



República Dominicana

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL PAÍS

**SEGUIMIENTO A LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO
SOBRE EL VIH/SIDA**

Fecha de Presentación: 31 de marzo de 2012

Elaborado por Comité de Seguimiento a UNGASS

Índice

	Página
I. Situación Actual a Simple Vista	4
II. Panorama General de la Epidemia de sida	19
III. Respuesta Nacional a la Epidemia de sida	21
Objetivo I: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015	22
<i>Población General</i>	22
1.1. Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH	22
1.2. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	23
1.3. Relaciones sexuales con múltiples parejas	24
1.4. Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	25
1.5. Las pruebas del VIH en la población general	26
1.6. La prevalencia del VIH entre los jóvenes	26
<i>Profesionales del Sexo</i>	27
1.7. Los profesionales del sexo: programas de prevención	27
1.8. Los profesionales del sexo: uso del preservativo	28
1.9. Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo	28
1.10. La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo	29
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	30
1.11. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención	30
1.12. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	30
1.13. Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	31
1.14. La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres H	31
Objetivo 2: Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015	32
2.1. Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención	32
2.2. Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo	32
2.3. Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	32
2.4. Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables	32
2.5. Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables	32
Objetivo 3: Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	33
3.1. Prevención de la transmisión maternoinfantil	33
3.2. Diagnóstico infantil precoz	35
3.3. Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)	36

Objetivo 4: Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	37
4.1. Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral	37
4.2. Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento	39
Objetivo 5: Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	41
5.1. Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	42
Objetivo 6: Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22,000-24,000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios	42
6.1. Gastos relacionados con el sida	42
Objetivo 7: Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	42
7.1. Políticas gubernamentales relacionadas con el VIH y el sida	42
7.2. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	62
7.3. Asistencia escolar de los huérfanos	63
7.4. Apoyo económico externo a los hogares más pobres	65
Indicador de País: Seguridad Hematológica	67
IV. Prácticas óptimas	69
V. Principales problemas y acciones correctoras	71
VI. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país	73
VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación	74
VIII. Anexos	76
8.1. Proceso de consulta y preparación del Informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA	
8.2 Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2012	

I. Situación Actual a Simple Vista

La Declaración Política sobre el VIH/sida 2011 se edifica sobre dos declaraciones políticas previas: la Declaración de Compromiso de 2001, y la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2006. La declaración de 2011 hacía referencia al consenso mundial sobre la necesidad de alcanzar el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/sida para 2015, y la necesidad de emprender una acción multisectorial a nivel internacional, regional y nacional para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. La Declaración Política de 2006 reconocía la necesidad imperiosa de lograr acceso universal al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

La Declaración 2011 defiende la importancia de la integración del sector gubernamental, la industria privada, los grupos sindicales, las organizaciones religiosas y no gubernamentales, así como a otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH, y enfatiza que el éxito en la respuesta al sida se mide a través del logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. Es por ello que se insta a los países a realizar un seguimiento cercano al progreso en la implementación de los compromisos establecidos, por lo que se promueve la elaboración de Informes que documenten estos progresos, así como los obstáculos, los retos y las recomendaciones para avanzar en el logro de las metas.

Los objetivos clave que forman parte de la Declaración Política de 2011, son los siguientes:

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015;
2. Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015;
3. Garantizar que no nazca ningún niño con el VIH para 2015;
4. Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida para 2015;
5. Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015; y
6. Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo y trabajar para aumentar los fondos de 22 a 24 mil millones de dólares por año para 2015 y reconocer que las inversiones destinadas a la respuesta al sida son una responsabilidad compartida.

Estos objetivos se expresan en 30 indicadores clave: 22 que fueron reportados en el Informe anterior 2010, cinco (5) que han sido modificados y tres (3) indicadores nuevos. Estos indicadores son:

Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015

- 1.1. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.
- 1.2. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años.
- 1.3. Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
- 1.4. Porcentaje de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
- 1.5. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- 1.6. Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH Profesionales del Sexo.
- 1.7. Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención.
- 1.8. Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente.

- 1.9. Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- 1.10. Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- 1.11. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH.
- 1.12. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.
- 1.13. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- 1.14. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH.

Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015

- 2.1. Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año.
- 2.2. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.
- 2.3. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó.
- 2.4. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los 12 meses y conoce los resultados.
- 2.5. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH.

Garantizar que no nazca ningún niño con el VIH para 2015

- 3.1. Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil.
- 3.2. Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento.
- 3.3. Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada).

Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida para 2015

- 4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral
- 4.2. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral.

Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015

- 5.1. Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH.

Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo y trabajar para aumentar los fondos de 22 a 24 mil millones de dólares por año para 2015 y reconocer que las inversiones destinadas a la respuesta al sida son una responsabilidad compartida.

- 6.1. Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación.

Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

7.1. Instrumentos de observación de los compromisos y las políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y Monitoreo y Evaluación).

7.2. Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.

7.3. Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.

7.4. Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses.

En el caso particular de la República Dominicana, el Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS decidió reportar adicionalmente un indicador relacionado con **Seguridad Hematológica**: Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.

El propósito de estos 31 indicadores es evaluar el estado actual de su Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, y a su vez contribuir a una mejor comprensión de la respuesta mundial a la pandemia de sida, incluido el avance hacia los objetivos establecidos en la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011 y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para lograr estos objetivos relacionados con el seguimiento a la evolución de la epidemia en el país y el monitoreo de los avances, obstáculos y retos de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, la República Dominicana ha seguido apoyando el proceso de fortalecimiento del Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS.

Unas 13 organizaciones se han integrado al Comité en este período, para un total de 32 entidades gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación internacional. Dentro de este grupo se incluyen las entidades miembros del Grupo Técnico de Monitoreo y Evaluación – GRUTEME-. En estos dos (2) años, se han mantenido las sesiones periódicas, logrando mayor intensidad en los últimos cuatro (4) meses de cara a los preparativos para la presentación del informe 2012. Las organizaciones miembros del Comité Nacional son:

Sector Gubernamental:

Ministerio de Educación (MINERD), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSP-, Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), Dirección Nacional de Bancos de Sangre, Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud –DDFSRS-, Dirección General de Salud Materno Infantil y Adolescentes –DIGEMIA-, Dirección de Epidemiología –DIGEPI-, Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA).

Organizaciones No Gubernamentales:

Alianza Solidaria para la Lucha contra el SIDA (ASOLSIDA), Amigos Siempre Amigos (ASA) (Alianza Gays, Trans y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres), Coalición ONGSIDA, Colectiva Mujer y Salud (Alianza Mujer y VIH y SIDA), Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP), Movimiento Socio-Cultural de Trabajadores Haitianos (MOSCTHA) (Alianza de Migrantes), Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH (REDOVIH), Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), El Mesón de Dios, Hogar Crea Dominicano y TRANSSA.

Agencias de Cooperación y Organismos Internacionales:

Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Adolescencia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA).

Para la elaboración de este Informe, el Comité realizó un total de 11 jornadas de trabajo, en el marco de las cuales se definieron los Términos de Referencia para la contratación de un consultor de apoyo al proceso de elaboración del informe, se revisaron las propuestas recibidas, se seleccionó a la consultora, y se realizaron sesiones de trabajo para revisar y discutir paso a paso los avances, hacer aportes y consensuar el contenido del reporte.

El Informe de este año se elaboró de una forma más ágil que las veces anteriores, ya que los actores responsables de aportar los datos relativos a los 31 indicadores, respondieron de forma más oportuna. A esto se suma la experiencia del equipo coordinador en la identificación de las fuentes, la selección de los contenidos y la determinación de los plazos para cada fase del proceso, como parte de la ruta crítica definida. Sin embargo, hubo una participación menos activa de las organizaciones miembros del Comité de Seguimiento, en las reuniones técnicas realizadas para la elaboración de este Informe. De manera que los coordinadores estuvieron dedicados al proceso, con la participación esporádica de otros actores.

A continuación, se presenta un cuadro que resume los 31 indicadores, identificando las fuentes y los desgloses correspondientes, y dando una idea general de las características de la epidemia de sida en el país y los cambios que han resultado de las acciones implementadas en los últimos dos (2) años.

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
<p>1.1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus</p>	<p>Numerador= Conocimiento Comprensivo= 7381 (4,116 mujeres y 3,265 hombres)</p> <p>Mujeres: Pareja fiel= 8747 (15-19= 4804 y 20-24=3941), usando condón=8525 (15-19= 4732 y 20-24=3797), aspecto saludable= 9373 (15-19=5117 y 20-24=4252), picadura mosquito=6205 (15-19= 3398 y 20-24=2805) y por compartir alimentos=8011 (15-19= 4386 y 20-24=3630)</p> <p>Hombres: Pareja fiel= 8497 (15-19= 4873 y 20-24=3627), usando condón= 8652 (15-19= 4996 y 20-24=3655) , aspecto saludable= 8778 (15-19=4996 y 20-24=3782), picadura mosquito= 5125 (15-19= 2998 y 20-24=2131) y por compartir alimentos=6705 (15-19= 3879 y 20-24=2824)</p> <p>Denominador= Conocimiento comprensivo=19,778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Mujeres 15-19= 5,580, y 20-24= 4,509 Hombres 15-19= 5,614 y 20-24= 4,075 Denominadores válidos para todas las preguntas</p> <p>Porcentaje= Conocimiento Comprensivo=Total 37,32%: Mujeres: 40.8% (15-19=39,3% y 20-24=42,6%) y Hombres: 33.7% (15-19=32,6% y 20-24= 35,2%)</p> <p>Pareja fiel= Mujeres 86,7% (15-19=86,1% y 20-24=87,4%) y hombres 87.7% (15-19=86,8% y 20-24=89%) Usando condón= Mujeres 84.5 % (15-19= 84,8% y 20-24=84,2%) y hombres 89.3 % (15-19=89% y 20-24=89,7%) Aspecto saludable= Mujeres 92.9 % (15-19=91,7% y 20-24=94,3%) y hombres 90.6 % (15-19=89% y 20-24=92,8%)</p>	<p>ENDESA 2007</p>	<p>Numerador= Conocimiento Comprensivo= 7381 (4,116 mujeres y 3,265 hombres)</p> <p>Mujeres: Pareja fiel= 8747 (15-19= 4804 y 20-24=3941), usando condón=8525 (15-19= 4732 y 20-24=3797), aspecto saludable= 9373 (15-19=5117 y 20-24=4252), picadura mosquito=6205 (15-19= 3398 y 20-24=2805) y por compartir alimentos=8011 (15-19= 4386 y 20-24=3630)</p> <p>Hombres: Pareja fiel= 8497 (15-19= 4873 y 20-24=3627), usando condón= 8652 (15-19= 4996 y 20-24=3655) , aspecto saludable= 8778 (15-19=4996 y 20-24=3782), picadura mosquito= 5125 (15-19= 2998 y 20-24=2131) y por compartir alimentos=6705 (15-19= 3879 y 20-24=2824)</p> <p>Denominador= Conocimiento comprensivo=19,778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Mujeres 15-19= 5,580, y 20-24= 4,509 Hombres 15-19= 5,614 y 20-24= 4,075 Denominadores válidos para todas las preguntas</p> <p>Porcentaje= Conocimiento Comprensivo=Total 37,32%: Mujeres: 40.8% (15-19=39,3% y 20-24=42,6%) y Hombres: 33.7% (15-19=32,6% y 20-24= 35,2%)</p> <p>Pareja fiel= Mujeres 86,7% (15-19=86,1% y 20-24=87,4%) y hombres 87.7% (15-19=86,8% y 20-24=89%) Usando condón= Mujeres 84.5 % (15-19= 84,8% y 20-24=84,2%) y hombres 89.3 % (15-19=89% y 20-24=89,7%) Aspecto saludable= Mujeres 92.9 % (15-19=91,7% y 20-24=94,3%) y hombres 90.6 % (15-19=89% y 20-24=92,8%)</p>	<p>ENDESA 2007</p>

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
	Picadura mosquito= Mujeres 61.5 % (15-19=60,9% y 20-24=62,2%) y hombres 52.9 % (15-19=53,4% y 20-24=52,3%) Compartir alimentos= Mujeres 79.40% (15-19=78,6% y 20-24=80,5%) y hombres 69.2% (15-19=69,1% y 20-24=69,3%)		Picadura mosquito= Mujeres 61.5 % (15-19=60,9% y 20-24=62,2%) y hombres 52.9 % (15-19=53,4% y 20-24=52,3%) Compartir alimentos= Mujeres 79.40% (15-19=78,6% y 20-24=80,5%) y hombres 69.2% (15-19=69,1% y 20-24=69,3%)	
1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Numerador= 3,790 (mujeres 1513 y hombres 2277) Mujeres 15-19=781 y 20-24=732 Hombres 15-19=1183 y 20-24=1094 Denominador= 19778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Mujeres 15-19=5580 y 20-24=4509 Hombres 15-19=5614 y 20-24=4075 Porcentaje= Mujeres 15% y hombres 23.5%= 19.25% Mujeres 15-19=14% y 20-24=16,23% Hombres 15-19=21,07% y 20-24=26,85%	ENDESA 2007	Numerador= 3,790 (mujeres 1513 y hombres 2277) Mujeres 15-19=781 y 20-24=732 Hombres 15-19=1183 y 20-24=1094 Denominador= 19778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Mujeres 15-19=5580 y 20-24=4509 Hombres 15-19=5614 y 20-24=4075 Porcentaje= Mujeres 15% y hombres 23.5%= 19.25% Mujeres 15-19=14% y 20-24=16,23% Hombres 15-19=21,07% y 20-24=26,85%	ENDESA 2007
1.3 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Numerador= 6793 (Mujeres 806 y hombres 5,987) Mujeres 15-19=455, 20-24=253, 25-49=350 Hombres 15-19=761, 20-24=1465, 25-49=3761 Denominador= 39904 (mujeres 20,145 y hombres 19,759) Mujeres 15-19=5480, 20-24=3463, 25-49=14665 Hombres 15-19=2272, 20-24=3440, 25-49=14047 Porcentaje= 17.02% (Mujeres 4.0% y Hombres 30.3%) Mujeres 15-19=8,30%, 20-24=7,31%, 25-49=2,39% Hombres 15-19=33,49%, 20-24=42,59%, 25-49=26,77%	ENDESA 2007	Numerador= 6793 (Mujeres 806 y hombres 5,987) Mujeres 15-19=455, 20-24=253, 25-49=350 Hombres 15-19=761, 20-24=1465, 25-49=3761 Denominador= 39904 (mujeres 20,145 y hombres 19,759) Mujeres 15-19=5480, 20-24=3463, 25-49=14665 Hombres 15-19=2272, 20-24=3440, 25-49=14047 Porcentaje= 17.02% (Mujeres 4.0% y Hombres 30.3%) Mujeres 15-19=8,30%, 20-24=7,31%, 25-49=2,39% Hombres 15-19=33,49%, 20-24=42,59%, 25-49=26,77%	ENDESA 2007

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
1.4 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	Numerador= 2977 (Mujeres 281 y hombres 2,696) Mujeres 15-19=76, 20-24=79, 25-49=126 Hombres 15-19=545, 20-24=831, 25-49=1591 Denominador= 6795 (mujeres 804 y hombres 5,991) Mujeres 15-19=204, 20-24=252, 25-49=348 Hombres 15-19=761, 20-24=1465, 25-49=3765 Porcentaje= 43.81% (45% hombres y 34.9% mujeres) Mujeres 15-19=37,25%, 20-24=31,35%, 25-49=36,21% Hombres 15-19=71,62%, 20-24=56,72%, 25-49=42,26%	ENDESA 2007	Numerador= 2977 (Mujeres 281 y hombre 2,696) Mujeres 15-19=76, 20-24=79, 25-49=126 Hombres 15-19=545, 20-24=831, 25-49=1591 Denominador= 6795 (mujeres 804 y hombres 5,991) Mujeres 15-19=204, 20-24=252, 25-49=348 Hombres 15-19=761, 20-24=1465, 25-49=3765 Porcentaje= 43.81% (45% hombres y 34.9% mujeres) Mujeres 15-19=37,25%, 20-24=31,35%, 25-49=36,21% Hombres 15-19=71,62%, 20-24=56,72%, 25-49=42,26%	ENDESA 2007
1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Numerador= 10167 (Hombres:4,593 y Mujeres: 5,574) Hombres 15-19=281, 20-24=705, 25-29=3607 Mujeres 15-19=658, 20-24=1163, 25-49=3763 Denominador= 51,893 (hombres 24,698 y mujeres 27,195) Hombres 15-19=5614, 20-24=4075, 25-49=15009 Mujeres 15-19=5580, 20-24=10089, 25-49=17106 Porcentaje= 19.59% (18.60% hombres y 20.50% mujeres) Hombres 15-19=5,0%, 20-24=17%, 25-49=24% Mujeres 15-19=11,79%, 20-24=11,53%, 25-49=22,00%	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007	Numerador= 10167 (Hombres:4,593 y Mujeres: 5,574) Hombres 15-19=281, 20-24=705, 25-29=3607 Mujeres 15-19=658, 20-24=1163, 25-49=3763 Denominador= 51,893 (hombres 24,698 y mujeres 27,195) Hombres 15-19=5614, 20-24=4075, 25-49=15009 Mujeres 15-19=5580, 20-24=10089, 25-49=17106 Porcentaje= 19.59% (18.60% hombres y 20.50% mujeres) Hombres 15-19=5,0%, 20-24=17%, 25-49=24% Mujeres 15-19=11,79%, 20-24=11,53%, 25-49=22,00%	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con el VIH	Numerador= 60 (21 hombres--5 de 15-19 y 16 de 20-24) (39 mujeres (10 de 15-19 y 29 de 20-24)	ENDESA 2007	Numerador= 60 (21 hombres--5 de 15-19 y 16 de 20-24) (39 mujeres (10 de 15-19 y 29 de 20-24)	ENDESA 2007

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
	<p>Denominador= 18,578 (9,357 hombres--5,452 de 15-19 y 3,905 de 20-24) (9,221 mujeres--5,085 de 15-19 y 4,136 de 20-24)</p> <p>Porcentaje= 2007. Total= 0.27%, Mujeres=0.42%, Hombres=0.22%</p>		<p>Denominador= 18,578 (9,357 hombres--5,452 de 15-19 y 3,905 de 20-24) (9,221 mujeres--5,085 de 15-19 y 4,136 de 20-24)</p> <p>Porcentaje= 2007. Total= 0.27%, Mujeres=0.42%, Hombres=0.22%</p>	
1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	<p>Numerador= TRSX= 556</p> <p>Denominador= TRSX= 1,256</p> <p>Porcentaje= TRSX= 44.3%</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 20	<p>Numerador= TRSX= 556</p> <p>Denominador= TRSX= 1,256</p> <p>Porcentaje= TRSX= 44.3%</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 20
1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	<p>Numerador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1104</p> <p>Denominador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1367</p> <p>Porcentaje= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 80.8%</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.	<p>Numerador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1104</p> <p>Denominador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1367</p> <p>Porcentaje= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 80.8%</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.
1.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	<p>Numerador= TRSX= 913</p> <p>Denominador= TRSX= 1,367</p> <p>Porcentaje= TRSX= 66.98%</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008	<p>Numerador= TRSX= 913</p> <p>Denominador= TRSX= 1,367</p> <p>Porcentaje= TRSX= 66.98%</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	Numerador= TRSX: 62 Denominador= TRSX= 1300 Porcentaje= TRSX: 4.8%	1era. Encuesta Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX y UD) 2008	Numerador= TRSX: 62 Denominador= TRSX= 1300 Porcentaje= TRSX: 4.8%	1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX y UD) 2008
1.11 Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	ND	El país no cuenta con encuestas que aporten información relacionada con las variables que incluyen este indicador		
1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Numerador= 913 GTH Denominador= 1388 GTH Porcentaje= 65.78%	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD 2008	Numerador= 913 GTH Denominador= 1388 GTH Porcentaje= 65.78%	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, 2008.
1.13 Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Numerador= GTH= 515 Denominador= GTH= 1,565 Porcentaje= GTH= 32.90%	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008	Numerador= GTH= 515 T Denominador= GTH= 1,565 Porcentaje= GTH= 32.90%	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	Numerador= GTH= 64 Denominador= GTH= 597 Porcentaje= GTH: 11%	GTH: Estudio Delta Proyecto USAID/ Conecta 2004	Numerador= GTH= 85 Denominador= GTH= 1400 Porcentaje= GTH: 6.1%	1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX y UD) 2008
2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	ND	El país sólo cuenta como fuente de datos sobre la población de UD con la 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008. En dicha encuesta, del total de 1200 UD entrevistados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UD. Esta muestra no es representativa para los fines de ninguno de los indicadores relacionados con esta población.		
2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	ND	El país sólo cuenta como fuente de datos sobre la población de UD con la 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008. En dicha encuesta, del total de 1200 UD entrevistados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UD. Esta muestra no es representativa para los fines de ninguno de los indicadores relacionados con esta población.		
2.3 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	ND	El país sólo cuenta como fuente de datos sobre la población de UD con la 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008. En dicha encuesta, del total de 1200 UD entrevistados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UD. Esta muestra no es representativa para los fines de ninguno de los indicadores relacionados con esta población.		
2.4 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ND	El país sólo cuenta como fuente de datos sobre la población de UD con la 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008. En dicha encuesta, del total de 1200 UD entrevistados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UD. Esta muestra no es representativa para los fines de ninguno de los indicadores relacionados con esta población.		

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	ND		El país sólo cuenta como fuente de datos sobre la población de UD con la 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008. En dicha encuesta, del total de 1200 UD entrevistados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UD. Esta muestra no es representativa para los fines de ninguno de los indicadores relacionados con esta población.	
3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	<p>Numerador= 2008: 1036 2009: 949</p> <p>Denominador= 2008: 2,030 2009: 2,020</p> <p>Porcentaje= 2008: 51,03% 2009: 46,98%</p>	<p>DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010.</p> <p>Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009</p>	<p>Numerador= 2010=965 (TAR embarazadas criterios necesarios=768, Profilaxis Triple para madre=ND, AZT madre=ND y NVP=197)</p> <p>2011=1,231 (TAR embarazadas criterios necesarios=1074, Profilaxis Triple para madre=ND, AZT madre=ND y NVP=157)</p> <p>Denominador= 2010=1,640 2011=1,520</p> <p>Porcentaje= 2010= 59% 2011= 81%</p>	<p>DIGECITSS/Base de datos del PNRTV</p> <p>Informe Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud -DDFSRS-, sobre la productividad de los SRS, Febrero 2012</p> <p>Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011</p>
3.2 Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	<p>Numerador= 2010= 830 2011= 522</p> <p>Denominador= 2010= 986 2011= 889</p> <p>Porcentaje= 2010= 84%</p>	<p>Base de datos de Laboratorio Nacional Dr. Defilló, procesada en la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -</p>	<p>Numerador= 2010= 830 2011= 522</p> <p>Denominador= 2010= 986 2011= 889</p> <p>Porcentaje= 2010= 84%</p>	<p>Base de datos de Laboratorio Nacional Dr. Defilló, procesada en la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -DIGECITSS-</p>

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
	2011= 59%	DIGECITSS- Reportes Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA - DIGECITSS-	2011= 59%	Reportes Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -DIGECITSS-
3.3 Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	Numerador 2010= 195 2011= 133 Denominador 2010= 1,390 2011= 1,290 Porcentaje 2010=14 % 2011= 10%	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011	Numerador 2010= 195 2011= 133 Denominador 2010= 1,390 2011= 1,290 Porcentaje 2010=14 % 2011= 10%	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011
4.1 Porcentaje de adultos y niños elegible que actualmente recibe terapia antirretroviral	Numerador= 2008: Total 11,072 (10,286 adultos y 786 niños) 2009: Total 13,785 (12,912 adultos y 873 niños) Denominador= 2008: <15= 1920 (980 hombres y 940 mujeres) 15+= 16160 (6410 hombres y 9750 mujeres) Total: 18080 (7390 hombres y 10690 mujeres) 2009: <15= 1990 (1010 hombres y 980 mujeres) 15+= 17420 (6810 hombres y 10610 mujeres) Total: 19410 (7820 hombres y 11590 Mujeres)	Base de Datos DIGECITSS Informe Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, RD, 2009	Numerador= 2010 (Niños= 873 y Adultos=12,912) 2011 (Niños= 1010 y Adultos=19,237) Denominador= 2010: <15= 1,990 (1,010 hombres y 980 mujeres) 15+= 19,940 (8,533 hombres y 11,407 mujeres) Total: 21,930 (9,543 hombres y 12,387 mujeres) 2011: <15= 1,870 (950 hombres y 920 mujeres) 15+= 20,900 (8,860 hombres y 12,040 mujeres) Total: 22,770 (9,810 hombres y 12960 Mujeres)	Reportes Dirección General de Control de las ITS y SIDA - DIGECITSS-, Febrero 2012/ Informe Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud -DDFSRS-, sobre la productividad de los SRS. Informe de las Estimaciones

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
	Porcentaje= 2008= 61,24% (63,65% adultos y 40,94% niños) 2009= 71,02% (74,12% adultos y 43,87% niños)		Porcentaje= 2010= Niños 44% y Adultos 65% 2011= Niños 54% y Adultos 92%	Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011
4.2 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	Numerador= 3313 (2008= 2170 y 2009= 1143) Denominador= 3981 (2008= 2605 y 2009= 1376) Porcentaje= 83,22% (2008= 83.30% y 2009=83.07%)	Base de Datos DIGECITSS	Numerador= 2010= 1,195 (Niños 37 y Adultos 1158) 2011= 1152 (22 Niños y 1130 Adultos) Denominador= 2010= 1,370 (Niños 59 y Adultos 1311) 2011= 1403 (30 Niños y Adultos 1373) Porcentaje= 2010= 87% (Niños 63% y 88% Adultos) 2011= 82% (Niños 73% y 82% Adultos)	Reportes SIAI Plus DIGECITSS
5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	Numerador= 2008=260 Denominador= 2008=620 Porcentaje= 2008= 41,94%	Reporte Infecciones Oportunistas. DIGECITSS Data base OMS= www.who.int/tb/country/en	Numerador= 2010= 811 Denominador= 2010=547 Porcentaje= 2010= 148%	Informe Consolidado Nacional Programa Nacional de Control de la Tuberculosis - PNCT- del Ministerio de Salud Pública Data base OMS= http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html
6.1 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación	ND	No hay información nueva que reportar. El país está inmerso en los preparativos concernientes al desarrollo de una Medición del Gasto -MEGAS-, para este año 2012		

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
7.1 Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN)	Ver reporte narrativo			
7.2 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.	Numerador: 903 Denominador: 7719 Porcentaje: 11.70%	Encuesta Demográfica y de Salud -ENDESA 2007-	Numerador: 903 Denominador: 7719 Porcentaje: 11.70%	Encuesta Demográfica y de Salud -ENDESA 2007-
7.3 Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Parte A: Numerador A= Total: 9= (5 femeninos y 4 masculinos) Denominador A= Total= 13 (6 Femeninos y 7 Masculinos) Porcentaje A= 69.23% (83.33% femeninos y 57.14% masculinos) Parte B: Numerador B= Total: 3,264= (1,586 femeninos y 1,678 masculinos) Denominador B=	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples -ENHOGAR 2006-	Parte A: Numerador A= Total: 20= (8 femeninos y 12 masculinos) Denominador A= Total= 21 (8 Femeninos y 13 Masculinos) Porcentaje A= 97.09% (98.51% femeninos y 95.78% masculinos) Parte B: Numerador B= Total: 2,735= (1298 femeninos y 1,437 masculinos) Denominador B= Total= 2,798 (1320 femeninos y 1478 masculinos)	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2009-2010)

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2012	Fuente Datos Informe 2012
	Total= 3,362 (1,610 femeninos y 1,752 masculinos) Porcentaje B= 97.09% (98.51% femeninos y 95.78% masculinos)		Porcentaje B= 97.75% (98.33% femeninos y 97.23% masculinos)	
7.4 Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses	Numerador= 2010= 858,119 2011= 818,574 Desglose por tipo de apoyo: Comer es Primero: 2010= 858,119 y 2011= 818,574 Incentivo a la Asistencia Escolar: 2010= 271,569 y 2011= 216,312 Incentivo a la Educación Superior: 2010= 24,229 y 2011= 24,783 Programa Protección a la Vejez en Pobreza Extrema: 2010= 76,761 y 2011= 79,336 Bonogás: 2010= 764,963 y 2011= 797,064 Bonoluz: 2010= 270,582 y 2011= 278,012 Denominador= 887,594 Porcentaje: N/A	Memorias Anuales 2010 y 2011 de la Administradora de Subsidios Sociales del Gabinete de Política Social Reporte Sistema Único de Beneficiarios - SIUBEN-	Numerador= 2010= 858,119 2011= 818,574 Desglose por tipo de apoyo: Comer es Primero: 2010= 858,119 y 2011= 818,574 Incentivo a la Asistencia Escolar: 2010= 271,569 y 2011= 216,312 Incentivo a la Educación Superior: 2010= 24,229 y 2011= 24,783 Programa Protección a la Vejez en Pobreza Extrema: 2010= 76,761 y 2011= 79,336 Bonogás: 2010= 764,963 y 2011= 797,064 Bonoluz: 2010= 270,582 y 2011= 278,012 Denominador= 887,594 Porcentaje: N/A	Memorias Anuales 2010 y 2011 de la Administradora de Subsidios Sociales del Gabinete de Política Social Reporte Sistema Único de Beneficiarios - SIUBEN-
Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Numerador=70008 Denominador=81478 Porcentaje= 85.92%	Dirección Nacional de Bancos de Laboratorios y Bancos de Sangre (Reporte 2008-2009)	Numerador= 89180 Denominador=104294 Porcentaje= 85.51%	Dirección Nacional de Bancos de Laboratorios y Bancos de Sangre (Reporte 2010-2011)

II. Panorama General de la Epidemia de SIDA

Según el Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011, la epidemia del VIH en la República Dominicana muestra una tendencia a la estabilidad; estimándose que para el 2011, 44,240 dominicanos vivirían con el VIH, de los cuales 38,540 tienen entre 15 a 49 años, lo que representa una prevalencia de 0.71% en esta población. Mientras que el comportamiento de la incidencia es más positivo mostrando tendencias a la disminución en los últimos años, de un 25%.

A partir de los primeros casos notificados en la República Dominicana al principio de los años 80's, la epidemia del VIH fue aumentando hasta su pico en el 2001 cuando se muestra una ligera disminución hasta el 2005 cuando se percibe una tendencia a la estabilidad., la estabilidad de la epidemia en el país se presenta en niveles de prevalencia considerados altos, lo que se traduce en un número elevado de personas que viven con VIH y/o SIDA.

La Vigilancia Centinela se desarrolla en el país en tres grupos poblacionales: embarazadas, pacientes que demandan atención por una infección de transmisión sexual (ITS) y trabajadoras sexuales desde el año 1991. En el año 2002, la República Dominicana realizó, en el marco de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002), la primera medición de serología para el VIH en una muestra de 28,000 personas, los resultados mostraron una prevalencia del 1% con un 0.9% en zona urbana y un 1.2% en la zona rural.

En el año 2007, se realiza la segunda medición de seroprevalencia en al marco de la ENDESA 2007, resultando una prevalencia de 0.8%, con una distribución por lugar de residencia de 0.7% para zona urbana y 1% para zona rural. En la medición de ENDESA 2007, no se destaca ninguna diferencia en la distribución por sexo entre la población de 15 a 49 años reportándose una prevalencia de 0.8%.

Tomando como referencia los datos de los estudios de Vigilancia Centinela (1991 – 2009), que presentan una prevalencia en embarazadas de zonas urbanas alrededor del 1%, grupos de expertos han concluido que en la República Dominicana la epidemia es de tipo generalizada.

Sin embargo, existe otro grupo de experto que defiende la idea de que la epidemia es concentrada, a raíz de los resultados de la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica (2008), que arrojó prevalencias por encima del 5% para dos de los tres grupos: 6.1% en GTH y 8% en UD, mientras que en las TRSX se encontró una prevalencia del 4.8. No obstante, debido a que es la primera medición en UD y sólo la segunda en GTH, no se puede hablar de una prevalencia por encima del 5%, de forma consistente.

Existe un tercer grupo que considera que en la República Dominicana cursan dos epidemias de forma paralela, apoyando su posición en los resultados del Modelo de Modo de Transmisión¹, en donde se indica que la mayoría de las nuevas infecciones para el 2010 ocurren en dos grupos poblacionales: gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres, con 33%, y en segundo lugar en el segmento de la población general que reporta tener relaciones sexuales de “bajo riesgo”(o sólo con la pareja con quien convive) con un 31.9%.

Debido que para estimar la prevalencia del VIH y la carga de enfermedad con Spectrum, se hace necesario seleccionar uno de los tres tipos de epidemia, tomando en cuenta que los estudios que hasta ahora se han realizado en poblaciones especiales han sido muy limitados, para las estimaciones 2011, cuyos datos se presentan en este Informe, se asumió que la epidemia del VIH es de tipo generalizada.

¹ Modelo Modo de Transmisión VIH, RD 2010

En tal sentido, los datos de prevalencia, nuevas infecciones y mortalidad anual, para el período 2010-2011, son los siguientes:

Estimaciones de:	2010	2011
Personas con VIH	0.73	0.71
10-14 años	3,160	2,960
15-49 años	39,140	38,580
Nuevas Infecciones		
10-14 años	195	133
15-49 años	1,480	1,310
Mortalidad Anual		
10-14 años	215	173
15-49 años	1,570	1,280

III. Respuesta Nacional a la Epidemia de SIDA

En la República Dominicana, la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA durante los últimos dos años (2010-2011), ha estado enmarcada en un proceso de cambios estructurales y funcionales del Sistema Nacional de Salud, que ha dado como resultado la redefinición del abordaje de los temas de salud prioritarios y la reasignación de los roles a las entidades y actores del Sector Salud. Este proceso de transformación ha venido a colocar múltiples retos en la agenda política de las instancias responsables de impulsar la reforma de salud del país. Una reforma que parte de la separación de las funciones esenciales de salud pública (Rectoría, Provisión, Aseguramiento y Financiación), y con ello el fortalecimiento de cada función por separado. El modelo de descentralización en salud asumido por el país, en su esencia, tiene como mandato la redistribución del poder, a nivel nacional, regional y local.

La Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, de ser un tema gestionado desde la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)² -dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP)- y desde el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA)³, está evolucionando a ser un tema de salud abordado desde una perspectiva integral y horizontal, que posibilite la prestación de los servicios de prevención, atención y apoyo como parte de la oferta regular de los centros y organizaciones prestadoras de dichos servicios, a fin de romper con las barreras de acceso, ampliar coberturas, y lograr mayor calidad y efectividad de las intervenciones. En tal sentido, la DIGECITSS está llamada a fortalecer su rol rector, y transferir a la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud –DDFSRS-⁴ las capacidades y funciones vinculadas con la atención a las personas.

En términos organizativos y legales, el país cuenta con instituciones públicas y privadas, así como espacios multisectoriales de participación, que respaldan la respuesta al VIH y al SIDA, además de que dispone de una nueva Ley de SIDA⁵ que honra los principios básicos de la Constitución de la República, en cuanto al respeto de los derechos de los ciudadanos en igualdad de condiciones y sin discriminación de ningún tipo, e incorpora temas que responden a demandas de las personas que viven con el VIH y por ende que favorecen el respeto de sus derechos. Existen otros instrumentos que sirven de respaldo, como por ejemplo la Ley 42-01 o Ley General de Salud y la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social, y sus respectivos reglamentos de aplicación.

En el marco de la nueva Ley de VIH y SIDA se crea el Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA), en sustitución del COPRESIDA, como organismo multisectorial y de carácter estratégico, adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, responsable de coordinar y conducir la Respuesta Nacional al VIH/SIDA de la República Dominicana, integrado por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, destacándose la presencia de representantes de las redes de personas que viven con VIH, de los trabajadores, de gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres, de mujeres, entre otros grupos. Se cuenta con un amplio grupo de organizaciones de la sociedad civil que desarrolla programas y proyectos en materia de SIDA, incluyendo las Redes de PVVIH como principales activistas, y la Coalición de ONG del Área de SIDA, consorcio representativo de 47 ONG. Adicionalmente, las agencias y organismos de cooperación que brindan asistencia técnica y financiera, y otras instancias gubernamentales y del Sector Privado, que como miembros del CONAVIHSIDA, participan en estos procesos.

² Como instancia rectora de los programas y servicios de VIH/SIDA, se creó en 1985 el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA –PROCETS-, mediante Disposición Administrativa de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social –SESPAS-, actual Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Para el año 2000, PROCETS se convierte en la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el SIDA –DIGECITSS-.

³ El Decreto 32-01 crea el Consejo Presidencial del SIDA –COPRESIDA-, “con la función principal de velar por el fiel cumplimiento de la Ley de SIDA y trazar la política a seguir en la lucha contra la epidemia VIH/SIDA a nivel nacional, utilizando para su ejecución y actividades operativas los departamentos oficiales y ONG ya existentes, que funcionan en el país y otros a crearse”

⁴ La Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud es una instancia creada mediante la Resolución 00010 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el propósito de apoyar y fortalecer a los SRS de cara al proceso de descentralización de la función de provisión que manda el Reglamento de Separación de Funciones de la ley General de salud.

⁵ Ley de VIH y SIDA No.135-11, promulgada el 7 de junio de 2011, la cual deroga la Ley sobre SIDA, No. 55-93, del 31 de diciembre de 1993 y su Reglamento de Aplicación, del 8 de abril de 1996, así como el Decreto No.32-01 que creó el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) en el año 2001.

El país cuenta con un Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA, que cubre el período 2007-2015⁶. Este plan es el resultado de un proceso de construcción colectiva, con la participación de todos los sectores y actores que forman parte de la Respuesta Nacional.

Dentro de los principales retos que tiene el país en estos momentos, cabe destacar que es necesario fortalecer la institucionalidad, impulsar la implementación del proceso de descentralización de los servicios de salud, incluyendo VIH, de forma armónica y funcional, crear los mecanismos de aplicación de la nueva Ley de VIH y SIDA, fortalecer el activismo de las redes de PVVIH y las organizaciones de la sociedad civil, seguir apoyando la multisectorialidad, fortalecer la gestión de los servicios, incluyendo procesos logísticos y de suministro de medicamentos e insumos, y mejorar los sistemas de información y las funciones propias del monitoreo, la vigilancia y la evaluación.

Este capítulo hace un recorrido por los componentes de la Respuesta Nacional, en el interés de presentar una panorámica de cuál ha sido la evolución de la epidemia en el período 2010-2011 y los resultados y el impacto de las acciones desarrolladas por el país. Los datos e informaciones que se presentan a continuación, están organizados conforme a los siete (7) objetivos establecidos por el documento guía proporcionado por ONUSIDA para la elaboración de este Informe.

Objetivo No. 1 Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015

Población General

1.1. Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH

Este indicador se refiere al número de jóvenes de 15-24 años que tienen conocimiento comprensivo sobre el VIH. Conocimiento comprensivo significa que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, es decir que:

- Saben que se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH mediante el uso del condón durante las relaciones sexuales y teniendo una sola pareja fiel
- Saben que una persona que parezca saludable puede tener el virus del SIDA, y
- Rechazan las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del SIDA.

Para el reporte de este indicador, se toma de referencia el número de jóvenes que respondió que sí a cinco (5) preguntas básicas. El instrumento de medición de este indicador es la ENDESA⁷. En tal sentido, no es posible medir progresos, ya que el dato disponible sigue siendo el reportado en el Informe 2010 que utiliza como fuente la última ENDESA que fue realizada en 2007. Actualmente, el país está inmerso en el proceso de organización de la ENDESA 2012. Según la ENDESA 2007, para cada una de las preguntas, se tiene lo siguiente:

Preguntas	Respuestas correctas de:	
	Mujeres	Hombres
1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada <u>y que no tiene otras parejas?</u>	86.7%	87.7%
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?	84.5%	89.3%
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?	92.9%	90.6%
4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?	61.50%	52.9%
5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?	79.40%	69.2%

Fuente: Informe de País UNGASS 2010

⁶ El Plan tiene cuatro ejes estratégicos: Políticas Públicas, Movilización Social, Promoción y Prevención, y Atención Integral

⁷ Encuesta Demográfica y de Salud –ENDESA-

En tal sentido, los datos que componen este indicador, son los siguientes:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de entrevistados de 15 a 24 años de edad que respondió correctamente a las cinco preguntas.	Conocimiento Comprensivo= 7381 (4,116 mujeres y 3,265 hombres) Mujeres: Pareja fiel= 8747 (15-19= 4804 y 20-24=3941), usando condón=8525 (15-19= 4732 y 20-24=3797), aspecto saludable= 9373 (15-19=5117 y 20-24=4252), picadura mosquito=6205 (15-19= 3398 y 20-24=2805) y por compartir alimentos=8011 (15-19= 4386 y 20-24=3630) Hombres: Pareja fiel= 8497 (15-19= 4873 y 20-24=3627), usando condón= 8652 (15-19= 4996 y 20-24=3655) , aspecto saludable= 8778 (15-19=4996 y 20-24=3782), picadura mosquito= 5125 (15-19= 2998 y 20-24=2131) y por compartir alimentos=6705 (15-19= 3879 y 20-24=2824)
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Denominador Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.	Conocimiento comprensivo=19,778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Mujeres 15-19= 5,580, y 20-24= 4,509 Hombres 15-19= 5,614 y 20-24= 4,075 Denominadores válidos para todas las preguntas
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Porcentaje	Conocimiento Comprensivo=Total 37,32%: Mujeres: 40.8% (15-19=39,3% y 20-24=42,6%) y Hombres: 33.7% (15-19=32,6% y 20-24= 35,2%) Pareja fiel= Mujeres 86,7% (15-19=86,1% y 20-24=87,4%) y hombres 87.7% (15-19=86,8% y 20-24=89%) Usando condón= Mujeres 84.5 % (15-19= 84,8% y 20-24=84,2%) y hombres 89.3 % (15-19=89% y 20-24=89,7%) Aspecto saludable= Mujeres 92.9 % (15-19=91,7% y 20-24=94,3%) y hombres 90.6 % (15-19=89% y 20-24=92,8%) Picadura mosquito= Mujeres 61.5 % (15-19=60,9% y 20-24=62,2%) y hombres 52.9 % (15-19=53,4% y 20-24=52,3%) Compartir alimentos= Mujeres 79.40% (15-19=78,6% y 20-24=80,5%) y hombres 69.2% (15-19=69,1% y 20-24=69,3%)

Al observar los datos relativos al numerador, se puede apreciar que el porcentaje de hombres que respondió correctamente a las dos primeras preguntas vinculadas a uso de condón y pareja fiel, es mayor al porcentaje de mujeres. Sin embargo, un mayor número de mujeres entiende que una persona de aspecto saludable puede tener el VIH y rechaza las dos ideas erróneas más frecuentes: contagio por picadura de mosquito y por compartir alimentos con persona infectada. En términos generales, se visualiza un mayor conocimiento comprensivo sobre el VIH en mujeres (40.8%) que en hombres (33.7%).

1.2. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

Este indicador reporta el número de personas de 15-24 años que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Tomando en cuenta que el instrumento de medición de este indicador es la ENDESA, no es posible medir progresos en este indicador, ya que el dato de país sigue siendo el reportado en el Informe 2010 debido a que la última ENDESA se realizó en 2007. El país está inmerso en el proceso de organización de la ENDESA 2012.

Los datos presentados por la ENDESA 2007, revelan que entre las mujeres jóvenes, la educación y el mayor nivel de riqueza retrasan significativamente la edad de la primera relación sexual. Mientras el 42% de las jóvenes sin educación o con apenas educación preescolar había tenido relaciones sexuales antes de los 15 años y 78 por ciento antes de los 18, entre las que cursaron algún año de educación superior el porcentaje que había vivido su primera experiencia sexual antes de alcanzar los 15 años de edad era de apenas un 2 por ciento y antes de los 18 años era de un 22%.

En detalle, los datos disponibles para este indicador son los siguientes:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.	3,790 (mujeres 1513 y hombres 2277) Mujeres 15-19=781 y 20-24=732 Hombres 15-19=1183 y 20-24=1094
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Denominador Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.	19778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Mujeres 15-19=5580 y 20-24=4509 Hombres 15-19=5614 y 20-24=4075
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Porcentaje	Mujeres 15% y hombres 23.5%= 19.25% Mujeres 15-19=14% y 20-24=16,23% Hombres 15-19=21,07% y 20-24=26,85%

En general, el porcentaje de personas de 15-24 años que reportan haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad es de 19.25%. En el caso específico de las mujeres, un 15%, y en los hombres, un 23.5%. Esto evidencia que los hombres inician sus relaciones sexuales más temprano que las mujeres.

1.3. Relaciones sexuales con múltiples parejas

Este indicador se refiere al porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. Al igual que todos los que tienen como método de medición la ENDESA, no tiene datos nuevos para reportar, de manera que los datos relativos al numerador y al denominador, y por tanto al porcentaje, son los mismos que fueron reportados en el Informe UNGASS 2010, ya que la ENDESA se realiza cada cinco (5) años. Se están desarrollando las acciones preparatorias para la realización de la ENDESA 2012. Los datos que fueron reportados en 2010 y que se mantienen como vigentes para este informe, son:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.	6793 (Mujeres 806 y hombres 5,987) Mujeres 15-19=455, 20-24=253, 25-49=350 Hombres 15-19=761, 20-24=1465, 25-49=3761
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Denominador Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad.	39904 (mujeres 20,145 y hombres 19,759) Mujeres 15-19=5480, 20-24=3463, 25-49=14665 Hombres 15-19=2272, 20-24=3440, 25-49=14047
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Porcentaje	17.02% (Mujeres 4.0% y Hombres 30.3%) Mujeres 15-19=8,30%, 20-24=7,31%, 25-49=2,39% Hombres 15-19=33,49%, 20-24=42,59%, 25-49=26,77%

Es importante puntualizar que según la ENDESA 2007, el 3% de las mujeres y el 24% de los hombres declararon haber tenido dos o más parejas sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta; aproximadamente 16 por ciento de las mujeres y 45% de los hombres declararon haber tenido una pareja sexual distinta al esposo/a o conviviente en los 12 meses que precedieron a la encuesta y el 4% de los hombres de 15-49 años pagó para tener sexo durante el mismo período de referencia.

Los mayores porcentajes de mujeres y hombres que tuvo dos parejas o más se identificaron entre los 20-24 años de edad (6 y 36 por ciento, respectivamente); y mujeres y hombres que están divorciados, separados o viudos. En el caso de los hombres, el porcentaje que tuvo dos o más parejas guarda una relación directamente proporcional con la educación y el quintil de riqueza. El porcentaje se incrementa desde un 14% de los que no tienen educación hasta un 30% de los que tienen educación superior. De igual manera, el 20 por ciento de los que pertenecen al quintil de riqueza inferior declaró haber tenido múltiples parejas, aumentando a 28% en el quintil superior.

Conforme a los datos reportados, el 4.0% de las mujeres y el 30.3% de los hombres declararon haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. Esto revela diferencias significativas en el comportamiento sexual de ambos sexos. En términos generales, un total de 17.02% de personas entre 15 y 49 años declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

1.4. Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual

Este indicador reporta el porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual, el número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

Para este indicador, se reportan los mismos datos del Informe UNGASS 2010, pues la fuente es la ENDESA y el país no ha realizado este tipo de encuesta desde 2007. Se espera realizar la ENDESA este año 2012. Los datos reportados en 2010 y ratificados en este Informe 2012, son los siguientes:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y haber usado un preservativo durante la última relación sexual.	2977 (Mujeres 281 y hombres 2,696) Mujeres 15-19=76, 20-24=79, 25-49=126 Hombres 15-19=545, 20-24=831, 25-49=1591
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Denominador Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.	6795 (mujeres 804 y hombres 5,991) Mujeres 15-19=204, 20-24=252, 25-49=348 Hombres 15-19=761, 20-24=1465, 25-49=3765
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Porcentaje	43.81% (45% hombres y 34.9% mujeres) Mujeres 15-19=37,25%, 20-24=31,35%, 25-49=36,21% Hombres 15-19=71,62%, 20-24=56,72%, 25-49=42,26%

Del total de personas que afirma haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, el porcentaje que declara haber usado el condón en la última relación sexual, es mayor en la población masculina que en la femenina, ya que el 35% de las mujeres y el 45% de los hombres que declararon haber tenido dos o más parejas, reportó que usó el condón en la última relación sexual.

Entre las mujeres y los hombres que tuvieron relaciones sexuales con una persona que no era esposo/a o conviviente, 40% de las mujeres y 69% de los hombres usaron un condón en la última relación sexual de ese tipo. Se observa una mayor tendencia a protegerse entre los hombres más educados y aquellos pertenecientes a los quintiles más altos de riqueza. En la población masculina, el uso del condón es mayor entre la población más joven.

En el caso de las mujeres, el mayor porcentaje de afirman haber usado el condón en la última relación sexual y que reportaron dos o más parejas, son las que tienen entre 25 a 29 años de edad (41%) y las nunca casadas o unidas (50%). Para las mujeres, la relación entre el uso del condón y la educación o el quintil de riqueza no aparece tan claro como en el caso de los hombres.

No obstante, el porcentaje del uso del condón entre las mujeres que reportaron dos o más parejas fue más alto entre las que tienen educación del nivel de primaria respecto al resto. La práctica del uso del condón durante última relación sexual con una pareja que no era un esposo o conviviente es mayor entre las mujeres casadas y unidas (51%), las entrevistadas en la zona urbana (41%) y en la provincia de La Altagracia (50%).

1.5. Las pruebas del VIH en la población general

Los datos que se reportan en este indicador, se refieren al porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. Para este indicador, se mantienen los datos reportados en 2010, ya que la fuente es la ENDESA y la última encuesta de este tipo fue la realizada en 2007. Este año 2012, se espera realizar una ENDESA.

Los datos de línea de base y reporte son:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	10167 (Hombres:4,593 y Mujeres: 5,574) Hombres 15-19=281, 20-24=705, 25-29=3607 Mujeres 15-19=658, 20-24=1163, 25-49=3763
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Denominador Número total de los entrevistados de 15 a 49 años de edad.	51,893 (hombres 24,698 y mujeres 27,195) Hombres 15-19=5614, 20-24=4075, 25-49=15009 Mujeres 15-19=5580, 20-24=10089, 25-49=17106
Fuente	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
Porcentaje	19.59% (18.60% hombres y 20.50% mujeres) Hombres 15-19=5,0%, 20-24=17%, 25-49=24% Mujeres 15-19=11,79%, 20-24=11,53%, 25-49=22,00%

Un total de 19.59% personas de 15-49 años, declara haberse sometido a la prueba en los últimos doce meses y conocer los resultados. Este dato se refiere a la última prueba tomada en los últimos 12 meses. Un 20.50% de las mujeres conoce los resultados de la última prueba realizada en los últimos 12 meses, mientras que sólo el 18.60% de los hombres.

1.6. La prevalencia del VIH entre los jóvenes

En este indicador se reporta el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con el VIH, con relación a los que se sometieron a la prueba. El instrumento de medición de este indicador es la ENDESA⁸. En tal sentido, no es posible medir progresos, ya que el dato disponible sigue siendo el reportado en el Informe 2010 que utiliza como fuente la última ENDESA que fue realizada en 2007. Actualmente, el país está inmerso en el proceso de organización de la ENDESA 2012.

⁸ Encuesta Demográfica y de Salud –ENDESA-

Los datos de este indicador son los siguientes:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal, cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.	60 (21 hombres (5 de 15-19 y 16 de 20-24) (39 mujeres (10 de 15-19 y 29 de 20-24)
Fuente	ENDESA 2007
Denominador Número de personas (de 15 a 24 años) que acude a centros de asistencia prenatal, que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.	18,578 (9,357 hombres --5,452 de 15-19 y 3,905 de 20-24) (9,221 mujeres --5,085 de 15-19 y 4,136 de 20-24)
Fuente	ENDESA 2007
Porcentaje	Total=0.27%, Mujeres=0.42%, Hombres=0.22%

ENDESA revela una prevalencia de 0.8%, tanto para hombres como para mujeres. Para la población joven, que se sitúa entre 15 y 24 años, se reporta una prevalencia de 0.27%. Al observar la prevalencia por sexo, se tiene un 0.4% de las mujeres y 0.2% para los hombres. Para ambos sexos, la prevalencia aumenta con la edad.

Según esta encuesta demográfica y de salud, es difícil de sacar conclusiones definitivas, dado que los porcentajes son muy bajos, pero parecería que la prevalencia aumenta más rápidamente entre las mujeres que entre los hombres. Entre las mujeres de 23-24 años, la prevalencia de VIH alcanza 1.0 por ciento, en comparación con 0.4% entre los hombres de la misma edad.

La prevalencia de VIH es menor entre solteros/as comparada con la de aquellos/as alguna vez casados(as)/unidos(as). En contraste con los resultados para mujeres de 15-49 años, parece que las mujeres embarazadas de 15-24 años tienen una mayor prevalencia de VIH que las no embarazadas, 0.9% comparado con 0.4 %.

Profesionales del Sexo

1.7. Los profesionales del sexo: programas de prevención

Este indicador habla del porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención. Los datos que se presentan en este Informe fueron reportados en el Informe UNGASS 2010, tomando como fuente la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, realizada en las poblaciones de GTH/TRSX/UD, en el año 2008.

En vista de que el país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima, los datos vigentes para este Informe 2012 siguen siendo los mismos que fueron reportados en 2010.

Dichos datos ponen de manifiesto que un total de 44.3% de las 1,256 TRSX encuestadas, sabe dónde dirigirse si desea someterse a la prueba de VIH y, adicionalmente, afirma haber recibido preservativos en los últimos doce meses. En el momento en que se realice otra encuesta de este tipo y con esta población, se podrá medir progresos en este indicador. Los datos no están disponibles con la desagregación de edad requerida.

Los datos válidos para este reporte, son:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a las dos preguntas	TRSX= 556
Fuente	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Denominador Número total de profesionales del sexo entrevistados	TRSX= 1,256
Fuente	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Porcentaje	TRSX= 44.3%

1.8. Los profesionales del sexo: uso del preservativo

Los datos que se reportan se refieren al porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente, del total de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.

Para el reporte de este indicador, se utilizó como fuente la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, realizada en las poblaciones de GTH/TRSX/UD, en el año 2008. Estos datos son los mismos reportados en el Informe UNGASS 2010, ya que el país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima. No se cuenta con los datos conforme a la desagregación requerida para el reporte de este indicador.

Los datos correspondientes a este indicador permiten visualizar que un alto porcentaje de TRSX expresa haber usado condón con su último cliente, lo cual pudiera sugerir alta eficiencia de los programas de prevención desarrollados con esta audiencia.

El reporte para el Informe 2012, es el siguiente:

Línea de Base y Reporte 2012		
Numerador Número de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente	1104	Fuente: Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Denominador Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses.	1367	
Porcentaje	80.8%	

1.9. Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo

Según la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, realizada en las poblaciones de GTH/TRSX/UD, realizada en 2008, el 66.98% de las TRSX encuestadas afirma que se ha sometido a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y que conoce los resultados. Los datos relativos a este indicador fueron reportados en el Informe UNGASS 2010, tomando como fuente la referida encuesta.

En vista de que el país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima, los datos vigentes para este Informe 2012 siguen siendo los mismos que fueron reportados en 2010.

Los datos que componen este indicador son:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de profesionales del sexo que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	913
Fuente	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008
Denominador Número de profesionales del sexo incluidos en la muestra.	1,367
Fuente	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008
Porcentaje	66.98%

1.10. La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

Para el reporte de este indicador, se utilizó como fuente la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, realizada en las poblaciones de GTH/TRSX/UD, en el año 2008. Estos datos son los mismos reportados en el Informe UNGASS 2010, ya que el país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima. No se cuenta con los datos conforme a la desagregación requerida para el reporte de este indicador.

Los datos reportados en 2010 y que se mantienen como válidos para 2012, son los siguientes:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo	62
Fuente	1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008
Denominador Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH.	1300
Fuente	1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008
Porcentaje	4.8%

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

1.11. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención

Actualmente, el país no cuenta con información disponible relacionada con este indicador. El porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH, se ha calcula en base a las respuestas a dos (2) preguntas clave:

- ¿Sabe dónde acudir si desea someterse a la prueba del VIH?
- ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses?

En 2008, se realizó la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en poblaciones vulnerables (GTH, UD y TRSX), sin embargo, el estudio no contempla las variables que se plantean como parte del método de medición para construir el numerador. De todas formas, es importante puntualizar que en el marco de un ejercicio de triangulación realizado en 2011⁹, se plantea que según las evidencias consultadas en el país ha habido una disminución general en la inversión en la prevención en VIH. Este estudio realizó un análisis de la evolución de la situación de epidemia en GTH, UD y TRSX desde 2008, a partir de fuentes de información disponibles.

Con relación a la población GTH, el referido documento expresa que aunque se dio inicio a nuevos trabajos y se integraron nuevos actores en prevención, y se aumentó el número absoluto de intervenciones de 2010 a 2011, ha disminuido la cobertura de intervenciones preventivas en GTH y otras poblaciones, y plantea como una preocupación el hecho de que esto se traduciría en posibles problemas al futuro.

El Informe de triangulación de 2011, afirma que no obstante que hubo un aumento en número de intervenciones IEC en GTH de 2010-2011, como parte del plan de trabajo de la organización de la sociedad civil Amigos Siempre Amigos, existe la percepción de que las intervenciones en GTH son insuficientes para lograr los cambios de comportamiento esperados.

El documento cita que de 2009-2010, la Academia para el Desarrollo Educativo (AED)¹⁰ y el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert –IDCP-¹¹ y AED, utilizaron como mecanismos de financiación la adjudicación de fondos de respuesta rápida (de apoyos puntuales), en lugar de proyectos de “apoyo profundo”. Es por ello que tanto IDCP como AED han manifestado dudas sobre la efectividad y suficiencia de sus respectivas actividades para el cambio de comportamiento.

1.12. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo

El uso del condón en HSH se ha calculado tomando como referencia el porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina, con relación al número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses.

Para el reporte de este indicador, se mantienen los mismos datos incluidos en el Informe UNGASS 2010, que utilizan como fuente la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento, con Vinculación Serológica, en GTH/TRSX/UD, año 2008, tanto para la línea de base como para el reporte 2012. Desglose por edad no disponible. El país no ha definido fecha para la repetición de esta encuesta. No es posible medir progresos en este indicador

⁹ Triangulación de Tendencias Recientes en Prevalencia de VIH, Conductas de Riesgo y Conocimiento en Poblaciones Clave. 2011

¹⁰ ONG internacional que implementa proyecto de VIH en el país con fondos de USAID

¹¹ Entidad que funge como beneficiario principal de los recursos del Fondo Mundial para la implementación de programas VIH a través de organizaciones de la sociedad civil

En tal sentido, los datos son los siguientes:

Línea de Base y Reporte 2012		
Numerador Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.	913	Base de datos de la 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008, se realizó con una muestra de 1300 TRSX, 1400 GTH y 1200 UD, en cuatro (4) provincias del país: Santo Domingo, Santiago, La Altagracia y Barahona.
Denominador Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses.	1388 GTH	
Porcentaje	65,78%	

1.13. Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Para el reporte de este indicador, se utilizó como fuente la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, realizada en las poblaciones de GTH/TRSX/UD, en el año 2008. Estos datos son los mismos reportados en el Informe UNGASS 2010, ya que el país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima. No se cuenta con los datos conforme a la desagregación requerida para el reporte de este indicador. No es posible medir progresos en este indicador. Los datos reportados en este Informe 2012, son:

Línea de Base y Reporte 2012		
Numerador Número de HSH que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos doce meses y que conoce los resultados.	515	Fuente: Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, en GTH/TRSX/UD, año 2008
Denominador Número de HSH incluidos en la muestra.	1,565	
Porcentaje	32.90%	

1.14. La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Este indicador reporta el porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH, a partir del número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH del total que se sometió a la prueba. El reporte realizado en 2010, utilizó como fuente el Estudio Delta¹² realizado por USAID/Conecta¹³ en 2004.

¹² Estudio Delta: Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en RD, 2004.

¹³ Proyecto ejecutado por Family Health International en el País con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Período 2002-2008

El uso de dicha fuente en el pasado Informe, se debió a que al interior del Comité de Seguimiento de los Compromisos de UNGASS se generó una discusión en torno a la metodología utilizada para la selección de la muestra de los GTH en la Primera Encuesta de Vigilancia¹⁴, por lo que los representantes de esta población solicitaron utilizar los datos del estudio Delta, que aunque no incluye a todos los GTH (sólo HSH), ellos entendían que la selección de la muestra se había realizado en base a unos criterios más coherentes con la conceptualización que estos grupos han construidos respecto a su propia definición. Esta solicitud fue acogida por el comité.

Para el reporte de este año 2012, los líderes de los GTH estuvieron de acuerdo en utilizar como fuente Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, realizada en las poblaciones de GTH/TRSX/UD, en el año 2008, debido a la antigüedad del Proyecto Delta y el respectivo estudio. En tal sentido, se tiene como línea de base los datos reportados en 2010 a partir del estudio Delta, y como reporte los datos de la Primera Encuesta de Vigilancia. Los datos correspondientes a la línea de base y al reporte 2012, son:

	Línea de Base	Reporte 2012
Numerador Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH	64	85
Fuente	Estudio realizado por el Proyecto USAID/Conecta ejecutado por Family Health International en República Dominicana	1era. Encuesta Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX, UD), 2008
Denominador Número de HSH que se sometió a la prueba del VIH	597	1400
Fuente	Estudio realizado por el Proyecto USAID/Conecta ejecutado por Family Health International en República Dominicana.	1era. Encuesta Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX, UD), 2008
Porcentaje	11%	6.1%

Estos datos sugieren una reducción significativa en la prevalencia de VIH en esta población, ya que para 2004, según el estudio Delta el porcentaje de HSH con VIH era de 11%, y para 2008 la Primera Encuesta de Vigilancia del Comportamiento reporta 6.1% como prevalencia para este grupo. Sin embargo, tomando en consideración las posibles diferencias que pudieran existir en la metodología utilizada para la selección de la muestra, se recomienda esperar la repetición de la encuesta de vigilancia, para poder hacer afirmaciones más concluyentes sobre este indicador.

Objetivo 2:
Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015

- 2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención
- 2.1. Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención
- 2.2. Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo
- 2.3. Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras
- 2.4. Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables
- 2.5. Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

¹⁴ Primera Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX, UD), 2008

Para estos indicadores, que se refieren a la población de usuarios de drogas inyectables, en el país no existen encuestas comportamentales que puedan utilizarse como base para la construcción de los numeradores y denominadores que forman parte de estos indicadores. En tal sentido, no hay datos disponibles relativos a estos cinco (5) indicadores.

Lo más cercano que se tiene es la 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (Gay, Trans y otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres –GTH-, Trabajadoras Sexuales –TRSX- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008. Esta encuesta se realizó con una muestra de 1200 Usuarios de Drogas, en cuatro (4) provincias del país: Santo Domingo, Santiago, La Altagracia y Barahona. Del total de 1200 UD, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UDI, de manera que esta muestra no es representativa.

Por otro lado, cabe destacar que en el Informe de triangulación¹⁵ se afirma que el aumento en positividad del tamizaje realizado en centros de rehabilitación Hogares Crea Dominicano, por su amplia cobertura geográfica del país, sugiere un aumento de la prevalencia en el segmento de la población que ingresa a tratamiento por problemas de drogadicción. Mientras que el tamizaje por Fundación Mesón de Dios es de menor cobertura geográfica.

El Informe expresa que aunque existen otras 54 evidencias que favorecen la posibilidad de una reducción en la prevalencia, se consideran de menor peso frente el dato de Hogares Crea, dada su cobertura. Se considera que lo más probable es que haya aumentado la prevalencia al menos en este segmento de la población de usuarios de drogas.

Objetivo 3:

Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida

3.1. Prevención de la transmisión maternoinfantil

Este indicador se refiere al porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil. Para el cálculo se relaciona el número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil, respecto al número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.

Para completar los datos correspondientes al numerador, se tiene como requerimiento desglosar los datos en las cuatro opciones generales que pueden recibir las embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión maternoinfantil.

Estas opciones son:

- a) Terapia antirretroviral para embarazadas seropositivas que reúnen los criterios necesarios para recibir el tratamiento
- b) Profilaxis antirretroviral triple para la madre;
- c) AZT para la madre;
- a) Monodosis de Nevirapina únicamente (no recomendada, pero debería registrarse hasta que se elimine);

¹⁵ Triangulación de Tendencias Recientes en Prevalencia de VIH, Conductas de Riesgo y Conocimiento en Poblaciones Clave. 2011

Los datos reportados en el Informe 2010, fueron los siguientes:

AÑO	Embarazadas con VIH estimadas	Total embarazadas intervenidas con ARV		Número de embarazadas intervenidas por tipo de esquema utilizado			
		Número	Porcentaje	NVP NO.	NVP (%)	AZT/3TC + NVP ó AZT/3TC + LOP-RIT NO.	AZT/3TC + NVP ó AZT/3TC + LOP-RIT (%)
2006	1798	669	37,21%	657	98%	12	2%
2007	1649	850	51,55%	815	96%	35	4%
2008	2030	1036	51,03%	724	70%	312	30%
2009	2020	949	46,98%	441	46%	508	54%

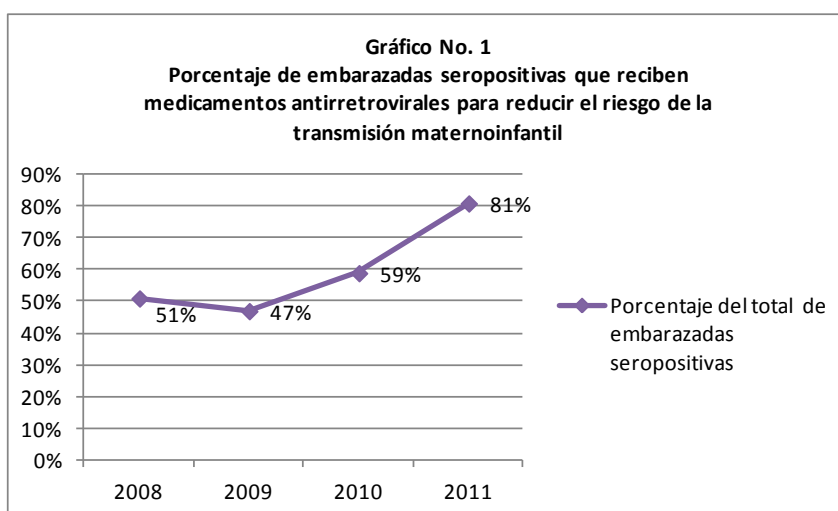
Fuente: Base de datos DIGECITSS 2010

Los datos correspondientes al 2012, sobre el período 2010-2011, son:

Línea de Base		Reporte 2012
Numerador Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil.	2008: 1036 2009: 949	2010=965 2011=1,231
Fuente	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010.	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV (Red privada, ONGs) / Informe Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud -DDFSRS-, sobre la productividad de los SRS, (República) Febrero 2012
Denominador Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.	2008: 2,030 2009: 2,020	2010=1,640 2011=1,520
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011
Porcentaje	2008: 51% 2009: 47%	2010= 59% 2011= 81%

Para 2010, se reporta un total de 965 embarazadas seropositivas en TAR, desagregado de la siguiente manera: TAR embarazadas criterios necesarios=768, y NVP=197. Para 2011, las 1520 se desglosan como sigue: TAR embarazadas criterios necesarios=1074, NVP=157). Los datos relativos a las dos categorías restantes (Profilaxis Triple para madre y AZT madre), no estuvieron disponibles al momento de elaborar este Informe.

Como presenta la siguiente gráfica, los datos porcentuales sugieren un aumento en la cobertura del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical, de 47% en 2009, 59% en 2010 y 81% en 2011, y una reducción en el número estimado de embarazadas seropositivas. De igual forma, al valorar el comportamiento de este indicador en números absolutos, se visualiza un mayor número de embarazadas seropositivas en TAR, de manera que pudiera afirmarse que la evolución positiva del indicador no se deba exclusivamente a la reducción del número estimado de embarazadas seropositivas que se toma como denominador para el cálculo de los porcentajes, sino a un aumento en la cobertura del Programa.



Fuente: DIGECITSS/DDFSRS/Estimaciones Nacionales

Sin embargo, es importante hacer referencia a las fuentes que fueron consultadas para la construcción de este indicador y que aportaron los datos para su reporte. Los datos correspondientes al período 2008-2009 incluyen las cuatro (4) categorías requeridas para el desglose del numerador, y se utiliza como fuente la base de datos del PNRTV. Los datos incluidos en el numerador, para el período 2010-2011, sólo incluyen dos de las cuatro categorías, y fueron reportados de manera conjunta por la DIGECITSS (datos red privada) y la DDFSRS¹⁶ (datos red pública), a partir de la revisión de los reportes del PNRTV y los Informes de productividad de los Servicios Regionales de Salud, respectivamente.

El aumento que evidencia este indicador se debe a que los SRS han aumentado su capacidad de reporte, como resultado del apoyo financiero y técnico recibido en el marco del proceso de fortalecimiento de las redes públicas, de cara a la implementación de la separación de funciones y la descentralización de la función de provisión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conforme a lo establecido en las leyes y reglamentos que rigen el proceso de reforma del Sector Salud. Como parte de este proceso, los SRS tienen metas específicas pactadas con el MSP en los convenios de gestión suscritos por ambas partes.

3.2. Diagnóstico infantil precoz

Este indicador mide los progresos realizados con relación al grado en que a los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH se les hacen pruebas del VIH durante sus dos primeros meses de vida para determinar su estado virológico y su elegibilidad para recibir tratamiento antirretroviral. Este indicador es nuevo como parte de los requerimientos de este Informe. Sin embargo, el país reportó este indicador en el 2010, dada su relevancia y por considerarlo prioritario para la caracterización de la Respuesta Nacional. En 2010, el dato que estuvo disponible fue el relativo al número de pruebas PCR realizadas y no a niños que se habían hecho la prueba. De todas formas, se reportó de esa manera, con la intención de empujar el inicio de un proceso de mejora de la documentación y posterior medición de estas variables.

El proceso de recolección de los datos que componen este indicador está en proceso de mejora, ya que anteriormente lo que se documentaba era lo relativo al número de pruebas y no al número de niños. Para la elaboración de este Informe, se ha hecho un esfuerzo por transparentar los datos disponibles en el Laboratorio Nacional Dr. Defilló, que es el laboratorio de referencia para el procesamiento de las pruebas, mediante un proceso de revisión y validación que fue ensayado para el reporte de este indicador. Actualmente, hay una iniciativa dirigida a mejorar el sistema de información del Laboratorio, mediante la codificación de los niños, a fin de poder contar con información oportuna y acorde a las necesidades del país.

¹⁶ Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud –DDFSRS-

La construcción de este indicador se realiza mediante el desglose de los datos según el resultado de la prueba, de manera que se reporta el número de lactantes que recibió una prueba del VIH en los dos primeros meses de vida, durante el periodo de notificación, con relación al número de embarazadas seropositivas que han dado a luz en los últimos doce meses. Los bebés a los que se les haya hecho la prueba en más de una ocasión, se cuentan sólo una vez. Los datos disponibles son los siguientes:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número de lactantes que recibió una prueba del VIH en los dos primeros meses de vida, durante el periodo de notificación.	2010= 830 2011= 522
Fuente	Base de datos de Laboratorio Nacional Dr. Defilló, procesada en la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -DIGECITSS-
Denominador Número de embarazadas seropositivas que han dado a luz en los últimos doce meses.	2010= 986 2011= 889
Fuente	Reportes Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -DIGECITSS-
Porcentaje	2010= 84% 2011= 59%

Estos datos revelan una disminución, de 2010 al 2011, del porcentaje de niños que se realizó la prueba en los dos primeros meses de vida. Según las fuentes consultadas en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, esto se debió a retrasos en el suministro de los insumos (papel filtro y reactivos), ya que como resultado de dicha situación se realizó un menor número de pruebas en 2011.

3.3. Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

Este indicador mide los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH. Se construye relacionando el número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en los últimos doce meses, con el número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses. Lo que se espera con este indicador es evaluar el impacto que tienen las intervenciones relacionadas con la prevención de la transmisión maternoinfantil en la reducción de nuevas infecciones pediátricas por el VIH a través de la transmisión maternoinfantil.

Para los Informes anteriores, ONUSIDA realizaba los cálculos de este indicador a partir de los insumos aportados por los países. Es la primera vez que se solicita que los países reporten dicho indicador con todos los elementos constitutivos. Para el cálculo de este indicador se utilizó como fuente el Informe de las estimaciones 2011, tomando como datos de referencia el número de nuevas infecciones de VIH en la población de 0-14 años y el número de mujeres que necesitan Programa de Reducción de la Transmisión Vertical o de madre-hijo.

Se ha seleccionado esta modalidad para la construcción de este indicador debido a que “no se dispone de suficiente información sobre otros modos de transmisión infantil para poder incluir tales infecciones en el modelo. Además, se considera que otros modos de transmisión sólo representan una pequeña fracción de las infecciones generales en los niños. No se emplea la variable obtenida de Spectrum titulada “Nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año” porque algunas de las infecciones causadas por la lactancia tendrán lugar después del primer año de vida”¹⁷.

¹⁷ Método de medición Indicador 3.3 del documento DIRECTRICES: Desarrollo de indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011

Los datos a ser reportados son:

Línea de Base y Reporte 2012	
Numerador Número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en últimos doce meses.	2010= 195 2011= 133
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011
Denominador Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.	2010= 1,390 2011= 1,290
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011
Porcentaje	2010=14 % 2011= 10%

El Informe de las estimaciones sugiere una reducción en el número de nuevas infecciones por VIH en la población de 0-14 años, de 195 para 2010 a 133 en 2011. Adicionalmente, se evidencia una reducción en el número estimado de mujeres en necesidad de PNRTV. En términos porcentuales, se evidencia una reducción de 14% a 10%, de nuevos casos de niños infectados por VIH debido a transmisión vertical.

Esto pudiera significar que el país ha logrado mayor efectividad en las intervenciones dirigidas a reducir la transmisión de madre-hijo y por tanto la aparición nuevas infecciones pediátricas. De todas formas, se recomienda hacer un estudio específico con datos del programa nacional para poder sustentar esta afirmación.

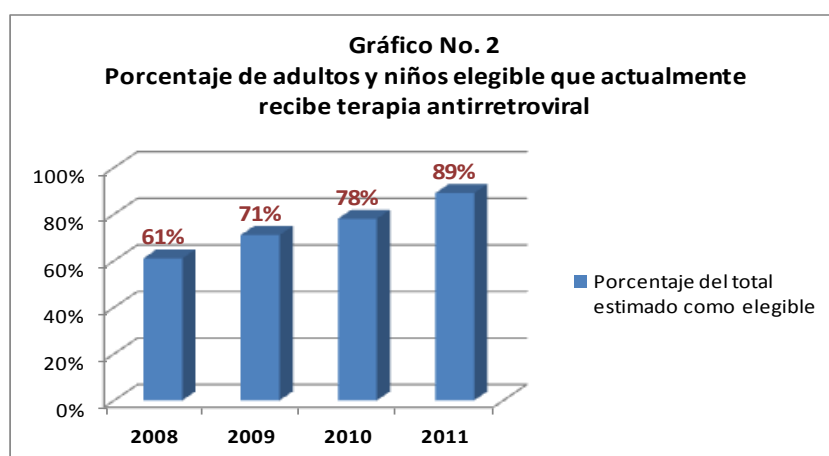
Objetivo 4:
Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015

4.1. Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral

El objetivo de este indicador es medir el avance hacia el suministro de terapia antirretroviral de combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento. Para realizar esta medición se ha relacionado el número de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) al final del periodo de notificación, respecto al número estimado de niños y adultos elegibles.

En el informe 2010, se reportó que el total de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes, fue de 2605 para 2008 y 1376 para 2009. No fue posible obtener la información desglosada por rango de edad, de manera que los datos reportados incluyen el total para ambas poblaciones.

De este total, el número de personas que seguía con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento, era de 3,313, de los cuales 2170 corresponden al 2008 y 1143 al 2009. En tal sentido, el porcentaje fue de 83.22%, y por año 83.30% para 2008 y 83.07% para 2009. En general, desde 2008 al 2011, el comportamiento de este indicador, ha sido siguiente:



Fuente: DIGECITSS/DDFSRS/Estimaciones Nacionales

En detalle, por año y niños/adultos:

	Línea de Base	Reporte 2012
Numerador Número de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) al final del período de notificación.	2008: Total 11,072 (10,286 adultos y 786 niños) 2009: Total 13,785 (12,912 adultos y 873 niños)	2010: 17,082 (Niños= 950 y Adultos=16,132) 2011: 20,247 (Niños= 1010 y Adultos=19,237)
Fuente	Base de Datos DIGECITSS	Reportes Dirección General de Control de las ITS y SIDA - DIGECITSS-, Febrero 2012/ Informe Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud -DDFSRS-, sobre la productividad de los SRS.
Denominador Número estimado de niños y adultos elegibles.	2008: <15= 1920 (980 hombres y 940 mujeres) 15+= 16160 (6410 hombres y 9750 mujeres) Total: 18080 (7390 hombres y 10690 mujeres) 2009: <15= 1990 (1010 hombres y 980 mujeres) 15+= 17420 (6810 hombres y 10610 mujeres) Total: 19410 (7820 hombres y 11590 Mujeres)	2010: <15= 1,990 (1,010 hombres y 980 mujeres) 15+= 19,940 (8,533 hombres y 11,407 mujeres) Total: 21,930 (9,543 hombres y 12,387 mujeres) 2011: <15= 1,870 (950 hombres y 920 mujeres) 15+= 20,900 (8,860 hombres y 12,040 mujeres) Total: 22,770 (9,810 hombres y 12960 Mujeres)
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011
Porcentaje	2008= 61% (64% adultos y 41% niños) 2009= 71% (74% adultos y 44% niños)	2010= 78% (Niños 48% y Adultos 81%) 2011= 89% (Niños 54% y Adultos 92%)

Estos datos reflejan un aumento sostenido en el número de niños y adultos en TAR desde 2008 hasta 2011. Este incremento va desde 61% en 2008 hasta 89% en 2011, pasando por 71% en 2009 y 78% en 2010. No obstante a que se evidencia un aumento en el porcentaje de niños en terapia antirretroviral, la cobertura de TAR sigue siendo menor que en los adultos. Se reporta un aumento de niños en TAR de 41% en 2008 a 54% en 2011, mientras que en adultos, el aumento va de 64% en 2008 a 92% en 2011. Esto significa que ha habido un aumento sostenido en el número de personas en TAR, desde el 2008 al 2011, tanto para adultos como para niños.

De igual forma, en el caso de este indicador vale puntualizar las mismas observaciones que se han documentado en otros indicadores reportados por el programa nacional, ya que los datos incluidos en el numerador, para el período 2010-2011, fueron producidos de manera conjunta por la DIGECITSS (datos red privada) y la DDFSRS¹⁸ (datos red pública), a partir de la revisión de los reportes del PNRTV y los Informes de productividad de los Servicios Regionales de Salud, respectivamente.

De manera que la mejora en la capacidad de reporte de los SRS ha facilitado un aumento en la notificación, como resultado del apoyo técnico y financiero recibido para tales fines, y la documentación de compromisos específicos con metas definidas para sus intervenciones, en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el MSP y los SRS.

4.2. Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento

Con la medición de este indicador, se espera valorar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral. Esta medición se ha realizado a partir del número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento, y tomando como referencia el número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el período de 12 meses desde el inicio de la terapia. Se han incluido los que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.

Para el período 2008-2009, se reportaron datos provenientes del SIAI Plus, ya que este indicador es de Alerta Temprana. El sistema reporta que el porcentaje de adultos y niños seguía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciado el tratamiento, era de 3,313, de los cuales 2170 corresponden al 2008 y 1143 al 2009. El porcentaje relativo a este indicador es de 83.22%, y por año 83.30% para 2008 y 83.07% para 2009.

A continuación, los datos de 2010 que se toman como línea de base para el análisis de este indicador:

Línea de Base	
Numerador Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.	3313 (2008= 2170 y 2009= 1143)
Fuente	DIGECITSS
Denominador Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 12 meses desde el inicio de la terapia*, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.	3981 (2008= 2605 y 2009= 1376)
Fuente	DIGECITSS
Porcentaje	83,22% (2008= 83.30% y 2009=83.07%)

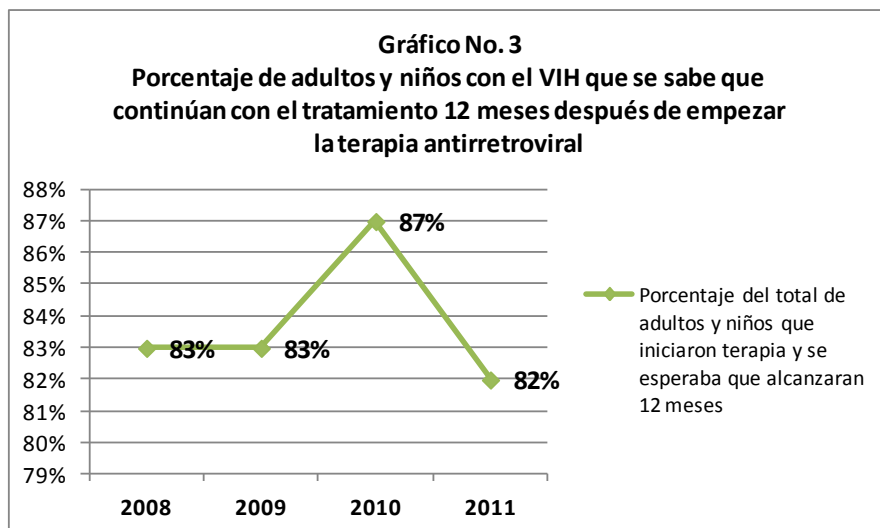
Y como reporte para este año 2012, se tiene:

¹⁸ Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud –DDFSRS-

Reporte 2012	
Numerador Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.	2010= 1,195 (Niños 37 y Adultos 1158) 2011= 1152 (22 Niños y 1130 Adultos)
Fuente	Reportes SIAI Plus DIGECITSS
Denominador Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 12 meses desde el inicio de la terapia*, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.	2010= 1,370 (Niños 59 y Adultos 1311) 2011= 1403 (30 Niños y Adultos 1373)
Fuente	Reportes SIAI Plus DIGECITSS
Porcentaje	2010=87% (Niños 63% y 88% Adultos) 2011= 82% (Niños 73% y 82% Adultos)

Conforme al reporte presentado, para 2010 un total de 1195 personas seguían en terapia a 12 meses de iniciar su tratamiento, y para 2011, 1152. Estos datos revelan una retención en terapia de 87% para 2010 y 82% para 2011. Al valorar el comportamiento del indicador por edad, se evidencia un mayor porcentaje de niños que se mantienen en terapia para 2011 en comparación con 2010 (73% vs. 63%), y una reducción en el porcentaje de adultos (2010= 88% vs. 2011= 82%).

En resumen, el comportamiento de este indicador se presenta de la siguiente manera:



Fuente: SIAI Plus DIGECITSS

En términos generales, la retención en terapia muestra un aumento de 2009 a 2010 y una reducción de 2010 a 2011. No fue posible establecer comparación entre 2008-2009 y 2010 y 2011 por edad, ya que la línea de base no tiene el desglose requerido. Es importante puntualizar que los datos correspondientes al año 2011 están en proceso de validación por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSP–, de manera que los datos que se presentan en este indicador para 2011 son preliminares. Se recomienda retomar la revisión de este indicador cuando se concluya el proceso de validación en campo, a fin de contar con datos finales para hacer las ponderaciones de lugar.

Objetivo 5:
Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015

5.1. Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

Este indicador se refiere al porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH. Su principal utilidad radica en que permite medir los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.

Para conocer tener un porcentaje estimado de personas VIH-TB y en tratamiento, se identifica el número de adultos y niños infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa, es decir, 2010 y 2011. Luego, se relacionan estos datos con el número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH.

Para el Informe 2010, sólo se reportó el año 2008, ya que el denominador se obtiene de la base de datos de la OMS y en ese momento el 2009 no presentaba información disponible. El numerador que aportó dicho Informe incluyó datos del período 28 de agosto 2008 a 01 junio 2009. En términos porcentuales, para 2008 un 42% de las personas VIH-TB estaban en tratamiento para TB y VIH.

De igual forma, la OMS sólo tiene las estimaciones del año 2010, ya que 2011 todavía no está disponible, no obstante a que el país sí tiene un reporte para 2011 de 430 personas seropositivas que tienen TB y que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH (Niños 19 y Adultos 411). El dato estimado para 2010, por la OMS para la República Dominicana, presenta un sub-registro importante, ya que el número casos de TB en personas que viven con el VIH en el país es mayor. De todas formas, para este indicador se reporta el denominador aportado por la OMS, en cumplimiento a los requerimientos de ONUSIDA para la elaboración de este Informe.

El reporte correspondiente a este Informe y que cubre el año 2010, es el siguiente:

Reporte 2012	
Numerador Número de adultos y niños infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.	2010= 811
Fuente	Informe Consolidado Nacional Programa Nacional de Control de la Tuberculosis -PNCT- del Ministerio de Salud Pública
Denominador Número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH	2010= 547
Fuente	http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html
Porcentaje	148%

Objetivo 6:

Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22,000-24,000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios

6.1. Gastos relacionados con el sida

Con la medición de este objetivo, se espera valorar el gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación, con el objetivo de analizar de manera detallada y consistente la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional, y las fuentes donde se originan esos fondos.

La metodología seguida implica la clasificación de los gastos reales de acuerdo con ocho categorías de gasto relativo al sida y por fuente de financiación, incluido el gasto público de fuentes propias (p. ej., rentas públicas como los impuestos) y de fuentes internacionales.

Estas categorías son:

1. Prevención;
2. Atención y tratamiento;
3. Huérfanos y niños vulnerables –HNV-;
4. Fortalecimiento de la gestión y administración del programa;
5. Incentivos para los recursos humanos;
6. Protección social y servicios sociales (excluidos aquellos para HNV);
7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad
8. Investigación (excluida investigación de operaciones que pertenecen a gestión del programa)

Hay múltiples sub-categorías en cada categoría de gasto relativo al sida. Los tres grupos principales de fuentes de financiación son:

- a. Fuentes públicas nacionales;
- b. Internacionales;
- c. Privadas nacionales

Para notificar sobre el indicador del gasto nacional e internacional relativo al sida se utiliza como herramienta/método principal la Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS), y como instrumentos alternativos: Cuentas Nacionales de Salud – Subcuentas del sida, y Encuesta del Flujo de Recursos.

En el caso particular de la República Dominicana, se realizó un estudio en base a la metodología MEGAS, en el año 2008. Los resultados de dicho estudio sirvieron de línea de base y reporte para el Informe 2010, que cubría el período 2008 y 2009. Para este año 2012, no se cuenta con información nueva sobre estas variables, ya que el País no ha realizado otro MEGAS. Actualmente, se están haciendo los preparativos logísticos y financieros para el desarrollo de una nueva medición del gasto en SIDA.

Objetivo 7:

Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

7.1. Políticas gubernamentales relacionadas con el VIH y el sida

Para la medición del avance en el desarrollo y aplicación de las políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/sida a nivel nacional, se utiliza el Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales, mejor conocido como ICPN.

Se trata de un cuestionario dividido en dos partes que tratan las siguientes áreas: Parte A (para que respondan los funcionarios gubernamentales) y la Parte B (para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, órganos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas).

La parte A cubre: I. Plan estratégico, II. Liderazgo y apoyo político, III. Derechos humanos, IV. Prevención, V. Tratamiento, atención y apoyo, VI. Vigilancia y Evaluación.

La parte B cubre: I. Participación de la sociedad civil, II. Liderazgo y apoyo político, III. Derechos humanos, IV. Prevención, V. Tratamiento, atención y apoyo.

Para este Informe, se invitó a 38 entidades (públicas y privadas) a participar en el llenado del ICPN, sin embargo, sólo se logró aplicar un total de 16 cuestionarios a igual número de organizaciones, incluyendo nueve (9) del Sector Gubernamental y siete (7) de la Sociedad Civil. Las instituciones consultadas fueron las siguientes:

Gobierno:

1. Consejo Nacional para el VIH y SIDA –CONAVIHSIDA-
2. Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA –DIGECITSS-
3. Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud –DDFSRS-
4. Ministerio de Educación –MINERD-
5. Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología –MESCyT-
6. Ministerio de la Mujer
7. Ministerio de Trabajo
8. Programa de Medicamentos Esenciales
9. Consejo Nacional para la Niñez

Sociedad Civil:

1. Coalición de Organizaciones No Gubernamentales en la Lucha contra el SIDA –Coalición ONG SIDA-
2. Red Dominicana de Personas que Viven con el VIH –REDOVIH+-
3. Instituto Nacional de la Salud –INSALUD-
4. Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert –IDCP-
5. Amigos Siempre Amigos
6. Centro de Promoción y Solidaridad Humana –CEPROSH-
7. Confederación Autónoma Sindical Clasista –CASC-

Los principales resultados de la aplicación del ICPN, son los siguientes:

Parte A: Gobierno

En general, los resultados de la aplicación del ICPN a las organizaciones gubernamentales evidencian una **muy buena valoración** de los esfuerzos realizados por el país como parte de la Respuesta Nacional al VIH. Sin embargo, también ponen de manifiesto la limitada información que este sector maneja sobre los temas y procesos clave de la lucha contra el SIDA en el país. El Gobierno mostró preocupación por la disminución de los fondos para las acciones de prevención.

Muchas organizaciones se inhibieron de responder algunas de las preguntas debido a que no tenían información sobre el particular, e incluso algunas no realizaron la puntuación solicitada con relación al desempeño de la Respuesta Nacional en cada uno de los componentes. A continuación, se presenta un resumen de los principales hallazgos para cada uno de los temas sometidos a valoración:

En general, los actores consultados califican como **muy buenos** los esfuerzos de planificación estratégica de los programas del país relacionados con el VIH, ya que en base a una escala del 0-10¹⁹, todos los que respondieron (6 de 9), votaron entre 6 y 9, siendo 7 el valor seleccionado por el 50% de los votantes.

Todas las organizaciones consultadas reconocen que el país ha desarrollado una estrategia multisectorial para responder al VIH, y el 44% sostiene que el primer plan estratégico fue 2000-2003, y que bajo los lineamientos de este documento se siguió trabajando hasta 2006, y luego se elaboró el PEN 2007-2015, como resultado de un proceso participativo, abierto y multisectorial. Dentro de las principales modificaciones y mejoras que las entidades identifican como realizadas al PEN, figuran las siguientes:

En la conceptualización:

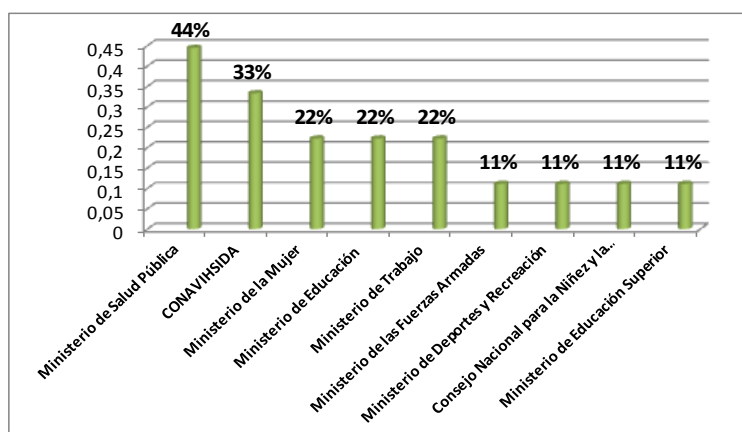
- El abordaje de la situación de las ITS, el VIH y el SIDA desde una perspectiva económica, social y cultura
- La trascendencia del sector salud, ampliando el abordaje hacia otros sectores del país
- Articulación de la respuesta nacional con el Sistema de Seguridad Social
- Enfoque en bases poblacionales, según criterios de vulnerabilidad
- Toma en cuenta el interés en la participación de la persona y comunidad
- Considera en forma plena el concepto de Acceso Universal a la Atención Integral en materia de VIH/SIDA
- Cambio de metodología, con un enfoque más participativo, plural y abierto

En el contenido:

- Plan Estratégico basado en análisis de situación y respuesta nacional a las ITS y el VIH/SIDA
- PEN incluye Plan de Monitoreo y Evaluación
- Desarrollo de un plan operativo a partir del PEN
- Incluye estrategias relacionadas a la reducción de contextos de vulnerabilidad.
- Integra la atención integral a las ITS

Las organizaciones consultadas identifican a nueve (9) ministerios u organismos gubernamentales como los responsables generales del desarrollo e implementación de la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH.

Gráfico No. 4
Ministerios identificados como responsables de la respuesta nacional al VIH,
según porcentaje de votación de las organizaciones gubernamentales consultadas



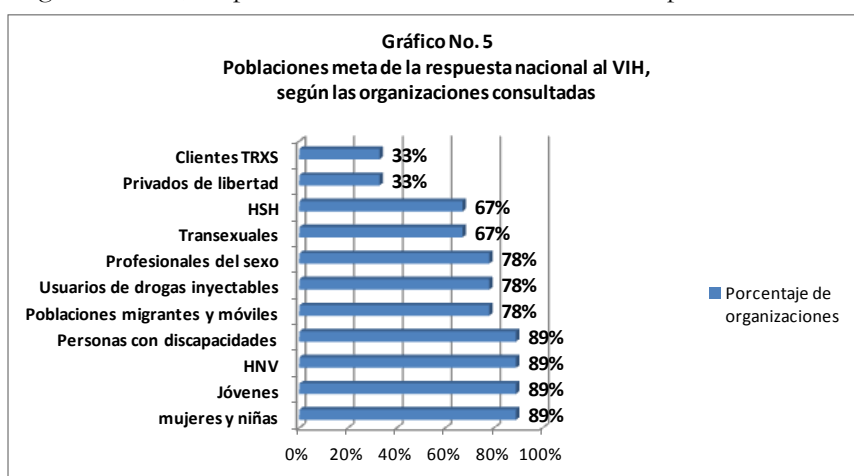
Fuente: Plan de Análisis ICPN República Dominicana 2012

¹⁹ 0 deficiente y 10 excelente

AL preguntar a las organizaciones, cuáles sectores estaban incluidos en la respuesta nacional al VIH, un 89% afirmó que salud, e igual porcentaje para educación, trabajo y mujeres; jóvenes y ejército/policía, 78%; transporte y justicia, 33%; hacienda, turismo y planificación y desarrollo, un 11%. Sin embargo, al indagar su consideración sobre la asignación de presupuesto, un 56% expresó que el sector salud contaba con presupuesto para VIH, un 33% dijo que educación, trabajo, mujeres y jóvenes; un 22% afirmó que ejército/policía, y un 11%, justicia y turismo. Esto refleja que según la opinión de las organizaciones, no todos los sectores responsables de la respuesta nacional al VH cuentan con presupuesto asignado para tales fines.

En el caso de los sectores que no fueron identificados como beneficiarios de asignaciones presupuestarias, un 67% sostuvo que las actividades se financian con fondos provenientes de agencias de cooperación y organismos internacionales, 22% alegó que del Sector Privado, y un 11% afirmó que dependen de los aportes de los mismos actores que son sujeto de las intervenciones, citando como ejemplo para este caso los trabajadores que forman parte de sindicatos.

Según las organizaciones, las poblaciones vulnerables meta de la respuesta nacional son:



Fuente: Plan de Análisis ICPN República Dominicana 2012

Para las instituciones gubernamentales, las poblaciones vulnerables que son las principales beneficiarias de la estrategia multisectorial son las mujeres y niñas, los jóvenes, los huérfanos y niños vulnerables y las personas con discapacidad. Aunque las personas que viven con VIH no figuraban en la lista de elegibles, ninguna organización la incluyó dentro de las otras poblaciones, pero sí incluyeron a los clientes de las TRSX y las personas privadas de libertad.

Las entidades consideran que los escenarios más utilizados para el desarrollo de las acciones dirigidas a las poblaciones vulnerables, son las escuelas y los lugares de trabajo (89%) y por último, las prisiones (78%). Los asuntos interrelacionados más votados, fueron los derechos humanos, participación de las PVVIH, capacitación y/o igualdad de género, con un 100%, y tratamiento del estigma y la discriminación, y VIH y pobreza, con un 89%.

Con relación a la planificación operativa, el 89% entiende que la estrategia multisectorial incluye un plan operativo. El 100% de los que dicen que hay un plan operativo, considera que el mismo incluye objetivos formales, metas o hitos claros y un marco de vigilancia y evaluación. Mientras que el 67% afirma que adicionalmente incluye un desglose de los costos de cada área programática, y un 56% opina que el plan operativo indica las fuentes de financiación de apoyo para su implementación. Al indagar sobre la participación de la sociedad civil, el 78% dijo que el país ha asegurado la "integración y participación plenas" de la sociedad civil en el desarrollo de la estrategia multisectorial, de forma activa. Un 11% considera que moderada e igual porcentaje no sabe.

De los que consideran que la participación ha sido activa, entienden que la misma se organizó de la siguiente manera²⁰:

- ✚ A través de la conformación de mesas técnicas y otros espacios de coordinación multisectorial y con abordaje temático, con el concurso de donantes, organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil (57%)
- ✚ Mediante consultas multisectoriales con la participación activa de todos los actores que intervienen en la Respuesta Nacional, incluyendo consultas regionales (43%)
- ✚ Como parte del quehacer del CONAVIHSIDA, cuyo rol implica propiciar la participación multisectorial (14%)
- ✚ La Sociedad Civil eligió y tienen sus representantes en CONAVIHSIDA, y además está representada en el Mecanismo Coordinador del País, MCP (14%)

Con relación a la participación de los asociados, el 89% entiende que la mayoría de los asociados para el desarrollo externo ha respaldado la estrategia multisectorial. El 44% considera que todos los asociados externos para el desarrollo sus programas relacionados con el VIH se han ajustado y armonizado con la estrategia nacional multisectorial, el 33% piensa que algunos de los asociados, y el resto, no sabe.

Los que dicen que sólo algunos asociados, entienden que no hay armonización en el área de promoción y prevención, porque algunas acciones no responden a una línea consensuada entre agencias, sociedad civil y Ministerio de Salud, tampoco en áreas programáticas y de financiamiento, porque cada uno cuenta con sus metas específicas de proyecto sujetas a la ejecución y acuerdos financieros, y no a un proyecto de país, y en materia de vigilancia, atención y apoyo a los PVVS, ya que orientan sus recursos principalmente a la gestión y administración de programas de prevención.

Al hablar de la integración del VIH a planes de desarrollo del país, el 89% de los consultados expresa que el país ha integrado el VIH en sus planes de desarrollo general, y citan como ejemplo el plan de desarrollo nacional, la estrategia para la reducción de la pobreza, y el enfoque multisectorial. Todas las organizaciones consultadas entienden que los siguientes temas están incluidos en los planes de desarrollo: Alivio del impacto del VIH, reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH, reducción del estigma y discriminación, y tratamiento, atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes).

Con relación a los procesos de evaluación, el 56% entiende que el país ha evaluado el impacto en el desarrollo económico, 11% considera que no lo ha hecho y 33% no sabe. En una escala del 0 al 5, el 60% de los que dicen que se evalúa el impacto, califican como 3 la incidencia de la evaluación en las decisiones de asignación de recursos, el resto (40%), la califica como 4. Esto significa que en general los actores valoran como media-alta la incidencia de las evaluaciones en la adjudicación de fondos.

Otros hallazgos relevantes relacionados con el Plan Estratégico, son:

- 67% afirma que el país cuenta con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpos uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas, la policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.).
- 67% entiende que el país ha seguido los compromisos acordados en la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/sida.
- El 56% afirma que hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica, el resto no sabe.
- El 78% dice que se hace un seguimiento a cobertura de los programas de VIH, por sexo (100%), por grupo poblacional (71%), por zona geográfica (86%)

²⁰ Algunas organizaciones votaron en más de una categoría

- El seguimiento de la cobertura se hace en base a las siguientes poblaciones: Trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, GTH, pobladores de bateyes, mujeres, embarazadas, jóvenes, adultos, mujeres y niñas, personas con ITS, personas con VIH, personas con TB, trabajadores y empleadores.
- 78% reconoce los esfuerzos que el país está haciendo para fortalecer su sistema de salud, y menciona como avances que representan ejemplos de estas mejoras, los siguientes:
 - Desarrollo de un sistema único de gestión de medicamentos, que permite obtener información veraz para toma de decisiones
 - Se está avanzando en la transversalización de la atención en la red de servicios de salud
 - Distribución de medicamentos y otros insumos de la red de servicios
 - Aumento de la captación y seguimiento clínico
 - Se ha elaborado un plan de compras y gestión de medicamentos.
 - Se trabaja en la mejoría de los sistemas de gestión de fármacos e insumos.
 - Se han establecido alianzas estratégicas con los departamentos del ministerio de salud.
 - Se trabaja la inclusión de PROMESE/CAL en el proceso de distribución de medicamentos.
 - Garantía de antirretrovirales a población que vive con el VIH
 - Creación de las unidades de apoyo en los centros de salud
 - Capacitación de personal en gestión sanitaria, incluyendo gestión de fármacos

Los principales logros identificados en materia de planificación estratégica, fueron:

- ✓ Gestión de la Respuesta Nacional bajo las directrices de un plan estratégico nacional consensuado y participativo.
- ✓ Diseño de planes operativos en el marco del plan estratégico nacional, para la gestión de temas y procesos clave
- ✓ Establecimiento de una herramienta de planificación que permite conocer, controlar e identificar los consumos de los medicamentos, y esto contribuye a realizar compras planificadas.
- ✓ Diseño de una estrategia nacional de prevención consensuada
- ✓ Elaboración de las normas nacionales para el manejo del VIH, y de guías y protocolos que facilitan la aplicación de la normativa

Y como problemas por resolver:

- ❖ Plan Estratégico Nacional de las ITS VIH Sida carece de presupuesto
- ❖ Se requiere evaluar la respuesta nacional ITS VIH Sida sistemáticamente
- ❖ Es necesario realizar una revisión de las Estrategias del Plan Nacional para conocer su oportunidad y efectividad
- ❖ Se requiere del fortalecimiento de la herramienta de programación de compra de medicamentos para convertirla en un sistema de información enlazado a nivel nacional
- ❖ La limitación de recursos financieros afecta la sostenibilidad de los programas relacionados con VIH, sobre todo en lo relacionado con prevención y gestión de medicamentos e insumos

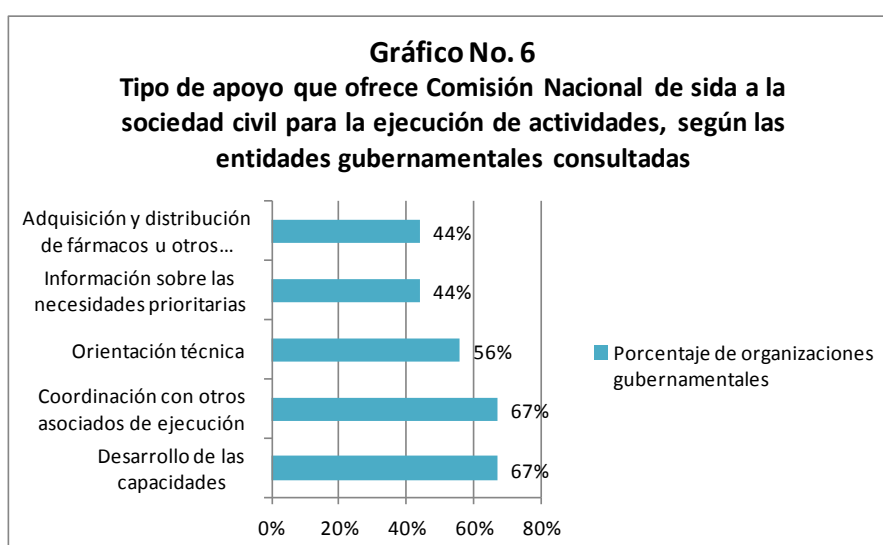
Apoyo y Liderazgo Políticos

En general, los actores consultados califican entre **muy buenos y excelentes** los esfuerzos relacionados con el apoyo y el liderazgo político de los programas del país relacionados con el VIH, ya que en base a una escala del 0-10, todos los que respondieron (8 de 9), votaron entre 7 y 10. El 89% de las organizaciones consultadas consideran que los ministros y otros líderes de alto rango hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales, al menos 2 veces por año. Igual porcentaje reconoce que el país dispone de un órgano de coordinación multisectorial nacional reconocido oficialmente (CONAVIHSIDA), el resto no sabe si dicho organismo existe.

Todos los que identifican la existencia de la referida instancia, entienden que tiene TDR, cuenta con liderazgo y participación activos y tiene un presidente oficial. Sin embargo, hubo diferencias en la identificación del nombre del dirigente, el 63% mencionó el nombre correcto del presidente (Ministro de Salud), 25% se refirió al director del CONAVIHSIDA como el presidente, y el resto expresó no saber el nombre de la persona.

El 88% considera que dicho organismo incluye a la sociedad civil y al sector privado, y un 75% expresó que tiene una composición definida, que incluye a las personas que viven con el VIH y fortalece la coordinación de los donantes. Hubo diferencias en cuanto al número de representantes que le confieren a cada grupo (SC, PVVIH y SP). El 78% opina que el país cuenta con un mecanismo que promueve la interacción entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas/estrategias relativos al VIH.

Al valorar el tipo de apoyo que ofrece la Comisión Nacional de sida a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH, las organizaciones consideraron lo siguiente:



Fuente: Plan de Análisis ICPN República Dominicana 2012

Con relación a las políticas nacionales y las leyes, el 67% sostiene que el país ha revisado las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del sida, y entienden que se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida, citando como ejemplo la nueva Ley de VIH y Sida.

Los principales logros que se destacan, son:

- ✓ Inclusión de PVVIH en la Seguridad Social y en los programas de Reducción de la Pobreza del Estado.
- ✓ Participación activa de los actores que participan en la Respuesta Nacional, en el proceso de revisión y aprobación del Anteproyecto de Ley de VIH y SIDA de la República Dominicana para convertirlo en ley, por parte del Senado y, posteriormente, de la Cámara de Diputados de la República Dominicana; y su posterior promulgación por parte del Poder Ejecutivo.
- ✓ Fortalecimiento y transversalización de las acciones que realiza el Ministerio de Trabajo en beneficio de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, a través de la Unidad Técnico Laboral de Atención Integral (UTELAIN)
- ✓ Revisión y actualización de Normas, Guías y Protocolos Nacionales de ITS VIH Sida.

- ✓ Apoyo a la Iniciativa para la reducción de la Transmisión Materno infantil VIH y Sífilis Congénita.
- ✓ Fortalecimiento de la red de servicios integrales de salud

Y los temas por resolver:

- ❖ Unificar esfuerzos y fortalecer el trabajo en equipo.
- ❖ Lograr la sostenibilidad de la Respuesta Nacional, sin el apoyo de financiamiento externo.
- ❖ Mejorar la articulación y la efectividad del MCP.
- ❖ Mejorar la capacidad de gestión de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad que participan en el MCP.
- ❖ Implementar las políticas de VIH a nivel interno de las empresas, como resultado de acuerdos suscritos y en respeto a la Ley.
- ❖ Apoyo Financiero a los Programas de Prevención y Control de las ITS VIH Sida de manera sostenida
- ❖ El acceso universal a la salud
- ❖ Aumento de la cobertura de los servicios integrales de salud

Derechos Humanos

El tema de derechos humanos fue valorado por las organizaciones consultadas, sin embargo, se evidenció poco manejo del tema. El 67% de las entidades públicas consultadas no sabe si el país dispone de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables. Una sola organización expresó que sí, refiriéndose a los adolescentes debido a que sólo a partir de los 16 años pueden hacerse prueba de VIH sin consentimiento de sus tutores.

Al preguntarles si el país disponía de leyes o regulaciones contra la discriminación para proteger a poblaciones específicas y grupos vulnerables, respondieron lo siguiente:



Como se visualiza en este gráfico, la mayoría de las organizaciones considera que las poblaciones vulnerables que son beneficiarias directas de leyes específicas son las personas que viven con el VIH, los HNV y las mujeres y niñas. El 44% de las organizaciones no saben si el país dispone de una ley general contra la discriminación, el 33% afirma que sí dispone y el 22% que no. Los que afirmaron que sí se cuenta con dicha ley, se refirieron a la Ley de VIH y SIDA.

Entre los logros identificados en el tema de derechos humanos, las entidades mencionaron la disminución del estigma y la discriminación hacia las Personas que Viven con el VIH, la mejora de la calidad del servicio a los usuarios que viven con el VIH, la mejoría de las acciones de veeduría social para el cumplimiento de los derechos de las personas que viven con el VIH. Adicionalmente, calificaron como positivo que el Ministerio de Trabajo se está empoderando con relación a la Ley de VIH y SIDA y está trabajando con empleadores públicos y privados para velar por los derechos de las personas que viven con VIH.

Prevención

En una escala de 0 al 10, del total de las organizaciones que adjudicaron una puntuación general a los esfuerzos del país en materia de prevención (4 de 9), el 50% votó 5, mientras que 25% votó 8 e igual porcentaje votó 9. De manera que la calificación general se sitúa **entre buena y muy buena**.

El 89% de las organizaciones considera que el país tiene establecida una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la población general. Como mensajes clave que más se promocionan, a juicio del 100% de las entidades consultadas, figuran: Aplazamiento del inicio de la actividad sexual, combate de la violencia contra las mujeres y prevención de la transmisión maternoinfantil.

En segundo lugar (75%), igualdad para hombres y mujeres, uso sistemático del preservativo, aceptación de las PVVIH y participación de los hombres en los programas de Salud Sexual y Reproductiva. Los temas menos votados (Entre 38% y 50%), fueron: Evitar las relaciones sexuales remuneradas, evitar las relaciones sexuales intergeneracionales y circuncisión masculina bajo supervisión médica. El 78% considera que el país tiene una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes, e igual porcentaje afirma que el VIH forma parte del plan de estudio de las escuelas secundarias, y el 67% dice que de las escuelas primarias. El 67% dice que el VIH está incluido en los planes de formación a maestros.

Del total de organizaciones consultadas, un 78% expresa que la estrategia proporciona la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos, y que es adecuada a su edad. La mayoría de las instituciones (67%) no sabe si el país cuenta con una estrategia para el trabajo con jóvenes no escolarizados, sólo una organización respondió que sí, y dos (2) consideraron que no se dispone de dicha estrategia.

Dentro de los principales logros identificados por las entidades públicas en materia de prevención, se destacan:

- ✓ Se cuenta con una Estrategia de IEC actualizada
- ✓ Desarrollo de alianzas estratégica para potencializar los esfuerzos de Prevención
- ✓ Estrategia Nacional de Educación en VIH y SIDA basada en aptitudes Para la vida, en estudiantes de inicial, básico, medio, y educación superior, promoción de pruebas voluntarias de VIH en la comunidad
- ✓ Existen alianzas estratégicas para potencializar los esfuerzos de prevención
- ✓ Abastecimiento de condones sin costo para el usuario
- ✓ Elaboración de la serie de módulos educativos Universidad Saludable y la Guía del Docente, que incluyen un módulo para Ciudadanía y desarrollo humano, armas para la libertad, un módulo para sexualidad, género y derechos sexuales y un módulo para Prevención de enfermedades infectocontagiosas.
- ✓ Empoderamiento tanto de empleadores como de trabajadores del sector zona franca para la adopción de Políticas de VIH y SIDA en el lugar de trabajo
- ✓ “No hubo aumento de prevalencia de VIH”
- ✓ “Se esperan los resultados de ENDESA y el Informe de Desarrollo Humano, para poder valorar resultados”.

Y como problemas por resolver en el área de prevención:

- ❖ Se requiere incrementar el financiamiento al desarrollo de programas de prevención
- ❖ Es necesario destinar recursos a la Evaluación de los Programas de Prevención y medición de impacto de las acciones
- ❖ Se necesita el establecimiento de mecanismos para el cumplimiento de políticas
- ❖ Fortalecimiento de los sistemas comunitarios
- ❖ Necesidad de revisión de las currículas para incluir contenidos relacionados con VIH en todos los niveles educativos.
- ❖ Habilitación de otros medios para el alcance de los jóvenes, por ejemplo las redes sociales
- ❖ Se requiere la ampliación de la cobertura de los programas de prevención a otras audiencias priorizadas como: Jóvenes y adolescentes dentro y fuera del sistema escolar, Mujeres, Privados de libertad, usuarios de drogas, personas con discapacidad, Habitantes de los Bateyes.
- ❖ Incorporar sexualidad y VIH a la formación de los maestros en universidades
- ❖ Ampliar la cobertura de las campañas y el programa de educación sexual en las escuelas.

Tratamiento, Atención y Apoyo

En el componente relacionado con tratamiento, atención y apoyo, hubo pocas respuestas por parte de las organizaciones consultadas, ya que la mayoría expresó no tener mucha información al respecto y por tanto preferían no responder a las preguntas vinculadas con los temas que no manejaban. Del total de organizaciones consultadas, sólo 5 (56%) emitieron una valoración general de los esfuerzos del país en este ámbito. En base a una escala del 0 al 10, estas entidades votaron entre 7 y 10, siendo 8 la puntuación más votada (3=60%), esto sitúa la valoración general **entre muy buena y excelente**.

Sólo el 33% de las instituciones considera que el país ha identificado los elementos necesarios en un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, el resto no sabe si lo ha hecho (67%). Al solicitar ampliación sobre dichos elementos y cuáles se les ha dado prioridad, respondieron lo siguiente:

- En el esquema básico de salud están incluidos los tratamientos para infecciones oportunistas.
- Terapia pre-empacada para el manejo sindrómico de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Disponibilidad de pruebas de ITS, VIH y pruebas especiales de VIH con pre y post consejería.
- Pruebas para el diagnóstico y seguimiento, tratamiento antiretroviral y medicamentos para infecciones oportunistas, acompañamiento psicológico y seguimiento en el hogar.
- Tratamiento para todo usuario que requiera de TARV, (72) Unidades en el territorio nacional.
- Terapia antirretrovírica para los pacientes de TB, Profilaxis con cotrimoxazol, y control de la infección de tuberculosis.
- Apoyo con consejería de pares, visitas domiciliarias, seguimiento y diagnóstico infantil precoz.

Las entidades que consideran que el país ha identificado estos elementos como parte de un paquete integral, entienden que estos servicios se están ampliando a través del fortalecimiento de la Red de Servicios de Atención en Salud, con especial atención en el primer nivel; añaden que se definió un modelo de reorganización de los servicios de ITS/VIH/Sida, donde la oferta se amplía para el primer nivel de atención. Adicionalmente, se están ampliando mediante la inclusión de los PVVS en el Sistema de Seguridad Social, a través del mejoramiento de los servicios integrales de salud a pacientes VIH, acceso de ARV, seguridad hematológica, acompañamiento psicológico y seguimiento en el hogar.

Como logros en el área de tratamiento, atención y apoyo, las organizaciones consultadas resaltan los siguientes.

- ✓ Incorporación tratamiento antirretroviral para embarazadas en la seguridad social
- ✓ Incremento de personas que reciben tratamiento antirretroviral
- ✓ Paso de monoterapia a tripleterapia en pacientes embarazadas
- ✓ La aprobación de la ley de VIH y Sida, No. 135-11
- ✓ Pasar de CD4 de 250 células a CD4 350 células
- ✓ 73 Servicios de atención VIH a nivel nacional
- ✓ Realización de pruebas especiales en adultos y niños
- ✓ Servicios de consejería en todos los establecimientos a nivel nacional
- ✓ Creación de las unidades de apoyo en los centros de salud
- ✓ La firma de nuevos Memorandos de Entendimiento por las empresas privadas
- ✓ Mayor aporte de las instituciones del gobierno
- ✓ Avances hacia la transversalización de los servicios de VIH en las redes de servicios de salud
- ✓ Aumento de la captación y seguimiento clínico a los pacientes

Los problemas por resolver, son:

- ❖ Se necesita ampliar la cobertura de servicios integrales, en especial ARV para personas con VIH.
- ❖ Es necesario mejorar los procesos de diagnóstico temprano en los infantes hijos de madres VIH.
- ❖ Se requiere superar las debilidades existentes en los mecanismos de referencia y contra referencia para la captación temprana de las embarazadas VIH.
- ❖ Sostenibilidad financiera para el aseguramiento de los medicamentos Antirretrovirales, reactivos para pruebas especiales y otros insumos.
- ❖ Mejora de la atención directa en los hospitales, mejora de la calidad e integración de los servicios en los diferentes niveles de atención.
- ❖ Reducción de costos de las intervenciones de tratamiento, atención y apoyo
- ❖ Fortalecimiento de los servicios de apoyo psicológico a familias y personas con VIH/SIDA

Vigilancia y Evaluación

Con este componente, se da una situación similar que en el área de tratamiento, atención y apoyo, se evidencia poco manejo de las informaciones relacionadas con la vigilancia y los procesos de monitoreo y evaluación por parte de las instituciones públicas consultadas. “No conoce” fue una respuesta frecuente en muchas de las preguntas. Sólo dos organizaciones respondieron a la mayoría de las preguntas. De todas formas, hay algunos aspectos que fueron valorados y que merecen ser comentados. Las entidades que respondieron a las preguntas, son ejecutoras directas.

Sólo tres (3) de las nueve (9) organizaciones consultadas asignaron una calificación general a los esfuerzos realizados por el país en materia de vigilancia y evaluación. Las tres votaron entre 7 (2 entidades) y 8 (sólo 1), en base a una escala del 0 al 10, por lo que se consideraron como **muy bueno** el desempeño del país en este campo. Sólo dos organizaciones entienden que el país cuenta con un plan nacional de vigilancia y evaluación para VIH, y destacan como los principales temas por abordar en este plano, los siguientes:

- La estrategia de análisis de datos no está claramente definida, en la práctica se realizan mesas técnicas de trabajo para el análisis de los datos
- Limitado compromiso por parte de los socios de la RN, respecto a la rendición de cuentas.
- Necesidad de recursos humanos capacitados
- La no disponibilidad de herramientas técnicas que apoyen el análisis por niveles de generación del dato
- Poca cultura de utilización de la información para la toma de decisiones por niveles

Consideran que los instrumentos para la recolección de información no están unificados, que hay deficiencias en la retroalimentación, y que se necesita un mecanismo que permita recibir las informaciones más claras y precisas por componentes con periodicidad. Las dos organizaciones que sostienen que hay un plan de vigilancia para VIH, dicen que este plan incluye: Encuestas del comportamiento, evaluación/estudios de investigación, vigilancia de la resistencia a los fármacos para el VIH, vigilancia del VIH, y vigilancia sistemática del programa. Sin embargo, sólo una de ellas dice que hay presupuesto, la otra expresó que está en preparación.

El 44% de los consultados (4 entidades) afirman que hay una unidad nacional de vigilancia y evaluación y que opera desde el CONAVIHSIDA. Un 33% manifiesta que hay un mecanismo en marcha para garantizar que todos los asociados clave entreguen sus informes/datos de V+E a la Unidad de V+E para incluirlos en el sistema nacional de V+E. Desde el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de VIH, se ha elaborado una herramienta electrónica para la notificación de los indicadores, y la elaboración de los Informes, y existe un grupo temático / técnico, que realiza reuniones semanales. 33% dicen que hay una base de datos para vigilancia y evaluación, que permite reportar la productividad mediante variables tales como:

- Edad –Por grupo etéreo
- Sexo – Masculino/Femenino
- Tipo de Población a quien van dirigidas las acciones: GTH, TRSX, UD, Migrantes, bateyes, Niños, niñas, adolescentes y jóvenes, embarazadas, PVVIH, entre otras. Incluye datos programáticos y de vigilancia.
- Nivel de educación
- Área Geográfica – Permite geo-referenciar la información, pues están con los códigos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE).
- Fuentes de Financiamiento: Fondo Mundial, USAID, PEPFAR, CDC o Gobierno Dominicano.

Como uso de la información, las entidades consultadas afirmaron que los datos provenientes de las encuestas de vigilancia centinela en embarazadas son utilizados para la toma de decisiones, cada dos años, conjuntamente con los resultados de las encuestas demográficas y para las estimaciones de prevalencia de VIH y carga de enfermedad. Además, se utilizan los datos para el cálculo de cobertura en la prestación de servicios en personas que viven con VIH o con SDA en ARV, ya que se parte de lo tratado y lo estimado.

Por otro lado, se utilizan los datos para los estudios de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica en poblaciones vulnerables. Y por último, los datos son usados en la elaboración de planes y proyectos para el fortalecimiento de la Respuesta Nacional, estimaciones y proyecciones de medicamentos, gastos en salud y carga de enfermedad.

Como dificultad se destaca el hecho de que la mayoría de las acciones de vigilancia, monitoreo y evaluación se desarrollan con fondos de organismos internacionales, de manera que para hacer estos procesos sostenibles se requiere de un mayor compromiso del Estado en su conjunto y que esto se refleje en asignación de fondos con cargo presupuesto nacional para el desarrollo de estas acciones.

Los principales logros identificados, fueron:

- ✓ Existencia de protocolos estandarizados en las vigilancias de las ITS y el VIH.
- ✓ Realización de mesas técnicas de trabajo para el análisis de los datos
- ✓ Capacitaciones en los diferentes niveles, en monitoreo y evaluación
- ✓ Desarrollo de una evaluación del PNRTV
- ✓ Realización de la vigilancia de caso de VIH y caso de VIH avanzado

- ✓ La creación en 2009 del Grupo Técnico de M&E (GRUTEME), bajo la coordinación del CONAVIHSIDA como responsable de la Respuesta Nacional a las ITS y el VIH, ha propiciado la armonización de las intervenciones entre las diferentes instancias vinculadas con las acciones de monitoreo, vigilancia y evaluación en el marco de la Respuesta Nacional al VIH, y el desarrollo de acciones específicas de fortalecimiento de este componente. Esta iniciativa en crecimiento busca unificar las acciones y evitar la duplicación de esfuerzos a nivel nacional.
- ✓ El GRUTEME, que ya cuenta con TDR y plan de trabajo, está integrado por Gobierno, Sociedad Civil y Agencias de Cooperación Internacional. Adicionalmente, como resultado de la conformación de este grupo técnico se desarrolló de manera coordinada entre los actores clave, un ejercicio de país llamado Modelo de Modo de Transmisión y la realización de las Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2011.
- ✓ El desarrollo de la Herramienta Integradora (SUME) – Sistema Único de M&E, que en la actualidad está pendiente de ser piloteada, ha permitido el concurso de los actores clave en la conceptualización de la misma, de manera que su puesta en funcionamiento favorezca la gestión e integración de las acciones de M&E a nivel nacional.
- ✓ El desarrollo de actividades de capacitación en Monitoreo, Vigilancia y Evaluación, con el apoyo del CDC, la Universidad del Valle (Guatemala) y Measure Evaluation, ha favorecido el fortalecimiento de los equipos técnicos responsables de gestionar las acciones sustantivas de monitoreo, vigilancia y evaluación en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incluyendo DIGECITSS, el CONAVIHSIDA y el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel (IDCP).

Como problemas por resolver, figuran:

- ❖ En el área de la evaluación y vigilancia, el tema de la sostenibilidad financiera desde el Ministerio de Salud para estos procesos
- ❖ Mantenimiento de la temporalidad en el levantamiento de los datos
- ❖ La consolidación del sistema de monitoreo y evaluación
- ❖ Fortalecimiento del empoderamiento de los actores clave y el desarrollo de una cultura de trabajo en materia de vigilancia y evaluación
- ❖ Clarificación de los roles de los actores involucrados en estos procesos

Parte B: Sociedad Civil

Los resultados de la aplicación del ICPN a las organizaciones de la Sociedad Civil evidencian una **valoración regular** de los esfuerzos realizados por el país como parte de la Respuesta Nacional al VIH. Como aspecto relevante se destaca el reconocimiento de algunas de las organizaciones de la Sociedad Civil con relación a la pérdida del activismo por parte de las Organizaciones No Gubernamentales y los grupos poblacionales, incluyendo las redes de PVVIH. No obstante, en el taller de validación del presente informe, algunas OSC afirmaron que “el activismo no ha mermado, han cambiado los escenarios y la metodología utilizada para lograr la incidencia en las decisiones, los espacios están ahí disponibles para la SC, lo que pasa es que no siempre los aprovechamos al máximo”.

La Sociedad Civil al igual que las organizaciones gubernamentales, mostró mucha preocupación en torno a la disminución del financiamiento para los programas de prevención del país. Estas organizaciones reconocen la existencia de espacios para la coordinación multisectorial, en los que la SC está representada. Sin embargo, las entidades de la SC entienden que su permanencia en dichos espacios responde al interés del Gobierno por cumplir requerimientos y/o legitimar procesos y decisiones, y no por una real valoración de los aportes de la SC. Afirman que en algunos de estos espacios, la sociedad civil tiene voz, pero el Gobierno no siempre toma en cuenta sus recomendaciones y demandas.

A continuación, se presenta un resumen de los principales hallazgos para cada uno de los temas sometidos a valoración.

Participación de la Sociedad Civil

La valoración general de la Sociedad Civil con relación a los esfuerzos del país destinados a aumentar su participación, se consideran como **regulares**. En una escala del 0 al 10, siendo 0 “deficiente” y 10 “excelente”, se tiene lo siguiente: la mayoría (57%) emitió una valoración por debajo de 5, 28% por encima de 5 (6 y 7), y 14% votó 5.

Como comentarios y/o ejemplos descriptivos, las organizaciones de la SC expresaron que la SC fue activa en la creación de opinión pública y presión, y esto obligó a las autoridades a establecer los programas actuales en el ámbito del VIH, y como producto de la presión de las redes de PVVS, las autoridades sanitarias tuvieron que proveer tratamiento ARV. Afirmaron que el rol activo de la Coalición ONG SIDA de la República Dominicana y la Red de Personas que viven con el VIH, con el liderazgo y concertación de CONAVIHSIDA, dejó como resultado la aprobación de la nueva Ley de VIH y SIDA.

Algunas de las entidades consultadas entienden que la SC ha caído en un letargo, donde los esfuerzos se centran básicamente en dos cosas: una en conseguir financiamiento y recursos para la subsistencia de las organizaciones y/o grupos, y lo segundo, es el desarrollo de las acciones y cumplimiento de los compromisos vinculados con estos financiamientos. “El activismo político ha quedado de lado, y el propio Sistema se ha ido encargando de mantenerlo en bajo perfil”.

En una escala del 0 al 5, siendo 0 “bajo” y 5 “alto”, el 57% de las organizaciones consultadas consideran como 3 la contribución de la SC al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales, 14% votó 4 y 29%, la puntuación máxima: 5. Esto significa que la SC valora como muy buena su contribución. En base a la misma escala (0-5), se solicitó a las organizaciones valorar la participación de sus representantes en la planificación y elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH, o del plan de actividades más reciente, asistiendo a reuniones de planificación y a la revisión de borradores. El 57% votó por debajo de 3, lo que significa que consideran baja su participación en estos procesos.

Comentan que el hecho de que la sociedad civil participe o no de los procesos de construcción de planes nacionales o estratégicos no es el problema, como tampoco lo es si estos procesos son democráticos y participativos o no. Entienden que el verdadero problema existe luego de la participación y consulta con organizaciones de la sociedad civil, cuando se tienen que generalizar los consensos, cuando se tienen que tomar decisiones de qué incluir y que no, cuando se tiene que negociar con las agencias de cooperación internacional, cuando se tiene que distribuir el presupuesto nacional, “ahí es donde está el verdadero problema”. Pues ese es el momento donde se eligen las comisiones, y en el que regularmente la sociedad civil no participa. Sin embargo, “queda constancia de esa participación en las listas de reuniones”.

Consideran que muchas veces no se reconoce el expertise técnico de la sociedad civil y sobre todo de las PVVS, y sólo se les toma en cuenta para llenar requisitos y legitimar procesos. La mayoría de las actividades de la SC, por no decir todas, son financiadas por organismos internacionales como Fondo Mundial, USAID, etc. La estrategia nacional reconoce que los esfuerzos en prevención en su mayoría, y algunos en atención son ofrecidos por la sociedad civil, sin embargo “del presupuesto nacional no sale un centavo para éstos”, no obstante a que sus resultados son los que ayudan a cumplir con los indicadores que se reportan a nivel nacional.

Las organizaciones de la Sociedad Civil reclaman su participación en procesos relacionados con vigilancia y evaluación, ya que “Hasta el momento en el Comité Nacional de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación sólo participan las agencias de cooperación y los programas oficiales”. Las OSC consideran como limitada su capacidad para acceder a fondos para apoyar sus programas.

Entienden que el apoyo financiero es mínimo y está muy amarrado a los indicadores de desempeño de cada agencia donante. Las ONG con más fortalezas regularmente acceden a más fondos que las pequeñas y nuevas, no existen mecanismos que garanticen la equidad en la asignación de recursos.

“Los fondos para prevención cada vez son menos, cada día se suman nuevos actores con necesidades particulares”. Añaden que para prevención los fondos mayormente provienen de la cooperación internacional, y que éstos vienen acompañados o condicionados a agendas que no necesariamente coinciden con las necesidades identificadas por la epidemiología y las organizaciones de base. Por esta razón, una de las mayores ofertas que realizan las agencias de cooperación internacional es la asistencia técnica, que regularmente “no es otra cosa que una estrategia intervencionista para cumplir con el desarrollo de sus agendas particulares”. Adicionalmente, las OSC expresaron que el financiamiento para acciones de advocacy es mínimo.

Ante la pregunta: ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?, las respuestas fueron las siguientes:

	Menos que 25%	25%-50%	25%-50%	51-75%	Mayor que 75%
Prevención para las poblaciones clave					
Personas que viven con el VIH	1	3	3	0	2
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	0	1	1	0	4
Usuarios de drogas inyectables	1	1	1	1	3
Profesionales del sexo	0	0	0	0	5
Transexuales	0	0	0	2	4
Asesoramiento y pruebas	2	4	4	1	0
Reducción del estigma y discriminación	1	1	1	1	3
Servicios clínicos (Terapia antirretrovírica/IO)	2	2	2	2	0
Atención domiciliaria	1	1	1	2	3
Programas para HNV	3	1	1	0	2

Nota: Los números se refieren a las organizaciones consultadas que votaron en cada categoría. Fuente:

Fuente: Plan de Análisis ICPN República Dominicana 2012

Dentro de los logros que la SC destaca con relación a los esfuerzos del país por propiciar su participación, son:

- ✓ La participación activa de la Sociedad Civil en el MCP, espacio en el que se ha ampliado la participación de este sector, incluyendo a un representante de los Gay, Trans y TRSX.
- ✓ La participación de la SC en acciones de gestión para la aprobación de la nueva Ley de VIH y SIDA, promulgada el 7 de junio del 2011, que modifica el COPRESIDA creando el CONAVIHSIDA, con una participación un poco más amplia de los diferentes sectores.
- ✓ Los niveles de visibilización del tema VIH/SIDA en la sociedad dominicana, gracias a las acciones impulsadas por la SC.

Como problemas por resolver, se tiene:

- ❖ Limitados recursos para acciones de prevención
- ❖ Necesidad de que el Estado refleje su compromiso mediante la asignación de fondos para la Respuesta al VIH, en el presupuesto nacional
- ❖ Urge la consolidación del proceso de integración del programa de VIH a las redes de servicios
- ❖ Se necesita la entrada de los ARV a la canasta básica de la seguridad social
- ❖ Las autoridades locales no poseen una valoración real de la participación efectiva de estas poblaciones y sólo las buscan cuando es estrictamente necesario
- ❖ Limitada participación de representantes de los sectores mujer y salud, y usuarios de drogas en el MCP, y en los organismos de toma de decisiones

- ❖ Muchas organizaciones de la SC han perdido el activismo y la mayoría de las redes y las mismas ONG se dedican a ser gerencias de proyectos que manejan, dejando de lado, la parte de defensa de los derechos humanos y veeduría.
- ❖ "Que se active el CONAVIHSIDA, que se realice su primera reunión y se incorporen los nuevos miembros".
- ❖ Que se establezca el reglamento para la aplicación de la nueva Ley de VIH y SIDA, con la participación de la SC.
- ❖ Que el MCP finalice la elaboración de su reglamento interno, y se amplíe la membresía a los sectores que no están representados.

Apoyo y Liderazgo Políticos

El 57% de las OSC consideran que el Gobierno ha facilitado, por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y/u otras sub-poblaciones vulnerables, en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH.

Las OSC consultadas citan como ejemplos de este apoyo:

- ✚ La conformación de alianzas estratégicas de los diferentes grupos
- ✚ La participación de estos grupos en la conformación del nuevo CONAVIHSIDA
- ✚ Financiamiento para programas de grupos específicos, por ejemplo programas de pares VIH

Sin embargo, algunas organizaciones de la SC afirman que estas poblaciones participan de alguna manera, pero realmente más con voz que con voto. "El Gobierno ha facilitado la participación de la SC en los procesos, pero no ha hecho caso a las recomendaciones ofrecidas".

Derechos Humanos

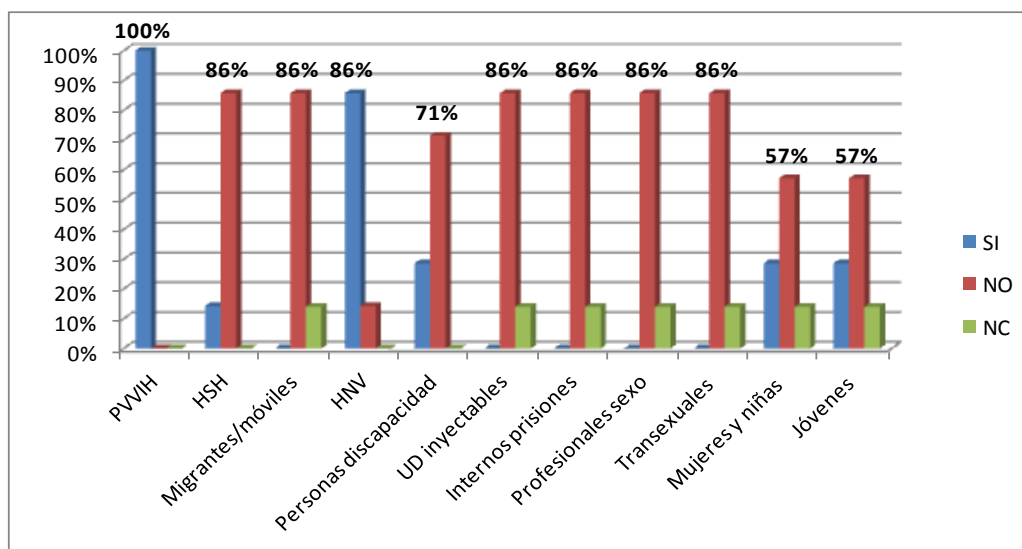
En una escala de 0 al 10, el 86% de las organizaciones consultadas califican por debajo de 5, las políticas, leyes y regulaciones que hay para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH, siendo 3 el valor votado por el 57% de las OSC.

En general, valoran como **deficientes** los esfuerzos del país para la implementación de dichas políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos, ya que el 86% votó entre 3 y 4, y sólo una organización (14%), asignó una puntuación de 7.

Al preguntarles si el país disponía de leyes y reglamentaciones dirigidas a proteger específicamente a ciertas poblaciones clave y otras sub-poblaciones vulnerables de la discriminación, la mayoría de las organizaciones se inclinó hacia las personas que viven con VIH (100%) y los huérfanos y niños vulnerables (86%).

A continuación, un gráfico que muestra el porcentaje de organizaciones por tipo de población o grupo, según su opinión sobre la existencia de leyes o reglamentaciones específicas:

Gráfico No. 8
Poblaciones o sub-poblaciones vulnerables beneficiarias de leyes y reglamentaciones específicas, según organizaciones SC consultadas



Fuente: Plan de Análisis ICPN República Dominicana 2012

Cuando se indaga sobre la existencia de una Ley General contra la Discriminación, el 57% de las entidades hacen referencia a la Ley de VIH y SIDA, y algunas mencionan que la Constitución de la República protege el derecho de todo ciudadano sin distinción ni discriminación. Agregan la Ley de VIH y SIDA actual y la anterior han sido poco aplicadas, y que no tienen reglamentos ni mecanismos operativos de aplicación. Refieren que “Las personas con VIH no hacen uso de la ley por temor a que se divulgue el estatus serológico”.

A esto suma que el país no cuenta con programas de asesoramiento legal gratuito ni de fondos para pagar los procesos legales, y esto favorece el silencio de los afectados en áreas laborales, por temor a que se les viole su privacidad. Califican como deficiente la aplicación de la Ley de SIDA y por tanto el respeto al derecho constitucional que asiste a todo ciudadano, de vivir sin discriminación de ningún tipo.

Por otro lado, el 71% de las organizaciones reconoce la existencia de la Ley 24-97 contra la violencia intrafamiliar, que protege las mujeres en general aunque no especifica mujeres con VIH. Afirman que la ley castiga con multas y/o prisión a hombres agresores bajo el alegato de violencia intrafamiliar o violencia de género, y que existe todo un mecanismo para las denuncias y procesos de los casos.

Con relación a la gratuidad en el acceso a determinados servicios, el 86% de las OSC sostienen que los antirretrovirales se facilitan gratis para todas las personas del país, el 57% dice que los servicios de prevención e igual porcentaje afirma que las intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH están disponibles de manera gratuita para todas las personas.

El 86% de las entidades manifiesta que el país tiene establecida una política que prohíbe las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo. Agregan que este derecho está contenido en la Ley de VIH y SIDA, pero aun no se han creado las políticas y mecanismos necesarios para hacer cumplirlas. “Esta Ley, 135-11 prohíbe las pruebas indiscriminadas, y castiga con multa su violación. Sin embargo, las empresas constantemente violan esta ley, inclusive el propio gobierno y las organizaciones que realizan pruebas indiscriminadas sólo para cumplir con indicadores de alguna donación extranjera”.

El 71% de las OSC consultadas dicen que en el país NO existen instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH, y que tampoco existen indicadores del desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos vinculados con el VIH.

Aunque algunas organizaciones consideran que no hay servicios de asesoría legal relacionados con VIH, el 57% indica que se cuenta con sistemas de ayuda jurídica para el trabajo, relacionados con el VIH, pero que no hay bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la universidades que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH.

El 57% de las organizaciones afirman que existen programas diseñados a reducir el estigma y la discriminación, vinculados al VIH. El 100% de estas entidades (4) mencionan los programas en el lugar de trabajo, el 50% hace referencia a los programas para los trabajadores de atención sanitaria y el 25% a los programas para los medios de comunicación, el resto no indica ningún programa en particular.

El único logro que las OSC destacan en materia de derechos humanos es la promulgación de una nueva Ley de VIH y SIDA 135-11 que sustituye la 55-93, y que sustituye el COPRESIDA por el CONAVIHSIDA, con una participación un poco más amplia de los diferentes sectores.

Como problemas por resolver:

- ❖ Se requiere la creación de “verdaderas políticas de protección de los derechos que puedan ser ejercidas por los ciudadanos”.
- ❖ A casi un año de su promulgación, la Ley de VIH y SIDA no cuenta con mecanismos de aplicación
- ❖ Es necesario desarrollar acciones que favorezcan la promoción y amplia difusión de la nueva Ley de VIH y SIDA.
- ❖ El empoderamiento de la población en cuanto a la garantía de preservación de los derechos individuales y la no discriminación relacionada con el VIH.
- ❖ Existe la necesidad de una ley específica contra el estigma y la discriminación, y la promoción de los derechos humanos por grupo poblacional, en los medios masivos.
- ❖ Se requiere de más recursos económicos, para desarrollo de acciones de prevención, educación ciudadana contra la no discriminación y desarrollo de programas de asistencia legal

Prevención

De total de organizaciones consultadas (7), sólo 5 adjudicaron una calificación general a los esfuerzos realizados por el país en la ejecución de los programas de prevención. De estas organizaciones, la mayoría (60%) votó 6, y el resto (2 organizaciones), por debajo de 5 (4 y 1). En general, se pudiera afirmar que la valoración es **regular**.

El 57% de las OSC considera que el país ha identificado las necesidades específicas de los programas de prevención del VIH, y que esta identificación se realizó mediante un proceso consultivo a nivel nacional, en el marco de la elaboración del PEN. Afirman que el país conoce cuáles son las necesidades en cuanto a la prevención que debe realizarse, también a través de las distintas encuestas y estudios realizados a nivel nacional (Ejemplo ENDESA).

Las OSC consideran que los programas no se están ampliando y que las acciones de prevención han disminuido, por lo que se teme un alza en la meseta de la epidemia por falta de programas específicos y ampliados de prevención. En general, consideran que el financiamiento para prevención es cada vez menor. “Las acciones de prevención que se están realizando en el país están limitadas a campañas de IEC promoviendo el uso del condón”.

Al preguntar a las entidades sobre la disponibilidad de acceso que tienen las personas con relación a servicios específicos, respondieron lo siguiente:

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Seguridad hematológica	0	1	4	2
Promoción del preservativo	0	3	3	1
Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables	3	3	0	1
Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados	2	4	1	0
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	1	4	1	1
Asesoramiento y pruebas del VIH	2	3	2	
IEC sobre reducción del riesgo	0	3	3	1
IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación	2	2	2	1
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	1	2	4	0
Prevención para las personas que viven con el VIH	1	3	2	1
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	2	3	1	1
Reducción del riesgo para los parejas íntimas de las poblaciones clave	4	2	1	0
Reducción del riesgo para los Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	3	2	1	0
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	2	3	2	0
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	2	2	3	0
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	0	3	3	1

Fuente: Plan de Análisis ICPN República Dominicana 2012

Como *logros*, las OSC hacen mención al desarrollo de un programa a través del Fondo Mundial, gerenciado por el IDCP, y otros programas de agencias donantes del país, y la integración de nuevas audiencias como beneficiarias de las acciones de prevención (Ejemplo trabajadores), a través de entidades sindicales.

Como problemas por resolver:

- ❖ Los programas de prevención del VIH han ido disminuyendo en calidad y cantidad, por la disminución de los recursos y el aumento de organizaciones y nuevos actores que se han sumado a la respuesta nacional. “Los programas que se están desarrollando quedan muy cortos y no alcanzan a la población general”.
- ❖ Inclusión de las acciones de prevención en la Seguridad Social.
- ❖ El Estado ha dejado las tareas de prevención a los programas de ONG y donantes y no ha asumido su responsabilidad al respecto.
- ❖ RD sigue dependiendo de las ayudas internacionales, y los compromisos del país no figuran en el presupuesto nacional.

Tratamiento, Atención y Apoyo

En general, los esfuerzos realizados por el país en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, fueron valorados como **regulares** por las Organizaciones de la Sociedad Civil que fueron consultadas. Seis organizaciones emitieron una puntuación global, de éstas dos votaron por debajo de 5, dos votaron 5 y dos por encima de 5.

El 86% de las OSC afirma que el país ha identificado los elementos esenciales necesarios en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, y lista los siguientes: Establecimiento de servicios de atención integral y la entrega de medicamentos ARV, realización de pruebas y/o analíticas básicas y complementarias, como CD4, carga viral (todos con fondos de donaciones internacionales), PNRTV, Monitoreo y Evaluación, protocolos nacionales, recursos humanos y política nacional.

Agregan que se conoce lo que se necesita, pero no se ha desarrollado la capacidad instalada para dar frente a las necesidades en este sentido, ya que no se han realizado con una visión integral, es decir, no participan todos los proveedores de servicios de salud pública en atención. Entienden que se están haciendo esfuerzos por incluir los servicios a las PVVS desde la Seguridad Social. Con relación a los HNV, el 71% de las OSC dice que el país NO cuenta con una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables.

Al valorar el acceso que tienen las personas necesitadas a los servicios de tratamiento, atención y apoyo, las organizaciones consultadas opinan lo siguiente:

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Terapia antirretrovírica	1	0	2	2
Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis	0	1	3	1
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH	2	1	1	
Diagnóstico infantil precoz	1	2	0	1
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	2	3	0	0
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	0	0	5	1
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	3	2	0	0
Atención nutricional	1	5	0	0
Tratamiento pediátrico del sida	0	2	5	1
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto	1	4	1	0
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)	1	4	1	0
Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH		3	3	
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	1	4	1	0
Gestión de la infección transmitida por vía sexual	2	3	0	0
Control de la infección de tuberculosis				
tratamiento del VIH en centros sanitarios	0	1	5	0
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH	0	3	2	0
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	0	3	1	0
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH	0	3	2	0

Fuente: Plan de Análisis ICPN República Dominicana 2012

Como logros alcanzados, las OSC identifican:

- ✓ Las personas que viven con el VIH siguen recibiendo atención en los SAI que existen en el país.
- ✓ El aumento de la cobertura de este servicio, tanto en número de casos atendidos como en cuanto a la geografía nacional.

Los problemas por resolver, son:

- ❖ “El problema principal es que las PVVS sólo tienen acceso a servicios limitados que ofrecen las SAI, y además existe limitaciones en cuanto a la disponibilidad oportuna de los medicamentos antirretrovirales, ya que son dispensados en cantidades limitadas, y esto obliga a los/as usuarios a tener que pagar transporte a los SAI cada 10-15 días para recibir los medicamentos necesarios para su tratamiento”.
- ❖ “Seguimos con un gran problema que es el programa de transmisión vertical, que no ha logrado cubrir a todas las mujeres que lo necesitan, no obstante a que se ha priorizado su gestión y fortalecimiento. El porcentaje de niños con VIH es muy alto”.
- ❖ Que la mayoría de las personas con VIH, no tengan que esperar a tener SIDA para poder entrar en un régimen antirretroviral.
- ❖ Desabastecimiento periódico de insumos y medicamentos.
- ❖ Que el Estado incluya presupuesto para comprar los medicamentos e insumos sin depender de organismos internacionales.
- ❖ Se requiere la participación de sociedad civil en las políticas y en el comité de compras de medicamentos e insumos.

7.2. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente

Este indicador mide el progreso hacia la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima. Es un resultado en sí mismo, pero también un indicador aproximado de la desigualdad de género. Es la primera vez que se reporta este indicador, ya que en las directrices de los años anteriores no había sido requerido.

Para conocer la prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente, se toma el número de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen o tuvieron una pareja íntima, y que declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas en los últimos doce meses, y se relaciona con el número total de mujeres de 15 a 49 años de edad encuestadas que tienen o tuvieron una pareja íntima.

Se ha tomado como fuente la ENDESA 2007, tanto para la línea de base como para el reporte 2012. ENDESA presenta los datos desglosados por edad según tipo de violencia, de manera que se tiene el dato relativo a violencia física por un lado, y a violencia sexual por otro. La encuesta presenta los datos de violencia física o sexual, en los últimos doce meses, sin desglose.

Adicionalmente, los datos desglosados que presenta ENDESA sobre violencia sexual, se refieren a mujeres que han experimentado este tipo de violencia alguna vez y no necesariamente en los últimos doce meses. En tal sentido, se ha tomado el dato global sin desglosar por rango de edad ni por estado serológico sobre el VIH. El dato que se está presentando en este Informe, cumple con lo requerido por el numerador, no obstante a que no se dispone de la desagregación correspondiente.

Los datos reportados revelan que 11.70% de las mujeres que tienen o tuvieron una pareja íntima, declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas, en los últimos doce meses. Se recomienda, esperar los resultados de la ENDESA 2012, para valorar progresos en este indicador. De todas formas, a continuación los datos disponibles.

Línea de Base y Reporte 2012		
Numerador Número de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen o tuvieron una pareja íntima, que declaran haber experimentado violencia física o sexual por parte de al menos una de esas parejas en los últimos doce meses.	903	Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud - ENDESA 2007-
Denominador Número total de mujeres de 15 a 49 años de edad encuestadas que tienen o tuvieron una pareja íntima	7719	Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud -
Porcentaje	11,70%	

7.3. Asistencia escolar de los huérfanos

El indicador mide el avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos no huérfanos. El indicador se divide en dos partes para poder comparar la situación de los huérfanos y de los no huérfanos:

Parte A: tasa actual de asistencia escolar por parte de los huérfanos de 10 a 14 años que están en edad escolar primaria y secundaria.

Parte B: tasa actual de asistencia escolar de los niños de 10 a 14 años en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.

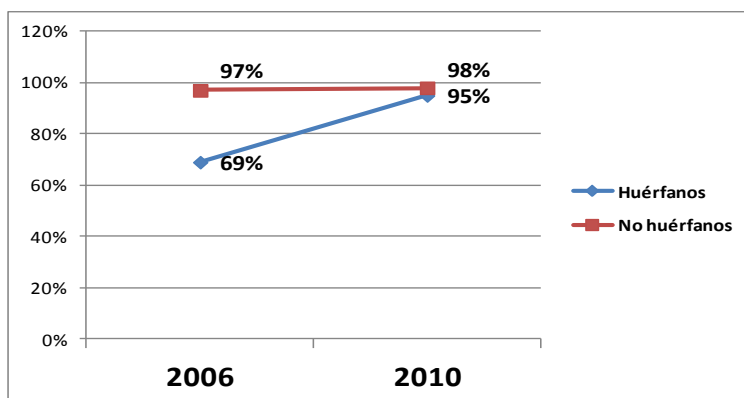
Por cada niño de 10 a 14 años de edad que vive en un hogar, se le pregunta a un miembro de dicho hogar: 1. ¿Vive aún la madre biológica del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?, 2. ¿Vive aún el padre biológico del niño? Si es así, ¿vive en el mismo hogar?, y 3. ¿Ha asistido el niño a la escuela en algún momento del curso escolar?.

En función de las respuestas a dichas preguntas, para la Parte A se identifica el número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, que han perdido a ambos progenitores y siguen asistiendo a la escuela, y se relaciona con el número de niños que ha perdido a ambos progenitores. Esto permite tener la tasa actual de asistencia escolar de los niños huérfanos de 10-14 que están en edad escolar primaria y secundaria.

Para la Parte B, del total de niños con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos, se identifica el número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos, que conviven con al menos uno de ellos, y que asiste a la escuela. De esta forma, se obtiene la tasa actual de asistencia de estos niños. Tanto para la línea de base como para el reporte 2012, se ha utilizado como fuente la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples –ENHOGAR-, 2006 (LB) y 2009-2010 (Reporte 2012).

	Línea de Base	Reporte 2012
Numerador A Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, que han perdido a ambos progenitores y siguen asistiendo a la escuela.	Total= 9= (5 femeninos y 4 masculinos)	Total= 20= (8 femeninos y 12 masculinos)
Denominador A Número de niños que ha perdido a ambos progenitores.	Total= 13 (6 Femeninos y 7 Masculinos)	Total= 21 (8 Femeninos y 13 Masculinos)
Porcentaje A	69.23% (83.33% femeninos y 57.14% masculinos)	95.24% (100% femeninos y 92.31% masculinos)
Numerador B Número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos, que conviven con al menos uno de ellos, y que asiste a la escuela.	Total= 3,264= (1,586 femeninos y 1,678 masculinos)	Total= 2,735= (1,298 femeninos y 1,437 masculinos)
Denominador B Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos.	Total= 3,362 (1,610 femeninos y 1,752 masculinos)	Total= 2,798 (1,320 femeninos y 1,478 masculinos)
Porcentaje B	97.09% (98.51% femeninos y 95.78% masculinos)	97.75% (98.33% femeninos y 97.23% masculinos)
Fuentes	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples -ENHOGAR 2006-	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2009-2010)

Gráfico No. 9
Porcentaje de niños 0-14 años huérfanos y no huérfanos que asiste a la escuela, 2006 vs 2010



Fuente: ENHOGAR 2006 y 2009-2010

Estos datos reflejan un aumento significativo en la asistencia escolar de los niños huérfanos que viven por lo menos con uno de sus progenitores, ya que para 2006 sólo el 69.23% asistía a la escuela, y para 2010, el 95.24% lo hacía. El aumento en la asistencia se evidencia en ambos sexos, logrando un 100% para 2010 en el caso de las niñas 0-14 años.

La asistencia escolar en el caso de niños no huérfanos se ha mantenido estable, mostrando que para 2006, el 97.09% asistía a la escuela, y para 2010, el 97.75%. No se registran grandes diferencias entre niños y niñas. Al comparar la asistencia escolar de huérfanos y no huérfanos para 2010, se tiene un 95.24% frente a 97.75%, lo cual aunque manifiesta una ligera diferencia, no se considera significativa.

7.4. Apoyo económico externo a los hogares más pobres

Este indicador hace referencia a los hogares más pobres en su conjunto. Es un indicador que por sus características es idóneo para países con epidemias generalizadas, porque se refiere a todos los hogares. Tanto el numerador como el denominador hacen referencia a los hogares más pobres en general, y no a hogares más pobres afectados por VIH.

Lo que se espera con la medición de este indicador es valorar los progresos realizados en el suministro de apoyo económico externo a los hogares más pobres afectados por el VIH y el sida. El país, limitará este análisis a los hogares pobres, afectados o no por el VIH y el sida. Se indaga el tipo de ayuda externa que han recibido los hogares pobres en los últimos tres meses, por ejemplo: apoyo económico, concesiones en efectivo (p.ej., pensiones, ayuda por discapacidad, ayuda por hijo), ayuda económica para las cuotas escolares, material de ayuda con fines educativos (p.ej., uniformes, libros escolares, etc.), ayuda en la generación de ingresos en efectivo o en especie, ayuda para los alimentos consumidos en casa o en una institución externa (p.ej., un colegio), apoyo material o económico destinado al alojamiento u otro tipo de apoyo económico.

En el país, se determinan los hogares pobres elegibles como beneficiarios de los apoyos del Gobierno, en función del nivel de pobreza y esto se determina mediante el levantamiento que realiza el Sistema Único de Beneficiarios -SIUBEN-, el cual permite categorizar los hogares pobres según nivel de pobreza (extrema, moderada, no pobre I y no pobre II), considerando los hogares desde los de mayor pobreza hasta los que no se consideran pobres. A enero 2012, el SIUBEN reporta el número de hogares según nivel de pobreza, como sigue:

- **Pobre I (Pobreza Extrema)** 213,478.00
- **Pobre II (Pobreza Moderada)** 674,116.00
- **No Pobre I** 612,154.00
- **No Pobre II** 108,300.00

Como hogares pobres se tiene un total de 887,594 (Pobre I y II), y como más pobres los que figuran en el grupo Pobre I. Las ayudas del Gobierno para estos hogares pobres a través del Programa Solidaridad son las siguientes: Comer es Primero, Apoyo Alimenticio al Envejeciente, Incentivo a la Asistencia Escolar y a la Educación Superior, Bonogás y Bonoluz.

Estos hogares reciben ayudas adicionales vía otras instituciones del Gobierno, mediante el mismo medio de pago que gestiona la Administradora de Subsidios Sociales. Por ejemplo, Plan Básico de Salud, a través del Régimen Subsidiado que gestiona el SENASA.

Al momento de realizar este Informe, la información disponible referente al numerador se refiere al total de beneficiarios por año, es decir, a personas no a hogares, de manera que es posible que el numerador incluya un hogar más de una vez en los casos que varias personas que una misma familia reciban algún tipo de beneficio. En el caso del denominador, se cuenta con el total de hogares pobres en lugar de personas pobres. Los programas sociales para los pobres que son implementados por el Gobierno, son²¹:

Comer es Primero: Otorga una ayuda económica mensual de setecientos pesos (RD\$700.00) a cada jefe o jefa de la familia beneficiaria para adquirir alimentos de acuerdo a una canasta básica determinada.

Su objetivo es complementar la alimentación básica de los hogares en situación de pobreza con la condición que la futura madre asista a chequeos clínicos de su embarazo y se lleve periódicamente al médico a los niños del núcleo familiar para medir su peso y talla garantizando así el seguimiento a su desarrollo físico y buena salud.

²¹ Apoyo en pesos dominicanos (RD\$), para cálculo de apoyo US\$, usar tasa Banco Central de 38.65 a 39.03

Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE): Otorga una ayuda económica mensual, pagada bimestralmente, durante el período de clases, de ciento cincuenta pesos (RD\$150) a cada jefe o jefa de familia beneficiaria por cada hijo, hasta un máximo de cuatro, en edades comprendidas entre 6 y 16 años, inscrito desde primer hasta octavo curso de educación básica para la compra de útiles escolares, uniformes, medicinas y otros. Su objetivo es contribuir a la disminución de la deserción escolar en el nivel básico, en los hogares en situación de pobreza con la condición que cada niño asista regularmente a la escuela y se cubran sus necesidades básicas.

Incentivo a la Educación Superior: Este programa otorga una ayuda económica mensual de quinientos pesos (RD\$500) a jóvenes estudiantes universitarios, procedentes de los estratos de bajos ingresos de la sociedad dominicana, egresados de escuelas localizadas en el Mapa de la Pobreza, que estén matriculados en cualquiera de los Centros de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) para pago de matrícula universitaria, compra de libros y útiles de estudio. Su objetivo es apoyar económicamente a estudiantes de escasos recursos económicos para que realicen sus estudios universitarios con la condición de no interrumpirlos y mantener una condición académica normal.

Programa Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE): Corresponde al onsejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), a su vez dependencia del Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS), de la Presidencia de la República. A través del PROVEE las familias pobres beneficiarias de PCP con personas envejecientes que no reciben pensión ni se encuentran trabajando, reciben transferencias en efectivo sin tener que cumplir ninguna condición en específico.

Adicionalmente, otorga una ayuda mensual de cuatrocientos pesos (RD\$400) adicionales a hogares con personas mayores de 65 años de edad que disfrutaran del subsidio “Comer Es Primero” para la compra de alimentos. Su objetivo es complementar el sustento alimenticio de adultos mayores en situación de pobreza, que no reciben pensión ni se encuentran trabajando a fin de contribuir a que mantengan una buena nutrición.

Programa Bonogás para Hogares (BGH): Consiste en una ayuda de RD\$228.00 mensuales adicionales, a los hogares pobres y de clase media baja para la compra del Gas Licuado de Petróleo (GLP) a fin que puedan cocinar sus alimentos, sin que para ello medie obligación alguna. Este componente pertenece al Programa Solidaridad (PS).

Bonoluz: Esta subvención está orientada a auxiliar a familias de escasos recursos económicos en el pago del servicio eléctrico. El rango de ayuda social se encuentra entre los RD\$25.90 a RD\$370.00.

Según las informaciones publicadas en las Memorias Anuales 2010 y 2011 de la Administradora de Subsidios Sociales del Gabinete de Política Social, las personas pobres beneficiadas con las ayudas sociales del Gobierno, por cada programa, y desagregado por año (2010 y 2011), son:

Programa/ayuda social	2010	2011
Comer es Primero (comida)	858,119	818,574
Incentivo a la Asistencia Escolar	271,569	216,312
Incentivo a la Educación Superior	24,229	24,783
Programa Protección a la Vejez en Pobreza Extrema	76,761	79,336
Bonogas	764,963	797,064
Bonoluz	270,582	278,012

Indicador de País 1. Seguridad Hematológica

Este indicador busca evaluar los progresos en el cribado sistemático de las donaciones de sangre con criterios de calidad asegurada. Para hacer la medición se toma como referencia el número de unidades de sangre donada analizada para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada con relación al número total de unidades de sangre donada.

Para medir este indicador, se utiliza la siguiente información:

1. El número total de unidades de sangre que se donó en su país, y
2. Para cada centro hematológico y laboratorio de análisis de sangre que efectúa el cribado sistemático de las donaciones de sangre para la detección del VIH, lo siguiente:
 - El número de unidades de sangre que fueron donadas en cada centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre.
 - El número de unidades donadas que fueron analizadas en el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre.
 - Si el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre siguió procedimientos operativos de referencia documentados para el cribado sistemático para la detección del VIH.
 - Si el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre participó en un plan de garantía de calidad externo del cribado sistemático para la detección del VIH.

Para el período 2008-2009, un total de 81,478 unidades de sangre fueron donadas. De éstas, un total de 70,008 unidades fueron analizadas para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada, para un 86%. Los centros que cumplían con los estándares descritos, participaban del Programa de Evaluación Externa del Desempeño –PEED–, que ejecuta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Este programa está dirigido a los servicios de bancos de sangre a nivel nacional (público o privado), que realizan el tamizaje de los seis marcadores serológicos establecidos en el país para infecciones transmitidas por transfusión (HIV 1+2, HTLV I/II, HBsAg, anti-HBc, HCV y Sífilis).

El PEED incluye los siguientes procedimientos:

- Dos veces al año se envía el panel de evaluación, el cual está compuesto por 10 o 12 muestras de plasmas positivos y negativos calcificadas, clarificadas, filtradas, dializadas y conservadas con Bronidox-L5.
- Las muestras del panel son procesadas en los bancos de sangre como parte de la rutina (como muestras de donantes) empleando los mismos métodos, reactivos, y equipos utilizados en el tamizaje habitual.
- En un plazo de 15 días se envían los resultados a la Dirección de Bancos de Sangre para el procesamiento de la información.
- La Dirección de Bancos de sangre envía a los Bancos participantes el resultado de las pruebas enviadas para que en los establecimientos se haga la comparación con los resultados obtenidos por ellos y si no hay concordancia, se proceda a la realización de su auto evaluación y se revisen las posibles fallas.
- Los resultados deben ser reportados en el formulario de respuestas elaborado para el PEED.

Para 2010-2011, 104,294 unidades de sangre fueron analizadas en un total de 64 Bancos de Sangre del país. De este total de Bancos de Sangre, 37 participaron del PEED. Estos 37 bancos realizaron el procesamiento de 89,180 unidades de sangre con los criterios requeridos, para un 86%.

El comportamiento de este indicador, se puede visualizar de la siguiente manera:



Fuente: Informe de Productividad 2010 y 2011 de la Dirección Nacional de Laboratorio y Banco de Sangre del MSP

Aunque en números absolutos se evidencia un aumento con relación al número de unidades analizadas con los criterios de calidad asegurados, el porcentaje sigue siendo el mismo, ya que para el período 2008-2009, se reportó un 85.92% y para 2010-2011, un 85.51%. En tal sentido, se evidencia estabilidad en el indicador.

IV. Prácticas Óptimas

Las mejores prácticas documentadas en este capítulo fueron planteadas por los actores de la Respuesta Nacional que fueron consultados, tanto del Gobierno como de la Sociedad Civil, a través del ICPN y consultas individuales. En tal sentido, las prácticas óptimas identificadas por dichos actores, fueron las siguientes:

- El mejoramiento de la comunicación del CONAVIHSIDA con los actores relevantes de la Respuesta Nacional, ha facilitado la coordinación de acciones con las diferentes instancias del Ministerio de Salud, la Presidencia de la República, las entidades vinculadas con la Seguridad Social y otras instancias clave.
- La participación activa de los actores que forman parte de la Respuesta Nacional, en el proceso de revisión del Anteproyecto de Ley de VIH y SIDA de la República Dominicana²² y el desarrollo de gestiones para convertirlo en ley, dio como resultado su aprobación por parte del Senado y la Cámara de Diputados, y su posterior promulgación por parte del Poder Ejecutivo.
- El diseño de planes operativos en el marco del plan estratégico nacional, para la gestión de temas y procesos clave, ha contribuido a mejorar la implementación de los componentes centrales del PEN.
- La elaboración de las normas nacionales para el manejo del VIH, y de guías y protocolos estandarizados que facilitan la aplicación de la normativa, ha permitido tener una visión técnica más clara sobre la gestión de los servicios y procesos por parte de los actores clave, y se espera que esto contribuya a mejorar la calidad de la atención.
- El diseño de una estrategia nacional de prevención consensuada, ha propiciado un acercamiento entre los diferentes actores y sectores que participan en el desarrollo de acciones de prevención, y la expresión unificada de las acciones a seguir.
- La creación en 2009 del Grupo Técnico de M&E (GRUTEME), bajo la coordinación del CONAVIHSIDA como responsable de la Respuesta Nacional a las ITS y el VIH, ha propiciado la armonización de las intervenciones entre las diferentes instancias vinculadas con las acciones de monitoreo, vigilancia y evaluación en el marco de la Respuesta Nacional al VIH, y el desarrollo de acciones específicas de fortalecimiento de este componente. Esta iniciativa en crecimiento busca unificar las acciones y evitar la duplicación de esfuerzos a nivel nacional.
- El GRUTEME, que ya cuenta con TDR y plan de trabajo, está integrado por Gobierno, Sociedad Civil y Agencias de Cooperación Internacional. Adicionalmente, como resultado de la conformación de este grupo técnico se desarrolló de manera coordinada entre los actores clave, un ejercicio de país llamado Modelo de Modo de Transmisión y la realización de las Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2011.
- El desarrollo de la Herramienta Integradora (SUME) – Sistema Único de M&E, que en la actualidad está pendiente de ser pilotada, ha permitido el concurso de los actores clave en la conceptualización de la misma, de manera que su puesta en funcionamiento favorezca la gestión e integración de las acciones de M&E a nivel nacional.
- El desarrollo de actividades de capacitación en Monitoreo, Vigilancia y Evaluación, con el apoyo del CDC, la Universidad del Valle (Guatemala) y Measure Evaluation, ha favorecido el fortalecimiento de los equipos técnicos responsables de gestionar las acciones sustantivas de monitoreo, vigilancia y evaluación en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incluyendo DIGECITSS, el CONAVIHSIDA y el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel (IDCP).

²² Ley de VIH y SIDA que actualiza la 55-93, crea el CONAVIHSIDA en sustitución del COPRESIDA

- El establecimiento de una herramienta de planificación que permite conocer, controlar e identificar los consumos de los medicamentos, está contribuyendo a realizar compras planificadas.
- La colocación de mensajes de prevención sobre VIH en las redes sociales, ha favorecido el aumento del acceso a información sobre VIH por parte de la población joven. Esto se desarrolla con el apoyo del UNFPA.
- Los avances hacia la transversalización de los servicios de VIH en las redes de servicios de salud ha permitido aumentar la captación y el seguimiento clínico de personas VIH.
- La participación activa de la Sociedad Civil en el MCP, espacio en el que se ha ampliado la participación de este sector, incluyendo a un representante de los Gay, Trans y TRSX, ha contribuido con la toma de decisiones consensuadas, en lo relativo a Fondo Mundial.
- El fortalecimiento y la transversalización de las acciones relacionadas con el VIH y el SIDA a lo interno del Ministerio de Trabajo, a través de la Unidad Técnico Laboral de Atención Integral (UTELAIN).

V. Principales Problemas y Acciones Correctoras

Los problemas, dificultades y retos planteados por los actores clave, como resultado del proceso de consulta desarrollado para la elaboración de este Informe, fueron los siguientes:

- Debilidades en la conducción de la Respuesta Nacional ha propiciado la desarticulación entre lo establecido en el Plan Estratégico Nacional y lo ejecutado por los actores clave.
- El financiamiento de la respuesta al VIH proviene de fondos externos, esto afecta la sostenibilidad y pone en evidencia la necesidad de que el compromiso del Gobierno se exprese en el presupuesto nacional. Esto sumado a los recortes del Fondo Mundial han afectado el desarrollo de las acciones de prevención y atención al VIH.
- La disminución significativa de los fondos para programas de prevención representa una amenaza, ya que pudiera provocar un aumento en la incidencia del VIH. Los programas de prevención del VIH han ido disminuyendo en calidad, por la disminución de los recursos y el aumento de organizaciones y nuevos actores que se han sumado a la respuesta nacional, lo cual además complejiza la coordinación.
- Aunque se cuenta con una nueva Ley de VIH y SIDA de la República Dominicana No.135-11, ésta no cuenta con mecanismos de aplicación, por lo que se hace necesario iniciar las acciones dirigidas a elaborar los reglamentos y otros recursos que favorezcan la implementación. Ausencia de leyes y normativas que promuevan el respeto a los DDHH y combatan el estigma y la discriminación.
- Aunque se propicia la integración de la Sociedad Civil en diferentes espacios, el Gobierno no toma en cuenta las necesidades y realidades planteadas, ni las recomendaciones realizadas por la SC. Muchas organizaciones de la SC han perdido el activismo y la mayoría de las redes y las mismas ONG se dedican a ser gerencias de los proyectos que manejan, dejando de lado, la parte de defensa de los derechos humanos y veeduría.
- Se espera que el MCP finalice la elaboración de su reglamento interno, y se amplíe la membresía a los sectores que no están representados, en respuesta a la demanda de algunos grupos.
- Con la ampliación de la cartera de miembros del CONAVIHSIDA, se plantea como un reto lograr su participación activa y empoderamiento.
- Las debilidades del Sistema de Información en Salud, y no sólo para VIH, afecta la rendición de cuentas de manera fluida y oportuna, y la gestión misma de la respuesta.
- La limitada clarificación de roles de las instancias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como resultado de la separación de funciones, afecta el desarrollo de las acciones de provisión y genera duplicación de esfuerzos en diferentes niveles.
- Aumento de nuevos casos de VIH y poca capacidad de respuesta en los servicios de atención integral, ya que hay largas listas de espera.
- Se requiere superar las debilidades existentes en los mecanismos de referencia y contra referencia para la captación temprana de las embarazadas VIH.
- Las limitaciones en cuanto a la disponibilidad oportuna de los medicamentos antirretrovirales, ya que son dispensados en cantidades limitadas, obliga a los/as usuarios a tener que pagar transporte a los SAI cada 10-15 días para recibir los medicamentos necesarios para sus tratamientos.

VI. Apoyo por parte de los Asociados de Desarrollo del País

Actualmente, existen diferentes espacios de participación y coordinación intersectorial e interinstitucional, en los que se integran los actores clave de la Respuesta Nacional. Entre estos espacios cabe destacar el Mecanismo de Coordinación de País, la Coalición de ONG del Área de SIDA, el Grupo Técnico de Monitoreo y Evaluación –GRUTEME–, el Comité de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS y el Consejo Nacional para el VIH y SIDA.

En general, los actores mantienen un nivel aceptable de participación en el seguimiento a los objetivos planteados en la Declaración de Compromisos sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, la participación de las entidades ha mermado, tomando como referencia el proceso de elaboración del pasado Informe.

Las organizaciones gubernamentales, de la Sociedad Civil y los organismos internacionales y agencias de cooperación que luchan contra el SIDA en el país, han mostrado un respaldo intermitente a este proceso, y por tanto con limitada constancia. Se percibe menor activismo de las organizaciones no gubernamentales y de las redes de PVVIH, ya que han estado enfocadas en la ejecución de proyectos, dejando de lado el empuje que les había caracterizado. Esto sin duda afecta el equilibrio que debe tener la Respuesta Nacional.

En su mayoría, los diferentes actores que fueron consultados mediante la aplicación del ICPN, reconocen la coordinación intersectorial que ha mostrado el país y el apoyo político del Gobierno y la participación de la Sociedad Civil, pero sólo para temas y procesos específicos, citando como ejemplo la gestión para la aprobación y posterior promulgación de la nueva Ley de VIH y SIDA. En tal sentido, el principal reto que tiene el país es reactivar el activismo de la SC y los grupos poblacionales, y estimular la participación activa de todos los actores en los espacios creados para tales fines.

Con la creación del CONAVIHSIDA, se abre una puerta hacia la multisectorialidad en una dimensión más incluyente y protectora de la diversidad y la integración de miradas y voces distintas. El país tiene el desafío de aprovechar esa oportunidad. En lo que respecta al cumplimiento de los objetivos propuestos en cada uno de los indicadores, y para el aseguramiento de la oportuna disponibilidad de los datos requeridos para documentar los avances, se hace necesario seguir fortalecimiento el sistema de vigilancia y evaluación del país.

VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación

Actualmente la Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y SIDA no cuenta con un Sistema de Monitoreo y Evaluación único que responda a las necesidades del país para medir los avances en el logro de los objetivos que se ha planteado para los próximos tres años. En ausencia de un sistema único de M&E, existen varios sub-sistemas que no están articulados entre sí, que dan respuesta a las necesidades de proyectos y componentes programáticos específicos, pero no permiten analizar de manera integrada y con información estandarizada el logro de los objetivos y metas del Plan Estratégico Nacional, de manera sistemática.

Para llenar este vacío, se inició el diseño de un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación (SUME) que actualmente está en fase de revisión para el pilotaje y posterior implementación de manera gradual. Este sistema ha sido conceptualizado como un conjunto de actores que actúan de manera coordinada, realizan procesos y utilizan métodos y herramientas estandarizadas para registrar, procesar, analizar y producir informaciones oportunas y de calidad para monitorear, evaluar y rendir cuenta a la sociedad sobre el curso de la Epidemia, así como valorar la eficacia de los esfuerzos realizados por el país para impactar la misma. Se espera que la implementación de este sistema inicie en Enero del 2012.

La construcción del SUME y su puesta en marcha de manera efectiva, supone traspasar las barreras de usar las informaciones sólo para los reportes y favorecer la planificación y toma de decisiones oportunas, sistemáticas y basadas en evidencias. La gestión del SUME será compartida por todos los socios de la Respuesta Nacional con niveles de responsabilidad acordados con el CONAVIHSIDA y la administración será responsabilidad de la Unidad de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional de las ITS, el VIH y el SIDA, ubicada en el CONAVIHSIDA.

El SUME será co-gestionado por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la DIGECITSS, la Dirección de Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDFSRS), los Servicios Regionales de Salud, y las Direcciones Provinciales de Salud.

Esta coordinación es importante, ya que son los productores de los servicios de atención y de prevención, fundamentales para alimentar los indicadores de atención, tratamiento y prevención, pero sobre todo para usar las informaciones del sistema en la toma de decisiones, las cuales se espera repercutan en el mejoramiento del desempeño programático.

El SUME es totalmente integrable con el Sistema de Seguimiento que está en fase de diseño en el Ministerio de Salud Pública. Agencias de cooperación, instituciones privadas con y sin fines de lucro, así como otras instituciones gubernamentales, también formarán parte de la red de gestores del sistema.

Esta iniciativa que se está impulsando enfrenta importantes obstáculos: Por un lado, la falta de compromiso por parte de los socios de la RN, respecto a la rendición de cuentas; necesidad de recursos humanos capacitados, la no disponibilidad de herramientas técnicas que apoyen el análisis por niveles de generación del dato, y poca cultura de utilización de la información para la toma de decisiones por niveles.

Para enfrentar estos retos, se logró la constitución del Grupo Técnico de M&E (GRUTEME) y la habilitación y mantenimiento de espacios para la coordinación y la planificación, además del seguimiento a las acciones desarrolladas en materia de M&E. El GRUTEME busca transparentar las acciones en materia de M&E que se están ejecutando o se piensan ejecutar con la finalidad de evitar solapamiento de acciones. Adicionalmente, la creación del Plan Nacional de M&E se convierte en el documento de consulta central de todas las acciones a ejecutar en ITS/VIH/SIDA, por parte de los socios de la RN.

Impulsar este proceso trae consigo la necesidad de asistencia técnica y desarrollo de capacidades en gestión de programas de salud con énfasis en monitoreo y evaluación. Se requiere que una vez esté funcionando el Sistema Único de M&E (SUME) todos los responsables de RN reporten con oportunidad y calidad el logro de sus acciones; independientemente de que exista una compromiso contractual entre las partes en donde medie el tema económico.

Adicionalmente, se hace necesario contar con herramientas técnicas que apoyen el análisis por niveles de generación del dato, y crear una cultura de utilización de la información para la toma de decisiones por niveles de actuación, y que todas las acciones en M&E estén enmarcadas y en coordinación con las acciones planificadas dentro del Plan Nacional de M&E.

VIII. Anexos

8.1. Proceso de consulta y preparación del Informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA

8.2 Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2012