

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?

ANA KOERTING DE CASTRO

PSICÓLOGA SEXÓLOGA Y PERSONAL TÉCNICO DE TRAGSATEC



El objetivo de esta ponencia es presentar una revisión de la literatura científica para identificar los conceptos implicados en la medición del cuarto 90 así como algunas herramientas validadas para poder monitorizar los indicadores que finalmente se establezcan.

En 2013, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) convocó a todos los países del mundo para que implementasen programas de prevención y control de la infección por el VIH, fijando como fecha el año 2020, lo que se conoce como la estrategia 90-90-90 de ONUSIDA⁹. La finalidad de esta estrategia es que, para el año 2020, se consiga diagnosticar al 90% de las personas con el VIH, tratar con antirretrovirales al 90% de las personas diagnosticadas, y alcanzar la indetectabilidad de la carga viral en el 90% de las personas tratadas. Si se cumplen estos porcentajes, se conseguiría que al menos el 73% de todas las personas con el VIH tuvieran una carga viral indetectable. El objetivo final de esta estrategia sería la erradicación de la epidemia de sida en el mundo para el año 2030.

Si revisamos la situación actual en España, del total de personas que se calcula viven con el VIH, el 82% han sido diagnosticadas. De ese 82% de personas que saben que tienen la infección y que están en tratamiento antirretroviral, entre el 92 y 96% están tomando tratamiento antirretroviral (es decir, entre el 75 y el 79% del total). Por último, de esas personas que toman tratamiento antirretroviral, entre el 89 y el 94% tienen una carga viral indetectable, lo que equivale a un 66-73% respecto al número total.

⁹ ONUSIDA. 90-90-90: un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del sida. 2014. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf.

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

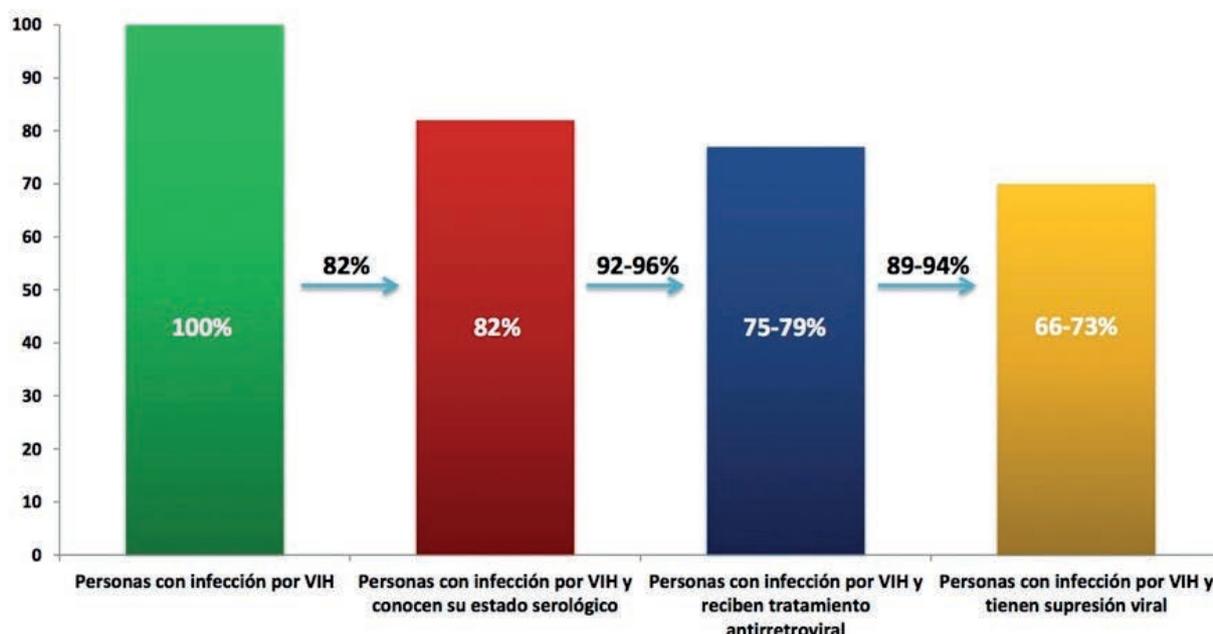
03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR
EL CUARTO 90?



Plan Nacional sobre el Sida

Cascada de diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH en España



Elaborado por el Plan Nacional sobre el Sida a partir de las estimaciones realizadas por el Centro Nacional de Epidemiología para el año 2013 y datos procedentes de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH, 2016.

Por lo tanto, España sí que ha podido alcanzar el segundo y tercer objetivos, pero donde está un poco más rezagada aún es en el cumplimiento del primer objetivo, el diagnóstico de las personas con infección por el VIH.

Desde que se dispone de un tratamiento antirretroviral eficaz, la infección por el VIH ha pasado de ser una enfermedad aguda y mortal en el corto plazo a convertirse en una enfermedad de evolución o de curso crónico.

Esto es algo positivo, pero también conlleva nuevos problemas. Por un lado, la persona padece una inflamación persistente y una disfunción inmunitaria. Además, está la toxicidad del tratamiento, que es sutil, pero acumulativa. Y también hay que añadir el exceso de comorbilidades y el envejecimiento clínico prematuro.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estrategia global sobre el VIH para 2016-2021, incluyó la atención conti-

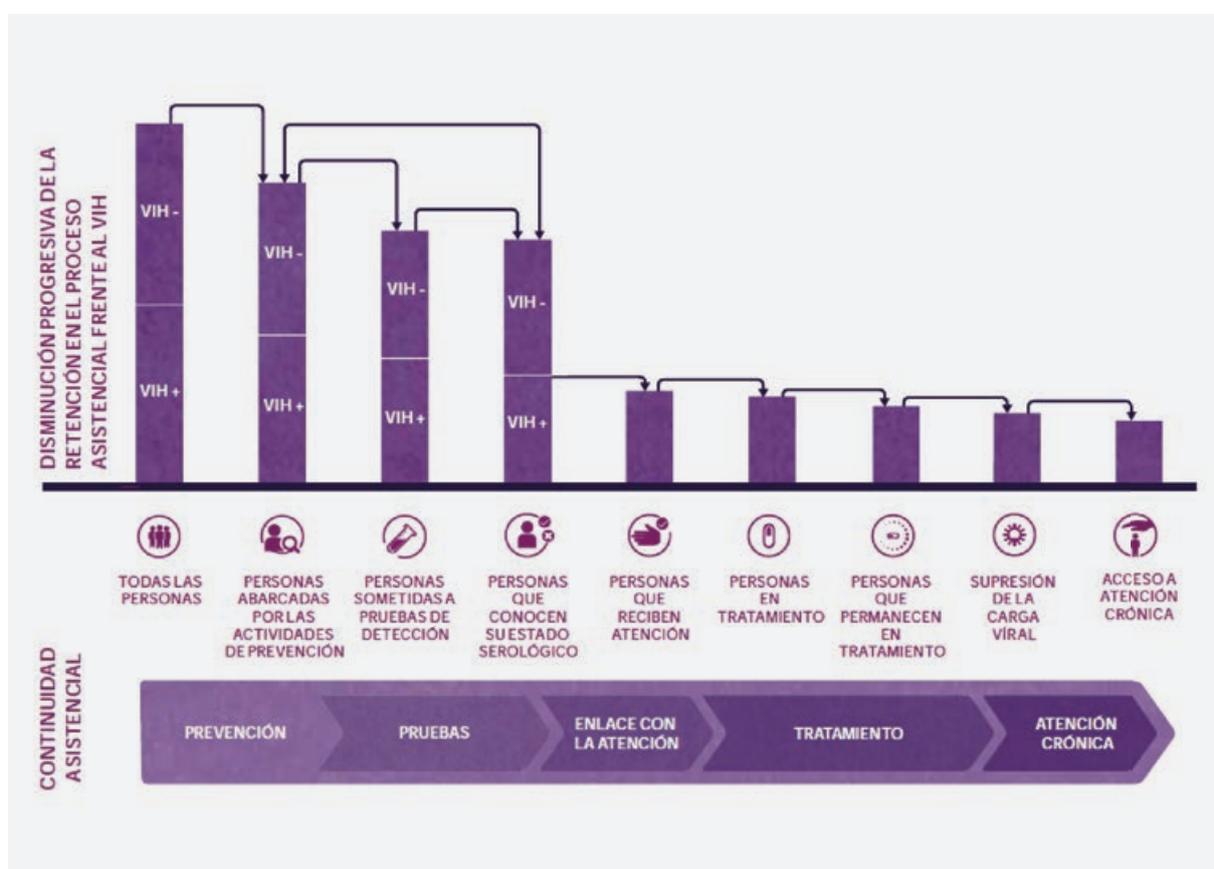
**“Indetectable igual
a Intransmisible (I=I)”**

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?

nuada centrada en la persona, donde se reconoce que la supresión virológica no es el objetivo final del tratamiento, sino que había que ir mucho más allá e incluir también la atención de los pacientes a lo largo de este curso crónico de la infección¹⁰.



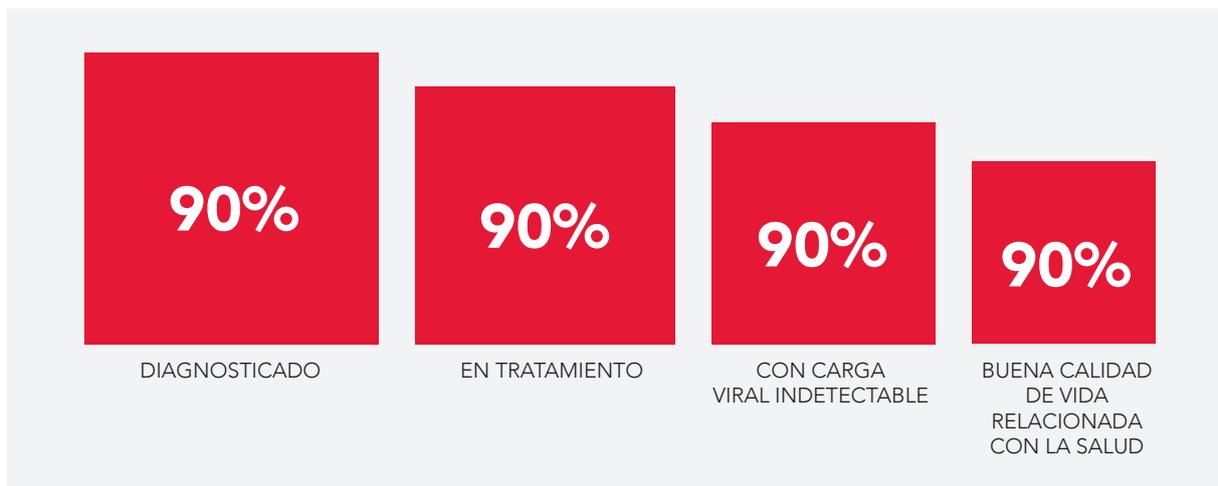
¹⁰ World Health Organization. Draft global health sector strategy on HIV, 2016–2021 [Draft 01.12.2015]. 2015. http://apps.who.int/g-b/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-en.pdf?ua=1.

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?



Con todos estos antecedentes, se empieza a hablar no solo del objetivo 90-90-90 sino de un “cuarto 90”, es decir, un cuarto objetivo que se añadiría a los fijados en el proyecto 90-90-90 de ONUSIDA. Así se intentaría asegurar que el 90% de las personas con el VIH con carga viral indetectable tengan una buena calidad de vida relacionada con la salud y cero discriminación¹¹.

El motivo de fijar este cuarto 90 es que se ha avanzado mucho en el ámbito clínico para el control de la enfermedad, pero muy poco en la esfera social. Hoy en día, siguen presentes muchos desafíos sociales y, realmente, sin combatir dichos desafíos no se podrá llegar a alcanzar este objetivo 90-90-90.

La autoexclusión y el estigma internalizado siguen siendo un reto importante al que se tienen que enfrentar las personas con el VIH y que debe abordarse. Se debe admitir que tanto el estigma como la discriminación son barreras importantes que se encuentran las personas con el VIH y que impiden un adecuado acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH.

Por tanto, la identificación de las variables relacionadas con una mejora de la calidad de vida de las personas con el VIH permitiría tomar decisiones de salud y realizar intervenciones que fomenten factores protectores y de bienestar.

Con estos antecedentes, está claro que es importante trabajar en el cuarto 90 y, para ello, es importante también evaluar y desarrollar indicadores que se puedan medir y monitorizar para poder cuantificar el progreso que se está realizando en la consecución de este cuarto 90.

¹¹ Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Barton SE, et al. Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. BMC Medicine (2016) 14: 94. Doi: 10.1186/s12916-016-0640-4.

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

¿CÓMO PODEMOS MEDIR
EL CUARTO 90?



En este sentido, se ha realizado una revisión bibliográfica buscando diferentes conceptos que consideramos que están implicados en la consecución de este cuarto 90 y se ha intentado identificar algunas herramientas que se puedan utilizar en el logro de este objetivo.

En primer lugar, como conceptos implicados estarían, como ya se ha mencionado, el estigma y la discriminación y la calidad de vida. En este punto, habría que mencionar también conceptos muy relacionados, como la situación laboral y el nivel de estudios, ya que el estigma puede relacionarse con la situación laboral y tanto la situación

¹² Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1998.

económica como la situación laboral influyen mucho en la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.

Para centrar el tema, se ofrecen unas pinceladas sobre los conceptos de estigma y discriminación. El estigma es un atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, que queda sometido a reacciones adversas de hostilidad y de rechazo que favorecen la soledad y el aislamiento según la definición de Ervin Goffman¹². En el caso de las enfermedades infecciosas, el estigma se origina en reacciones primarias como el miedo a la transmisión y la búsqueda de causas y de “culpables”.

Por otro lado, la discriminación es cualquier forma de distinción, exclusión o restricción que afecte a una persona por razón de una característica personal inherente, con independencia de que exista o no justificación para tales medidas.

Esto es importante porque el estigma y la discriminación se retroalimentan. El estigma facilita y promueve las actitudes discriminatorias y estas actitudes a menudo se reflejan en conductas y actos de discriminación que, a su vez, acentúan o favorecen el estigma.

Para esta presentación se ha llevado a cabo una revisión de diferentes estudios que han analizado la situación del estigma y la discriminación de las personas con el VIH y, aunque algunos estudios indican que hay una mejora, también existen pruebas de que los casos de discriminación siguen produciéndose.

“Indetectable igual
a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?

Por ejemplo, la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) sobre los perfiles de la discriminación en España muestra que a un 4,3% de la población le incomoda tener como vecinos a personas con el VIH, mientras que el 11,3% desaprueba que una persona con infección por el VIH trabaje en una oficina donde trabajen más personas¹³.

Por otro lado, la Clínica Legal de la Universidad de Alcalá de Henares (que es un proyecto en el que colabora CESIDA), entre enero de 2016 y diciembre de 2017, recibió 203 consultas de personas con el VIH (o de asociaciones que trabajan en este ámbito). De estas 203 consultas, 63 casos estuvieron relacionados con la discriminación, 37 casos con una limitación excesiva de un derecho fundamental y en otros 37 casos la consulta versó sobre un tema en el que coincidieron la discriminación con la limitación de un derecho.

El análisis también tuvo en cuenta un estudio realizado en 2012 por SEISIDA y la UNED en el que se midieron diferentes grados de estigma hacia las personas con el VIH y los resultados se compararon con los de otra encuesta similar realizada en el año 2008¹⁴. Aunque la comparación entre los resultados del 2008 y el 2012 permite observar un cambio de tendencia positivo, el equipo de investigadores muestra su preocupación por algunos de los indicadores analizados.

Por ejemplo, en 2012 un 49,2% de personas afirmaron que se sentirían algo o muy incómodas al mandar a su hijo a un colegio donde supieran que había otro estudiante

con el VIH (frente al 58,8% en 2008). El 25,8% de las personas se sentirían incómodas trabajando en una oficina en la que uno de los compañeros o compañeras tuviera el VIH (frente al 30,8% en 2008). Por último, un 38,7% de las personas en 2012 indicaron sentirse incómodas al comprar en una tienda habitual donde trabajase una persona que tuviera infección por el VIH (frente al 44,5% en 2008).

Otro informe que también nos demuestra que todavía nos encontramos con situaciones de estigma y discriminación es el Informe de la Juventud en España publicado cada 4 años por el Instituto de la Juventud (INJUVE). No se tuvo en cuenta el último informe, de 2016, porque no se recogía una pregunta que sí se incluyó en los informes de 2004 y de 2012, que revelaba que un 14% de los jóvenes se sentirían incómodos junto a una persona enferma de sida, un porcentaje 2,2 puntos por encima del registrado en 2004¹⁵.

¹³ Laparra M, Zugasti N, Martínez Virto L, et al, en nombre del Grupo de Investigación ALTER. Los perfiles de la discriminación en España: Análisis de la Encuesta CIS-3.000. Percepción de la discriminación en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Madrid, 2014.

¹⁴ Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Gil de Montes L, et al. Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 26: supl 1, S41-S45; 2014.

¹⁵ Observatorio de la Juventud en España. Informe Juventud en España 2012. Instituto de la Juventud, MSSSI. Madrid, 2013; Observatorio de la Juventud en España. Informe Juventud en España 2004: Condiciones de vida y situación de los jóvenes. Instituto de la Juventud, MSSSI. Madrid, 2005.

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación Viiv para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?



THE PEOPLE LIVING WITH HIV STIGMA INDEX

Estos son algunos de los estudios que muestran que todavía siguen existiendo situaciones de estigma y discriminación y que, por lo tanto, hay que seguir trabajando en ello.

En el análisis se identificó una herramienta para medir el estigma –El Índice de Estigma de las personas que viven con el VIH (www.stigmaindex.org)– que puede constituir un instrumento muy interesante para poder hacer este seguimiento y esta monitorización. Es una herramienta desarrollada por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), por la Red Global de Personas que viven con el VIH (GNP+) y por la Comisión de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH (ICW) y ONUSIDA.

Se trata de una iniciativa implementada y desarrollada por y para las personas que viven con el VIH y que sirve para documentar las diferentes experiencias de las personas seropositivas con relación al estigma y la discriminación. Sus resultados sirven para comparar esta situación en un mismo país y también para compararla entre otros países. Además, permite medir los cambios a lo largo de un periodo de tiempo. Los resultados que se obtienen con esta herramienta

pueden constituir una base de evidencia útil para informar los cambios de políticas o desarrollar intervenciones y programas.

Igualmente, el desarrollo de este índice supone también un proceso de empoderamiento para las propias personas con el VIH, porque en el proceso de desarrollo y de puesta en marcha han participado dichas personas.

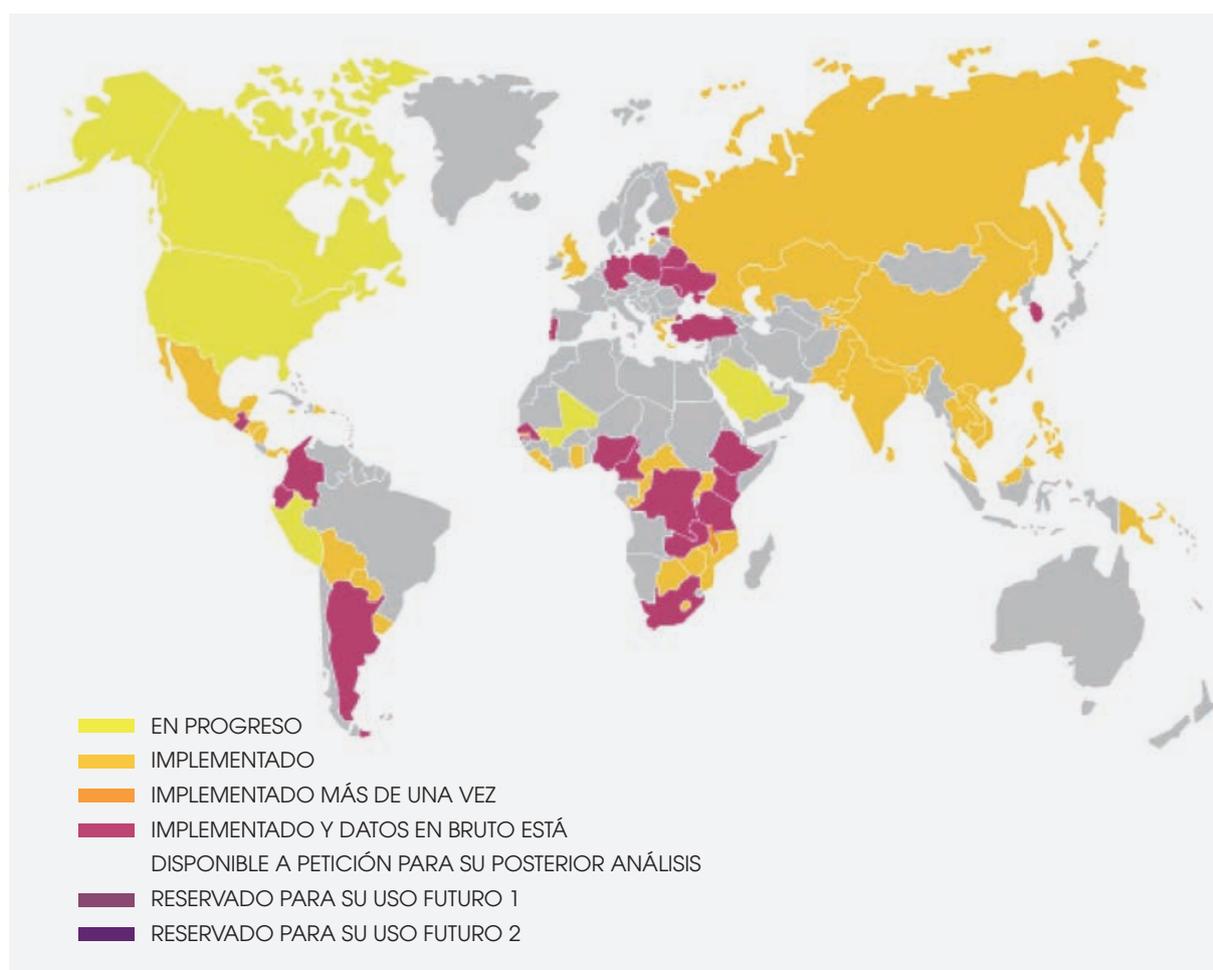
Es una herramienta que cuenta con tres secciones: en la primera se incluyen las características demográficas, socioeconómicas y culturales de la persona que es entrevistada. En la segunda sección se incluye el estigma interiorizado, aspectos relacionados con legislación, políticas y prácticas (por ejemplo, acceso al trabajo, a servicios de salud o a la educación), aspectos relacionados con el estigma externo (en la familia, la comunidad o la sociedad) y aspectos relacionados con la gestión del cambio. La tercera sección del índice se centra en la percepción del estigma y la discriminación con relación a las pruebas del VIH, la revelación del estado serológico, la confidencialidad y la provisión de atención a la salud (el acceso al tratamiento antirretroviral, la salud sexual y reproductiva, etc.).

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?



Las organizaciones mencionadas con anterioridad empezaron a trabajar en esta herramienta en el año 2005, pero se puso en marcha en el 2008. El primer país que lo desarrolló fue la República Dominicana y, desde entonces, más de 90 países han completado el estudio y se han formado como entrevistadoras más de 2.000 personas con el VIH, que realizan las entrevistas a otras personas seropositivas. Hasta la fecha, se han entrevistado más de 100.000 personas, empleando un

cuestionario que ha sido traducido a más de 45 idiomas.

En el mapa se puede ver cuáles son los países en los que se ha implementado. En España todavía no se ha desarrollado.

Se trata de una herramienta interesante y una estrategia que podría contemplarse para poder medir este cuarto 90 del que hemos estado hablando.

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?

Además, una vez implementado, se podría triangular con otras encuestas que exploren el estigma y la discriminación relacionados con el VIH desde otras perspectivas, como las encuestas y los estudios que hemos visto (encuesta CIS, casos de la Clínica Legal, estudio de actitudes de la población española de SEISIDA/UNED, el informe del INJUVE). Todos estos datos podrían servir para proporcionar una visión más completa y reunir más información sobre el estigma y la discriminación de las personas con el VIH. En consecuencia, esto nos ofrecería información para conocer un poco más este cuarto 90.

Otro concepto que cabe destacar es el de calidad de vida que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definiría como la percepción de la persona sobre su posición en la vida dentro de un contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Este concepto engloba salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relación con las características sobresalientes del entorno.

Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es en lo que nos vamos a centrar, define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar de la persona y mantiene una relación directa con las dimensiones física, psicológica y social de la salud.

La revisión de los estudios que se ha realizado para esta presentación permite determinar que la afectación neurocognitiva es un factor de predicción de una peor CVRS en

personas con el VIH que están tomando tratamiento antirretroviral. Se ha mostrado también que las personas con el VIH parecen tener unas mayores tasas de depresión que la población general. Otro indicador es que la edad, ser mujer, el uso de drogas por vía parenteral, tener un nivel de educación bajo y el bajo nivel socioeconómico son factores asociados también con una CVRS más pobre.

El Proyecto Etapas EVhA de GESIDA consiste en dos estudios observacionales que compararon a 200 mujeres con el VIH (115 mujeres entre 35 a 60 años y 57 con edades comprendidas entre 16 y 22 años) con mujeres sin el VIH emparejadas de acuerdo con el mismo nivel sociocultural y en el mismo rango de edad. En el estudio se midió la calidad de vida en las mujeres con el VIH y se concluyó que aquellas con una edad entre 35 y 60 años presentaban una peor calidad de vida que las más jóvenes y se observó un empeoramiento en el estado de ánimo y la función neurocognitiva, así como menores resultados en los marcadores de calidad de vida (estado general, condición física y salud transitoria) en comparación con las mujeres con el VIH de menor edad.

En cuanto a las herramientas para la medición de la calidad de vida, se han estado revisando diferentes opciones y existen cuestionarios genéricos que miden la CRVS, pero también hay cuestionarios específicos dirigidos a medir la CRVS en el contexto de la infección por el VIH.

En los cuestionarios genéricos se mide un amplio abanico de dimensiones relaciona-

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?

das con la calidad de vida, se pueden aplicar a la población general con distintos tipos de afecciones y permiten comparar datos entre la población general (o entre pacientes con diferentes afecciones). Existen diversos cuestionarios genéricos: SF-36, EuroQoL-5D, etc.

En lo que respecta a los cuestionarios específicos, presentan una mayor sensibilidad en los cambios relacionados con la CVRS porque incluyen aspectos más importantes sobre un determinado problema (en este caso, los problemas relacionados con el VIH). Como contrapartida, no permiten comparar los resultados con los de la población general o con diferentes poblaciones. En la tabla se pueden ver algunos de los cuestionarios que hemos identificado específicos del VIH y nos centraremos en el MQOL-HIV, el MOS-HIV y el WHOQOL-HIV. Según el estudio, sería más aconsejable usar uno que otro, en función de si sus resultados son más válidos o si resulta más específico, pero lo ideal sería que los expertos en este tema decidieran cuál sería más adecuado utilizar y así poder hacer esa monitorización de la calidad de vida, necesaria para medir el avance en el cuarto 90.

MQOL-HIV	FAHI
MOS-HIV	AIDS-HAQ
MOS 5 escalas	MQOL-McGill
MOS 8 escalas	GHS
HIV-PARSE	HAT-QOL
HIV-QOL	HIV-QL31
HOPES	LIVING WITH HIV SCALE

El MOS-HIV es una adaptación del MOS-SF-30 y su tiempo de administración es corto, de aproximadamente 10 minutos. Puede ser autoadministrado o administrado por el personal investigador en persona o telefónicamente y su marco temporal hace referencia a las últimas dos semanas. Consta de 35 preguntas y mide 11 dimensiones de la salud, (percepción de la salud general, dolor, función física, función del rol, función social, energía/fatiga, salud mental, problemas de salud, función cognitiva, calidad de vida y transición de salud). De su aplicación se obtienen dos valores resumen de la salud: el índice de salud física y el índice de salud mental.

Por lo que respecta al MQOL-HIV, es una escala que cuenta con 7 u 8 opciones de respuesta, que también hace referencia a las últimas dos semanas, que consta de 40 preguntas y recoge 10 dimensiones de salud (salud mental, salud física, función física, función social, soporte social, función cognitiva, estado financiero, relación de pareja, función sexual y atención médica).

El tercer cuestionario destacado es el WHOQOL-HIV, elaborado por la OMS, que incluye todos los puntos del WHOQOL-BREF, más otros 5 puntos específicos para las personas que viven con el VIH, lo que supone un total de 31 puntos, agrupados en 6 dominios (salud física, salud psicológica, nivel independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad).

Según el tipo de estudio, hay autores que defienden más el uso de cuestionarios genéricos, entre otros motivos por la posibilidad

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViV para ONGs

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?

que ofrecen de comparar los resultados con los de la población general. Sin embargo, otros autores prefieren los específicos por la posibilidad de evaluar en detalle los aspectos que más afectan a las personas con el VIH. Por tanto, la idea sería seleccionar una o dos herramientas adecuadas y aplicarlas de forma periódica para así poder realizar un seguimiento.

Para finalizar, también hay que hablar de la situación laboral y el nivel de estudios como aspectos relacionados con el estigma y la discriminación y que influyen de forma directa en la calidad de vida de las personas con el VIH. La educación y la ocupación están consideradas como determinantes sociales de las desigualdades en salud. Son determinantes estructurales y, por lo tanto, es necesario evaluarlas y tenerlas en cuenta en el trabajo en torno al concepto del cuarto 90.

Diferentes estudios han concluido que un trabajo seguro incrementa la salud, el bienestar y la satisfacción laboral. La existencia de unas tasas elevadas de desempleo influye en un aumento de las enfermedades y muertes prematuras. Asimismo, se ha demostrado que la inseguridad laboral incrementa los efectos en la salud mental (concretamente en la ansiedad y en la depresión), y también influye en la autopercepción de la mala salud, en la enfermedad cardíaca y sus factores de riesgo. Es decir, tener empleos inestables o insatisfactorios puede resultar tan perjudicial como el desempleo. Por esta razón, la calidad del trabajo también es una variable importante.

Esto lo hemos observado en la Encuesta sobre la situación laboral de las personas

con el VIH en España realizada *online* desde el 22 de junio hasta el 22 de diciembre de 2016 y promovida por el PNS/MSSSI para conocer la situación laboral de las personas con el VIH con el fin de abordar mejor las acciones de formación, inserción y reinserción en el ámbito laboral y facilitar la igualdad de trato y no discriminación¹⁶. La encuesta fue respondida por 542 personas, el 72,8% de las cuales tenían estudios secundarios o universitarios. Además, el nivel de estudios universitarios en hombres con el VIH fue superior al de las mujeres seropositivas (una diferencia significativa).

Por otro lado, el 52% contaba con un trabajo, mientras que el 29,5% se encontraba en situación de desempleo (una tasa de desempleo bastante superior a la de la población general, un 18% en 2016). También cabe señalar que la situación de desempleo era de mayor duración en las mujeres con el VIH que en los hombres. Otro dato a destacar es que, entre las personas que tenían un trabajo (283 de los participantes), el 72% tenía un contrato indefinido y el 80,9% trabajaba a tiempo completo.

Estos son algunos datos de la encuesta para tener un poco una idea de cuál es la situación laboral de las personas con el VIH y de la importancia de poder hacer un seguimiento de estos temas. Esta encuesta se realizó en 2016 y sería importante volver a efectuarla para tener un seguimiento de esta situación, teniendo en cuenta la importancia del tema laboral sobre la calidad de vida y el estigma y la discriminación.

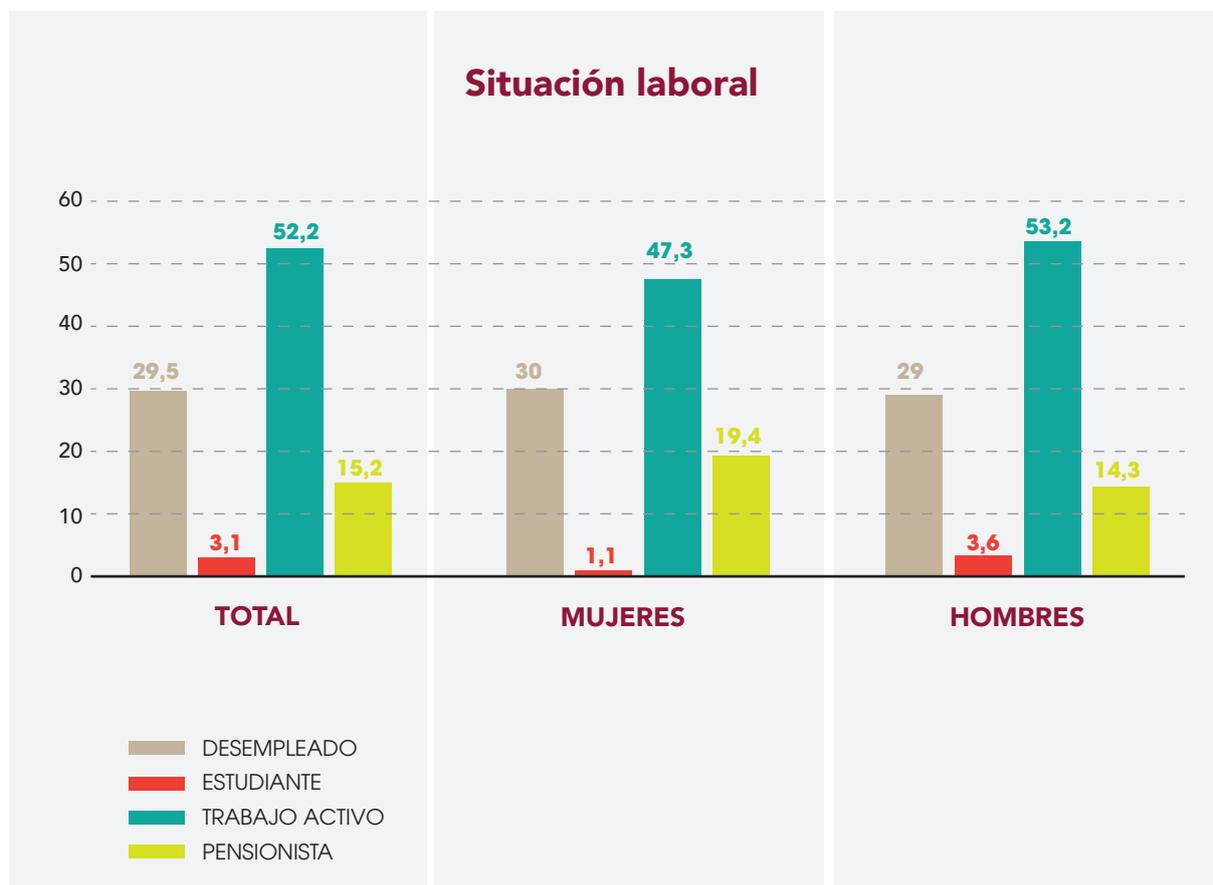
¹⁶ PNS. MSSSI. Encuesta sobre la situación laboral de las personas con VIH en España. Noviembre 2017. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaVIHLABORAL2017.pdf>.

“Indetectable igual a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?



Además de este factor laboral y educativo, dentro de las labores de monitorización de este cuarto 90 sería interesante contar con los resultados del mencionado Índice de Estigma que se ha desarrollado en muchos países, pero no en el nuestro, y poder contar con otros estudios dirigidos a la población general. Por otra parte, para tener una visión más amplia y así poder medir y tener infor-

mación sobre este cuarto 90 también sería preciso seleccionar la herramienta o herramientas más adecuadas para poder aplicar y hacer un seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud. Por último, teniendo en cuenta la importancia del tema laboral sobre la calidad de vida y el estigma, sería necesario que pudiera repetirse esta encuesta.

“Indetectable igual
a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs

03

¿CÓMO PODEMOS MEDIR EL CUARTO 90?

DEBATE

En el debate suscitado, se apuntó a la posibilidad de que algunos de los estudios realizados en el ámbito social a través de encuestas, como por ejemplo la que evaluó la situación laboral, pudieran presentar ciertos sesgos, ya que los datos finales discrepaban de los de otros sondeos mejor diseñados que recabaron información similar y se propuso que desde el Plan Nacional sobre el Sida se diera apoyo y respaldo a la elaboración de estudios mejor diseñados y con rigor metodológico.

La ponente también justificó que, en su presentación, se hubiera dado poco peso al tema de las comorbilidades –uno de los objetivos del cuarto 90– admitiendo su relevancia, pero recordando que su revisión se centró más en aspectos sociales que meramente biomédicos. También lamentó que aún no se hubieran establecido de forma oficial indicadores específicos para la monitorización de la respuesta al cuarto 90.

“Indetectable igual
a Intransmisible (I=I)”

Jornadas de Formación ViiV para ONGs