

Comunicación y percepción social sobre el VIH y el sida

Luis Manuel Arellano Delgado

Introducción

La percepción social del sida está vinculada con el sexo e incluye un ingrediente moral que descalifica a las personas afectadas. De manera explícita o implícita, ese prurito ha quedado documentado desde 1987 en diversos estudios y encuestas realizadas para conocer qué piensa y qué sabe la población acerca de la epidemia.

En la opinión pública mexicana, el sida se entiende, se explica, se atiende y se previene mediante una singular mezcla de información que incluye contenidos basados en evidencia científica con resabios de los prejuicios sembrados por el conservadurismo. Debido a que el VIH puede prevenirse, la culpa constituye un elemento central en la configuración de la percepción social que explica al sida como consecuencia de lo que llama “desorden sexual”. La epidemia no ha logrado comprenderse desde la perspectiva clínica y seguramente por ello sigue activa, con nuevos casos y defunciones.

¿Ha fallado la comunicación para prevenir y controlar la epidemia? Por supuesto; no se ha logrado construir la percepción de riesgo que permita a la población incorporar medidas efectivas de protección ni se han logrado eliminar los estigmas que dificultan la implementación de mejores medidas sanitarias. Tampoco existen recursos para atender sin aglomeraciones a quienes están bajo tratamiento. Las epidemias históricas de sífilis, influenza y Covid-19 son ejemplos de la incapacidad de las autoridades sanitarias para conectar con esta realidad.

Lo cierto es que la transmisión del VIH no está bajo control y esto lo consigna el *Informe Histórico de VIH 4to Trimestre 2021*, del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. El incremento en el registro nacional de diagnósticos nuevos durante los últimos años es contundente: 10,643 casos en 2014; 12,281 en 2015; 15,987 en 2016; 15,093 en 2017; 19,809 en 2018; 19,001 en 2019;

9,707 en 2020 y 15,793 en 2021.¹ La mortalidad tampoco se ha reducido, pues anualmente fallecen entre 4,500 y 5,000 personas.

Si la infección por VIH es evitable y existen medicamentos para que nadie muera de sida, ¿cuál es la razón por la que esta epidemia sigue activa? La respuesta se puede encontrar (de hecho existe) en la población misma. Conocer qué se piensa y actuar sobre esas respuestas es una asignatura pendiente todavía.

Tampoco se ha dimensionado el daño provocado por el clero mexicano en su obstinada oposición a las campañas preventivas: cuando en 1985 el nuncio apostólico afirmó que el sida era castigo para los homosexuales,² se liberaron argumentos que justificaron, literalmente, linchamientos verbales y físicos con alto contenido moral contra el conjunto de las poblaciones afectadas.³ Moralizar el contagio facilitó la especulación así como la invención de formas de transmisión. A la distancia, tendría que revisarse si la obstinación católica en contra de la homosexualidad y el uso del condón han sido tipificados como delitos.

En la configuración de este ingrediente moralizador, la prensa ha tenido un papel central. El morbo y la especulación fueron y siguen siendo criterios editoriales no solo del periodismo tradicional sino de la pujante comunicación digital de los últimos años.

Para dimensionar este proceso es necesario subrayar que los cimientos moralizantes del sida no aparecieron con la epidemia; han estado presentes durante siglos. También es necesario observar que las campañas institucionales nunca se propusieron confrontarlos. De hecho, los primeros e incipientes mensajes preventivos emitidos por el Comité Nacional de Prevención del Sida —creado en 1986— advertían sobre la letalidad de la enfermedad⁴ y con ello reforzaban la idea de que el sida era algo peligroso.

¹ Santa Elizabeth Ceballos Liceaga et al. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe Histórico VIH 4to Trimestre 2021*. México: Secretaría de Salud, 2022.

² Girolamo Prigione también declaró que a los homosexuales había que considerarlos “no solo enfermos morales sino físicos también”, y aseguró que representaban uno de los vicios más grandes que condena la Iglesia católica. (Martha Anaya, *Excelsior*, 31 de agosto de 1985).

³ Max Mejía. “Historias extraordinarias del siglo XX”, en Francisco Galván (coord.). *El Sida en México: los efectos sociales*, México: Ediciones de Cultura Popular / Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, 1988, 17-57.

⁴ El primer mensaje de alerta por parte de la Secretaría de Salud fue visual: un cadáver dentro de una morgue, cubierto con una sábana y una etiqueta amarrada a un dedo del

Desmontar creencias masivas no es sencillo. En 1987 la Secretaría de Salud rectificó el contenido de sus mensajes y liberó dos *spots* de televisión para explicar cómo se transmite y previene el VIH, asegurar que el sida no era exclusivo de homosexuales, proponer el uso de condón e incluso sugerir la monogamia como medida preventiva, al tiempo que promover la línea de orientación e información Telsida.⁵ Más tarde se sabría que no alcanzaron el impacto esperado.

Durante esos primeros años, y con menos atención mediática, la opinión pública también se nutrió de otros mensajes que rechazaban la moralización del sida. Provenían de los enfermos, de sus familias y parejas, así como de las poblaciones afectadas por la creciente discriminación, particularmente los colectivos gays. El surgimiento de organizaciones no gubernamentales entre los años ochenta y noventa configuró un contrapeso significativo frente a la estigmatización y la discriminación del conservadurismo.⁶

La percepción social del VIH/sida no ha sido estática; en su narrativa aparece un continuo cambiante marcado por los avances de la ciencia médica, los procesos de reivindicación sexual y de género, el acceso a la salud, el respeto de los derechos humanos y el control de la infección con medicamentos. El signo de alerta es que sostiene pautas conservadoras, y muchas de estas siguen proyectándose en acciones puntuales de discriminación y violencia. En el presente capítulo se identifica una parte de las ideas, temores y prejuicios que la población ha acumulado hasta la fecha, aunque también debe decirse que algunos estigmas han desaparecido y que se extendió el movimiento de pacientes que reivindican el diagnóstico de manera pública e incluso desafiante. La siguiente relatoría permite dimensionar cómo se fue configurando la actual percepción social del VIH/sida, los actores que participaron en esta dinámica, su nivel de influencia y el limitado impacto de las campañas institucionales.

pie donde se lee: “Defunción de sida” seguido del mensaje “El riesgo es de todos” y con letras más grandes la advertencia “El SIDA sí... da”.

⁵ Estos primeros *spots* se pueden consultar en https://www.youtube.com/watch?v=1f-IBVSS8XA&list=PLL4Noe402icJoUgF2oiBgMBf1_l6ljchS.

⁶ Héctor Miguel Salinas Hernández. “La incidencia de los organismos no gubernamentales en el proceso de incorporación del sida a la agenda del gobierno”, tesis de maestría, UNAM, 1998.

Percepción durante los años ochenta

En 1987, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud realizó un ambicioso estudio durante los meses de septiembre y octubre para conocer la percepción que del sida tenía la sociedad. Se realizaron 3,256 entrevistas en seis lugares: la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Tijuana, Acapulco y Mérida. Los cuestionarios se aplicaron de manera segmentada: 638 entre público general, 811 en universitarios; 1007 en personal de salud; 853 en homosexuales y bisexuales; y 837 en trabajadoras sexuales.⁷ Fue elevado el porcentaje de creencias equivocadas respecto a la transmisión, prevención y percepción de riesgo. Además, se recogieron juicios de valor contra los enfermos y los grupos sociales a los que pertenecían.

Este ejercicio demoscópico reveló que muchos conocimientos y actitudes hacia el sida no tenían como referencia los mensajes difundidos por las autoridades. La opinión pública se estaba nutriendo de estigmas de corte conservador y culposos contra los enfermos, así como de rumores. De los entrevistados, 51% creía que la infección se podía adquirir en albercas; para 46%, en instalaciones sanitarias públicas; 42% temía al contacto casual; 36%, a los piquetes de insecto, y 15% estimó que la infección se podía adquirir a través del aire. Para 97%, la prevención del virus implicaba evitar el sexo con personas infectadas (97%); para 96%, había que realizar pruebas de detección a donadores de sangre; 95% entendía que no se debían usar agujas y jeringas sin esterilizar; para 92%, lo mejor era evitar relaciones sexuales con personas recientemente conocidas; 70% consideraba disminuir el número de parejas sexuales. Solo 65% consideraba importante usar condón. Respecto a los enfermos, 78% se pronunció por aislarlos.

Otros estudios documentaron una percepción social similar. En septiembre, un sondeo en la Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco aplicado a 45 estudiantes (más 24 profesores y 15 trabajadores) reveló, además de apreciaciones de tipo moral en las respuestas, la falta de rigor científico en la comunidad universitaria, pues 14 de los entrevistados consideraba que la infección se transmitía por saliva, lágrimas o piquetes de mosquito.⁸

⁷ José Antonio Izazola et al. "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos", en *Sida, Ciencia y Sociedad*, México; Instituto Nacional de Salud Pública / Fondo de Cultura Económica, 1989, 297-336.

⁸ Irma Juárez González. "La identidad del SIDA. Sondeo inicial en la comunidad UAM-A", en Francisco Galván (coord.), *El Sida en México: los efectos sociales*, México:

Antes, en julio, se aplicó un cuestionario en la UAM Iztapalapa a 90 estudiantes, para quienes “el sida aparece como enfermedad de los excesos” y de “la transgresión a las normas que regulan la vida sexual en la sociedad”. Los investigadores asumieron la perspectiva de que el sida, más que una enfermedad, era una construcción social por cuanto “pone en juego un conjunto de imágenes sobre el cuerpo, la sexualidad, el deseo, y grupos minoritarios, previos a su aparición”, y centraron su análisis en el hecho de que los entrevistados procesaban la información sobre el sida a partir de los medios de comunicación, pero de manera selectiva, asimilándola a sus creencias y actitudes previas, de tal forma que “datos nuevos fortalecen antiguas creencias”.⁹

¿Cómo explicar que en tan reducido tiempo se proyectara repudio, asco, miedo y rechazo hacia las personas con sida? En realidad, ese repudio, asco, miedo y rechazo ya existía hacia la sexualidad “pervertida” representada por los homosexuales y las trabajadoras sexuales, poblaciones que quedaron asociadas en esa primera etapa con la nueva enfermedad. Por eso, a las personas que adquirieron el VIH por transfusión o vía perinatal se les consideró inocentes y consecuentemente víctimas.¹⁰ Para la opinión pública, lo importante era la forma de transmisión.

Creado por decreto presidencial el 24 de agosto de 1988, a Conasida correspondía “evitar la diseminación del VIH”, lo cual incluía apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del sida,¹¹ pero la facultad de encabezar las medidas de control de la epidemia no fue usada para frenar las campañas del conservadurismo en contra del condón, del placer sexual y de la homosexualidad, que posteriormente complicarían las estrategias sanitarias preventivas. El boicot en 1988 de esos grupos de presión en contra del primer mensaje para promover el uso del condón en televisión

Ediciones de Cultura Popular / Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, 1988, 329-355.

⁹ Miguel Ángel Aguilar et al. “Actitudes frente al sida. Encuesta entre estudiantes de la UAM Iztapalapa”, en Francisco Galván (coord.), *El Sida en México: los efectos sociales*, México: Ediciones de Cultura Popular / Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, 1988, 359-65.

¹⁰ En el discurso moralizador del sida no aparecen las referencias en contra de las personas que adquirieron el VIH por esta vía, ni tampoco por transmisión perinatal.

¹¹ El 3 de julio de 2001, por decreto presidencial, este órgano se transformó en el actual Centro para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida), también con funciones educativas y de difusión.

abierta, acordado entre la Asociación Nacional de Actores y Televisa, es quizá el mayor ejemplo de esta embestida.¹²

Del otro lado, los activistas organizados empujaron la apertura de los medios de comunicación del Estado a finales de esa década. El mejor ejemplo de sinergias apareció cuando el diario *El Nacional* incorporó a sus páginas el suplemento independiente *Sociedad y Sida*, bajo la dirección del activista y académico Francisco Galván Díaz, mientras que el Instituto Mexicano de la Radio realizó una intensa campaña de información con más de 200 *spots* acordados con una red de organizaciones no gubernamentales.¹³ Pero estos esfuerzos, y otros que más adelante habrían de concretarse, tampoco modificaron sustancialmente la baja percepción de riesgo ni mucho menos le restaron estigmas al sida.

Percepción en los años noventa

En la segunda década de sida, Conasida publicó un análisis sobre los primeros siete años de campañas, en donde reconoció los obstáculos y errores enfrentados.¹⁴ La autocrítica fue rebasada porque la epidemia se vinculó a otras agendas globalizadoras que contribuyeron a extender su presencia mediática como la movilización del Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH en 1997, para que el Instituto Mexicano del Seguro Social comprara los anti-retrovirales que podían controlar la infección viral, reducir las muertes y extender la vida.¹⁵ Esa lucha generó muchas noticias. Al mismo tiempo, las contra-campañas de los sectores conservadores se endurecieron en esta década no solo para promover en los medios de comunicación la castidad y

¹² El *spot* censurado de Lucía Méndez se puede ver en <https://www.youtube.com/watch?v=zisRwyvrYR8>.

¹³ La red de organizaciones no gubernamentales "Mexicanos contra el Sida, A.C.", liderada por Arturo Díaz Betancourt, coprodujo años después, con el IMER, una radionovela de 20 capítulos: <https://www.imer.mx/fonoteca/rocio-la-historia-de-una-mujer-de-nuestro-tiempo-1992/>.

¹⁴ Blanca Rico, Mario Bronfman y Carlos del Río. "Las campañas contra el sida en México: ¿los sonidos del silencio o puentes sobre aguas turbulentas", *Revista Salud Pública de México* 37, no. 6 (noviembre-diciembre de 1995), 643-53.

¹⁵ Los integrantes del Frenpavih usaban pasamontañas blancos que impactaron de manera decidida a la opinión pública.

fidelidad como “únicas vías” contra el sida, sino porque obtuvieron el aval de la Secretaría de Salud,¹⁶ que intentaba quedar bien con todos los actores sociales.

En este período se diseñó un Plan de Medios de Comunicación que implicó mayor difusión de *spots*, pero fue con la incorporación de la Secretaría de Educación Pública al Consejo Consultivo del Conasida cuando se abrió otro frente informativo al incluir contenidos sobre sida en libros de texto gratuito de sexto grado de primaria.¹⁷ No sorprendió, por eso, que a mediados de la década 95% de adolescentes y jóvenes entrevistados para un nuevo trabajo¹⁸ dijera haber escuchado “algo” respecto al sida. La muestra incluyó a 1,410 estudiantes (711 hombres y 699 mujeres) con el propósito de conocer sus fuentes de información sobre la epidemia. 39% señaló que sabían del sida por sus profesores, 38% por sus familiares y 32% por sus amistades. Sus conocimientos incluían datos falsos o prejuiciados: para 14.8%, había riesgo de infectarse en una “clínica dental o en un centro de salud usado por gente con sida”; 40.6% señaló la importancia de evitar picaduras de mosquito; 42% consideraba un riesgo usar sanitarios públicos; y 59% percibía lo mismo si se compartían platos, cubiertos o vasos con personas infectadas. Respecto a la prevención, 23.5% consideró que “el virus es capaz de cruzar el hule de los condones”,¹⁹ mientras que para 35.7%, simplemente, “los adolescentes no tienen sida”. Los datos recabados fueron estudiados años después desde una perspectiva de consenso cultural y se identificó que los conocimientos

¹⁶ El 5 de abril, el entonces director general de Fomento de la Salud de la SSa, Rafael Camacho Solís, dejó por escrito su aval al contenido del Grupo Ferrer para la campaña que contra el sida había ordenado el conservador y derechista Grupo Enlace. Édgar González Ruiz. *Cómo propagar el sida. Conservadurismo y sexualidad*. México: Rayuela, 1994, 141.

¹⁷ Citado por Carlos Magis en “Nuestra epidemia, el Sida en México 1983-2002”, en *Sida, Aspectos de Salud Pública*. México: Censida / Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, 18.

¹⁸ Ramiro Caballero Hoyos et al. “Fuentes de Información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México”, *Revista de Saúde Pública* 31, no. 4 (noviembre de 1997): 351-59.

¹⁹ Los grupos conservadores alertaron de que el tamaño de los poros del látex es mayor al del virus del VIH, sin aclarar que este vive (y se transmite) a través de moléculas más grandes que no traspasan dicha barrera.

vertidos por esos adolescentes eran homogéneos en todos los estratos y estaban orientados hacia un modelo biomédico, se señala en el análisis.²⁰

En 1997, Conasida y el Project Concern International (PCI) aplicaron una encuesta de opinión en 13 entidades federativas. Una pregunta específica realizada a adolescentes (¿Con quién has platicado sobre sida?) permitió saber que 29.5% de los entrevistados (1,449) solo dialogaba de estos temas con sus amigos, mientras que 18.5% (902) lo hacía con sus maestros, en tanto 11.5% (562), únicamente con su madre, y 5.0%, solo con su padre (244). 4.4% lo conversaba con ambos padres (217), y apenas 8.4% (408) lo hacía con sus padres, maestros y amigos. Significativamente, 15.7% (768) no abordaba el tema con nadie.²¹ Los datos son contundentes: los jóvenes no se estaban guiando por las campañas institucionales.

En 1999, otro trabajo con jóvenes de entre 16 y 23 años en la Ciudad de México reveló que el núcleo cognitivo sobre el sida asociaba sexo, enfermedad y muerte, por lo cual el campo representacional del sida se construía sobre la unidad transmisión-prevención en la que aparecían conceptos como virus, contagio, sexo, protección y condón. Además, la utilidad del condón estaba relacionada con la prevención de embarazos, más que con la prevención de infecciones de transmisión sexual.²² Entre los datos recabados se cita que los entrevistados atribuyeron el VIH a prácticas sexuales “degeneradas”, a la irresponsabilidad y a la infidelidad. Un elemento importante, que podría atribuirse al hecho de que los adolescentes entrevistados formaban parte de una nueva generación, es que percibieran al sida como una enfermedad “vieja”, como si se tratara de un problema de otra época, pero también lejano en cuanto a que no se identificaron con las poblaciones afectadas. La creencia de que el VIH puede traspasar el látex siguió presente. Otro dato revelador fue sobre

²⁰ Alberto Villaseñor Sierra et al. “Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condón en adolescentes”, *Revista de Salud Pública* 45, suplemento 1 (2003), 73-80.

²¹ Encuesta y datos citados por Cecilia Gayet y otros investigadores que, en 2000, aplicaron el método de regresión logística multinominal para reevaluarlos. “Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre sida”, *Revista de Salud Pública* 44, no. 2 (2002), 122-28.

²² Fátima Flores Palacios y René Leyva Flores. “Representación Social del Sida en estudiantes de la Ciudad de México”, *Revista Salud Pública de México* 45, no. 5 (2003), 624-31.

“la apariencia física de las personas con VIH”, ya que, dijeron algunos, con solo mirarlos podría reconocerse que están infectados.²³

Percepción de 2000 a 2010

La primera década del siglo XXI se significó porque el gobierno intensificó sus campañas en medios electrónicos e incrementó el número de carteles²⁴ y folletos, entre muchos esfuerzos. De manera especial, se hicieron llamados a no discriminar a los enfermos e incluir a la diversidad sexual en la respuesta social a la epidemia, sin dejar de promover el condón.

Otros estudios alertaron sobre la falta de información entre la población rural e indígena. En el año 2000, un trabajo cualitativo en comunidades de Zacatecas encontró que había dificultad comunitaria con los pacientes con VIH asintomáticos porque, a pesar de su diagnóstico, rechazaban sentirse enfermos y ello complicaba que aceptaran las indicaciones del personal de salud.²⁵ También en ese año concluyó una investigación en la sierra de Zongolica, Veracruz, por la cual se pudo constatar que las comunidades más alejadas ni usaban ni conocían la palabra sida.²⁶ Otro caso: algunos de los 41 rarámuris entrevistados a fines de los años noventa aseguraron conocer la palabra “sida”, pero la asociaron a síntomas confusos: salen manchas, seca el cuerpo, da debilidad. Además, 10% dijo que era curable.²⁷ Entre 2003 y 2005 se buscó

²³ En los inicios de la epidemia, el desgaste físico era sinónimo de sida. Como puede observarse, ese estigma ha trascendido a la percepción social de la epidemia.

²⁴ El impacto visual de los mensajes para concientizar sobre la epidemia es abordado por Ana Luisa Estrada Salgado en el libro *El sida y su imagen en México a partir de los carteles de prevención* (Colección Graduados, Serie Sociales y Humanidades 6. Universidad de Guadalajara, 2014), que incluye la reproducción de 80 pósters.

²⁵ Raúl Ortiz Mondragón et al. “Atención del VIH/SIDA en el medio rural de Zacatecas”, en *La otra epidemia: el SIDA en el área rural*. Colección Ángulos del Sida 4. México: Conasida, 2003, 53-75.

²⁶ N. Álvarez Licona y M. Sevilla González. “Zongolica: diseño de una estrategia participativa para el combate al VIH/SIDA en comunidades nahuas de la sierra”, en *La otra epidemia: el SIDA en el área rural*. Colección Ángulos del Sida 4. México: Conasida, 2003, 78-95.

²⁷ Jesús Vaca e Imelda Gameros. “Conocimientos sobre VIH/sida en rarámuris de la ciudad de Chihuahua: un estudio exploratorio”, *Revista de Salud Fronteriza* (julio-diciembre de 1999), 8.

identificar la información, actitudes y percepción de riesgo en 4 localidades rurales de Yucatán.²⁸ Para 47% de las mujeres y 41% de los hombres, la radio era la principal fuente de información sobre sida, y la mayoría no consideraba la posibilidad de infectarse. Todo indicaba —se advierte en el estudio— que las estrategias educativas utilizadas en las campañas fueron poco efectivas en las poblaciones rurales.

La complejidad de impactar en estas poblaciones se pudo comprender con los datos aportados por otro estudio divulgado en 2009, con 135 jóvenes de familias jornaleras indígenas que migran dentro del país,²⁹ distribuidos en los municipios de Cuauhtémoc (Colima) y Tepic (Nayarit). 79.4% era bilingüe, algunos sin educación; 80.7% dijo haber escuchado sobre el sida. El patrón de conocimientos fue homogéneo y orientado a identificar identidades de riesgo en las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres. También se reveló incertidumbre sobre la eficacia del condón, se identificó al mosquito como vector (un significativo 45%) y a los dentistas como transmisores. La investigación fue minuciosa y ofreció nuevos parámetros para identificar el tamaño del reto informativo en un país culturalmente fragmentado, de intensa migración y donde las lenguas indígenas no han dejado de ser vasos comunicantes. En Colima, la mayoría de los entrevistados procedía de comunidades rurales nahuas y amuzgas del estado de Guerrero, mientras que en Nayarit procedían de comunidades zapotecas de Oaxaca, nahuas de Guerrero, huicholas de Nayarit y Jalisco, y tepehuanas de Veracruz. El estudio permitió reconocer los contrastes culturales frente a la información sanitaria. Así, en Colima escucharon hablar más del sida los migrantes que hablaban náhuatl (87%) que los que hablaban amuzgo (64.7%). En Nayarit escucharon hablar más del sida los migrantes que hablaban huichol, náhuatl y tepehuano (95.8%) que los que hablaban zapoteco (70%). Para 34.3%, las fuentes de información fueron amigos o parientes, y los medios de comunicación constituyeron referencia para 38.0%, mientras que las fuentes interpersonales formales (escuela y personal de salud) tuvieron un porcentaje menor (27.8%).

Los estudiantes de medicina no estaban mejor informados sobre la epidemia. En 2005 se evaluó el lugar de la enseñanza del sida en 8 escuelas de

²⁸ Norma Pavia Ruz et al. “Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán”, *Revista Biomédica* 23, no. 2 (2012), 53-60.

²⁹ Caballero Hoyos et al. “Fuentes de información”.

medicina³⁰ y se encontró que 90% de los profesores enseñaban sin tener experiencia clínica. En promedio, se impartían 8.8 horas sobre el tema durante la carrera. Los 243 estudiantes de pregrado entrevistados dijeron usar como medios alternativos de información las revistas médicas (66.0%), internet (62.7%), televisión (41.8%), libros de texto (42.6%) y folletos (19.3%). Además, la información que recibían de cursos, congresos, conferencias, folletos, el Censida y el personal médico era muy pobre.

La percepción social del sida no dejó de medirse con estudios amplios durante esta década. En 2002, una muestra de 3,423 estudiantes de vocacional en la Ciudad de México dimensiona en qué se avanzaba y dónde se bloqueaba el conocimiento.³¹ El trabajo encontró un alto nivel de información y actitudes de aceptación hacia las personas afectadas, pero no hubo consenso sobre el condón como medio efectivo de prevención y hubo quienes consideraron posible la transmisión del VIH a causa de una mordida. Las fuentes de información de estos jóvenes eran la escuela (92.6%), la televisión (66.3%), los libros (64.2%) y sus padres (55.8%). ¿Estaban logrando su propósito las campañas del Conasida? La respuesta es negativa: en este estudio solo 10.5% de los adolescentes señaló haber obtenido información de las instituciones de salud.

Percepción de 2011 a 2020

Igual que los estudios previos, en este período también quedó constancia de cómo el conocimiento respecto al VIH/sida se sostiene anclado a preceptos moralizados. En 2012 fueron encuestados 200 estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, y el estudio recogió los resabios de ese tufo: 12.5% de los estudiantes consideró que el VIH puede adquirirse solo por homosexuales, pero también persistieron creencias erróneas sobre sus formas de transmisión: para 82.5% el VIH se podía transmitir por la saliva de una persona infectada, y para 28.5%, por picadura de mosquito. Además, persiste el

³⁰ José Antonio Izazola Licea et al. "La enseñanza del VIH/SIDA y su integración en la currícula en una muestra de escuelas de medicina en México", *Gaceta Médica de México* 141, no. 6 (2005), 483-88.

³¹ Blanca Gloria Bravo y Macedo. "Conocimientos y actitudes del adolescente hacia el VIH/SIDA", tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002.

estigma sobre el físico de los pacientes, pues 6% creía que podía identificar a una persona con sida solo con mirarla.³²

En 2018, un muy completo trabajo con 378 estudiantes se propuso identificar las representaciones sociales del VIH y las razones por las cuales hay resistencia a practicarse la prueba de detección.³³ Realizada en Xalapa, la investigación permitió conocer que el VIH sigue asociado a la enfermedad y a la muerte; los estudiantes vincularon ambos términos con la epidemia (152 y 154 menciones, respectivamente). En tercer lugar apareció la sexualidad, aludida con distintas palabras: sexo (58 veces), relaciones sexuales (14 veces), sexualidad (9 veces), promiscuidad (9 veces), infidelidad (4 veces) y condón (20 veces), lo cual da un total de 114 menciones vinculadas entre sí. La epidemia ha permanecido asociada con la enfermedad, la muerte y el sexo.

Por otro lado, se identificaron las barreras esgrimidas para evitar la prueba de detección del VIH: 1) miedo al resultado positivo, 2) no hay síntomas de enfermedad, 3) no sabría qué hacer si le detectan VIH, y 4) para que nadie lo sepa. Los mismos argumentos conocidos desde los ochenta.

En 2019 se publicó uno de los últimos estudios sobre la percepción de esta epidemia en la Ciudad de México, con una muestra de 253 personas con edades entre los 18 y 80 años.³⁴ En el ámbito de las creencias y prejuicios se encontró que: 1) las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los varones; 2) que es una enfermedad de homosexuales o trabajadoras sexuales; 3) que el tratamiento para personas con VIH/sida es una pérdida de tiempo y dinero; y 4) que las personas infectadas por el VIH deben considerarse culpables de haberse infectado. Las autoras del estudio advierten que las “ideas centrales” sostenidas al paso del tiempo permanecen por su consideración de “verdades absolutas”.

³² A. García Mora et al. “Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la Universidad Autónoma del Estado de México”, *Revista de Medicina e Investigación* 2, no. 2 (2014), 121-27.

³³ Isaac Galindo Guevara. “Representaciones sociales hacia el Virus de Inmunodeficiencia Humana y barreras a la prueba diagnóstica en universitarios: un estudio de opinión”, tesis en Estudios de Opinión, Universidad Veracruzana, 2018.

³⁴ Érika Dávalos Rodríguez et al. “Percepción del VIH/SIDA en la Ciudad de México”, *Memorias del XXI Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e Innovación* 6, no. 2 (2019), 7-10.

La percepción del riesgo

Conocidas las formas de transmisión del VIH e identificadas las medidas preventivas, la percepción de riesgo era una prioridad. Si la población comprendía cómo prevenir la infección —sobre todo por vía sexual—, se podía disminuir la cadena de transmisión, particularmente en los núcleos poblacionales más expuestos a la infección.

Los llamados a cuidarse, a usar barreras de protección e incluso a disminuir riesgos para evitar VIH —o cualquier otra ITS— han sido y han formado parte de las campañas y son recomendaciones constantes. Sin embargo, la creencia de que un determinado problema, riesgo o enfermedad es asunto “de los demás” está muy arraigada en México y el VIH/sida lo documenta. En los estudios revisados para el presente capítulo aparece una constante desde el inicio de la epidemia y hasta la fecha: la mayoría de la población no se percibe en riesgo. Como ejemplo, se puede citar el estudio sobre comportamiento sexual masculino realizado entre julio de 1992 y marzo de 1993 en la Ciudad de México y dos municipios conurbados del Estado de México, en el que participaron 8,068 hombres entre los 15 y 60 años de edad (casi todos heterosexuales). El trabajo señala que solo 5.5% tenía una alta percepción de riesgo para VIH en sus relaciones sexuales del pasado, 1.3% contemplaba el riesgo en sus relaciones sexuales del presente y 4.4% en sus relaciones sexuales del futuro.³⁵ El uso del condón no tenía valor agregado para los hombres independientemente de su orientación, preferencia o práctica sexual. En 1994, otro trabajo aplicado en Nuevo León a 135 mujeres y 135 hombres, todos heterosexuales, constató que 84.5% de los entrevistados no se percibía en riesgo ante el VIH.³⁶

La creencia de que el sida era un asunto de hombres que tienen sexo con hombres o de trabajadoras sexuales, hizo creer a muchas mujeres que se trataba de una epidemia de “los otros”. En Yucatán, 69.3% de mujeres entrevistadas en poblados rurales, así lo creía.³⁷ Y en un informe epidemiológico

³⁵ José Antonio Izazola Licea. *Comportamiento Sexual en la Ciudad de México. Encuesta 1992-1993*. México: Conasida, 1994.

³⁶ Olga Olivia Carranza Navarro. “Conducta sexual y sida (riesgo de transmisión sexual al VIH/Sida en población heterosexual)”, tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, 1994.

³⁷ Pavia Ruz et al. “Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo”.

histórico, con corte a 1995,³⁸ se consigna que las mujeres han sostenido una baja percepción de riesgo: “fue notable que la tasa de infección por VIH en mujeres que no se consideraban en alto riesgo de infección fue siete veces mayor que en las prostitutas que, obviamente, tenían múltiples parejas. La explicación residía en que una proporción importante del primer grupo había tenido parejas heterosexuales con antecedente de seropositividad o que pertenecían a grupos con prácticas de riesgo”, señalaron. Ha pesado mucho la creencia de que tener una pareja estable y formal es condición de protección para la mujer. Por su parte, Galindo Guevara (2018) refiere que los estudiantes de Xalapa encuentran al VIH lejano a su realidad y que tampoco se consideran parte de los grupos vulnerables.³⁹

El heurístico de inmunidad, esa coloquial afirmación de que “a mí no me va a pasar”, dice Gayet, está presente en el discurso tanto de hombres como de mujeres jóvenes y se enfrenta a “la evidencia clínica que muestra que las ITS están presentes en esta población”.⁴⁰ La experta indaga a profundidad el ejercicio de la sexualidad en las poblaciones más afectadas por el sida y atribuye ese desdén a las configuraciones simbólicas históricas que, por su estigmatización, el sida habría contribuido a profundizar.

Percepción de los HSH

Si los casos de VIH/sida han permanecido concentrados a lo largo de la epidemia en los hombres que tienen sexo con otros hombres y gran parte de dicha población lo sabía desde los primeros años de la epidemia, podría suponerse que la percepción de riesgo sería mayor en ellos. Los estudios consultados revelan lo contrario.

El seguimiento epidemiológico en HSH ofrece suficiente información respecto a la variedad de vínculos, expresiones y relaciones homoeróticas que

³⁸ José Luis Valdespino et al. “El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990-1994”, en José Ángel Córdova, Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino, *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*. México; Secretaría de Salud, 2008, 27-57.

³⁹ Galindo, “Representaciones sociales hacia el Virus de Inmunodeficiencia Humana”.

⁴⁰ Cecilia Gayet. *Infecciones de Transmisión Sexual en México, una mirada desde la historia y el género*. Colección Ángulos del Sida 11. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del. VIH/Sida, 2015, 309.

construyen esta sexualidad y de cómo ha ido cambiando al margen de la epidemia.⁴¹ Se trata de una sexualidad compleja y desafiante para la prevención del VIH ante el creciente papel de las aplicaciones de ligue digital,⁴² y en cierta medida frente a las expectativas que genera el uso profiláctico de antirretrovirales en HSH con estatus negativo al VIH. ¿Cuál es la percepción comunitaria del sida en los hombres con prácticas homosexuales? Hasta ahora no se ha realizado un trabajo que responda la pregunta.

Para fines de este apartado, se ha considerado el uso del condón como indicador de percepción de riesgo. ¿Qué tanto se usaba entre los HSH esa herramienta preventiva durante los años ochenta? A través del Centro de Información de Flora, de 1988 a 1989 se aplicaron cuestionarios a 2,314 homosexuales que acudieron a realizarse pruebas de detección de VIH y a buscar información. La elevada prevalencia de resultados positivos (31%) fue asociada en ese tiempo a las llamadas prácticas de riesgo, entre ellas, que 67% reportó no haber usado nunca un condón. Años después, otra investigación en seis ciudades, que incluyó 3,029 entrevistas con homosexuales y bisexuales, ofreció matices en el uso del condón. En la Ciudad de México solo 30.9% reportó usarlo; en Guadalajara, 35.5%; en Monterrey, 18.4%; en Tijuana, 45.9%; en Acapulco, 23.2%; y en Mérida, 22.1%.⁴³

En 2011 se buscó medir la seroprevalencia de VIH en HSH, y el resultado, ajustado por el valor de predicción positivo, de 16.9%, contrastó con la baja percepción de riesgo de los entrevistados, pues solo 5.6% creía en ese momento que pudiera tener VIH. La muestra incluyó 8,503 individuos en 242 sitios de reunión de 24 ciudades del país.⁴⁴

Es importante agregar que, en la última década, la lectura respecto de la percepción de riesgo ha debido modificarse al menos en un segmento de

⁴¹ Ricardo Baruch describe el proceso de construcción de las prácticas sin condón entre HSH, que desafían las estrategias preventivas. "Análisis del bareback entre hombres gays en la ciudad de México dentro del contexto de la transmisión del VIH", tesis de maestría, INSP, 2013.

⁴² Omar Ramos detalla esta evolución, particularmente con la plataforma de Grinder. *Un hombre en tacones*. México: Grijalbo, 2021.

⁴³ Estudios citados por José Antonio Izazola Licea en "Transmisión homosexual del VIH del VIH/SIDA en México", *Revista de Salud Pública* 37, no. 6 (1995), 602-04.

⁴⁴ Sergio Bautista Arredondo et al. *Resultados principales de la encuesta de seroprevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres*. Fundación Mexicana para la Salud, 2013.

HSH que no usa el condón de manera consciente. Baruch profundiza en ese punto.⁴⁵

Percibir y vivir el estigma

Junto a la baja percepción de riesgo, la discriminación hacia las personas con VIH/sida también destaca en los estudios revisados para este capítulo. La sociedad no solo discrimina; acepta que existe esa discriminación. En 2005, el Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación consignó que las personas con VIH/sida eran el cuarto sector más desprotegido socialmente, atrás de ancianos, indígenas y personas con discapacidad.⁴⁶

La discriminación por sida existe desde que se inició la epidemia. Los enfermos relataron sus experiencias durante los años ochenta. Hay testimonios sobre el maltrato a pacientes con sida en los hospitales e incluso en sus propias familias.⁴⁷ Años después, el abordaje etnográfico permitió profundizar respecto a los efectos de la discriminación, sobre todo cuando se interioriza. Entre 1997 y 2003, una acuciosa investigación en el Puerto de Veracruz con 17 pacientes homosexuales, bisexuales y transgénero en fase de sida constató el impacto del estigma, así como la angustia sufrida ante la discriminación enfrentada.⁴⁸

Los relatos sobre discriminación son abundantes y han sido recogidos en múltiples estudios. En 2004 se dio a conocer una investigación con 46 mujeres de distintos estratos sociales en la Ciudad de México y en los estados de Guerrero, Hidalgo, Chiapas y México.⁴⁹ Se encontró que la mayoría convivía con mitos y temores de infectar a sus hijos o a la familia, lo cual terminaba por separarlas de la sociedad. Su silencio buscaba evitar que la comunidad se enterara del diagnóstico, porque las iba a considerar “prostitutas” o “mujeres perdidas”.

⁴⁵ Baruch, *Análisis del bareback entre hombres gays*.

⁴⁶ Conapred. Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, 2005.

⁴⁷ Galván, *El Sida en México*, 161-190.

⁴⁸ Rosa María Lara y Mateos. *Vivir muriendo. La estigmatización a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) seropositivos del Puerto de Veracruz*. Colección Ángulos del Sida 11. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida, 2006.

⁴⁹ Tamil Kendall y Vázquez, Hilda. *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas*. México: Colectivo Sol, 2004.

Ocultar el diagnóstico de VIH ha sido un recurso para atenuar la discriminación. Por ejemplo, en Nuevo León muchos de los 134 pacientes entrevistados en un estudio publicado en 2015 señalaron que para evitar la negación de servicio no informaron del VIH a su dentista.⁵⁰

La desconfianza de los pacientes en cuanto al manejo de su diagnóstico por parte del personal de salud está relacionada con la discriminación en el interior de los servicios médicos. Una investigación del INSP en 2003⁵¹ dimensionó el peso de los estigmas: 23% de los entrevistados dijo que no compraría comida a una persona con VIH, mientras que 16% sugirió prohibirles el ingreso a los servicios públicos. El aislamiento, el registro del VIH en expedientes, las pruebas obligatorias y la demora en procedimientos quirúrgicos de pacientes con VIH fueron prácticas constantes observadas.

La discriminación deriva en exclusión y está presente en las distintas esferas de convivencia. En su segunda encuesta nacional, el Conapred⁵² consignó que 35.9% de la población no alojaría en su casa a una persona afectada, y en la tercera encuesta nacional, de 2017,⁵³ informó que 33% de las mujeres y 39% de los hombres entrevistados no le rentarían un cuarto a una persona con VIH/sida. Además, registra que 57% de hombres y 56% de mujeres se oponen a que una hija o hijo suyo se case con una persona con VIH. Algo más: 36% de los hombres y 34% de las mujeres entrevistadas consideran un riesgo la convivencia con ellas. En 2015, la CNDH difundió datos de una encuesta nacional propia donde se señala que los actos discriminatorios en contra de las personas con VIH/sida ocupaban el segundo lugar (34.8%) detrás de las personas con discapacidad (43.6%).⁵⁴

¿Es posible disminuir los índices de estigmatización asociada al VIH/sida? En la Ciudad de México, el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación dio a conocer datos que podrían indicar una respuesta afirmativa. En sus dos encuestas sobre discriminación, una en 2013 y otra en 2017, el VIH/sida fue incorporado a una lista de 41 grupos en situación de discriminación. Al

⁵⁰ Jesús Eduardo Elizondo et al. "La odontología y el estigma asociado al VIH", *Revista Saúde Pública* 49, no. 79 (2015), 1-11.

⁵¹ César Infante et al. "El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de los servicios de salud en México", *Revista Salud Pública de México* 37, no. 6 (1995), 602-14.

⁵² Conapred. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, 2010.

⁵³ Conapred. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, 2017.

⁵⁴ CNDH. Encuesta de Igualdad y No Discriminación por Razón de género. 2015.

comparar el puntaje registrado en ambos estudios, este se redujo de 4.4% a 3.8%. El dato sería revelador de que disminuye el estigma en la capital del país. Sin embargo, el porcentaje de discriminación de gays fue de 21.2%, sin variación durante esos 5 años. Estos números perfilan un escenario futuro: que pueda disminuir el estigma asociado al VIH pero que se sostenga el estigma asociado a la homosexualidad. La mayor visibilidad de heterosexuales con VIH y los beneficios del medicamento podrían estar contribuyendo a separar la homofobia de la serofobia.⁵⁵

Incorporada en la percepción social del sida, la homofobia ha sido estudiada en los contextos que exponen a los HSH al VIH. En 2009 se dio a conocer el estudio “La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida”.⁵⁶ Los entrevistados indicaron que ejercieron su sexualidad en circunstancias de riesgo para esa infección, con escasa comunicación y falta de negociación acerca del tipo de prácticas sexuales y el uso del condón. En 2011 se publicaron los resultados de otra investigación que relacionó la homofobia con el bajo uso del condón; en ella se anota que 25.2% de los entrevistados no utilizó condón en la última relación sexual, y que más de la mitad (64.4%) experimentó discriminación por su sexualidad.⁵⁷ Estos hallazgos sugieren menos uso del preservativo en aquellos que reportaron vivencia homofóbica.

La transfobia tiene un impacto similar. Un estudio de 2011 para identificar la prevalencia de VIH en mujeres transgénero consigna experiencias de rechazo, exclusión y discriminación en 67% de las entrevistadas. Las formas más mencionadas de esta discriminación corresponden al aislamiento y la violencia verbal y física, y se identifica como fuentes de agresión a la policía (custodios en caso de centros penitenciarios y otros servidores públicos), familiares, amigos y compañeros de la escuela.⁵⁸

⁵⁵ Diversos estudios revisados para el presente trabajo consignan que los pacientes identificados como gays y con VIH han resentido mayor discriminación por su apariencia y preferencia sexual que por su diagnóstico.

⁵⁶ José Arturo Granados Cosme, et al. “La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH”, *Revista de Salud Pública* 51, no. 6 (2009), 482-88.

⁵⁷ Juan Carlos Mendoza Pérez. “Vivencia homofóbica y su relación con los comportamientos de riesgo de infección por el VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres en México”, tesis de maestría, Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.

⁵⁸ Arantxa Colchero et al. “Principales resultados de la encuesta de salud con seroprevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México”, México: Instituto Nacional de Salud Pública / Clínica Especializada Condesa / PSI-México, 2013.

La discriminación también la enfrentan los hombres bisexuales. En 2017 se publicó un estudio cualitativo para explorar cómo viven su sexualidad los jóvenes bisexuales, reconocidos epidemiológicamente a consecuencia del sida pero excluidos de las campañas preventivas en materia de salud sexual y reproductiva.⁵⁹ La constante — se apunta — es el rechazo social a su orientación sexual, pues la gente duda que haya bisexualidad. Aunque en el estudio no se explora específicamente el VIH, se advierte que la discriminación impactó en la salud de los informantes, generando sentimientos de sufrimiento psicológico como autodevaluación o valoración negativa.

La relación entre el rechazo a dichas poblaciones (homofobia, transfobia y bifobia) y una mayor exposición al VIH puede documentarse en otros trabajos, pero también existe una discriminación comunitaria: desde el inicio de la epidemia los gays sin VIH han excluido, agredido e incluso divulgado públicamente el estatus de los gays con VIH. Y estos temores, netamente comunitarios, igualmente se reflejan en la determinación de un sector de los colectivos para no realizarse la prueba y, en su caso, retrasar o de plano rechazar el tratamiento.

¿Nuevos escenarios?

La moralización del VIH/sida y los distintos estigmas asociados a la epidemia están vigentes y forman parte de los contenidos que circulan en las redes sociales, particularmente Facebook y Twitter, así como las plataformas de ligue gay.

En 2015, Conapred publicó un libro titulado *Mensajes de odio y discriminación en las redes sociales*,⁶⁰ donde distintos autores revisan el incremento de contenidos ofensivos y cómo han contaminado a la opinión pública. Aunque no se consignan de manera específica ejemplos de serofobia o de sidofobia en redes sociales, el posicionamiento público del Consejo puso sobre la mesa el lado sórdido de los contenidos que invaden las plataformas digitales. Quien use esas plataformas sabe que hombres y mujeres, más allá de su identidad de género y preferencia sexual, divulgan mensajes de odio, burla e incluso

⁵⁹ Omar Alejandro Olvera Muñoz. “La vivencia del rechazo social a la bisexualidad y su impacto en el sufrimiento psicológico”, *Revista Pensamiento Crítico* (enero-junio de 2017), 35-44.

⁶⁰ Yoloxóchitl Casas Chousal (coord.). *Mensajes de odio y discriminación en las redes sociales*. México: Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2005.

linchamiento digital asociado al VIH/sida, que alcanzan gran impacto, una práctica común que no ha generado estudios específicos para documentarla.

En contraste, el acceso a los antirretrovirales por parte de HSH negativos al VIH pero altamente expuestos a la infección ha modificado su percepción frente a la epidemia. El cambio más relevante en los colectivos gays es saber que los pacientes bajo control clínico no transmiten la infección. El lema “indetectable = intransmisible” poco a poco se ha posicionado como un mensaje central para eliminar el estigma que asocia el VIH con el contagio sexual, al menos comunitariamente. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida ha sugerido a los Estados miembros impulsar esta información: “hay un sólido consenso científico respecto al hecho de que las personas que viven con el VIH que están siguiendo una terapia antirretrovírica efectiva y han logrado la supresión de la carga vírica no pueden transmitir el VIH al mantener relaciones sexuales”.⁶¹

La percepción social del sida es una construcción mediática y los procesos de deconstrucción cognitiva llevan tiempo. Al momento de concluir el presente capítulo, no se identifican condiciones que puedan derivar, desde el Censida, en una campaña nacional con ese propósito. Tampoco parece suficiente la creciente visibilidad de quienes viven con el VIH. La alerta sanitaria provocada por la Covid-19 ha generado nuevas reacciones de tipo moral en contra de quienes no atienden las medidas de prevención e incluso de quienes se han infectado por el SARS-CoV2. Esto, definitivamente, puede provocar un retroceso en la lenta desestigmatización del sida.

Encuestas consultadas

CNDH. Encuesta de Igualdad y No Discriminación por Razón de género.

México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015.

Conapred. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. México:

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Conapred. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2017. México:

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

⁶¹ “Indetectable = Intransmisible. La salud pública y la supresión vírica del VIH”, Onusida, 2018.

Copred. Encuesta sobre discriminación en la CDMX. México: Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, 2013.

Copred. Encuesta sobre discriminación en la CDMX. México: Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, 2017.