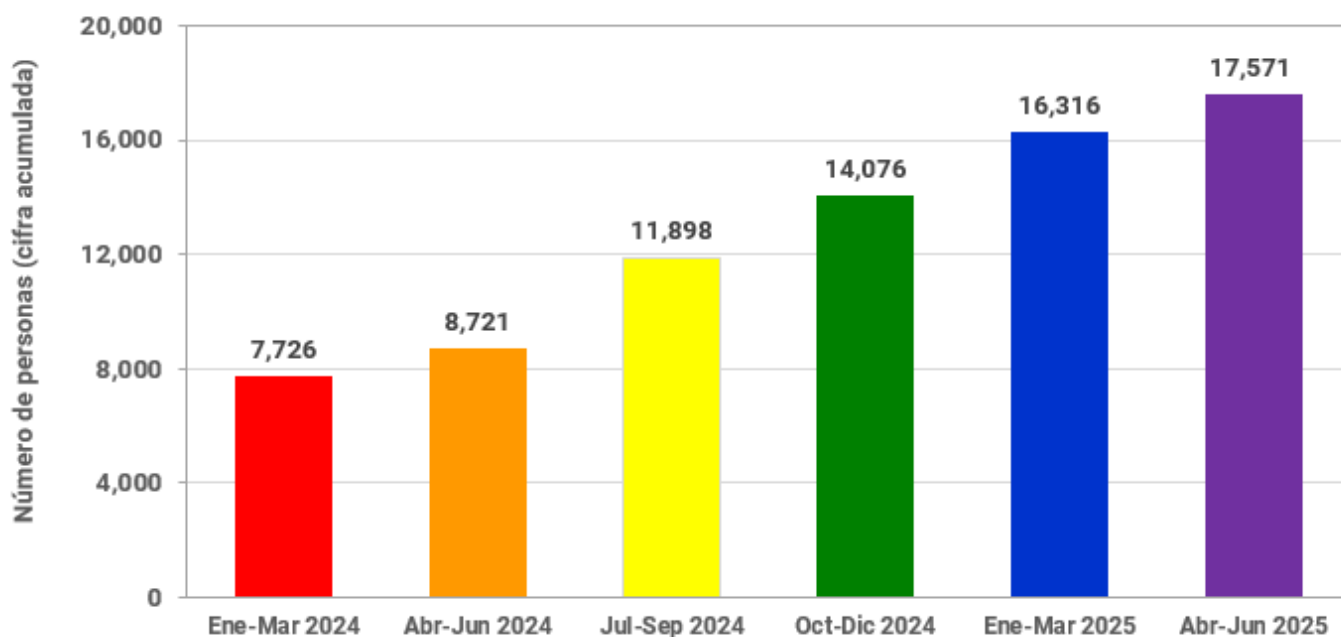


# BOLETÍN SOBRE VIH/SIDA E ITS DE LAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS CONDESA

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

Vol. 1. n° 2 abr-jun de 2025

## Personas recibiendo *Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)* en las Clínicas Especializadas Condesa (Enero 2024 – Junio 2025)



- La *Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)* es una estrategia para la **prevención integral del VIH dirigido a personas VIH negativas** que tienen un elevado riesgo de contraer la infección.
- Entre el 31 de marzo de 2024 y el 30 de junio de 2025, las Clínicas Especializadas Condesa incrementaron el número de personas recibiendo la *PrEP* de **7,226 a 17,571**, lo que representa un **incremento del 127.4%** en quince meses.
- Los pacientes son incorporados a la *PrEP* desde las **Clínicas Especializadas Condesa-Cuauhtémoc y Condesa-Iztapalapa y otras instituciones gubernamentales**: la Unidad de Salud Integral para Personas Trans, el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) y el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.
- También participan de manera importante las siguientes **organizaciones de la sociedad civil**: Fundación Unidos por un México Vivo, Inspira Cambio, VIHve Libre, Casa de las Muñecas Tiresias, Centro de Apoyo a las Identidades Trans, Colectivo Alfa, Red Mexicana de Personas que viven con VIH y Disidencias del Sur.

CONTENIDO		Consejo Editorial
<a href="#">En portada</a>	1	<b>Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann</b> Secretaria de Salud de la Ciudad de México
<a href="#">Editorial</a>	3	<b>Mtro. Mauricio López Manning</b> Asesor encargado de los asuntos de la Dirección General de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
<a href="#">Artículos originales</a>	5	<b>Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco</b> Director Ejecutivo encargado del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México
<a href="#">Epidemiología</a>	15	<b>Dr. Ubaldo Ramos Alamillo</b> Director encargado del despacho de la Clínica Especializada Condesa
<a href="#">Redes sociales</a>	23	
<a href="#">Pensar el sida</a>	27	
<a href="#">Noticias CEC</a>	30	
<a href="#">Norma para autores</a>	35	
<a href="#">Directorio</a>	36	
ISSN: En trámite		<b>Editor</b> <b>Dr. Enrique Bravo García</b>  <b>Co-Editor</b> <b>Mtro. Ricardo Román Vergara</b>

---

**Boletín sobre VIH/SIDA e ITS de las Clínicas de Especialidades Condesa**, Volumen 1, Número 2, abril-junio de 2025, es una publicación trimestral, editada por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, a través del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México, Benjamín Hill 24, Col. Condesa, CP 06140 Alcaldía Cuauhtémoc. Ciudad de México.

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

## EDITORIAL

## Clínicas Especializadas Condesa (CEC): 25 años salvando vidas

Las CEC —adscritas a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México— surgieron del compromiso, la experiencia y la visión de un equipo interdisciplinario médico y social que desarrolló un modelo operativo innovador para enfrentar la epidemia de VIH/sida desde el primer nivel de atención. Este modelo articula la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana con la atención médica integral a las personas diagnosticadas y la prevención de nuevos casos.



**Clínica Especializada Condesa-Cuauhtémoc**

A lo largo de 25 años, el llamado *Modelo Condesa* ha sido objeto de revisión y actualización constante, adaptándose a los cambios en la dinámica de la epidemia. Su principal fortaleza radica en su capacidad para comprender e interpretar el VIH en el contexto más amplio de las infecciones de transmisión sexual (ITS), lo que ha convertido a las CEC en el eje de diversas intervenciones e investigaciones epidemiológicas, médicas, sociales y académicas.

Además, las CEC se han consolidado como un referente en salud sexual para poblaciones LGBTTTIQ+, particularmente para personas gay, transgénero y no binarias. En 2009, implementaron de forma pionera la terapia hormonal de afirmación de género, estableciendo un modelo que ha sido replicado en otras entidades del país. Asimismo, su enfoque integral en el manejo de infecciones de transmisión sexual (ITS) en hombres gay ha sido clave en la respuesta a virus como el VHB, el VPH, la sífilis, la gonorrea y, más recientemente, el Mpox.

Sin embargo, su atención no se limita a poblaciones de la diversidad sexual. Las CEC brindan servicios a todas las personas con diagnóstico de VIH, hepatitis C o sífilis, con especial énfasis en quienes carecen de seguridad social y residen en la Ciudad de México. También ofrecen atención diferenciada a personas en situación de calle, con discapacidad, barreras de comunicación o condición migrante.

La historia de las CEC está marcada por el respaldo institucional y, de manera decisiva, por la participación comunitaria. En 1999, activistas demandaron al entonces Gobierno del Distrito Federal la creación de un servicio público que ampliara el acceso a tratamiento antirretroviral, que en ese momento solo se ofrecía a derechohabientes del IMSS o el ISSSTE, y de manera limitada en hospitales de tercer nivel.

La respuesta del gobierno permitió destinar un inmueble histórico —la Clínica de Especialidades No. 1, inaugurada en 1938, ubicada en Benjamín Hill 24, colonia Condesa— para ofrecer atención especializada en VIH. Así, el 20 de enero de 2000 se inauguró la primera Clínica Especializada Condesa Cuauhtémoc (CEC-C). Desde sus inicios, se capacitó al personal médico y se estableció una estructura operativa que dio origen al Programa de VIH/sida de la Ciudad de México, hoy conocido como el Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida (CEPAI).

Una de sus principales aportaciones fue demostrar que era posible enfrentar la epidemia desde el primer nivel de atención, mediante la concentración de pacientes y personal capacitado, el diagnóstico oportuno, y una articulación efectiva con organizaciones civiles, grupos comunitarios y personas usuarias.



**Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa**

El aumento de casos y la saturación de servicios llevaron, en 2012, a planear la apertura de una segunda clínica. En 2014 comenzó la construcción de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa (CEC-I), ubicada en la calle Combate de Celaya, Unidad Habitacional Vicente Guerrero. Con una superficie de 5,400 m<sup>2</sup> distribuidos en tres niveles, fue inaugurada el 30 de noviembre de 2015. Esta sede reproduce el modelo operativo de la clínica original e incorpora nuevos servicios y programas.

En sus primeros diez años, la CEC-I ha fortalecido la referencia y sensibilización en la zona oriente de la ciudad, impactando positivamente en las alcaldías circundantes.

Frente al crecimiento de la epidemia, el aumento de usuarios, la movilidad poblacional y los flujos migratorios, la actual administración ha planteado una respuesta con enfoque metropolitano. Como parte de esta estrategia, se anunció la construcción de una tercera Clínica Condesa en la Alcaldía Gustavo A. Madero, tal como lo informó la Jefa de Gobierno, Lic. Clara Brugada Molina.

Responder con oportunidad y cercanía a la población es condición *sine qua non* para lograr resultados efectivos. Por ello, el *Modelo Condesa* busca descentralizarse y acercarse a la periferia urbana a través de las *Estaciones Condesa*, unidades territoriales que amplían la cobertura y fortalecen las estrategias de prevención, mejorando la adherencia al tratamiento, así como el acceso a la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) y la Profilaxis Post-Exposición (PEP).

El *Modelo Condesa* se proyecta hacia el futuro con historia, rumbo, visión y experiencia. Su evolución continua es testimonio de su compromiso con la salud pública y la justicia social.



**Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco**

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

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

## ARTÍCULOS ORIGINALES

## Atención a Sobrevivientes de Violencia Sexual: la experiencia de la Clínica Especializada Condesa

Edgar de La Cruz Yescas, Marylin Herrera Cancino,  
Elena Langarica Naves, Ubaldo Ramos Alamillo y cols.

Clínica Especializada Condesa

**Resumen.** La Clínica Especializada Condesa (CEC) implementó en 2008 un modelo pionero de atención integral a personas sobrevivientes de violencia sexual, ante la ausencia de servicios oportunos para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y embarazos no planeados. El programa ha evolucionado hacia un enfoque biopsicosocial, transdisciplinario y con perspectiva de género, consolidándose en 2024 como una buena práctica nacional. Entre 2008 y 2024, se registraron más de 20,000 atenciones, con una tendencia creciente y una mayor cobertura territorial. En 2024, se brindaron 1,635 atenciones, destacando acciones clínicas, diagnósticas, preventivas y de seguimiento. La atención oportuna ha sido clave para evitar seroconversiones al VIH, y se ha fortalecido la vinculación interinstitucional y con organizaciones de la sociedad civil (OSC).

**Palabras clave:** Violencia sexual, servicios de salud sexual y reproductiva, infecciones por VIH, atención postexposición, programas de atención en salud.

### Introducción

La violencia representa un problema prioritario de salud pública, quienes la experimentan pueden sufrir consecuencias inmediatas o a largo plazo, que van desde lesiones físicas y trastornos de salud mental hasta enfermedades crónicas o incluso la muerte.<sup>1</sup> La violencia se manifiesta en múltiples formas, entre las que destaca la violencia sexual, la cual vulnera los derechos humanos, sexuales, la dignidad y la integridad corporal de las personas.<sup>2</sup> Además, expone a las víctimas a riesgos como infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y embarazos no planeados.<sup>3</sup>

La Clínica Especializada Condesa (CEC), institución comprometida con la salud pública y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, en 2008 diseñó su primer algoritmo y ruta de atención a personas sobrevivientes de violencia sexual (PSVS).

Desde entonces, el objetivo central ha sido ofrecer servicios de orientación, prevención y detección de VIH, otras ITS y embarazo, especialmente en las primeras 72 horas posteriores a la agresión, periodo en el que se prioriza la administración de tratamien-

tos profilácticos, como antirretrovirales, antibióticos y anticoncepción de emergencia.

En 2009, se consolidó formalmente el *Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual*, con el que se esperaba que las personas acudieran voluntariamente a solicitar los servicios; sin embargo, la respuesta fue limitada, lo que motivó la reflexión sobre cómo acercar la atención a las víctimas. La respuesta se encontró en el establecimiento de alianzas institucionales y con organizaciones de la sociedad civil. La primera alianza significativa fue con la entonces Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal —hoy Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México—, lo cual facilitó un incremento sustancial en el número de personas referidas a la CEC.

En 2018, con la apertura de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, el modelo se replicó para beneficiar a la población de esa zona. La pandemia por Covid-19 fue un momento clave que permitió repensar el modelo de atención con miras en pro de las personas que se atienden; esto derivó en la crea-

ción del *Programa de Atención a Sobrevivientes de Violencia Sexual*, en el que se fija un posicionamiento teórico biopsicosocial y transdisciplinario, estableciendo los siguientes principios rectores:

- Gratuito
- Confidencial
- Con perspectiva de género
- Universal
- Libre de estigma y discriminación
- Con respeto pleno a los derechos humanos

Estas características han permitido romper barreras culturales, sociales y estructurales que históricamente han limitado el acceso a los servicios de salud para poblaciones vulneradas. Los cambios en el replanteamiento del programa promovieron la desmedicalización de la atención, generando estrategias para la simplificación de procesos administrativos, difusión del programa, capacitación y fortalecimiento de vínculos interinstitucionales, así como implementación de nuevas tecnologías en los procesos de atención.

La trayectoria del Programa ha sido reconocida a nivel nacional. En 2024, la *Comisión de Atención del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres* lo distinguió como una de las **buenas prácticas** en materia de atención a la violencia contra las mujeres.

### Resultados 2008–2024

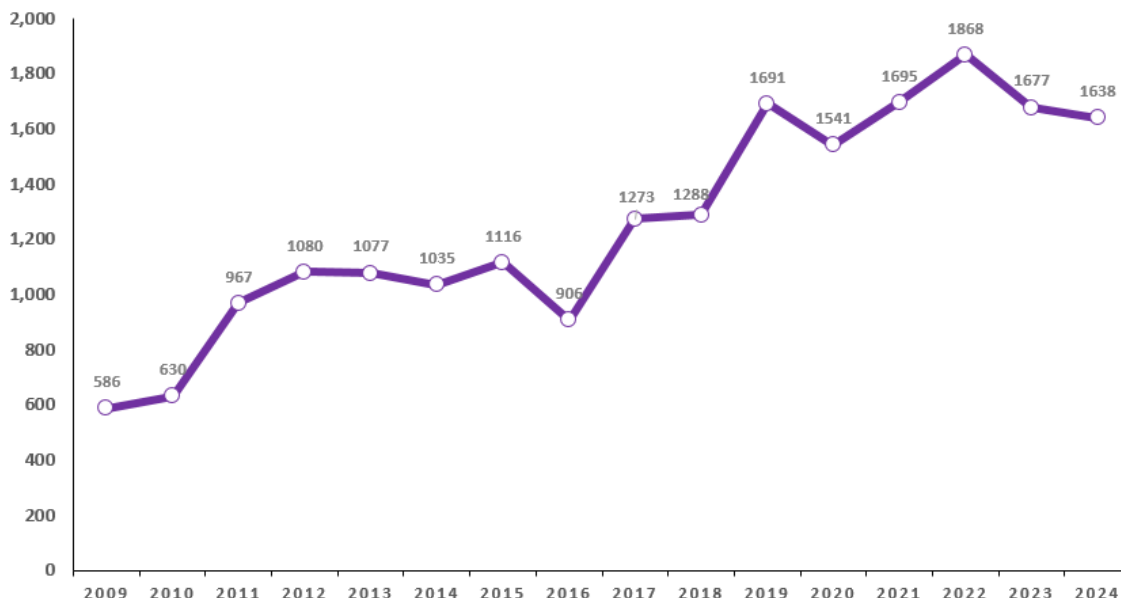
Entre 2008 y 2024, el Programa atendió a 20,065 PSVS, con un promedio anual de 1,254 casos (*Figura 1*). El menor número de atenciones se registró en 2009 (586), mientras que el mayor ocurrió en 2022 (1,868). A pesar de algunas variaciones, los datos muestran una tendencia al alza entre 2016 y 2022, seguida de una leve disminución en 2023 y 2024, aún así manteniéndose por encima del promedio anual.

Desde 2022 se ha fortalecido el registro y análisis epidemiológico de los casos; cuenta de ello se tiene que, en 2024, se atendieron 1,638 personas, de las cuales 1,397 se identificaron como mujeres cis (85.3%), 228 como hombres cis (13.9%), 9 como mujeres trans (0.5%) y 4 como hombres trans (0.2%) (*Figura 2*).

El 59% de las personas atendidas se encontraba entre los 11 y 25 años.

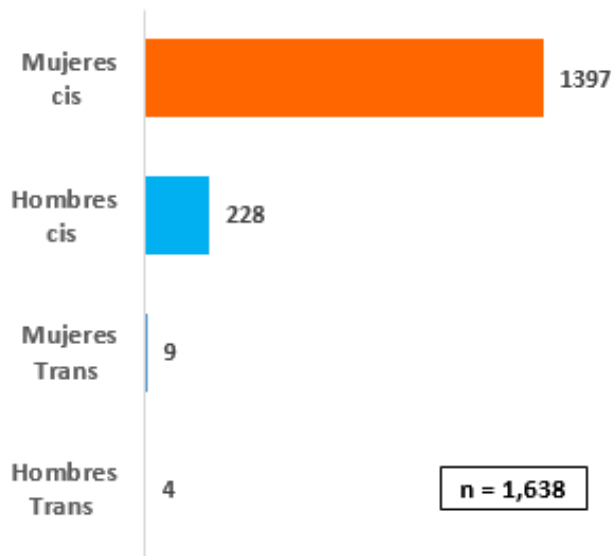
La mayoría de las personas que recibieron atención fueron canalizadas a través del sector salud, los servicios de procuración de justicia, así como por organizaciones de la sociedad civil (OSC) (*Figura 3*). Esta red de referencia interinstitucional ha sido fundamental para ampliar el alcance del Programa y asegurar que las personas en situación de vulnerabilidad accedan a servicios especializados en forma oportuna.

**Figura 1. PSVS en la Clínica Especializada Condesa según año, 2009-2024**

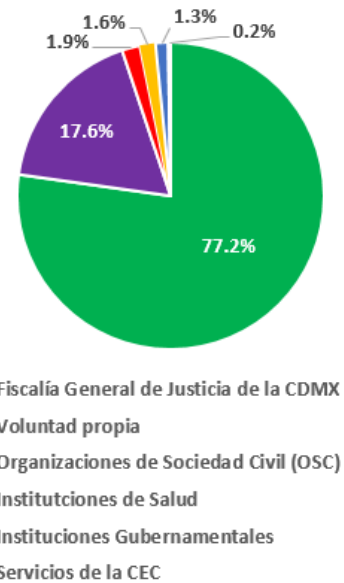


Fuente: CEC. Programa de Atención a Sobrevivientes de Violencia Sexual.

**Figura 2. PSVS atendidas según identidad de género Clínicas Especializadas Condesa, 2024**



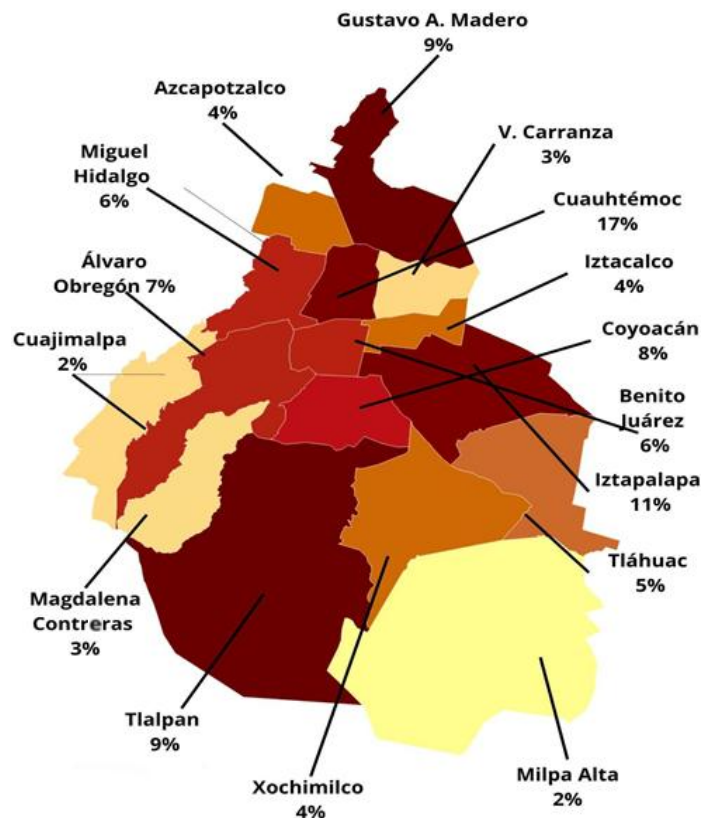
**Figura 3. PSVS según institución de referencia Clínicas Especializadas Condesa, 2024**



El análisis territorial de 2024 muestra que el 46% de los casos se concentraron en cuatro alcaldías de la CDMX: Cuauhtémoc (17%), Iztapalapa (11%), Gustavo A. Madero (9%) y Tlalpan (9%) (Figura 4).

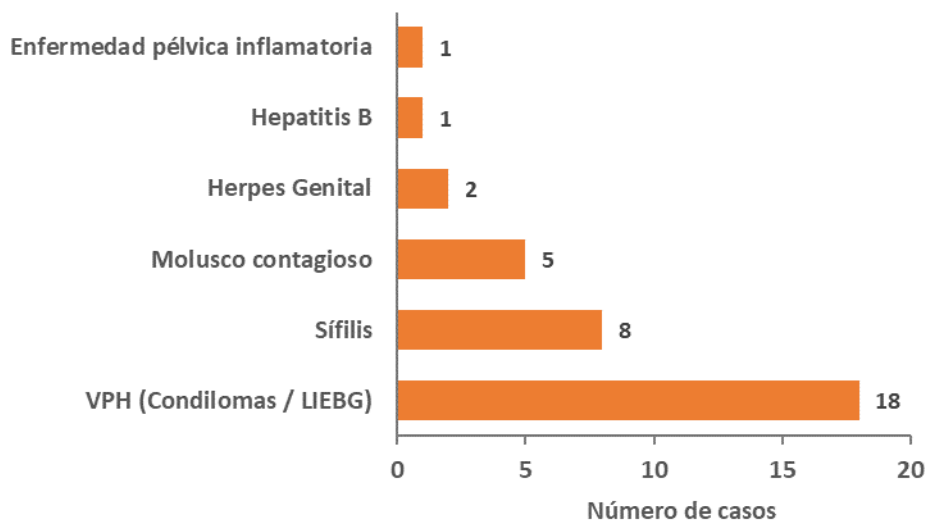
El principio de universalidad del Programa ha garantizado el acceso equitativo para todas las personas, sin importar nacionalidad, edad, sexo o identidad de género. Esto ha permitido atender a personas mi-

**Figura 4. PSVS atendidas, según Alcaldía. Clínica Especializada Condesa, 2024**



Fuente: CEC. Programa de Atención a Sobrevivientes de Violencia Sexual.

**Figura 5. PSVS atendidas según otras infecciones de transmisión sexual  
Clínicas Especializadas Condesa, 2024**



Fuente: CEC. Programa de Atención a Sobrevivientes de Violencia Sexual.

grantes, solicitantes de refugio y personas de distintas nacionalidades, como Venezuela, Colombia, El Salvador y Estados Unidos, quienes enfrentan barreras específicas para acceder a servicios institucionales. Reconocer y responder a esta diversidad, no solo fortalece el carácter incluyente del Programa, sino que también refuerza el compromiso con los derechos humanos y con una atención libre de discriminación

A través de las narrativas de quienes han vivenciado la violencia sexual, ha sido posible identificar un perfil que contempla sexo, edad y vínculo de los agresores, lo cual contribuye a enriquecer el análisis y fortalecer estrategias de prevención y atención con enfoque diferenciado.

Por ejemplo; el 92% de los agresores fueron identificados como hombres, y en su mayoría las edades oscilan entre los 21 y los 35 años. Además, en el 64% de los casos el agresor era un familiar (pareja, tío, primo, padrastro o padre) o una persona conocida (ex-pareja, amigo, compañero de trabajo, jefe o compañero escolar).

### Intervenciones clínicas y seguimiento

La detección oportuna de ITS y embarazos es otro de los objetivos del Programa; derivado de ello se identificó a 8 personas con VIH (no atribuible a la agresión sexual), a quienes se les brindó acompañamiento para su incorporación a los servicios de salud; 8 personas con sífilis que recibieron trata-

miento; y 33 embarazos, de los cuales 13 personas optaron por la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que fueron posibles gracias a la alianza con el *Fondo de Aborto para la Justicia Social María*, que proporcionó a la CEC el medicamento (Figura 5).

Durante 2024 se realizaron 1,635 pruebas para la detección del VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis. Se proporcionaron 538 tratamientos profilácticos para el VIH, 475 para las ITS no virales y 126 pastillas de anticoncepción de emergencia. Solo el 33% de las personas acudieron a los servicios dentro de las primeras 72 horas posteriores a la agresión, ventana crítica para la efectividad de estos tratamientos profilácticos.

La experiencia acumulada ha demostrado que la atención oportuna previene la transmisión del VIH. Desde 2008, no se ha documentado seroconversión en ninguna persona que haya recibido tratamiento profiláctico dentro del tiempo recomendado, lo cual subraya la importancia de ampliar la difusión del Programa. Mejorar el acceso oportuno a la atención, no solo fortalece la respuesta institucional, sino que también representa una medida concreta de protección para las personas sobrevivientes de violencia sexual

A través de los servicios ginecológicos especializados y otras atenciones médicas, se realizaron 40 pruebas de tamizaje para cáncer cervicouterino; se colocaron 37 métodos anticonceptivos de largo pla-

zo (DIU hormonal e implante sub-dérmico); y se realizó el diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual

El seguimiento médico y serológico es parte fundamental del modelo, ya que permiten valorar el estado de salud general de la persona, dar continuidad a tratamientos iniciados y detectar posibles infecciones que pueden desarrollarse.

Durante 2024, el 66% de las personas atendidas acudió al menos una vez a consulta de seguimiento, lo que representa un indicador positivo respecto al nivel de vinculación y continuidad del cuidado médico brindado por el Programa. Sin embargo, persisten áreas de oportunidad en cuanto a la retención a largo plazo y la adherencia a los esquemas de seguimiento.

### Conclusiones

La experiencia de la Clínica Especializada Condesa en la atención a personas sobrevivientes de violencia sexual constituye un referente en el desarrollo de modelos de atención integrales, accesibles y con perspectiva de derechos humanos.

Los datos presentados evidencian, no solo el aumento sostenido en la demanda de servicios, sino también la consolidación de estrategias clínicas, comunitarias e institucionales que garantizan una atención oportuna, confidencial y sin discriminación.

La prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos y particularmente, la ausencia de casos de seroconversión al VIH en personas que recibieron profilaxis postexposición en tiempo y forma, reafirman la eficacia del modelo implementado.

Asimismo, el fortalecimiento de alianzas interinstitucionales y la incorporación de enfoques transdisciplinarios han permitido avanzar hacia la desmedicalización de la atención, favoreciendo intervenciones centradas en las necesidades de las personas.

En suma, la trayectoria del Programa reafirma la importancia de sostener y ampliar este tipo de intervenciones, para garantizar el acceso efectivo a servicios integrales.

### Referencias

1. ONU Mujeres. Poner fin a la violencia contra las mujeres [Internet]. Nueva York: ONU Mujeres; [citado 29 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>.
2. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación. 2009 16 de abril. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009#gsc.tab=0)
3. Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida). Comité de Atención Integral. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y Sida (Censida); 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-manejo-antirretroviral-de-las-personas-con-vih-mexico-2021-297710>.

## ARTÍCULOS ORIGINALES

## Panorama de la detección del VIH y la sífilis en mujeres embarazadas de México, 2018-2023

Adriana Villafuerte-García,<sup>1</sup> Enrique Bravo-García,<sup>1</sup> Rebeca Sayuri Ortiz-Corrales,<sup>1</sup> Carlos Magis-Rodríguez<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM

<sup>2</sup>Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Ciudad de México, México.

**Introducción.** La transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita continúan representando un desafío para la salud pública en México, particularmente en población sin seguridad social. El objetivo del estudio fue analizar la cobertura de detección del VIH y la sífilis en mujeres embarazadas sin seguridad social. **Metodología.** Estudio descriptivo sobre la cobertura de detección de VIH y sífilis en mujeres embarazadas sin seguridad social de 2018 a 2023, utilizando los registros oficiales de la Secretaría de Salud. **Resultados.** La cobertura nacional de atención prenatal alcanzó un promedio de 83% entre 2018 y 2023; sin embargo, la cobertura de tamizaje fue sustancialmente menor, con un promedio de apenas 60% para ambas infecciones, acompañado de marcadas desigualdades entre entidades federativas. **Conclusión.** persisten deficiencias estructurales en la detección oportuna. Es necesario fortalecer las acciones de tamizaje, especialmente con pruebas rápidas duales, y reducir las inequidades en el acceso a la atención prenatal.

**Palabras clave:** transmisión maternoinfantil del VIH, sífilis congénita, cobertura de servicios de salud, población sin seguridad social, México.

### Introducción

En 2023, aproximadamente 1.4 millones de niños vivían con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el mundo, y 120,000 adquirieron la infección ese mismo año, según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).<sup>1</sup> Aunque el VIH afecta de manera desproporcionada a poblaciones clave (hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero y personas que se inyectan drogas),<sup>2</sup> las mujeres embarazadas representan una población prioritaria en la respuesta a la epidemia, debido al riesgo de la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH y la sífilis. En este contexto, en 2010 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron la *Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita* con la meta de lograr dicha eliminación para el año 2015.<sup>3</sup>

Desde entonces, únicamente 11 países o territorios de la región han cumplido con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y han recibido la certificación correspondiente. Cuba fue el primero en obtenerla en 2015,<sup>4</sup> segui-

do por Anguila, Antigua y Barbuda, Bermudas, Islas Caimán, Montserrat y San Cristóbal y Nevis en 2017,<sup>5</sup> y Dominica en 2020.<sup>6</sup> Más recientemente, Belice, Jamaica y San Vicente y las Granadinas se sumaron a este grupo en 2024.<sup>7</sup>

En México, desde principios del siglo XXI, los programas nacionales sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS) han incorporado metas específicas relacionadas con la eliminación de la TMI del VIH y de la sífilis congénita.<sup>8</sup>

Una estrategia clave en los programas exitosos de eliminación ha sido la interrupción sostenida de la TMI mediante servicios prenatales de calidad, que incluyan la detección y tratamiento oportunos del VIH y la sífilis en al menos 95% de las mujeres embarazadas, sus parejas sexuales y sus hijos expuestos. Estas intervenciones han demostrado reducir significativamente las nuevas infecciones en mujeres y en sus lactantes.<sup>9</sup>

El objetivo del estudio fue analizar la cobertura de detección del VIH y la sífilis en mujeres embarazadas sin seguridad social, en el período 2018-2023.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo para la cobertura de detección del VIH y de sífilis en mujeres embarazadas sin seguridad social.

Estos indicadores se calcularon dividiendo el número de pruebas realizadas (VIH o sífilis) entre el total de mujeres embarazadas sin seguridad social que tuvieron una consulta prenatal de primera vez durante cualquiera de los tres trimestres del embarazo, multiplicado por 100.

La información se obtuvo del Cubo Dinámico “Servicios Otorgados” de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), utilizando las claves 200, 079 y A523 para el número de pruebas aplicadas. El número de consultas prenatales de primera vez fue recuperado usando las claves 024-EMB01, EMB02 y EMB03, correspondientes a los tres trimestres del embarazo.<sup>10</sup>

## Resultados

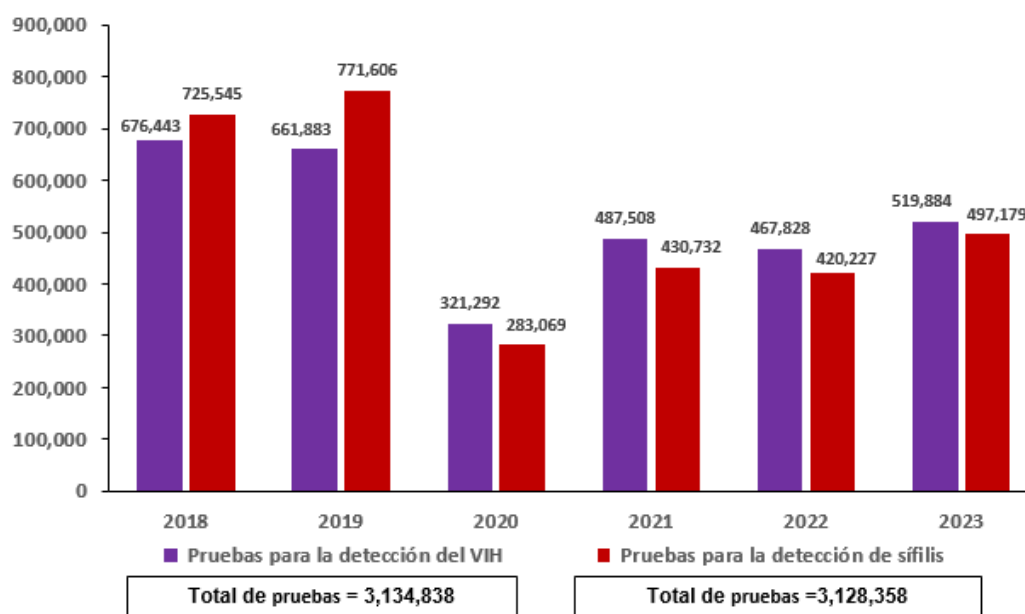
Entre 2018 y 2023 se registraron 6,220,574 nacimientos en mujeres sin seguridad social y se otorgaron 5,192,104 consultas de primera vez para control prenatal, lo que representa una cobertura promedio del 83%. Esta cobertura se mantuvo estable en 2018 y 2019 (89% en ambos años), pero disminuyó drásticamente en 2020 (75%) debido a la pandemia de COVID-19. Posteriormente, se observó una recuperación gradual: 79% en 2021, 82% en 2022 y 83% en 2023 (Tabla 1).

**Tabla 1. Cobertura de atención prenatal en mujeres embarazadas sin seguridad social. México, 2018-2023.**

Año	Número de nacimientos	Consultas de primera vez en mujeres embarazadas	% cobertura de atención prenatal
2018	1,257,766	1,124,726	89%
2019	1,201,054	1,074,224	89%
2020	983,861	735,260	75%
2021	955,104	752,206	79%
2022	954,466	785,152	82%
2023	868,323	720,536	83%
<b>2018-2023</b>	<b>6,220,574</b>	<b>5,192,104</b>	<b>83%</b>

De 2018 a 2023 se aplicaron un número similar de pruebas para la detección de del VIH y la sífilis mujeres embarazadas: 3,134,838 y 3,128.360, respectivamente. Durante 2018 y 2019, ambos tipos de pruebas alcanzaron sus cifras más altas, con un máximo en 2019 de 771,606 pruebas de sífilis y 661,883 de VIH. Es notable que en ambos años se realizaron más pruebas de sífilis que de VIH. En 2020 se registró una caída abrupta en la aplicación de pruebas: VIH (-51.5%) y sífilis (-63.3%), lo que coincide con la interrupción de servicios derivada de la pandemia de COVID-19. A partir de 2021 se observó una recuperación progresiva, alcanzando en 2023 nuevamente cifras cercanas al medio millón de pruebas, aunque sin recuperar los niveles previos a pandemia (Figura 1).

**Figura 1. Pruebas para la detección del VIH y sífilis en mujeres embarazadas sin seguridad social. México, 2018-2023**



Durante el periodo 2018–2023, la cobertura nacional promedio de detección fue de 60.4% para VIH y 60.3% para sífilis. En 2019 se registró el valor más alto para sífilis (71.8%), diez puntos porcentuales arriba de la cobertura de VIH. Posteriormente, ambas coberturas disminuyeron significativamente en 2020, alcanzando mínimos históricos: 43.7% para VIH y 38.5% para sífilis. En 2021, la recuperación fue más rápida para el VIH (64.8%) que para la sífilis (57.3%). En 2023, ambas coberturas volvieron a aumentar, alcanzando el 72.2% para VIH (valor máximo del periodo) y 69.0% para sífilis (Figura 2).

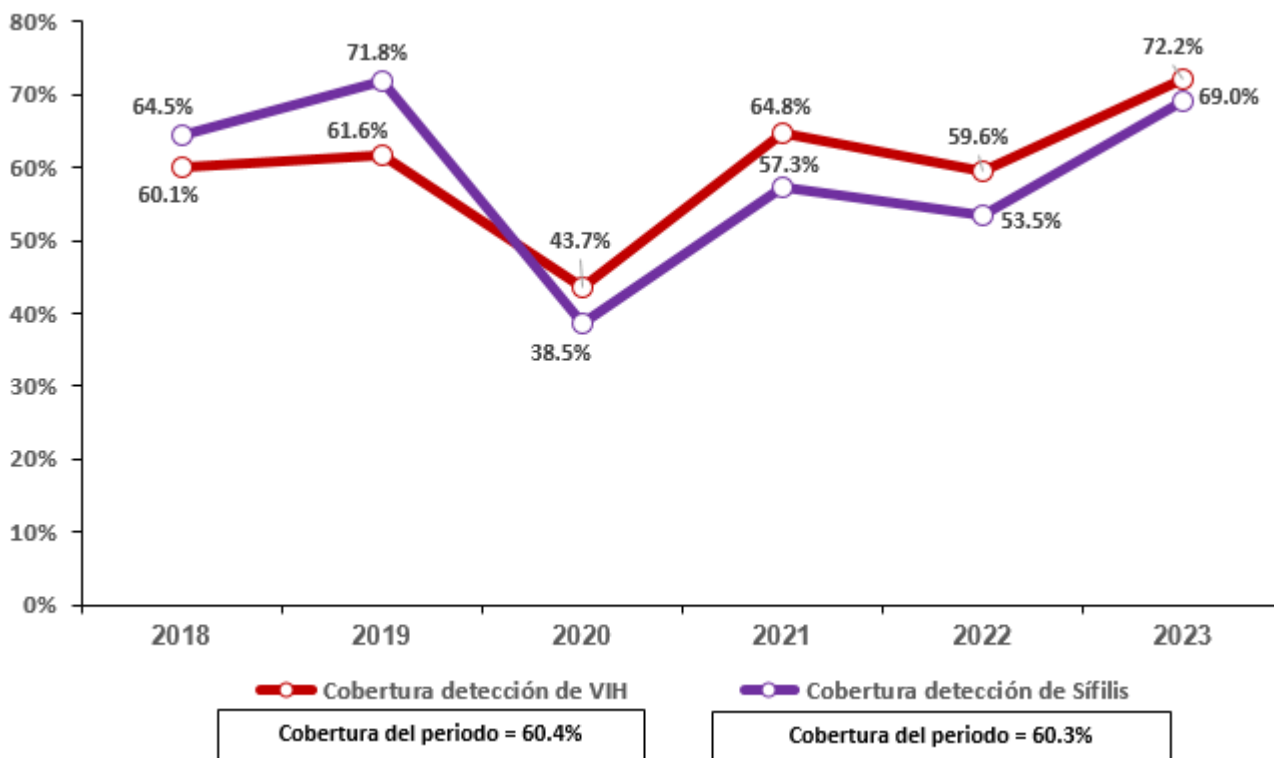
La cobertura de detección mostró marcada heterogeneidad entre entidades federativas. Entre 2018 y 2023, las entidades con cobertura alta ( $\leq 100\%$  en al menos una prueba) incluyeron: Baja California, Baja California Sur y Colima (100% en ambas pruebas); Tlaxcala (VIH 100%, sífilis 77%); San Luis Potosí (VIH 93%, sífilis 100%) y Nuevo León (VIH 85%, sífilis 100%). En contraste, las entidades con las coberturas más bajas ( $\leq 50\%$ ) fueron: Ciudad de México (33% VIH, 24% sífilis); Guerrero (44% VIH, 50% sífilis); Estado de México (44% VIH, 45% sífilis); Durango (34% VIH, 27% sífilis) y Oaxaca (24% VIH, 14% sífilis (Figura 3).

### Discusión

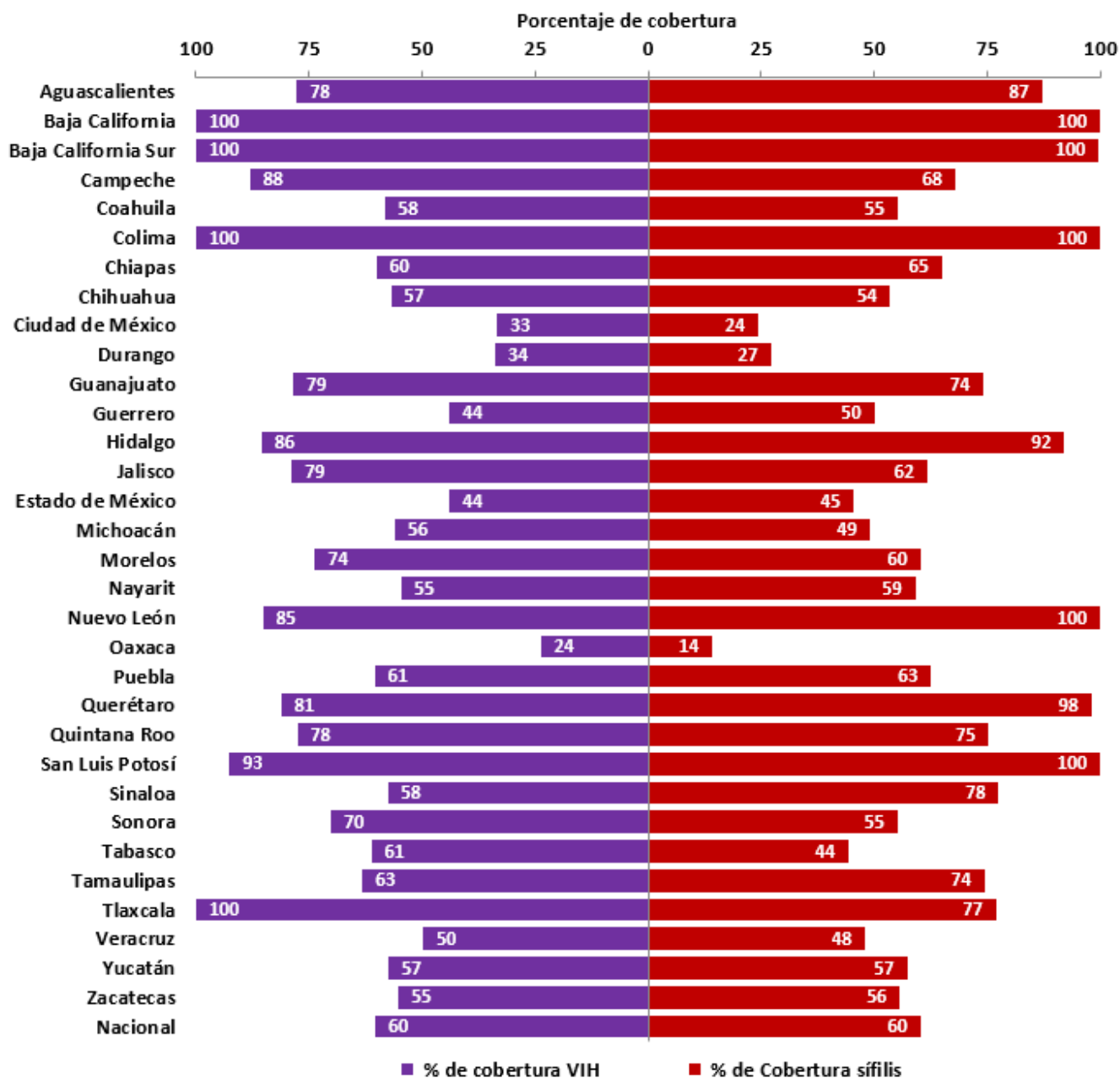
Los resultados de este estudio muestran avances significativos, pero también retos persistentes en el camino hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita en mujeres embarazadas sin seguridad social en México. Si bien la cobertura nacional de atención prenatal alcanzó un promedio de 83% entre 2018 y 2023, la cobertura de tamizaje fue sustancialmente menor, con un promedio de apenas 60% para ambas infecciones, acompañado de marcadas desigualdades entre entidades federativas

La drástica caída en la cobertura de VIH y sífilis en 2020 refleja el debilitamiento de los servicios de salud materna durante la pandemia por COVID-19, lo que limitó la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas infecciones.<sup>11</sup> La detección en la primera consulta prenatal es esencial, pero no suficiente: las guías nacionales e internacionales recomiendan aplicar al menos dos pruebas de tamizaje, una en el primer contacto con los servicios de salud y otra antes del parto, para identificar infecciones recientes y asegurar el tratamiento oportuno.<sup>12-13</sup>

**Figura 2. Cobertura de la detección del VIH y sífilis en mujeres embarazadas sin seguridad social. México, 2018-2023**



**Figura 3. Cobertura de la detección del VIH y sífilis en mujeres embarazadas sin seguridad social, según entidad federativa. México, 2018-2023**



En línea con las recomendaciones de la OMS, México incorporó desde 2013 el uso de pruebas rápidas duales para VIH y sífilis en la atención prenatal.<sup>14</sup> Sin embargo, persisten deficiencias en su aplicación. Un estudio reciente realizado en unidades de la Secretaría de Salud y del IMSS reveló que, pese a la disponibilidad suficiente de pruebas, su uso fue inferior al 50% en la mayoría de los estados. Además, en la SSA, menos del 20% de los casos con resultado reactivo recibieron confirmación diagnóstica,<sup>15</sup> lo cual pone en evidencia una implementación deficiente del tamizaje.

Estos desafíos se agravan por barreras estructurales y sociales, como la pobreza, la marginación, el estigma, la baja escolaridad, la fragmentación del sistema de salud y la falta de educación sexual y reproductiva.<sup>9</sup> En conjunto, estas condiciones dificultan el acceso sostenido a servicios de prevención.

Como resultado, la meta de 95% de cobertura en tamizaje y tratamiento, establecida por la OMS y la OPS como requisito para la eliminación, no ha sido alcanzada ni mantenida en el país.

## Conclusiones

El presente estudio confirma que, a pesar de los avances registrados en la atención prenatal para mujeres embarazadas sin seguridad social en México, la cobertura de detección del VIH y la sífilis continúa siendo insuficiente para cumplir con los estándares establecidos por la OMS y la OPS.

Entre 2018 y 2023, la cobertura promedio nacional fue de apenas 60% para ambas infecciones, con importantes disparidades territoriales y una caída crítica en 2020, derivada del impacto de la pandemia por COVID-19. Para avanzar hacia la eliminación de la transmisión vertical, será necesario elevar estas coberturas a un mínimo del 95%

**Financiamiento:** Este estudio fue financiado por el Consorcio de investigación sobre VIH SIDA TB CISI-DAT, A.C.

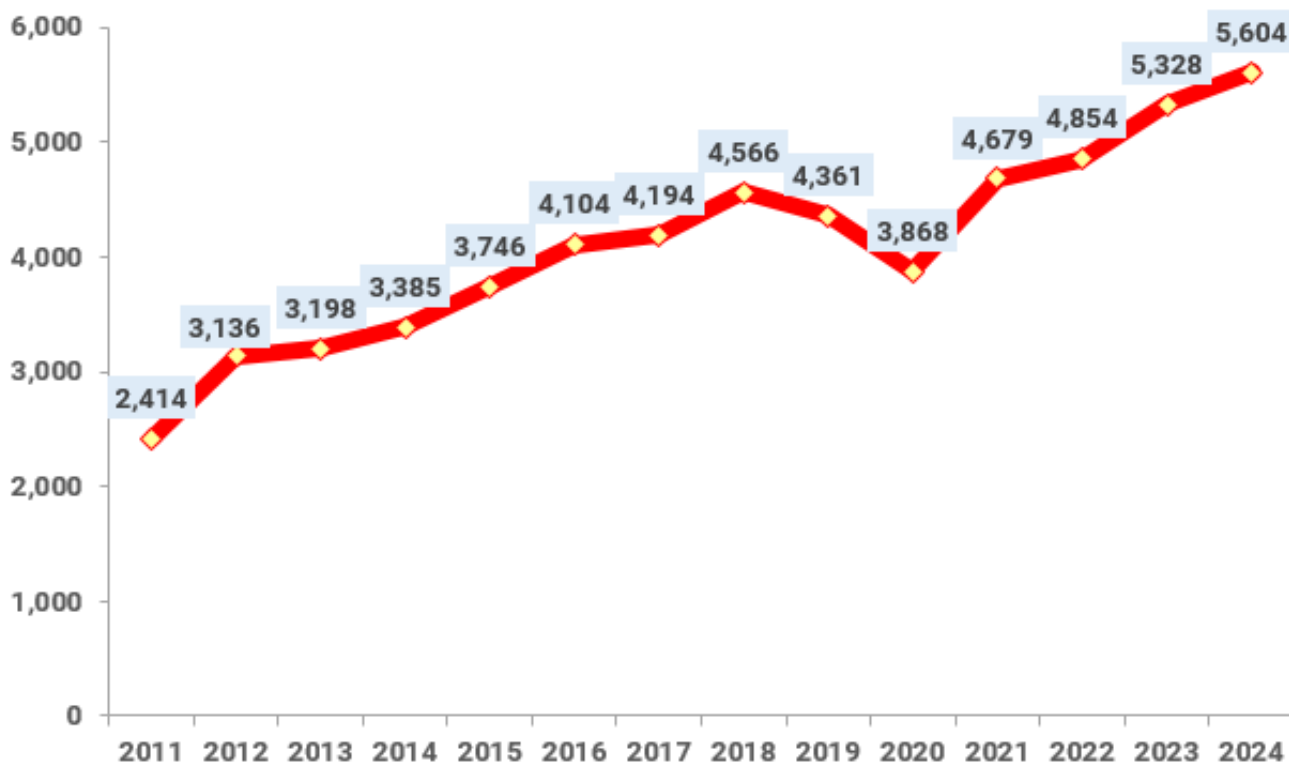
## Referencias

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Update 2024. The urgency of now: AIDS at a crossroads. Geneva: UNAIDS; 2024. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2024-unaids-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf)
2. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida. Día Mundial del Sida: 1 de diciembre 2024. Boletín de Atención Integral de Personas con VIH [Internet]. 2024; 10(4 (edición especial)). Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/961293/BOLETIN\\_DAIESPECIAL2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/961293/BOLETIN_DAIESPECIAL2024.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional. Washington, D.C.: OPS, 2014. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31365>.
4. Ishikawa N, Newman L, Taylor M, Essajee S, Pendse R, Ghidini M. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba and Thailand. Bull World Health Organ. 2016;94(11):787-787A. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27821878>
5. Pan American Health Organization. New Generations Free of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas Disease: EMTCT Plus in the Americas, 2018. Washington, D.C: PAHO, 2019. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50993/9789275120675\\_eng.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50993/9789275120675_eng.pdf)
6. Dominica celebra la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis [press release]. 14 de mayo 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-5-2021-dominica-celebra-eliminacion-transmision-materno-infantil-infeccion-por-vih>
7. Organización Panamericana de la Salud. Belice, Jamaica y San Vicente y las Granadinas eliminan la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. www.paho.org. 2024 7 de mayo. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/7-5-2024-belice-jamaica-san-vicente-granadinas-eliminacion-transmision-materno-infantil-vih>
8. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Programa de acción: VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), 2001-2006. México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA 2002. Disponible en: <https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/programadeaccion.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. Washington, D.C.: OPS, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325858>
10. Dirección General de Información en Salud. Servicios Otorgados SIS Cubos dinámicos 2024 [Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc\\_serviciosis\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciosis_gobmx.html)].
11. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334048/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2020.1-eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334048/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1-eng.pdf?sequence=1)
12. 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. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
13. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. México: Secretaría de Salud. IMSS, 2016. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/246GER.pdf>
14. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services for a changing epidemic. Geneva: WHO, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>
15. Herrera-Medina EF. Findings in the use of the dual rapid test for detection of HIV and syphilis in pregnant women in Mexico. Perinatología y reproducción humana. 2024;38(3):92-100. Disponible en: [https://www.perinatologia.mx/portadas/rprh\\_24\\_38\\_3.pdf#page=27](https://www.perinatologia.mx/portadas/rprh_24_38_3.pdf#page=27)

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

## Detección del VIH

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



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

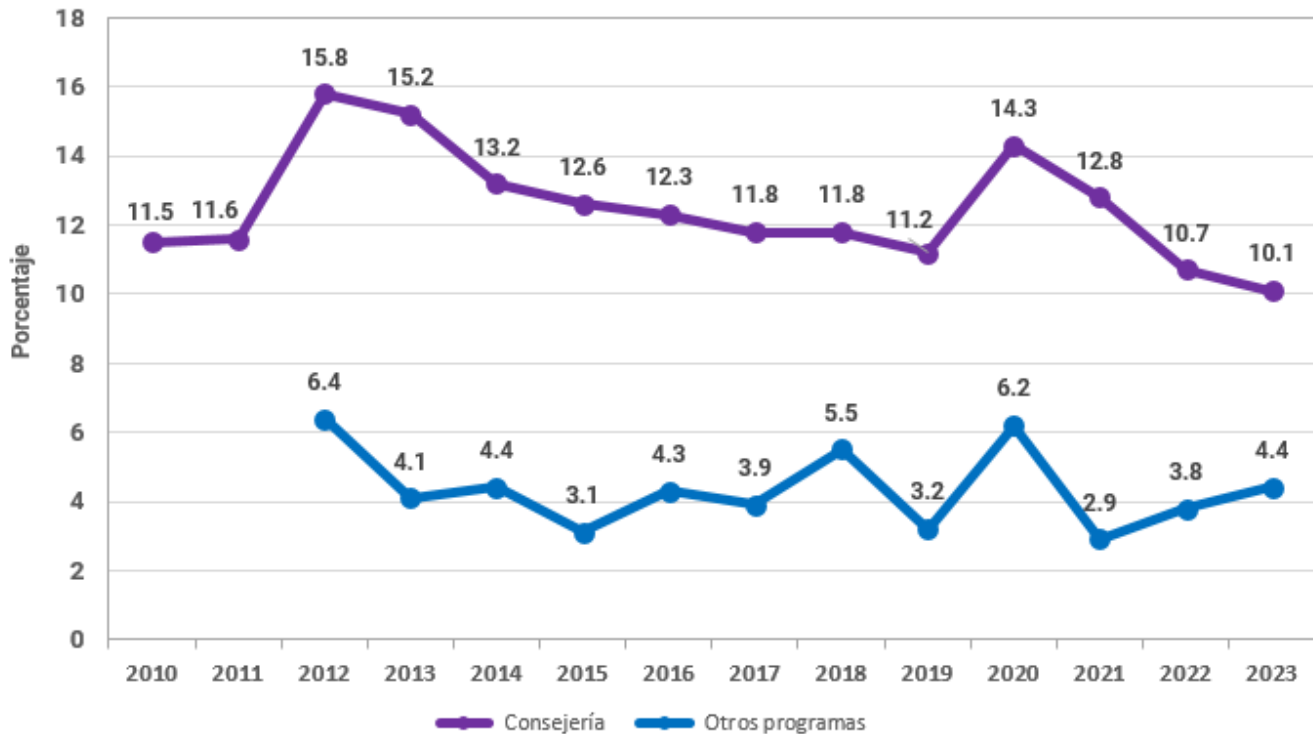
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación. Sistema HAP.

- Entre 2011 y 2024, se registraron un total de **57,437 pruebas reactivas al VIH**.
- Durante este periodo, el número de pruebas reactivas **augmentó un 132%**, al pasar de 2,414 en 2011 a 5,604 casos en 2024, lo que representa un **crecimiento promedio anual del 7.1%**.
- Con excepción de los años 2019 y 2020, en los que se observó una disminución en el contexto de la pandemia de Covid 19, el número de pruebas reactivas al VIH ha mostrado una tendencia de crecimiento constante a lo largo de los años.
- Entre **enero y junio de 2025**, se han registrado **2,070 pruebas reactivas** al VIH (datos preliminares).

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

## Detección del VIH

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



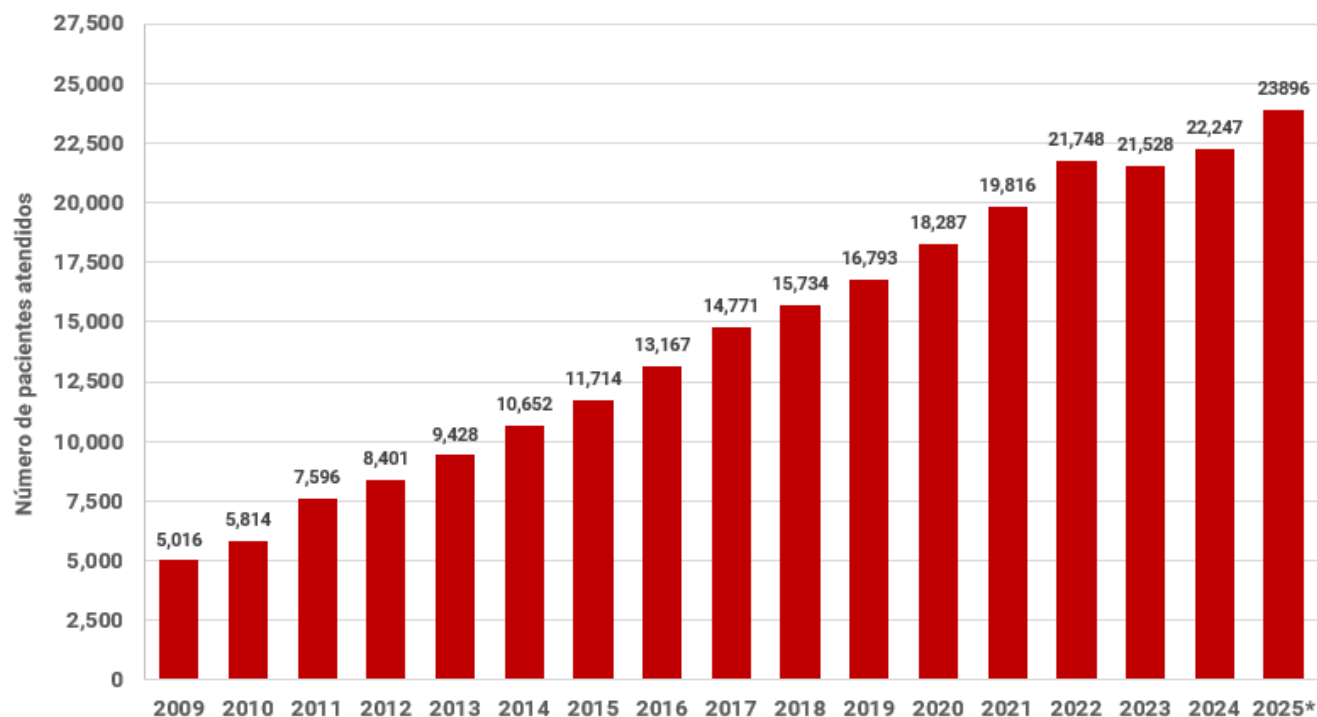
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación.

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

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

### Pacientes con VIH atendidos

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



\* Incluye los pacientes atendidos de enero a junio.

Notas: Pacientes que reciben tratamiento antirretroviral (ARV) y pacientes VIH positivos en control (sin ARV).

Las Unidades médicas asociadas para el suministro de medicamentos antirretrovirales son: Hospital General Dr. Manuel Gea González, Instituto Nacional de Cancerología e Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 30 de junio de 2025.

- Entre 2009 y 2024, el número de pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en las CEC **augmentó 4.5 veces (350%)**, al pasar de **5,016 en 2009 a 22,548 en 2024**.
- Este crecimiento equivale a una tasa media anual del **10.6%**.
- Excepto en 2023, año en que se registró un ligero descenso, la tendencia ha sido de un incremento sostenido.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

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

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

Unidad Médica	Pacientes en Tratamiento Antirretroviral	Porcentaje
Clínica Especializada Condesa	17,056	71.4
Clinica Especializada Condesa Iztapalapa	6,478	27.1
Hospital General Dr. Manuel Gea González	179	0.7
Instituto Nacional de Cancerología	170	0.7
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	13	0.1
<b>Total</b>	<b>23,896</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 30 de junio de 2025.

- Al 30 de junio de 2025, se encontraban en tratamiento antirretroviral (ARV) **23,896 personas** atendidas en estas unidades, todas ellas sin afiliación a instituciones de seguridad social.
- Las Clínicas Especializadas Condesa (CEC) concentran aproximadamente el **15% del total nacional** de personas en tratamiento ARV, lo que equivale a una de cada siete, constituyéndose en el mayor centro de atención para personas con VIH en México.
- En la Ciudad de México, aportan **el 98.5% de los tratamientos ARV**, mientras que los hospitales e institutos asociados contribuyen con el 1.5%.
- Cabe señalar que las CEC reciben pacientes tanto residentes de la capital como provenientes de otras entidades federativas.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

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

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

Alcaldía de residencia	Pacientes en Tratamiento Antirretroviral	Porcentaje
Cuauhtémoc	3,958	18.7
Iztapalapa	3,521	16.7
Gustavo A. Madero	2,307	10.9
Benito Juárez	1,294	6.1
Miguel Hidalgo	1,234	5.8
Venustiano Carranza	1,197	5.7
Coyoacán	1,136	5.4
Álvaro Obregón	1,126	5.3
Iztacalco	904	4.3
Azcapotzalco	902	4.3
Tlalpan	859	4.1
Tláhuac	592	2.8
Xochimilco	483	2.3
La Magdalena Contreras	297	1.4
Cuajimalpa de Morelos	239	1.1
Milpa Alta	133	0.6
<b>Subtotal en la CDMX</b>	<b>20,182</b>	<b>95.5</b>
Otras entidades del país	941	4.5
<b>Total</b>	<b>21,123</b>	<b>100.0</b>

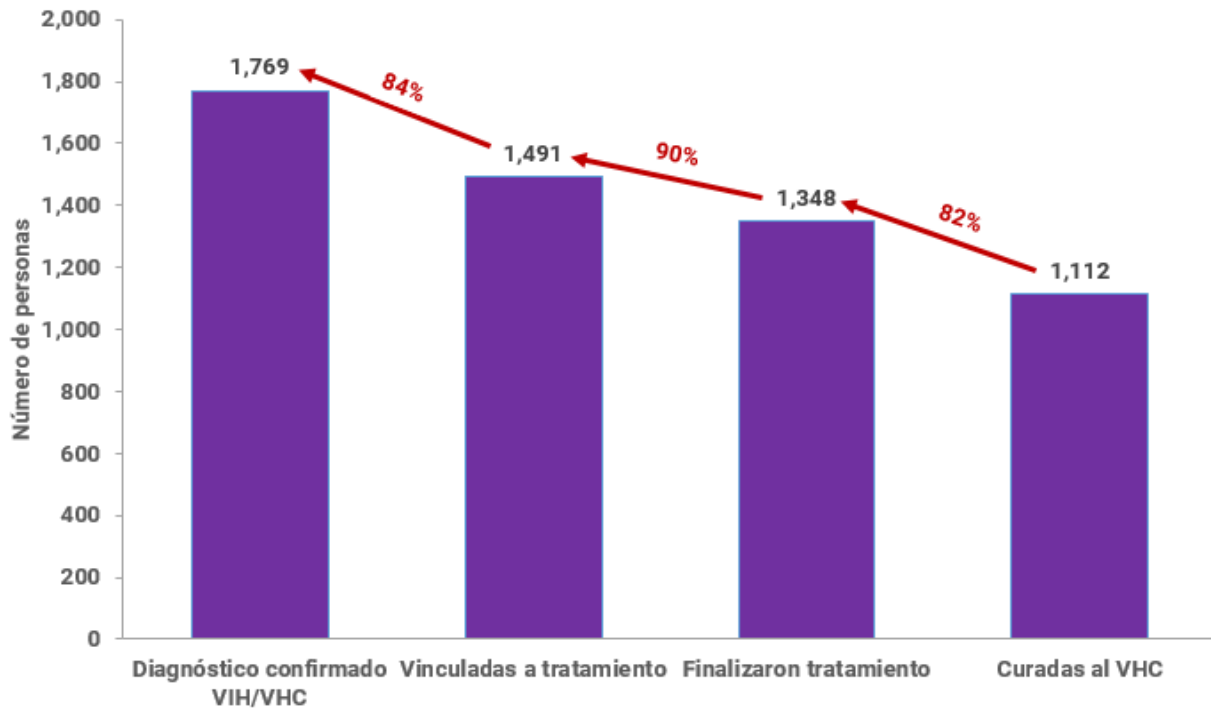
Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 30 de junio de 2025.

- Del total de personas en tratamiento ARV, el **95.5% reside en la Ciudad de México**.
- Las alcaldías con mayor concentración son **Cuauhtémoc**, con 3,958 pacientes (18.7%), e **Iztapalapa**, con 3,521 (16.7%). En conjunto, estas dos demarcaciones **concentran el 35.4% del total**.
- El **4.5% restante** (n = 941) corresponde a **residentes de otros estados**, principalmente de municipios conurbados a la capital.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

## Detección del Virus de Hepatitis C (VHC)

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



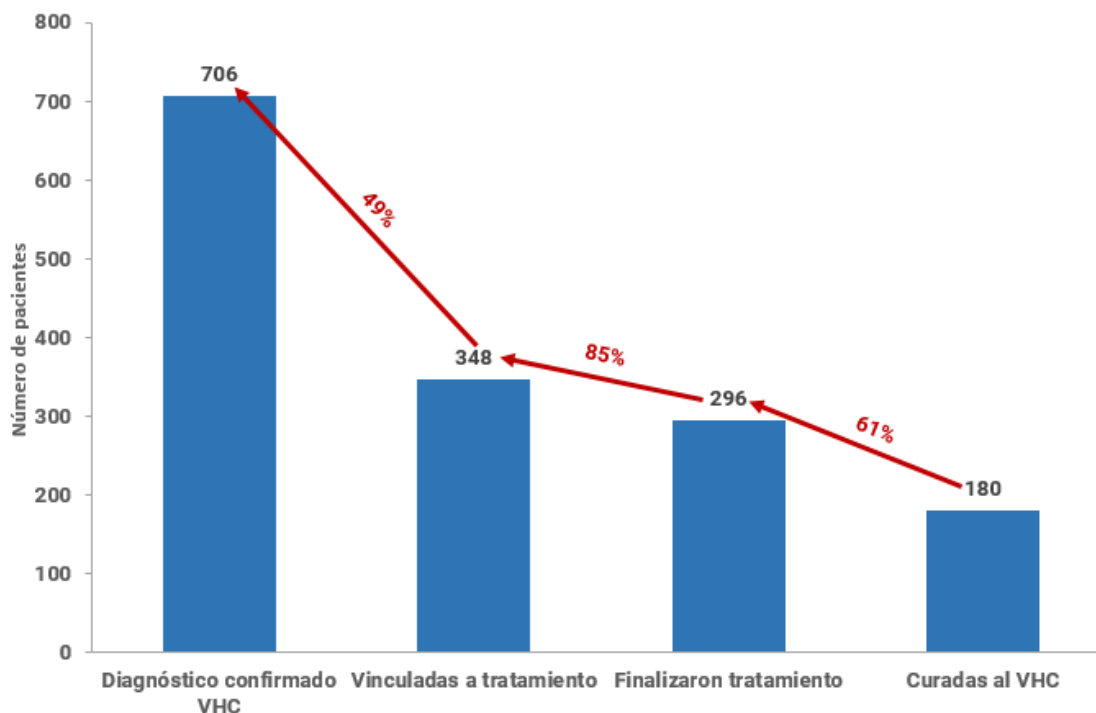
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 30 de junio de 2025.

- En el periodo analizado se realizaron **2,562 pruebas** de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC). Como resultado, se identificaron **1,769 personas con coinfección confirmada** por ambas infecciones, de las cuales 2,075 (**88.5%**) **no contaban con derechohabiencia** y 269 (11.5%) sí disponían de ella. Las personas con derechohabiencia fueron referidas a la institución correspondiente.
- Del total de personas diagnosticadas, 1,491 (**84%**) **fueron vinculadas a tratamiento** contra el VIH y el VHC. Entre éstas, 1,348 (**90%**) **completaron el esquema terapéutico**. De las personas que finalizaron el tratamiento, 1,112 (**82%**) alcanzaron la curación virológica sostenida..
- Se identificaron **116 pacientes con sospecha de falla terapéutica**, quienes se encuentran en proceso de evaluación para la selección de un segundo esquema de tratamiento.
- En conjunto, las Clínicas Especializadas Condesa han mantenido una **elevada tasa de éxito terapéutico (91%)** en las personas con PCR postratamiento, lo que confirma la alta efectividad de los antivirales de acción directa en este contexto asistencial. Asimismo, el **89%** de las personas diagnosticadas sin derechohabiencia **inició tratamiento**, lo que constituye un indicador particularmente relevante dada la complejidad del seguimiento clínico a poblaciones en situación de vulnerabilidad.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

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

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



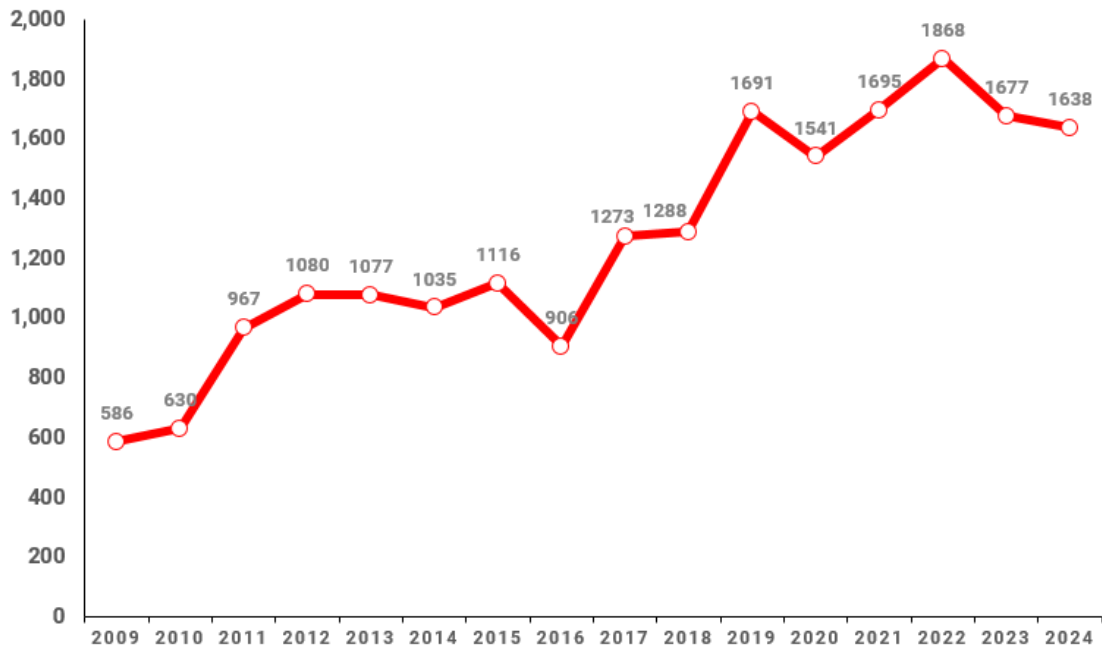
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 30 de junio de 2025.

- Durante el periodo de referencia se realizaron **1,138 pruebas** de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección del virus de la hepatitis C (VHC). Como resultado, se identificaron **706 personas con infección confirmada por VHC**.
- De esta población, solamente 348 personas (**49%**) **fueron vinculadas a tratamiento antiviral**, toda vez que las Clínicas Especializadas Condesa solo proporciona tratamiento a las personas sin seguridad social. Las personas con derechohabiente fueron referidas a la institución correspondiente.
- Entre ellas, 296 (**85%**) **completaron el esquema terapéutico**. De quienes finalizaron el tratamiento, 180 (**61%**) alcanzaron la curación virológica sostenida.
- La baja proporción de personas vinculadas a tratamiento en el grupo de mono infectados por VHC representa un punto crítico en la cascada de atención. Este fenómeno podría asociarse a menor adherencia terapéutica, menor contacto con los servicios de salud, factores socioeconómicos no documentados y la ausencia de un programa estructurado de seguimiento a distancia.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

## Personas sobrevivientes de violencia sexual

Figura 6. Personas sobrevivientes a la violencia sexual atendidas en las Clínicas Especializadas Condesa según año, 2009-2024

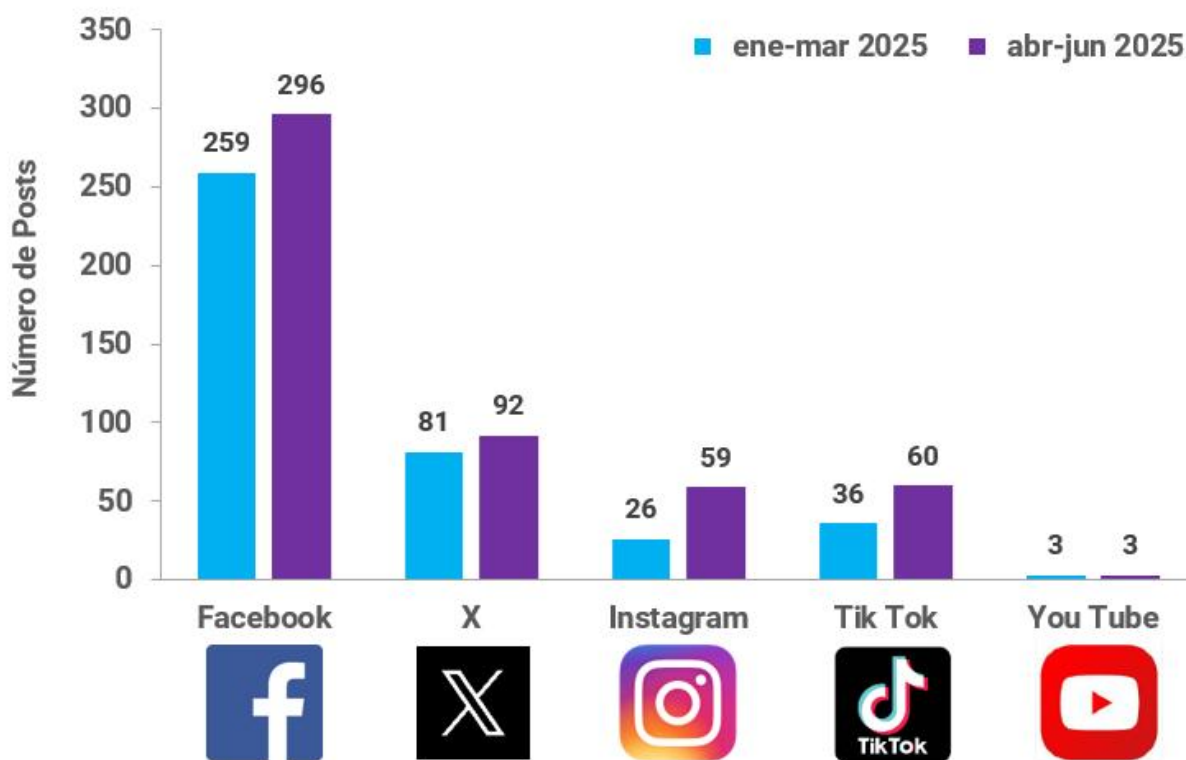


Fuente: Clínicas especializadas Condesa. Datos al 31 de diciembre de 2024.

- En 2008 se creó el **Programa de Prevención, Atención y Seguimiento a Mujeres, Hombres, Niñas y Niños Víctimas de Violencia Sexual**, el cual ofrece atención integral a personas sobrevivientes de violación o abuso sexual.
- El objetivo del programa es **brindar servicios de orientación y prevención de VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo**, mediante el uso oportuno de medicamentos antirretrovirales, antibióticos y anticoncepción de emergencia. Estos servicios se proporcionan a quienes han sufrido violencia sexual y acuden a la Clínica Especializada Condesa (CEC).
- Entre 2009 y 2024, la demanda de atención en este programa casi se triplicó, al pasar de 586 personas en 2009 a 1,638 en 2024 (incremento del 180%).
- En el primer semestre de 2025 se atendieron **722 personas** (datos preliminares), con lo que el acumulado desde 2009 asciende a **20,840 personas**.
- Para dimensionar la magnitud de este problema de salud pública, **las 1,638 personas atendidas en 2024 representan un promedio superior a cuatro personas por día calendario..**

## REDES SOCIALES 2025

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

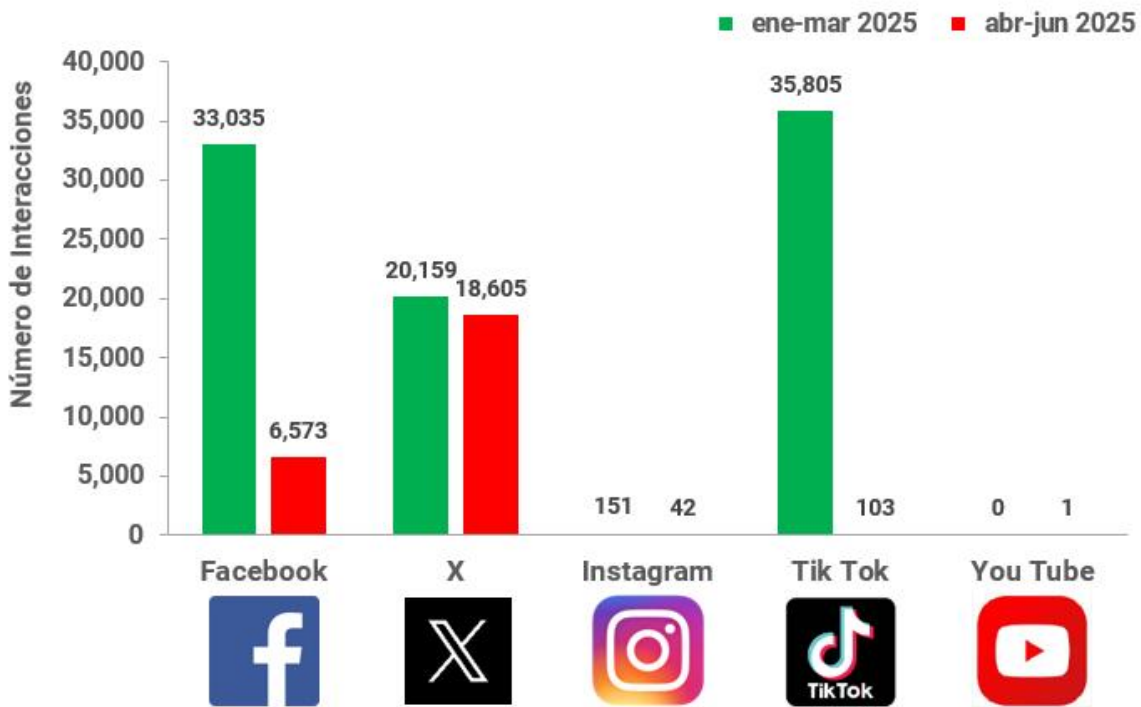


Fuente: Coordinación de Prevención y Promoción de la Salud. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/Sida de la Ciudad de México. Datos al 30 de junio de 2025.

- Entre enero y marzo de 2025 se realizaron **403 publicaciones** en redes sociales, aumentando a **510** entre abril y junio, lo que representa un **incremento del 26.6%**.
- La red más utilizada fue *Facebook*, seguida por *X*, *Instagram* y *TikTok*.
- El volumen de publicaciones **creció en todas las plataformas excepto en YouTube**.

## REDES SOCIALES 2025

**Figura 8. Interacciones en redes sociales por las Clínicas Especializadas Condesa según tipo, enero-junio de 2025**



Fuente: Coordinación de Prevención y Promoción de la Salud. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/Sida de la Ciudad de México. Datos al 30 de junio de 2025.

- En el segundo trimestre de 2025, la interacción global (suma de “me gusta”, comentarios y reposteos) **disminuyó 22.6%**, al pasar de 89,150 en el primer trimestre a 25,324 en el segundo.
- Sin embargo, **el alcance de las publicaciones aumentó 4.5%** en el mismo periodo.
- La mayoría de los contenidos difundidos fueron de producción propia (**66.2%**), seguidos por los generados por asociaciones civiles (**18.9%**).
- Las campañas realizadas entre abril y junio alcanzaron a **69,427 personas**.

## CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

### Publicaciones realizadas

**Página web:  
Boletín Epidemiológico**



**17,208**  
Personas alcanzadas

**Día Internacional contra la  
Homofobia, la Bifobia y la  
Transfobia**



**8,847**  
Personas alcanzadas

**Día del Orgullo  
LGBTTTIQA+**



**2,936**  
Personas alcanzadas

### Página web

Con la modernización de la página web, se realizó una campaña para dar a conocer las funcionalidades y novedades disponibles para las personas usuarias. A través de 10 posts, se difundieron las herramientas informativas para promover la página web institucional.

**Carga viral y CD4**



**Información novedosa para todxs.**



CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

# Día Internacional contra la Homofobia, la Bifobia y la Transfobia

En el marco del Día Internacional contra la Homofobia, la Bifobia y la Transfobia, las Clínicas Especializadas Condesa reafirman su compromiso al garantizar una atención integral y servicios de salud a las poblaciones de la diversidad sexual como parte de sus derechos humanos.



# Día del Orgullo LGBTTTTIQA+

Se realizó material para definir espacios seguros para las poblaciones de la diversidad que acuden a las Clínicas Especializadas Condesa, bajo la premisa de garantizar los servicios de salud a todas ellas con una mirada de respeto y sensibilización para que la salud sexual sea una realidad.



Las Clínicas Especializadas Condesa cuentan con personal multidisciplinario capacitado para brindar intervenciones asertivas a cualquier persona sin importar su raza, religión, situación migratoria, identidad sexogenérica, orientación sexual o condición social.



## PENSAR EL SIDA

## Los primeros libros

Luis Manuel Arellano

Históricamente, ¿qué información puede considerarse valiosa en la lucha contra el sida?: ¿La elevada cantidad de personas fallecidas por su letalidad? ¿El descubrimiento del VIH? ¿La creación de instituciones para coordinar acciones en contra de la epidemia? ¿Los servicios médicos? ¿Las infecciones oportunistas en los pacientes? ¿La carrera farmacéutica por encontrar la cura? ¿El fracaso de la ciencia médica para crear vacunas? ¿El diseño, producción y venta del lucrativo mercado de los antirretrovirales? ¿Las campañas de prevención? ¿La salud sexual? ¿La transfusión sanguínea? ¿El uso de drogas inyectadas? ¿La estigmatización y la consecuente violación de derechos humanos? ¿La discriminación de las personas con VIH/sida? ¿Los despidos laborales? ¿La legislación que criminaliza vivir con VIH? ¿La movilización y resistencia comunitaria? ¿La falta de financiamiento? ¿Las expresiones artísticas a partir de la epidemia?



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

**UNAIDS**UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP  
UNESCO • WHO • WORLD BANK

Definitivamente, escribir de forma integral sobre el VIH/sida constituye un ejercicio complicado porque se trata de una pandemia global. Es imposible abarcar la totalidad de ángulos porque además sigue activa y evoluciona. Pero es necesario escribir y dejar testimonio de lo que ha pasado y lo que está pasando. Conocer su evolución, los aciertos y los errores, ofrece un rango de aproximación para definir acciones que permitan su control de forma real y efectiva.

Cuando en 1996 la Organización de las Naciones Unidas creó el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA), integrado por 10 agencias de la ONU, visualizó la dimensión del reto y se realizaron proyecciones epidemiológicas sobre su crecimiento y los retos que desataría.

Como epidemia activa, el sida tiene muchas cabezas y extremidades. Conceptualmente semeja a la *Hidra de Lerna*, aquella mitológica bestia griega con varias cabezas a la que no se le podía matar, porque por cada cabeza cortada le nacían otras dos.

Así es esta epidemia: si se quiere abordar un tema en específico, aparecen otros dos, luego otros dos y dos más, porque todas las aristas que el sida ha tomado están vinculadas y se determinan mutuamente. Es por ello que ninguna historia del sida refleja la verdadera dimensión de la epidemia, aunque varios de los primeros libros permiten comprenderla mejor. Tal es el caso del trabajo realizado por el escritor francés Dominique Lapierre, en *Más grandes que el amor* (original en francés, 1990),<sup>1</sup> un referente clásico que hoy es difícil de conseguir.

Lapierre realizó una profunda investigación para documentar la aparición de los primeros casos de la nueva enfermedad al inicio de la década de los ochenta en los Estados Unidos; la notificación formal se realizó hasta 1981 por parte del *Centro para el Control de Enfermedades* (CDC, por sus siglas en inglés).<sup>2</sup> Aunque el libro va tejiendo varias narrativas que se irán entrelazando, el peregrinaje de la investigación parte del asombro que provocó para los médicos recibir pacientes graves sin saber el origen de su patología. Llama mucho la descripción clínica de Ted Peters, de la habitación 516 en el servicio de enfermedades infecciosas del hospital de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), quizá el primero al que se le documentó el diagnóstico de inmunodeficiencia adquirida en 1980, antes de que se le llamara sida.



El libro de Lapierre es una narración minuciosa, bien escrita y documentada, de cómo varios médicos vencieron las barreras que imponía la perplejidad colectiva ante la destrucción del sistema inmunológico en hombres jóvenes previamente sanos. La indagación periodística de *Más grandes que el amor* permite conocer el periplo para identificar el agente patógeno, la disputa entre los investigadores para quedarse con el mérito, el juego sucio del investigador biomédico Robert Gallo y su confrontación con el virólogo Luc Montagnier y su equipo, quienes finalmente fueron reconocidos como los descubridores del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Es fascinante el proceso que derivó emplear el AZT, un fármaco relegado e inicialmente diseñado contra el cáncer, como el primer antirretroviral usado para atacar la infección por VIH. Entre muchos otros temas, el autor describe cómo la industria farmacéutica pensó y proyectó los ingresos que habrían de tener por ese fármaco.



El libro de Dominique Lapierre es una joya por cuanto permite seguir la evolución de la epidemia en Estados Unidos durante los primeros años. Sin embargo, presenta sesgos -desde mi perspectiva e interpretación- como el hecho de festinar el hospicio para enfermos de SIDA, creado en diciembre de 1985 por instrucciones de Teresa de Calcuta en el barrio Greenwich Village de Nueva York. La austeridad y la férrea disciplina ordenada por las monjas no es cuestionada. Las religiosas aplicaron el ambiente de estricto orden y poco confort implementados en los leprosarios de la India ante pacientes moribundos.



Y aquí es cuando brota la imposibilidad de presentar otro tipo de historias, algunas más completas o al menos equilibradas. Mientras Lapierre se conmueve con la apertura de una residencia de monjas conservadoras para gays y mujeres trans con sida en Nueva York, omite una intervención completamente contraria a cargo de la doctora Elisabeth Kübler-Ross, quien ofreció durante años asistencia tanatológica y compasiva para los enfermos desahuciados, así como para sus familiares, en un ambiente digno para los pacientes. En 1977, Kübler-Ross fundó *Shanti Nilaya* (Hogar de la Paz), dentro de un terreno de 16 hectáreas en Escondido, California y en 1981 recibió al primer paciente terminal por sida. Los detalles de su trabajo, durante varios años, aparecen en el libro *SIDA, el gran desafío* (original en inglés, 1987).<sup>3</sup>

De la misma manera escapan a la visión de Lapierre los entretelones de la respuesta clínica que Francia dio al sida a principios de los años ochenta y la importancia que algunos médicos tuvieron más allá del virólogo Luc Montagnier y su equipo. Las aportaciones francesas, que luego se generalizaron al resto de Europa, están consignadas en el libro *Sida, realidades y fantasías* (original en francés, 1984),<sup>4</sup> que igualmente ofrece información importante sobre la respuesta comunitaria a la estigmatización.

En la medida que aparecen más investigaciones, el trabajo de Lapierre también resulta parcial. Otro ejemplo de esa limitante, bastante comprensibles, son los registros médicos antiguos con probables casos de sida, una valiosa aportación interesante que Mirko Grmek documenta en su valioso libro *Historia del SIDA* (original en francés, 1989).<sup>5</sup>

La compilación de datos, anécdotas y personajes que Dominique Lapierre realizó honra, definitivamente, el descubrimiento del VIH, pero no es suficiente para conocer a profundidad la visión de Luc Montagnier. Para ello hay que revisar un libro suyo, editado años después y central en la comprensión de la epidemia: *Sobre virus y hombres* (original en francés, 1994).<sup>6</sup> Por supuesto que existen publicaciones con datos importantes en los primeros años de la epidemia no consignados en el libro *Más grandes que el amor*.

En México, los primeros libros sobre el sida se escribieron antes de concluir la década de los años ochenta. El título que detonó este campo de investigación es *El Sida en México; los efectos sociales* (1988),<sup>7</sup> fue compilado por el activista y académico Francisco Galván Díaz; el segundo libro se llama *Sida, ciencia y sociedad en México* (1989),<sup>8</sup> compilado por el entonces director del CONASIDA, Jaime Sepúlveda Amor. Ambos son sustantivos e indispensables para comprender los orígenes de la epidemia en nuestro país; significativamente ambos se excluyen y complementan. Pero esa historia va en el próximo boletín.



## Referencias

1. Lapierre D. Más grandes que el amor [Plus grands que l'amour, 1990]. Barcelona: Seix Barral, 1990
2. Gottlieb M, Schanker H, Fan P, Saxon A, Weisman J, Pozalski I, et al. Pneumocystis Pneumonia — Los Angeles. Morbidity and mortality weekly report. 1981;30(21):1-3.
3. Kübler-Ross E. Sida: el gran desafío [AIDS: The Ultimate Challenge, 1987]. Barcelona: Ediciones Martínez-Roca, 2002.
4. Rozenbaum W, Seux D, Kouchner A. SIDA: realidad y fantasmas [SIDA: réalités et fantômes, 1984]. México: Editorial Katún, 1985.
5. Grmek MD. Historia del sida [Histoire du sida: début et origine d'une pandémie actuelle, 1989]. México: Siglo XXI, 1992.
6. Montagnier L. De los virus y de los hombres [Des virus et des hommes, 1994]. México: Océano, 1997.
7. Galván Díaz F, editor. El SIDA en México: los efectos sociales. México: Ediciones de Cultura Popular, 1988.
8. Sepúlveda Amor J, editor. SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.

NOTICIAS

# Las Clínicas Especializadas Condesa a un clic de ti.



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



Desde cualquier dispositivo con conexión a internet



Da seguimiento a tu salud sexual con estudios de laboratorio.

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

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



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
CONDESA



# PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP)

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

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

## Esquema DIARIO

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

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



## Esquema A DEMANDA 2-1-1

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



La PrEP es un servicio accesible y gratuito.

Solicítala a través de la App CDMX:



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
CONDESA



## Anuncios

# Lesiones que podrían desarrollar cáncer

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

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

**Escanea el QR para agendar una cita.**



**¡Realízate tus estudios de citología y PCR!**



## Anuncios



### Módulo VHC

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

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

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

**#QuiéreteCuidateYHazteLaPrueba**

## Anuncios

### Videoteca

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



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



## NORMAS PARA AUTORAS Y AUTORES



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

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

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

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

- Deberá incluir la afiliación institucional de cada autor, así como el correo electrónico del autor de correspondencia.
- La extensión será de 1500-2500 palabras, incluyendo referencias.
- Un resumen (máximo de 150 palabras). Si es una investigación, incluir Introducción, Metodología, Resultados y Conclusiones. Además, agregar de tres a cinco palabras clave.
- Podrán incorporarse un máximo de cuatro elementos gráficos (tablas y/o figuras) en formato Excel y/o PowerPoint editables para que puedan modificarse.
- Los trabajos deberán enviarse en Microsoft Word, tamaño carta, letra Arial de 12 pts., márgenes de 2 cm por lado y 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](mailto:enriquebravogarcia@gmail.com)

## DIRECTORIO

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

#### **Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco**

Director Ejecutivo encargado  
Responsable de programa

#### **Lic. Nathalie Gras Allain**

Subdirectora de Poblaciones Vulnerables

#### **Lic. Luis Manuel Arellano Delgado**

Subdirector de Atención Comunitaria

#### **Dr. Jesús Abraham Ruíz Flores**

Coordinador de Salud Mental

#### **Mtro. Marco Antonio Palet Sánchez**

Coordinador de Comunicación y  
Promoción de la Salud Sexual

#### **Mtro. Ricardo Román Vergara**

Coordinador de Monitoreo de Indicadores

#### **Mtro. Israel Macías González**

Coordinador de Prevención de PrEP y App CDMX

#### **C. María Guadalupe González Quintana**

Coordinadora Administrativa

#### **Ing. Ricardo Samuel Niño Vargas**

Desarrollo y Administración de Sistemas

### Clínica Especializada Condesa

#### **Dr. Ubaldo Ramos Alamillo**

Director encargado del despacho

#### **Lic. Héctor Avilés Castro**

Administrador

### Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

#### **Dra. Alexandra Stella Domínguez Sánchez**

Encargada

#### **Lic. Osvaldo Hernández Rodríguez**

Administrador

### Clínicas Especializadas Condesa

#### **Dra. Verónica Ruíz González**

Responsable de Laboratorio Especializado y  
Laboratorio Clínico

#### **Lic. Rosa Monroy Monroy Miranda**

Responsable Sanitario y Jefa de Farmacias

