

MIGRACIÓN, VIH Y DERECHOS HUMANOS: ESTIGMA Y RECHAZO A MIGRANTES

René LEYVA FLORES

César INFANTE XIBILLÉ

Frida Eréndira QUINTINO PÉREZ

Mariajosé GÓMEZ ZALDÍVAR

Cristian Armando TORRES ROBLES

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Método*. III. *Resultados*. IV. *Discusión*.

I. INTRODUCCIÓN

La migración y el VIH/SIDA se han descrito como fenómenos asociados desde las etapas más tempranas de la epidemia. Desde su inicio, el VIH estuvo vinculado a los movimientos poblacionales; las hipótesis epidemiológicas sobre la diseminación del VIH a nivel global planteaban que un incremento en la magnitud de la población móvil y migrante, así como la diversificación de las rutas migratorias y de movilidad, se relacionaban directamente con un aumento en la diseminación del VIH en diferentes regiones del mundo.¹ Esta perspectiva tiene importantes antecedentes históricos que ubican a los extranjeros como portadores de enfermedades, como ocurrió en el caso de la peste,² o más recientemente, a fines del siglo XIX, con el cólera, la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea y la tuberculosis. Una de sus consecuencias sociales es que como parte de las medidas de control de la diseminación de las enfermedades epidémicas, se prohibía la entrada de personas extranjeras, inmigrantes, a los países.³

¹ Bronfman, M. y Leyva Flores, R., “Migración y SIDA en México”, en Córdova Villalobos, J. Á. *et al.* (eds.), *25 años de SIDA en México: logros, desaciertos y retos*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, pp. 241-258.

² Cipolla, C. M., *¿Quién rompió las rejas de Monte Lupo?*, El Aleph, 1984.

³ Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas: el SIDA y sus metáforas*, Taurus, 1996.

En este sentido, el VIH/SIDA se constituyó en un elemento adicional para reforzar las actitudes xenofóbicas, racistas y discriminatorias que ya existían antes de la epidemia contra estos grupos de población. Dicha manera de comprender el problema condujo a la aplicación de políticas de exclusión o búsquedas de conversión del grupo como un medio para controlar o erradicar el riesgo de diseminación del VIH en la población general. La política se basó en “priorizar el bien general” y la seguridad nacional en detrimento de los integrantes de la población afectada por la epidemia, considerada al mismo tiempo como minoritaria o “de riesgo”.⁴

Jonathan Mann señalaría que la distribución de la epidemia del SIDA había crecido bajo formas que ahondan las brechas sociales, afectando más a aquellos cuya dignidad y derechos humanos son menos respetados, entre ellos, las poblaciones móviles y migrantes.⁵ Bajo esta nueva perspectiva, se consideró como elemento clave para la comprensión de la dinámica de diseminación del SIDA, el análisis de las condiciones de vulnerabilidad como parte de las condiciones de desigualdad social donde ocurre el fenómeno migratorio.⁶ De esta forma se planteó que no es la migración en sí misma, sino las condiciones en que ésta ocurre (en los lugares de origen, tránsito y destino), lo que define la vulnerabilidad social al VIH y su potencial diseminación a nivel global.⁷ De esta forma, el significado y consecuencias de los riesgos están directamente relacionados con los contextos sociales y con la capacidad de respuesta o manejo tanto a nivel general como individual. Esto podría explicar por qué algunas personas expuestas a situaciones de riesgo viven consecuencias negativas de la exposición y otras no.⁸

De esta manera se contribuye a distinguir la perspectiva de la epidemiología tradicional basada en el análisis del riesgo respecto a las relacionadas con la comprensión social de la epidemia, en un marco de derechos humanos. La distinción entre riesgo y vulnerabilidad queda lejos de ser una sofisticación semántica. El riesgo señala una probabilidad y evoca una conducta individual, mientras que la vulnerabilidad es un indicador de la desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política.⁹

⁴ Bronfman, M. y Leyva Flores, R., “Migración y...”, *cit.*

⁵ Mann, J., “Las tribus del SIDA y los efectos civilizatorios de la solidaridad”, *La Jornada*, 8 de agosto de 1996.

⁶ Bronfman, M. *et al.*, “Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad”, *Género y Salud en Cifras*, 1 (3), 2003, pp. 8-12.

⁷ Leyva Flores, R. *et al.*, “Movilidad poblacional y VIH: una experiencia de cooperación regional en Centroamérica y México”, *Salud Pública de México*, 55, 2013.

⁸ *Idem.*

⁹ Bronfman, M. *et al.*, “Migración, género...”, *cit.*, pp. 8-12.

II. MÉTODO

El propósito de este trabajo es analizar la relación entre migración y VIH desde las percepciones y opiniones de actores clave en comunidades de origen y tránsito de migrantes. Para ello se llevó a cabo una sistematización de estudios realizados en comunidades de origen¹⁰ y de tránsito en México.¹¹ Además, se revisó la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010¹² con el fin de contar con una perspectiva general sobre la opinión social de la población mexicana respecto a extranjeros, grupos de diversidad sexual y personas con VIH. Se presentan los principales hallazgos que expresan la opinión social predominante en las comunidades de tránsito y origen de migrantes.

III. RESULTADOS

1. *Opinión de los mexicanos: los extranjeros y el SIDA*

Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010, realizada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), tres de cada diez mexicanos no estarían dispuestos a permitir que en su casa vivieran personas extranjeras; cuatro de cada diez afirman lo mismo con personas que viven con VIH/SIDA, homosexuales y/o lesbianas (figura 1).¹³ Estas cifras ponen de manifiesto un contexto social de alta prevalencia de estigma y rechazo hacia grupos extranjeros, personas afectadas con determinados problemas de salud (VIH) y personas con diversa orientación sexual.

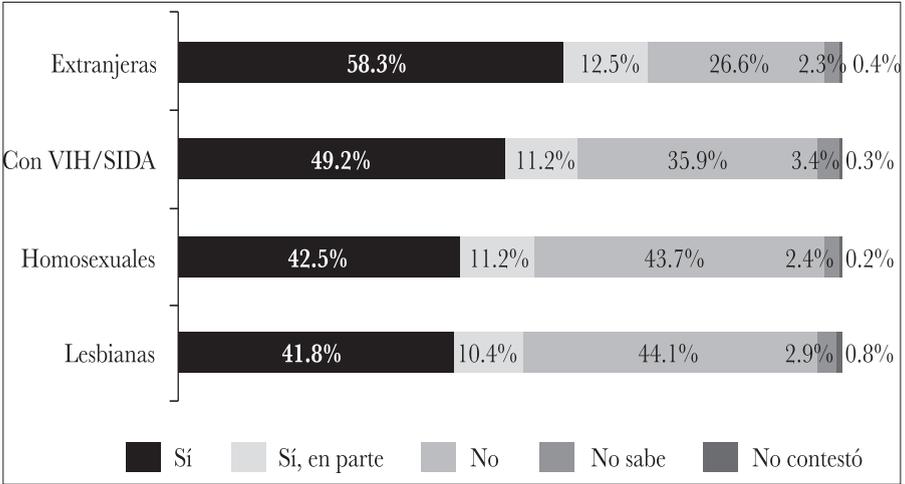
¹⁰ Bronfman, M. *et al.*, *SIDA en México: migración, adolescencia y género*, México, Colectivo Sol, 1995; Leyva Flores, R. y Caballero, M., *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

¹¹ Infante Xibillé, C. *et al.*, “VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos”, *Migración y Desarrollo*, (3), 2004, pp. 45-53.

¹² Conapred, *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Enadis 2010. Resultados generales*, 2011, disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>.

¹³ *Idem.*

FIGURA 1. ¿Estaría dispuesto o no estaría dispuesto a permitir que en su casa vivieran personas...?



FUENTE: Conapred, *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, Enadis, 2010. Resultados generales*, disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>.

En este marco social, ¿cuál es la opinión de la población mexicana residente en comunidades de origen y tránsito de migrantes, sobre el proceso de diseminación del VIH?

2. Opinión de mexicanos en comunidades de tránsito sobre migrantes extranjeros y VIH: “El SIDA viene de fuera”

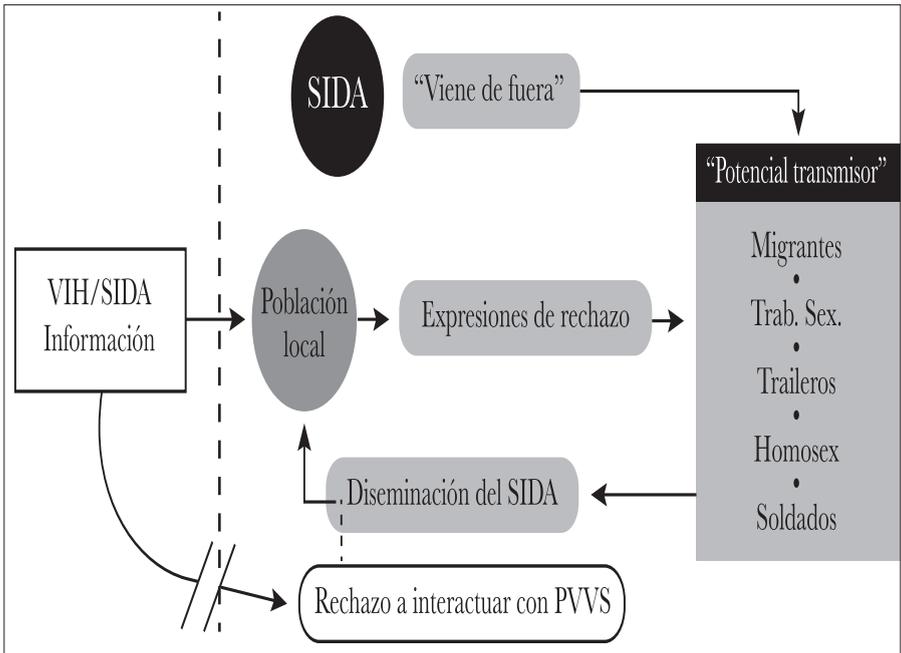
Se realizó un estudio para conocer la perspectiva social de actores clave, mayores de 18 años de edad, residentes en comunidades fronterizas de México (sacerdotes, profesores, autoridades municipales, líderes comunitarios, población local de hombres y mujeres), sobre la diseminación del VIH.¹⁴ Los resultados muestran una importante focalización en cinco grupos poblacionales a quienes señalaban como portadores del VIH/SIDA en la comunidad. Estos grupos correspondieron a migrantes indocumentados, trabajadoras sexuales centroamericanas, trailereros, soldados y homosexuales. La característica en común que presentaron estos grupos es que todos fueron considerados “ex-

¹⁴ Infante Xibillé, C. *et al.*, “VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos”, *Migración y Desarrollo*, núm. 3, 2004, pp. 45-53.

tranjeros, extraños, que vienen de fuera”, es decir, no integrantes de la comunidad. Además, los entrevistados señalaron que estas personas presentaban conductas y comportamientos sexuales “anormales”, y con ello influían negativamente sobre los comportamientos sociales y sexuales de los residentes de la comunidad.

Desde la perspectiva de los entrevistados, la presencia del VIH en su comunidad, se explica por la interacción de residentes con personas extrañas a la comunidad. De acuerdo a ello, “no habría SIDA en la comunidad si no hubiera migrantes, soldados, prostitutas centroamericanas, homosexuales y trailereros que llegan o pasan por la comunidad”. En la figura 2, se presenta un esquema comprensivo que trata de sistematizar la perspectiva de los actores clave, residentes en comunidades fronterizas sobre la diseminación del VIH.

FIGURA 2. Representación social de la transmisión del SIDA asociada a la movilidad poblacional en la frontera México-Guatemala



FUENTE: Infante Xibillé, C. *et al.*, “VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos”, *Migración y Desarrollo*, núm. 3, 2004. Leyva R. Infante C., 2002.

En este sentido, se encuentran numerosos testimonios sobre la explicación de la presencia y diseminación del VIH/SIDA en la comunidad:

El vehículo de portación del SIDA, prácticamente, son los centroamericanos y yo creo que también los trailersos.

Entonces muchas mujeres, por su situación económica, incurren en la prostitución y a lo largo de la trayectoria, pues, van infectando a quienes se les atraviesen.

La identificación de grupos asociados con la transmisión —y presencia— del VIH legitima las actitudes de rechazo, así como las acciones de control y segregación social sobre los integrantes de estos grupos. En el plano colectivo, conlleva la demanda de exámenes obligatorios para estos grupos, con el fin de detectar “personas contagiadas” con VIH y, en consecuencia, mencionan que aquellos que resulten positivos serán detenidos y deportados a sus lugares de origen:

Pues, siento que la infección en un 90% viene de la población flotante, sobre todo los centroamericanos. Deberían de proteger mucho la entrada de esos; yo siento que deberían de hacer un programa, de tomar [a la] persona que entre a México por la frontera sur [y] que se haga su examen de VIH.

Estas expresiones profundizan el estigma hacia estos grupos que presentan características o comportamientos sociales inaceptables para el orden social de la comunidad y, como consecuencia, legitiman actitudes xenofóbicas y de rechazo. Además, exigen la acción gubernamental del control fronterizo, basado en la posibilidad de transmisión de una enfermedad.

¿Qué implicaciones tienen estas opiniones en la prevención del VIH? La percepción de que el VIH viene de fuera, invisibiliza la expresión de la epidemia a nivel local, se omiten las condiciones en que ocurren las interacciones sociales y sexuales entre los integrantes de la comunidad. Se transfiere a un tercero, extranjero, extraño a la comunidad, la responsabilidad de los asuntos locales, relacionados con la transmisión y prevención. Por otra parte, independientemente de la perspectiva de la población local, los programas de VIH promueven medidas de prevención del VIH (uso de condón) basadas en romper los mecanismos de transmisión.

Sin embargo, para la comunidad, el uso del condón se percibe como una medida que debe ser aplicada de forma casi exclusiva para los extranjeros, ya que este grupo simboliza a los portadores de VIH. El estigma que prevalece sobre los migrantes constituye uno de los principales obstáculos

para la adopción de medidas efectivas de prevención de VIH en la comunidad. Además, puede fortalecer las actitudes ya existentes de rechazo y discriminación a la población migrante.

Sin embargo, cuando los propios mexicanos son los migrantes, ¿cuál es la opinión en los residentes de comunidades de origen de migrantes mexicanos sobre su rol en la diseminación del VIH?

3. *Opinión de mexicanos en comunidades de origen sobre migrantes mexicanos y VIH*

Uno de los principales resultados del trabajo pionero de Bronfman *et al.*¹⁵ sobre migración mexicana a Estados Unidos y VIH, apunta a que existen cambios en los comportamientos sexuales de los migrantes. Los autores señalan que estos cambios se pueden entender a partir de que las condiciones de los lugares de destino que posibilitan a los migrantes un ejercicio distinto de la sexualidad, no existen en México; probablemente las prácticas que los migrantes se permiten a sí mismos en Estados Unidos no se las permiten (o no de igual manera) cuando regresan a sus hogares, sino que vuelven al estilo de vida que tenían antes de marcharse y a operar dentro de los códigos de conducta de su propio medio. Al respecto, presentan evidencia sobre el cambio de comportamiento sexual: “Aquí se tienen que portar bien porque la gente no permite esas cosas (homosexualidad y prostitución)”.

Los cambios en la sexualidad que experimentan los migrantes son compartidos con sus compañeros a su regreso a México, aunque sólo sea a nivel de ampliar el universo de prácticas posibles. Los no migrantes son aparentemente refractarios ante esta nueva información, pero no hay que descartar la posibilidad de que poco a poco, el bagaje con que regresan los migrantes impacte sobre las prácticas sexuales de quienes se quedan en México. “Sí he cambiado. Allá se saben otras cosas y aquí de regreso, pues ya uno es libre de practicarlo con su señora”.

Los hombres sólo intercambian información con personas de su mismo sexo y en situaciones donde predomina el tono de broma, nunca la intimidad. “Cuando estamos con otros amigos, yo nomás los dejo que hablen. Ya sé que son muy habladores y dicen muchas mentiras. Yo de mis intimidades no le platico nada a nadie”.

La perspectiva de la mujer aparece totalmente ignorada en la de los hombres. Los actos sexuales son algo que los hombres hacen con las mujeres, no junto con ellas. El diálogo entre sexos carece de espacio y, en con-

¹⁵ Bronfman, M. *et al.*, *SIDA en...*, *cit.*

secuencia, la adopción de prácticas preventivas en la pareja resulta difícil de imaginar. “Yo desde que me casé nunca he sabido lo que es terminar. Nomás espero a que mi esposo termine y ya”.

De acuerdo con los autores, es innegable que el contacto con otra cultura tiene impacto en la modificación de esquemas, reglas y costumbres. La gran mayoría de los hombres migrantes entrevistados afirmó que su sexualidad se vio modificada por la migración. Una mayor proporción con respecto a quienes se quedan en México expresó tener múltiples parejas sexuales, y el recurso de la prostitución parece ser más utilizado, comportamientos sexuales que muy probablemente signifiquen mayor riesgo de contraer VIH.

En este sentido, la investigación realizada por Leyva y Caballero¹⁶ aporta evidencia de actores clave en comunidades de origen. Desde la perspectiva de los médicos, su trabajo clínico les permite identificar mujeres afectadas por el VIH cuya pareja tiene experiencia de migración en Estados Unidos:

El esposo de esta señora le gustaba mucho meterse a los prostíbulos, porque tenemos varios, inclusive también el señor radicó en Estados Unidos. Yo creo que fue él quien la “contaminó”. Cuando ella salió positiva, se dejó con el señor; quién sabe dónde quedó el señor, y como ella también fue canalizada, perdimos su caso. (Médico sector privado, municipio rural).¹⁷

Una vez que los migrantes regresan a Estados Unidos o han tenido relaciones sexuales sin protección, algunas mujeres acuden al centro de salud para que las revise el médico por el temor de haber contraído alguna enfermedad, pero sin que su compañero lo sepa por temor a que se moleste. Esta forma de respuesta quizás represente una de las medidas que tienen las mujeres ante el fracaso de otras, que para ellas puede significar protección y confianza.

—Pues sí, inclusive cuando teníamos relaciones yo después a los tres, a los dos días yo venía al Centro de Salud. Yo le decía al doctor: “Es que mi esposo acaba de llegar de Estados Unidos, y mañana yo no quiero, no quiero enfermarme”.

—¿Pero le decías a tu esposo, le contabas de eso?

—No, no, porque él se molestaba.

¹⁶ Leyva Flores, R. y Caballero, M., *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*, cit.

¹⁷ *Idem*.

Los médicos de estas comunidades consideran que un efecto negativo de contar con una pareja migrante es “la exposición constante a infecciones de transmisión sexual”. De igual forma, señalan que los migrantes en Estados Unidos presentan una alta demanda de trabajo sexual, que coincide con lo señalado con Bronfman¹⁸ respecto a este cambio de comportamiento.

El retorno de la pareja migrante aparece como una irrupción a la seguridad en la vida sexual de la mujer que se queda en la comunidad. En algunas mujeres, el retorno de su pareja incrementa la incertidumbre, ahora ante la posibilidad de quedarse infectada con alguna ITS o VIH. De nuevo, la inequidad en las relaciones de género aparece como un elemento clave que impide a la mujer manejar las situaciones que percibe como potencial riesgo para su bienestar y salud. También se constituye en un obstáculo que limita la búsqueda oportuna de servicios de salud y sólo puede hacerlo una vez que su pareja ha retornado a Estados Unidos o a escondidas por temor a sufrir represalias.

El fenómeno migratorio en las comunidades de origen de migrantes parece contribuir a incrementar las desigualdades de género presentes en estas comunidades, expresado ahora a través de cambios en comportamientos sexuales que pueden estar relacionados con la probabilidad de transmisión de VIH.

El ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres queda restringido ante el retorno de su pareja migrante. El estigma y el rechazo social emergen contra las mujeres ante la posibilidad de que tengan otra pareja; esto constituye un estricto mecanismo de control social que frecuentemente legitima la violencia contra las mujeres en estas comunidades. El hecho de que una mujer padezca VIH u otra infección de transmisión sexual representa un problema cuya atención debe resolverse en condiciones casi de clandestinidad, sin conocimiento de su pareja, quien frecuentemente funciona como transmisor de la infección.

Estos elementos contribuyeron a proponer la hipótesis sobre la feminización y ruralización del VIH en México, como un asunto epidemiológico relacionado con la migración hacia Estados Unidos.¹⁹ Sin embargo, estos análisis vuelven a omitir las condiciones sociales en que el ejercicio de derechos se encuentra seriamente restringido, con una clara diferenciación por género.

¹⁸ Bronfman, M. *et al.*, *SIDA en...*, *cit.*

¹⁹ Valdespino, J. L. *et al.*, “Patrones y predicciones epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México”, *Salud Pública de México*, núm. 30, 1988, pp. 567-592.

4. *Convergencias y divergencias en la opinión sobre migrantes extranjeros y mexicanos*

A partir de un análisis comparativo de los resultados de los estudios en comunidades de tránsito y en comunidades de origen citados anteriormente, se identificaron los siguientes elementos comunes y divergentes:

El migrante como portador de VIH. La perspectiva de los actores clave de las comunidades de origen y tránsito coinciden en identificar a los migrantes, tanto extranjeros en tránsito como mexicanos que retornan, como portadores y potenciales transmisores del VIH.

El estigma, una escala gradual. Si bien la opinión de los actores coincide en estigmatizar a los migrantes, esto presenta ciertos matices. Es mayor el estigma, la discriminación y el rechazo hacia los extranjeros en tránsito respecto a los mexicanos de retorno, posiblemente relacionado con la pertenencia de estos últimos a las comunidades de origen, donde a pesar de que alteran el orden social, se generan procesos de reinserción social vinculados con posibles ventajas económicas (remesas) y socioculturales (nuevos comportamientos e interacciones sociales, reintegración familiar).

Comportamientos sexuales y manejo de riesgos. El cambio de comportamientos sexuales representa una de las expresiones que con mayor frecuencia emerge en la opinión social de los entrevistados. Los comportamientos sexuales de los extranjeros son predominantemente representados como de riesgo para la comunidad; sin embargo, los de los migrantes mexicanos de retorno pueden ser vistos en la comunidad como parte de la experiencia de ser migrante y, al mismo tiempo, como un riesgo desde la perspectiva de su pareja.

Migrantes de retorno e inequidad de género. Desde la perspectiva de los autores de los diferentes estudios revisados, se identifica un elemento común de agudización de la inequidad de género preexistente en las comunidades de origen, relacionada con el proceso de retorno de migrantes. Las parejas de migrantes se ven presionadas a cambiar su rol organizador y protagonista en el grupo familiar adoptado en ausencia del migrante, hacia el rol tradicionalmente asignado a la mujer. Las mujeres, a pesar de tener conocimiento de que sus parejas han tenido relaciones sexuales de riesgo, se ven presionadas u obligadas a retomar el rol de pareja con escasa o nula posibilidad de negociación para el uso de medidas efectivas para prevención de VIH o embarazo. En este sentido, se les imposibilita solicitar el uso de condón a su pareja, lo cual atenta contra sus derechos sexuales y reproductivos.

IV. DISCUSIÓN

La OIM estima 232 millones migrantes internacionales y 740 millones de migrantes internos en el mundo en 2015. De los migrantes internacionales, 50% reside en 10 países de altos ingreso, en su mayoría se concentran en las grandes ciudades de estos países. La geografía de los flujos migratorios está cambiando, relacionado con la economía global.²⁰

La complejidad del fenómeno migratorio a nivel global incluye personas que por diferentes motivos (desastres naturales, búsqueda de empleo, conflictos bélicos, entre otros) tienen que abandonar sus lugares de origen, no siempre en las mejores condiciones migratorias. Sin embargo, independientemente de las razones migratorias, la respuesta política de la mayor parte de los gobiernos y las sociedades de los países de tránsito y destino, se caracteriza por la restricción migratoria, el rechazo y la exclusión de migrantes.²¹ Uno de los ejemplos más notables y recientes de ello, ha sido la crisis de Siria y el desplazamiento de más de seis millones de personas que buscaron llegar a algún país europeo en un periodo de cuatro años (2011-2015).²²

Por otro lado, actualmente la epidemia de VIH a nivel global ha sido descrita como un asunto caracterizado principalmente por el estigma y la discriminación de las personas afectadas por la epidemia o de aquellas consideradas potencialmente transmisoras de VIH, que en este caso corresponden a los migrantes.²³ El estigma y la discriminación en la actualidad funcionan como motores principales que obstaculizan el alcance de las medidas efectivas de atención integral de la epidemia, que incluye desde la difusión de información, la promoción y el uso de condón, hasta la adherencia a los medicamentos antirretrovirales.

La migración y el VIH constituyen, por separado, categorías de estigma y discriminación. Juntas y representadas por sujetos, se sintetizan en un doble estigma: por una parte, por el hecho de ser migrantes (lo cual implica que sean vistos como agentes de inestabilidad e inseguridad social), y por

²⁰ OIM, *World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility*, Ginebra, International Organization for Migration, 2015.

²¹ *Idem*.

²² Yazgan, P. et al., "Syrian Crisis and Migration", *Migration Letters*, 12(3), 2015, pp. 181-192.

²³ ONUSIDA, *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del SIDA: recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países*, Ginebra, ONUSIDA.

otra, por ser considerados portadores de infecciones y enfermedades, en este caso, de VIH.

En el caso de México, tanto el fenómeno migratorio como el de VIH se encuentran representados en la opinión social. Los resultados de la ENADIS 2010 contribuyeron a visibilizar distintas expresiones de discriminación y estigma hacia diferentes grupos que por distintas razones son considerados sujetos de riesgo, desviados o indeseables. La posición de la sociedad mexicana ante fenómenos como el VIH y la migración, que forman parte y están presentes en su dinámica social nacional y regional, se expresó con las más altas frecuencias de rechazo hacia los migrantes y grupos de diversidad sexual.

En este contexto, la población mexicana o residente en México, aparece sólo como receptor pasivo de los riesgos y potenciales daños sociales y de salud que portan los migrantes y de los cuales requieren ser “protegidos”. Esta actitud ha sido descrita históricamente y no parece haber cambiado sustantivamente en la sociedad contemporánea.²⁴

Los estudios revisados permiten identificar opiniones y percepciones en las comunidades de origen y tránsito de migrantes que constatan la idea predominante de que la diseminación de la epidemia es resultado de la entrada de personas extrañas a las comunidades, o bien, del retorno de quienes residieron temporalmente en Estados Unidos. Los cambios en el comportamiento sexual de quienes migran y retornan son percibidos como factores de riesgo para sus parejas y, en efecto, se han documentado casos de transmisión de este tipo. Sin embargo, esto contribuye al reforzamiento de la idea de que los migrantes son el grupo de riesgo, lo cual puede verse agravado si se autoadscribe como perteneciente a grupos de diversidad sexual. Esta percepción contrasta con la evidencia generada en un reciente estudio con migrantes en tránsito por México,²⁵ donde la prevalencia observada es semejante a la de sus países de origen.

Aunado a la exclusión social de la que son objeto los migrantes, con o sin VIH, el acceso a los servicios de salud para esta población es limitado, sobre todo si corresponde a migrantes en tránsito irregular por México. Por una parte, debido a la desconfianza de los migrantes en las autoridades públicas y el miedo a ser deportados, y por otra, a las limitaciones económicas que les imposibilitan cubrir los costos de su atención. Desde finales de 2014,

²⁴ Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas: el SIDA y sus metáforas*, cit.

²⁵ Leyva Flores, R. *et al.*, “Informe técnico final para CENSIDA: acceso de la población migrante a la atención integral del VIH, SIDA e ITS en los servicios de salud de los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco Cuernavaca”, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.

el Seguro Popular ofrece la afiliación temporal a migrantes. Sin embargo, en la práctica, 90 días de cobertura resultan insuficientes para dar respuesta a ciertas necesidades de salud, en especial si se trata de VIH. Además, la afiliación y el acceso a los servicios de salud suelen verse obstaculizados por procedimientos administrativos que priorizan asuntos burocráticos sobre los derechos humanos de los migrantes.²⁶

Este trabajo analiza la evidencia que diferentes estudios han generado en el campo de la migración y el VIH, desde una perspectiva de la opinión social en comunidades fronterizas de tránsito de migrantes y de comunidades de origen mexicano hacia Estados Unidos. Esta forma de análisis muestra la posición de la sociedad ante asuntos que forman parte de sus procesos sociales, que no le son extraños ni ajenos. Si bien los ordenamientos jurídico-legales en México priorizan la promoción y la defensa de los derechos humanos de migrantes y personas con VIH, en la vida cotidiana estos parecen desconocidos o estar distantes de la opinión social prevaleciente en México. Se requiere estudiar algunos de los efectos sociopolíticos de esta opinión social, no sólo por las consecuencias en la salud individual, sino sobre todo por el impacto social en el funcionamiento de las instituciones gubernamentales relacionadas con la garantía de los derechos de las personas.

²⁶ *Idem.*