

1 DE DICIEMBRE, DÍA MUNDIAL DEL SIDA 2025: SUPERAR LAS INTERRUPCIONES Y TRANSFORMAR LA RESPUESTA AL SIDA DESDE LA SALUD PÚBLICA COMO HERRAMIENTA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Autoría: Blanca Obón-Azuara, Ángel Gasch-Gallén, María Ángeles Rodríguez Arenas, Isabel Gutiérrez-Cía, Christian Gil-Borrelli.

Con motivo del Día Mundial del Sida, la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), a través de su Grupo de Trabajo de Género, Diversidad Afectivo-Sexual y Salud (GEyDIS), subraya la urgencia de abordar el estigma y la discriminación vinculados al VIH. Estos factores no son meros problemas sociales, sino determinantes sociales de la salud con un impacto profundo en la equidad, los derechos humanos y la eficacia de la respuesta sanitaria [1] [2]. Superar estos obstáculos requiere un abordaje integral que incorpore la perspectiva de género, la interseccionalidad y la justicia social. Así como un claro compromiso de las instituciones en forma de estrategias de financiación e intervenciones integrales a nivel intersectorial.

Diagnóstico: Estigma, Barreras Institucionales y Desigualdades

A pesar de que el tratamiento antirretroviral ha transformado el VIH en una condición crónica que permite una esperanza y calidad de vida comparables a las de la población general, muchas personas con VIH continúan enfrentando rechazo social, vulneración de la confidencialidad y serias barreras para acceder a una atención equitativa[3].

El temor al estigma es un factor limitante crítico que retrasa la realización de pruebas diagnósticas, dificulta la revelación del estado serológico y condiciona negativamente la adherencia terapéutica [1] [4] [5]. Este impacto es especialmente severo en algunas de estas personas que experimentan el efecto negativo de múltiples ejes de discriminación. El estigma relacionado con el VIH no es uniforme y actúa de manera interseccional [4] [6], afectando de forma diferencial a distintos grupos en función de su posición social, género, identidad, orientación afectivo-sexual, etnicidad o procedencia o situación migratoria. La convergencia de múltiples formas de discriminación, que hay que entender que pueden vivirse de manera única, refuerza la exclusión y la vulnerabilidad.

Población Especialmente Expuestos a todas las formas de daño estructural, simbólico y práctico —estigma, discriminación, acceso limitado a derechos—

Población	Manifestaciones de Estigma y Discriminación	Referencias
Mujeres y niñas	Para las mujeres, en los casos en que se conoce la vía de transmisión, el contagio es casi exclusivamente a través de relaciones heterosexuales. La seropositividad se asocia a rupturas familiares, afectivas, estigmatización sexual, pérdida de autonomía reproductiva y violencia de género, así como dificultades laborales, pérdida del trabajo, exclusión institucional, pérdida de autonomía reproductiva, culpabilización y barreras en el acceso a la atención. Por todo ello las mujeres accedan más tarde al diagnóstico y al tratamiento.	[1] [2] [3]

	Las mujeres son sólo el 14% de los nuevos diagnósticos, suponen el 55% de los diagnósticos tardíos, lo que, unido a su mayor media de edad, hace que entre las personas cuya vía de transmisión son las relaciones heterosexuales, las mujeres representen el 71% de los diagnósticos de sida. El binomio VIH+ y violencia de género, tiene entre otras consecuencias, peores respuestas al tratamiento antirretroviral y mayor riesgo de transmisión materno-infantil.	
Personas LGBTIQ+	Discriminación estructural y estigma (homofobia, transfobia, serofobia) y atención sanitaria que no respeta la autodeterminación de género, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias.	[1] [2] [6]
Personas en situación de prostitución, personas usuarias de drogas, personas migrantes	Trayectorias vitales condicionadas por la criminalización, la precariedad y el racismo estructural y el acceso restringido a los derechos básicos	[1] [2] [3] [6] [10]

Contexto en España: persistencia de prejuicios y respuestas institucionales

Las encuestas de población general en España indican que, si bien algunas actitudes han mejorado, persisten creencias erróneas sobre la transmisión y prejuicios hacia las personas con VIH en ámbitos como la escolarización, el trabajo o las relaciones personales [7-9].

Mujeres, personas migrantes y población trans reportan experiencias frecuentes de violencia simbólica, barreras culturales y trato institucional inadecuado [10].

En el ámbito sanitario, la persistencia de representaciones estigmatizantes y la falta de una capacitación de profesionales de salud con enfoque de género y diversidad, perpetúan las prácticas discriminatorias, a pesar de la coexistencia de experiencias de atención ejemplar [11].

El lenguaje profesional inclusivo es una herramienta transformadora: se recomienda utilizar "personas que viven con VIH" en lugar de "portadores", y referirse a "poblaciones en situación de vulnerabilidad" en lugar de "grupos de riesgo", evitando formulaciones que refuercen estigmas y exclusión.

Compromisos desde la Perspectiva de Género, Derechos y Salud Pública

Desde la SEE, se plantean los siguientes compromisos estratégicos para fortalecer la respuesta al VIH desde una perspectiva de equidad

1. Reconocimiento de la lucha contra el estigma como prioridad sanitaria. Erradicar el estigma y la discriminación es una prioridad ineludible, intrínsecamente ligada al mandato de equidad de género y al cumplimiento de los derechos humanos.
2. Aplicación del Pacto Social. Respaldar y exigir la aplicación efectiva del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH [8], garantizando su evaluación con indicadores desagregados y metodologías participativas.

3. Formación Obligatoria con enfoque de género y diversidad. Promover programas formativos continuos y obligatorios en todos los niveles del sistema sanitario, incluyendo perfiles no clínicos, que integren perspectivas de género, diversidad afectivo-sexual e interseccionalidad [11].

4. Inclusión sistémica de Variables Sociales: Incorporar de manera sistemática las variables de sexo y género, identidad de género, orientación sexual, etnicidad y clase social en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, así como la medición cuali-cuantitativa del estigma, la discriminación y sus efectos en la salud [1] [4] [7] [9].

5. Fortalecimiento del papel Comunitario: Reconocer la función esencial de las organizaciones comunitarias y de las personas que viven con VIH —en toda su diversidad— en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, programas de prevención y estrategias de acompañamiento basadas en derechos y autonomía.

En conclusión, el Grupo de Trabajo GEyDIS de la SEE considera de vital importancia fortalecer la producción de evidencia epidemiológica con perspectiva de género e incidir en políticas públicas que promuevan entornos seguros, equitativos y libres de serofobia. Solo a través de una respuesta feminista, interseccional y basada en los derechos humanos será posible garantizar que todas las personas que viven con VIH puedan ejercer plenamente su ciudadanía, libres del miedo al rechazo y a la exclusión.

REFERENCIAS

1.UNAIDS. HIV and stigma and discrimination. Human rights fact sheet series 2024. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024.

2.UNAIDS. The path that ends AIDS. Global AIDS Update 2023. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023.

3.UNAIDS; Global Network of People Living with HIV (GNP+), et al. People Living with HIV Stigma Index: Global Report 2023. Amsterdam; 2023.

4.Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. The health stigma and discrimination framework: a global, cross-cutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. BMC Med. 2019;17(1):31. doi:10.1186/s12916-019-1271-3.

5.Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Walmsley SL, Bayoumi AM, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with



HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*. 2016;6(7):e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453.

6.Dale SK, Ayala G, Logie CH, Bowleg L. Addressing HIV-related intersectional stigma and discrimination to improve public health outcomes. *Am J Public Health*. 2022;112(S4):S335–7. doi:10.2105/AJPH.2022.306738.

7.Fuster MJ, Molero F, de Montes LG, Agirrezabal A, Vitoria A. HIV- and AIDS-related stigma: psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *Span J Psychol*. 2013;16:E30. doi:10.1017/SJP.2013.52.

8.Ministerio de Sanidad. Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.

9.Fuster-RuizdeApodaca MJ, Molero F, Gil de Montes L, Agirrezabal A, Vitoria A. Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care*. 2014;26(Suppl 1):S41–5. doi:10.1080/09540121.2014.906557.

10.Gogishvili M, Flórez KR, Costa SA, et al. A qualitative study on mixed experiences of discrimination and healthcare access among HIV-positive immigrants in Spain. *BMC Public Health*. 2021;21:385. doi:10.1186/s12889-021-10388-6.

11.European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European AIDS Clinical Society (EACS). HIV stigma in the healthcare setting: Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm: ECDC; 2024.