

Prácticas médicas y experiencias de atención en torno al VIH: un acercamiento etnográfico a la consulta médica en las Clínicas Condesa (CDMX)

Mónica Paulina Hernández Leyva* • Alicia Piñeirúa Menéndez**

RESUMEN

Este artículo analiza, desde un enfoque etnográfico, las prácticas médicas y las experiencias de atención en la consulta clínica de las Clínicas Especializadas Condesa en la Ciudad de México, instituciones de referencia nacional en la atención integral del VIH. A partir de 150 horas de observación con siete médicos tratantes, se examinan las dinámicas de interacción médico–paciente, la centralidad de los indicadores biomédicos, el papel de la institución y la manera en que género, sexualidad y estigma configuran la atención. Los hallazgos muestran que la consulta no puede entenderse únicamente como un proceso técnico, sino como un espacio atravesado por relaciones de poder, resistencias y negociaciones donde se producen subjetividades y se redefinen las formas de cuidado. Se concluye que, aunque la biomedicina estructura fuertemente el encuentro clínico, existen márgenes de agencia que permiten a las personas usuarias y al personal de salud disputar y resignificar el sentido de la atención.

PALABRAS CLAVE: VIH, atención médica, etnografía, estigma, relaciones médico–paciente.

Medical practices and care experiences related to HIV: an ethnographic approach to medical consultations at the Condesa Clinics (Mexico City)

ABSTRACT

This article analyzes, from an ethnographic perspective, the medical practices and care experiences within clinical encounters at the Condesa Specialized Clinics in Mexico City, national reference institutions for comprehensive HIV care. Based on 150 hours of observation with seven attending physicians, the study examines the dynamics of doctor–patient interaction, the centrality of biomedical indicators, the institutional framework, and the ways in which gender, sexuality, and stigma shape care. Findings

* Jefa de la Oficina de Promoción y Prevención de la Salud (PROPRESA). UAM-X. Correo electrónico: monica.leyva@cisidat.org.mx

** Investigadora Asociada en el Instituto Nacional de Salud Pública y presidenta del secretariado del Consorcio de Investigación en Salud. Correo electrónico: aliciapina@yahoo.co.uk

Fecha de recepción: 29 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 10 de diciembre de 2025.

reveal that the consultation cannot be understood solely as a technical process but rather as a space shaped by power relations, resistances, and negotiations, where subjectivities are produced, and forms of care are redefined. The article concludes that although biomedicine strongly structures the clinical encounter, margins of agency exist through which users and health professionals contest and resignify the meaning of care.

KEYWORDS: HIV, medical care, ethnography, stigma, doctor–patient relationships.

Introducción

En México, la epidemia del VIH sigue siendo un desafío central para la salud pública y se encuentra profundamente atravesada por desigualdades sociales (Bronfman et al., 2020). Aunque el país ha adoptado una política de acceso universal y gratuito a los tratamientos antirretrovirales, persisten brechas importantes de atención que se manifiestan en diagnósticos tardíos, demoras para iniciar tratamiento y dificultades para sostener la adherencia, con efectos diferenciados según el contexto socioeconómico, la localización geográfica y las condiciones de vida de las personas (Recoder, 2011; CONEVAL, 2020; CENSIDA, 2023). Estas inequidades impactan de manera especial a personas que viven en contextos de alta marginación, quienes enfrentan obstáculos adicionales derivados del estigma, la precariedad y la falta de servicios culturalmente sensibles.

En términos epidemiológicos, la Ciudad de México concentra la mayor proporción de personas que viven con VIH en el país, en este contexto surgieron las Clínicas Especializadas Condesa, cuyo origen no responde únicamente al incremento de los casos o a la necesidad institucional de ampliar la capacidad de atención, fue sobre todo por la demanda histórica de organizaciones civiles, activistas y personas aliadas que durante años exigieron espacios de atención digna, accesible y

especializada. La creación de estas clínicas representó, la materialización de una larga lucha por el reconocimiento de derechos y por la garantía de servicios integrales para quienes no contaban con seguridad social. Con el tiempo, tanto la Clínica Condesa como la Clínica Condesa Iztapalapa se han consolidado como referentes nacionales, por el papel que han desempeñado en la respuesta comunitaria e institucional frente a la epidemia.

Aunque las Clínicas Condesa representan un modelo innovador, ello no las exime de reproducir tensiones estructurales del sistema de salud, en especial en lo que concierne a la consulta médica, un espacio privilegiado para observar cómo, a pesar de los avances biomédicos y programáticos, las interacciones clínicas se encuentran atravesadas por la asimetría de poder, la burocracia institucional y la persistencia del estigma, factores que afectan tanto la experiencia de las personas usuarias como la eficacia del cuidado y de los significados asociados a la experiencia de vivir con VIH (Recoder, 2011; Lupton, 1998; Castro, 2011).

Desde la sociología y la antropología médica, distintos autores han mostrado que la atención clínica no puede comprenderse únicamente como un proceso técnico, es un entramado social, cultural

y político. Desde 1979, Waitzkin advirtió que la consulta médica es un espacio micropolítico atravesado por relaciones de poder y estructuras macroeconómicas. En América Latina, Recoder (2011) y Adazsko (2006) han señalado cómo las instituciones de salud reproducen desigualdades históricas en el acceso al cuidado, especialmente en relación con la atención al VIH.

De manera que, en este artículo se considera que adentrarse en los espacios clínicos, es una oportunidad para visibilizar y problematizar que las dinámicas de interacción entre médicos y pacientes, no pueden pensarse al margen de la estructura del sistema de salud, es necesario mirarlas como dinámicas que están condicionadas a través de múltiples dimensiones de la biomedicina, por ejemplo, la formación clínica de los profesionales, la organización y saturación de los servicios, las restricciones presupuestales, la normatividad institucional y la presión por indicadores de desempeño (Menéndez, 2009; Waitzkin, 1979).

Es importante acotar que, aunque las interacciones están condicionadas por la estructura del sistema de salud, esto no significa que todas las interacciones estén definidas únicamente por el ejercicio del poder biomédico. La agencia se configura en estos micro espacios, donde las personas negocian, resisten o resignifican la atención, y donde es posible identificar prácticas de escucha, empatía y acompañamiento que desbordan el marco estrictamente biomédico (Kleinman, 1988, Fassin, 2004).

Consideramos que el conocimiento biomédico no debe concebirse como un conjunto de verdades neutrales, sino como prácticas situadas que organizan modos de ver, clasificar y actuar sobre los cuerpos (Foucault, 1979; Haraway, 1988). La autoridad que se le confiere no deriva únicamen-

te de su contenido técnico, sino de su capacidad para definir qué problemas son legítimos, qué narrativas cuentan como evidencia y qué intervenciones son posibles en el marco institucional. En este sentido, la atención clínica produce realidades específicas sobre el VIH, la sexualidad y los sujetos que habitan estos servicios, al *enactuar* (Mol, 2002) categorías y expectativas que orientan las interacciones entre personal médico y personas usuarias.

Algunas investigaciones en el contexto mexicano que han abordado la relación médico paciente, aunque no siempre aplicado al VIH son las desarrolladas por Castro (2011) y Erviti (2005) en las que han documentado la violencia institucional y las formas de control simbólico en la práctica médica. A su vez Sosa Sánchez (2005) ha enfatizado la dimensión histórica del poder médico en la organización de los servicios, mientras que Ivonne Szas (2009) ha evidenciado cómo la medicalización puede funcionar como un dispositivo de control social. Estas perspectivas permiten situar la consulta como un microespacio donde se articulan lo biológico, lo institucional y lo simbólico, y donde las personas usuarias ejercen agencia al negociar, resistir o resignificar las formas de cuidado (Robles Martínez et al, 2025; Wu Q, et al, 2021).

En este sentido, se considera que la etnografía ofrece un marco privilegiado para comprender estas dinámicas, pues permite observar las rutinas, los gestos, los silencios y las formas de negociación que emergen en la interacción médico-paciente. Como señala Amuchástegui (2001), los procesos de salud y enfermedad están íntimamente ligados a los valores de una sociedad particular, y la consulta clínica se configura como un espacio donde estos valores se reproducen y, al mismo tiempo, son disputados.

En este artículo se presentan los hallazgos de un acercamiento etnográfico a la consulta médica en las Clínicas Condesa de la Ciudad de México. El objetivo principal es analizar las prácticas médicas y las experiencias de atención en torno al VIH, con el fin de comprender cómo las dinámicas institucionales, profesionales y sociales configuran la relación entre el personal de salud y las personas usuarias de los servicios.

Metodología

Este estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo, sustentado en la tradición etnográfica, que permitió observar y analizar las dinámicas de la consulta médica en torno al VIH en las Clínicas Condesa de la Ciudad de México. El diseño etnográfico resultó pertinente para comprender las prácticas médicas y las experiencias de atención en su contexto social, institucional y cultural, recuperando tanto lo explícito —discursos, rutinas, normas— como lo implícito —gestos, silencios y negociaciones— en la interacción clínica (Weber, 1981; Gold, 1985).

El artículo se enmarca en el proyecto de investigación financiado por la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México (SECTEI) entre 2017 y 2019, titulado *Cohorte de adolescentes con VIH en la Ciudad de México: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud*, que contó con la aprobación del Comité de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), folio CI: 1525. Dicho proyecto incluyó un componente cuantitativo, basado en encuestas aplicadas a adolescentes usuarios entre 15 y 19 años y a quienes acudían a realizarse pruebas de tamizaje, y un componente cualitativo, que contempló observaciones en consulta, entrevistas semiestructuradas y notas de campo. La tesis doc-

toral de la autora se desprendió de este proyecto, y de ella deriva el presente artículo (Hernández Leyva, 2023).

Dado el objetivo de este texto, el análisis se centra en el material derivado de las observaciones en consulta con médicos tratantes de ambas clínicas. Se realizaron observaciones con un total de siete médicos (cinco en la CEC y dos en la CECI), que en conjunto sumaron aproximadamente 150 horas de interacción clínica. El grupo de profesionales incluyó tanto especialistas en enfermedades infecciosas y crónicas como médicos generales con experiencia en VIH. La mayoría tenía varios años de trabajo en las Clínicas Condesa, con edades que oscilaban entre los 30 y 50 años, e incluía tanto hombres como mujeres. En general, mostraron disposición para participar, reconociendo la importancia de la investigación, aunque algunos manifestaron limitaciones de tiempo o espacio para permitir la presencia de la investigadora en consulta.

Si bien el proyecto estaba inicialmente centrado en adolescencias, dada la relevancia de las dinámicas clínicas se decidió ampliar las observaciones más allá de esta población. De esta manera, se incluyó a todas las personas usuarias que aceptaron la presencia del equipo de investigación, lo que permitió acceder a un panorama más amplio sobre el quehacer cotidiano del personal de salud. Por ello, el análisis que aquí se presenta no se restringe exclusivamente a adolescentes, sino que recupera la diversidad de experiencias observadas.

En cada jornada de observación se solicitó la autorización previa de las personas usuarias, quienes fueron informadas acerca de los objetivos de la investigación y dieron su consentimiento para la presencia de una observadora durante la

consulta. Se garantizó la confidencialidad de sus datos y se resguardó su privacidad: en los momentos de exploración física, el personal de salud corría la cortina para impedir que la observadora presenciara procedimientos corporales íntimos. Estas medidas buscaban equilibrar el acceso al campo con el respeto a la autonomía y dignidad de los usuarios.

Las técnicas de recolección de información incluyeron la observación no participante en consultas de atención a VIH, lo que permitió documentar interacciones médico-paciente, discursos y rutinas clínicas. Aunque inicialmente se planeaba observar exclusivamente consultas con adolescentes y jóvenes, la organización de los servicios y la riqueza de los datos obtenidos motivaron la decisión de ampliar las observaciones a un espectro más amplio de personas usuarias, centrando el análisis en las interacciones clínicas y en los significados atribuidos por los actores sociales. De manera complementaria, el trabajo de campo contempló entrevistas semiestructuradas con usuarios y usuarias, además de la elaboración de notas de campo etnográficas, que sirvieron como espacio de reflexión posterior a cada jornada.

El personal médico estaba familiarizado con la presencia de terceros en la consulta, como estudiantes de pregrado en servicio social. Esta situación generó dinámicas particulares en la interacción: en los primeros encuentros algunos médicos dirigían comentarios hacia la observadora, esperando muestras de aceptación o validación frente a lo expresado a las personas usuarias. Ello implicó establecer de manera clara un rol no participante en la interacción clínica, diferenciando la labor investigativa de otras presencias habituales en el consultorio. Esta delimitación supuso un ejercicio constante de reflexividad y posicionamiento metodológico, en tanto la investigadora misma

ha sido usuaria de servicios de salud. El análisis requirió por tanto un cuestionamiento crítico sobre lo que se da por sentado como “esperado” en el espacio clínico y sobre la forma en que las experiencias previas influyen en la interpretación de los hallazgos (Cisterna, 2005; Bourdieu, 1999; Fassin, 2004)

La sistematización de la información se realizó mediante la transcripción de entrevistas y notas de campo, así como la codificación de las observaciones con apoyo del software Atlas.ti. El análisis siguió un proceso iterativo de codificación abierta, axial y selectiva, con categorías tanto deductivas como emergentes (Cisterna, 2005). Se construyeron ejes temáticos en torno a la interacción médico-paciente, las prácticas clínicas y discursos biomédicos, el estigma y la burocracia institucional, y las experiencias de agencia y resistencia de las personas usuarias. El trabajo interpretativo se sustentó en marcos de la antropología médica y la sociología de la salud.

Resultados

Prácticas médicas cotidianas

Las consultas en las Clínicas Condesa, como en muchos otros espacios clínicos, se estructuran a partir de rutinas estandarizadas que median la interacción entre el personal de salud y las personas usuarias. En el caso de estas clínicas, el inicio suele estar marcado por un saludo breve—en su mayoría formal, aunque en ocasiones más coloquial—, seguido de la revisión del expediente y la búsqueda de resultados de laboratorio. Esta secuencia introduce rápidamente al terreno biomédico, donde la carga viral y el conteo de CD4 se constituyen en marcadores centrales del encuentro, dada su relevancia para valorar el estado clínico y la eficacia del tratamiento. En la

interpretación médica, la frase más enunciada es “*están bien*”, expresión que sintetiza la condición de salud del paciente en tanto evidencia la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Cada persona que acudió a consulta estaba familiarizada con esta rutina, ya fuera en una primera atención o en una de seguimiento. En ambos casos se construye lo que Goffman denominó una “*presentación del self*” frente al personal médico, mediada por la mirada biomédica. Tanto las preguntas como las respuestas buscan configurar un perfil en el que la información relevante es aquella que se traduce en indicadores sociodemográficos y clínicos. Así, la persona usuaria se presenta como paciente, ajustando su relato a las categorías que el personal de salud considera pertinentes.

Aunque algunos médicos se mostraron empáticos y escucharon fragmentos del mundo de vida de los pacientes, la propia lógica institucional demanda que la información compartida sea transformada en variables concretas, registradas en un lenguaje técnico. Los sentidos, intensidades y orden de importancia atribuidos por cada persona a su experiencia tienden a diluirse en el proceso de registro.

En una consulta inicial, un usuario comenzó a mover insistentemente un pie, cruzó los brazos y cambió varias veces de postura antes de que la médica iniciara el interrogatorio. Su cuerpo parecía anticipar preguntas difíciles, como ocurrió cuando se abrió el apartado sobre prácticas sexuales: “*¿A qué edad inició su vida sexual? ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? ¿Actualmente tiene pareja?*”. Mientras respondía con frases cortas, movía más rápido el pie y alternaba sus manos entre el escritorio y sus piernas, evidenciando el

desajuste entre la rutina biomédica y la vivencia subjetiva del momento.

La incomodidad del usuario frente al interrogatorio contrastaba con la estrategia de la médica de mantener una actitud de calma, anotando y guiando la conversación hacia el ámbito biomédico. La “objetividad” y la “neutralidad”, asumidas como principios rectores de la práctica clínica, operan como dispositivos que transforman a los usuarios en pacientes, es decir, en receptores de conocimiento médico y no en sujetos de derechos o saberes, lo que limita la posibilidad de una interlocución dialógica.

Que sea el personal médico quien guíe la interlocución —orientando las preguntas y transformando las respuestas en variables médicas— refleja que la consulta clínica es un encuentro tipificado con normas de interacción estables. Esto se acerca a lo que Schutz (1974) denomina *anomia completa*: una forma de interacción en la que la singularidad del otro se diluye para dar paso a un curso de acción objetivado. Bajo este esquema, la individualidad se fragmenta y se reconstruye como un “sí mismo parcial”, sobre el cual se configura la interacción médico-paciente. De manera intersubjetiva, el médico construye al otro como paciente y, al mismo tiempo, se autoafirma como médico.

No obstante, las consultas no transcurren de manera homogénea. En algunos casos, hubo intentos por suavizar el carácter técnico de la interacción. Un especialista inició preguntando: “*¿Cómo te has sentido estos días? ¿Algún malestar fuera de lo común?*”. Ello permitió que el usuario relatará episodios vinculados al inicio de una nueva relación de pareja. Aunque el médico redirigió después la conversación hacia la adherencia y

los estudios de laboratorio, este momento mostró cómo los usuarios buscan introducir dimensiones subjetivas en la consulta.

La adherencia al tratamiento constituyó uno de los núcleos más recurrentes del guión clínico. La pregunta “¿*Olvidaste alguna dosis?*” fue planteada a menudo en tono neutral, aunque en ocasiones adquiere un carácter correctivo: “*No puedes estar fallando, es tu salud la que está en riesgo*”. Estas intervenciones muestran cómo la adherencia al tratamiento se convierte en un eje central de la práctica clínica, estrechamente vinculado a la vida cotidiana de las personas con VIH. Al mismo tiempo, evidencian que este proceso no se limita a una dimensión técnica, sino que se enmarca en realidades sociales y laborales que condicionan las posibilidades de cumplir con las indicaciones médicas.

Estas prácticas médicas cotidianas, lejos de ser actos meramente técnicos, están atravesadas por ejercicios de poder y resistencias sutiles. La traducción de la vida íntima a categorías biomédicas convive con gestos de incomodidad, narrativas fragmentadas y silencios estratégicos, que configuran la consulta como un terreno de negociación constante entre lo clínico y lo subjetivo. En este proceso, las condiciones estructurales de la institución y del sistema de salud tienden a imponerse sobre las realidades vitales de los usuarios, responsabilizándolos individualmente del cumplimiento del tratamiento, mientras se invisibilizan las limitaciones materiales y sociales que lo condicionan.

La saturación del servicio condiciona las interacciones. El tiempo limitado para cada consulta generó un ritmo acelerado, con preguntas encadenadas y respuestas interrumpidas. En una jornada de

observación, el personal atendió a cinco usuarios en menos de una hora; la rapidez se tradujo en escasa exploración de aspectos subjetivos, privilegiando la adherencia y los resultados de laboratorio. La presión por atender a un gran número de personas en poco tiempo refuerza la tensión entre calidad y cantidad en la atención, y produce interacciones donde lo personal y lo clínico se reducen a lo mínimo necesario para cumplir con la normatividad institucional.

El estigma se inscribe en las rutinas institucionales, la burocracia, la presión por indicadores y la saturación de los servicios reforzaron la asimetría entre médicos y pacientes, mientras que los estigmas inscritos en expedientes, categorías administrativas o comentarios entre colegas evidencian que la institución reproduce jerarquías sociales y morales. No obstante, los márgenes de agencia —tanto de médicos como de usuarios— muestran que la atención es un espacio donde lo normativo y lo subjetivo se ponen en tensión y se reconfiguran constantemente.

Relaciones médico–paciente

Las consultas en las Clínicas Condesa mostraron que la relación entre personal médico y personas usuarias está marcada por jerarquías claras, donde son los médicos quienes conducen la interacción, deciden los temas a tratar y fijan el ritmo de la conversación. Sin embargo, también se observaron matices: momentos de empatía, resistencias por parte de usuarios y tensiones vinculadas con el estigma hacia el género, la sexualidad y la forma en que se construye el VIH como condición de salud.

Hablar de la construcción del VIH resulta fundamental porque constituye el eje central del

artículo, considerando que desde el inicio de la epidemia esta condición de salud ha estado rodeada de una fuerte carga moral que ha marcado los procesos de diagnóstico, la manera en que se brinda la atención y, al mismo tiempo, la forma en que las personas configuran su experiencia de prevención, de vivir el diagnóstico y de sostener el tratamiento.

En segundo lugar, abordar el género y la sexualidad es indispensable porque el VIH se ha concentrado históricamente en poblaciones que ya eran estigmatizadas mucho antes de vivir con la condición. Estas poblaciones han sido interpeladas por construcciones hegemónicas de normalidad y por el mandato de la heterosexualidad, cuestiones que han permeado incluso en el discurso biomédico. Desde el largo proceso de despatologización de la homosexualidad y de las identidades trans, hasta la persistencia de categorías de riesgo que asocian a ciertos grupos con una mayor susceptibilidad de adquirir VIH. Las observaciones muestran que, más allá de la pertenencia a un “grupo de riesgo”, lo que está en juego son las condiciones de desigualdad que atraviesan la vida cotidiana: las posibilidades de elegir cómo cuidarse, con quién ejercer la vida sexual y de qué manera.

Por último, la reflexión sobre sexualidad y placer adquiere relevancia porque, una vez con el diagnóstico, las formas de vinculación erótica y afectiva quedan atravesadas por la condición de salud. La posibilidad de vivir la sexualidad con placer rara vez aparece en el espacio clínico como un derecho, pues desde la perspectiva biomédica y cultural tiende a quedar en un segundo plano frente a la lógica del riesgo y la adherencia.

De manera recurrente, el VIH fue construido en la consulta como una condición definida por pa-

rámetros biomédicos. Como ya se comentaba en el apartado anterior, la frase más común para evaluar el estado de salud de las personas fue “*están bien*”, pronunciada cuando la carga viral y el conteo de CD4 se encontraban dentro de rangos aceptables. Esta afirmación, aparentemente sencilla, condensaba una valoración amplia: significaba que la persona estaba tomando correctamente el tratamiento y cumpliendo con las indicaciones médicas. Así, el “*estar bien*” se convirtió en una categoría que iba más allá de lo clínico, funcionando como una especie de sello de aprobación sobre la responsabilidad de la persona.

Este énfasis en lo biomédico dejaba en segundo plano otras dimensiones de la experiencia de vivir con VIH. Algunos usuarios intentaban introducir relatos sobre cansancio, ansiedad o dificultades laborales que impactaban su tratamiento, pero estos eran retomados de manera breve y, en la mayoría de los casos, reconducidos a los indicadores clínicos. En este sentido, la consulta tendía a privilegiar los números y los resultados sobre las narrativas personales, lo que generaba en algunos de ellos expresiones de incomodidad, como respuestas cortas, movimientos corporales nerviosos o silencios prolongados. Estos gestos, aunque sutiles, evidenciaban el desfase entre la rutina biomédica y la vivencia subjetiva.

Un ejemplo de esto ocurrió en la consulta de un adolescente que, tras dejar de tomar los antirretrovirales por un mes, explicó a la médica que había sido por “rebeldía”. Aunque la trabajadora social intervino para regañarlo, la médica optó por reconocer su postura y resignificarla: “*la rebeldía no es mala, hay rebeldes muy famosos... el asunto es cómo la usamos, porque no tomar el medicamento solo te daña a ti*”. Esta intervención sugiere que, existen condiciones de la interacción en las

que las resistencias individuales no son ignoradas, son interpretadas hacia una conversación clínica mediada considerando la realidad de la persona.

En otros casos, los adolescentes expresaron hartazgo de la rutina de medicarse o del seguimiento clínico. Uno de ellos señaló que dejar las pastillas le permitía sentirse “como las otras personas”, sin la marca diaria de la enfermedad. Este cansancio estaba atravesado por la necesidad de no ser identificado como alguien que vive con VIH, y en algunos casos se vinculaba a estrategias de ocultamiento frente a parejas o familiares. La adherencia apareció, como una práctica cargada de significados sociales, en la que se ponían en juego la disciplina biomédica, a la vez que el deseo de vivir sin la etiqueta del VIH.

Estas experiencias muestran que el VIH, más que un asunto puramente médico, se sigue construyendo socialmente como una condición que ordena conductas, define responsabilidades y marca identidades. La consulta clínica opera entonces como un espacio donde el poder biomédico intenta inscribir esa construcción en la vida cotidiana de los pacientes, pero donde emergen resistencias que buscan negociar o escapar de esa normalización. En este terreno, el tratamiento deja de ser únicamente una estrategia terapéutica para convertirse en un recordatorio constante de la condición, en una forma de control sobre la vida diaria y en un marcador de la diferencia social de quienes viven con el virus.

Las consultas clínicas evidenciaron cómo los prejuicios de género y las identidades disidentes atraviesan el espacio médico. Un caso especialmente revelador fue el de una mujer trans cuya atención transcurrió bajo la rutina habitual: preguntas sobre adherencia, prácticas sexuales y resultados de

laboratorio. Sin embargo, una vez que ella salió de la consulta, la médica comentó hacia la observadora: “*ay, que nos haga un favor y se hormone, hasta barba tiene, si va a ser mujer está bien, pero que lo haga bien*”. Estas expresiones, emitidas fuera del marco formal de la atención, reflejan cómo los cuerpos trans son interpretados y juzgados desde parámetros normativos que exceden lo estrictamente biomédico.

Algo similar se observó en lo relacionado con el ejercicio sexual, mientras que en algunos casos las preguntas sobre sexualidad se formulaban de manera neutra, en otros se percibía un tono de advertencia o corrección, sobre todo en torno al número de parejas sexuales y al uso del condón. La forma en que se elaboraban estas preguntas transmitía implícitamente una expectativa moral, reforzando que ciertas prácticas eran percibidas como “*riesgosas*” o “*inapropiadas*”. Otros usuarios respondieron con estrategias evasivas, como contestaciones ambiguas o silencios, e incluso con humor. La constante en estas escenas es que la sexualidad, en lugar de aparecer como un ámbito de placer o de vínculo afectivo, fue reducida a una variable de riesgo a controlar. Desde esta perspectiva, el ejercicio sexual quedó subordinado a la lógica de la adherencia y la prevención, sin que se reconociera plenamente como parte integral de la vida de quienes viven con VIH.

Estas situaciones muestran cómo, incluso en un espacio especializado en VIH, persisten formas de estigmatización hacia identidades y expresiones de género que no se ajustan a los parámetros de la normalidad hegemónica. Lo que se observa es la reproducción de un orden social que legitima algunas identidades y prácticas mientras deslegitima otras.

Discusión

Prácticas médicas e institución

Los resultados de este estudio muestran que las consultas en las Clínicas Condesa no pueden entenderse únicamente como encuentros técnicos orientados al control biomédico del VIH. La consulta clínica aparece como un espacio de tipificación y normalización, en el que las experiencias singulares de las personas se traducen en categorías estandarizadas en donde la singularidad del paciente se diluye y se reconstruye en fragmentos de información objetivada que configuran al “*paciente típico*”.

Diversos enfoques feministas, queer y postestructuralistas han cuestionado la lectura binaria que opone poder y agencia en los análisis sociales. Como señalan Butler (1990) y Haraway (1988), el poder no es una propiedad estática que un sujeto ejerce sobre otro, es un proceso relacional producido en marcos normativos y posiciones situadas. En esta línea, Barad (2007) propone entender la agencia como un fenómeno distribuido—intra-acción— más que como una capacidad individual opuesta al control. Estas reflexiones permiten comprender las interacciones clínicas no como un enfrentamiento entre dominación médica y resistencia del paciente, sino como un entramado de prácticas, afectos y orientaciones corporales que se negocian en la consulta (Ahmed, 2006; Mol, 2002). Desde estas perspectivas, la consulta aparece como un campo donde el poder se despliega de forma múltiple y donde la agencia no se expresa únicamente como oposición, sino como una posibilidad situada dentro de los regímenes normativos que producen cuerpos, subjetividades y formas de cuidado (Puar, 2007).

En este marco, se observa la consolidación de un modelo biomédico positivista que, como advierten Margulies (1998) y Good (2003), privilegia el paradigma biológico sobre la situación biográfica y social de las personas. La biomedicina construye su objeto como si fuera exclusivamente biológico (*disease*), invisibilizando las experiencias subjetivas (*illness*), en la distinción propuesta por Kleinman (1988). De este modo, el paciente asume el rol de depositario de conocimiento, saberes e intervenciones definidos por el profesional científicamente formado (Menéndez, 1990).

Esta dinámica se sostiene en lo que Castro (2011) denomina *habitus médico*, un conjunto de disposiciones profesionales que priorizan lo técnico sobre lo social, internalizadas durante la formación médica y reforzadas por la lógica institucional. Los médicos, en tanto agentes sociales, se convierten en expertos de un campo limitado de conocimiento (Schutz, 1974), legitimados como sujetos de saber cuya autoridad trasciende lo clínico para abarcar dimensiones de género, sexualidad y moralidad.

La biomedicina, además, forma parte de los aparatos estatales de control, lo que permite entender la consulta como un espacio de biopoder (Foucault, 1979). Las etiquetas observadas en notas clínicas—“HSH”, “trans”, “trabajadora sexual”—no son neutras: constituyen dispositivos de clasificación que organizan la atención y, al mismo tiempo, reproducen jerarquías sociales y morales. Recoder (2011) ha mostrado cómo estas categorías institucionales refuerzan desigualdades en el acceso y en la calidad de la atención en México.

Al interior de la práctica clínica, la centralidad de los indicadores biomédicos reproduce lo que Lupton (1998) denomina la cultura del riesgo:

una orientación donde la vida cotidiana es evaluada en función de conductas consideradas adecuadas o inadecuadas para sostener el control del virus. En este esquema, el placer, las emociones o las condiciones sociales tienden a quedar relegadas frente a la racionalidad clínica, reforzando la responsabilidad individual y desdibujando los determinantes estructurales.

En suma, las consultas clínicas se presentan como procesos sociales institucionalizados en los que los actores (médicos y pacientes) asumen roles incorporados en la cultura biomédica. El seguimiento clínico, los estudios de laboratorio y el consumo de antirretrovirales se convierten en prácticas que no solo buscan restaurar el estado fisiológico, sino que producen sujetos normalizados. La aceptación del VIH como condición de salud, promovida en los discursos médicos como requisito para la “buena adherencia”, opera como un dispositivo de control que inscribe en la vida cotidiana de los pacientes la disciplina biomédica.

Las escenas observadas muestran que, aunque la consulta clínica está fuertemente normada por protocolos institucionales y guiones biomédicos, no constituye un proceso unilateral. Siguiendo a Waitzkin (1979), puede entenderse como un espacio de micropolítica, donde las relaciones de poder entre médicos y pacientes se despliegan y negocian en cada interacción. Los médicos ejercen control a través de preguntas cerradas, correcciones y registros técnicos; sin embargo, los pacientes despliegan estrategias para introducir sus preocupaciones, retrasar o suavizar las demandas biomédicas, e incluso cuestionar las indicaciones.

Estas resistencias adoptan formas sutiles: respuestas evasivas, silencios prolongados, gestos corporales de incomodidad, el uso del humor o la

introducción de temas que desplazan momentáneamente el guión clínico. Estas micro prácticas constituyen lo que Menéndez (1990) denomina resistencias al modelo médico hegemónico, donde los sujetos, lejos de ser receptores pasivos, reconfiguran la relación de poder al introducir su propio marco de significados.

Estas interacciones muestran que la consulta es un dispositivo de producción de subjetividades, la reiteración de categorías como “*adherente*”, “*in-detectable*” o “*paciente responsable*” inscribe en los usuarios una identidad ajustada a las normas hegemónicas de la biomedicina y a los valores sociales que la sostienen. La práctica médica no solo busca restaurar la salud fisiológica, sino también modelar conductas y formas de ser que se correspondan con ideales de disciplina, autocontrol y responsabilidad individual. Castro (2011) aporta a este análisis al señalar que el habitus médico internaliza disposiciones que se expresan en la expectativa de que el paciente “acepte” su condición y se adhiera al tratamiento. En este marco, aceptar el diagnóstico significa reconocer la dimensión biomédica del VIH, lo que conlleva asumir un lugar en el orden social que la enfermedad delimita, al priorizar la eficiencia programática y los indicadores clínicos, se producen pacientes que se conciben a sí mismos en términos de categorías institucionales. Diversos estudios han destacado la importancia de la comunicación clínica y de la confianza como elementos constitutivos de la relación médico-paciente ha sido documentada empíricamente; por ejemplo, Wu et al. (2021) muestran que interacciones marcadas por una escucha limitada o por un trato distante reducen la adherencia y deterioran la valoración que los usuarios hacen de la calidad de la atención, lo que es consistente con las dinámicas observadas en este estudio.

Los márgenes de agencia observados —como la negativa a responder ciertas preguntas, la insistencia en hablar de malestares subjetivos o el simple gesto de desviar la mirada— evidencian que los pacientes no se ajustan plenamente a esta subjetivación. En términos weberianos, se trata de formas de acción social que, aún constreñidas por estructuras de poder, expresan motivaciones individuales que escapan al control médico. En conjunto, la consulta clínica puede entenderse como un espacio en tensión: por un lado, se busca producir subjetividades conformes a las normas hegemónicas de la biomedicina y del orden social (responsabilidad, disciplina, heteronormatividad); por otro, emergen resistencias que reafirman la capacidad de los pacientes de negociar, reinterpretar o incluso rechazar esos mandatos. En consonancia con estudios recientes en América Latina, como el de Robles Martínez et al. (2025), la consulta aparece como un espacio donde se reproducen jerarquías institucionales y donde, de forma simultánea, emergen formas situadas de agencia moral tanto de usuarios como de profesionales, estas microprácticas permiten matizar la noción de una biomedicina que actúa de manera unidireccional, al mostrar que en la consulta emergen formas situadas de negociación y agencia

Relaciones médico–paciente: género, sexualidad y estigma

Los resultados evidencian que la relación médico–paciente en el contexto del VIH sigue estando marcada por asimetrías de poder, en la que el personal médico concentra no sólo el conocimiento—en sentido sociológico—, sino también la autoridad. Los profesionales de la salud toman decisiones cruciales sobre los tratamientos —su tipo, dosis y frecuencia— a la vez que establecen

normas de comportamiento vinculadas a la adherencia, la sexualidad y la vida cotidiana de las personas que viven con el virus.

Desde esta perspectiva, la consulta clínica opera como un espacio de biopoder: un dispositivo en el que se articulan prácticas de regulación que combinan el control de la vida biológica con la normalización de conductas consideradas adecuadas (Foucault, 1979). Los discursos médicos y las categorías empleadas para describir la enfermedad no son neutrales; al contrario, participan activamente en la producción de formas de subjetividad al moldear cómo las personas se conciben a sí mismas y cómo interpretan su condición. Validar o invalidar sus narrativas emocionales y sociales no solo organiza lo que puede decirse en la consulta, sino que impacta de manera directa en la autoestima, el bienestar psicológico y la forma en que las personas viven y significan el VIH en su vida cotidiana.

Lupton (1998) ha señalado que la relación médico–paciente implica siempre una negociación de significados. En el caso del VIH, estas negociaciones se ven condicionadas por el peso del estigma, lo que dificulta que los pacientes expresen plenamente sus preocupaciones. Las barreras comunicativas observadas —silencios, respuestas evasivas, gestos de incomodidad— dan cuenta de cómo la estigmatización puede limitar la construcción de un diálogo abierto, llevando a malentendidos o a una atención que no refleja las necesidades de los usuarios. El estigma en contextos de atención no solo opera como un sesgo individual, además constituye un desafío ético para los profesionales de la salud, dado que moldea expectativas, juicios morales y decisiones clínicas. Las expresiones de incomodidad, corrección moral o silencios documentadas en las observa-

ciones etnográficas se inscriben en este campo de tensiones éticas y normativas.

La estigmatización y discriminación se vuelven especialmente visibles cuando intersectan con género y sexualidad. Pacientes pertenecientes a poblaciones históricamente marginadas, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero o trabajadoras sexuales, enfrentan una doble carga de estigma: por el VIH y por su identidad o práctica sexual. Erviti (2005) y Szas (2009) han mostrado cómo el sistema de salud reproduce violencias simbólicas hacia las mujeres y las disidencias sexuales. Estudios más recientes en la región, documentan cómo prejuicios institucionales y sociales se traducen en barreras similares a las observadas en las Clínicas Condesa. (Bermúdez-Román et al, 2015; Grieb et al., 2022).

En las consultas a hombres, independientemente de su orientación sexual, hubo un énfasis recurrente en las prácticas sexuales —número de parejas, rol en la relación o estrategias de disminución de riesgo—. Estas preguntas, más que neutrales, revelan presupuestos clínicos y morales que asocian de manera prioritaria el VIH y otras ITS con la conducta sexual masculina, lo que desplaza a los determinantes sociales y estructurales que también configuran el riesgo y las trayectorias de cuidado. Tal como muestran Bermúdez-Román et al. (2015) y Grieb et al. (2022), esta focalización en los comportamientos individuales tiende a invisibilizar las desigualdades, estigmas y normas de género que condicionan tanto la vulnerabilidad como la posibilidad de acceder a una atención adecuada.

Desde los estudios críticos de la masculinidad, se ha señalado que los sistemas de salud reproducen expectativas normativas sobre los cuerpos y con-

ductas de los varones, especialmente en torno al riesgo, el autocontrol y la responsabilidad individual (Courtenay, 2000). Esta forma de interrogar, más que describir prácticas reales, refuerza imaginarios que responsabilizan a los varones de la transmisión del VIH y reducen la sexualidad a un problema de conducta individual, tal como muestran estudios en Latinoamérica y poblaciones latinas en contextos migratorios (Bermúdez-Román et al., 2015; Grieb et al., 2022).

Al operar bajo estos supuestos, la consulta reproduce jerarquías de género que invisibilizan las múltiples condiciones sociales que configuran la vulnerabilidad —como precariedad, desigualdad o violencia— y restringen los modos en que los hombres pueden narrar su experiencia sexual y afectiva. Estas dinámicas coinciden con lo descrito por Maragh-Bass et al. (2023), quienes señalan que el estigma en la atención opera a la vez como dispositivo de regulación moral y como estructura que delimita qué expresiones de la masculinidad son consideradas aceptables dentro del espacio clínico.

En el caso de mujeres trans, los comentarios emitidos fuera de consulta —como juicios sobre su corporalidad o el uso de hormonas— evidencian cómo las normas de género se reiteran en el espacio clínico, reforzando jerarquías sociales y médicas sobre qué cuerpos son inteligibles y cuáles se consideran desviados, objeto de sospecha o corrección. Desde los estudios queer y feministas, se ha señalado que estas formas de inteligibilidad no solo determinan qué cuerpos “cuentan”, sino también qué experiencias de deseo, afecto y vulnerabilidad pueden ser reconocidas. Ahmed (2006, 2014) ha mostrado que el género y la sexualidad se configuran a través de orientaciones afectivas que sitúan a los sujetos en determinadas

posiciones dentro del mundo social; así, las mujeres —cis y trans— producen formas de resistencia al hacer evidente que ser mujer no se reduce a cumplir con una morfología esperada, que se constituye en relación con el deseo, el sentir y la experiencia encarnada.

En la consulta, estas expresiones ponen en tensión la normatividad que pretende ordenar los cuerpos y cuestionan las expectativas biomédicas sobre lo que una “paciente mujer” debe ser o narrar. Estas dinámicas coinciden con lo descrito por Maragh-Bass et al. (2023), quienes documentan que el estigma en contextos de atención opera simultáneamente en los niveles interpersonal, institucional y moral, moldeando la relación médico–paciente y delimitando los márgenes de agencia disponibles para quienes viven con VIH.

Desde la perspectiva de Recoder (2011), estos intentos de dirección y control suelen ser exitosos porque se inscriben en relaciones de poder concretas: la consulta es un escenario donde se disputan significados entre la biomedicina y la vida cotidiana de los pacientes. No obstante, los usuarios no se reducen a sujetos pasivos. Como muestran los hallazgos, desplegaron estrategias de resistencia: evasivas, humor o la insistencia en introducir sus propios malestares. Siguiendo a Weber (1981), estas prácticas pueden leerse como formas de agencia, acciones sociales que, aunque limitadas por la estructura institucional, expresan motivaciones propias y reafirman la autonomía frente al poder médico.

En lugar de aparecer como un ámbito de placer, deseo y vínculo afectivo, el ejercicio sexual se reduce a una categoría de riesgo a gestionar. En el ámbito biomédico, los afectos suelen quedar relegados a un lugar secundario, como si el de-

seo, la cercanía o la construcción de vínculos no formaran parte de la vida sexual o no tuvieran relevancia para el cuidado. Al privilegiar un enfoque racional del riesgo, la biomedicina tiende a presentar la prescripción “*usar condón siempre*” como la única alternativa legítima, desplazando las formas situadas en que las personas negocian el cuidado a partir de la confianza, la intimidad y el deseo compartido.

De este modo, los acuerdos afectivos, la cercanía construida en la relación y las maneras en que cada persona o pareja decide cuidarse quedan desestimados frente a la obligación técnica, mientras que el número de parejas sexuales se convierte en un indicador moral más que clínico. Diversas autoras han señalado que los afectos no son elementos irracionales, sino potencias que orientan los cuerpos, moldean las posibilidades de acción y configuran modos de agencia relacionales (Ahmed, 2014; Rubin, 1984).

Como señala Grimberg (2009), esta medicalización fragmenta la experiencia erótica y la somete a un régimen de vigilancia. Sin embargo, los usuarios desplegaron estrategias de agencia: evasivas, silencios y humor para negociar con la autoridad médica, o la introducción de sus propias preocupaciones en la agenda clínica. Estos gestos muestran que la consulta es un espacio donde las personas buscan reinscribir sus experiencias y subjetividades frente a la normatividad biomédica.

La presencia de orientaciones e identidades diversas fortalece además la emergencia de prácticas y significados alternativos que, aunque se encuentran en tensión con el marco institucional, lo interpelan de manera constante. Para algunos pacientes, el humor compartido con el médico rompe

momentáneamente la rigidez del encuentro; para otros, el acto de reconocer explícitamente su rebeldía frente al tratamiento les permite afirmar una identidad que no queda completamente subsumida al rol de “paciente disciplinado”. Estas escenas demuestran que el poder biomédico, aunque estructural, no es monolítico: se encuentra siempre negociado en la práctica cotidiana.

Ahora bien, los hallazgos muestran que dentro de estos espacios institucionalizados existen prácticas médicas que reconocen y nombran la agencia y las necesidades de las personas. Aunque limitadas por la sobrecarga del sistema y la presión de los indicadores, algunos profesionales buscaron ampliar los márgenes de la consulta: movilizaron redes de apoyo médicas para garantizar la hospitalización de pacientes con desgaste fisiológico importante, facilitaron el contacto con organizaciones de la sociedad civil que pudieran brindar acompañamiento, o incluso promovieron recursos de apoyo económico, como becas, para aliviar la precariedad material de los usuarios. También se documentaron referencias hacia grupos de pares, que funcionaron como espacios complementarios de contención y acompañamiento fuera del marco estrictamente clínico.

Estas acciones, aunque minoritarias, son significativas porque muestran que la práctica médica no se reduce a la reproducción de jerarquías y normas hegemónicas. Dentro de los márgenes institucionales se abren grietas que permiten gestos de solidaridad, reconocimiento y cuidado más allá de la lógica biomédica. No obstante, estas aperturas suelen tener un límite: el tiempo de consulta, la burocracia de los registros o la presión por cumplir con metas de atención constriñen la posibilidad de sostener una atención verdaderamente centrada en la persona.

En conjunto, la relación médico–paciente en el contexto del VIH se configura como un microespacio de disputa. Allí se inscriben discursos normativos sobre género, sexualidad y responsabilidad individual, pero también emergen prácticas que los tensionan: resistencias sutiles de los usuarios, reconocimientos parciales de los médicos y la creación de redes de apoyo que exceden al marco institucional. Analizar estas interacciones permite comprender que el cuidado en salud no es un proceso unilateral, sino una construcción dinámica en la que se negocian constantemente los significados de la enfermedad, la identidad y la vida cotidiana.

En conjunto, las relaciones médico–paciente en torno al VIH no pueden entenderse como interacciones neutras. Son espacios donde confluyen hábitos profesionales, discursos sociales sobre género y sexualidad, y resistencias cotidianas de los usuarios. La consulta clínica se configura, así, como un micro espacio de disputa: por un lado, se refuerzan jerarquías y normas hegemónicas; por otro, emergen gestos de agencia que cuestionan y negocian los significados de la salud, la enfermedad y el cuidado.

Conclusiones

Este estudio muestra que las consultas en las Clínicas Condesa constituyen un espacio donde se entrelazan dimensiones biomédicas, institucionales y sociales en la atención al VIH. Si bien los marcadores clínicos como la carga viral, el conteo de CD4 y la adherencia al tratamiento organizan la rutina médica, la interacción observada revela que estas prácticas están lejos de ser únicamente técnicas. Por el contrario, se encuentran atravesadas por procesos de normalización, estigmatización y control, pero también por gestos de

resistencia y negociación que reconfiguran continuamente el encuentro clínico.

Las prácticas médicas cotidianas observadas muestran cómo la biomedicina tiende a traducir experiencias singulares en categorías estandarizadas, privilegiando el registro técnico sobre las narrativas personales. En este proceso, las condiciones estructurales que afectan la vida de los pacientes se individualizan, responsabilizándolos del cumplimiento del tratamiento mientras se invisibilizan factores sociales como el acceso a recursos, el trabajo o las redes de apoyo. Estas dinámicas expresan el peso de una racionalidad institucional que busca producir subjetividades alineadas con normas hegemónicas de salud y enfermedad.

Al mismo tiempo, las interacciones entre médicos y usuarios revelan que la consulta es un micro espacio de disputa. Las jerarquías profesionales y los discursos normativos sobre género y sexualidad se hacen presentes en preguntas, silencios y comentarios que reproducen estigmas hacia identidades y orientaciones diversas. Sin embargo, los pacientes despliegan estrategias de agencia—desde evasivas hasta gestos de humor o interrupciones— que tensionan la autoridad médica y

reinscriben sus propias experiencias en la consulta. Estas resistencias, aunque a menudo limitadas, son clave para entender que el poder biomédico no se impone de manera absoluta, sino que se negocia en la práctica cotidiana.

El análisis muestra que, a pesar de las restricciones del sistema, existen prácticas médicas que buscan ampliar los márgenes del cuidado: movilizar redes de apoyo médicas, vincular a las personas con organizaciones civiles, facilitar recursos materiales o derivarlas a espacios de acompañamiento entre pares. Estas acciones, aunque condicionadas por la saturación institucional, reflejan la posibilidad de construir una atención más empática y centrada en las necesidades de las personas que viven con VIH.

En conjunto, los hallazgos de este trabajo sugieren que la atención en VIH no puede comprenderse únicamente desde indicadores biomédicos ni desde las lógicas institucionales, sino como un proceso social que articula poder, subjetividad y agencia. Reconocer esta complejidad es indispensable para pensar políticas y prácticas de salud que, además de garantizar el acceso a medicamentos y servicios, integren las dimensiones afectivas, sociales y culturales de la vida con VIH.

Referencias bibliográficas

- ADAZSKO, A. (2006). “De tomar pastillas a saberse viviendo con VIH/Sida. Trayectorias de vida y reflexividad de jóvenes que crecieron viviendo con VIH/Sida desde niños”. En *Jornadas de investigación en antropología social*. Buenos Aires, Argentina.
- AHMED, S (2006). *Queer phenomenology: Orientations, objects, others*. Duke University Press.
- AHMED, S. (2014). *The cultural politics of emotion* (2nd ed.). Edinburgh University Press.
- Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Duke University Press.
- AMUCHÁSTEGUI, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. México: El Colegio de México.

- BERMÚDEZ-ROMÁN, I. E., SÁNCHEZ-SOLÍS, M. L., y GUAJARDO-MARTÍNEZ, M. J. (2015). “Masculinidades, vulnerabilidad social y prácticas de riesgo en jóvenes mexicanos”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 845–859. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1321220414>.
- BOURDIEU, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- BRONFMAN, M., LEYVA, R., NEGRONI, M., y MAGIS, C. (Coords.). (2020). *Los efectos sociales del VIH*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- BUTLER, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- CASTRO, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y reproducción de la pobreza*. UNAM: CRIM.
- CASTRO, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Argentina. Editorial/UNAM.
- CENSIDA. (2023). *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- CISTERNA, F. (2005). “Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*”, 14(1), 61-71.
- CONEVAL. (2020). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Courtenay, W. H. (2000). “Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: A theory of gender and health”. *Social Science y Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- ERVITI, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*. México: UNAM.
- FASSIN, D. (2004). “Public health as culture: The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 29, núm. 4: 627-650.
- FOUCAULT, M. (1979). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- GOLD, R. (1985). “Roles in sociological field observation”. *Social Forces*, vol. 36, núm. 3: 217-223.
- GOOD, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- GRIEB, S. M. D., VELEZ, M., CORTY, E. W., SEXTON, R. E., FLORES-MILLER, A., SHAH, H. S., y PAGE, K. R. (2022). “HIV-related stigma among Spanish-speaking Latinos in an emerging immigrant city following the Solo Se Vive Una Vez social marketing campaign”. *PloS one*, 17(10), e0274888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274888>
- GRIMBERG, M. (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia; 2009, 189 p. ISBN 978- 987-1238-62-0.
- HARAWAY, D. J. (1988). “Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective”. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- HERNÁNDEZ LEYVA, M. P. (2023). *Transitar la adolescencia con VIH: Análisis antropológico de las experiencias subjetivas de la vida cotidiana y el padecimiento* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.
- KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- LUPTON, D. (1998). *Medicine as culture: Illness, disease and the body*. London: Sage.
- MALIKA, N., BOGART, L. M., MATOVU, J. K. B., PHALADZE, N., MUBIRU, K., LEON R., DO-

- NASTORG, Y., VALENCIA HUAMANI, J., MPEBE, O., y CHISONGA, N. (2025). “Intersectional HIV stigma in Sub-Saharan Africa, Latin America and the Caribbean: Insights and pathways forward – A scoping review”. *PLOS Global Public Health*, 5(2), e0004240
- MARAGH-BASS, A. C., HUCKS-ORTIZ, C., BEYRER, C., REMIEN, R. H., MAYER, K., DEL RIO, C., BATEY, D. S., FARLEY, J. E., GAMBLE, T., y TOLLEY, E. E. (2023). “Multilevel stigma and its associations with medical care ratings among men who have sex with men in HPTN 078”. *Journal of Primary Care y Community Health*, 14, 21501319231175362. <https://doi.org/10.1177/21501319231175362>
- MARGULIES, S. (1998). *El paradigma biomédico y la construcción social de la enfermedad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial.
- MOL, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- PUAR, J. K. (2007). *Terrorist assemblages: Homonationalism in queer times*. Duke University Press.
- RECODER, C. (2011). *Vivir con VIH-SIDA. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Argentina: Biblos.
- ROBLES MARTÍNEZ, J., VARGAS-ESPINOZA, L., GARCÍA-LEAL, M., y PÉREZ-SERRANO, A. (2025). “Transformando la relación médico-paciente en la práctica: responsabilidad social y agencia moral”. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(2), 12–20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2025.2.12>
- RUBIN, G. (1984). “Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality”. En C. Vance (Ed.), *Pleasure and danger: Exploring female sexuality* (pp. 267–319). Routledge.
- SCHUTZ, A. (1974). *La fenomenología del mundo social*. Paidós.
- SOSA SÁNCHEZ, I. (2005). *Significados de la salud y sexualidad de jóvenes. Un estudio de caso en escuelas públicas de Cuernavaca*. México: INMUJERES.
- STERN, C. (1997). “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”. *Salud Pública de México*; 39:137-143.
- SZASZ, I. (2009). “Sexualidad y salud reproductiva / necesidades y derechos de la población”. *DemoS*, (008).
- WAITZKIN, H. (1979). “Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research”. *The journal of the American Medical Association*, 252(17), 2441-2446.
- WEBER, M. (1981). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- WU, Q., HUANG, Y., VAN VELTHOVEN, M. H. M. M. T., WANG, W., CHANG, S., y ZHANG, Y. (2021). “Physician–patient relationship and health outcomes: The role of trust and communication”. *Journal of Health Psychology*, 27(6), 1307–1319. <https://doi.org/10.1177/1359105321990793>