EE. UU. (PAHO)
WEPEB076	Metabolic and weight changes after switching to BIC/FTC/TAF in Argentina and Mexico	A. López-Iñiguez, Y. Caro-Vega, B. Crabtree-Ramírez y cols.	INCMNSZ; Clínica Especializada Condesa (Iztapalapa y Cuauhtémoc), Ciudad de México	México (4 clínicas, CDMX), Argentina (1 clínica, Buenos Aires)
WEPEB089	Efficacy and safety by subgroup of doravirine/islatravir once daily as initial HIV-1 therapy: week 48 results, phase 3 study	B. Crabtree-Ramirez	INCMNSZ, Ciudad de México	México, EE. UU., Kenia, Alemania, Francia, Guatemala, Tailandia, Sudáfrica
WEPEB094	Who's in VOGUE: a head-to-head clinical trial of DTG/3TC versus BIC/FTC/TAF in adults naive to ART	Sitio: Unidad de Atención Médica e Investigación en Salud	Mérida, México (uno de los sitios del ensayo)	España, Argentina, Francia, Polonia, Italia, Bélgica, México, Alemania, Portugal, Japón, Grecia, Israel, RU, EE. UU.
WEPEC185	Awareness, use, and intention-to-use oral and long-acting HIV PrEP among GBMSM in Latin America and the Caribbean (LAMIS-2025)	Inspira Cambio A.C.	Ciudad de México	24 países de LAC (encuesta LAMIS-2025)

Tabla IV. Estudios multicéntricos con participación mexicana (parte 2)

ID	Título	Autor(es) mexicano(s)	Institución en México	Alcance / países
WEPEC214	Global trends in harm reduction availability and coverage as a structural indicator of HIV prevention access	P. Cortez Licona	Harm Reduction International (sede), Ciudad de México	Análisis global (101 países encuestados)
WEPEC248	Paraguay's experience in optimizing the antiretroviral program toward dolutegravir-based regimens	Y. Caro-Vega	INCMNSZ, Ciudad de México	Paraguay (sede), México (coautoría), EE. UU. (Miami)
WEPED313	Community HERO treatment survey: rapid antiretroviral therapy initiation patterns and perceptions across a global population	C. Saucedo	Agenda LGBT A.C., Ciudad de México	Francia, Alemania, Sudáfrica, Canadá, México, Taiwán, España, EE. UU.
WEPEF647	Mapping HIV laws "law made, right achieved": legal achievements and gaps in selected South and Central American countries	G. Gutierrez Alvarado	Movimiento de Mujeres Positivas, Ciudad de México	Argentina, Bolivia, Perú, Paraguay, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Ecuador, Colombia, El Salvador, Nicaragua, Honduras, México
THPEB080	Lymphomas in people living with HIV: trends and overall mortality in a 25-year retrospective cohort in Latin America	A. Lopez-Iñiguez	INCMNSZ, Ciudad de México	Chile, Argentina, Brasil, Honduras, Perú, México (CCASAnet)
THPEB112	Results of follow-up of the transition to pediatric dolutegravir in Latin America: a multicenter cohort (PLANTAIDS)	N. Pavía Ruz, V.E. López Moreno, D.M. Morales Pérez, M.d.R. Muñoz Hernández	Hospital Infantil de México Federico Gómez; UNAM, Ciudad de México	España, Panamá, Venezuela, México, Ecuador, Guatemala, Honduras, El Salvador (9 hospitales, red PLANTAIDS)
THPEC157	High burden of viral non-suppression and acquired HIV drug resistance in Angolan children: a national survey	C. García-Morales, S. Ávila-Ríos	CIENI, México	Angola (sede), Portugal, México, Brasil, EE. UU., Países Bajos, Suiza
THPEC180	Changes in clinical status at HIV care enrollment following PrEP implementation in Latin America and the Caribbean	B. Crabtree-Ramírez, Y. Caro-Vega	INCMNSZ, Ciudad de México	Argentina, Brasil, Chile, Haití, Honduras, México (CCASAnet)
THPED275	Community HERO treatment survey: stigma and barriers to and facilitators of treatment adherence across a global population	C. Saucedo	Agenda LGBT A.C., Ciudad de México	Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, México, Sudáfrica, España, Taiwán, RU, EE. UU. (11 países)
THPED351	Making the invisible visible: translating SOGI advocacy into systematic industry implementation for HIV trials	B. Crabtree	INCMNSZ, Ciudad de México	EE. UU., México, Chile
THPED391	Chemsex, STIs and mental health outcomes among GBMSM participating in LAMIS-2025 across 24 countries in LAC	Inspira Cambio A.C.	Ciudad de México	24 países de LAC (encuesta LAMIS-2025)
THPEE516	Telehealth implementation choices and HIV service resumption after program disruption: Tanzania and the Philippines	FHI 360 (sede remota)	Ciudad de México (sede remota del personal)	Tanzania, Filipinas, Jamaica, México (sede remota)

Tabla IV. Estudios multicéntricos con participación mexicana (parte 3)

ID	Título	Autor(es) mexicano(s)	Institución en México	Alcance / países
LB26	Rapid antigen testing for opportunistic diseases in children living with HIV: early results from Latin America	N. Pavía Ruz, D. Morales Pérez, V.E. López Moreno, R. Muñoz Hernández	Hospital Infantil de México Federico Gómez; UNAM, Ciudad de México	España, Guatemala, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Venezuela
LB28	Risk factors for drug resistance upon virologic failure of DTG-based ART: the DTG RESIST study	J. Sierra-Madero	INCMNSZ, Ciudad de México	18 países: Suiza, Tailandia, México, Zambia, EE. UU., Uganda, Argentina, Brasil, Zimbabue, Kenia, Camerún, Sudáfrica, Malawi, Camboya, India, Congo, Ruanda, Burkina Faso
LB64	HIV exclusion without justification in non-HIV clinical trials: a five-therapeutic-area analysis	B. Crabtree	INCMNSZ, Ciudad de México	EE. UU., RU, México, Chile

Retos

El primer reto consiste en ampliar y descentralizar la investigación sobre VIH en México. La producción identificada muestra una participación importante de instituciones concentradas en Ciudad de México y algunos centros nacionales de referencia. Fortalecer la participación de servicios estatales, instituciones académicas y organizaciones comunitarias de otras entidades permitiría generar evidencia más representativa de la diversidad epidemiológica y social del país.

Un segundo reto es fortalecer la articulación entre investigación, servicios de salud y toma de decisiones. La diversidad temática observada ofrece oportunidades para que los resultados de investigación no permanezcan únicamente en el ámbito de las conferencias científicas, sino que contribuyan a mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención.

Un tercer reto es consolidar la participación mexicana en redes multicéntricas internacionales, procurando que esta participación no se limite a la incorporación de investigadores o instituciones nacionales, sino que favorezca el desarrollo de preguntas de investigación relevantes para México, la generación de datos comparables y el liderazgo científico nacional.

Finalmente, existe el reto de fortalecer mecanismos sistemáticos para dar seguimiento a la producción científica presentada en reuniones internacionales, identificar qué resultados llegan posteriormente a publicaciones arbitradas y evaluar cuáles tienen impacto en políticas, programas y servicios.

Referencias

1. International AIDS Society. AIDS 2026, the 26th International AIDS Conference [Internet]. Geneva: International AIDS Society; 2026. Disponible en: <https://buff.ly/jNI8avw>.
2. International AIDS Society. AIDS 2026 overview. Geneva: IAS; 2026. Disponible en: <https://buff.ly/bolGDjX>.
3. International AIDS Society. AIDS 2026 abstract book: 26th International AIDS Conference [Jul 26-31; Rio de Janeiro, Brazil]. Geneva: IAS; 2026. Disponible en: <https://buff.ly/O15TYPm>.
4. Anthropic. Introducing Claude Sonnet 5. San Francisco: Anthropic; 2026. Disponible en: <https://buff.ly/cfpMD8T>

PENSAR EL SIDA

VIH, gays y otras masculinidades

Luis Manuel Arellano

En México, desde 1983, el sida ha sido una epidemia predominantemente masculina. Los casos diagnosticados se concentran en hombres que tienen sexo con otros hombres –HSH–, término epidemiológico que amplía el abanico de la sexualidad. Esta expresión permite incluir en las estrategias de prevención y detección a hombres que, aun practicando sexo anal con otros hombres, no se identifican como homosexuales ni como bisexuales.¹

Pensar la epidemia desde la categoría HSH es una medida acertada. De inicio, puede parecer abstracta e incluso confusa. En este artículo se aborda su relevancia ante el reto de sensibilizar a hombres que se adscriben como heterosexuales, pero cuya vida sexual incluye vínculos eróticos, afectivos o únicamente genitales con otros hombres.

La pulsión homoerótica no es homosexualidad per se. Puede proyectarse en hombres heterosexuales como expresión de amistad, afecto o complicidad hacia otros hombres. Estos vínculos han existido siempre y se acentúan bajo una infinidad de circunstancias y contextos. La pulsión sexual, por su parte, puede llevar a hombres heterosexuales a tener sexo con otros hombres en situaciones específicas, sin que exista necesariamente una percepción de riesgo ante el VIH, precisamente porque la infección suele asociarse con los HSH.

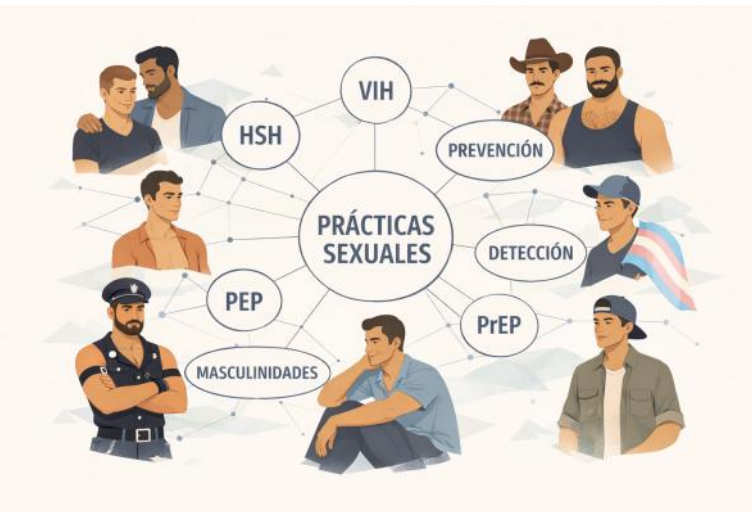


Imagen generada con Inteligencia Artificial mediante ChatGPT 5.5 de OpenIA.
Disponible en: <https://chatgpt.com/>

Por ello, se requiere impulsar la detección del VIH en ámbitos de proximidad y convivencia masculina, como internados, albergues, reclusorios, plataformas petroleras, fuerzas armadas y policiacas, e incluso seminarios religiosos.

El diagnóstico de VIH en hombres heterosexuales vinculados a prácticas HSH suele ser tardío y ocurrir cuando la salud ya está deteriorada. Los pacientes aceptan haber tenido sexo con hombres, pero aseguran no ser homosexuales. Sin embargo, sus parejas mujeres reciben resultados positivos y la epidemia abre nuevos retos.

¿Son “de clóset” los HSH que están casados con una mujer y no se identifican como bisexuales? Aunque reconozcan prácticas sexuales con hombres y mujeres, la respuesta es negativa. De hecho, en México hay más personas bisexuales que homosexuales, de acuerdo con la primera Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género —ENDISEG— 2021.²

Este hallazgo volvió a documentarse un año después con la primera consulta universitaria sobre condiciones de igualdad de género de la comunidad LGBTTTIQ+ de la UNAM, en la cual la mayoría de la población estudiantil reconoció experiencias bisexuales.³

Para los propósitos de este artículo, en adelante la referencia a la bisexualidad se hará en términos de práctica sexual y no de identidad social.

Es necesario acotar que, desde los primeros años de la epidemia, el hombre heterosexual ha estado expuesto al VIH por vender su sangre —práctica que se prohibió en 1986—, por transfusión sanguínea o de órganos donados, por intercambio de agujas entre usuarios de drogas inyectadas, por vía perinatal o por sexo con mujeres.⁴

A nivel mundial, el virus se ha transmitido mayoritariamente por vía heterosexual, y esos casos corresponden a países con epidemias generalizadas, sobre todo en África subsahariana y el Caribe.⁵

En nuestro país, dentro de la diversidad sexual, la búsqueda de VIH incluye a las personas trans. Los diagnósticos se concentran en mujeres trans, pero desde hace años y de forma paulatina también se registran casos en hombres trans. Un dato a considerar en esta población es que la epidemia se cruza con población masculina cis, sobre todo en el ámbito del trabajo sexual.

Delimitar el registro de la epidemia en torno a la feminidad trans enfrenta prejuicios e incluso morbo respecto a la preferencia u orientación sexual de sus compañeros y parejas. Además de la carga discriminatoria y excluyente, las intervenciones preventivas y de atención dirigidas a personas trans se complican porque confrontan paradigmas de la medicina y deben superar barreras administrativas, independientemente de las interseccionalidades que rodean su vida individual y comunitaria.

La encuesta del INEGI ya citada señala que en México 316,258 personas se autoidentifican como transgénero o transexuales.² Significativamente, en este estudio no hay referencias al travestismo, consignado en el acrónimo LGBTTTIQNB+.

La exclusión de la identidad travesti por parte del INEGI no implica que sea inexistente. Por supuesto, tiene su lugar porque configura una realidad comunitaria. En este sentido, es necesario señalar que el acrónimo LGBTTTIQNB+ no ayuda a identificar la dinámica del sida. La epidemia solo afecta a una parte de las poblaciones incluidas en el acrónimo: están expuestos los gays, los bisexuales y las personas trans. Y aunque pueden presentarse casos aislados, la epidemia no contabiliza de la misma forma a lesbianas, mujeres bisexuales ni personas intersexuales.

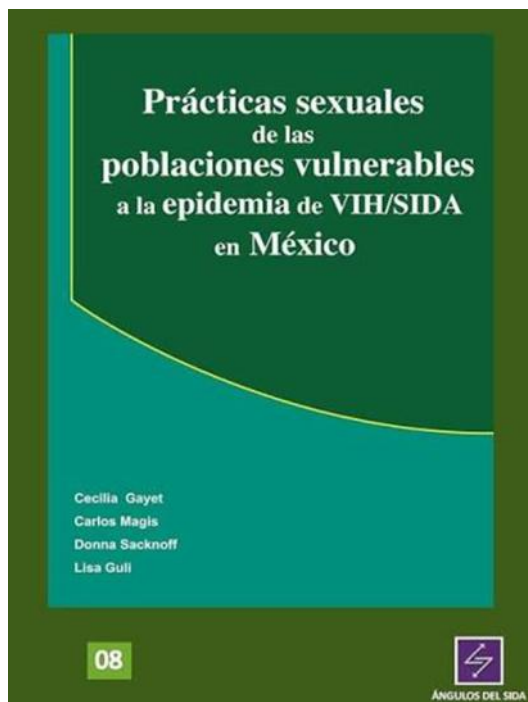
El acrónimo, como ya se comentó, deja fuera a los HSH que no se adscriben a ninguna identidad de género, pero también a grupos configurados al margen de la identidad gay, como los colectivos *leather* y de osos, además de las comunidades de vaqueros, todas ellas expresiones de masculinidad homosexual.

Otra razón por la que el acrónimo está lejos de ser una herramienta epidemiológica es que constituye un escaparate para la visibilidad de expresiones de género disidentes, como la identidad queer y no binaria. El signo “+” al final del acrónimo se refiere a expresiones emergentes que incluyen género fluido, pansexualidad, demisexualidad e incluso asexualidad.



Marcha del Orgullo LGBTTTIQNB+ 2026 en la Ciudad de México.
Foto publicada por el periódico El Economista (24 de junio de 2026).
Disponible en: <https://buff.ly/jlKzZbW>

Las estrategias de prevención y detección del VIH requieren elaborarse a partir de la práctica sexual, que es el factor por el cual la infección se transmite. Las expresiones de género no son, por sí mismas, un aporte epidemiológico; sin embargo, reconocerlas contribuye al diseño de los mensajes y de las estrategias de vinculación con los servicios de salud.



La prevención —es necesario subrayarlo— recae en la práctica sexual, no en la expresión de género. Las encuestas para medir prevalencia se realizan a partir de la práctica, y esa ruta se ha seguido en México. En 2007, CENSIDA publicó un estudio que confirmó las tendencias reportadas de VIH en HSH, pero generó alerta al identificar prevalencias mayores en algunas poblaciones heterosexuales.⁶

Mirar la epidemia desde la perspectiva HSH es indispensable. Algunos líderes de colectivos gays han señalado que esta categoría diluye la identidad comunitaria en las intervenciones preventivas, lo cual es impreciso. Las intervenciones en colectivos gays no se suspenden ni se reducen; por el contrario, dicha población concentra el mayor número de estrategias y recursos disponibles para diagnosticar oportunamente y prevenir.

El mejor ejemplo es la dispensación de profilaxis preexposición y posexposición —PrEP y PEP—, dirigida casi en su totalidad a hombres gays y otros HSH.⁷

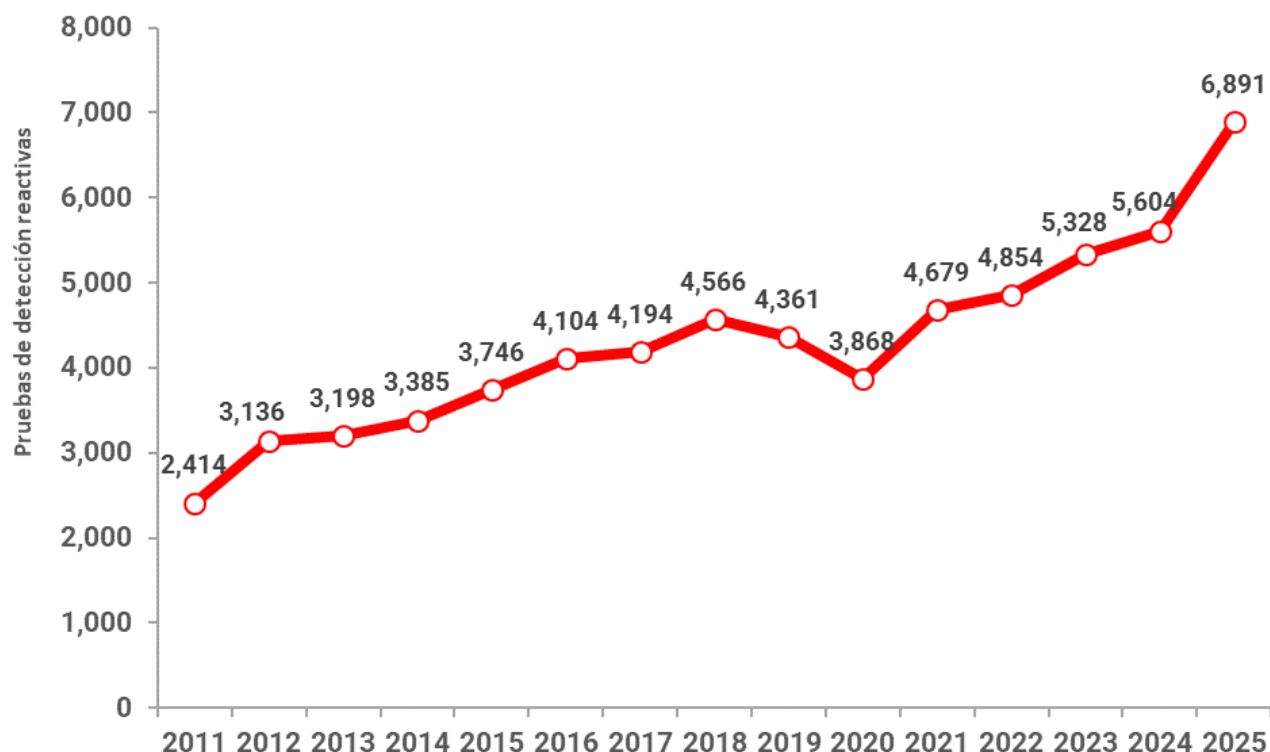
Referencias

1. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. Epidemiología. Registro Nacional de Casos de VIH y sida [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2026. Disponible en: <https://buff.ly/mKbCAHc>.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género —ENDISEG— 2021 [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2021. Disponible en: <https://buff.ly/FL4xKQOQ>.
3. Coordinación para la Igualdad de Género. Primera consulta universitaria sobre condiciones de igualdad de género de la comunidad LGBTIQ+ en la UNAM. Informe ejecutivo de resultados. Ciudad de México: UNAM. Dirección General de Atención a la Comunidad; 2022. Disponible en: <https://buff.ly/zJc1nRg>.
4. Sepulveda Amor J, del Rio Zolezzi A, Valdespino Gomez JL, De Lourdes Garcia Garcia M, Velazquez Velazquez L, Volkow P. La estrategia de prevención de la transmisión del VIH/SIDA a través de la sangre y sus derivados en México. Salud Publica Mex. 1995;37(6):624-635. Disponible en: <https://buff.ly/8K0P31v>.
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS brief: united to end AIDS. Geneva: UNAIDS, 2026. Disponible en: <https://buff.ly/U6yN3Qm>.
6. Gayet C, Magis C, Sacknoff D, Guli L. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. Colección Ángulos del SIDA. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida, Secretaría de Salud; 2007. Disponible en: <https://buff.ly/BoAoQpL>.
7. Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida. Guía de Atención para Otorgar Profilaxis Preexposición. México: Secretaría de Salud; 2022. Disponible en: <https://buff.ly/5XspW9G>.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Detección del VIH

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



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

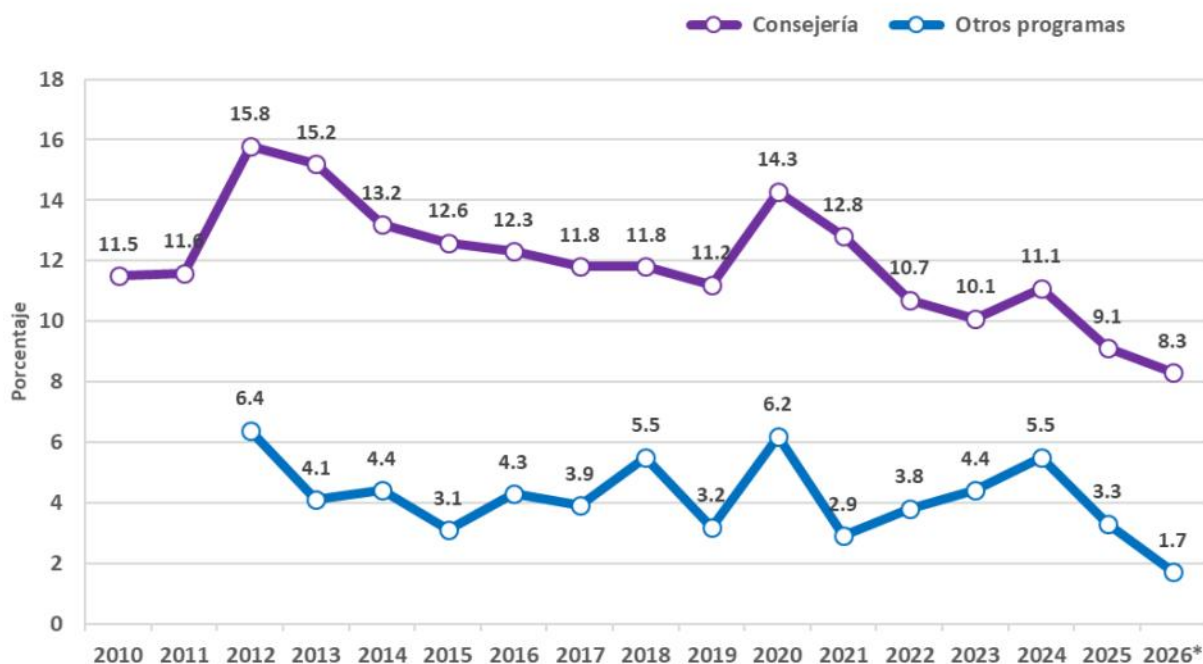
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación. Sistema HAP.

- Entre 2011 y 2025, se registraron un total de **64,328 pruebas reactivas al VIH**.
- Durante este periodo, el número de pruebas reactivas **aumentó un 185%**, al pasar de 2,414 en 2011 a 6,891 en 2025, lo que representa un **crecimiento promedio anual del 7.1%**.
- Con excepción de los años 2019 y 2020, en los que se observó una disminución en el contexto de la pandemia de Covid-19, el número de pruebas reactivas al VIH ha mostrado una tendencia de crecimiento constante a lo largo de los años.
- Entre **2024 y 2025**, el número de pruebas reactivas creció de 5,604 a 6,891, lo que representa un **incremento del 23%**, lo que representa **el mayor crecimiento anual de todo el período**.
- En los dos primeros trimestres de 2026, el número de **pruebas reactivas fue de 2,141**.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Detección del VIH

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



* Enero a junio 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 seis meses de 2026, la cifra **disminuyó a 8.3%**.
- 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 seis meses de 2026, la cifra **disminuyó a 1.7%**.
- 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 Profilaxis Pre Exposición contra el VIH y sitios de distribución
Clínicas Especializadas Condesa, 2021-enero de 2026**

Indicador		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	17,023
Número de lugares en la Ciudad de México en los que se implementa la PrEP	Público	2	4	4	5	6	6
	Comunitario	2	3	4	8	10	12
	Total	4	7	8	13	16	18

* Enero a junio de 2026.

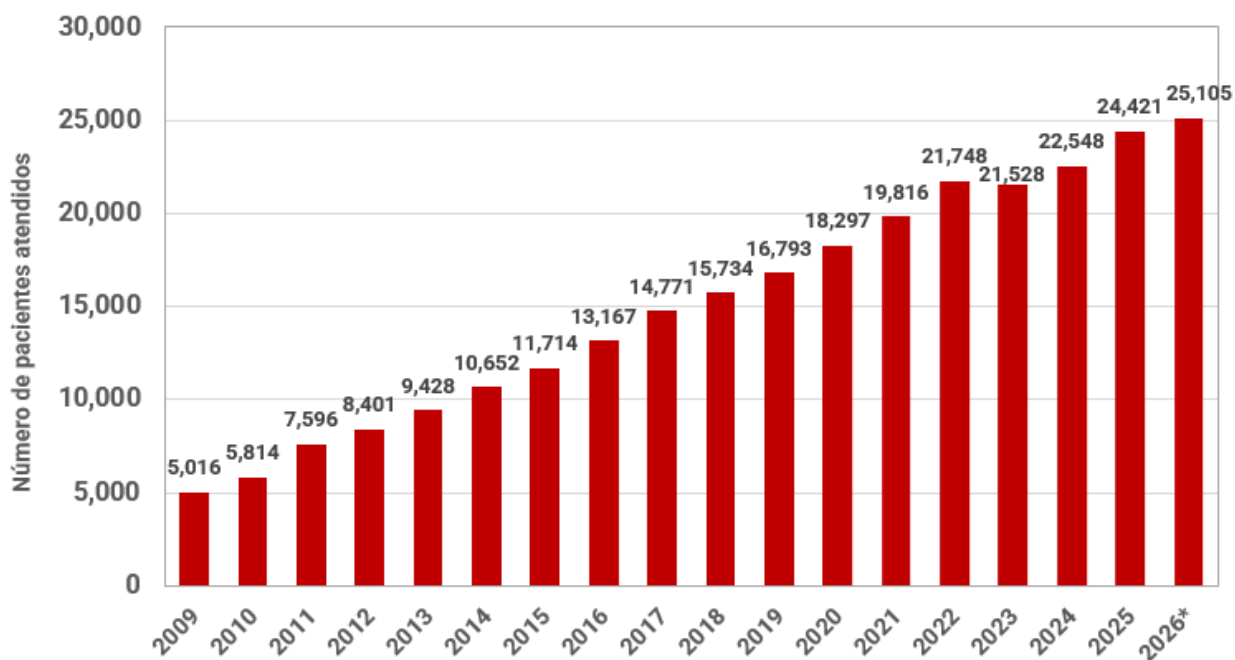
Fuente: Sistema de Intervenciones de Prevención (SIP)

- Entre 2021 y 2025, el número de personas que recibieron la Profilaxis 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 semestre de 2026, **17,023 personas recibieron PrEP, en 18 sitios** públicos y 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 Ciudad de México.
- 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

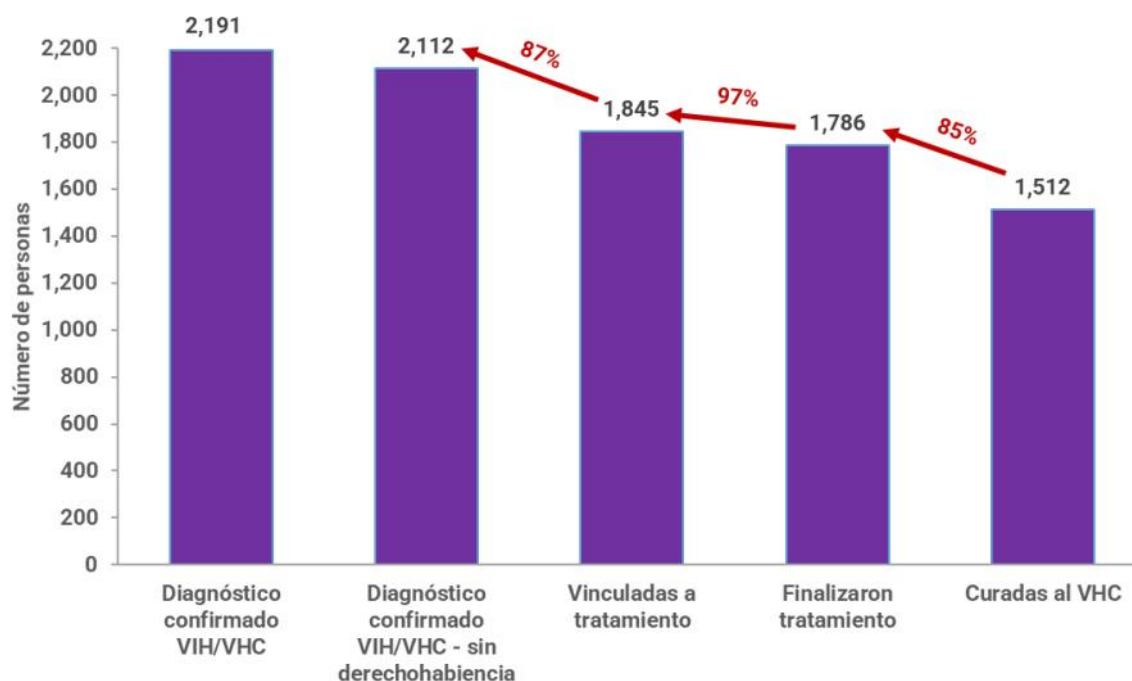
Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 31 de marzo de 2026.

- 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 Condasa, 2020–marzo de 2026



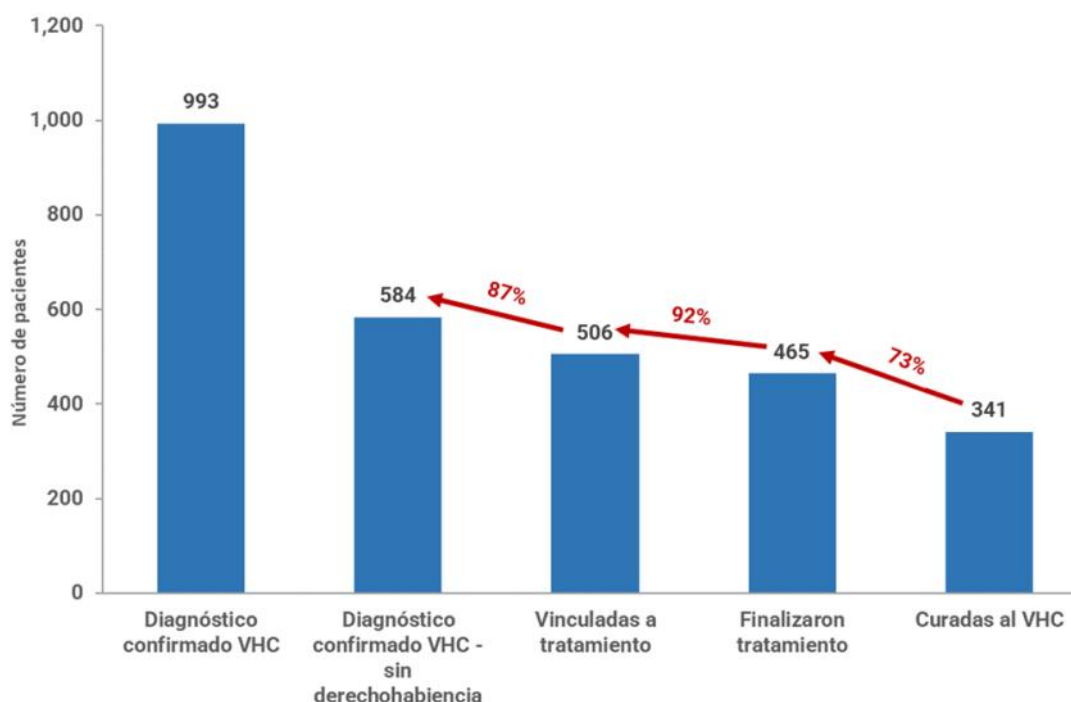
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las CEC. Datos del 30 de junio de 2026.

- En el periodo analizado se realizaron **3,265 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 **2,191 personas con coinfección confirmada** por ambas infecciones, de las cuales 79 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, 2,112 (**87%**) **fueron vinculadas a tratamiento** contra el VIH y el VHC. Entre éstas, 1,786 (**97%**) **completaron el esquema terapéutico**. De las personas que finalizaron el tratamiento, 1,512 (**85%**) **alcanzaron la curación virológica sostenida**.
- Se identificaron **153 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 mono infección del VHC
Clínicas Especializadas Condesa, 2020–marzo de 2026



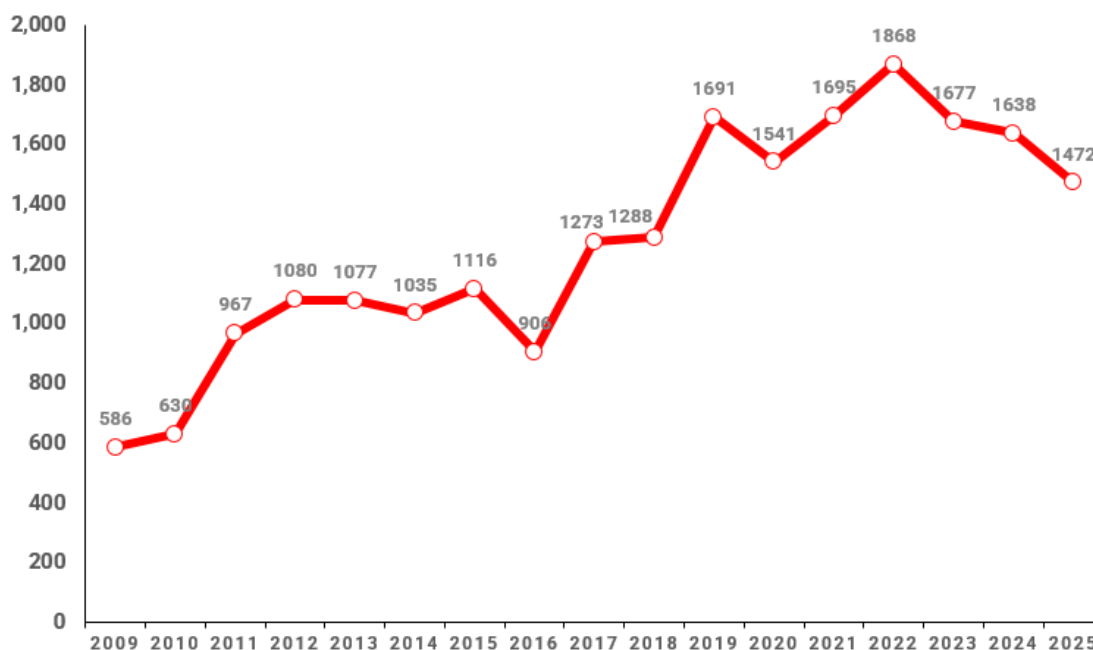
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las CEC. Datos al 30 de junio de 2026.

- Durante el periodo de referencia se realizaron **1,632 pruebas** de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección del virus de la hepatitis C (VHC).
- Como resultado, se identificaron **993 personas con infección confirmada**. De éstas, 409 contaban con seguridad social, por lo cual fueron canalizadas a sus respectivas instituciones para recibir el tratamiento antiviral.
- De las personas 584 personas diagnosticadas con VHC sin seguridad social, 506 personas (**87%**) **fueron vinculadas a tratamiento antiviral**.
- Entre las personas tratadas, 465 (**92%**) **completaron el esquema terapéutico**, y de ellas, 341 (**73%**) **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



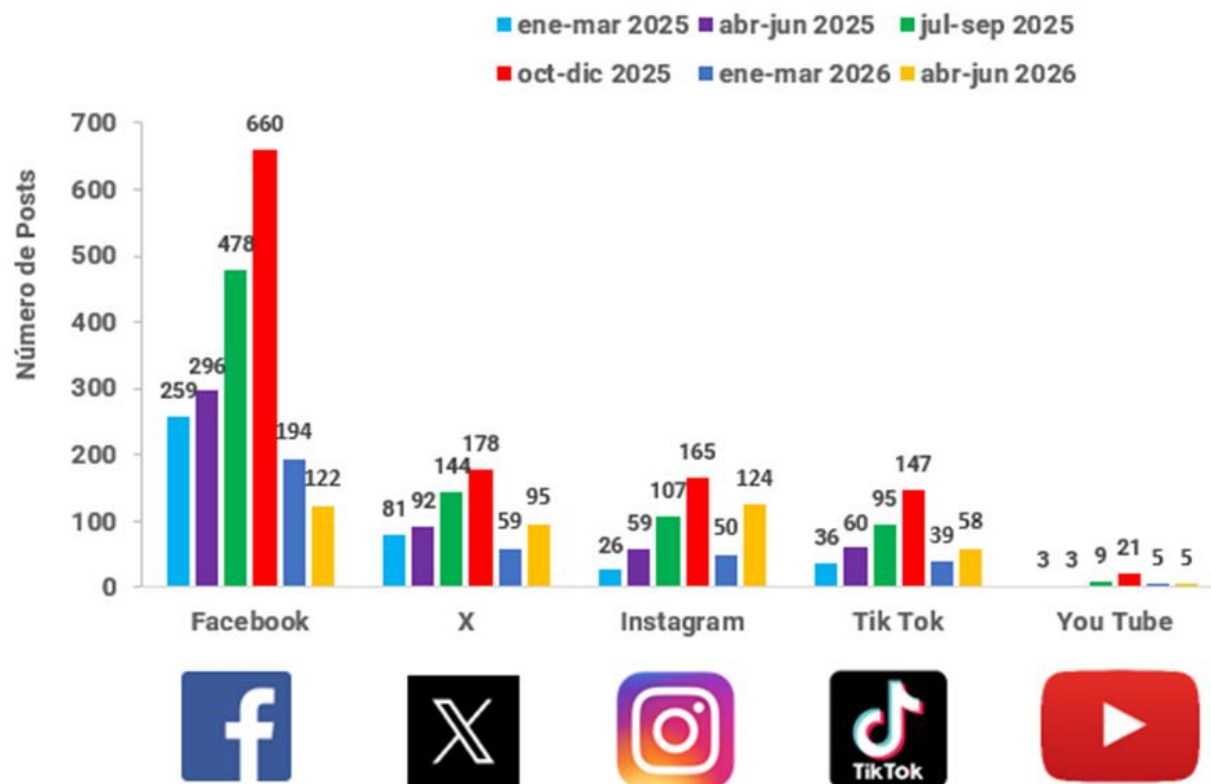
Fuente: Clínicas especializadas Condesa. Datos al 31 de diciembre de 2025.

- 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 periodo **enero a junio de 2026**, se atendieron **838 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



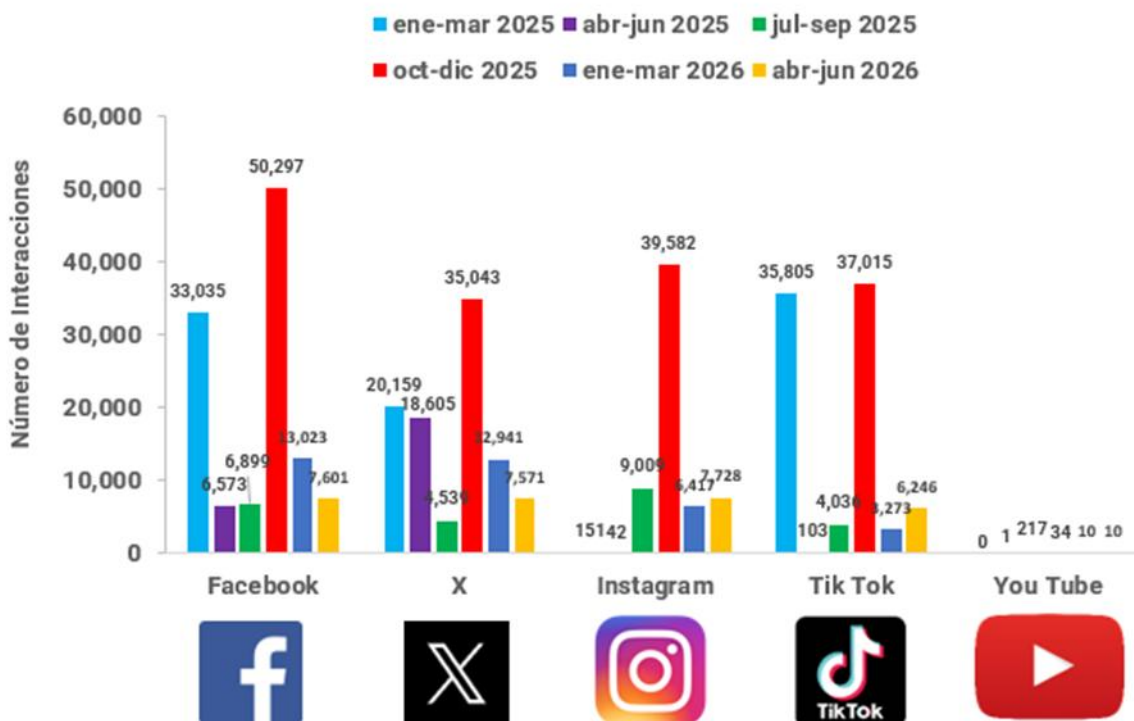
Fuente: Coordinación de Prevención y Promoción de la Salud. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México. Datos al 30 de junio de 2026.

- En total, durante 2025 se realizaron **2,919 publicaciones**.
- Entre enero y junio de 2026 se realizaron **404 publicaciones** en redes sociales, lo que representó un incremento del 16.4% con relación al primer trimestre del año.
- La red más utilizada fue **Instagram (30.6% del total de publicaciones)** seguida por **Facebook (30.4%)**, **X (23.5%)**, **TikTok (14.3%)** y **YouTube (1.2%)**.

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 segundo trimestre de 2026 se tuvieron **29,156 interacciones globales** (*likes*, comentarios, *reposts*), que lograron un alcance de **1,263,748 personas**.
- La creación y difusión de contenido propio predominó con **un 70.1% de presencia**, seguido de un 13.0% por publicaciones de las asociaciones civiles, 1.0% de retweets y 16% interinstitucional.

REDES SOCIALES 2026

Redes sociales

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

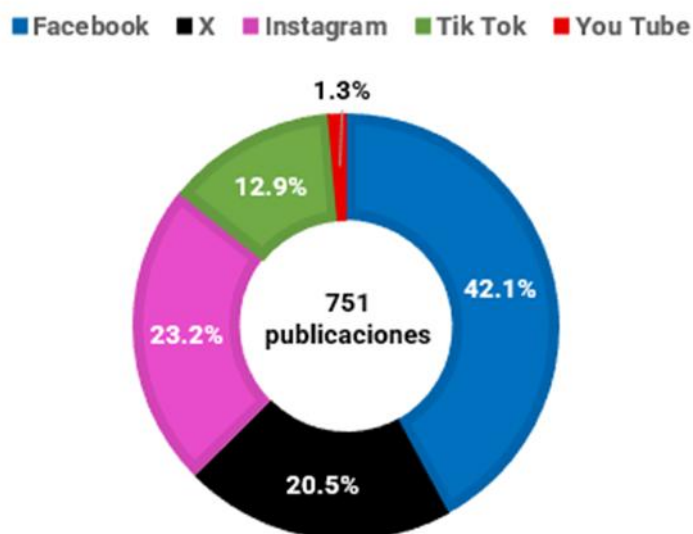
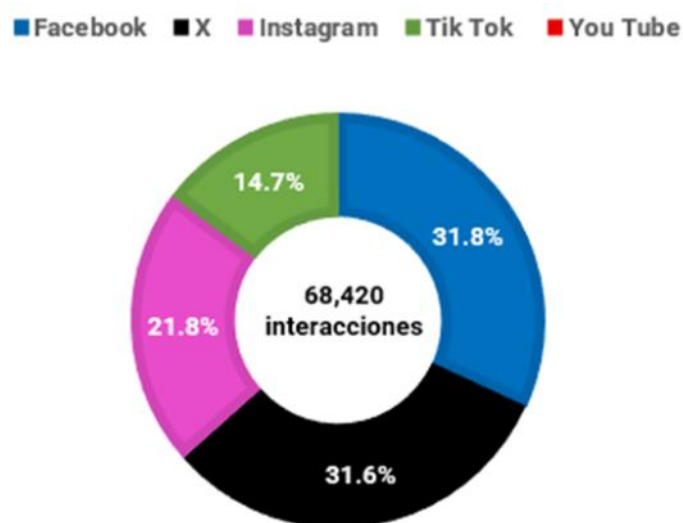


Figura 10. Interacciones acumuladas en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa, enero-junio 2026



Balance trimestral:

- En el período enero-junio de 2026, se realizaron **751 publicaciones** acumuladas en redes sociales que generaron **648,420 interacciones globales** (suma de “me gusta”, comentarios y reposteos).
- En primer semestre de 2026 trimestre, la red más utilizada para difundir las publicaciones fue **Facebook (42.1%)**, seguida por *Instagram* (23.2%), *X* (20.5%), *TikTok* (12.9%), y *YouTube* (1.3%).
- El mayor número de interacciones se logró en **Facebook (31.8%)**, seguida por *X* (31.6%), *Instagram* (21.8%), *TikTok* (14.7%), y *YouTube* (<1%).

CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

El Sistema Condesa



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA CONDESA

RAIDS 2026

Clinica Condesa provides care in Two municipalities at Mexico City: Cuauhtémoc and Iztapalapa.

Clinica Especializada Condesa is an outpatient and community health unit dedicated to the care of PLWHA and key populations.

Sistema Condesa: Un modelo que comparte su experiencia con el mundo

La infraestructura y el modelo de atención del Sistema Condesa presente en la Conferencia Internacional sobre el Sida (AIDS 2026), en Río de Janeiro, Brasil, como parte del intercambio de experiencias sobre modelos integrados para fortalecer la respuesta al VIH y ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud.

AIDS 2026

@SSaludCdMx @saludcdmx salud.cdmx.gob.mx @sedesa_cdmx Secretaría de Salud de la Ciudad de México



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA CONDESA

Un modelo de atención centrado en las personas

El ecosistema articula prevención, pruebas de detección, PrEP, PEP, laboratorios, tratamiento antirretroviral, atención especializada, consejería y acompañamiento comunitario, con un enfoque de derechos humanos, evidencia científica y acceso oportuno.

@SSaludCdMx @saludcdmx salud.cdmx.gob.mx @sedesa_cdmx Secretaría de Salud de la Ciudad de México

<https://buff.ly/2Ejtm>


GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA CONDESA

Ecosistema de atención para una respuesta integral al VIH

El Sistema Condesa fortalece la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención integral del VIH y otras ITS mediante una red que acerca los servicios a las personas.

@SSaludCdMx @saludcdmx salud.cdmx.gob.mx @sedesa_cdmx Secretaría de Salud de la Ciudad de México



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA CONDESA

Una infraestructura que conecta a la ciudad

El Sistema Condesa está integrado por:

- Clínicas Especializadas Condesa** (2 actuales y una por inaugurar).
- Estaciones Condesa** (habrá una por alcaldía).
- Trabajo territorial de promotoras y promotores de salud.**

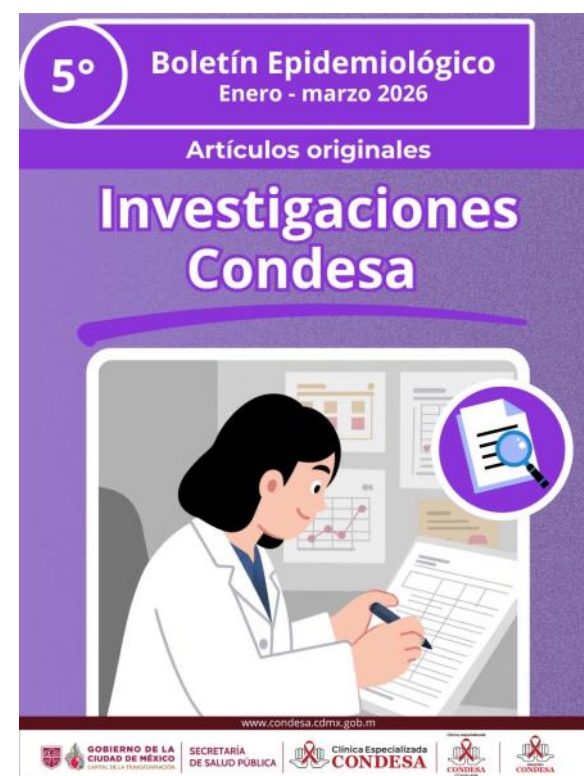
Esta red permite acercar los servicios de salud sexual a más personas con un enfoque de proximidad y equidad.

@SSaludCdMx @saludcdmx salud.cdmx.gob.mx @sedesa_cdmx Secretaría de Salud de la Ciudad de México

CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

Boletín Condesa # 5

Disponible en: <https://buff.ly/2EjtMAK>



CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

Equipo Condesa



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.

IMPORTANTE

Ambas Clínicas

NO laboran fines de semana y días festivos

Servicios GRATUITOS

Síguenos en:

 @ClinicasEspecializasCondesa

 @clinicacondesamx

 @CdmxClinica

 @clinicacondesa_oficial

 /ClinicaCondesaOficial

 /CONDESAIZTAPALAPAOFICIAL

 /clinicatransocial

 /clinicaadherenciaec

Para más información visita:

 www.condesa.cdmx.gob.mx



¡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



Clínica Especializada
CONDESA



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



Clínica Especializada
CONDESA



Clínica Especializada
CONDESA

NOTICIAS



El 24 de agosto de 1988, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se creó el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (Conasida), una instancia de coordinación de esfuerzos de los sectores público, social y privado en la prevención y control del sida.

El Conasida es presidido por el Secretario de Salud y el Censida opera la Secretaría Técnica. Tiene 4 Comités de trabajo: Prevención, Atención, Monitoreo y Evaluación y Normatividad y Derechos Humanos. En este consejo participan representantes de instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado.

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

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.



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

Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México

Sistema Condesa

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

Dra. Nick Finkelstein Mizrahi

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

Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco

Subdirector de Prevención e Información

Lic. Luis Manuel Arellano Delgado

Subdirector de Atención Comunitaria

Dra. Manuela Gutiérrez

Subdirectora de Atención a Poblaciones Clave

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 y Consejería

Dr. Santiago Avila

Coordinador de Investigación

Dr. Galileo Vargas Guadarrama

Coordinador de Implementación de PrEP

Psic. Ricardo Alcántar Morales

Coordinador de Hepatitis C

Dra. Xóchitl Beatriz Carrera Bojorges

Coordinadora de Salud Mental

Dr. Juan Cobian Solano

Epidemiólogo

C. María Guadalupe González Quintana

Coordinadora Administrativa

Ing. Anel Monserrath Hernández Acosta

Responsable de Sistemas

Clínica Especializada Condesa

Lic. Héctor Avilés Castro

Administrador

Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

Dra. Alexandra Stella Domínguez Sánchez

Directora Encargada

Lic. Osvaldo Hernández Rodríguez

Administrador

Estaciones Condesa

01 - ESTACIÓN CONDESA XIMENA GUZMÁN

LF. Marina Itzel Montiel Villeda

Encargada

02 - ESTACIÓN CONDESA CEYLÁN

LF. Aldo David García Macías

Encargado



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada
CONDESA

