

# 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° 3 jul-sep de 2025



Clínica Especializada  
**CONDESA**



CONTENIDO		Consejo Editorial
<a href="#">En portada</a>	1	<b>Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann</b> Secretaria de Salud Pública de la Ciudad de México
<a href="#">Editorial</a>	3	<b>Mtro. Mauricio López Manning</b> Encargado de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México
<a href="#">Artículos originales</a>	7	<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>	25	<b>Dr. Ubaldo Ramos Alamillo</b> Director encargado del despacho de la Clínica Especializada Condesa
<a href="#">Redes sociales</a>	33	
<a href="#">Pensar el sida</a>	39	
<a href="#">Noticias CEC</a>	42	
<a href="#">Norma para autores</a>	47	
<a href="#">Directorio</a>	48	
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 3, julio-septiembre de 2025, es una publicación trimestral, editada por la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México, a través del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México, Benjamín Hill 24, Col. Condesa, CP 06140 Alcaldía Cuauhtémoc. Ciudad de México.

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

## EDITORIAL

## Discurso por el 25° Aniversario de la Clínica Especializada Condesa

Me emociona profundamente ver hoy a tantas y tantos amigos, colegas y colaboradores reunidos. Por favor, siéntanse en casa y sean todos muy bienvenidos.

Saludo respetuosamente a la Dra. Nadine Gasman Zylbermann, Secretaria de Salud de la Ciudad de México; al Mtro. Mauricio López Manning, Asesor encargado de los asuntos de la Dirección General de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México; al Dr. Jorge Saavedra López, Director Ejecutivo del Instituto de Salud Pública Global de AHF; y al Dr. Ubaldo Ramos Alamillo, Director encargado de la Clínica Condesa.



Presídium: Ing. Eduardo Rodríguez, Dr. Jorge Saavedra, Dra. Nadine Gasman, Mtra. Hilda Téllez y Dr. Ubaldo Ramos

Distinguidas invitadas e invitados, amigas, amigos y amigos:

La Clínica Especializada Condesa es una institución que llena de orgullo a quienes, desde la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y desde el Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida, trabajamos cotidianamente para enfrentar el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Este edificio, inaugurado en 1938 por el presidente Lázaro Cárdenas del Río como la Clínica de Especialidades No. 1 del entonces Distrito Federal, se transformó en enero del año 2000 en una unidad ambulatoria destinada a brindar atención y diagnóstico del VIH y otras infecciones de transmisión sexual a la población sin seguridad social.

Numerosas anécdotas acompañan la historia de nuestra Clínica Condesa, convertida —por la fuerza de la epidemia del sida— en una trinchera: primero de resistencia, y más tarde de propuestas y programas que marcaron el rumbo de la respuesta al VIH en México. Las bases de su modelo operativo se establecieron desde el inicio y se han enriquecido a lo largo de los años. Después del Dr. Jorge Saavedra López, destacan las valiosas aportaciones de la Dra. Carmen Soler Claudín, el Dr. Aarón Rangel Paredes, el Dr. José Antonio Rico Pérez, la Dra. Patricia Osnaya Vázquez, la Dra. Herminia López Mendoza, el Dr. José Cuauhtémoc Vizcarra, el Dr. Jesús Casillas Rodríguez, la Dra. Georgina Selene Morales González, la Dra. Andrea González Rodríguez y, actualmente, el Dr. Ubaldo Ramos Alamillo. Todas y todos forman parte de esta historia colectiva, de las acciones y aportaciones que hoy celebramos al cumplir cinco lustros de servicio.

Decimos con frecuencia que la clínica es de los pacientes, y es verdad. Pero también es de quienes aquí trabajamos: este espacio físico y humano en el que transcurre gran parte de nuestras vidas, y que constituye al mismo tiempo nuestro centro de trabajo, de convivencia y de aprendizaje. Aquí dejamos parte de nuestra energía y también parte de nuestros corazones.

Mi reconocimiento más sincero a todo el personal de las Clínicas Condesa por estar siempre para nuestros usuarios. Ustedes son indispensables para mitigar el impacto del estigma y la discriminación que aún persisten.



Vista área de los asistentes al evento conmemorativo

También compartimos el duelo por las pérdidas de pacientes, compañeros y compañeras de trabajo. Es imposible no recordar con cariño a Adelita López Lugo, al Dr. Luis Juárez y, más recientemente, al Ing. Ricardo Niño, entre muchos otros que dedicaron años de su vida a este recinto. Por ello, la estabilidad laboral de toda nuestra plantilla es una prioridad. En coordinación con el Dr. Ubaldo Ramos Alamillo, hemos gestionado la revisión de las condiciones del personal contratado por honorarios o de forma eventual, y hemos recibido una respuesta sensible que nos permite avanzar en esa ruta.

A lo largo de este cuarto de siglo, el modelo operativo de la Clínica Condesa ha evolucionado. De la mano de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, inaugurada hace diez años, nos hemos consolidado como el mayor centro de detección de VIH del país. Además, realizamos diagnósticos de hepatitis C, hepatitis B, sífilis, mpox y tuberculosis. Hemos desarrollado una sólida capacidad clínica y sumado jornadas de vacunación, al tiempo que nuestras instalaciones se han convertido en un espacio de formación para personal de salud, así como en un referente para la agenda comunitaria y de la diversidad sexual.

Un rasgo distintivo de la Clínica Condesa es el compromiso de su personal con la perspectiva de género. Por ello, se ha participado activamente en el diseño y operación de estrategias que reconocen la diversidad de quienes atendemos. Si bien el VIH afecta principalmente a hombres que tienen sexo con hombres, nuestra atención incluye también a mujeres cisgénero y a personas trans, con abordajes específicos en cada programa operativo.



El grupo musical Trans “Sonora Diamantina” participó al final del evento con un performance



Dra. Nadine Gasman Zylbermann, Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Contamos, además, con una intervención exitosa para la prevención de infecciones y embarazos en sobrevivientes de violencia sexual, así como con atención integral para mujeres embarazadas que viven con VIH, durante la gestación, el puerperio y el seguimiento del recién nacido. Estos servicios son incluyentes: hace años, un hombre trans recibió acompañamiento durante todo su proceso gestacional hasta el nacimiento de su bebé.

Asimismo, ofrecemos interconsultas ginecológicas para pacientes del colectivo LGTBTTIQ+. En la Clínica Condesa se promueve el respeto a los derechos humanos, la inclusión de todas las expresiones de género y la confidencialidad de los diagnósticos.

Brindamos atención diferenciada a personas trabajadoras sexuales, personas en situación de calle, personas en movilidad y personas con consumo problemático de sustancias. De manera permanente, nuestros equipos visitan centros penitenciarios para realizar diagnóstico, atención y tratamiento de VIH e infecciones de transmisión sexual en personas privadas de la libertad.

En materia de prevención, promovemos la adherencia al tratamiento, distribuimos pruebas, condones y lubricantes, y desarrollamos intervenciones grupales, talleres y grupos de autoapoyo. Contamos también con un robusto programa de profilaxis del VIH mediante antirretrovirales, a través de estrategias conocidas como PrEP y PEP.

Muchas de nuestras actividades no habrían sido posibles sin el respaldo de voluntarios y activistas. Las organizaciones civiles y los servicios comunitarios han sido aliados fundamentales. Gracias por su energía, compromiso y colaboración, que han contribuido decisivamente a configurar nuestro modelo operativo. De ustedes hemos aprendido a optimizar los servicios, y ustedes nos han fortalecido con su experiencia y convicción. Quiero recordar especialmente a tres activistas cuya huella permanece entre nosotros: Arturo Díaz Betancourt, Jaime Montejo y Alma Delia Casarrubias, "La Gansa".



El Dr. Ubaldo Ramos y Dra. Nadine Gasman entregan reconocimientos al personal profesional de la Clínica

Nuestro agradecimiento más sincero a todos los aliados institucionales, académicos y gubernamentales, incluidos los Institutos Nacionales de Salud y diversos hospitales. En particular, al Dr. Juan Sierra Madero, la Dra. Patricia Volkow, la Dra. Patricia Rodríguez Zulueta, la Dra. María Luisa Medel, el Dr. Luis Esteban Ramírez y el Dr. Santiago Ávila, por su invaluable apoyo.

Extiendo también un reconocimiento especial a mi equipo directivo, médico y operativo. Gracias por sus aportaciones, por su compromiso y por la templanza con que han enfrentado los desafíos. Nuestro trabajo se sostiene no solo en la dedicación personal, sino en el respaldo y la confianza de nuestra Secretaria de Salud, la Dra. Nadine Gasman Zylbermann, y de todo su equipo. Doctora Nadine, tenga usted la certeza de que este equipo también es suyo, y que las Clínicas Condesa son y seguirán siendo un referente nacional e internacional en la lucha contra el VIH/sida.

Finalmente, quiero expresar que hay muchas razones para sentir orgullo y sentido de pertenencia por esta institución. Estos 25 años no solo demuestran que seguimos latiendo con fuerza: muestran también que tenemos rumbo, compromiso y respaldo.

Muchas gracias.

*(Versión editada del discurso pronunciado en el 25° aniversario de la Clínica Especializada Condesa, realizado el viernes 29 de agosto de 2025)*



**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

## ARTÍCULOS ORIGINALES

## Protocolo de Atención Integral de la infección por mpox en personas viviendo con VIH y poblaciones clave

Mario Gómez-Zepeda,<sup>1</sup> Maribel González-Villa,<sup>2</sup>  
Ubaldo Ramos-Alamillo,<sup>1</sup> Carlos Rojas-Basurto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Especializada Condesa; <sup>2</sup>Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)

**Resumen.** La Clínica Especializada Condesa (CEC) detectó el primer caso de transmisión local de mpox en México en junio de 2022 y, junto con la Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa, ha diagnosticado uno de cada cuatro casos a nivel nacional (27%) y más del 70% de los casos reportados en la Ciudad de México. El rápido incremento en el número de casos con transmisión durante prácticas sexuales, concentrados principalmente en hombres que tienen sexo con hombres, así como la aparición de casos graves y defunciones relacionadas con infección por VIH en etapas avanzadas, el consumo de sustancias y la coinfección con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), motivaron el desarrollo de un protocolo de atención previo a la emisión de lineamientos nacionales. Dicho protocolo consideró no sólo el diagnóstico y manejo médico de mpox, sino también la necesidad de seguimiento remoto y vinculación a servicios de prevención combinada, con el fin de minimizar el riesgo de complicaciones y mortalidad por mpox, así como reducir la incidencia de VIH y otras ITS en la población afectada. En este documento se presenta la actualización del protocolo de atención de mpox con base en la experiencia acumulada entre 2022 y 2025.

**Palabras clave:** : mpox, protocolos en salud, poblaciones vulnerables, VIH, profilaxis pre-exposición

### Introducción

El 21 de mayo de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó un brote de mpox concentrado en hombres que tienen sexo con hombres en 12 países. Para el 28 de mayo de ese año, se había identificado ya un caso importado en México.<sup>1</sup> El personal de la Clínica Especializada Condesa (CEC) desarrolló un primer protocolo de atención previendo la inminente llegada de casos, dada la dinámica de transmisión predominantemente sexual, la relevancia de la Ciudad de México como destino turístico internacional y el papel de la clínica como unidad especializada en ITS para poblaciones clave —es decir, aquellas con mayor riesgo y vulnerabilidad frente al VIH (hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans y personas que ejercen trabajo sexual).<sup>2</sup>

El 10 de junio de 2022 se detectó el primer caso en la CEC, que representó el primer reporte de transmisión local en el país.<sup>3</sup> El caso correspondió a un hombre cisgénero, migrante, trabajador sexual que

vivía con VIH, sin antecedentes de viaje y con un contacto sintomático detectado al día siguiente, ambos con antecedente de exposición a un viajero estadounidense no identificado.

Para el 25 de julio de 2022, cuando se emitió la *Guía para el Manejo Médico de Casos de Viruela Símica en México*,<sup>4</sup> la CEC ya había acumulado 22 casos diagnosticados y tratados conforme a un protocolo que evolucionaba con la experiencia adquirida, ante una transmisión predominantemente sexual, una alta prevalencia de coinfección por VIH y factores de vulnerabilidad que complicaban el aislamiento y la búsqueda de contactos.

Otro desafío fue la comunicación y las acciones preventivas dirigidas a la población clave, ya que el Posicionamiento contra el Estigma y la Discriminación emitido por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA) y otros organismos gubernamentales, limitaba las acciones focalizadas de alerta a dicha población y negaba la evidencia sobre la transmisión sexual.<sup>5</sup>

En esta etapa se fortaleció la colaboración con organizaciones comunitarias, con las cuales se establecieron mecanismos de referencia y apoyo para personas en situación de alta vulnerabilidad, así como estrategias de comunicación dirigidas a hombres gais y otros hombres que tienen sexo con hombres.

El 27 de julio de 2022 se registró la primera defunción por mpox en un paciente con VIH en abandono terapéutico, con CD4 <50 y coinfección por hepatitis C, sumando, a lo largo de ese año, cuatro defunciones dentro de los casos detectados en la Clínica Condesa.<sup>3</sup> Algunas fueron identificadas de manera tardía, lo que llevó a redefinir el protocolo de seguimiento de casos.

**Contexto epidemiológico 2022–2025**

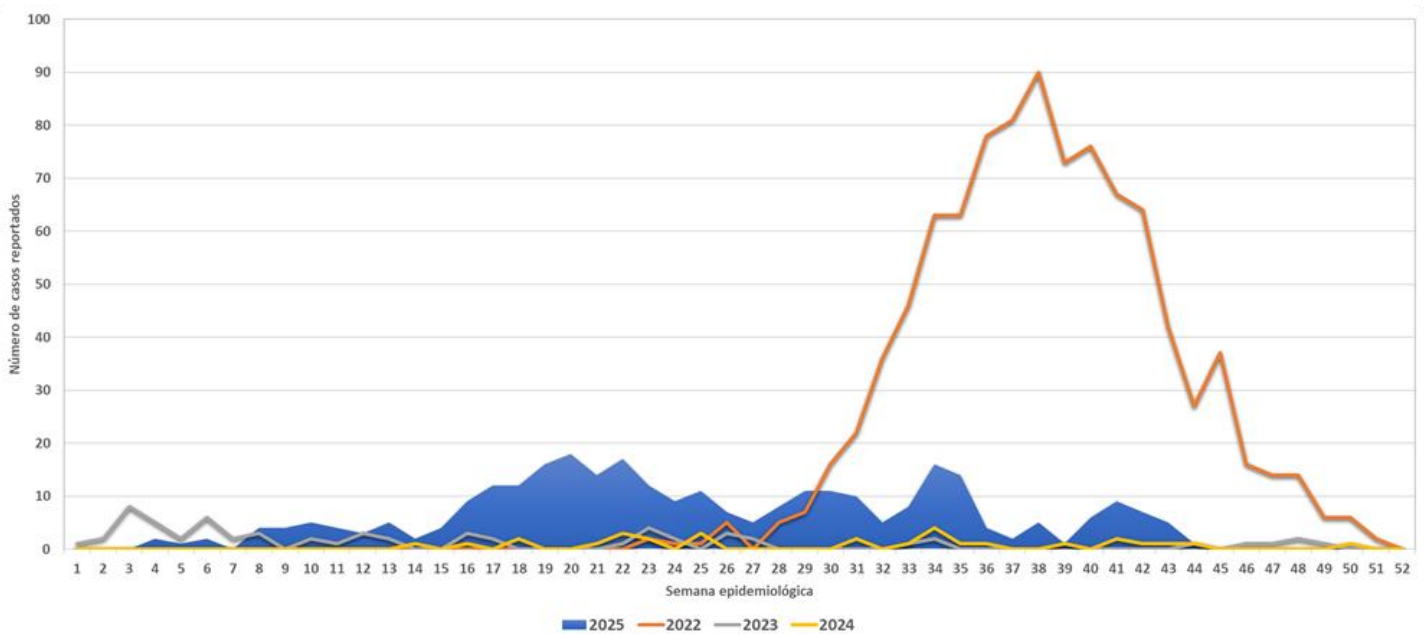
En junio de 2023, la OMS declaró que el brote de mpox ya no constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.<sup>6</sup> Sin embargo, en México la detección esporádica de casos locales continuó durante 2023 y 2024, con un repunte importante a partir de febrero de 2025. Este repunte consolidó el carácter de transmisión predominantemente sexual, concentrado en hombres que tienen sexo con hombres, con variaciones estacionales asociadas al incremento de encuentros sexuales y viajes a destinos con mayor apertura para el intercambio sexual (Figura 1).

Al 26 de octubre de 2025, las dos CEC habían atendido 1,348 casos confirmados por laboratorio de infección por el *virus monkeypox clado IIb* (1,065 en la CEC-Cuauhtémoc y 283 en la CEC-Iztapalapa, manteniéndose 2022 como el año de mayor incidencia (956 casos), seguido de 2025 (300 casos al corte de octubre), 2023 (63 casos) y 2024 (29 casos) (Figura 1). El 99.3% de los casos (1,336) se detectaron en hombres cisgénero; siete en mujeres trans (0.5%) y tres en mujeres cisgénero (0.2%).<sup>3,7</sup>

La transmisión se concentró en la Ciudad de México y su área metropolitana (95% de los casos). Excepcionalmente un caso en un menor de 5 años, casi la totalidad ocurrió en población sexualmente activa de entre 17 y 60 años. La transmisión por contacto estrecho en el contexto de prácticas sexuales fue el mecanismo predominante (85% de los casos), seguido de transmisión persona a persona (7%), tres accidentes ocupacionales (0.2%) y mecanismos desconocidos o no documentados (7.8%), que corresponde particularmente a casos detectados antes de la existencia del formato de estudio epidemiológico de mpox. La infección por VIH se documentó como condición preexistente en el 65% de los casos.<sup>3</sup>

Con la actualización del *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica* en 2025, se obtuvo una mejor perspectiva de las dinámicas de transmisión y manifestaciones clínicas.<sup>8</sup>

**Figura 1. Casos confirmados de mpox en las Clínicas Condesa por semana epidemiológica de 2022 a 2025**



Fuente: CEC. Base de Datos de Monitoreo de Casos de Mpox.

Hasta la semana epidemiológica 40 de 2025 se habían evaluado 344 pacientes con sospecha de mpox en las Clínicas Condesa, con 300 casos confirmados. Todos los casos correspondieron a hombres cisgénero, el 98% de ellos con orientación sexual no heterosexual y el 47% viviendo con VIH. El 83% de los casos confirmados eran residentes de la Ciudad de México, el 15% del Estado de México y el 2% de otras entidades; el 90% tenía nacionalidad mexicana y el 10% extranjera, la mayoría residentes en México, salvo un turista sudamericano diagnosticado durante su estancia en la ciudad.<sup>3</sup>

La transmisión sexual se documentó en el 91% de los casos, 7% de persona a persona, 1% por accidentes ocupacionales y, el 1% restante, por mecanismos desconocidos. Casi la mitad de los pacientes (46%) refirió exposición en lugares de encuentro sexual casual (hoteles, fiestas privadas, locales de sexo casual o espacios públicos). El 14% de los casos reportó consumo de sustancias psicoactivas, principalmente poppers (11%), cristal (9%) y cocaína (4%).<sup>7</sup>

Con base en la información epidemiológica actual y las recomendaciones nacionales e internacionales más recientes,<sup>4,9,10</sup> la CEC Condesa desarrolló un protocolo de atención con **diez componentes** orientados a fortalecer la atención integral de los pacientes y reducir el riesgo de complicaciones y muertes.

### 1. Acceso

La evaluación de los casos de mpox se realiza en el Servicio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), cuyo acceso es gratuito y universal. Las personas pueden acudir de manera espontánea, por recomendación de un caso confirmado, referidas por otro servicio dentro de la CEC, por una unidad de salud pública, un servicio médico privado o una organización de la sociedad civil.

No se requiere cita previa; al ingreso, la persona es dirigida a la Coordinación de Enfermería, de la cual depende el servicio de ITS, para iniciar su proceso de evaluación inicial.

### 2. Evaluación inicial

El personal de enfermería realiza una primera valoración que incluye la toma de signos vitales, la revisión del estatus serológico de VIH y la evaluación de lesiones visibles, en caso de presentarlas, para asignar de manera prioritaria al paciente al médico

del Servicio de ITS. En caso de sospecha de mpox, se debe verificar que el paciente porte cubrebocas y, si no lo tiene, proporcionarle uno.

### 3. Valoración integral

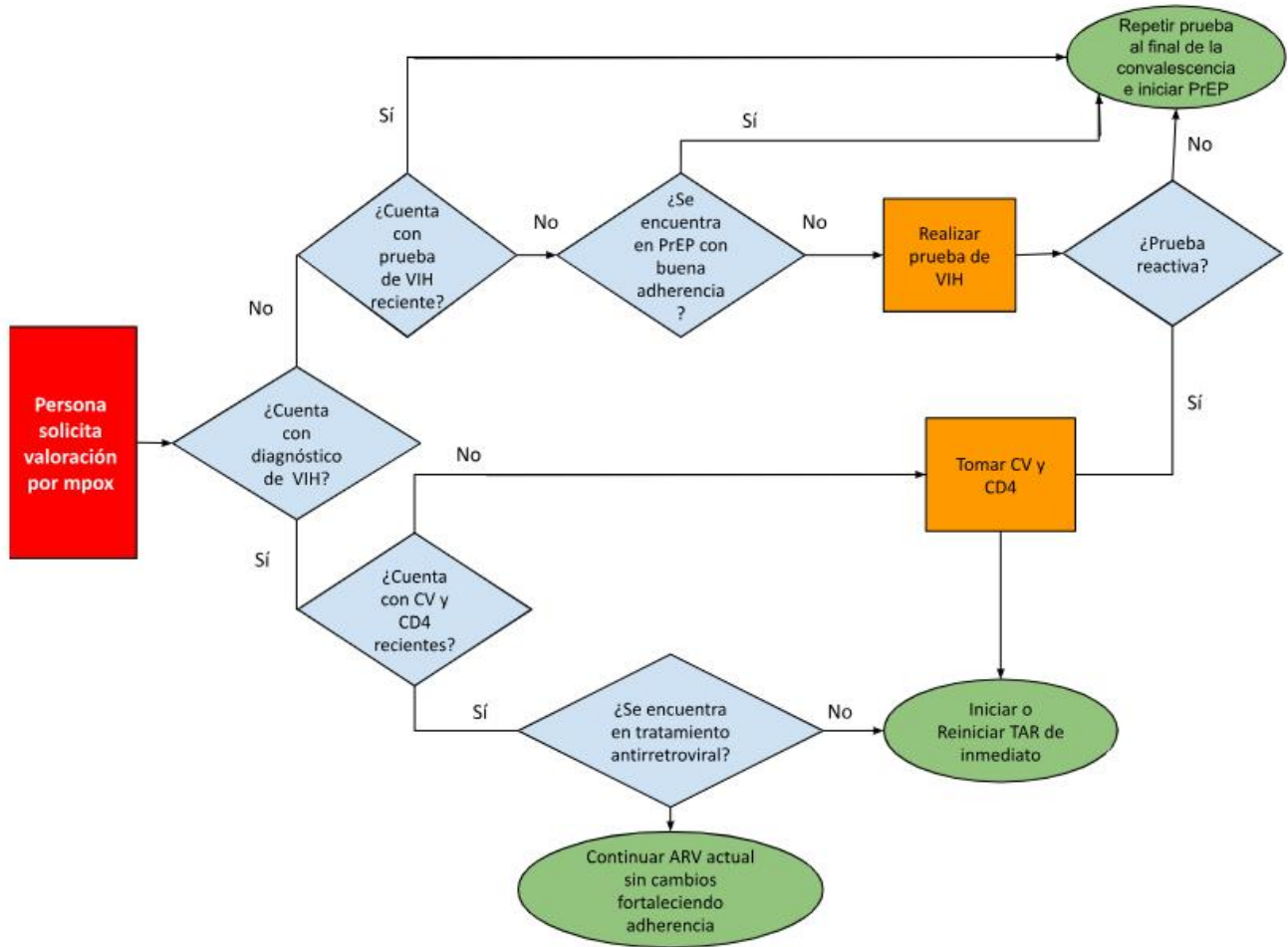
El médico del Servicio de ITS indaga la historia sexual del paciente, con énfasis en prácticas sexuales, consumo de sustancias, estatus serológico, adherencia al tratamiento antirretroviral o uso de profilaxis preexposición (PrEP), asistencia a lugares de encuentro sexual, uso de condón, comorbilidades y factores de vulnerabilidad que puedan influir en el curso de la enfermedad (situación laboral, estatus migratorio, redes de apoyo, entre otros). La información se registra directamente en el formato electrónico del *Estudio Epidemiológico de Caso* y en la nota médica del expediente físico o electrónico.

Debido a que la coinfección con VIH constituye el principal factor de riesgo de complicaciones y muerte en los casos de mpox, se debe indagar desde el inicio si el paciente cuenta con diagnóstico previo de VIH. En caso afirmativo, se debe conocer su última carga viral, conteo de CD4 y nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Si el paciente no cuenta con estudios recientes, éstos deberán solicitarse de manera urgente.<sup>7</sup> Si la persona no tiene diagnóstico de VIH, se debe indagar la fecha de la última prueba y el uso de PrEP. Si la persona no cuenta con pruebas recientes (<3 meses) y no toma PrEP, se deberá realizar una prueba de VIH inmediata. Dependiendo de la extensión de las lesiones o del estado clínico del paciente, se puede enviar al paciente de manera directa al laboratorio o solicitar la toma de muestra en el consultorio. Si la persona no tiene pruebas recientes (<3 meses) pero toma PrEP, se deberá indagar sobre la adherencia y valorar si es necesario realizar una prueba durante la visita o al término de la convalecencia.

**Las personas diagnosticadas recientemente con VIH, o aquellas con diagnóstico previo pero que no se encuentren en tratamiento, deberán iniciar o reiniciar el tratamiento antirretroviral el mismo día o en un plazo menor a siete días,<sup>7</sup>** ya que la evidencia disponible indica un mayor beneficio del inicio rápido del tratamiento para evitar complicaciones y reducir la mortalidad por mpox. Si la persona ya recibe tratamiento antirretroviral, se deberá continuar con el esquema actual, incluso en caso de fallo viro-

**Figura 2. Diagrama de flujo para la valoración de estado serológico y tratamiento de VIH en casos probables de mpox en las Clínicas Especializadas Condesa**



Fuente: Elaboración propia.

lógico, reforzando la adherencia y postergando los ajustes de tratamiento hasta la resolución del episodio de mpox (Figura 2).

Se realiza la documentación de las lesiones primarias (usualmente en pregón genital, anal u oral), extensión, complicaciones y el estado clínico actual para determinar si se cumple con la definición de caso probable de mpox, así como si las lesiones tuviesen datos de sobreinfección.

La evaluación clínica de la distribución de las lesiones debe enfatizar la importancia de detectar lesiones genitales, particularmente en glande y prepucio, que suelen evolucionar desfavorablemente hacia balanitis; lesiones anales que generan cuadros de dolor anorrectal severo y lesiones orales comúnmente de difícil diagnóstico que comprometen la deglución. Esta misma exploración clínica orientada por las prácticas sexuales, permite sospechar la

presencia de otros agentes de transmisión sexual como *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, así como otras con periodos de incubación similares que pueden exacerbar la sintomatología anogenital. De igual relevancia se considera la realización de pruebas serológicas para sífilis, hepatitis B y hepatitis C.

#### 4. Diagnóstico

En los casos que cumplen la definición de caso probable de mpox, se debe proceder a la toma de muestra mediante hisopado de al menos una lesión sugestiva en piel o mucosas, las cuales se envían al Laboratorio Regional para mpox asignado, conforme a los Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de mpox.<sup>11</sup>

Se considera caso probable a la persona que presenta una o múltiples lesiones cutáneas o mucosas (oral, anal o genital), adenomegalia regional asocia-

da a las lesiones primarias o síntomas sistémicos como fiebre, mialgias, cefalea, astenia, artralgias, lumbalgia, dolor perianal o tenesmo.

La muestra debe tomarse con hisopo de rayón o dacrón, frotando directamente sobre la lesión sugestiva —de preferencia sobre las lesiones primarias— y depositándola en un tubo estéril con tapón de rosca, en seco. Cada muestra debe etiquetarse con el nombre del paciente, fecha de toma y sitio anatómico, colocarse en una bolsa hermética y luego en un contenedor rígido de plástico para su envío en red fría a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, la cual realizará el traslado al Laboratorio Regional para mpox.<sup>8,11</sup>

Los Laboratorios Regionales realizan el diagnóstico mediante detección molecular del *virus monkeypox* (MPXV), empleando la técnica PCR en tiempo real. Las muestras con resultado negativo son enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia para mpox en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), que también funge como laboratorio regional, para continuar con los diagnósticos diferenciales conforme al algoritmo establecido.

Los diagnósticos diferenciales incluyen PCR en tiempo real para detectar *alfaherpesvirus humano 3* comúnmente conocido como *virus de varicela/virus de varicela zóster*, agente etiológico de varicela o herpes zóster; la detección de *alfaherpesvirus humano 1* o *virus herpes simple tipo 1* (HSV-1), *alfaherpesvirus humano 2* o *virus herpes simple tipo 2* (HSV-2), ambos causantes de herpes y *Treponema pallidum* agente causal de sífilis.<sup>8,11</sup>

Obtener el diagnóstico confirmatorio o diferencial permite modificar el manejo clínico y otorgar tratamiento específico en los casos descartados, los cuales deberán ser vinculados a otras acciones de prevención combinada (véase componente 10 del protocolo).

Adicionalmente, se debe evaluar la sintomatología que pueda estar relacionada a otras infecciones de transmisión sexual de tipo bacteriano en región genital (uretritis por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*) y de manera particular, proctitis. De contarse con el recurso en los casos con o sin lesiones perianales que presentan tenesmo, pujo o secreción anorrectal, se sugiere la realización de pruebas moleculares para detección de ITS (infección

por *Chlamydia*, gonorrea, infección por *Mycoplasma*). La decisión de establecer tratamiento depende de la sospecha clínica para el abordaje sindrómico o la disponibilidad de resultados.

## 5. Evaluación de la severidad

La valoración de la severidad de la infección permite determinar si el paciente requiere referencia para atención hospitalaria o si puede continuar su manejo ambulatorio. La infección por VIH con un conteo de CD4 <350 células/mm<sup>3</sup> constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de un cuadro grave, hospitalización y muerte.<sup>9</sup> Sin embargo, no todos los pacientes con VIH y conteos bajos de CD4 requieren o desean ser hospitalizados. Por ello, evaluar la severidad del episodio de mpox puede proporcionar una herramienta pronóstica útil para la toma de decisiones clínicas.

El *Sistema de Puntuación de Severidad para mpox Activo* (SSS-MPOX), descrito en la **Tabla I**, puede ser de utilidad para estandarizar esta evaluación. Una puntuación mayor a 8 puntos puede considerarse criterio de referencia a segundo nivel de atención, independientemente del conteo de CD4.<sup>12</sup>

## 6. Manejo ambulatorio

Ante la ausencia de un tratamiento antiviral específico, el manejo del mpox se centra en medidas de soporte, control de síntomas y prevención de complicaciones y de la transmisión (**Tablas II y III**).

Las recomendaciones de manejo ambulatorio para prevención de complicaciones y casos secundarios incluyen:<sup>8</sup>

- I. Aumentar el lavado de manos particularmente:
  - A. Antes de preparar alimentos.
  - B. Antes de comer.
  - C. Después de orinar o defecar.
  - D. Después de toser o estornudar.
  - E. Antes de tocar a o aplicar tratamiento sobre las lesiones.
  - F. Después de tocar las lesiones.
- II. Evitar rascar las lesiones o desprender las costras.
- III. Las lesiones deben permanecer descubiertas y ventiladas cuando sea posible y no haya riesgo de contacto directo con otras personas.

Tabla I. Sistema de Puntuación de Severidad para Mpxo Activo

Para cada una de las 7 variables, califique el estado actual de la persona marcando con una "X" la casilla correspondiente.

**Puntuación:**

- Para cada casilla marcada, asigne la puntuación de la variable que corresponda al Grado (ejemplo: de 10 a 99 lesiones en total, corresponde el Grado 2, por lo que las lesiones se puntuarían con un "2").
- Sume todas las puntuaciones de cada fila para obtener una puntuación de gravedad total (debe oscilar entre 1 y 23) y, a continuación, introduzca el valor en la parte superior del formulario.

PUNTUACIÓN DE GRAVEDAD DE MPOX: \_\_\_\_\_

Parámetro	Grado 0 (0 puntos)	Grado 1 (1 puntos)	Grado 2 (2 puntos)	Grado 3 (3 puntos)	Grado 4 (4 puntos)
<b>Número total de lesiones activas</b>	0	1-9	10-99	>100	—
<b>Número de áreas corporales con lesiones activas:</b>	0	1-3	4-6	7-9	10-12
1. Cabeza y cuello					
2. Tórax y abdomen					
3. Espalda					
4. Ingles y glúteos					
5. Pubis, periné y epitelio genital queratinizado					
6. Mano Izquierda					
7. Brazo izquierdo					
8. Mano derecha					
9. Brazo derecho					
10. Pierna izquierda					
11. Pierna derecha					
12. Pie derecho					
13. Pie izquierdo					
<b>Lesiones confluentes con diámetro &gt; 2cm</b>	No	—	Sí	—	—
<b>Lesiones sobreinfectadas que requieren tratamiento</b>	No	—	Sí	—	—
<b>Áreas de mucosa afectada</b>	0	—	1 localización	2 Localizaciones	≥3 localizaciones
1. Anorrectal					
2. Orofaringea					
3. Genital					
4. Ocular					
<b>Nivel de atención</b>	—	Ambulatorio	Hospitalizado sin ingreso a UCI	Hospitalizado con ingreso a UCI	Defunción
<b>Manejo del dolor</b>	No requiere analgésicos	Analgésicos de venta libre	Analgésicos controlados	Analgésicos orales o tópicos intrahospitalarios	Analgésicos intravenosos hospitalarios

Fuente: Traducido y modificado de MPOX Severity Scoring System (MPOX-SSS). Referencia (11).

Tabla II. Manejo ambulatorio de casos de mpox

<b>Manejo sintomático</b>	<b>Lesiones cutáneas y genitales</b>	La aplicación de agua de alibour (sulfato de zinc, sulfato de cobre y alcanfor) con una gasa por 15 minutos en cada lesión 2 a 3 veces al día seguida de la aplicación de Dex-pantenol 5% en crema, ha demostrado disminuir los síntomas locales y mejorar la evolución de las lesiones. No se recomienda el uso de antibióticos tópicos en pacientes sin complicación (infección secundaria).
	<b>Manejo de lesiones anorrectales</b>	Las lesiones anorrectales dolorosas pueden tratarse también de manera tópica con ungüento de lidocaína/ hidrocortisona /aluminio cada 8 horas después del uso del agua de alibour o de baños de asiento de agua con bicarbonato de sodio. En casos severos puede emplearse ketorolaco o tramadol.
	<b>Dolor y mioartralgias</b>	Diclofenaco 100 mg cada 12 horas o Ibuprofeno 600 a 800 mg cada 8 horas para la odinofagia, adenomegalias dolorosas y el dolor anorrectal.
	<b>Prurito</b>	Antihistamínicos como la loratadina 10 mg cada 12 horas o levocetirizina 10 mg cada 24 horas ayudan a reducir el prurito.
	<b>Manejo de la fiebre:</b>	Paracetamol de 500 a 750 mg cada 6 horas, otras opciones como ibuprofeno pueden considerarse considerando la duración de los días y el uso de antirretrovirales.
	<b>Manejo de lesiones orales</b>	El uso de agua con sal o enjuague bucal 4 veces al día o con antisépticos (clorhexidina) 30 segundos tres veces al día y anestésicos (grageas de benzocaina) antes de los alimentos permiten reducir la odinofagia. En casos severos de odinofagia se puede considerar la administración de prednisona 50 mg cada 24 horas por cinco días.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla III. Manejo ambulatorio de complicaciones comunes en mpox

<b>Complicaciones comunes</b>	<b>Balanitis</b>	La presencia de lesiones en prepucio, glande o surco balano prepucial tienen alta probabilidad de complicarse con balanitis y requerir el uso de prednisona 50 mg cada 24 horas por cinco días para prevenir la fimosis. Los casos que no remitan, presenten datos de afectación uretral, necrosis o parafimosis, deberán referirse a urología.
	<b>Fisura anal</b>	En ocasiones las lesiones perianales pueden complicarse con fisuras anales, que requieren el uso de baños de asiento y agentes cicatrizantes (Dexpantenol o Pirfenidona) o vasodilatadores (diltiazem 2%) por 4 semanas. En caso de persistencia o de formación de fístula o absceso se deberá referir al paciente a proctología.
	<b>Sobreinfección</b>	<p>La sobreinfección de lesiones es poco frecuente en nuestro medio pero debe valorarse para determinar el uso de antibióticos tópicos como la mupirocina 1% o ácido fusídico en infecciones superficiales o antibióticos sistémicos para infecciones extensas o profundas (celulitis, erisipela). Los antibióticos de primera elección son <sup>8</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicloxacilina 500 mg cada 6 horas</li> <li>• Cefalexina 500 mg cada 8 horas</li> <li>• Amoxicilina con ácido clavulánico 500–125 mg cada 8 hours</li> </ul> <p>En casos de preocupación por adquisición de cepas de estafilococo metilino resistente adquiridas en la comunidad, se puede utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clindamicina 600 mg cada 8 horas</li> <li>• Trimethoprim-sulfamethoxazole 800–160 mg cada 12 horas</li> <li>• Doxiciclina 100 mg cada 12 horas</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

- IV. Aseo general sin tallar las lesiones haciendo espuma con las manos.
- V. Evitar compartir:
  - A. Objetos de aseo personal: jabones, estropajos, toallas, etc.
  - B. Vasos, botellas, cubiertos, dispositivos electrónicos.
  - C. Ropa de cama y almohadas.
- VI. El aislamiento no es necesario pero puede considerarse de acuerdo al estado general la diseminación y localización de las lesiones y la conveniencia del paciente. Cuando el paciente acuda a la unidad, conviva con sus contactos domiciliarios o acuda a laborar debe:
  - A. Cubrir con tela adhesiva microporosa de papel para cubrir lesiones que no queden cubiertas por la ropa.
  - B. Uso de cubrebocas cuando haya contacto estrecho (menos de 1 metro). Esto es de particular relevancia en casos con lesiones en mucosa oral.
- VII. Evitar el contacto con animales domésticos y que tengan accesos a objetos de aseo personal, ya que son igualmente susceptibles al contagio.
- VIII. Lavar la ropa, toallas y ropa de cama por separado de otras personas en el mismo domicilio, preferentemente con agua caliente.
- IX. El baño, los trastes y superficies de contacto pueden ser desinfectadas regularmente por el propio paciente con agua y jabón o desinfectantes comunes , incluyendo alcohol gel.

### 7. Acompañamiento y seguimiento

Una vez disponibles los resultados de laboratorio (entre 24 y 72 horas posteriores a la toma de muestra), el resultado se comunica al paciente mediante mensajería electrónica (*WhatsApp*), y se realiza un primer seguimiento para conocer su estado clínico actual. Durante este contacto se evalúa la evolución del tratamiento, el cual se ajusta cuando es necesario, se refuerzan las medidas preventivas y se recuerdan los signos de alarma que justifican una consulta presencial o atención de urgencias.

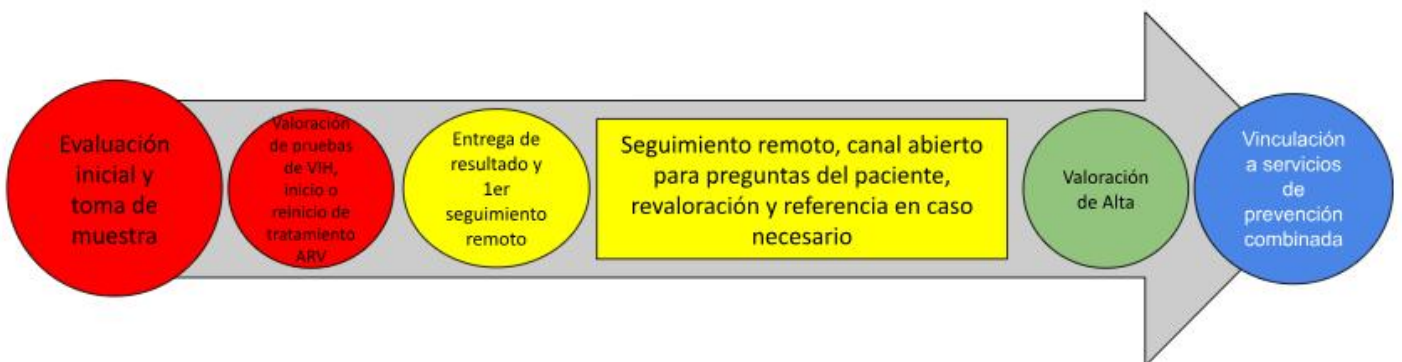
En los casos con puntajes elevados de severidad, pero que no requieren hospitalización, se programan citas semanales para monitorear el avance clínico y realizar los ajustes terapéuticos pertinentes. Para los casos no severos, se agenda una cita presencial o, en su defecto, una teleconsulta para valorar el alta una vez que todas las costras hayan caído. En cualquier caso, se mantiene abierto el canal de comunicación por mensajería para que el paciente pueda obtener orientación, aclarar dudas, informar avances o reportar posibles complicaciones.

### 8. Referencia de casos complicados

Además de la valoración inicial, se debe informar al paciente sobre los signos de alarma que requieren una nueva consulta presencial o acudir a un Servicio de Urgencias:

- Empeoramiento intenso del estado general, debilidad o astenia.
- Reparición o persistencia de fiebre.

**Figura 3. Etapas del acompañamiento y seguimiento de casos de Mpox en las Clínicas Condesa**



Fuente: Elaboración propia.

- Empeoramiento de las lesiones (aumento del número de lesiones, enrojecimiento rápido de la piel o signos de sobreinfección bacteriana).
- Dificultad para alimentarse o hidratarse, pérdida de peso o signos de desnutrición (atrofia muscular, edema nutricional, etc.).
- Sospecha de neumonía o afectación neurológica (confusión y cefalea intensa).
- Disminución notable en la producción de orina.

La referencia hospitalaria debe considerarse en los siguientes casos:<sup>9</sup>

- A. Enfermedad clínica grave con síntomas de neumonía, confusión/encefalitis y otras complicaciones graves (infecciones cutáneas bacterianas secundarias graves o de difícil control, sepsis, proctitis, encefalitis, miocarditis, infecciones oculares o periorbitarias).
- B. Dolor intenso y refractario por lesiones cutáneas o anogenitales.
- C. Lesiones en zonas anatómicas con especial riesgo de cicatrización, estenosis u obstrucción que pueden afectar la orofaringe (causan disfagia o incapacidad para tragar o respirar); prepucio del pene, vulva, vagina, uretra o zona ano-rectal .
- D. Lesiones muy diseminadas, numerosas ( $\geq 100$  lesiones) o necróticas. Aunque la sobreinfección de lesiones es una complicación frecuente que puede manejarse de manera ambulatoria, la celulitis y abscesos deben ser referidos para su adecuado manejo en segundo nivel para el adecuado drenaje.
- E. Sospecha de infección corneal. La infección de la córnea y otras estructuras oculares es una complicación poco frecuente, pero que puede provocar pérdida de la vista. Por esta razón se debe referir a oftalmología a los pacientes con lesiones que afectan cara y, particularmente las cercanas a los párpados, así como quienes refieren síntomas oculares (ardor, prurito, visión borrosa, etc.).

## 9. Valoración de alta

La valoración de alta se realiza durante una cita presencial o teleconsulta en la que se confirma la caída

completa de las costras y la remisión total de los síntomas.

En los casos con complicaciones (fisuras, fimosis, balanitis, cicatrices, entre otras) o comorbilidades que requieran atención posterior o continua, se otorga el alta del seguimiento por mpox, se agendan citas subsecuentes para dar atención o referir para manejo especializado.

## 10. Retención en servicios de prevención combinada

Durante el proceso de acompañamiento y, de manera prioritaria, en la valoración de alta, debe realizarse una evaluación de necesidades preventivas, a fin de establecer estrategias que permitan mantener o recuperar la salud sexual después de superado el episodio de mpox (**Figura 3**).

Los pacientes con prueba negativa inicial de VIH que no estén en PrEP deben realizarse una nueva prueba al egreso, ya que el evento de transmisión de mpox suele implicar un riesgo significativo de adquirir el VIH. . En caso de que la prueba permanezca negativa, se debe promover y, de ser posible, iniciar profilaxis preexposición (PrEP).

Para los pacientes VIH negativos que ya usan PrEP, así como para quienes viven con VIH y están en tratamiento, se recomienda la actualización de pruebas serológicas al término del episodio o en los meses subsecuentes (sífilis, hepatitis B y C).

Otras intervenciones, como la vacunación y el uso de profilaxis para infecciones bacterianas de transmisión sexual, podrían ser consideradas con base al historial clínico y perfil de riesgo de cada paciente.

Las personas que requieran atención en salud mental, así como quienes que hayan referido consumo de sustancias psicoactivas, deben ser valoradas para identificar posibles consumos problemáticos, recibir consejería en reducción de daños y, si lo desean, ser canalizadas a programas de tratamiento o deshabituación.

## Discusión

México presenta el mayor número acumulado de defunciones por mpox en América Latina (38 defunciones), superando a Perú (23) y Brasil (16).<sup>13</sup> La guía de manejo elaborada en 2022,<sup>3</sup> basada en información sobre casos endémicos y datos iniciales del brote global, requiere actualización a la luz de la

experiencia adquirida en México y a nivel mundial para la atención de los casos, y sobre todo, para la prevención de las defunciones.

La evidencia acumulada confirma la transmisión por contacto directo durante las prácticas sexuales y la concentración del brote en poblaciones clave afectadas también por la epidemia de VIH. Este hallazgo hace imprescindible compartir las mejores prácticas y revisar los protocolos de atención tanto en servicios públicos como privados, a fin de mejorar la respuesta sanitaria y la prevención de desenlaces graves.

### Conclusiones

El protocolo de atención de mpox desarrollado en la CEC incorpora las mejores prácticas y recomendaciones nacionales e internacionales, y se nutre de la experiencia desarrollada en la prevención y atención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, focalizada en poblaciones clave.

Los componentes del protocolo trascienden el abordaje centrado únicamente en la resolución del episodio clínico, al colocar al paciente en el centro de la atención, reconociendo sus necesidades de salud integral antes, durante y después del evento de mpox.

La filosofía del *Protocolo de Atención Integral de la infección por mpox en personas viviendo con VIH y poblaciones clave* plantea que, más allá de ser un problema de salud, el mpox puede constituir una oportunidad para mejorar la salud sexual y servir como puerta de entrada a la prevención combinada.

### Agradecimientos

Los autores expresan su gratitud al personal médico y de enfermería de las Clínicas Especializadas Condesa Cuauhtémoc e Iztapalapa por su contribución al desarrollo del protocolo y a la atención de los pacientes. Asimismo, agradecen a los equipos de epidemiología de las Jurisdicciones Sanitarias ubicados en la alcaldías Cuauhtémoc e Iztapalapa, por la coordinación en el envío de muestras e informes de las pruebas; al equipo de trabajo del Laboratorio Regional para mpox del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN); y, particularmente, al InDRE, por su acompañamiento técnico y compromiso con el bienestar de los pacientes desde el inicio del brote.

### Referencias

1. Agence France-Presse. Mexico confirms Country's First Monkeypox Case. NDTV News. 2022 May 28. Disponible en: <https://buff.ly/Uht63Ga>.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA, 2011. Disponible en: <https://buff.ly/OAKcmqG>.
3. Clínica Especializada Condesa. Base de Datos de Monitoreo de Casos de Mpox. (información a la semana epidemiológica 40 de 2025). México: Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México.
4. Gobierno de México, Secretaría de Salud. Guía para el manejo médico de los casos de Viruela Símica en México (versión 1.0, 25 de julio de 2022). México; 2022. Disponible en: <https://buff.ly/iUXkZwS>.
5. Secretaría de Salud. Comunicado Conjunto. Vincular viruela símica con la población LGBTTTIQ+ genera estigma y discriminación (9 de junio de 2022). México; 2022. Disponible en: <https://buff.ly/b3bUf2U>.
6. World Health Organization. Fifth Meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR) Emergency Committee on the Multi-Country Outbreak of mpox (monkeypox) (11 may). 2023. Disponible en: <https://buff.ly/a3hE5nd>.
7. Gómez Zepeda M. Epidemiología de Mpox en las Clínicas Condesa en 2025 Boletín sobre VIH/sida e ITS de las Clínicas Especializadas Condesa. 2025;1(1):5-7. Disponible en: <https://buff.ly/Rsi5lCw>.
8. Dirección General de Epidemiología. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de MPOX: VERSIÓN 2025. México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/s86S9f3>.
9. World Health Organization. Clinical management and infection prevention and control for mpox: living guideline, May 2025. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/h7Y7G2x>.
10. Arranz Izquierdo J, Molero García JM, Gutiérrez Pérez MI. Manejo desde atención primaria de la infección por la viruela del mono (MPOX) en humanos. Atención Primaria. 2023;55(10). Disponible en: <https://buff.ly/qlsODMX>.
11. Dirección General de Epidemiología, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de mpox versión 2.0 (Marzo, 2025). México: Secretaría de Salud; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/J7soqz>.
12. Zucker J, McLean J, Huang S, DeLaurentis C, Gunaratne S, Stoeckle K, et al. Development and Pilot of an Mpox Severity Scoring System. J Infect Dis. 2023;229 (Supplement\_2):S229-S233. Disponible en: <https://buff.ly/S37e6BN>.
13. Pan American Health Organization. Mpox deaths by country/territory, Americas Region EW1.2022–EW40.2025. Consultado: 29 de octubre de 2025. Disponible en: <https://buff.ly/qGWAmrE>.

## ARTÍCULOS ORIGINALES

# El derecho a no padecer dolor y recibir tratamiento oportuno: una deuda pendiente ante el mpox y el estigma sexual

Luis Adrián Quiroz Castillo

Presidente y Representante Legal de Salud, Derechos y Justicia A.C.

El acceso al alivio del dolor y a atención médica oportuna es un pilar del derecho a la salud, reconocido tanto a nivel internacional como constitucional en México. No obstante, en el caso del mpox —una infección viral dolorosa y estigmatizada— este derecho se ve sistemáticamente vulnerado. A pesar de las directrices de la OMS y los protocolos nacionales que establecen el manejo oportuno del dolor, prevalecen testimonios de negación de tratamiento, prejuicios clínicos y demora diagnóstica. Estas omisiones no solo constituyen prácticas de mala praxis, sino que reflejan un sistema sanitario donde el estigma por orientación o práctica sexual actúa como barrera para la atención digna. Combatir este problema requiere una transformación ética, cultural e institucional basada en derechos humanos, en formación en género y diversidad, y en comunicación responsable. Solo así se garantizará un sistema de salud incluyente donde el alivio del sufrimiento no sea privilegio, sino obligación.

**Palabras clave:** mpox, dolor, discriminación social, derechos humanos

## Introducción

El derecho al alivio del dolor y a recibir atención médica oportuna y de calidad constituye uno de los principios fundamentales del derecho a la salud. Este derecho está reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), particularmente en su artículo 12, que establece la obligación de los Estados de garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.<sup>1</sup> En México, los artículos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantizan la protección de la salud sin discriminación alguna.<sup>2</sup> A ello se suma la Ley General de Salud, que obliga al Estado a prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades, y la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPEd), que prohíbe cualquier acto discriminatorio en la prestación de servicios médicos.<sup>3,4</sup>

No obstante, en la práctica, este derecho es vulnerado de manera sistemática, especialmente cuando el estigma asociado al ejercicio de la sexualidad impregna las decisiones médicas. Este fenómeno se hizo visible durante el brote de mpox (anteriormente denominada *viruela símica*), una infección viral que, desde su brote en 2022, ha expuesto profundas deficiencias en la respuesta sanitaria, particularmente

en lo que respecta a la atención integral libre de estigma y discriminación, al manejo del dolor y a la eliminación de prejuicios asociados a la sexualidad.

## El mpox: entre el dolor físico y el castigo moral

El mpox se manifiesta con lesiones cutáneas dolorosas, fiebre, inflamación ganglionar y, en casos severos, dolor anal, rectal o genital intenso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha subrayado que el dolor constituye uno de los síntomas más incapacitantes y debe ser tratado de forma inmediata y eficaz.<sup>5</sup> En México, el Protocolo de Atención Clínica para la Infección por Mpox (2023) establece que las unidades médicas deben garantizar el acceso a analgésicos, antibióticos para infecciones secundarias, atención especializada en casos severos y cuidados paliativos.<sup>6</sup>

Sin embargo, diversos testimonios documentados por organizaciones civiles reportan la **negación del tratamiento, del manejo del dolor y de la atención médica digna**, especialmente cuando las lesiones se localizan en zonas genitales o anales. Estas omisiones se acompañan de juicios morales y expresiones como “eso te pasa por tus prácticas sexuales” o “así aprenderás a cuidarte”, lo que refleja la persis-



Paciente con lesiones ocasionadas por el mpox. Foto: Europa Press . Disponible en: <https://buff.ly/hpaZERX> .

tencia de una cultura médica que asocia el padecimiento con un castigo moral .

Este patrón reproduce lo que Paul Farmer denominó “*violencia estructural*” en salud: el sufrimiento evitable causado por sistemas que privilegian la moral sobre la compasión.<sup>7</sup> Desde la perspectiva de Elaine Scarry, el dolor —cuando es desatendido o invisibilizado— despoja a las personas de su humanidad y las priva de voz.<sup>8</sup> En este contexto, la indiferencia médica ante el dolor del mpox no solo es una falta técnica, sino un acto que perpetúa desigualdades morales y sexuales.

La situación anterior vulnera el derecho humano a recibir atención libre de estigma y discriminación, consagrado en la LFPED<sup>4</sup> y en la NOM-046-SSA2-2005,<sup>9</sup> que obliga a garantizar atención digna, respetuosa y libre de prejuicios a toda persona, sin importar su orientación sexual o práctica sexual.

### **Mala praxis, dolor y omisión institucional**

La falta de manejo adecuado del dolor constituye una forma de violencia institucional en salud. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha señalado que negar atención o medicamentos por prejuicios vulnera directamente los derechos humanos.<sup>10</sup> Del mismo modo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (Tesis 2023479) reconocen que el

Estado tiene la obligación de garantizar el acceso universal a cuidados paliativos y aliviar el sufrimiento sin distinción alguna.<sup>11</sup> Impedirlo por razones morales o estigma sexual transgrede los principios de trato digno y no discriminación.

Esta mala praxis se expresa en tres dimensiones:

1. **Negligencia diagnóstica:** los pacientes deben acudir a múltiples instituciones antes de obtener un diagnóstico. En muchos casos, los médicos desconocen el protocolo o asumen erróneamente que “no hay casos activos”, retrasando el inicio del tratamiento y aumentando el sufrimiento.
2. **Negación del manejo del dolor:** en diversos hospitales se ha documentado la negativa a recetar analgésicos o antiinflamatorios con el argumento de que “no hay protocolos específicos”, contraviniendo los lineamientos de la OMS sobre atención compasiva y alivio del dolor en infecciones agudas.<sup>5</sup>
3. **Estigmatización por práctica sexual:** la asociación del mpox con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ha generado respuestas institucionales impregnadas de prejuicio, donde se presupone “culpabilidad” por la forma de transmisión. Esta narrativa de castigo impide la empatía clínica y la atención integral.

Estas omisiones no son errores aislados, sino que reflejan una cultura institucional donde la diversidad sexual continúa siendo tratada como un riesgo moral, en lugar de una realidad humana que merece comprensión, educación y acompañamiento.

Joanna Bourke ha destacado que el dolor corporal se convierte en un terreno político cuando su alivio depende del valor moral que la sociedad asigna a quien lo padece.<sup>12</sup> En este sentido, el dolor de las personas con mpox se vuelve un espejo de las jerarquías morales y de género dentro del sistema de salud.

### El dolor como indicador de desigualdad y discriminación

El derecho al alivio del dolor ha sido reconocido por la OMS como componente esencial del derecho a la salud.<sup>13</sup>

En México, sin embargo, su cumplimiento sigue siendo marginal. En el caso de mpox, el dolor ha sido invisibilizado y se transforma en un marcador de desigualdad: quienes son atendidos con dignidad y aquellos que son simbólicamente castigados por su orientación sexual o prácticas eróticas.

Un revisión sistemática encontró que el manejo del dolor es el principal aspecto clínico que debe considerarse para atender el brote mundial de mpox, ya que más de la mitad de los pacientes han reportado dolor de diversa intensidad.<sup>14</sup>

Otro estudio encontró que el 81.7% de los hombres que tienen sexo con hombres encuestados, observó comentarios discriminatorios en los medios de comunicación, mientras que la discriminación se registró en los lugares de trabajo (41.7%), por parte de familiares/amigos (45.2%) y en el **ámbito sanitario** (34.8%). El estigma afectó significativamente la búsqueda de atención médica, ya que el 33% **evitó la atención médica** por temor a la discriminación.<sup>15</sup>

Estas prácticas perpetúan el estigma institucional, reproducen la homofobia estructural, deterioran la confianza en el sistema de salud, provocando una espiral de silencio y autoexclusión que pone en riesgo la salud pública.

La falta de empatía médica, además, deslegitima el principio bioético de **no maleficencia**, que obliga a evitar todo daño innecesario.

### Del prejuicio a la respuesta ética: una deuda del sistema de salud

Superar el estigma asociado al mpox requiere más que protocolos técnicos: demanda una **transformación ética y cultural**. El sistema de salud debe recuperar el sentido humanista del cuidado, con base en tres ejes:

1. **Atención centrada en derechos humanos:** reconocer que el dolor no es castigo, sino síntoma que exige alivio inmediato. La empatía médica no es opcional si no un deber profesional y ético.
2. **Formación con enfoque de género y diversidad:** integrar en la educación médica contenidos sobre sexualidad, orientación e identidad de género desde una perspectiva científica y de derechos humanos, no moral.
3. **Comunicación responsable:** evitar mensajes institucionales que refuercen la idea de que el mpox "afecta solo a los homosexuales". La información debe ser precisa, inclusiva y desprovista de prejuicios.

El Consejo de Salubridad General, el IMSS y el ISSSTE deben actualizar sus guías y programas de capacitación e incorporar el enfoque de atención compasiva, garantizando el manejo adecuado del dolor y eliminando el lenguaje discriminatorio en fichas clínicas. Estas acciones no solo incumplen con la ética profesional, sino también el principio constitucional de igualdad ante la ley.<sup>2</sup>

### Conclusiones: dignidad, alivio y justicia sanitaria

Negar el alivio del dolor o retrasar la atención médica por prejuicios constituye una forma de **violencia institucional** y **discriminación médica**. En el contexto del mpox, esta violencia se agrava por la carga simbólica que asocia la enfermedad con la sexualidad diversa, reeditando estigmas históricos que emergieron durante la epidemia del VIH.

El derecho a no padecer dolor no es un privilegio, sino un mandato ético y jurídico. Su garantía implica reconocer que **toda persona, sin importar orientación, identidad o práctica sexual**, merece atención basada en la ciencia, la empatía y el respeto. Como advierte Farmer, la verdadera medida de un sistema de salud no es su capacidad técnica, sino su capacidad moral para aliviar el sufrimiento.<sup>7</sup>

Conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, los servidores públicos que incurran en **actos de discriminación, omisión o trato indigno** pueden ser sancionados por violar los principios de legalidad, eficiencia e imparcialidad.<sup>16</sup> En el ámbito sanitario, negar el acceso a cuidados paliativos o tratamiento oportuno por prejuicios sexuales, no solo vulnera derechos humanos, sino que constituye una **falta grave en el servicio público**.

El desafío, en última instancia, no es médico, sino moral: **humanizar la respuesta sanitaria** y romper con el legado de discriminación que convierte el sufrimiento humano en castigo.

Solo a través de una ética del cuidado y la justicia sanitaria se podrá construir un sistema de salud verdaderamente incluyente, donde el placer, la prevención y el bienestar dejen de ser campos de batalla moral y se conviertan en derechos plenos para todas las personas.<sup>17</sup>

## Referencias

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Naciones Unidas; 1966. Disponible en: <https://buff.ly/kNfioeN>.
2. Poder Ejecutivo de la Nación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (incluye la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de octubre de 2025). México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/BXQ1dvl>.
3. Presidencia de la República. Ley General de Salud (incluye la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de junio de 2024). México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2024. Disponible en: <https://buff.ly/VTKX8v2>.
4. Presidencia de la República. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (incluye la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de abril de 2024). México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2024. Disponible en: <https://buff.ly/SLaC7Vg>.
5. World Health Organization. Clinical management and infection prevention and control for mpox: living guideline, May 2025. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/h7Y7G2x>.
6. Secretaría de Salud. Protocolo de Atención Clínica para la Infección por Mpox (Viruela Símica). México; 2023.
7. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor: University of California Press, 2004.
8. Scarry E. The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World: Oxford University Press, 1985.
9. Secretaría de Salud. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario oficial de la Federación. 2016 24 de marzo. Disponible en: <https://buff.ly/PwKXVg5>.
10. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación general número 15: sobre el derecho a la protección de la salud. México: CNDH; 2019. Disponible en: <https://buff.ly/aMJkHx>.
11. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Derecho humano a la salud. Para garantizarlo en pacientes con enfermedades terminales, el estado debe adoptar las medidas necesarias bajo la premisa del máximo gasto posible, a través de tratamientos paliativos que aseguren su dignidad y les eviten dolor. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. 2021 27 de agosto. Disponible en: <https://buff.ly/5IBpAuk>.
12. Bourke J. The Story of Pain: From Prayer to Painkillers: Oxford University Press, 2014.
13. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: WHO, 2018. Disponible en: <https://buff.ly/M3WQVYc>.
14. Hallo-Carrasco A, Hunt CL, Prusinski CC, Eldrige JS, McVeigh KH, Hurdle MFB, et al. Pain Associated With Monkeypox Virus: A Rapid Review. Cureus. 2023;15(2):e34697. Disponible en: <https://buff.ly/wFICnjo>.
15. Linares-Navarro R, Sanz-Munoz I, Onecha-Vallejo V, Fernandez-Espinilla V, Eiros JM, Castrodeza-Sanz J, et al. Psychosocial impact and stigma on men who have sex with men due to monkeypox. Front Public Health. 2025;13:1479680. Disponible en: <https://buff.ly/9oThKXB>.
16. Presidencia de la República. Ley General de Responsabilidades Administrativas (incluye la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 enero de 2024). México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2016. Disponible en: <https://buff.ly/VD0LiXP>.
17. Secretaría de Salud. CÓDIGO de Conducta de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2023 22 de agosto. Disponible en: <https://buff.ly/7P81KrV>.

## ARTÍCULOS ORIGINALES

# Cascada del continuo de la atención del VIH en la CDMX (2024)

Enrique Bravo-García, Carlos Magis-Rodríguez, Adriana Villafuerte-García

Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM

**Introducción.** El continuo de la atención del VIH permite identificar brechas en diagnóstico, tratamiento y supresión viral. El objetivo del estudio fue elaborar la cascada de atención del VIH en la Ciudad de México (CDMX) para 2024, con el propósito de estimar el avance hacia las metas 95-95-95 de ONUSIDA. **Metodología.** Se integraron cuatro componentes: estimación de personas viviendo con VIH mediante el modelo Modos de Transmisión; casos diagnosticados provenientes del sistema de vigilancia epidemiológica; personas en terapia antirretroviral a partir de registros de SALVAR e instituciones con seguridad social; y supresión viral con base en resultados de carga viral. **Resultados.** En 2024 se estimaron 47,000 personas viviendo con VIH; 85% conocía su diagnóstico, 91% recibía tratamiento y 92% presentaba supresión viral. **Conclusiones.** La principal brecha se ubica en el diagnóstico del VIH. La CDMX muestra avances significativos en tratamiento y supresión viral, pero requiere fortalecer estrategias de detección para cumplir las metas 95-95-95.

**Palabras clave:** VIH, diagnóstico del VIH, terapia antirretroviral de gran actividad, supresión viral, Ciudad de México.

## Introducción

El continuo de la atención del VIH, o “cascada de atención”, constituye un paradigma central en el estudio y la organización de los servicios dirigidos a las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).<sup>1</sup> Este modelo describe las etapas esenciales para un tratamiento exitoso, que incluyen el diagnóstico, el vínculo con la atención médica, el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) y el logro de la supresión viral.<sup>2</sup>

La primera cascada de atención se desarrolló en Washington, D.C., con el propósito de mostrar el estado de la epidemia y la respuesta institucional.<sup>3</sup> Su aplicación en diversos países ha demostrado su utilidad para evaluar los programas de atención. Además, esta herramienta fue la base para que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estableciera, en 2014, el objetivo central de poner fin a la epidemia del VIH para 2030.<sup>4</sup>

En este marco, la primera etapa del plan estableció las metas 90-90-90 para 2015, y la segunda, las metas 95-95-95 para 2030 (Figura 1).

- 95% de las personas que viven con el VIH conocerán su estado serológico.

- 95% de quienes conocen su diagnóstico recibirán TAR de forma sostenida.
- 95% quienes reciben TAR alcanzarán la supresión viral

El cumplimiento de estas metas permitiría que al menos el 86% de las personas con VIH logren supresión viral, lo que, según modelos epidemiológicos,

Figura 1. Metas urgentes para poner fin a la epidemia del VIH en el año 2030



Fuente: Referencia (5).

cos, posibilitaría poner fin a la epidemia de sida. Su cumplimiento evitaría 3.6 millones de nuevas infecciones y 1.7 millones de muertes relacionadas con el sida.<sup>5</sup>

El objetivo de este documento es aplicar la métrica de la cascada de atención para la Ciudad de México (CDMX) en 2024, de modo que el Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida cuente con una herramienta para monitorear y evaluar el progreso hacia las metas 95-95-95 para el 2030.

### Las cascadas de atención en México

La primera estimación nacional mostró que, en 2014, de las 210,000 personas que vivían con VIH en México (prevalencia de 0.3% en adultos), el 48% desconocía su infección; el 40% estaba en TAR; y solo el 26% había alcanzado supresión viral.<sup>6</sup>

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida), que es la institución de salud del gobierno federal que coordina la respuesta nacional al VIH/sida en México, informa sobre los avances obtenidos en México con relación a las metas 95-95-95, utilizando como herramienta la cascada de atención.

Desde 2018, el Censida publica la cascada de atención anual en el Boletín de Atención Integral de Personas con VIH.<sup>7</sup> En su versión más reciente, estimó

que en 2024 había 400,000 personas viviendo con VIH, de las cuales 320,000 (80%) estaban diagnosticadas; 260,000 (65%) recibían TAR; y 240,000 (60%) se encontraban en supresión viral<sup>8</sup> (Figura 2).

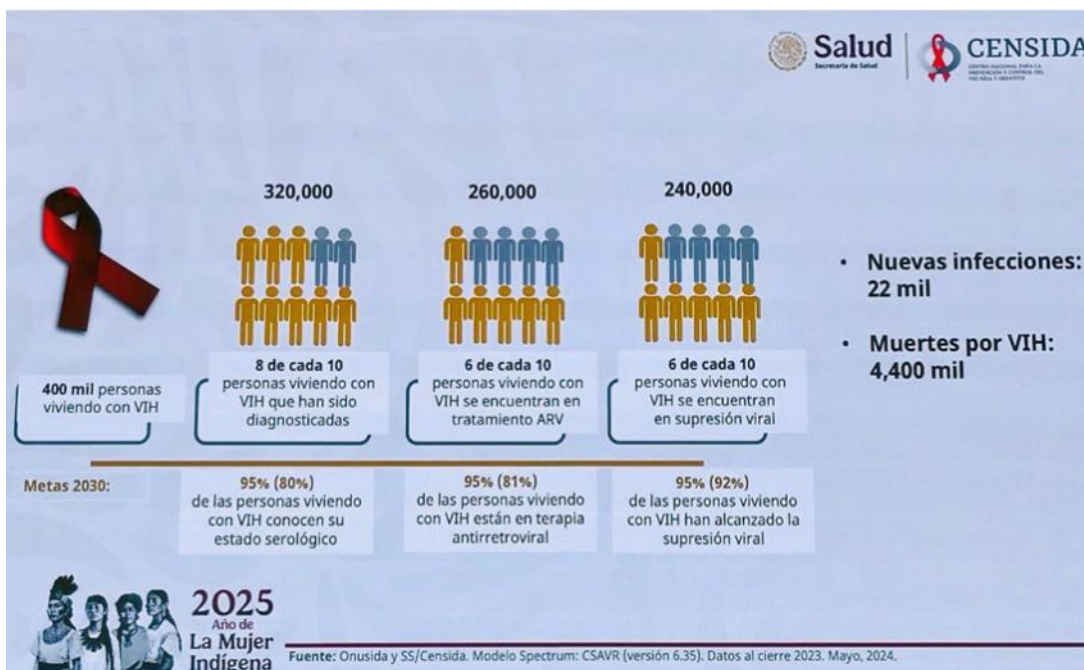
Es notable que el segundo, tercero y cuarto pilares del continuo de atención se construyeran tomando como referencia únicamente el total estimado de personas que viven con VIH, en lugar del método escalonado recomendado por ONUSIDA.

### Metodología

La cascada de atención se elaboró con base en los cuatro componentes propuestos por ONUSIDA:

1. Personas viviendo con VIH. Estimaciones derivadas del modelo Modos de Transmisión (MoT) de ONUSIDA.<sup>9</sup>
2. Personas que conocen su estado serológico. Casos diagnosticados en todo el Sector Salud de la CDMX, provenientes del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH y sida.<sup>10</sup>
3. Personas que reciben terapia antirretroviral. Para población sin seguridad social se utilizó el sistema SALVAR.<sup>11</sup> Para instituciones con seguridad social, la información se obtuvo mediante solicitudes al INAI.<sup>12</sup>

Figura 2. Cascada de continua de atención del VIH. México, 2024



Fuente: Referencia (8).

4. Personas con supresión viral. A partir de las mismas fuentes anteriores, se identificó el porcentaje con carga viral indetectable.

### Resultados

El modelo MoT estimó que en 2024 vivían 47,000 personas con VIH en la CDMX. De ellas, el 85% conocía su estatus; el 91% de las personas diagnosticadas recibía TAR; y el 92% de quienes estaban en tratamiento había alcanzado supresión viral (**Figura 3**).

Contrastando estos valores con las “metas 90-90-90”, establecidas para el año 2020, solamente existe una brecha de cinco puntos porcentuales para cubrir la primera meta del 90% de detección; mientras que ya se alcanzaron las metas del 90% establecida para las personas en tratamiento ARV y supresión viral.

En comparación con las metas 90-90-90 para 2020, la CDMX tiene una brecha de cinco puntos porcentuales en la primera meta, mientras que ya ha alcanzado los valores correspondientes a TAR y supresión viral.

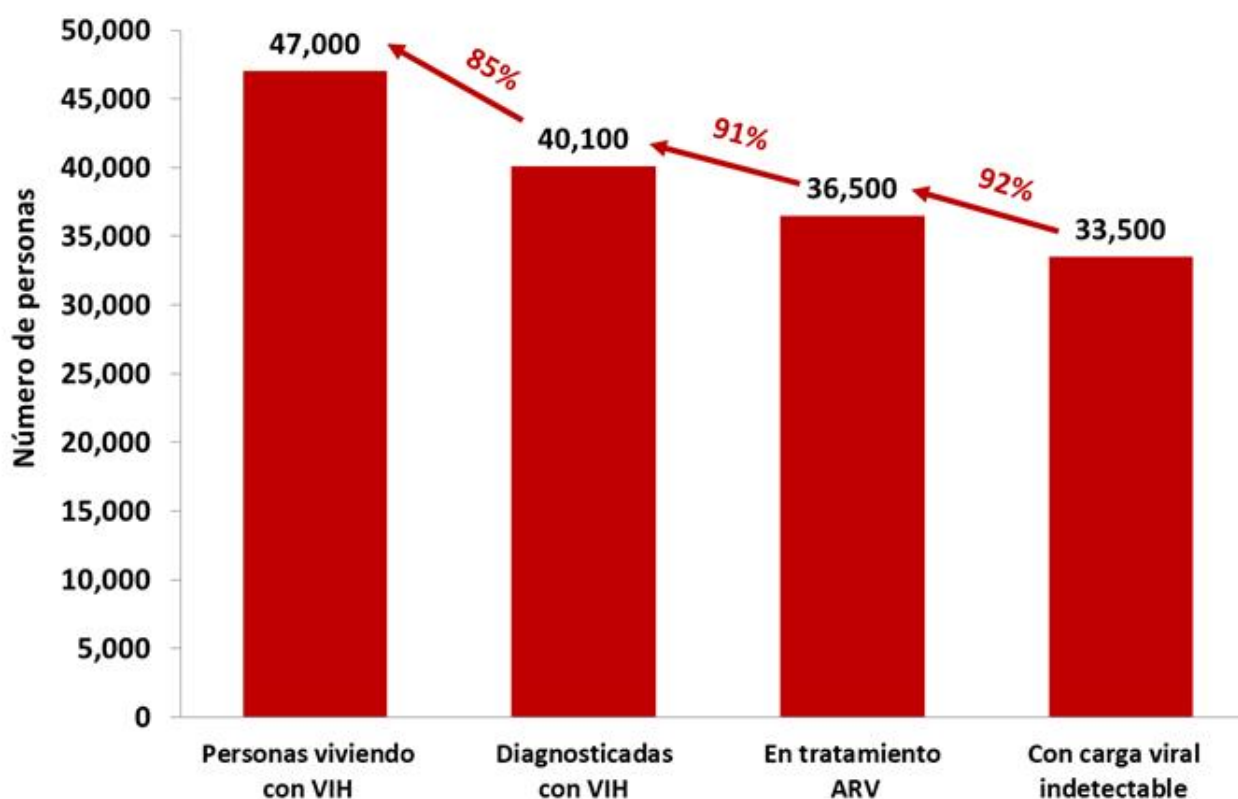
Respecto a las metas 95-95-95 para 2030, será necesario incrementar en diez puntos porcentuales el diagnóstico, y en cuatro y tres puntos el porcentaje de personas en tratamiento y con supresión viral, respectivamente.

### Conclusiones

La cascada de atención es indispensable para evaluar el avance hacia las metas 95-95-95 propuestas por ONUSIDA. En la CDMX es posible construirla pese a la limitada disponibilidad de datos públicos; el uso del modelo MoT constituye una estrategia eficaz para este fin.

Los resultados muestran que la principal brecha se encuentra en el diagnóstico: solo 85% de las personas que viven con VIH conocen su estado, mientras que las metas relacionadas con el tratamiento y la supresión viral están cerca del objetivo de 95%. Por lo tanto, la prioridad para la CDMX debe ser intensificar las acciones orientadas a aumentar la detección oportuna del VIH.

Figura 3. Cascada del continuo de la atención del VIH en la CDMX (2024)



Fuente: Elaboración propia.

## Agradecimientos

Este estudio recibió apoyo financiero de Gilead Sciences México, S. de R.L. de C.V., a través del Consorcio de Investigación en Salud (Cisidat). Es importante destacar que Gilead México no tuvo participación ni influencia alguna en el diseño, la ejecución, el análisis de los datos o la interpretación de los resultados.

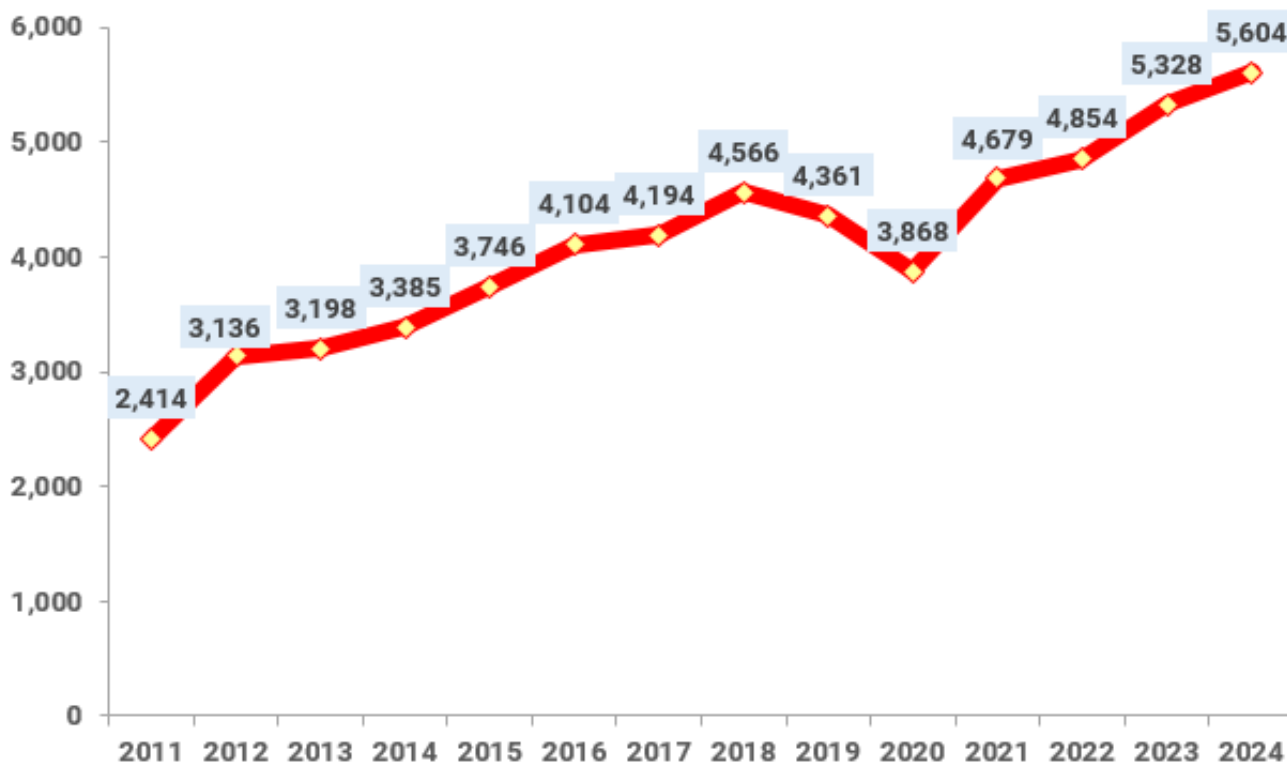
## Referencias

1. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, del Rio C, Burman WJ. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases* [Internet]. 2011 March 15, 2011; 52(6):[793-800 pp.]. Disponible en: <https://buff.ly/UztidWc>.
2. Christopoulos K, Massey A, Lopez A, Geng E, Johnson M, Pilcher C, et al. "Taking a Half Day at a Time:" Patient Perspectives and the HIV Engagement in Care Continuum. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(4):223-230. Disponible en: <https://buff.ly/Bx3Z2kx>.
3. Greenberg AE, Hader SL, Masur H, Young AT, Skillicorn J, Dieffenbach CW. Fighting HIV/AIDS in Washington, D.C. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2009 Nov-Dec; 28(6):[1677-1687 pp.]. Disponible en: <https://buff.ly/L53HU0i>.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014. Disponible en: <https://buff.ly/nMoWtQC>.
5. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030. New York: Naciones Unidas; 2021. Disponible en: <https://buff.ly/1PjZqtf>.
6. Magis-Rodríguez C, Saavedra J, Bravo-García E. Engagement in HIV care spectrum: The Treatment Cascade in Mexico. 4th Treatment as Prevention Workshop; Vancouver, BC, Canada, April 1-4; 2014.
7. Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida. Boletín de Atención Integral de Personas con VIH 2025 . Disponible en: <https://buff.ly/QjzT4Yp>.
8. Baruch D. R. [Tweet]. 13 de septiembre; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/i984cKn>.
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Modelling the distribution of new HIV infections by modes of transmission [version february 2012]. Geneva: UNAIDS; 2012. Disponible en: <https://buff.ly/ekf6HxZ>.
10. Dirección General de Epidemiología. Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH: informe histórico de VIH 4to trimestre 2024. México: DGE; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/uqleZsD>.
11. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. Personas en tratamiento Antirretroviral. Boletín de Atención Integral de Personas con VIH (enero-marzo 2025). 2025;11(1):14-21. Disponible en: <https://buff.ly/QjzT4Yp>.
12. Instituto Nacional de Acceso a la Información. Solicitudes de información sobre el número de personas recibiendo tratamiento antirretroviral (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR). México: IFAI; 2025. Disponible en: <https://buff.ly/cljpwoc>.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

## Detección del VIH

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



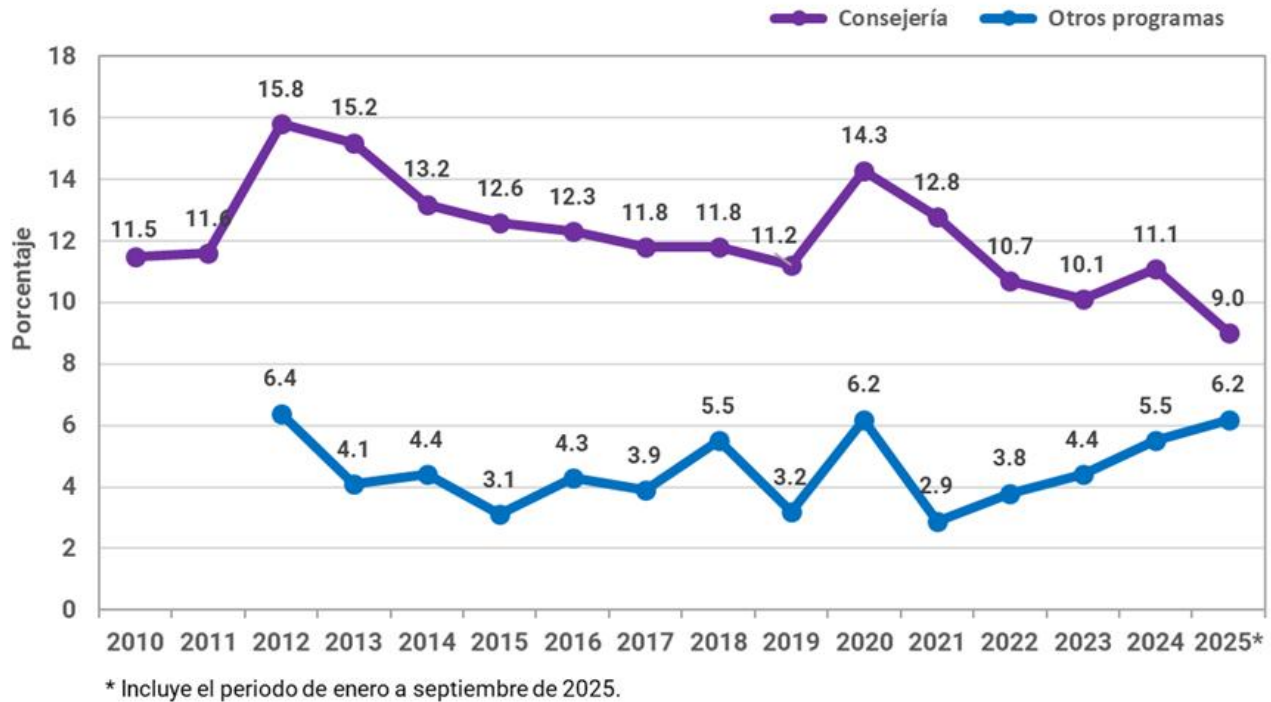
Nota: Pruebas positivas de todos los programas de la CEC (incluye pacientes con expediente).

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 septiembre de 2025**, se han registrado **4,024 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, 2010-2025

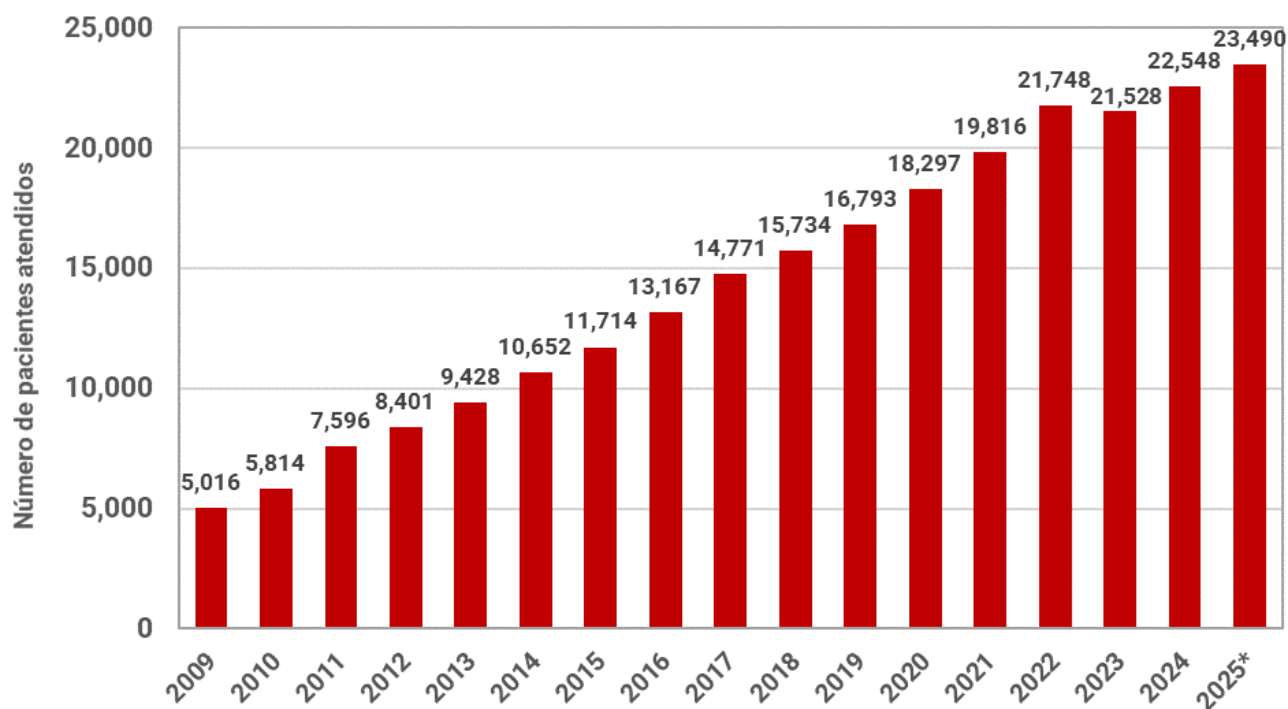
Fuente: Clínica Especializada Condesa. Unidad de Monitoreo y Evaluación.

- En el servicio de **Consejería de las Clínicas Especializadas Condesa (CEC)**, la proporción de pruebas reactivas al VIH fue de 11.5 % en 2011, alcanzando su valor máximo **en 2012 (15.8 %)**. A partir de ese año, el porcentaje mostró una **disminución continua hasta 2019**, cuando se situó en 11.2 %. En 2020 se observó un repunte (14.3 %), seguido de una **tendencia descendente sostenida** que llegó a **10.1% en 2023**. En 2024, el indicador aumentó ligeramente a 11.1%, para luego **descender a 9.0 % durante el periodo enero–septiembre de 2025**.
- En las pruebas para la detección del VIH aplicadas por **otros programas de las CEC**, el porcentaje de reactividad registró su **valor mínimo en 2021 (2.9 %)**. A partir de entonces, se ha incrementado de manera sostenida, alcanzando **6.2% entre enero y septiembre de 2025**.
- 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.
- No obstante, en los **últimos cinco años**, las tendencias epidemiológicas de ambos servicios muestran que **los valores tienden a converger**.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

### Pacientes con VIH atendidos

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



\* Incluye los pacientes atendidos de enero a septiembre de 2025 en las CEC, así como en las Unidades médicas asociadas para el suministro de medicamentos antirretrovirales, a saber: Hospital General Dr. Manuel Gea González, Instituto Nacional de Cancerología e Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

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

- Entre 2009 y 2024, el número de pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en las CEC **au-**  
**mentó 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), según género. Septiembre de 2025

Unidad Médica	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres Trans	%	Mujeres Trans	%	Total	%
Clínica Especializada Condesa	14,448	70.9	1,520	67.8	8	57.1	570	66.7	16,546	70.4
Clínica Especializada Condesa Iztapalapa	5,632	27.6	661	29.5	6	42.9	279	32.6	6,578	28.0
Hospital General Dr. Manuel Gea González	135	0.7	43	1.9	0	0.0	2	0.2	180	0.8
Instituto Nacional de Cancerología	151	0.7	18	0.8	0	0.0	3	0.4	172	0.7
Instituto Nacional de Neurología y Neorocirugi	12	0.1	1	0.0	0	0.0	1	0.1	14	0.1
<b>Total</b>	<b>20,378</b>	<b>100.0</b>	<b>2,243</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>855</b>	<b>100.0</b>	<b>23,490</b>	<b>100.0</b>

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

- Al 30 de septiembre de 2025, **23,490 personas sin afiliación a instituciones de seguridad social recibían tratamiento antirretroviral (ARV)** en la CDMX. Las Clínicas Especializadas Condesa (CEC) concentran aproximadamente **15% del total nacional** de personas en tratamiento, es decir, una de cada siete, lo que las convierte en el principal centro de atención para personas con VIH en México.
- En la Ciudad de México, las **CEC aportan el 98.4% de los tratamientos ARV**, mientras que los hospitales e institutos asociados contribuyen con el 1.6% restante.
- Es importante destacar que las CEC atienden tanto a residentes de la capital como a personas provenientes de otras entidades federativas.
- La **Clínica Especializada Condesa** atiende al 70.9% de los hombres en tratamiento, 67.8% de las mujeres, 57.1% de los hombres trans y 66.7% de las mujeres trans.
- Por su parte, la **Clínica Especializada Condesa Iztapalapa** atiende al 27.6% de los hombres, 29.5% de las mujeres, 42.9% de los hombres trans y 32.6% de las mujeres trans.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

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

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

Alcaldía de residencia	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres Trans	%	Mujeres Trans	%	Total	%
Iztapalapa	3,473	17.0	499	22.2	4	28.6	206	24.1	4,182	17.8
Cuauhtémoc	3,682	18.1	299	13.3	2	14.3	158	18.5	4,141	17.6
Gustavo A. Madero	2,169	10.6	255	11.4	1	7.1	92	10.8	2,517	10.7
Benito Juárez	1,322	6.5	53	2.4	1	7.1	33	3.9	1,409	6.0
Miguel Hidalgo	1,215	6.0	68	3.0	0	0.0	37	4.3	1,320	5.6
Venustiano Carranza	1,094	5.4	136	6.1	1	7.1	57	6.7	1,288	5.5
Coyoacán	1,101	5.4	96	4.3	1	7.1	31	3.6	1,229	5.2
Álvaro Obregón	1,073	5.3	118	5.3	2	14.3	33	3.9	1,226	5.2
Iztacalco	893	4.4	95	4.2	0	0.0	64	7.5	1,052	4.5
Azcapotzalco	852	4.2	84	3.7	1	7.1	34	4.0	971	4.1
Tlalpan	816	4.0	86	3.8	0	0.0	24	2.8	926	3.9
Tláhuac	572	2.8	82	3.7	1	7.1	25	2.9	680	2.9
Xochimilco	452	2.2	86	3.8	0	0.0	13	1.5	551	2.3
La Magdalena Contreras	289	1.4	33	1.5	0	0.0	4	0.5	326	1.4
Cuajimalpa de Morelos	207	1.0	38	1.7	0	0.0	8	0.9	253	1.1
Milpa Alta	116	0.6	29	1.3	0	0.0	3	0.4	148	0.6
<b>Subtotal en la CDMX</b>	<b>19,326</b>	<b>94.8</b>	<b>2,057</b>	<b>91.7</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>822</b>	<b>96.1</b>	<b>22,219</b>	<b>94.6</b>
Otras entidades del país	576	2.8	111	4.9	0	0.0	27	3.2	714	3.0
Se desconoce	476	2.3	75	3.3	0	0.0	6	0.7	557	2.4
<b>Total</b>	<b>20,378</b>	<b>100.0</b>	<b>2,243</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>855</b>	<b>100.0</b>	<b>23,490</b>	<b>100.0</b>

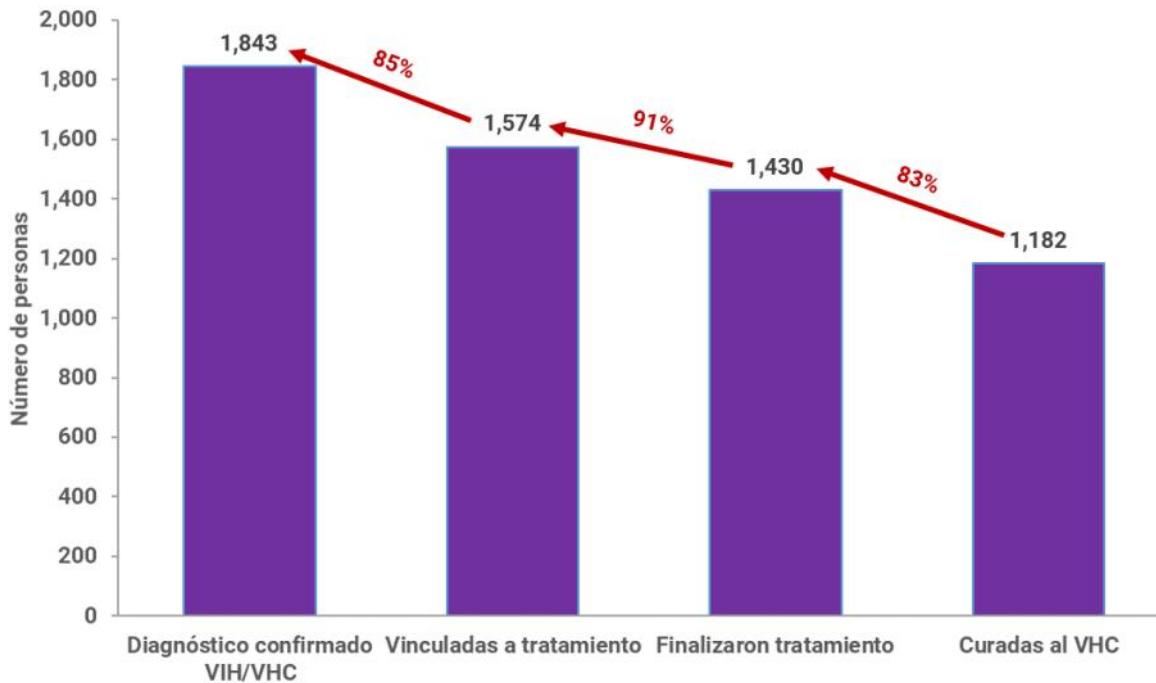
Fuente: Censida. Sistema SALVAR. Datos al 30 de septiembre de 2025.

- Del total de personas en tratamiento ARV, el **94.6% reside en la Ciudad de México** (n = 22,219), mientras que el **5.4%** (n = 1,271) corresponde a **habitantes de otros estados**, principalmente de municipios conurbados.
- Las alcaldías con mayor concentración de pacientes son **Iztapalapa** (4,182), **Cuauhtémoc** (4,141) y **Gustavo A. Madero** (2,517), que en conjunto reúnen **el 46.1% del total**.
- La alcaldía **Cuauhtémoc** presenta el mayor número de **hombres atendidos (18.1%)**, mientras que **Iztapalapa** concentra el mayor número de **mujeres (22.2%)**.
- En cuanto a personas trans, **Iztapalapa** registra la **mayor proporción de hombres y mujeres trans** en tratamiento ARV (**28.6% y 24.1%, respectivamente**), seguida de **Cuauhtémoc** (**14.3% y 18.5%**).

## 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



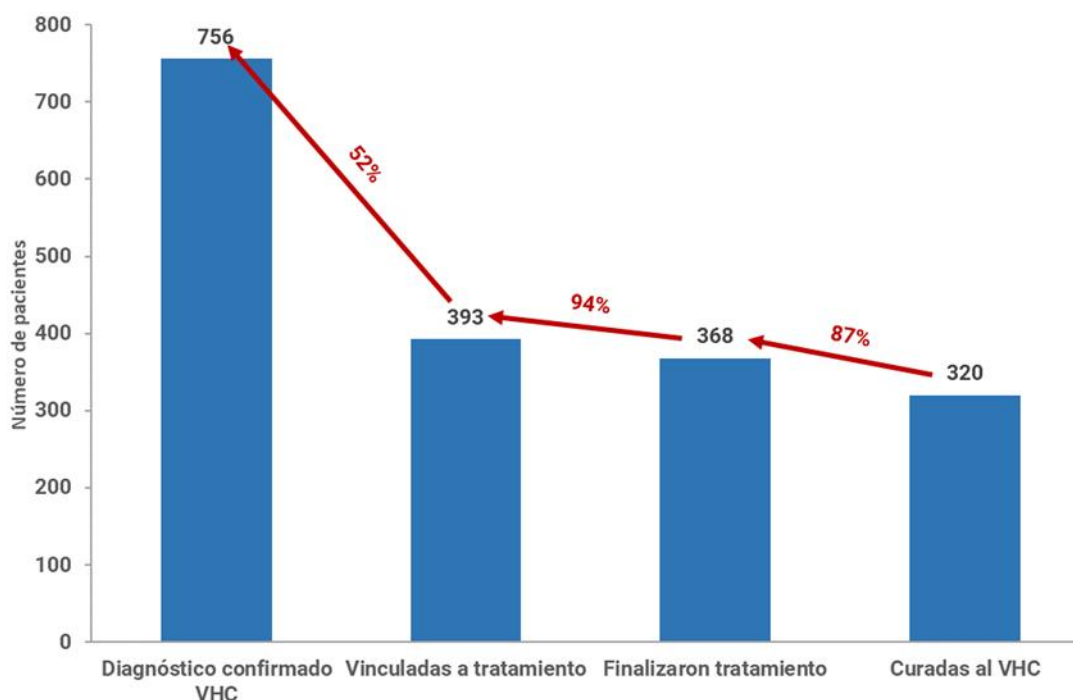
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 30 de septiembre de 2025.

- En el periodo analizado se realizaron **2,696 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 **1,843 personas con coinfección confirmada** por ambas infecciones.
- Del total de personas diagnosticadas, 1,574 (**85%**) **fueron vinculadas a tratamiento** contra el VIH y el VHC. Entre éstas, 1,430 (**91%**) **completaron el esquema terapéutico**. De las personas que finalizaron el tratamiento, 1,182 (**83%**) **alcanzaron la curación virológica sostenida**..
- Se identificaron **115 pacientes con sospecha de falla terapéutica**, quienes se encuentran en proceso de evaluación para la selección de un segundo esquema de tratamiento.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

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

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



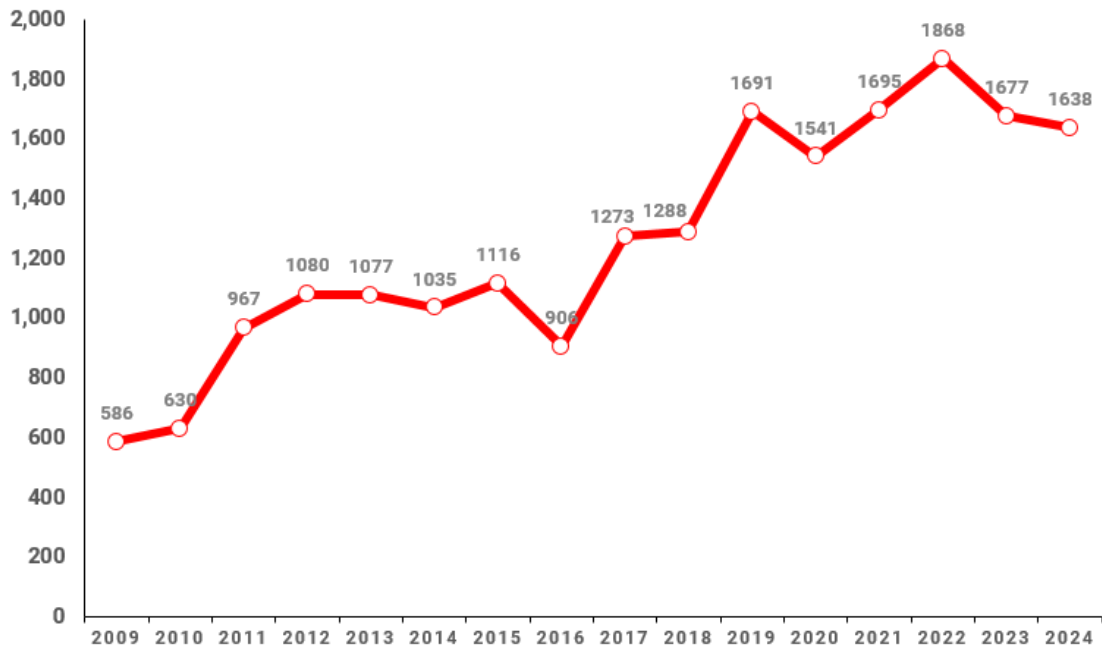
Fuente: Base de Laboratorio Especializado HAP de las Clínicas CONDESA. Datos del 1 de agosto de 2020 al 30 de septiembre de 2025.

- Durante el periodo de referencia se realizaron **1,215 pruebas** de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección del virus de la hepatitis C (VHC). Como resultado, se identificaron **756 personas con infección confirmada**.
- De este grupo, solamente 393 personas (**52%**) **fueron vinculadas a tratamiento antiviral**, toda vez que las Clínicas Especializadas Condesa solo proporciona tratamiento a las personas sin afiliación a la seguridad social; quienes cuentan con derechohabencia fueron referidas a las instituciones correspondientes.
- Entre las personas tratadas, 368 (**94%**) **completaron el esquema terapéutico**, y de ellas, 320 (**87%**) **alcanzaron la curación virológica sostenida**.
- La **baja proporción de personas vinculadas a tratamiento** dentro del grupo de mono infectados por VHC representa un **punto crítico en la cascada de atención**. Sin embargo, este resultado se explica porque las personas con derechohabencia fueron canalizadas a sus respectivas instituciones, donde se desconoce si recibieron o no el tratamiento antiviral.

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

## Personas sobrevivientes de violencia sexual

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

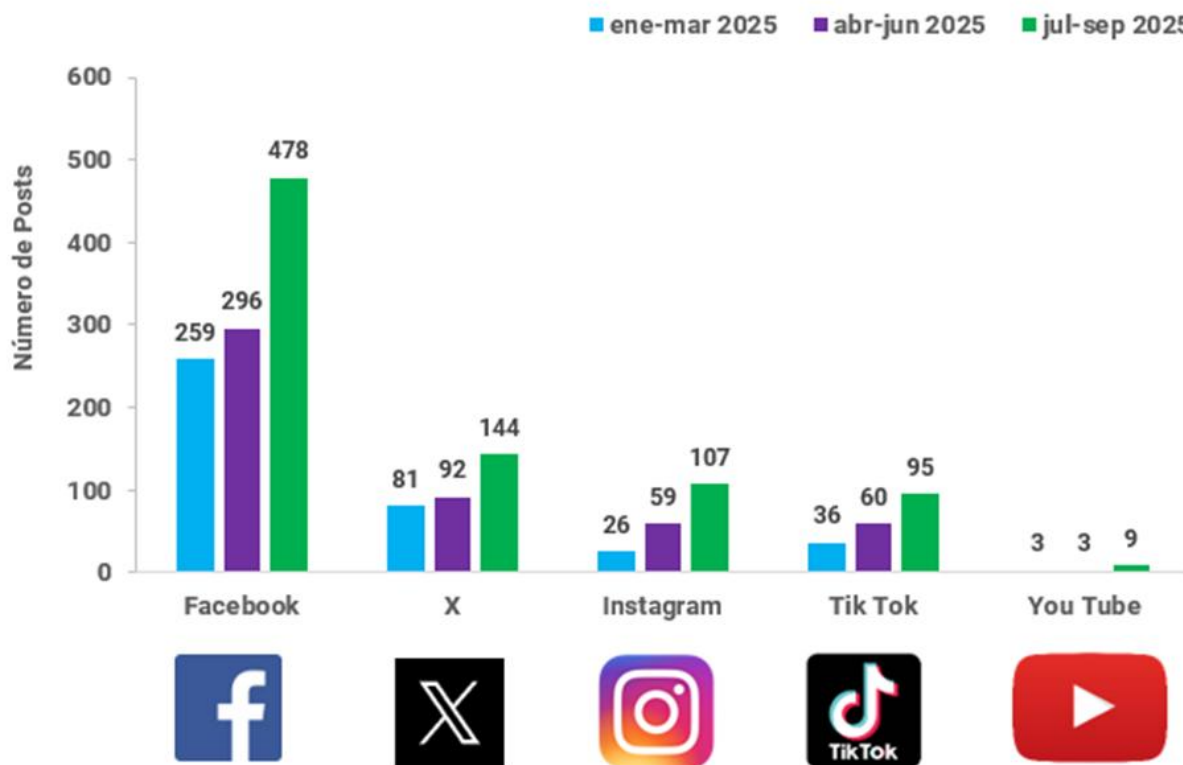


Fuente: Clínicas especializadas Condesa. Datos al 31 de diciembre de 2024.

- 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%).
- Entre **enero y septiembre de 2025** se atendieron **1,161 personas** (datos preliminares), con lo que el acumulado desde 2009 asciende a **21,229 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

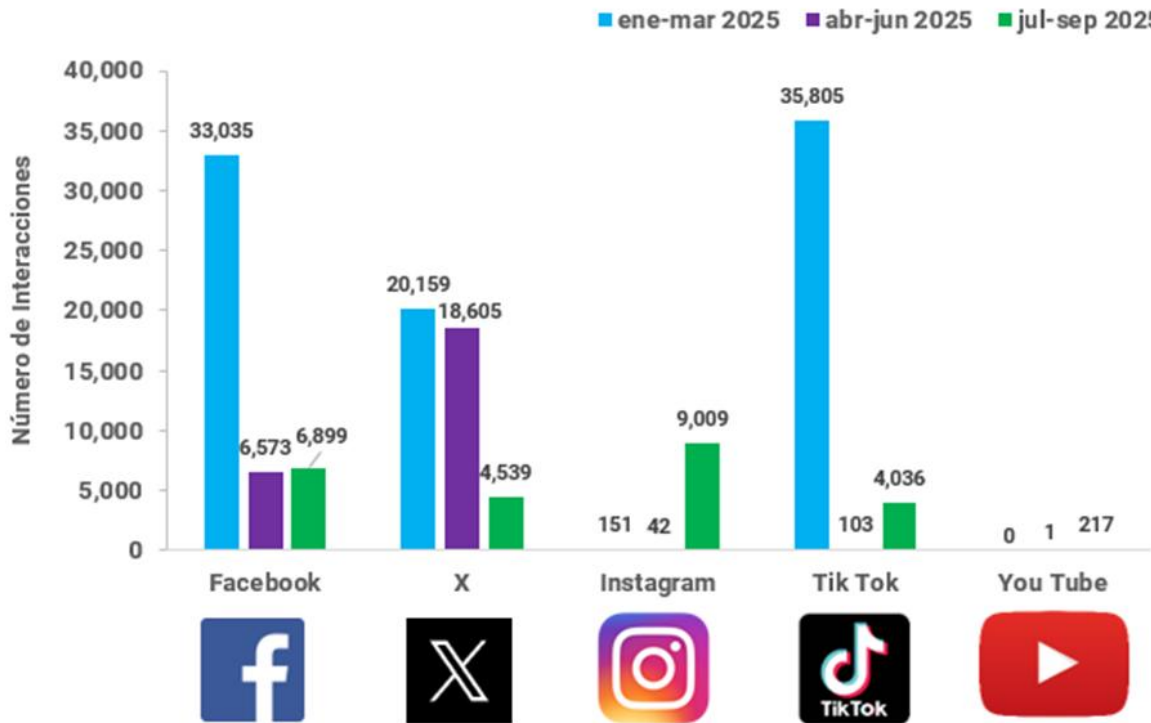


Fuente: Coordinación de Prevención y Promoción de la Salud. Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/Sida de la Ciudad de México. Datos al 30 de septiembre de 2025.

- Entre enero y marzo de 2025 se realizaron **403 publicaciones** en redes sociales, aumentando a **510** entre abril y junio, y llegando a **833 publicaciones** entre julio y septiembre, lo que representa un **incremento del 105.7%** entre el primer y el tercer trimestre del año.
- La red más utilizada fue **Facebook (57% del total de publicaciones)** seguida por X (17.4%), *Instagram* (12.8%), *TikTok* (11.4%) y *YouTube* (1.1%).
- El volumen de publicaciones **creció en todas las plataformas**.

## 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 septiembre de 2025.

- En el tercer trimestre de 2025, la interacción global (suma de “me gusta”, comentarios y reposteos) **disminuyó 2.5%**, al pasar de 25,324 a 24,700 del segundo al tercer trimestre del año.
- Las campañas realizadas entre julio y septiembre alcanzaron a **72,056 personas**, destacando: *Día Mundial de la Salud Sexual*, reafirmando el compromiso con la inclusión y los derechos humanos. *Semana Nacional de Salud Pública*, con la promoción del uso de insumos de prevención y pruebas rápidas. *Día Mundial contra las Hepatitis Virales*, con materiales de sensibilización sobre detección oportuna y tratamiento.
- Los contenidos con mayor alcance fueron el Flyer del Día Mundial del Condón (56,800 personas alcanzadas), el Post Día del Condón (17,400) y la Invitación a Ferias de la Sexualidad (10,600).
- Los contenidos han demostrado mayor relevancia y generan más interacciones por publicación, pero el fuerte descenso en alcance refleja la dinámica común de las redes sociales de penalizar a las cuentas que ganan relevancia, con el fin de impulsar la inversión en pauta, pues operan como medios de comunicación y venta de contenido. ¿Qué se aprendió?:
  - Más valor en el contenido, menos visibilidad orgánica: las redes sociales empujan a invertir en pauta.
  - El alcance bajó drásticamente: aunque se hicieron más publicaciones, cada post llegó a mucha menos gente, reflejando la penalización algorítmica.
  - Las plataformas presionan hacia la pauta: la caída de alcance orgánico sugiere que, sin inversión en anuncios, la visibilidad es limitada.
  - Las interacciones crecieron: más personas reaccionaron a los contenidos, lo que indica que el material es percibido como valioso y relevante.
  - Mejor calidad por publicación: aunque con menos exposición, cada pieza generó más interacciones que antes, mostrando mayor efectividad por post.
- Conclusión: la estrategia de contenido funciona en relevancia, pero necesita apoyo en distribución (pauta o ajustes de frecuencia) para recuperar alcance.

## CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

### Día Mundial contra la Hepatitis

En el Marco del Día Mundial contra las Hepatitis virales, las Clínicas Especializadas Condesa realizaron material informativo de difusión para concientizar a las personas sobre la importancia de las pruebas de detección y el tratamiento oportuno de esta infección.

**Día mundial contra La Hepatitis C**  
28 de julio

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

**Sabías qué...**

- La hepatitis C tiene cura y además su tratamiento es gratuito.
- En personas con VIH se recomienda el tamizaje para VHC cada 3 meses con la finalidad de una efectiva detección.

**¿Cómo se transmite?**

- Sangre infectada
- Compartir o usar agujas infectadas
- Si se recibieron transfusiones antes de 1992
- Transmisión perinatal de madre a hijo durante el embarazo o el parto
- Derivaciones sexuales

**La hepatitis C puede reinfectarse**

Hazte la prueba al menos una vez al año para detectar la infección de forma oportuna y evitar complicaciones.

**¡Hazte la prueba!**  
Existen pruebas rápidas

**¡Cuida tu salud!**

Gobierno de México | Salud | CENSIDA

### 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

 **Semana Nacional de SALUD PÚBLICA**  
6 al 13 de septiembre de 2025

"Unidos por tu salud,  
construyendo bienestar"

# Salud sexual para TODXS



¡Queremos acompañarte en cada paso!



Día de la  
**SALUD SEXUAL**



4 de septiembre

Por una sexualidad placentera, sana,  
segura y libre de prejuicios, coacción  
y discriminación.



CAMPAÑAS EN REDES SOCIALES 2025

**Boletín epidemiológico**

**Volumen II**

**Desde cualquier dispositivo**

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



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
CONDESA



## 25 ANIVERSARIO DE LA CEC

El **Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida y Hepatitis**, felicita a la **Clínica Especializada Condesa** por su compromiso permanente con la prevención y atención digna para las personas que lo requieren.

En estos años se han consolidado como un referente a nivel nacional e internacional.

# 25° Aniversario Clínica Especializada Condesa



Ciudad de México a 29 de agosto de 2025

 [gob.mx/censida](https://gob.mx/censida)



Gobierno de  
**México**

**Salud**  
Secretaría de Salud



**CENSIDA**  
Centro Nacional para la  
Prevención y Control  
del VIH/SIDA y Hepatitis

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa

## PENSAR EL SIDA

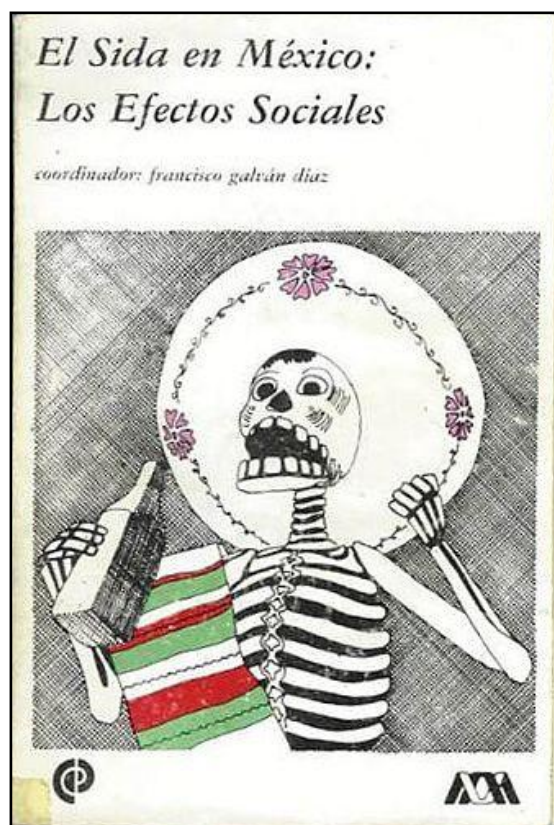
## Los primeros libros en México

Luis Manuel Arellano

En México, los primeros libros relacionados con el sida se escribieron a finales de los años ochenta, recogiendo dos perspectivas y, en consecuencia, dos lecturas diferentes, e incluso confrontadas, ante la epidemia: lo social y lo epidemiológico; el activismo y el servicio público; pacientes y médicos.

El primer libro consignó el reclamo, las críticas, las propuestas y el sentir de la población afectada por considerar que el Estado mexicano no estaba haciendo lo correcto, ni mucho menos lo suficiente. En el segundo libro -sin recoger la crítica del primero- se dimensionó la complejidad de este reto sanitario con un enfoque epidemiológico y científico, presentando las primeras definiciones tomadas por la autoridad sanitaria de ese momento e indicando cuál sería la ruta a seguir.

Ambas posiciones configuraron el eje de dos formas diferente de entender el sida, que iban a trazar linderos vigentes a la fecha. El primero se llama *El sida en México: los efectos sociales*, editado en 1988 por la Universidad Autónoma Metropolitana a través del Fondo de Cultura Popular; el segundo, titulado *Sida, ciencia y sociedad en México*, editado en 1989 por la Secretaría de Salud a través del Fondo de Cultura Económica. Fueron coordinados, respectivamente, por dos importantes figuras históricas en la lucha contra la epidemia: Francisco Galván Díaz, con doctorado en Sociología, investigador y profesor de la Universidad Autónoma Metropolitana, a quien el diagnóstico de sida lo metió en el activismo; y Jaime Sepúlveda Amor, médico de formación con dos maestrías y un doctorado por la Universidad de Harvard, en ese momento Director General de Epidemiología en la Secretaría de Salud y fundador del Consejo Nacional de Prevención y Control del Sida (CONASIDA).



El contexto de los años ochenta definió en gran medida el contenido de los libros. Los primeros casos de sida se notificaron en 1993, sin inmutar a la opinión pública, que los consideraba un tema reducido a la población homosexual y a quienes se dedican al trabajo sexual. La estigmatización construida en torno de una enfermedad que se presentaba como incurable se sumó a la estigmatización que ya enfrentaban las poblaciones afectadas. En una sociedad tan conservadora como la mexicana, la mayoría de la población se sentía a salvo. En los servicios de salud faltaba información respecto a las formas de transmisión “del sida” y se difundió un infundado temor entre el personal médico y de enfermería.

Durante 1985, la transfusión sanguínea, la inquietud de los colectivos gays por el incremento de la mortalidad, la falta de atención médica, el desdén inicial de las autoridades sanitarias y las expresiones homofóbicas se trasladaron al debate mediático. Aunque el gobierno realizaba abordajes de investigación epidemiológica con las poblaciones afectadas, las consecuencias de la estigmatización se tradujeron en maltrato, culpabilización e incluso violencia física. El representante en México del Papa Juan Pablo II aseguró que

el sida era una venganza de la naturaleza en contra de los pecadores, afirmación que respaldó la visión punitiva de las autoridades religiosas. La discriminación hacia las poblaciones afectadas por el sida se fue incrementando hasta que, en septiembre, la Ciudad de México resintió los terremotos que diezmaron el ánimo social y los reclamos comunitarios generados por el VIH. Los titulares de la prensa fueron ocupados por la muerte de miles de personas (las cifras oficiales de 3,192 fallecidos nunca fueron aceptadas por la opinión pública, que las estimó en más de 10 mil), la destrucción de 30 mil viviendas y otras 60 mil con daños severos, además de 150 mil damnificados. No es exagerado señalar que, durante meses, se perdió la gobernabilidad en la capital del país y que se gestó una fuerte movilización para demandar vivienda.

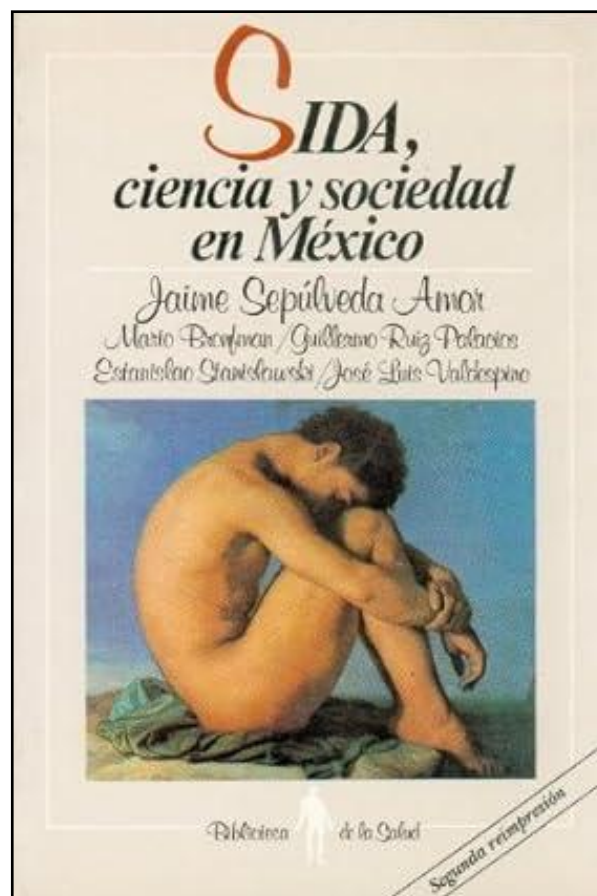
Sin embargo, el sida seguía avanzando. En febrero 1986, la Secretaría de Salud creó el Comité Nacional de Prevención del Sida, mientras que las organizaciones civiles empezaban a consolidar su discurso, infraestructura y servicios alternativos. La respuesta comunitaria se nutrió de la lucha de los gays en contra de la homofobia y recibió respaldo de sectores liberales del feminismo, de artistas, intelectuales, académicos y médicos tratantes. Algo quedaba muy en claro: que no habría cura.

Visionario, Galván Díaz entendió la importancia del factor tiempo en la toma de decisiones, y ello se reflejó en los textos que enriquecen las 399 páginas de *El sida en México: los efectos sociales*, donde autores como Carlos Monsiváis, Max Mejía, Xavier Lizárraga, Roberto González Villarreal y Juan Jacobo Hernández -entre otros- arrebataron conceptualmente la epidemia al sector médico para difundir su dimensión social, sexual, cultural y política. En esta odisea, sin recursos para sustentar un trabajo colectivo con colaboradores formados en la academia, el activismo gay, el periodismo y el análisis de la opinión pública, Galván Díaz logra retratar la atmósfera que se iba tejiendo en torno de esta emergencia, removiendo los cimientos de la sexualidad e interpelando el doble discurso de la población. Radical, también dedica algunos trabajos a cuestionar con dureza las primeras medidas tomadas por la Secretaría de Salud y, de paso, cuestiona el asistencialismo no gubernamental.

Por su parte, Sepúlveda Amor impulsó una lectura de la epidemia basada en evidencia y orientada a documentar el origen del agente causal, sus mecanismos de transmisión, la detección del virus, el registro epidemiológico, las estrategias preventivas, el gasto financiero y el tratamiento de infecciones oportunistas, entre otros tópicos.

Los contenidos del libro eran valiosos, pero tenían un sesgo institucional, ya que su coordinador era el funcionario responsable -en ese momento- de dirigir la respuesta gubernamental a la epidemia. Esto incluyó, desde 1986, algunas medidas de control de la transmisión sanguínea, la notificación obligada de casos y las primeras campañas de información a través del CONASIDA (creado también ese año) del cual surgió el Centro Nacional de Información.

En 1998 Sepúlveda Amor impulsó la apertura de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, denominado Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA), que en el 2001 se transformó en el actual Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA), al cual este año se le extendieron sus funciones en materia de control de las hepatitis.



De forma periférica, este libro reconoció las voces emergentes que aparecieron desde las poblaciones afectadas, pero no las incluyó en sus 495 páginas. El libro significó la primera postura oficial y también gremial. De los 25 colaboradores, 15 eran médicos con distintas especialidades. Entre los autores sobresalen personajes que posteriormente tomarían decisiones importantes para enfrentar la epidemia desde el sector salud como Jorge Alcocer Varela, Samuel Ponce de León, Blanca Rico Galindo, José Luis Valdespino Gómez, Manuel Palacios Martínez, José Antonio Izazola Licea, Carmen Soler Claudín y Luis Guillermo Juárez Martínez, entre otros. También aparece la firma de Mario N. Bronfman Pertzovsky.

El tiempo se conjugó de forma diferente para los editores de cada publicación. Con su libro Galván Díaz sembró las claves que han permitido construir una lectura no gubernamental para vigilar, pero sobre todo interpelar de “tú a tú” a la autoridad sanitaria. En pocos años fundó el *Grupo de Intervención Social en Sida y Defensa de Derechos Humanos, AC* (GIS-SIDA), e impulsó, con otros activistas, la primera red para enfrentar comunitariamente la epidemia e incidir en la política sanitaria del país. Esa red se llamó *Mexicanos contra el Sida, Confederación de Organismos No-Gubernamentales, AC*, cuya capacidad de convocatoria reunió 20 organizaciones de varias regiones de la república. En octubre de 1990, Galván Díaz lanzó la edición del suplemento *Sociedad y Sida* en el diario *El Nacional* (propiedad del gobierno federal) e impulsó en 1992 la *Cartilla de los Derechos de las Personas que viven con VIH*, documento que sentó las bases para la redacción de la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH*, aprobada en 1993. Ese año, Francisco falleció. La terapia triple para controlar el VIH llegó a México en 1997. Su legado fue recogido y ampliado por la organización *Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana, AC*.

Por su parte, Sepúlveda Amor siguió dando la batalla en contra de la epidemia desde el interior de la Secretaría de Salud, lo cual incluyó una confrontación con los grupos conservadores que se oponían a la promoción del condón, entre otras acciones. Fue nombrado en 1991 Subsecretario de Salud; después, director del Instituto Nacional de Salud Pública, y más tarde Comisionado de los Institutos Nacionales de Salud de México. Los cambios de administración y también el arribo de nuevos tomadores de decisión lo fueron alejando de esta lucha, pero su formación como investigador se acentuó. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Americana de Artes y Ciencias de Estados Unidos; así como de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Nacional de Ciencias de México. Ha sido investigador nacional nivel III del CONAHCyT por más de 18 años. En 2009 recibió la distinción como Investigador Emérito de la Secretaría de Salud. Fungió como director ejecutivo del Instituto de Salud Global de la Universidad de California, San Francisco (UCSF) por 12 años (2011-2023). Actualmente es el director ejecutivo de Ciencias de la Salud Global de esa misma universidad.

Como cabezas de dos perspectivas que se confrontaban y que también coincidían, la memoria de los coordinadores de estos libros permanece en la narrativa de la lucha contra el sida. La Clínica Especializada Condesa Iztapalapa lleva el nombre de Jaime Sepúlveda Amor y, su biblioteca, el nombre de Francisco Galván Díaz.

## Referencias

1. Galván Díaz F, editor. *El SIDA en México: los efectos sociales*. México: Ediciones de Cultura Popular, 1988.
2. 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

es lo más

LUC MONTAGNIER

# Sobre virus y hombres

La carrera contra el SIDA

CÍRCULO DE LECTORES

os servicios en [www.condesa.cdmx.gob.mx](http://www.condesa.cdmx.gob.mx)



## Programación de Citas para Estudios CD4 y Carga Viral (CV)

Los estudios de carga viral y CD4 se realizan de forma periódica, de acuerdo a la disponibilidad de agenda. Son indispensables para el seguimiento de tus consultas y facilitan el acceso a tu información.



Toma de CV y CV4



CIUDAD DE MÉXICO CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada CONDESA



CONDESA Iztapalapa

# PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP)

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

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




## Esquema DIARIO

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

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



## Esquema A DEMANDA 2-1-1

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



La PrEP es un servicio accesible y gratuito.

Solicítala a través de la App CDMX:



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
CONDESA



## Anuncios

# Lesiones que podrían desarrollar cáncer

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

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

Escanea el QR para agendar una cita.



¡Realízate tus estudios de citología y PCR!



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



## Anuncios



### Módulo VHC

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

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

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

**#QuiéreteCuidateYHazteLaPrueba**



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



## 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. Anel Monserrat Hernández Acosta**

Desarrollo y Administración de Sistemas

### Clínica Especializada Condesa

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

Director encargado del despacho

#### **Lic. Héctor Avilés Castro**

Administrador

### Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

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

Encargada

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

Administrador

### Clínicas Especializadas Condesa

#### **Dra. Verónica Ruíz González**

Responsable de Laboratorio Especializado y  
Laboratorio Clínico

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

Responsable Sanitario y Jefa de Farmacias



CIUDAD DE MÉXICO  
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



Clínica Especializada  
CONDESA

