

Estudio sobre el estigma relacionado con el VIH en el ámbito sanitario en España

Informe de resultados



**INFORME ESPECIAL - Ministerio de Sanidad - División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.**

Estigma asociado al VIH en el contexto sanitario

**Monitoreo de la aplicación de la Declaración de Dublín sobre la
lucha contra el VIH/SIDA en Europa y Asia Central**

Autores: Daniela Rojas Castro, José Ignacio Bernardino, Ana Méndez, Ana Koerting, Juan Hoyos, Esteban Martínez, Teymur Noori & Julia del Amo

1. Introducción

Poner fin a la epidemia de VIH y sida para el año 2030 es un objetivo global prioritario, recogido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de las Naciones Unidas y en la Declaración de París. Alcanzarlo requiere abordar simultáneamente diversos factores que siguen limitando el acceso equitativo a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención. Entre estos desafíos, el estigma y la discriminación en los entornos sanitarios se destacan como barreras persistentes que deterioran la calidad del cuidado, afectan negativamente el vínculo terapéutico y refuerzan las desigualdades existentes.

ONUSIDA ha subrayado que el estigma institucionalizado compromete directamente la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH y de otras poblaciones clave, al contribuir al retraso en la búsqueda de atención, la evitación de los servicios sanitarios y la reducción de la adherencia al tratamiento. Estas dinámicas tienen un impacto directo en los esfuerzos de prevención y control del VIH. Aunque también existen otras barreras estructurales importantes, como las restricciones presupuestarias, la fragmentación de los sistemas de salud o la desigualdad en la aplicación de políticas públicas, este informe se centra específicamente en el análisis del estigma y la discriminación en el ámbito sanitario, con el objetivo de contribuir a una comprensión más precisa de su alcance y sus manifestaciones concretas.

Con este fin, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y la Sociedad Clínica Europea del Sida (EACS) llevaron a cabo en 2023 una encuesta exploratoria dirigida a profesionales de la salud en Europa y Asia Central. El estudio incluyó tanto a personal clínico como no clínico, y buscó evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas hacia las personas que viven con VIH. Este informe recoge y analiza los datos correspondientes al caso de España.

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario en línea disponible en 38 idiomas y difundido a través de redes profesionales, eventos, redes sociales y boletines. Aunque el método de muestreo limita la generalización de los resultados, los hallazgos proporcionan una indicación del nivel y las características del estigma relacionado con el VIH en el entorno sanitario.

La encuesta global fue respondida por 18.430 personas de 54 países, con una amplia variación en la cantidad de respuestas por país. En España, la muestra de personas que respondió fue de 1.167, lo que representa aproximadamente el 6.3% del total de la muestra.

Los resultados globales (N=18.430) indican que la mayoría de las personas que respondieron a la encuesta fueron mujeres (74%) y personas de entre 25 y 44 años (52%). Aunque las funciones desempeñadas en el ámbito sanitario eran múltiples, la mayoría de las personas que participaron en la encuesta era personal médico (44%) y de enfermería (22%). Un 45% de los participantes no había tratado a ninguna persona que viva con VIH o había atendido a

menos de cinco personas en el último año, mientras que sólo un 9% había atendido a más de 100 personas con VIH. Este último resultado es particularmente relevante, ya que revela que el personal sanitario encuestado no ha estado en contacto, o no sabe que ha estado en contacto, con personas viviendo VIH. Esta falta de contacto puede contribuir a mantener percepciones erróneas sobre los riesgos de transmisión, alimentar culturas de evitación y justificar medidas de precaución innecesarias. La literatura científica, así como los datos de esta encuesta muestran que el conocimiento sobre el VIH es mayor entre quienes han tenido contacto regular con personas que viven con el VIH. Esta brecha de experiencia práctica subraya la necesidad de formación continua y sistemática, incluso o sobre todo en entornos no especializados, para garantizar una atención sin estigma en el conjunto del sistema sanitario.

En el caso de España (N=1.167), el conocimiento sobre el VIH y conceptos clave como “indetectable es igual a intransmisible” (I=I; U=U en inglés), la profilaxis post-exposición (PEP) y la profilaxis pre-exposición (PrEP) varió significativamente entre los diferentes roles profesionales y tipos de centros de salud. El 69% de las personas encuestadas carecía de conocimientos sólidos sobre la transmisión y prevención del VIH. El personal médico mostró el mayor conocimiento, y aquellas personas que habían atendido a más personas con VIH tendían a tener un conocimiento sustancialmente mayor. Sin embargo, más de la mitad de las personas encuestadas expresó preocupación al atender a personas con VIH en actividades como la extracción de sangre (57%) y el tratamiento de heridas (53%), dichas preocupaciones estaban inversamente relacionadas con el nivel de conocimiento sobre el VIH.

Un 2% del personal sanitario declaró que evitaría el contacto físico con personas con VIH, y un 14% indicó que utilizaría guantes dobles al brindarles atención. Además, el 7% de las personas encuestadas aseguró que, si pudiera elegir, no atendería a personas que se inyectan drogas.

Si bien muchos centros de salud contaban con protocolos de protección contra la infección por VIH y medidas para prevenir la discriminación, es patente una relativa falta de conocimiento y aplicación de estas políticas en algunos entornos. El 22% de los encuestados reportó haber presenciado reticencia a proporcionar atención, el 19% observó divulgación de estatus serológico sin consentimiento, el 18% presenció una calidad de atención inferior, y el 30% fue testigo de comentarios o actitudes negativas hacia personas con VIH.

A continuación, se presentan en detalle los resultados correspondientes a España, con el objetivo de identificar patrones específicos de estigma y discriminación en el ámbito sanitario, así como de aportar elementos útiles para orientar intervenciones contextualizadas. Los datos analizados muestran que el estigma relacionado con el VIH sigue siendo una barrera importante para el acceso a una atención de calidad, incluso en contextos donde existen normativas protectoras y marcos clínicos avanzados. Este informe ofrece una mirada específica al caso español, donde las actitudes del personal sanitario hacia las personas que

viven con VIH revelan tanto retos persistentes como oportunidades de mejora. Los hallazgos ponen de relieve la necesidad urgente de desarrollar intervenciones robustas y multifacéticas que combinen formación continua, protocolos institucionales claros y marcos éticos compartidos. Mejorar el conocimiento sobre el VIH entre los profesionales de salud y garantizar una atención equitativa y libre de estigma son condiciones fundamentales para avanzar hacia el objetivo global de erradicar la epidemia de VIH/sida para el año 2030.

2. Métodos y muestra

El estudio fue diseñado para recolectar datos sobre el conocimiento y las actitudes hacia el VIH entre personas que trabajan en el ámbito sanitario en Europa y Asia Central, con el objetivo de investigar el estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH.

La recolección de datos se realizó entre el 15 de septiembre y el 5 de diciembre de 2023. La población objetivo incluyó a cualquier persona mayor de 18 años trabajando en centros de salud en los 53 países de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, además de Liechtenstein y Kosovo. Se incluyó tanto al personal clínico como al no clínico en cualquier tipo de instalación de salud, desde hospitales y centros de atención primaria hasta clínicas dentales y centros comunitarios.

Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario en línea de autocompletado, disponible en 38 idiomas. En los países en los que fue necesario, se obtuvo consentimiento informado. El estudio contó con la aprobación ética del Comité de Revisión Ética del Hospital Clínic de Barcelona (HCB/2023/0889) y, cuando fue necesario, aprobaciones nacionales adicionales. Este cuestionario se basó en una versión modificada de un cuestionario previamente validado y estandarizado para medir el estigma relacionado con el VIH, adaptado para incluir temas adicionales sobre el conocimiento de transmisión y prevención del VIH, en consonancia con las guías internacionales de ONUSIDA para el monitoreo global del VIH.

La encuesta midió el conocimiento sobre el VIH mediante la evaluación del acuerdo de los encuestados con tres afirmaciones correctas sobre transmisión y prevención del VIH. Los niveles de conocimiento fueron clasificados en “ningún conocimiento” (desacuerdo con las tres afirmaciones), “bajo” (acuerdo con una afirmación), “medio” (acuerdo con dos afirmaciones) y “alto” (acuerdo con las tres afirmaciones). Además, el cuestionario incluyó preguntas sobre las características sociodemográficas de los participantes, actitudes y comportamientos hacia personas con VIH, políticas y prácticas en los centros de salud, y formación en VIH y control de infecciones.

El reclutamiento se realizó mediante muestreo no probabilístico, incluyendo métodos de conveniencia, muestreo dirigido y bola de nieve. La promoción del estudio se realizó a través de campañas nacionales e internacionales en redes profesionales, redes sociales, boletines informativos y eventos, y se alentó a los y las participantes a distribuir el cuestionario entre sus colegas. No se ofreció compensación económica ni en especie a los encuestados.

ECDC y EACS trabajaron con puntos focales en los diferentes países para obtener apoyo estratégico, aprobaciones éticas, traducciones de calidad del cuestionario y promoción en cada país, con un mínimo de promoción en hospitales, clínicas ambulatorias y colegios de profesionales de la salud. En España, la encuesta fue completada por 1.167 profesionales sanitarios. El análisis de sus respuestas se estructura en torno a cinco grandes ejes temáticos que articulan este informe: (1) el perfil sociodemográfico y profesional de las personas encuestadas; (2) su experiencia en el ámbito sanitario y en la atención a personas con VIH; (3) su nivel de conocimiento sobre el VIH y las medidas de prevención; (4) sus actitudes y representaciones hacia las personas que viven con VIH y determinadas poblaciones clave; y (5) la existencia de prácticas discriminatorias observadas, así como de políticas institucionales en los centros de salud. Este enfoque permite identificar con precisión las manifestaciones del estigma en el contexto sanitario español y aportar elementos útiles para orientar intervenciones concretas en el marco de la respuesta nacional al VIH. Se realizaron análisis cruzados donde fue relevante, y los resultados se estratificaron por características sociodemográficas y regiones geográficas. Para el análisis de datos se utilizaron Excel y Stata/SE 16.1 para Windows.

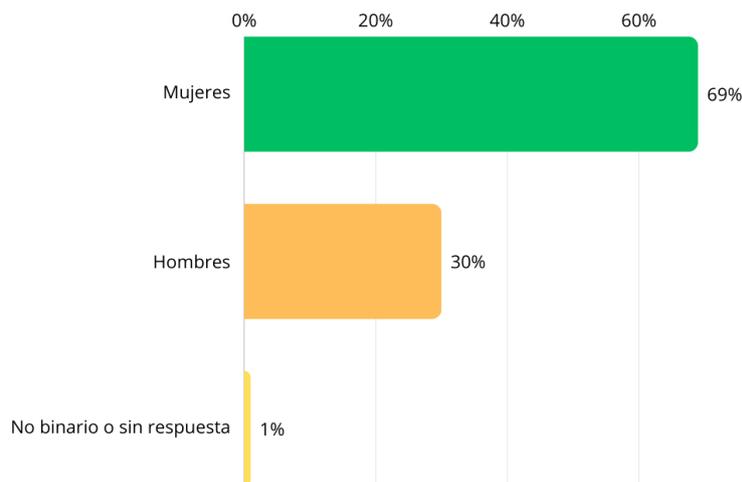
3. Resultados

Perfil de la muestra de participantes

La muestra de la encuesta incluyó un 69% de participantes mujeres (N=809), un 30% de hombres (N=344) y un 1% de personas no binarias o que decidieron no responder con relación al género (N=14). Esta distribución se alinea con la composición demográfica del sector sanitario en España, caracterizado por una presencia mayoritaria de mujeres. Se hecho, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), aproximadamente el 77% del personal que desarrolla actividades sanitarias y servicios sociales en España son mujeres¹.

¹ REF - Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos sobre ocupación en el sector sanitario en España.

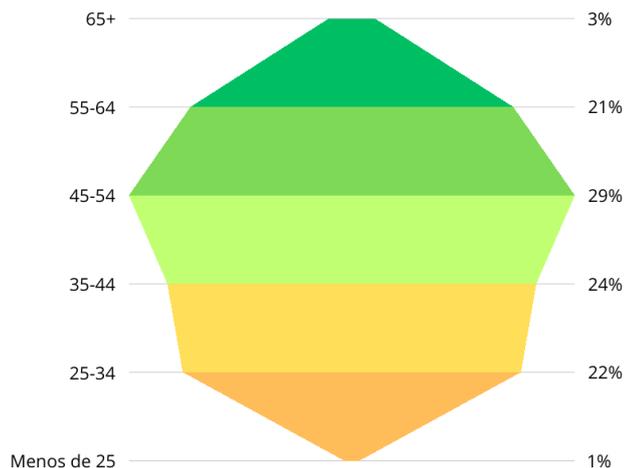
Figura 1. Género



La distribución por edad en la muestra encuestada revela una diversidad importante entre los y las profesionales sanitarios, abarcando desde quienes se inician en la profesión hasta perfiles con trayectorias consolidadas. La mayoría de los participantes (53%) se encuentra entre los 25 y 54 años, lo que indica una fuerte representación de profesionales en etapas intermedias de su carrera, presumiblemente con funciones asistenciales estables y un grado relevante de responsabilidad clínica. Dado que la muestra incluye también personal no clínico (por ejemplo, personal administrativo, técnico o de apoyo), este grupo etario representa igualmente a trabajadores y trabajadoras cuyas funciones, aunque no directamente relacionadas con la atención médica, forman parte del ecosistema institucional donde pueden producirse dinámicas de estigmatización.

Los grupos etarios menores de 25 años y mayores de 65 representan juntos el 4% de la muestra, mientras que el 43% restante se distribuye entre quienes están entre los 25 y 64 años. Esta concentración en franjas etarias medias permite captar una diversidad de trayectorias profesionales y de experiencias laborables, que pueden, a su vez, influir en los niveles de conocimiento sobre el VIH y en las actitudes hacia las personas que viven con dicho virus. La presencia de diferentes generaciones profesionales dentro del sistema sanitario ofrece una oportunidad valiosa para analizar cómo las percepciones y prácticas varían según el momento de entrada en la profesión, la exposición a cambios en los paradigmas clínicos y la incorporación, más o menos reciente, de enfoques de derechos humanos y no discriminación.

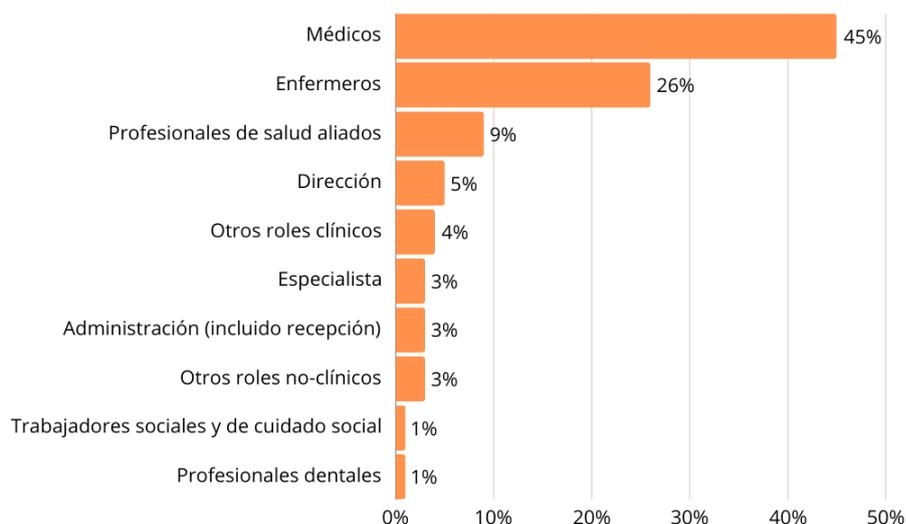
Figura 2. Edad



El 90,7% de las personas que participaron en esta encuesta indicó haber nacido en España, mientras que el 9,3% restante procedía de un total de 35 países distintos, lo que refleja una cierta diversidad de orígenes dentro del personal sanitario encuestado.

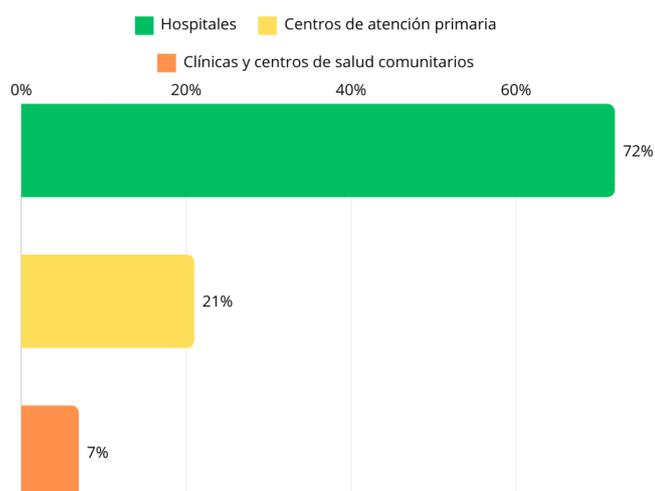
La encuesta recoge una amplia gama de perfiles profesionales del ámbito sanitario, incluyendo tanto personal clínico como no clínico. La mayoría de los y las participantes pertenece al cuerpo médico o de enfermería, lo que garantiza una representación sólida de quienes desempeñan funciones asistenciales directas. Este grupo representa aproximadamente un 70% del total de la muestra. No obstante, también están presentes otros perfiles profesionales, como personal técnico, administrativo o de apoyo, que, si bien no ejercen tareas clínicas, forman parte del entramado institucional con el que se relacionan las personas que viven con VIH.

Figura 3. Rol profesional



La distribución de los lugares de trabajo entre las personas encuestadas refleja la diversidad de entornos en los que se presta atención sanitaria en España, incluyendo hospitales, centros de atención primaria, servicios comunitarios, clínicas privadas y otras instalaciones. Esta heterogeneidad institucional permite captar percepciones y prácticas en contextos organizativos distintos, lo que enriquece el análisis de cómo se manifiesta el estigma relacionado con el VIH en el sistema de salud.

Figura 4. Principal centro de trabajo



Experiencia en el ámbito sanitario, experiencia con las personas con VIH y formación recibida

Experiencia

La muestra encuestada se caracteriza por una trayectoria profesional consolidada: un 47% de los y las participantes declaró haber estado trabajando en el sector sanitario durante más de 20 años, mientras que un 25% refirió entre 10 y 30 años de experiencia. Los porcentajes correspondientes a las personas habiendo trabajado en el sector sanitario entre 5 y 10 años y desde hace menos de 5 años eran de 16% y 12% respectivamente. En conjunto, el 71% de las personas encuestadas tiene al menos 10 años de experiencia en el ámbito sanitario, lo cual sugiere que una gran mayoría de la muestra posee una sólida base de conocimientos y prácticas adquiridas a lo largo de su carrera.

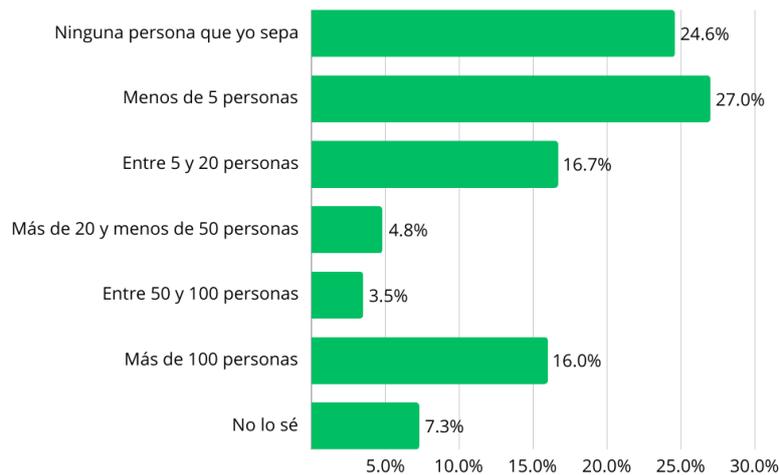
Sin embargo, esta experiencia general no se traduce necesariamente en familiaridad específica con el VIH. A la pregunta **“¿Ha trabajado alguna vez en una clínica o departamento especializado en la atención a personas con VIH?”**, un 64% de las personas encuestadas respondió negativamente, es decir, no ha tenido experiencia directa en entornos especializados en VIH. El 36% restante sí había trabajado alguna vez en dichos entornos, distribuyéndose de la siguiente manera:

- Un 19% declaró trabajar actualmente en servicios especializados en VIH, lo que representa a profesionales con una experiencia reciente y en contacto directo con el manejo de personas que viven con VIH.
- Un 5% indicó haber trabajado en estos servicios en los últimos cinco años, aunque ya no se encuentra vinculado a ellos.
- Un 12% mencionó haber trabajado en atención especializada al VIH hace más de cinco años, lo que sugiere una experiencia más lejana, aunque potencialmente significativa desde punto de vista formativo.

Estos datos revelan que, aunque existe un núcleo de profesionales con experiencia directa en el ámbito del VIH, la mayoría de la muestra no ha estado expuesta a entornos especializados. Esta distancia profesional puede repercutir en el nivel de familiaridad con las guías clínicas actualizadas, la implementación de medidas preventivas o el manejo no estigmatizante de la atención a personas con VIH.

La encuesta también recogió información sobre el grado de interacción reciente con personas que viven con VIH. A la pregunta sobre cuántas personas con VIH habían atendido o acompañado en el último año, se observó una distribución heterogénea. Un 16% reportó haber tenido contacto con más de 100 personas con VIH; un 25% indicó no haber tenido ninguna interacción conocida con personas que viven con VIH; y el resto se distribuyó en niveles intermedios de contacto:

Figura 5. Número de personas VIH con las que se ha tenido contacto



Esta variabilidad en la exposición directa puede estar relacionada con el tipo de institución, la función profesional desempeñada y la especialización del servicio. En cualquier caso, los datos muestran que sólo una minoría del personal sanitario encuestado tiene un grado elevado de interacción con personas que viven con VIH en su práctica habitual, lo que podría limitar la internalización de conocimientos actualizados y la adopción de prácticas basadas en derechos y libre de estigmas.

Formación

Los resultados de la encuesta muestran una cobertura formativa desigual entre el personal encuestado en relación con aspectos clave vinculados a la atención a personas que viven con VIH. Mientras que algunos contenidos presentan niveles relativamente altos de capacitación, otros, directamente relacionados con la reducción del estigma, siguen siendo áreas poco abordadas.

- Consentimiento informado, privacidad y confidencialidad: **75%**
- Control de infecciones: 58%
- Incluyendo Profilaxis post-exposición (PEP): 73%
- Equidad, diversidad e inclusión: 41%
- Estigma y discriminación relacionados con el VIH: **33%**

Tres de cada cuatro participantes (75%) afirmaron haber recibido formación sobre consentimiento informado, privacidad y confidencialidad, pilares éticos fundamentales en la atención sanitaria. De manera similar, un 73% indicó haber sido formado en profilaxis post-exposición (PEP), lo que sugiere una presencia significativa de este contenido en los programas de formación profesional.

En cambio, sólo un 58% declaró haber recibido formación específica sobre control de infecciones en el contexto del VIH, lo cual puede limitar la capacidad del personal para distinguir entre precauciones estándar y medidas innecesarias motivadas por percepciones erróneas de riesgo.

Resulta particularmente llamativo que sólo un 33% de las personas encuestadas haya recibido formación explícita sobre estigma y discriminación hacia personas que viven con VIH. Esta baja proporción revela una carencia estructural en los programas formativos en lo que respecta a competencias actitudinales y relacionales. De forma complementaria, un 41% declaró haber recibido formación en temas de equidad, diversidad e inclusión, lo que refuerza la necesidad de integrar estos contenidos de manera más sistemática en la formación continua.

En conjunto, estos resultados apuntan a una importante oportunidad de mejora: incorporar de forma transversal, y no meramente opcional, contenidos sobre derechos humanos, estigma y atención centrada en la persona en los programas de formación de todo el personal sanitario.

Conocimiento sobre el VIH

El nivel de conocimiento sobre el VIH se evaluó mediante afirmaciones clave relacionadas con la transmisión y prevención del virus. Estas afirmaciones permiten identificar en qué medida el personal sanitario está familiarizado o no con los avances biomédicos en el manejo del VIH, en particular: la estrategia I=I (Indetectable es igual a Intransmisible; U=U en inglés), la Profilaxis Post-Exposición (PEP) y la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP).

- **“Las personas que viven con VIH, que están en tratamiento y tienen una carga viral indetectable no pueden transmitir el virus sexualmente”**

Un **68%** de las personas que respondieron a la encuesta se declaró de acuerdo con esta afirmación, lo que sugiere una interiorización progresiva del principio de I=I en el ámbito sanitario. Sin embargo, un 22% se mostró en desacuerdo y un 10% respondió “no sé”, evidenciando que casi un tercio del personal sanitario aún no dispone de un conocimiento plenamente actualizado sobre los beneficios del tratamiento antirretroviral en la prevención de la transmisión.

- **“Tomar un tratamiento corto después de una posible exposición al VIH (profilaxis post-exposición) impide que el virus se instale en tu cuerpo”.**

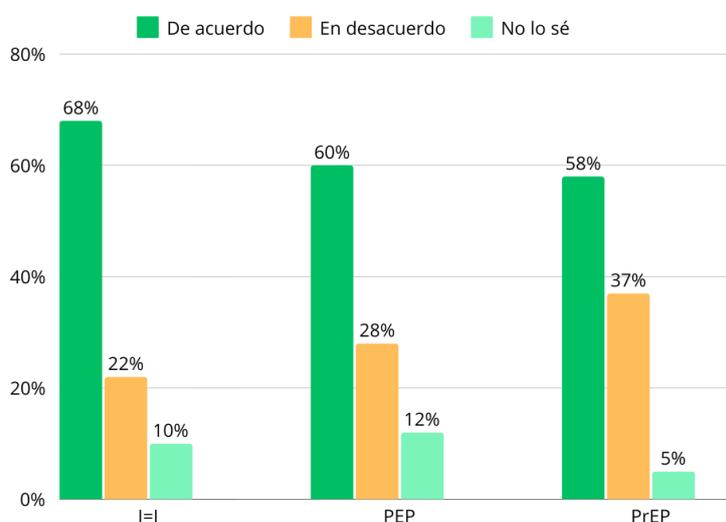
Un **60%** de las personas encuestadas reconoció correctamente la utilidad de la PEP como medida de prevención post-exposición. No obstante, un 28% se declaró en desacuerdo con la afirmación y un 12% respondió “no sé”. Estos datos apuntan a una brecha significativa de conocimiento sobre esta herramienta preventiva.

“Alguien que no tiene VIH puede tomar medicamentos antirretrovirales para evitar contraer el VIH (profilaxis pre-exposición)».

Solo el **58%** de los encuestados expresó su conformidad con esta afirmación, mientras que el 37% se mostró en desacuerdo y un 5% respondió “no sé”. El alto nivel de desacuerdo frente a esta medida preventiva refleja una persistente falta de información sobre la PrEP, quizás influida por su escasa disponibilidad, por sesgos en la percepción de los grupos destinatarios o por una baja integración en las rutinas clínicas generales. Merece la pena destacar que el mayor porcentaje de personas indicando estar “en desacuerdo” con las afirmaciones presentadas se encuentra en la respuesta a esta afirmación (37% versus 22% para I=I y 28% para la PEP).

En conjunto, estos resultados evidencian que, aunque existe un grado de familiaridad creciente con los avances biomédicos en la prevención del VIH, persisten vacíos de conocimiento significativos.

Figura 6. Afirmaciones clave sobre transmisión y prevención del VIH

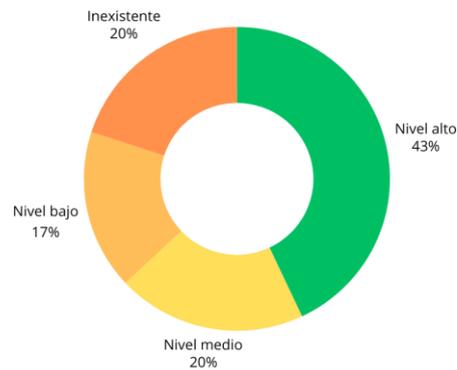


Para captar una visión integral del nivel de conocimiento entre el personal sanitario, se construyó un índice basado en las respuestas a tres afirmaciones clave (relativas a I=I, PEP y PrEP). Este score permite distinguir entre niveles alto (tres afirmaciones correctas), medio (dos afirmaciones correctas), bajo (1 afirmación correcta) o nulo (ninguna afirmación correcta) de conocimiento biomédico sobre el VIH.

Los resultados muestran que el 43% de las personas encuestadas respondió correctamente a las tres afirmaciones. El 57% restante se distribuye entre quienes acertaron dos afirmaciones (nivel intermedio), una (nivel bajo) o ninguna (nivel nulo). Este último grupo, que representa un 20% de la muestra, merece especial atención ya que indica que un número no despreciable del personal trabajando en el ámbito de la salud no fue capaz de identificar correctamente ninguno de los conceptos clave en prevención del VIH, lo que sugiere una desconexión respecto a avances biomédicos fundamentales. Estos resultados evidencian la existencia de

lagunas importantes que pueden tener un impacto negativo en la calidad de la atención, en la transmisión involuntaria de información errónea y en la perpetuación de actitudes estigmatizantes.

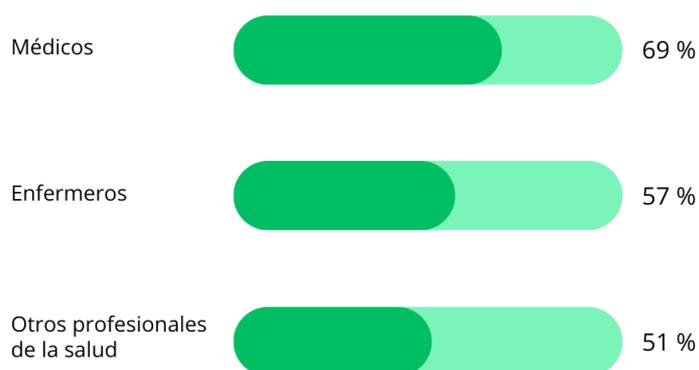
Figura 7. Nivel de conocimiento general sobre el VIH



Al desagregar los datos por perfil profesional, se observa una variabilidad significativa:

- El personal médico presentó el mayor nivel de conocimiento, con un **69%** de respuestas correctas en todas las áreas. Este resultado es coherente con la formación clínica recibida y con una mayor exposición a contenidos vinculados a infecciones y prevención.
- Entre el personal de enfermería, el **57%** respondió correctamente a las tres afirmaciones. Aunque es un porcentaje menor que el de los médicos, indica un nivel de conocimiento sólido, en línea con su rol asistencial y su proximidad a los cuidados.
- Por último, encontramos que, entre otros grupos de profesionales de la salud, tales como fisioterapeutas, psicólogos y otros profesionales no clínicos, un **51%** respondió correctamente a las tres afirmaciones. Si bien este nivel es menor, evidencia una base sobre la cual pueden fortalecerse contenidos específicos sobre VIH, estigma y prevención combinada.

Figura 8. Nivel de conocimiento sobre el VIH en todas las áreas



Estos resultados sugieren que cualquier estrategia formativa debería adaptarse a los distintos perfiles profesionales, asegurando que todos los grupos, no sólo los clínicos, dispongan de herramientas adecuadas para una atención libre de estigmas.

Creencias erróneas y medidas de precaución injustificadas

Los resultados que se presentan a continuación se refieren a las creencias y precauciones adoptadas por los y las profesionales de la salud al realizar procedimientos clínicos concretos, como la extracción de sangre o la curación de heridas. Es importante subrayar que los porcentajes se han calculado únicamente a partir de las respuestas de quienes declararon tener estas tareas entre sus funciones habituales, y no sobre el conjunto total de la muestra. Esta delimitación metodológica permite un análisis más ajustado y pertinente en relación con los perfiles profesionales que mantienen un contacto directo con pacientes y están potencialmente expuestos a fluidos biológicos.

Los resultados también permiten identificar la persistencia de ciertas creencias erróneas sobre la transmisión del VIH en contextos clínicos, como la percepción de riesgo en actividades rutinarias con bajo o nulo potencial de exposición. Estas concepciones incorrectas, alejadas del consenso científico actual, pueden traducirse en prácticas innecesarias de autoprotección y en actitudes evitativas que refuerzan el estigma y la discriminación, incluso de manera no intencionada.

Nivel de preocupación

La encuesta evaluó el nivel de preocupación expresado por los y las profesionales del ámbito sanitario ante la posibilidad de contraer el VIH al realizar ciertas actividades clínicas habituales. Es importante subrayar que, desde el punto de vista científico, el VIH no se transmite a través de estas prácticas cuando se realizan en condiciones estándar de atención sanitaria. Por tanto, las preocupaciones reportadas pueden interpretarse como creencias

erróneas o irracionales, fruto de un conocimiento insuficiente o de la persistencia de representaciones estigmatizantes en torno al VIH.

Los resultados muestran que, a pesar del consenso científico y de las recomendaciones internacionales, una parte del personal sanitario mantiene cierto grado de inquietud en situaciones clínicas específicas. Esta discrepancia entre evidencia y percepción subraya la necesidad de intervenciones educativas focalizadas, orientadas a desactivar temores infundados y promover entornos de atención más seguros y libres de estigma.

“Cuan preocupado/a estaría de contraer el VIH si hiciera una de las actividades siguientes?”

Los porcentajes que se muestran a continuación representan la suma de los porcentajes de personas respondiendo: Muy preocupado/a, Preocupado/a, Un poco preocupado/a.

- en caso de tomar la temperatura de una persona con VIH: **1.6%**
- en caso de tocar la ropa de una persona con VIH: **2.7%**
- en caso de curar las heridas de persona con VIH: **32%**
 - Algo preocupado/a: 23%
 - Preocupado/a: 7%
 - Muy preocupado/a: 2%
- en caso de extraer sangre de una persona con VIH: **42%**
 - Algo preocupado/a: 28%
 - Preocupado/a: 10%
 - Muy preocupado/a: 4%

Estas cifras muestran que, si bien las actividades no invasivas generan bajos niveles de preocupación, los procedimientos que implican contacto con sangre o fluidos corporales activan respuestas emocionales desproporcionadas en una parte del personal. Este patrón puede interpretarse como una manifestación persistente de creencias erróneas sobre los mecanismos reales de transmisión del VIH, que persisten incluso entre profesionales con experiencia clínica.

Medidas de precaución (injustificadas) cuando se provee un servicio de salud a una persona con VIH

La encuesta examinó las medidas de autoprotección adoptadas por los y las profesionales de la salud durante la atención a personas que viven con VIH, con el objetivo de identificar prácticas que no se ajustan a las recomendaciones clínicas actuales. Los resultados evidencian

la persistencia de ciertas respuestas que, aunque minoritarias en algunos casos, revelan creencias erróneas sobre los mecanismos reales de transmisión.

- Evitar el contacto físico: El **2%** de las personas encuestadas indicó que evitaría el contacto físico con una persona con VIH durante la prestación de servicios de salud. Aunque es un porcentaje bajo, este dato refleja la persistencia de representaciones estigmatizantes incluso en interacciones clínicas básicas.
- Uso de guantes dobles: Un **14%** de las personas encuestadas señaló que usaría guantes dobles en la atención a personas con VIH, a pesar de que ésta no es una práctica recomendada en las guías de control de infecciones. Este conducta sugiere una percepción de riesgo amplificada, desvinculada de la evidencia científica.
- Uso de guantes durante toda la consulta/servicio de salud: El **35%** de las personas encuestadas declaró que usaría guantes durante toda la consulta o acto asistencial, con independencia de la naturaleza del procedimiento. Esta respuesta podría deberse tanto a interpretaciones erróneas de protocolos institucionales como a miedos no verbalizados, pero en cualquier caso representa una medida innecesaria en la mayoría de las situaciones.
- Aplicación de medidas diferenciadas: Un **13%** declaró que implementaría medidas de control de infecciones que no aplica con otros pacientes. Este hallazgo indica un trato diferenciado, y potencialmente estigmatizante, hacia las personas con VIH.

En conjunto, estos resultados muestran que, a pesar del progreso en el conocimiento biomédico y en las normativas clínicas, una parte del personal sanitario sigue adoptando medidas de precaución que no tienen justificación técnica. Reforzar la formación sobre transmisión del VIH y control de infecciones, así como promover entornos institucionales que desnormalicen estas prácticas, es clave para reducir el estigma en la atención.

Discriminación en el ámbito sanitario

Comportamientos discriminatorios observados y protocolos en los centros de trabajo

Uno de los objetivos clave de esta encuesta fue identificar hasta qué punto el personal del ámbito sanitario ha sido testigo de prácticas discriminatorias hacia personas que viven con el VIH en sus propios entornos de trabajo. Los datos recopilados permiten visibilizar formas de estigma estructural que, aunque no siempre explícitas, pueden afectar negativamente la calidad de la atención, la seguridad del entorno clínico y la protección de los derechos de los pacientes.

Durante los últimos 12 meses, las personas encuestadas reportaron haber observado las siguientes situaciones en sus lugares de trabajo:

- Un **25%** indicó haber sido testigo de la “Divulgación del estado serológico respecto del VIH de una persona sin su consentimiento”, lo que representa una violación grave de la confidencialidad médica y de los derechos fundamentales del paciente.
- Un **21%** declaró haber presenciado “Falta de voluntad para cuidar a personas que viven con VIH o que se cree que viven con el VIH”. Este dato revela la persistencia de actitudes de evitación, incompatibles con los principios éticos de equidad y universalidad en la atención sanitaria.
- Un **20%** observó una “Peor calidad de la atención proporcionada a una persona que vive con VIH o se cree que vive con VIH, en relación con otros pacientes”. Este trato diferencial refuerza la necesidad de estrategias institucionales activas para garantizar una atención no discriminatoria.

Más allá de estas conductas observadas, la encuesta también evaluó si los centros de trabajo contaban con protocolos institucionales específicos que protegieran frente a situaciones de estigma y discriminación. Se encontraron los resultados siguientes:

“En mi centro de trabajo, no es aceptable hacerle una prueba de VIH a un paciente sin su consentimiento”.



En mi centro no es aceptable hacer una prueba sin consentimiento.

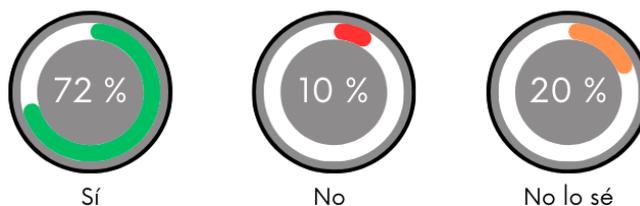


En mi centro es aceptable hacer una prueba de VIH sin consentimiento.

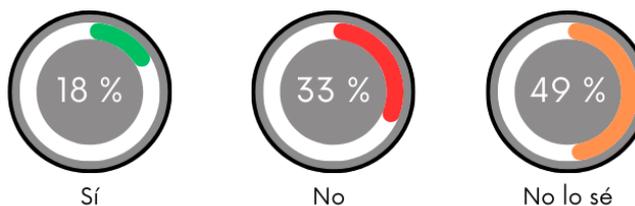


No sé si en mi centro es aceptable o no hacer una prueba de VIH sin consentimiento.

“Tendré problemas en mi centro de trabajo si discrimino a pacientes con VIH”.



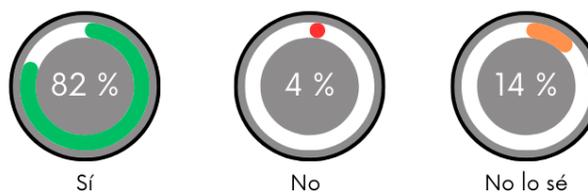
“Mi centro de trabajo tiene directrices escritas para proteger de la discriminación a los pacientes con VIH”.



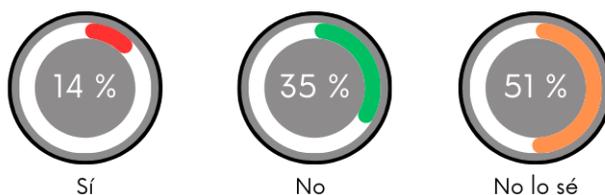
“Existen procedimientos o protocolos estandarizados en mi centro de trabajo que reducen mi riesgo de contraer VIH”.



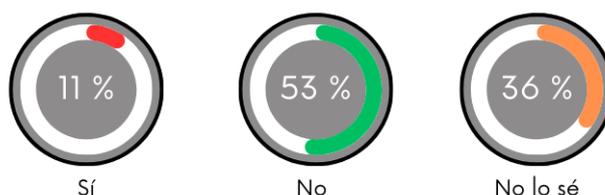
“Mi centro de trabajo cuenta con un protocolo de profilaxis post-exposición (PEP) en caso de pinchazo accidental”.



“Mi centro de trabajo tiene una política para programar pacientes con VIH al final de la lista de operaciones o procedimientos”.



“En mi centro de trabajo existen pautas que recomiendan el uso de guantes dobles al atender a pacientes que viven con VIH”.



Estos hallazgos subrayan la necesidad de avanzar en la implementación sistemática de políticas institucionales claras, mecanismos de vigilancia, y formaciones obligatorias sobre derechos, confidencialidad y estigma, tanto en centros especializados como en entornos sanitarios generales.

Opiniones y actitudes discriminatorias reportadas por el personal sanitario

Opiniones relacionadas con las personas con VIH

Para explorar las representaciones sociales y actitudes hacia las personas que viven con VIH, la encuesta incluyó una serie de afirmaciones valoradas mediante una escala Likert de cinco puntos, que iba desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”.

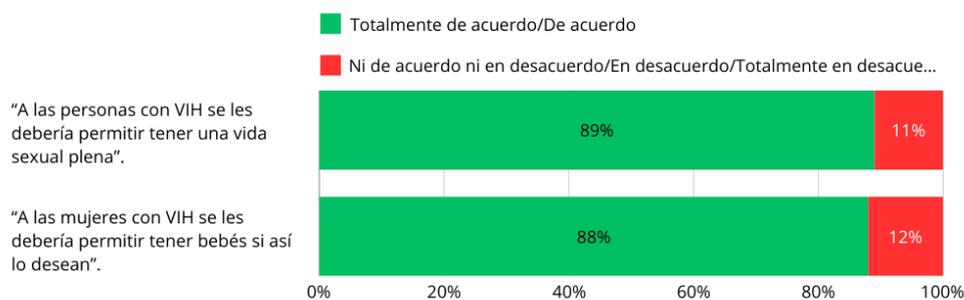
Para facilitar el análisis y la interpretación, las categorías de respuesta “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo” se agruparon bajo la categoría de acuerdo, mientras que “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo” se agruparon bajo la categoría de desacuerdo. Esta recodificación permite centrar la atención en los niveles generales de conformidad o rechazo frente a cada afirmación, ofreciendo una lectura más sintética y orientada a la acción.

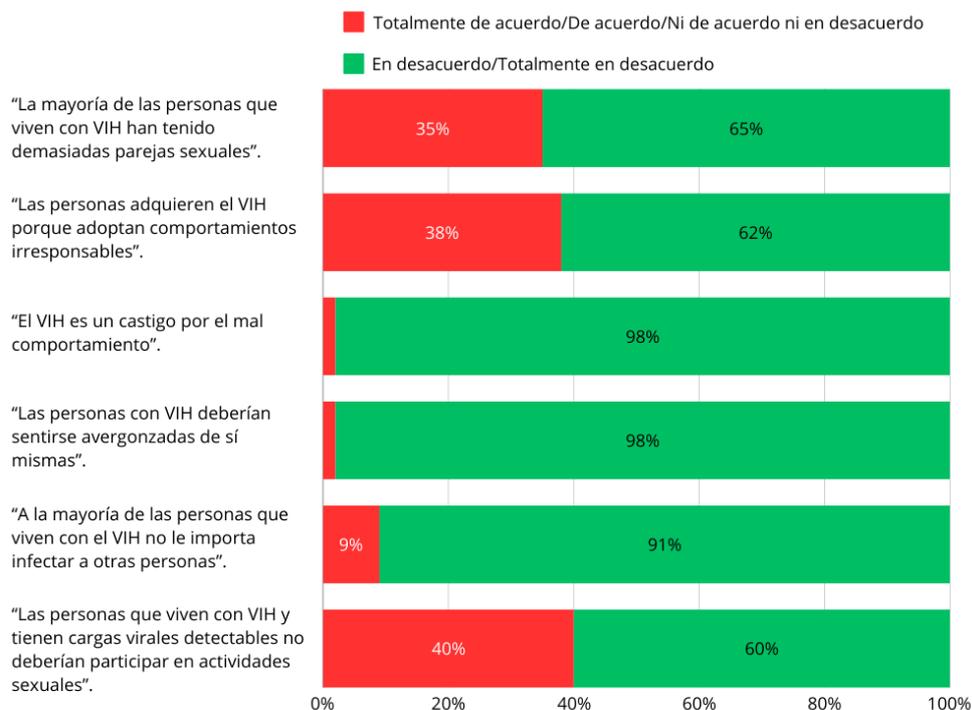
Los resultados a las dos primeras afirmaciones reflejan una amplia adhesión a principios de respeto y autonomía sexual y reproductiva en relación con las personas que viven con VIH. La gran mayoría del personal sanitario encuestado expresó su acuerdo con el derecho de estas personas a mantener una vida sexual plena y a decidir libremente sobre su maternidad.

Esta tendencia sugiere que, en términos generales, los discursos biomédicos y de derechos han permeado positivamente en el ámbito sanitario, especialmente en lo que respecta al reconocimiento de la sexualidad como dimensión legítima de la vida con VIH. Se constata una interiorización extendida de que vivir con el virus no debería suponer, en sí mismo, una limitación para formar pareja, tener relaciones afectivas o decidir sobre la reproducción.

No obstante, como se observa en las respuestas a las afirmaciones posteriores, más allá de este respaldo general a los derechos sexuales y reproductivos, los resultados revelan la coexistencia de narrativas estigmatizantes, centradas en la moralización del comportamiento sexual y en la atribución de responsabilidad individual en la adquisición del VIH. Estas respuestas reflejan un desplazamiento del estigma, desde los derechos formales hacia el juicio sobre las conductas, lo que requiere una atención específica desde la formación y la práctica clínica.

Figura 9. Opiniones relacionadas con las personas con VIH





En efecto, un 35% de las personas encuestadas expresó su acuerdo con la afirmación “La mayoría de las personas que viven con VIH han tenido demasiadas parejas sexuales”, y un 38% estuvo de acuerdo con que “Las personas adquieren el VIH porque adoptan comportamientos irresponsables”. Ambas afirmaciones señalan la presencia de creencias erróneas que atribuyen el VIH a decisiones individuales consideradas reprobables, reforzando representaciones moralizantes que dificultan el reconocimiento del VIH como una cuestión de salud pública compleja y multifactorial. Estas opiniones pueden repercutir directamente en la calidad del acompañamiento clínico, especialmente en áreas sensibles como la salud sexual, la adherencia al tratamiento o el acceso a estrategias de prevención combinada.

A esto se suma que un 40% de las personas encuestadas consideró que “las personas que viven con cargas virales detectables no deberían participar en actividades sexuales”. Este dato es especialmente preocupante, ya que refleja una concepción restrictiva y estigmatizante de la sexualidad de las personas con VIH. Aunque el principio I=I (Indetectable = Intransmisible) no aplica en casos de carga viral detectable, existen otras estrategias efectivas de prevención, como el uso del preservativo o la PrEP en la pareja seronegativa. La afirmación recogida en la encuesta revela una lógica excluyente que niega la posibilidad de una vida sexual activa, informada y responsable a quienes aún no han alcanzado la supresión viral, en lugar de promover enfoques de acompañamiento y reducción de riesgos. El objetivo no debe ser restringir la vida sexual de las personas con VIH, sino garantizar que puedan ejercerla con dignidad, autonomía y con acceso a herramientas adecuadas de prevención y cuidado.

Por otro lado, el rechazo a afirmaciones abiertamente discriminatorias fue mayoritario, lo que sugiere la existencia de una base ética generalizada entre los y las profesionales de la salud. Aun así: un 2% consideró que “el VIH es un castigo por el mal comportamiento”; un 6% expresó acuerdo con que “las personas con VIH deberían sentirse avergonzadas de sí mismas”; y un 9% indicó que “a la mayoría de las personas que viven con el VIH no les importa infectar a otras personas”.

Si bien estas proporciones son reducidas, su mera presencia es indicativa de que persisten actitudes que pueden tener un impacto directo en la relación terapéutica y en el trato recibido.

En conjunto, los resultados muestran que, aunque existe una aceptación general de los derechos fundamentales de las personas con VIH, ésta coexiste con prejuicios latentes que tienden a moralizar el diagnóstico y a restringir la autonomía sexual de las personas seropositivas. Superar estas contradicciones requiere no solo formación en conocimientos técnicos, sino también un trabajo sostenido sobre los valores, percepciones y marcos culturales que condicionan la práctica clínica cotidiana.

Actitudes discriminatorias

La encuesta también evaluó las actitudes discriminatorias del cuerpo sanitario hacia poblaciones clave históricamente afectadas por el VIH con alto nivel de vulnerabilidad social, como personas que se inyectan drogas, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas transgénero.

A través de la afirmación **“Si tuviera la opción, preferiría no ofrecer cuidado o servicios a...”** se exploraron actitudes de rechazo explícito hacia estas poblaciones. Aunque las proporciones son bajas, los datos revelan la persistencia de barreras actitudinales que requieren una atención específica.

- Personas que se inyectan drogas: **7%** (N=72)
- Hombres que tienen sexo con hombres: **1%** (N=12)
- Trabajadoras del sexo: **1.5%** (N=17)
- Hombres y mujeres transgénero: **1.3%** (N=15)

A quienes manifestaron preferencia por no atender a estas poblaciones, se les pidió que indicaran las razones. Los motivos principales para preferir no atender a las personas que se inyectan drogas (N=72) fueron:

- No he recibido formación para trabajar con esta población: **51%**
- Me ponen en situación de riesgo frente a la enfermedad: **39%**
- Esta población realiza comportamientos inmorales: **19%**

Los motivos principales para preferir no atender a los hombres que tienen sexo con hombres (N=12)² fueron:

- No he recibido formación para trabajar con esta población: 5
- Me ponen en situación de riesgo frente a la enfermedad: 1
- Esta población realiza comportamientos inmorales: 1

Los motivos principales para preferir no atender a las trabajadoras sexuales (N=17)³ fueron:

- Me ponen en situación de riesgo frente a la enfermedad: 8
- No he recibido formación para trabajar con esta población: 6
- Esta población realiza comportamientos inmorales: 4

Los motivos principales para preferir no atender a los hombres y a las mujeres transgénero (N=15)⁴ fueron:

- No he recibido formación para trabajar con esta población: 8
- Me ponen en situación de riesgo frente a la enfermedad: 3
- Esta población realiza comportamientos inmorales: 1

Aunque los porcentajes de rechazo son limitados en términos cuantitativos, su mera existencia plantea una alerta sobre la persistencia de estigma interseccional en el ámbito sanitario. En todos los grupos analizados, la falta de formación específica aparece como la razón más frecuente, lo que apunta a vacíos en los contenidos curriculares y formativos, tanto en formación inicial como continua.

La percepción errónea de riesgo de transmisión, expresada en segundo lugar, refleja concepciones desactualizadas sobre el VIH y sus vías de transmisión. Finalmente, aunque menos frecuente, la mención de prejuicios morales pone de relieve la necesidad de trabajar activamente en la deconstrucción de estereotipos y normas culturales que afectan de manera desigual a determinadas poblaciones.

Estos hallazgos refuerzan la urgencia de incorporar estrategias integrales de formación que combinen conocimientos clínicos actualizados con competencias en diversidad, reducción del estigma y enfoque interseccional, para garantizar una atención equitativa, informada y libre de discriminación en todos los niveles del sistema sanitario.

² Dado el pequeño tamaño muestral, no se presentan porcentajes.

³ Dado el pequeño tamaño muestral, no se presentan porcentajes.

⁴ Dado el pequeño tamaño muestral, no se presentan porcentajes.

4. Comparación con Europa Occidental

Aunque España forma parte del grupo de países clasificados como Europa Occidental en este estudio, es posible identificar algunas diferencias relevantes entre los resultados nacionales y los del resto de países incluidos en la categoría. Estas comparaciones deben interpretarse con cautela, ya que España influye directamente en el promedio regional. Además, las muestras correspondientes a otros países son considerablemente más reducidas, lo que limita el peso estadístico de sus respuestas y podría condicionar la comparación. También sería necesario analizar con mayor detalle qué perfiles profesionales participaron en cada país, ya que las diferencias en la composición de las muestras podrían explicar parte de las variaciones observadas.

Aun así, se aprecian ciertas tendencias. En relación con el conocimiento biomédico sobre herramientas de prevención del VIH, los resultados muestran un perfil relativamente equilibrado entre España y el conjunto de la subregión. El conocimiento del principio U=U (“Indetectable = Intransmisible”) alcanza el 68% en España, frente al 72% en el conjunto de Europa Occidental. En cuanto a la profilaxis postexposición (PEP), el 60% del personal sanitario en España identificó correctamente su utilidad, frente al 63% en la región. En cambio, el conocimiento sobre la profilaxis preexposición (PrEP) es algo más alto en España (57%) que en el conjunto de Europa Occidental (54%). En conjunto, España se sitúa en un nivel comparable al de otros países de la subregión, con un leve margen positivo en el caso de la PrEP.

Respecto a la percepción de riesgo en contextos clínicos, los resultados muestran variaciones interesantes. El 32% del personal en España manifestó sentirse preocupado al realizar curas de heridas en pacientes con VIH, lo que representa un nivel ligeramente inferior al promedio regional, que es del 34%. Sin embargo, la preocupación en relación con la extracción de sangre resulta más pronunciada en España (42%) que en Europa Occidental (35%). Este dato podría indicar una mayor percepción de riesgo en procedimientos más invasivos, pese a la evidencia disponible sobre las condiciones reales de transmisión.

En cuanto a las prácticas de protección diferenciada o excesiva, se observa que el 14% del personal sanitario en España declaró utilizar doble guante al atender a personas con VIH, mientras que en Europa Occidental esta proporción es del 12%. Aunque la diferencia no es drástica, puede interpretarse como una manifestación de precauciones que no están justificadas clínicamente. En cambio, la evitación del contacto físico se mantiene en niveles muy bajos, un 2% en España frente a un 3% en la región.

Las actitudes hacia poblaciones clave que viven con VIH, como personas que se inyectan drogas, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales o personas transgénero, no muestran grandes diferencias entre España y Europa Occidental. En ambos

contextos, las respuestas que expresan preferencia por no atender a estos grupos se mantienen en niveles relativamente bajos.

Donde sí se observan diferencias más marcadas es en la experiencia reportada de situaciones de discriminación dentro de los entornos de salud. En España, el 21% del personal sanitario declaró haber presenciado o conocido casos de negativa a atender a personas con VIH, frente al 16% en Europa Occidental. La divulgación del estado serológico sin consentimiento fue reportada por el 25% de los encuestados en España, mientras que en la región esta cifra se sitúa en el 20%. Asimismo, el 20% del personal en España identificó situaciones en las que se ofreció una calidad de atención inferior a pacientes con VIH, frente al 15% en la región. Finalmente, los comentarios discriminatorios o insultantes fueron señalados por el 34% de los encuestados españoles, frente al 25 % en Europa Occidental. Estos datos sugieren que, si bien las actitudes individuales hacia las personas con VIH son relativamente estables en ambos contextos, la expresión institucional del estigma parece más frecuente en el entorno español.

En conjunto, España se sitúa dentro de la media regional en términos de conocimiento biomédico y actitudes hacia las personas con VIH. Sin embargo, preocupa la mayor frecuencia con la que se reportan prácticas discriminatorias dentro de los servicios sanitarios. Estas diferencias sugieren que, incluso en contextos normativamente alineados con la respuesta europea al VIH, persisten dinámicas institucionales específicas que merecen ser atendidas. La comparación con Europa Occidental no pretende establecer jerarquías entre países, sino identificar posibles áreas de mejora para fortalecer entornos sanitarios verdaderamente inclusivos, informados y respetuosos de los derechos de las personas que viven con el VIH.

5. Conclusiones

El análisis de los datos recopilados en España pone de manifiesto la persistencia de barreras individuales e institucionales que afectan la calidad y equidad de la atención a las personas que viven con VIH. A pesar de los avances normativos y biomédicos, los resultados evidencian que el estigma sigue presente en diversas formas en el entorno sanitario. Entre los principales hallazgos, destacan:

- ★ Persistencia de creencias erróneas sobre la transmisión: un porcentaje significativo del personal sanitario todavía muestra preocupaciones injustificadas relacionadas con el riesgo de transmisión del VIH durante actividades como la extracción de sangre (42%) o la curación de heridas (32%). Estas preocupaciones, sin base científica, reflejan la permanencia de creencias erróneas que pueden dar lugar a prácticas de autoprotección innecesarias y alimentar comportamientos evitativos.
- ★ Medidas de protección injustificadas y diferenciación en la atención: el uso de guantes dobles (14%) o la aplicación de medidas de control de infecciones específicas para

personas con VIH (13%) ilustran la aplicación de protocolos discriminatorios, basados más en la percepción que en la evidencia. Estas conductas, además de innecesarias, refuerzan dinámicas de segregación en la atención sanitaria.

- ★ Actitudes discriminatorias hacia poblaciones clave: aunque las proporciones son bajas, el 7% de las personas encuestadas expresó preferencia por no atender a personas que se inyectan drogas, y porcentajes menores hacia otros grupos como trabajadoras sexuales o personas transgénero. Las razones más frecuentes incluyeron la falta de formación y la percepción de riesgo, lo que indica la necesidad de un abordaje interseccional en los procesos formativos.
- ★ Déficit de formación estructurada y ausencia de políticas institucionales claras: sólo un 33% de las personas encuestadas declaró haber recibido formación específica sobre el estigma relacionado con el VIH, y cerca de la mitad (49%) desconoce si su centro de trabajo tiene directrices para prevenir la discriminación hacia personas con VIH. Esta combinación de vacíos formativos y falta de marcos institucionales representan barreras críticas para garantizar entornos de atención seguros y libres de estigma y discriminación.
- ★ Conocimiento biomédico incompleto: aunque una mayoría reconoce principios como “Indetectable = Intransmisible” (68%) o el rol de la PrEP (58%), una proporción significativa del personal sanitario aún presenta lagunas en conocimientos clave, lo que puede afectar negativamente la calidad de la información transmitida a las personas viviendo con el VIH y la toma de decisiones clínicas compartidas.

Propuestas de acción

A partir de los resultados obtenidos en esta encuesta, se ha identificado una serie de áreas prioritarias que podrían orientar futuras iniciativas destinadas a reducir el estigma y la discriminación en relación con el VIH en el ámbito sanitario en España. Las siguientes propuestas no tienen carácter prescriptivo, pero ofrecen líneas de actuación que podrían considerarse, junto con aportes provenientes de otros actores clave del sistema de sanidad:

1. **Fortalecer la formación continua y académica.** El conocimiento insuficiente sigue siendo una de las raíces del estigma. Por ello, resulta fundamental reforzar las estrategias formativas a todos los niveles.
 - Desarrollar programas de formación continua dirigidos a todos los perfiles profesionales del sistema sanitario, con énfasis en:
 - Conceptos actualizados como I=I, PEP y PrEP.
 - Técnicas de prevención y control de infecciones basadas en evidencia.

- Reducción del estigma hacia poblaciones clave (HSH, trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, personas transgénero).
 - Incorporar módulos específicos sobre estigma y VIH en los planes de estudio universitarios y en la capacitación en centros de salud.
- 2. Revisar y reforzar marcos institucionales.** La falta de protocolos explícitos y conocidos debilita la capacidad del sistema para prevenir prácticas discriminatorias. En este sentido, podría considerarse:
- Promover que los centros de salud cuenten con políticas claras de no discriminación hacia personas con VIH, con mecanismos que faciliten su aplicación.
 - Comunicar y aplicar de forma efectiva los principios de confidencialidad y respeto a la privacidad del estatus serológico.
 - Actualizar los protocolos clínicos, de control de infecciones, eliminando prácticas sin respaldo científico (como el uso de sistemático de guantes dobles) y reforzando aquellas basadas en evidencia.
- 3. Impulsar el cambio cultural en los entornos sanitarios.** Más allá de la normativa, es necesario generar un entorno institucional que cuestione el estigma de forma activa.
- Diseñar campañas de sensibilización dirigidas al personal sanitario que promuevan una atención centrada en la dignidad y la igualdad de trato.
 - Fomentar una cultura institucional de respeto y reflexión sobre las propias actitudes mediante espacios regulares de discusión ética y buenas prácticas profesionales.
- 4. Medir y evaluar.** La mejora continua requiere herramientas de seguimiento que permitan ajustar las intervenciones.
- Establecer mecanismos de seguimiento que permitan evaluar la evolución del conocimiento, actitudes y prácticas del personal sanitario en relación con el VIH.
 - Aplicar encuestas periódicas sobre estigma y discriminación tanto entre el personal sanitario como desde la perspectiva de las personas que viven con VIH.
 - Explorar la creación de un observatorio nacional que recoja de forma sistemática experiencias y datos sobre discriminación en contextos clínicos.

5. Involucrar a las comunidades afectadas. La participación de las personas directamente afectadas es clave para garantizar la pertinencia de las acciones.

- Fomentar la colaboración con organizaciones comunitarias y redes de personas que viven con VIH para el diseño de contenidos formativos, protocolos y materiales de sensibilización.
- Incluir voces comunitarias en los procesos de diseño, evaluación y mejora de políticas institucionales, asegurando la relevancia y la legitimidad de las acciones propuestas.

Estas propuestas tienen como objetivo alimentar la reflexión colectiva y promover estrategias que, desde distintos niveles y sectores, contribuyan a generar entornos sanitarios más justos, basados en derechos, y libres de estigma para todas las personas que viven con VIH.