



República Dominicana

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS DEL PAÍS

Enero 2008-Diciembre 2009

Fecha de presentación: 31 de marzo de 2010

**Elaborado por
Comité de Seguimiento a UNGASS
República Dominicana**

Con el auspicio de:



I. Índice

	Página
II. Situación actual	4
2.1 Introducción	4
2.2 Proceso de elaboración del Informe	5
2.3 Resumen de Resultados	6
III. Panorama general de la epidemia de SIDA	17
3.1 Antecedentes	17
3.2 Prevalencia en el País: 2008 y 2009	19
IV. Respuesta Nacional a la epidemia de SIDA	21
4.1 Indicadores de Compromiso y Acción Nacionales	22
o Indicador No. 1. Gasto relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación	23
o Indicador No. 2. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)	28
<i>Parte A del cuestionario aplicado a organizaciones gubernamentales</i>	29
• Plan estratégico	31
• Apoyo político	32
• Prevención	33
• Tratamiento, atención y apoyo	34
• Vigilancia y evaluación	35
<i>Parte B del cuestionario aplicado a la Sociedad Civil:</i>	36
• Derechos humanos	37
• Participación de la sociedad civil	38
• Prevención	39
• Tratamiento, atención y apoyo	39
4.2 Indicadores del Programa Nacional	41
o Indicador No. 3. Seguridad Hematológica	42
o Indicador No. 4. Tratamiento del VIH: Terapia Antirretrovírica	45
o Indicador No. 5. Prevención de la Transmisión Materno Infantil	47
o Indicador País 1: Tamizaje a mujeres embarazadas con previa consejería últimos 12 meses	49
o Indicador No. 6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	51
o Indicador No. 7. Las pruebas del VIH en la población general	53
o Indicador No. 8. Las pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas	54
o Indicador No. 9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención	55
o Indicador No. 10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA	56
o Indicador No. 11. Educación escolar en VIH basada en aptitudes para la vida	60

	Página
4.3 Indicadores de Conocimiento y Comportamiento	61
o Indicador No. 12. Los huérfanos: asistencia a la escuela	62
o Indicador No. 13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH	63
o Indicador No. 14. Poblaciones más expuestas: Conocimiento sobre prevención VIH	65
o Indicador No. 15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	68
o Indicador No. 16. Relaciones sexuales de alto riesgo	70
o Indicador No. 17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo	71
o Indicador No. 18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo	73
o Indicador No. 19. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso preservativo	74
o Indicador No. 20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo	75
o Indicador No. 21. Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	75
4.4 Indicadores de Impacto	75
o Indicador No. 22. Reducción de la prevalencia del VIH	76
o Indicador No. 23 Poblaciones más expuestas: reducción prevalencia del VIH	77
o Indicador No. 24. Tratamiento VIH: Supervivencia después 12 meses Terapia antirretrovírica	79
o Indicador País 2: Hijos e hijas de madres VVS que acceden a la prueba PCR	80
V. Prácticas óptimas	82
VI. Principales problemas y acciones correctoras	83
VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país	85
VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación	86
IX. Anexos	93
9.1. Proceso de consulta y preparación del Informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA	
9.2 Informe Cuestionario Índice Compuesto de Política Nacional	
9.3 Matriz de Financiación	

II. Situación actual

2.1 Introducción

Como parte del consenso mundial en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y la necesidad de detener y empezar a invertir el curso de la epidemia del VIH/SIDA para el 2015¹, un total de 189 Estados Miembros adoptaron la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, en el marco del renovador Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA celebrado en junio de 2001.

Al reconocer la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes, la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA aborda respuestas mundiales, regionales y nacionales para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. Estos esfuerzos se extienden mucho más allá del sector gubernamental e integran al sector privado y grupos sindicales, organizaciones religiosas y no gubernamentales, así como otras entidades de la sociedad civil, incluidas organizaciones de personas que viven con el VIH o SIDA. En 2006, los Estados Miembros de Naciones Unidas renovaron estos compromisos en una Declaración Política sobre el VIH/SIDA para alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH para 2010.

Para la Declaración de compromiso, el éxito en la respuesta al SIDA se mide por el logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. La Declaración propone el seguimiento cuidadoso del avance en la aplicación de los compromisos establecidos y pide que el Secretario General de las Naciones Unidas proporcione de forma anual Informes sobre estos progresos. Dichos Informes tienen por objeto identificar problemas y obstáculos, y recomendar acciones para acelerar la consecución de las metas².

El Informe está conformados por 25 indicadores básicos agrupados en cuatro grandes categorías: acción y compromiso nacionales; programa nacional, conocimiento y comportamiento; e impacto. En el documento Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos, se presentan definiciones claras para cada indicador y mecanismos para obtener información de una manera continua.

Los indicadores de compromiso y acción nacionales se centran en las políticas y las aportaciones estratégicas y financieras destinadas a detener la propagación de la infección por el VIH, con el fin de proporcionar tratamiento, atención y apoyo a las personas infectadas, así como mitigar las consecuencias sociales y económicas de la alta morbilidad y mortalidad debidas al SIDA. Dentro de esta categoría figuran:

1. Gasto relativo al SIDA y
2. Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA

Los indicadores del programa nacional miden la producción, la cobertura y los resultados del programa; por ejemplo, la prevención de la transmisión materno-infantil, el tratamiento con fármacos antirretrovíricos para aquellos que los necesitan y los servicios para huérfanos y niños vulnerables. En este grupo están incluidos los siguientes indicadores:

¹ Metas de Desarrollo del Milenio: Objetivo 6, Metas 6A y 6B

² Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos, UNGASS 2010

3. Seguridad hematológica
4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica
5. Prevención de la transmisión materno-infantil
6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH
7. Las pruebas del VIH en la población general
8. Las pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas
9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención
10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA
11. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida

Los indicadores de conocimiento y comportamiento abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento, incluidos el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, el comportamiento sexual y la asistencia escolar entre los huérfanos. Esta categoría está conformada por los siguientes indicadores:

12. Los huérfanos: asistencia a la escuela
13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH
14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre prevención de transmisión del VIH
15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
16. Relaciones sexuales de alto riesgo
17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo
18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo
19. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo
20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo
21. Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras

Los indicadores de impacto, como el porcentaje de jóvenes infectados por el VIH, se refieren al grado en que las actividades del programa nacional han logrado reducir las tasas de infección por el VIH y la morbilidad y mortalidad asociadas. En tal sentido, dentro de este grupo figuran:

22. Reducción de la prevalencia del VIH
23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH
24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica
25. Reducción de la transmisión materno-infantil

En el caso particular de la República Dominicana, se identificó la necesidad de incluir dos (2) indicadores, para un total de 27 indicadores. Estos indicadores seleccionados por el país fueron los siguientes: 1) Porcentaje de mujeres embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su resultado previa consejería, 2) Porcentaje de hijos e hijas de madres VIH+ que acceden a la prueba PCR.

2.2 Proceso de elaboración del Informe

Con el objetivo de dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos por la República Dominicana, y en el interés de facilitar el proceso de coordinación nacional para la preparación de los Informes de progreso que debe presentar el país, se conformó un Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS en el año 2007, el cual está integrado por los diferentes actores y sectores que forman parte de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA. Este comité se reúne de manera periódica y cuenta con la participación de 19 organizaciones, incluyendo instituciones gubernamentales (4), de la Sociedad Civil (9) y Agencias de Cooperación Internacional (6).

Dentro del grupo de instituciones gubernamentales, figuran: Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), Ministerio de Educación y Dirección Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre. Las Asociaciones Sin Fines de Lucro participantes son: Alianza Solidaria para la Lucha contra el SIDA (ASOLSIDA), Amigos Siempre Amigos (ASA) (Alianza Gays, Trans y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres), Centro de Investigación y Apoyo Cultural (CIAC), 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 de Mujeres Unidas (MODEMU), Movimiento Socio-Cultural de Trabajadores Haitianos (MOSCTHA) (Alianza de Migrantes) y Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH (REDOVIH). Y por último, las agencias de cooperación: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y la Cooperación Internacional (USAID), Center for Disease Control (CDC), Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Adolescencia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para la elaboración de este Informe, las organizaciones miembros del comité, realizaron un total de nueve (9) jornadas de trabajo, con el objetivo de coordinar el proceso de elaboración del Informe, definir responsabilidades y niveles de actuación y dar seguimiento a los avances en la recolección de los datos relativos a los 27 indicadores, a la aplicación del Índice Compuesto de Política Nacional y a la redacción final del Informe.

Se logró una activa participación de los equipos técnicos de las diferentes organizaciones, destacándose la colaboración de COPRESIDA, DIGECITSS y ONUSIDA, en la coordinación general del proceso y en el apoyo técnico y operativo a la recolección de los datos. Se contó con el apoyo de una firma consultora contratada por ONUSIDA para apoyar y facilitar el proceso de elaboración del Informe. Además de las nueve (9) jornadas de trabajo, se realizaron seis (6) reuniones técnicas entre el consultor y técnicos clave de COPRESIDA, DIGECITSS y ONUSIDA, y al interior de estas entidades. Para la elaboración del ICPN se realizaron 23 entrevistas a igual número de actores representantes de entidades gubernamentales y de la sociedad civil.

Adicionalmente, se realizaron dos (2) actividades ampliadas, una con todos los miembros del comité y otros actores clave del sector³, con el objetivo de revisar y validar el documento borrador del Informe y hacer aportes y sugerencias al mismo, y una actividad de cierre para la presentación del producto final a los ejecutivos y tomadores de decisión representantes de las entidades miembros del Comité. Todas estas actividades fueron realizadas durante el período noviembre 2009-Marzo 2010.

2.3 Resumen de Resultados

A continuación, se presenta una tabla general que resume los datos correspondientes a los 27 indicadores, incluyendo la Línea de Base, los datos actuales y la fuente utilizada, resaltando los indicadores que tienen metas de acceso universal y especificando su nivel de cumplimiento. Es importante puntualizar que la mayoría de los indicadores del programa nacional están alimentados con datos relativos al Sector Público, ya que en algunos casos el Sistema de Información del país sólo recoge estos datos.

³ Taller de Revisión de Indicadores y Taller de Presentación de la versión preliminar del Informe UNGASS, 2010 – República Dominicana.

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
1. Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuentes de financiación	<p>El gasto nacional en SIDA 2008, ascendió a RD\$ 998 millones, equivalentes a US\$ 29 millones., de los cuales 54.3% provino de fondos internacionales, el 18.6% de fondos privados y el 27.1% restante de fondos públicos.</p> <p>Categorías de gasto: Prevención 27.07% Atención y Tratamiento 39.56% HNV 0.19% Gestión y Administración de Programas 25.80% RR.HH. 3.43% Protección Social y Servicios Sociales 0.26% Entorno favorable 2.36% Investigación 1.34%</p>	<p>Estudio MEGAS elaborado por Fundación Plenitud, a solicitud del COPRESIDA, y con el apoyo de ONUSIDA</p>	<p>El gasto nacional en SIDA 2008, ascendió a RD\$ 998 millones, equivalentes a US\$ 29 millones., de los cuales 54.3% provino de fondos internacionales, el 18.6% de fondos privados y el 27.1% restante de fondos públicos.</p> <p>Categorías de gasto: Prevención 27.07% Atención y Tratamiento 39.56% HNV 0.19% Gestión y Administración de Programas 25.80% RR.HH. 3.43% Protección Social y Servicios Sociales 0.26% Entorno favorable 2.36% Investigación 1.34%</p>	<p>Estudio MEGAS elaborado por Fundación Plenitud, a solicitud del COPRESIDA, y con el apoyo de ONUSIDA</p>	N/A
2. Políticas Gubernamentales sobre el VIH/SIDA	Ver Informe ICPN				
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Numerador= 72875 unidades de sangre	Informe UNGASS 2008 (Dirección Nacional de Bancos de Laboratorios y Bancos de Sangre)	Numerador=70008 Denominador=81478 Porcentaje= 85.92%	Dirección Nacional de Bancos de Laboratorios y Bancos de Sangre (Reporte 2008-2009)	N/A
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	<p>Numerador= 2006: 5001 (4,624 adultos y 377 niños) 2007: 8199 (7610 adultos y 589 niños)</p> <p>Denominador= 2006: <15= 879 (450 hombres y 429 mujeres)</p>	<p>Base de Datos DIGECITSS Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA</p>	<p>Numerador= 2008: Total 11,072 (10,286 adultos y 786 niños) 2009: Total 13,785 (12,912 adultos y 873 niños)</p> <p>Denominador= 2008: <15= 1920 (980 hombres y 940 mujeres)</p>	<p>Base de Datos DIGECITSS Informe Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de</p>	<p>Meta= 18,000 personas % Cumplimiento= 76.58%</p>

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
	<p>15+= 20293 (9745 hombres y 10548 mujeres) Total: 21172 (10195 hombres y 10977 mujeres)</p> <p>2007: <15= 924 (473 hombres y 451 mujeres) 15+= 20857 (10011 hombres y 10846 mujeres) Total: 21781 (10484 hombres y 11297 Mujeres)</p> <p>Porcentaje= 2006: 23,62% (Adultos= 22,79%, Niños/as= 42,89%) 2007: 37,64% (Adultos= 36,49%, Niños/as= 63,74%)</p>	en RD, 2007	<p>15+= 16160 (6410 hombres y 9750 mujeres) Total: 18080 (7390 hombres y 10690 mujeres)</p> <p>2009: <15= 1990 (1010 hombres y 980 mujeres) 15+= 17420 (6810 hombres y 10610 mujeres) Total: 19410 (7820 hombres y 11590 Mujeres)</p> <p>Porcentaje= 2008= 61,24% (63,65% adultos y 40,94% niños) 2009= 71,02% (74,12% adultos y 43,87% niños)</p>	Enfermedad, RD, 2009	
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	<p>Numerador= 2006: 669 2007: 850</p> <p>Denominador= 2006:1,798 2007:1,649</p> <p>Porcentaje= 2006: 37,21% 2007: 51,55%</p>	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010. Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, 2007	<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>	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010. Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009	Meta= 80% de las embarazadas % Cumplimiento= 58.73%
INDICADOR DE PAIS 1 Porcentaje de mujeres embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su resultado previa consejería	<p>Numerador= 2006: 52,341 2007: 68,374</p> <p>Denominador= 2006: 280,379 2007: 284,227</p> <p>Porcentaje= 2006: 18,67 %</p>	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010. Estimaciones del Consejo Nacional de Población y Familia - CONAPOFA-	<p>Numerador= 2008: 85,190 2009: 78,670</p> <p>Denominador= 2008: 288,115 2009: 292,030</p> <p>Porcentaje= 2008: 29,57 %</p>	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010. Estimaciones del Consejo Nacional de Población y Familia - CONAPOFA-	Meta= 99,360 embarazadas % Cumplimiento= 79.18%

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
	2007: 24.06 %		2009: 26,94 %		
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Numerador= 2006: 322 pacientes 2007: 267 pacientes Denominador= 2006: 650 2007: 640 Porcentaje= 2006= 49,54% 2007= 41,72%	Informe UNGASS 2008 (DIGECITSS) Data base OMS= www.who.int/tb/country/en	Numerador= 260 Denominador= 2008=620 Porcentaje= 2008= 41,94%	Reporte Infecciones Oportunistas. DIGECITSS Data base OMS= www.who.int/tb/country/en	N/A
7. 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=10,2%, 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=10,2%, 25-49=24% Mujeres 15-19=11,79%, 20-24=11,53%, 25-49=22,00%	Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007	N/A

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados	Numerador= GTH= 515 TRSX= 913 Denominador= GTH= 1,565 TRSX= 1,367 Porcentaje= GTH= 32.90% TRSX= 66.98%	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008	Numerador= GTH= 515 TRSX= 913 Denominador= GTH= 1,565 TRSX= 1,367 Porcentaje= GTH= 32.90% TRSX= 66.98%	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008	N/A
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH	Numerador= TRSX= 556 Denominador= TRSX= 1,256 Porcentaje= TRSX= 44.3%	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 20	Numerador= TRSX= 556 Denominador= TRSX= 1,256 Porcentaje= TRSX= 44.3%	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 20	N/A
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Numerador= 1705 Denominador= 39754 Porcentaje= 4.3%	Informes Proyecto Conecta, ejecutado por Family Health International y financiado por USAID, 2007 Estimación Media Taller Prevalencia, 2007	Numerador= 8873 Denominador= 23873 Porcentaje= 37.17%	Informe Cierre Proyecto Conecta, ejecutado por FHI y financiado por USAID. 2002-2008. Datos presentados=2008 Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de	N/A

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
				Enfermedad, Rep. Dominicana, 2009	
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	Numerador= 835 Denominador= 13560 Porcentaje= 6.16%	Ministerio de Educación/PEAS	Numerador= 835 Denominador= 13560 Porcentaje= 6.16%	Ministerio de Educación/PEAS	N/A
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Numerador A= Total= 9= (5 femeninos y 4 masculinos) Numerador B= Total= 3,264= (1,586 femeninos y 1,678 masculinos) Denominador A= Total= 13 (6 Femeninos y 7 Masculinos) Denominador B= Total= 3,362 (1,610 femeninos y 1,752 masculinos) Porcentaje A= 69.23% (83.33% femeninos y 57.14% masculinos) Porcentaje B= 97.09% (98.51% femeninos y 95.78% masculinos)	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples -ENHOGAR 2006-	Numerador A= Total= 9= (5 femeninos y 4 masculinos) Numerador B= Total= 3,264= (1,586 femeninos y 1,678 masculinos) Denominador A= Total= 13 (6 Femeninos y 7 Masculinos) Denominador B= Total= 3,362 (1,610 femeninos y 1,752 masculinos) Porcentaje A= 69.23% (83.33% femeninos y 57.14% masculinos) Porcentaje B= 97.09% (98.51% femeninos y 95.78% masculinos)	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples - ENHOGAR 2006-	N/A
13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las	Numerador= Conocimiento Comprensivo= 7381 (4,116 mujeres y 3,265 hombres) Mujeres: Pareja fiel= 8747, usando condón=8525, aspecto saludable= 9373, picadura mosquito=6205 y por compartir	ENDESA 2007	Numerador= Conocimiento Comprensivo= 7381 (4,116 mujeres y 3,265 hombres) Mujeres: Pareja fiel= 8747, usando condón=8525, aspecto saludable= 9373, picadura mosquito=6205 y por	ENDESA 2007	Meta: Aumentar el conocimiento comprensivo sobre el SIDA en: 45% para mujeres y 40% para hombres.

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	<p>alimentos=8011 Hombres: Pareja fiel= 8497, usando condón= 8652 , aspecto saludable= 8778 , picadura mosquito= 5125 y por compartir alimentos=6705</p> <p>Denominador= Conocimiento comprensivo=19,778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Denominadores válidos para todas las preguntas</p> <p>Porcentaje= Conocimiento Comprensivo= Total 37,32%: MUJERES: 40.8% HOMBRES: 33.7%</p> <p>Pareja fiel= Mujeres 86,7% y hombres 87.7% Usando condón= Mujeres 84.5 % y hombres 89.3 % Aspecto saludable=Mujeres 92.9%, hombres 90.6% Picadura mosquito= Mujeres 61.5%, hombres 52.9% Por compartir alimentos= Mujeres 79.40% y hombres 69.2%</p>		<p>compartir alimentos=8011 Hombres: Pareja fiel= 8497, usando condón= 8652 , aspecto saludable= 8778 , picadura mosquito= 5125 y por compartir alimentos=6705</p> <p>Denominador= Conocimiento comprensivo=19,778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Denominadores válidos para todas las preguntas</p> <p>Porcentaje= Conocimiento Comprensivo=Total 37,32%: MUJERES: 40.8% HOMBRES: 33.7%</p> <p>Pareja fiel= Mujeres 86,7% y hombres 87.7% Usando condón= Mujeres 84.5 % y hombres 89.3 % Aspecto saludable= Mujeres 92.9% y hombres 90.6% Picadura mosquito= Mujeres 61.5 % y hombres 52.9 % Por compartir alimentos= Mujeres 79.40% y hombres 69.2%</p>		Respecto a componentes específicos: Sobre si las picadas de mosquitos pueden transmitir el virus del VIH se propuso la meta de: 75% para mujeres y un 75% para hombres sobre si compartiendo alimentos se puede transmitir el VIH se propuso la meta de: 85% para mujeres y un 80% para hombres % Cumplimiento= Por medir
14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	<p>Numerador= GTH: Pareja fiel= 1,146, Condón= 1,306, Saludable=1,334, Mosquito= 1,332 y Alimento= 1,332 TRSX: Pareja fiel= 873, Condón= 1,184, Saludable= 1,156, Mosquito= 1,222, Alimento= 1,219</p> <p>Denominador= GTH: Pareja fiel=1319, Condón=1,331, Saludable=1,368, Mosquito=1,332, Alimento=1332 TRSX: Pareja fiel: 1,225, Condón: 1,256, Saludable: 1,252, Mosquito= 1,224, Alimento: 1,224</p> <p>Porcentaje=</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.	<p>Numerador= GTH: Pareja fiel= 1,146, Condón= 1,306, Saludable=1,334, Mosquito= 1,332 y Alimento= 1,332 TRSX: Pareja fiel= 873, Condón= 1,184, Saludable= 1,156, Mosquito= 1,222, Alimento= 1,219</p> <p>Denominador= GTH: Pareja fiel=1319, Condón=1,331, Saludable=1,368, Mosquito=1,332, Alimento=1332 TRSX: Pareja fiel: 1,225, Condón: 1,256, Saludable: 1,252, Mosquito= 1,224, Alimento: 1,224</p> <p>Porcentaje=</p>	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.	N/A

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
	GTH= Pareja fiel: 86.9%, Condón: 98.12%, Saludable: 97.51%, Mosquito:100%, Alimento: 100% TRXS= Pareja fiel: 71.26%, Condón: 94.26%, Saludable: 92.33%, Mosquito: 99.8%, Alimento: 99.6%		GTH= Pareja fiel: 86.9%, Condón: 98.12%, Saludable: 97.51%, Mosquito: 100%, Alimento: 100% TRXS= Pareja fiel: 71.26%, Condón: 94.26%, Saludable: 92.33%, Mosquito: 99.8%, Alimento: 99.6%		
15. 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	N/A
16. 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%	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%	ENDESA 2007	N/A

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
	Hombres 15-19=33,49%, 20-24=42,59%, 25-49=26,77%		Hombres 15-19=33,49%, 20-24=42,59%, 25-49=26,77%		
17. 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	N/A
18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Numerador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1104 GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 685 Denominador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1367	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.	Numerador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1104 GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 685 Denominador= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1367	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.	N/A

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
	GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 1565 Porcentaje= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 80.8% GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 43.77%		GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 1565 Porcentaje= TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 80.8% GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 43.77%		
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el 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.	N/A
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	No hay datos disponibles	N/A	No hay datos disponibles	N/A	N/A
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se	No hay datos disponibles	N/A	No hay datos disponibles	N/A	N/A

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
inyectó					
22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por 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)) 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) Porcentaje= 2007. Total= 0.27%, Mujeres=0.42%, Hombres=0.22%	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)) 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) Porcentaje= 2007. Total= 0.27%, Mujeres=0.42%, Hombres=0.22%	ENDESA 2007	N/A
23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	Numerador= GTH= 64 TRSX: 62 Denominador= GTH= 597 TRSX= 1300 Porcentaje= TRSX: 4.8% GTH: 11%	GTH: Estudio Delta Proyecto USAID/ Conecta 2004 TRSX: 1era. Encuesta Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX y UD) 2008	Numerador= GTH= 64 TRSX: 62 Denominador= GTH= 597 TRSX= 1300 Porcentaje= TRSX: 4.8% GTH: 11%	GTH: Estudio Delta Proyecto USAID /Conecta en RD 2004. TRSX: 1era. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX y UD) 2008	N/A
24. Porcentaje adultos y niños con VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que	Numerador= 7096 (461 niños y 6635 adultos) Denominador= 7863 (520 niños y 7343 adultos)	DIGECITSS	Numerador= 3313 (2008= 2170 y 2009= 1143) Denominador= 3981 (2008= 2605 y 2009= 1376)	DIGECITSS	N/A

Indicador	Línea de Base	Fuente LB	Datos Informe 2010	Fuente Datos Informe 2010	Meta Acceso Universal 2010 y Nivel de Cumplimiento
continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Porcentaje= 90.25% (88.65% niños y 90.36%)		Porcentaje= 83,22% (2008= 83.30% y 2009=83.07%)		
25. Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	Los datos de este indicador serán completados por ONUSIDA, Ginebra				
INDICADOR DE PAIS 2 Porcentaje de hijos e hijas de madres VVS que acceden a la prueba PCR	Numerador= 2006= 234 niños/as accedieron a la prueba y 15 resultaron positivos (6.4%) 2007=167 niños/as accedieron a la prueba y 17 resultaron positivos (10.18%) Denominador= 2006:1,798 2007:1,649 Porcentaje= 2006= 13.01% 2007= 10.13%	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010. Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, 2007	Numerador= 2008= 637 niños/as accedieron a la prueba y 83 resultaron positivos (13.0%) 2009= 572* niños/as accedieron a la prueba y 62 resultaron positivos (10.84%) Denominador= 2008: 2,030 2009: 2,020 Porcentaje= 2008: 31,38% 2009: 28,32%	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010. Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009	N/A

III. Panorama general de la epidemia de SIDA

Las informaciones presentadas en este capítulo, como panorama general de la epidemia de SIDA en República Dominicana, fueron tomadas de las siguientes fuentes: Informe de las Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, 2007, 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, Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009, Estudio Delta realizado por el Proyecto USAID/Conecta: 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. y otros estudios y documentos consultados.

3.1 Antecedentes

El Subsistema de notificación de caso SIDA inició de manera informal en el año 1983 con la notificación del primer caso; como resultado de esto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dispuso como obligatoria la notificación de Casos SIDA, mediante el llenado del formulario SIS – 03, formulario que permitió caracterizar la epidemia y examinar los factores de riesgo. El Sistema de Información en Salud reporta casos acumulados de VIH y SIDA desde el inicio de la epidemia en el país y muchos de los casos son reportados después de la defunción. El análisis global de todos los casos notificados en el país desde el 1983, se caracteriza por un predominio heterosexual.

Desde el año 1991 en la República Dominicana se realizan las Encuestas Centinela VIH en tres grupos poblacionales: Embarazadas captadas en su primera consulta de atención prenatal, pacientes que demandan atención por una infección de transmisión sexual (ITS) y trabajadoras sexuales captadas en clínicas de ITS donde deben someterse a exámenes periódicos de detección de ITS. Entre los objetivos de las Encuestas Centinela del VIH se encuentra realizar análisis de tendencia de la seroprevalencia de esta epidemia.

En el año 2002, en el marco de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002) se desarrolló la primera medición de serología para el VIH en una muestra de 28,000 personas, cuyos resultados mostraron una prevalencia del 1% con un 0.9% en zona urbana y un 1.2% en las zonas rurales. En el año 2004 se efectúan los primeros intentos de conocer la prevalencia de algunas ITS en República Dominicana, realizándose la primera encuesta de prevalencia de la sífilis y Hepatitis B ejecutadas en el contexto de encuestas centinelas del sistema de Vigilancia Epidemiológica VIH/ITS.

Los aspectos metodológicos y de análisis estadísticos utilizados para el análisis de la prevalencia del VIH, son los mismos utilizados para el análisis de la prevalencia de la sífilis y la hepatitis B en estas encuestas. La estrategia de laboratorio utilizada en la vigilancia serológica en la República Dominicana consiste en el uso de dos pruebas rápidas con principios antigénicos diferentes. El algoritmo utilizado fue validado en el año 2002 como parte del proceso del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de segunda generación iniciado en el país. Con la adopción de la estrategia de vigilancia de segunda generación, diversos estudios de comportamiento han sido realizados en diferentes poblaciones.

En el año 2007, se realizó la segunda medición de seroprevalencia en el 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%.

Estos datos muestran que la distribución de la infección del VIH en la República Dominicana es bastante similar en las zonas rurales o peri-urbanas a las zonas urbanas, esto es debido, probablemente, a las buenas comunicaciones existentes entre las provincias y el hecho de que el tamaño del país permite la movilidad de la población con relativa facilidad en un corto espacio de tiempo, a diferencia de otros países de la región donde existe una mayor diferencia en la proporción urbana frente a la rural. Es importante destacar que al igual que en el año 2002, en la ENDESA 2007, se obtuvo una sub-muestra representativa de los bateyes⁴, evidenciándose en el 2002 una prevalencia de 5%, resultando en el 2007 una prevalencia de 3.2%, cuya distribución por sexo en la población de 15 – 49 años evidencia una prevalencia de 3.1% en mujeres y 3.3% en hombres.

Gráfico 1: ENDESA 2007, Resultados VIH y distribución por edad y sexo

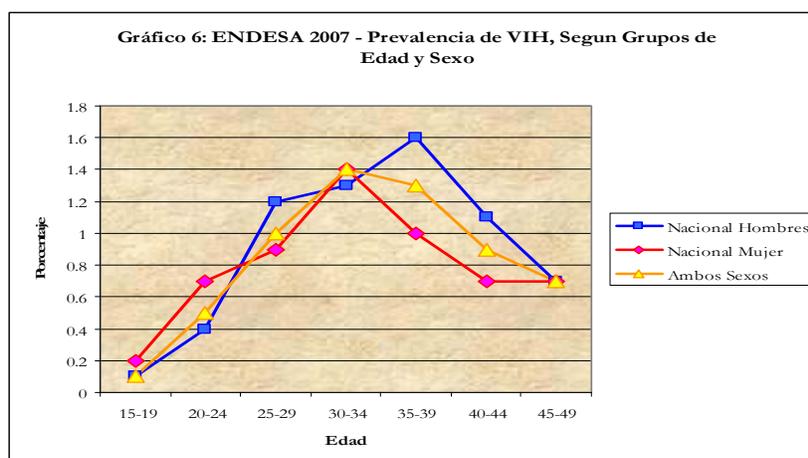
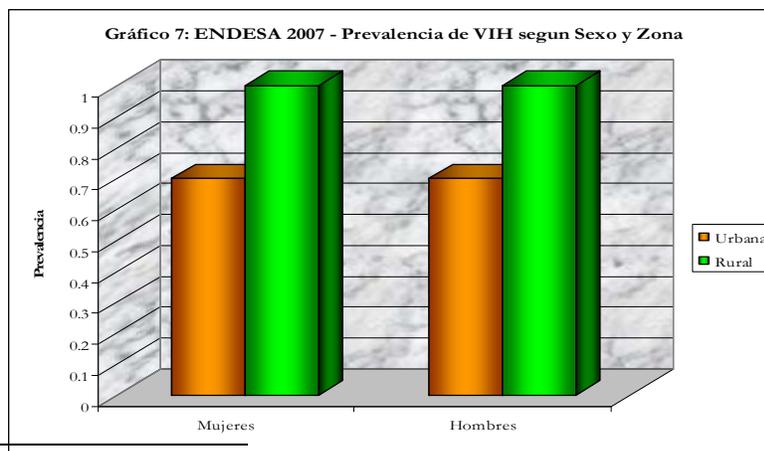


Gráfico 2: ENDESA 2007 y distribución de la prevalencia por sexo y localidad



⁴ Los bateyes son concentraciones humanas alrededor de los principales ingenios azucareros, ubicados en pequeñas habitaciones de descanso para los obreros al finalizar la jornada de trabajo. Análisis sociodemográfico de la base poblacional batey. COPRESIDA/Leonardo Martínez 2006.

3.2 Prevalencia del VIH/SIDA en el País: 2008 y 2009

En vista de que la ENDESA se realiza cada cinco (5) años, la encuesta desarrollada en 2007 sigue siendo, como instrumento de medición con base demográfica, la fuente de datos más actualizada en el país, reportando una prevalencia a nivel nacional de 0.8%. La próxima ENDESA será en el año 2012.

En el Informe correspondiente a las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, realizadas el pasado año 2009, se afirma que no se conocen las cifras exactas de personas que viven con el VIH o SIDA, que se han infectado recientemente o que han fallecido a causa del SIDA, debido a que lograr una certeza del 100% en el número de personas que viven con el VIH en la República Dominicana, por ejemplo, requeriría analizar cada año la presencia del VIH en todos los dominicanos, lo cual es logísticamente imposible y plantearía problemas éticos; por lo que se puede optar por estimar estas cifras utilizando otras fuentes de datos.

El país desarrolló sus primeras Estimaciones Nacionales desde el año 1994. A partir del 1997, ONUSIDA y la OMS han publicado periódicamente las estimaciones específicas de los países sobre la carga de morbilidad de la infección por el VIH. Los métodos y supuestos utilizados para obtener las estimaciones del VIH se han ido mejorando gracias al aumento del conocimiento de la epidemia y de su dinámica en diferentes poblaciones. Para el desarrollo de esos métodos se han seguido las recomendaciones del Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones.

Para la realización de las estimaciones nacionales del año 2009, se utilizaron dos paquetes informáticos: Paquete de Estimaciones y Proyecciones (EPP, por sus siglas en inglés) y Spectrum. El EPP es un paquete informático utilizado para estimar y proyectar el nivel de prevalencia de VIH en adultos a partir de los datos de prevalencia de los países con epidemias generalizadas o concentradas.

A continuación un resumen de los algunos de los resultados presentados en el Informe de las estimaciones nacionales 2009.

Estimaciones de:	2008	2009
Personas con VIH		
 Población 15-49	47780	48550
 Población 0-14	3870	3780
Nuevas Infecciones		
 Población 15-49	3350	3530
 Población 0-14	421	442
Mortalidad Anual		
 Población 15-49	2060	2130
 Población 0-14	374	357

Fuente: Informe Estimaciones Nacionales 2009

Un estudio específico realizado en poblaciones vulnerables, reporta una prevalencia de 4.8% en trabajadoras sexuales del total de 1300 que fueron encuestadas y que se sometieron a la determinación del VIH y otras ITS, según el Informe 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-), realizado en 2008.

Para este estudio se priorizaron estas poblaciones debido a la carencia de información y la necesidad de focalizar acciones tendentes a aumentar la percepción de riesgo, aumentar la prevención a través del cambio de comportamiento y disminuir la prevalencia de las ITS y el VIH en estos grupos específicos. En 2004, se realizó la encuesta DELTA⁵, entre casi 600 HSH. Durante esta encuesta se realizaron pruebas de anticuerpos al VIH con la prueba comercial Orasure®; resultando 64 participantes con prueba reactiva (11% de la muestra total).

⁵ Estudio realizado por el Proyecto USAID/Conecta ejecutado por Family Health International en República Dominicana: 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.

IV. Respuesta Nacional a la epidemia de SIDA

El VIH/SIDA constituye una prioridad de la agenda política, que se inscribe en los esfuerzos dirigidos a enfrentar la pobreza y lograr el desarrollo social y económico del país. En el plano mundial, la República Dominicana ha suscrito numerosos instrumentos jurídicos que ratifican este interés y sobre todo el compromiso de desarrollar programas efectivos de prevención, atención, tratamiento y apoyo; y mitigación del VIH/SIDA. En este marco, se destaca la participación de los diferentes sectores y actores del país, en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁶, la Declaración Política sobre el VIH/SIDA, la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria⁷; el plan regional de ITS y VIH/SIDA para el Sector Salud 2006-2015 de la OPS/OMS, entre otros acuerdos.

En el contexto nacional, se cuenta con dos (2) instrumentos jurídicos vinculados de manera sustantiva al VIH y el SIDA: Ley de SIDA 55-93⁸ y el Decreto 32-01 que 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”. Un anteproyecto de la Ley de VIH y SIDA se encuentra en proceso de revisión para su aprobación. Con las modificaciones realizadas al documento de la Ley, se espera fortalecer el reconocimiento de los derechos humanos de las personas que viven con VIH (PVVIH). 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.

Además del COPRESIDA, existen otras instancias que forman parte de la Respuesta Nacional. 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-. Adicionalmente, se cuenta con un amplio grupo de organizaciones de sociedad civil que desarrollan programas y proyectos en materia de SIDA, incluyendo las Redes de PVVIH como principales activistas, y a 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, que como miembros del COPRESIDA, participan de manera activa en estos procesos, esto incluye entidades gubernamentales y del Sector Privado.

Como respuesta a la necesidad de contar con un plan de trabajo que sirviera de guía para la coordinación, el seguimiento y la evaluación de la Respuesta Nacional vinculada al VIH/SIDA, se cuenta con el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA, que contempla el período 2007-2015. Este plan es el resultado de un proceso de construcción colectiva, con la participación de todos los

⁶ En el año 2004, mediante el decreto No.1215-04 se crea la Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible como institución multisectorial promotora de la colaboración interinstitucional entre las agencias gubernamentales, las autoridades locales, el sector privado, la sociedad civil y la Organización de las Naciones Unidas en el País –ONU-.

⁷ En el año 2004, el país suscribió el Acuerdo de Donación con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el cual fue enmendado el pasado año 2009.

⁸ Ley de SIDA 55-93 del 31 de diciembre de 1993, mediante la cual se establece la notificación a las autoridades de salud pública nacionales, todo lo relacionado con las personas vivas o fallecidas que hayan sido infectadas por el virus del SIDA y su Reglamento de Aplicación del 8 de abril de 1996.

sectores y actores que forman parte de la lucha contra el SIDA. En el marco del PEN, se prioriza como temas estratégicos de principal relevancia los siguientes:

- Las políticas públicas asociadas a la Respuesta Nacional al VIH/SIDA e ITS.
- Articulación de la Respuesta Nacional con el Sistema de Seguridad Social.
- La movilización y la participación social.
- Estrategias relacionadas a la reducción de contextos de vulnerabilidad.
- El fortalecimiento de las acciones orientadas a prevención de ITS, VIH y el SIDA.
- Incremento de la cobertura y aumento de la calidad de los servicios de atención integral a las personas que tienen una ITS y/o que viven con el VIH/SIDA.
- Disminución del impacto que el VIH y el SIDA causan en las personas que viven con VIH, sus familiares y la sociedad en general.
- Establecimiento de acciones de carácter binacional coordinadas con las autoridades y la sociedad civil de la República de Haití.

Estos temas fueron enmarcados en cuatro ejes estratégicos: Políticas Públicas, Movilización Social, Promoción y Prevención, y Atención Integral. La gestión y operativización de estas estrategias plantean múltiples retos para la Respuesta Nacional, tomando en cuenta el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud vigente, y con ello la separación de funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, anteriormente denominado Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social –SESPAS-. Las funciones básicas definidas son: Rectoría, Provisión, Aseguramiento y Financiación. En este contexto, las intervenciones de atención a las personas deben formar parte de las ejecutorias de los Servicios Regionales de Salud, estructuras en fase de desconcentración y que se espera se constituyan en instancias independientes con personería jurídica, y la regulación de los servicios (normatización, habilitación, monitoreo y evaluación) como responsabilidad principal del Ministerio como autoridad sanitaria nacional.

En este momento, el deslinde de los ámbitos de trabajo de cada una de las instancias, a nivel operativo, se encuentra en proceso de construcción, y es precisamente en este contexto de reformas estructurales y funcionales del sistema, que se ha venido desarrollando la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en el período 2008-2009. A continuación, una panorámica general del país, tomando como punto de partida los 27 indicadores que representan la parte sustantiva de este Informe.

Indicadores Básicos para el Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, UNGASS 2010

4.1 Compromiso y Acción Nacionales

Este bloque incluye dos (2) indicadores:

1. Gasto relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación
2. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)
 - Parte A (Aplicada a funcionarios gubernamentales):
 - Plan estratégico;
 - Apoyo político;
 - Prevención;
 - Tratamiento, atención y apoyo, y
 - Vigilancia y evaluación
 - Parte B (Aplicada a representantes de las organizaciones de la sociedad civil, órganos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas):
 - Derechos Humanos;
 - Participación de la sociedad civil;
 - Prevención, y
 - Tratamiento, atención y apoyo

1. Gasto Relativo al SIDA

Ficha Técnica Indicador # 1	
Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuentes de financiación	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Recopilar datos exactos y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos
Frecuencia de Recopilación de datos	Datos para los años calendario o fiscales 2007, 2008 y 2009 (según estén disponibles)
Instrumento de medición	Instrumento/método principal: Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA). Instrumentos/métodos alternativos: 1) Cuentas Nacionales de Salud y 2) Encuesta del Flujo de Recursos
Método de medición	Gastos reales clasificados 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: 1. Prevención 2. Atención y tratamiento 3. Huérfanos y niños vulnerables 4. Fortalecimiento de la gestión y administración del programa 5. Incentivos para los recursos humanos 6. Protección social y servicios sociales (excluidos aquellos para huérfanos y niños vulnerables) 7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad 8. Investigación (excluida la investigación de operaciones que pertenecen a la gestión del programa).

Con el objetivo de conocer y caracterizar la inversión del país en programas y servicios de VH SIDA, la República Dominicana desarrolló un estudio en base a la metodología de Medición del Gasto en SIDA –MEGAS-, que es una herramienta básica, diseñada por ONUSIDA, para supervisar el cumplimiento de las funciones de seguimiento y evaluación de los recursos provenientes de fuentes internas y externas que se invierten en los países para dar respuesta a la epidemia del VIH y el SIDA. En el caso de la República Dominicana, es la primera vez que se realiza este tipo de medición.

El Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), con el apoyo de ONUSIDA, realizó el estudio de medición del Gasto en SIDA 2008, a partir del cual se pueden conocer los gastos reales clasificados de acuerdo con ocho categorías y por fuente de financiación, incluido el gasto público de fuentes propias y de fuentes internacionales.

Las categorías identificadas son las siguientes:

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

En el Informe presentado por la República Dominicana en UNGASS del año 2008, se reportó un conjunto de datos relativos a este indicador, en base a estimaciones realizadas por la Fundación Plenitud, a partir de los gastos resultantes de la ejecución de los proyectos financiados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y por el Banco Mundial, debido a que el país no contaba con ningún estudio realizado en base a los instrumentos de medición requeridos por las Directrices de ONUSIDA. En tal sentido, en el presente Informe, se ha identificado como línea de base el referido estudio desarrollado en 2008, cuyos datos constituyen además el reporte para el año 2010.

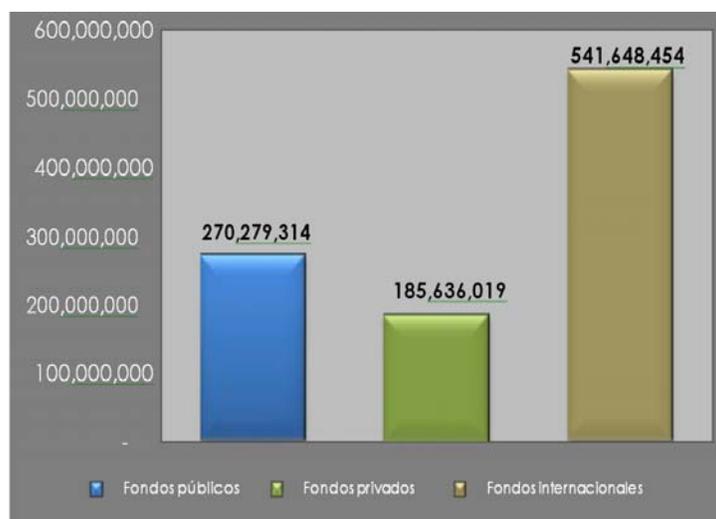
Es importante puntualizar que el estudio sólo incluye los gastos en SIDA correspondientes al año 2008. Los datos presentados en el estudio fueron calculados a partir de fuentes primarias, adaptaciones de fuentes primarias y estimaciones realizadas a partir de los datos disponibles. A continuación, un resumen del Informe preliminar del estudio realizado en 2008, en base a la metodología MEGAS:

El gasto nacional en SIDA, ejecutado durante el año 2008, ascendió a RD\$ 998 millones, equivalentes a US\$ 29 millones. La asignación de recursos a la Respuesta Nacional del VIH/SIDA en el país fue de RD\$997,563,787 (novecientos noventa y siete millones quinientos sesenta y tres mil setecientos ochenta y siete pesos), unos US\$29,007,3805, de los cuales 54.3% provino de fondos internacionales, el 18.6% de fondos privados y el 27.1% restante de fondos públicos.

Los fondos públicos son las asignaciones del Gobierno Central para financiar las siguientes partidas: los recursos presupuestarios asignados a la SESPAS para el funcionamiento de la DIGECITSS y de las SAIs, así como de las asignaciones para el COPRESIDA; también contemplan los fondos restantes del préstamo del Banco Mundial, dado que se consideran parte del financiamiento público.

El gráfico siguiente muestra la distribución en pesos dominicanos del total asignado a la epidemia del VIH/SIDA, por cada tipo de fuente de financiamiento, durante el año 2008.

Gráfico No. 13. Total monto del gasto en SIDA por fuentes de financiamiento en RD\$, 2008



Fuente: Informe Preliminar MEGAS, República Dominicana, 2008

Los fondos públicos representan el 27.1% del total de fuentes y, dentro de éstos, el 16% corresponde al Gobierno Central en base a fuentes fiscales y el 11% al préstamo del Banco Mundial. Los fondos internacionales representan el 54.3% del financiamiento total, dentro del cual, el 90% es provisto por agencias multilaterales, el 5% por contribuciones bilaterales directas y el 5% restante por organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro. Del total de fondos otorgados por agencias multilaterales, el 95% es el aporte otorgado por el Fondo Mundial para apoyar la respuesta al VIH/SIDA en el país.

Finalmente, los fondos privados están constituidos por aportes de los hogares y de las empresas. No se han realizado estudios en el país para estudiar con detenimiento estas fuentes, por lo que para nuestros fines se realizó una estimación del gasto de bolsillo de los hogares, cuya metodología de estimación se detalla en el Anexo 4. Los hogares aportaron el 18.3% del total del recursos aportados a la Respuesta Nacional, representando a su vez, el 98% de las fuentes privadas.

Fuentes de financiamiento por categoría de gasto en SIDA

Para el año 2008, los fondos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento estuvieron orientados a financiar las categorías de gasto en SIDA, tal como se presenta en la tabla siguiente:

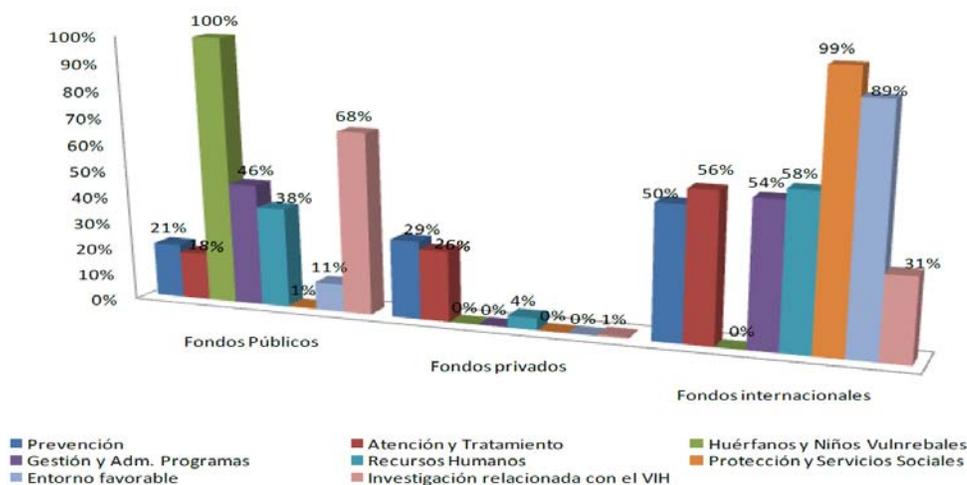
Tabla 1: Fuentes de Financiamiento por Categorías del gasto en SIDA, 2008											
Fuentes de Financiamiento	Categorías de gasto en SIDA								Total Fuentes Financiamiento		
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	RD\$	US\$	%
Fondos Públicos	55,470,984	70,473,764	1,855,064	118,012,805	12,889,384	13,200	2,487,642	9,076,471	270,279,314	7,859,241	27.09%
Fondos privados	79,278,948	104,495,278	-	244,151	1,531,400	-	-	86,242	185,636,019	5,397,965	18.61%
Fondos internacionales	135,289,703	219,716,652	-	139,079,043	19,753,728	2,606,215	21,046,694	4,156,419	541,648,454	15,750,173	54.30%
Total por CGS RD\$	270,039,635	394,685,694	1,855,064	257,335,999	34,174,512	2,619,415	23,534,336	13,319,132	997,563,787	29,007,380	100%
Total por CGS US\$	7,852,272	11,476,758	53,942	7,482,873	993,734	76,168	684,337	387,297	29,007,380		
% por CGS	27.07%	39.56%	0.19%	25.80%	3.43%	0.26%	2.36%	1.34%	100.00%		

Fuente: Informe Preliminar MEGAS, República Dominicana, 2008

En tercer lugar, los fondos de los donantes se asignaron para la prevención (25%), en sub-categorías tales como: la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI), comunicación para el cambio social y de comportamiento; asesoramiento y pruebas voluntarias (APV); suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial, prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS); entre otras.

El destino de los fondos públicos estuvo enfocado principalmente hacia la gestión y administración de programas (44%), la atención y tratamiento (26%), así como a la prevención (21%). En lo que corresponde a prevención, el 53% del gasto en esta categoría estuvo dirigido a la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo a través de la DIGECITSS, mientras que el 13% se enfocó al suministro de preservativos.

Gráfico 14: Destino de los fondos para financiamiento Categorías Gastos en SIDA



Fuente: Informe Preliminar MEGAS, República Dominicana, 2008

Como se observa en el gráfico anterior, el programa de atención y tratamiento, así como el de prevención, se financia en un 50% con fondos internacionales y en más de una cuarta parte por fondos de hogares, mientras que el gobierno aporta alrededor de un 20%. El COPRESIDA es el principal agente de financiamiento de la Respuesta Nacional, tanto del sector público como del sector privado, siendo el ente coordinador de las asignaciones del 60.3% de todos los recursos de dicha respuesta.

En sentido general, el sector público toma las decisiones por el 74.0% de los fondos y la SESPAS es la segunda institución del sector público en cuanto al monto de recursos que canaliza. La SESPAS canaliza los fondos principalmente a través de la DIGECITSS, que es la entidad que administra actualmente las SAI. En estas unidades es que se atiende la población afectada por el virus del VIH para recibir su tratamiento.

Agentes de Financiamiento	Monto RD\$	Monto en US\$	% del total	% por AF
Agentes Públicos	738,584,375	21,476,719	74.0%	
SESPAS	131,963,190	3,837,255	13.2%	17.9%
Hacienda	5,466,585	158,959	0.5%	0.7%
COPRESIDA	601,154,600	17,480,506	60.3%	81.4%
Agentes Privados	233,565,903	6,791,681	23.4%	
ONGs	51,150,620	1,487,369	5.1%	21.9%
Hogares	182,415,283	5,304,312	18.3%	78.1%
Agentes del Exterior	25,413,509	738,980	2.5%	
ONUSIDA	15,443,154	449,059	1.5%	60.8%
PNUD	751,422	21,850	0.1%	3.0%
Caritas	542,433	15,773	0.1%	2.1%
Visión Mundial	1,492,761	43,407	0.1%	5.9%
Otras ONG internacionales	7,183,739	208,890	0.7%	28.3%
Total	997,563,787	29,007,380	100.0%	

Fuente: Informe Preliminar MEGAS, República Dominicana, 2008

Los agentes financieros privados toman las decisiones de gasto por el 23.4% de los recursos que se asignan a la Respuesta Nacional. Como se verá más adelante, el grueso de estos recursos los gastan los hogares (78.1%) principalmente para la adquisición de condones y el restante 21.9% corresponde a las Asociaciones Sin Fines de Lucro y de la Sociedad Civil nacionales.

Los agentes del exterior administran la ejecución del gasto de sólo el 2.5% de los recursos. El 60.8% de este monto corresponde a ONUSIDA, el 36.3% a ONG internacionales y un 3% al PNUD. Hasta el momento no se ha podido obtener la información correspondiente a otras agencias de Naciones Unidas que poseen gasto en SIDA, tales como la OPS.

Agentes Financieros por categoría de gasto en SIDA

En el año estudiado (2008), los fondos administrados por los agentes financieros se dirigieron, según orden de importancia, a la atención y tratamiento (39.6%); a la gestión y administración de programas (25.8%), y a programas de prevención (27.1%). Esto se puede observar en el cuadro a continuación:

Agentes Financieros	Categoría de Gasto en SIDA										
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	RD\$	US\$	%
Sector Público	170,635,748	275,292,482	1,855,064	238,288,521	29,145,375	13,200	13,971,439	9,382,546	738,584,375	21,476,719	74%
	23.1%	37.3%	0.3%	32.3%	3.9%	0.0%	1.9%	1.3%	100%		
Sector Privado	90,902,928	118,522,358	-	7,435,499	4,249,957	2,606,215	7,274,308	2,574,638	233,565,903	6,791,681	23%
	38.9%	50.7%	0.0%	3.2%	1.8%	1.1%	3.1%	1.1%	100%		
Organizaciones Internacionales	8,500,959	870,854	-	11,611,979	779,180	-	2,288,589	1,361,948	25,413,509	738,980	3%
	33.5%	3.4%	0.0%	45.7%	3.1%	0.0%	9.0%	5.4%	100%		
Total por AF RD\$	270,039,636	394,685,695	1,855,064	257,335,999	34,174,512	2,619,415	23,534,336	13,319,132	997,563,790	29,007,380	100%
Total por AF US\$	7,852,272	11,476,758	53,942	7,482,873	993,734	76,168	684,337	387,297	29,007,380		
% por AF	27.1%	39.6%	0.2%	25.8%	3.4%	0.3%	2.4%	1.3%	100%		

Fuente: Informe Preliminar MEGAS, República Dominicana, 2008

Los agentes financieros públicos invirtieron la mayor parte de los recursos en atención y tratamiento (37.3%), seguido de administración de programas (32.3%) y prevención (23.1%). Los demás servicios (Huérfanos y Niños Vulnerables –HNV-, Recursos Humanos –RR.HH.-, protección social, entorno favorable e investigación) representaron un 7.4%.

Es importante destacar que el monto asignado a recursos humanos (3.9%), se refiere a capacitación y formación de los mismos, así como a los incentivos para retener el personal de servicios de salud dentro del sector de VIH/SIDA, ya que las rentas salariales se contemplan dentro de las CGS donde el personal ofrezca sus servicios, de acuerdo a la metodología de MEGAS.

En el caso de los agentes financieros privados, interesa destacar por separado la forma en que se gastaron los recursos administrados por los hogares y por las ONG. Como se señaló previamente, los hogares gastaron el 42.8% de los recursos en prevención, básicamente para la compra de condones; asimismo, gastaron el 57.2% en tratamiento, tanto para completar sus necesidades no totalmente cubiertas por el sistema público, así como para aquellas personas con VIH que se tratan totalmente en el sector privado, con financiamiento propio.

En el caso de las ONG, sus decisiones financieras estuvieron orientadas a la prevención con 24.9%, mientras que el 27.9% se asignó a actividades de tratamiento y prevención. El 47.2% restante lo dirigió a las actividades de gestión y administración de programas (14.5%), RR.HH. (8.3%), protección social (5.1%), entorno favorable (14.2%) y 5% a investigación.

Los agentes financieros internacionales, por su parte, orientaron los recursos económicos principalmente a la gestión y administración de programas (45.7%), la prevención (33.5%) y a propiciar un entorno favorable (9.0%), mediante la sensibilización y los programas dirigidos a los derechos humanos y en particular, orientados a las mujeres.

Estos datos presentados forman parte de un reporte preliminar del Informe MEGAS 2008. Se espera contar con la versión final del Informe y un análisis más detallado de las diferentes variables del estudio, a finales del mes de marzo 2010.

2. Políticas Gubernamentales sobre el VIH SIDA

Ficha Técnica Indicador # 2	
Índice Compuesto de Política Nacional -ICPN-	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar el avance en el desarrollo y aplicación de políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/sida a nivel nacional.
Frecuencia de Recopilación de datos	Bienal. Idealmente, el Índice Compuesto de Política Nacional se rellena durante los últimos 6 meses del periodo de información
Instrumento de medición	Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional
Método de medición	El cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional se divide en dos partes que abarcan las siguientes áreas: Parte A (para que respondan los funcionarios del gobierno) I. Plan estratégico II. Apoyo político III. Prevención IV. Tratamiento, atención y apoyo V. Vigilancia y evaluación Parte B (para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, órganos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas). I. Derechos humanos II. Participación de la sociedad civil III. Prevención IV. Tratamiento, atención y apoyo

El Índice Compuesto de Políticas Públicas es una herramienta que mide los avances realizados en materia de desarrollo y aplicación de las políticas, estrategias y leyes nacionales sobre el SIDA. Es parte integral de la lista de indicadores básicos del UNGASS. Consta de dos partes: La parte A que se corresponde con el reporte de los funcionarios gubernamentales y la parte B que se corresponde con los representantes de la sociedad civil.

Para la recopilación y validación de los datos del ICPN del Informe 2010, por recomendación del Comité de Seguimiento a los Compromisos asumidos por el país en la Declaración de Compromiso y en la Declaración Política sobre VIH/sida, se contrató a un Consultor que, con el apoyo directo del COPRESIDA, procedió con la distribución y aplicación de los cuestionarios a cada una de las instituciones, tanto gubernamentales como de la sociedad civil, previamente definidas por el Comité, atendiendo a las diferentes secciones contempladas en el ICPN.

Durante el proceso de recopilación de datos del ICPN, se distribuyeron treinta (30) cuestionarios entre las instituciones seleccionadas, quince (15) a instituciones gubernamentales y quince (15) a entidades de la sociedad civil. De los treinta (30) cuestionarios distribuidos, sólo pudieron ser aplicados nueve (9) a instituciones gubernamentales y catorce (14) a entidades de la sociedad civil.

Una vez recopilada la información a través de los cuestionarios debidamente completados por cada una de las instituciones consultadas, tanto gubernamentales como de la sociedad civil, se presentó un informe general del proceso agotado y los resultados preliminares arrojados por el mismo.

A seguidas, el COPRESIDA revisó la recopilación de los datos aportados por las entidades gubernamentales entrevistadas -Parte A del ICPN-; y las entidades de la sociedad civil que forman parte del Comité revisaron la recopilación de los datos aportados por las entidades de la sociedad civil entrevistadas -Parte B del ICPN -.

Para concluir este proceso, el Comité unificó en un solo documento los datos recopilados y los validó, procediendo con la digitación de los resultados obtenidos en dicho proceso. A continuación, se presenta un breve resumen de los hallazgos correspondientes al período 2008-2009, a partir de un Informe elaborado por el Consultor Leonardo Sánchez.

Parte A: Actores Gubernamentales

Los actores entrevistados reconocen la existencia del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015, e identifican como poblaciones prioritarias incluidas como beneficiarias en dicho marco estratégico: mujeres, jóvenes, usuarios de drogas inyectadas, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales, y Huérfanos y Niños Vulnerables. Adicionalmente, valoran el proceso de elaboración del Plan como resultado de un ejercicio de construcción colectiva, con la participación activa de todos los sectores y actores de la Respuesta Nacional, incluyendo la Sociedad Civil como uno de sus principales protagonistas.

Los entrevistados afirmaron que el Plan Estratégico Nacional se operativiza en un Plan Bienal y éste tiene un costeo que incluye las partidas aportadas por las diferentes instituciones y agencias que intervienen en la Respuesta Nacional. Este costeo con aportes de diversas fuentes se convierte en el presupuesto de la Respuesta Nacional.

Algunas de las instituciones que señalan la no asignación de presupuesto para algunos de los sectores, explican las fuentes de financiamiento de donde provienen los recursos que soportan la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH de dicho sector, haciendo mención a USAID y otros organismos de la cooperación internacional, donación del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y de la cooperación multilateral y bilateral de ONUSIDA, UNICEF, OPS, UNFPA y USAID.

Todos los entrevistados (9) coincidieron en afianzar que el sector salud tiene presupuesto asignado. Para el caso del sector educativo, 5 de los entrevistados identifican la existencia de presupuesto, ninguno de los entrevistados conoce la existencia de partidas presupuestarias destinadas al sector transporte, en tanto que 4 señalan que las mujeres están incluidas en el presupuesto; 1 que la policía y el ejército y 4 el sector trabajo.

Con relación a la participación de la Sociedad Civil, los entrevistados expresaron que la Sociedad Civil tiene representación importante en diversos espacios de toma de decisión para la implementación de programas y proyectos como el Mecanismo Coordinador de País (MCP), donde también cuenta con voz y voto.

Además, la Sociedad Civil es sub beneficiaria de proyectos con financiamiento externo y donaciones para la Respuesta Nacional al VIH/SIDA, donde es responsable de la implementación de las actividades y es parte importante de los procesos de evaluación de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

Entre los diferentes planes específicos que apoyan la respuesta nacional, identificados por los entrevistados, figuran el Plan de Desarrollo Nacional, Estrategia Nacional para la Reducción de la Pobreza, Plan Decenal de Salud (PLANDES), programas de cooperación de ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, OPS, PNUD, PMA y el Fondo de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y otros planes de abordaje nacional. Como áreas de intervención de dichos planes, se mencionaron las siguientes: prevención de VIH, tratamiento a Infecciones Oportunistas, tratamiento antirretroviral, apoyo y cuidado, incluyendo seguridad social y otros esquemas; acciones paliativas del impacto del VIH, reducción de inequidades de género relacionadas con la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo en torno al VIH, reducción del estigma y la discriminación, y empoderamiento económico de las mujeres como por ejemplo acceso a créditos y capacitaciones.

Como instrumentos jurídicos de apoyo a la Respuesta Nacional, se identificó en primer lugar la Ley de SIDA 55-93, haciendo énfasis a los artículos relacionados de manera directa con el respecto de los derechos de las personas, incluyendo niños y adultos, trabajadores y personas con VIH (Artículos 3, 4, 22, 23 y 24). En segundo lugar, se mencionaron las Leyes de Protección a Niños (as) y Adolescentes, y los organismos o instituciones que promueven su aplicación. Adicionalmente, resaltaron que se desarrollan acciones de promoción y divulgación de la Ley de SIDA, por parte de las instancias pertinentes de forma que los diferentes segmentos poblacionales puedan conocerla, entenderla y exigir su aplicación.

Otros de los mecanismos identificados como apoyo a la aplicación de las leyes, son la implementación de sanciones por el Sistema Judicial, asesoría legal gratuita a través del sistema de redes de apoyo a la persona viviendo con VIH/SIDA, concientización de jueces, fiscales y abogados, líneas de orientación y difusión de información para acceder a servicios legales, canalizar quejas y hacer valer los derechos de potenciales demandantes (gob* 462), y reglamentos de aplicación de los instrumentos legislativos. No obstante a la existencia de estos instrumentos jurídicos y sus mecanismos de aplicación, se reconoce que su cumplimiento es parcial en algunos aspectos. Los entrevistados afirmaron que aun se evidencia poco desarrollo y fortalecimiento institucional para asegurar su cumplimiento.

En el área de vigilancia y evaluación, al ser cuestionados sobre el uso que se da a la información, los entrevistados expresaron que se usa para medir el impacto de los programas de VIH-SIDA, para establecer cobertura y acceso de salud vía la seguridad social, monitoreo de indicadores, publicaciones, estimaciones en transmisión vertical y para saber a cuántas mujeres se les puede llegar, para la vigilancia centinela, para saber si se está cumpliendo con la cobertura, si los tratamientos están siendo eficaces, si hay nuevos casos identificados, para reorientar y ajustar el apoyo que se ofrece a las personas y poder llegar a mayor cobertura en suministro de antirretrovirales.

Además, agregaron que esta información es utilizada para la toma de decisiones y destino de los recursos, para la captación de otras fuentes de financiamiento, para conocer el número estimado de personas con VIH captados por el sistema y las embarazadas con VIH que han sido protegidas, para monitorear la magnitud de la infección VIH, las tendencias y conocer el impacto del programa nacional; para registrar las personas infectadas y prestar cuidados en función de sus necesidades terapéuticas, incluyendo la terapia antirretroviral; para conocer la población pediátrica infectada como consecuencia de las oportunidades perdidas en la captación e intervención en el servicio y el número de niños y niñas que muestran seroconversión de la infección VIH en el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical (PNRTV).

Adicionalmente, para analizar la tendencia de la prevalencia de la infección del VIH en subgrupos poblacionales y áreas geográficas seleccionadas, para identificar redes dentro de poblaciones difíciles de alcanzar, asignar recursos y tomar decisiones en general.

A continuación, un resumen de los avances del país desde 2007 y los principales retos identificados por los entrevistados, en el marco de cada una de las categorías valoradas en el ICPN.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN ESTRATEGIA DE PLANIFICACION:

- ✓ Se ha logrado detener el avance de la epidemia, colocándose en un aparente estado estacionario.
- ✓ La articulación y coordinación de diferentes actores públicos.
- ✓ Mayor conocimiento en la población.
- ✓ Garantizar cobertura de medicamentos y servicios de salud.
- ✓ El establecimiento de las unidades de apoyo en los centros de salud. • Conformación de redes de la sociedad civil.
- ✓ El hecho de ofertar tarjetas de solidaridad a las PVVS y su inclusión en la seguridad social.
- ✓ En el tema de infancia, aumentar la atención, mayores unidades de atención, fortalecimiento de los sistemas de prevención de la transmisión vertical.
- ✓ Adquisición de fármacos a bajos precios (genéricos).
- ✓ Nuevos acuerdos con la gestión de compras, acuerdos con PROMESE CAL par la distribución de los fármacos e insumos.
- ✓ Un plan conjunto que atiende a las necesidades de los distintos sectores. • Mayor racionalidad en el uso de los recursos.
- ✓ Movilizar apoyos.
- ✓ Integrar los diferentes sectores en los esfuerzos por combatir el SIDA.
- ✓ Mayor esfuerzo de planificación y mejores resultados con los aportes de todos.
- ✓ Comprometer a todas las personas.
- ✓ Diseño del plan estratégico nacional para la prevención y el control de las ITS, VIH y SIDA, 2007 – 2015.
- ✓ Participación en el Rolling Continuation Channel (RCC) del Fondo Mundial para la Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, 2009-2015, que prioriza las metas de Acceso Universal definidas en el informe UNGASS, 2008.
- ✓ Estructuración de un presupuesto multi-anual de la respuesta nacional al VIH y al SIDA.
- ✓ Proceso de Reforma del Sector Salud (Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones).

Retos vinculados con la Estrategia de Planificación:

- Mejorar la coordinación intersectorial.
- Establecer estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera de los programas.
- Ampliar las asignaciones presupuestarias del propio Estado.
- Mejorar los sistemas de seguimiento, evaluación y monitoreo.
- Articulación de los planes operativos.
- Mejora en la rectoría.
- Sistema único de información.
- Suficiencia de los recursos para los diferentes sectores.
- Mayor empoderamiento de los diferentes sectores en torno a la toma de decisiones.
- Validar las estimaciones y proponer estrategias concretas para algunos de nuestros grupos vulnerables.
- Limitación de recursos financieros que afecta la sostenibilidad de los programas relacionados con el VIH.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN APOYO POLITICO:

- ✓ Colocar la epidemia en una fase estacionaria.
- ✓ Confianza de los órganos internacionales de financiamiento, que ofrecen apoyo económico.
- ✓ La integración SESPAS, DIGECITS, COPRESIDA.
- ✓ La visión de Reforma del Sector Salud y la intención de integrar los programas de VIH dentro de las estrategias ministeriales.
- ✓ Programas definidos por instituciones.
- ✓ Convenios que permiten aumentar el suministro de antirretrovirales.
- ✓ Presidente declara VIH/SIDA como tema prioritario y obstáculo del desarrollo. • Vicepresidente y Primera Dama presiden eventos Día Mundial del SIDA.
- ✓ Tema VIH/SIDA forma parte de la agenda política.
- ✓ Vicepresidente entrega a comisión de legisladores anteproyecto de ley que modifica la Ley 55-93 sobre SIDA, en el marco del Día Mundial del SIDA (2009)
- ✓ COPRESIDA forma parte del Gabinete Social de Lucha contra la Pobreza.
- ✓ Inclusión de PVVS en Plan Básico de Salud del Régimen Subsidiado a través de SENASA (Resolución No.212-02 del SDSS) como parte de los compromisos del gobierno en Cumbre Unidad Nacional frente a la crisis economía mundial, gracias a la gestión realizada por COPRESIDA ante el Vicepresidente de la República, quien preside Comisión Gubernamental de la Seguridad Social.
- ✓ Vicepresidente entrega carnets de SENASA a PVVS (7 mil) en Palacio Nacional • Ingreso de PVVS (3,085) a los programas de Subsidio Sociales del Gobierno, a través del Programa Solidaridad del Gabinete Social
- ✓ Ley de Presupuesto prevé RD\$247 millones para subsidiar el seguro de salud de las personas positivas al VIH y con discapacidad.
- ✓ Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2007-2015 con enfoque multisectorial.
- ✓ Política Nacional de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Orfandad y Vulnerabilidad por VIH/SIDA (2008).

Retos vinculados con el Apoyo Político:

- Mejorar la coordinación intersectorial tanto en salud, en educación, entre otros.
- Destinar mayor financiamiento del presupuesto nacional a las actividades programáticas relacionadas con la pandemia.

- Aprobar la ley y el cumplimiento de la misma.
- Mayor cobertura de los programas.
- Más recursos del gobierno.
- Aumento del presupuesto asignado tanto a la instancia coordinadora como a los brazos operativos en el sector salud gubernamental.
- Faltan mecanismos y procesos que generen una vinculación sinérgica entre las diferentes instancias.
- Gran complejidad y confusión en la delimitación de roles y funciones.
- Limitación de recursos financieros que afecta la sostenibilidad de los programas relacionados con el VIH.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN PREVENCIÓN:

- ✓ Hubo abastecimiento de condones gratuitos durante todo el período. • Se habla de transmisión vertical durante todo el período.
- ✓ Se hicieron alianzas estratégicas con finalidad de potencializar los esfuerzos de prevención.
- ✓ Fortalecimiento de los programas de prevención.
- ✓ Más acceso a la información.
- ✓ Más participación de las ONG.
- ✓ Estrategia Nacional de Educación en VIH y SIDA basada en Aptitudes para la Vida para en estudiantes de los niveles inicial, básico y media, cumpliendo acuerdo “Educar es Prevenir”;
- ✓ Promoción de educación sexual, en base acuerdo conjunto con Centro Nacional de Educación Sexual de Cuba para trabajar en programas educativos integrales de prevención ITS/VIH/SIDA.
- ✓ Prevención en comunidad mediante acuerdos y estrategias particulares con organizaciones de la sociedad civil (CASCO, COIN, IDDI, CIAC, Alianza de Bateyes, MOSCTHA, CIMUDIS, ASA, Alianza GTH, PROSOLIDARIDAD, INDAJOVEN, Pastoral Juvenil, Fundación Sur Futuro, PROFAMILIA, ASODEMUSA) representativas de los grupos poblaciones más atacados por la epidemia (Jóvenes, Trabajadoras Sexuales, Bateyes, Inmigrantes, Discapacitados, Personas Privadas de Libertad y Población GTH), y Procuraduría Fiscal, SEDEFIR e INFOTEP.
- ✓ Prevención en mujeres para fortalecer género y negociación, con actividades comunitarias implementadas por ONGs (Colectiva Mujer y Salud, Mujeres Dominicanas en Desarrollo y la Fundación Casa de la Mujer Villaltagraciana). • Promoción de Sexo seguro: con distribución de condones como herramienta eficaz en prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, desarrolladas por Organizaciones Gubernamentales, ONGs de la Sociedad Civil y Servicios de Atención a PVVS;
- ✓ Mejoría en proceso de captación de pruebas VIH, con estrategia para reducir brecha entre PVVs estimados y captados de incremento de centros que reportan dentro del SNS.
- ✓ Promoción de pruebas voluntarias en la comunidad. • Mejoría de la notificación en sector público.
- ✓ Notificación de pruebas de tamizaje desde el sector privado. • Captación y notificación Grupos Vulnerables con poco acceso al sistema de salud: a través de capacitación de la Sociedad Civil en técnicas para pruebas rápidas, pre y post consejerías y formatos de notificación.
- ✓ Notificación desde los bancos de sangre de la red pública y Bancos de Sangre de Cruz Roja.
- ✓ Comunicación para los cambios de comportamiento.

- ✓ Inclusión de las personas con VIH o con sida al régimen subsidiado del seguro familiar de salud del sistema dominicano de seguridad social.
- ✓ Inclusión de las personas con VIH o con sida en los programas desarrollados por la administradora de subsidios sociales, del gabinete de coordinación de políticas sociales del estado
- ✓ Las alianzas estratégicas con algunas ONG que están trabajando a nivel urbano y rural.
- ✓ La prevención del VIH en TRSX.
- ✓ En el ámbito educativo se han ampliado los programas de capacitación dentro del programa de educación afectivo sexual dentro del marco de habilidades para la vida.
- ✓ Inclusión de puestos de consejerías en centros hospitalarios, desde este nivel.
- ✓ Mejoría del acceso a la pruebas VIH de embarazadas de poblaciones vulnerables, en los servicios de centros de salud y de referencias hospitalarias, involucrando a organizaciones del sector no gubernamental.
- ✓ Inclusión de nuevos actores en las acciones de la respuesta nacional al VIH y al SIDA.

Retos vinculados con Prevención:

- Incrementar el financiamiento, porque si descuidas la prevención nos exponemos a incrementar los índices de infección de la epidemia, y por consiguiente se echan por la borda las historias de éxito de los modelos de prevención del país.
- Influencia de las Iglesias.
- Lentitud con que se avanza.
- Implicación mayor de algunas instancias de decisión.
- Destino de recursos financieros.
- Establecimiento de mecanismos para el cumplimiento de políticas.
- Asignación presupuesto nacional.
- Tema de DDHH
- Aumento del liderazgo y de la importancia de la participación social
- Limitación de recursos financieros que afecta la sostenibilidad de los programas relacionados con el VIH
- La prevención del VIH debe ser vista como una prioridad de salud, por el potencial integrador del tema con otros aspectos de salud (Física, mental y social).
- En el contexto de Jóvenes no escolarizados
- Mayor cobertura de los programas.
- Mayor disponibilidad de recursos.
- Más implicaron de algunas instancias a lo interno de la SEE.
- Mayor apoyo de los organismos de cooperación.
- Producción de material impreso.
- Recursos para las capacitaciones.
- Aumento de la cobertura para poblaciones necesitadas.
- Sistemática y seguimiento para poner en evidencia su efectividad.
- Vinculación del primer nivel con los servicios de atención integral.
- Necesidad de revisión de la currícula para incluir contenidos relacionados con el VIH, en todos los niveles educativos
- Necesidad de reducción de la transmisión vertical

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN TRATAMIENTO, ATENCION Y APOYO:

- ✓ Garantía de antirretrovirales a población que vive con el VIH • Creación de las unidades de apoyo en los centros de salud.

- ✓ Inclusión en los programas de tuberculosis el tema de enfermedades oportunistas y su tratamiento.
- ✓ Hay esfuerzos importantes para mejorar la calidad de la atención.
- ✓ Reducción de costos.
- ✓ Mayor aporte de las instituciones del gobierno.
- ✓ Avance hacia la transversalización de los servicios de VIH en las redes de servicios de salud, con el fin de que la sostenibilidad sea garantizada.
- ✓ Mejoramiento del sistema de información a este nivel para generar informaciones oportunas para la toma de decisiones.
- ✓ Inicio en 2009 de la distribución de medicamentos y otros insumos de la Red de servicios de ITS/VIH/SIDA dependientes de la DIGECITSS y supervisado por COPRESIDA.
- ✓ Aumento de la cobertura en más de un 200%, aumento de la captación y seguimiento clínico, mejoría en los sistemas de información, horizontalización de los servicios, mejoría de los procesos de planificación de demandas y proyecciones, elaboración de planes de compras a más largo plazo, nacionalización de la gestión de calidad de los medicamentos, inclusión de pruebas de monitoreo (DNAPCR) en el país.

Retos vinculados con Tratamiento, Atención y Apoyo:

- Mejora de la atención directa en los hospitales
- Calidez de la atención.
- Hacer mayor énfasis en la adherencia al tratamiento.
- Clínicas de atención integral están mayormente ubicadas cerca de la capital
- Necesidad de acciones de prevención y tratamiento para usuarios de drogas inyectables (UDI); no existe intercambio ni centros para distribución de jeringas
- Falta de coordinación entre los programas de TB y VIH
- Integración de los servicios en los diferentes niveles de atención, mejoría de los sistemas de gestión de fármacos e insumos, integración del sistema de información.
- Poco acceso PVVS a pruebas diagnósticas (CD4 y carga viral)

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN VIGILANCIA Y EVALUACION

- ✓ Actualización del sistema de información SIAI plus.
- ✓ Continuidad de la realización de la encuesta centinela. La actualización de las estimaciones nacionales en VIH.
- ✓ La integración de todos los sectores socios en la respuesta al sistema de monitoreo y evaluación.
- ✓ El desarrollo de estrategias conjuntas para su financiamiento.
- ✓ Notificación pasiva de los casos individuales de VIH/SIDA
- ✓ Vigilancia serológica del comportamiento de riesgo a las ITS/VIH, basada en puestos centinela para conocer prevalencia de la infección VIH en sub-grupos poblacionales y áreas geográficas.
- ✓ Vigilancia de la fármaco resistencia del VIH a los Antirretrovirales, en base a encuestas serológicas centinelas del VIH.
- ✓ ENDESA 2007, incluye información sobre seroprevalencia del VIH.
- ✓ Registro de la tuberculosis como una de las enfermedades oportunistas más frecuentes asociadas al VIH
- ✓ Las encuesta de vigilancia centinela de infección VIH, hepatitis b y c, en embarazadas, TRSX y personas que demandan atención por presentar una ITS. • La primera encuesta de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica en GTH/TRSX/UD, en la República Dominicana, año 2008.

- ✓ Las estimaciones nacionales de prevalencia de VIH y carga de enfermedad, año 2007 y 2009.
- ✓ La incorporación dentro del proyecto de RCC del fondo mundial el objetivo 5 relativo a “consolidar un sistema único de monitoreo y evaluación para VIH”.

Retos vinculados con Vigilancia y Evaluación:

- El entrenamiento del personal en lo que es vigilancia y la creación de una entidad, grupo o comité que pueda servir para monitorear no solo los datos sino todos los componentes de la epidemia.
- La creación formal de equipo técnico de monitoreo y evaluación.
- La disponibilidad de recursos para sostener las intervenciones en este sentido.
- SIS-03 es un sistema de notificación pasiva, por lo que el nivel central depende de la notificación oportuna del nivel intermedio (Direcciones Provinciales de Salud-DPS) y estos a su vez están sujetos a la información suministrada por los niveles locales (Centros Asistenciales).
- Desarrollo de capacidades técnicas en el área en cuestión.
- Contar con personal capacitados en vigilancia, monitoreo y evaluación en las instituciones socias.
- Asegurar que las acciones de vigilancia, monitoreo y evaluación estén enmarcadas con presupuesto disponible y comprometido dentro de las acciones priorizadas en el presupuesto nacional, con la finalidad de garantizar sostenibilidad en el proceso.

Parte B: Sociedad Civil

Todos los entrevistados reconocen la existencia de la Ley de SIDA 55-93. Sin embargo, expresaron que el grado de aplicación es muy bajo, ya que depende del grado de activismo que manifieste el grupo involucrado y el espacio donde se realice ese activismo. Afirmaron que en el COPRESIDA opera un programa de Veeduría Ciudadana para las PVVS y que hay dos personas representantes de las Redes de PVVS que se encargan de recoger a través de las Unidades de Atención Integral (UAI) las denuncias de manera anónima en buzones para estos fines. Agregaron que también reciben y procesan denuncias de personas en términos de violaciones a los derechos. En el Ministerio de trabajo también existe una unidad que se encarga de dar seguimientos a las denuncias de las PVVS en materia de violación de los derechos establecidos en la ley 55-93 para fines laborales.

Con relación a los servicios de prevención afirmaron que son gratuitos, ya que están financiados por el Fondo Mundial y la Cooperación Internacional, pero que estos programas no tienen suficiente alcance. La Sociedad Civil entiende que en términos de Provisión de tratamiento antirretroviral, las limitaciones son las mismas establecidas internacionalmente para los países con ingresos limitados: hay que esperar que la PVVS se enferme, o sea diagnosticada clínicamente con SIDA para poder empezar a recibir los remedios de manera gratuita. Expresaron que esto hace que muchas personas que no cumplen con el protocolo y quisieran entrar en el régimen antirretroviral no tengan la oportunidad de hacerlo porque económicamente no lo pueden costear.

En el ámbito de tratamiento, atención y apoyo, refirieron que en el país se han establecido Unidades de Atención Integral, en las que se brinda atención y apoyo a las PVVS, y que estas unidades a veces sufren desabastecimiento, no sólo de antirretrovirales, sino también de medicamentos esenciales para el manejo de las infecciones oportunistas.

La realización de controles de laboratorio como conteo de Células T4 y la medición de la Carga Viral, también es muy limitada. Algunas de estas unidades han empezado a cobrar una cuota de recuperación a los pacientes para el mantenimiento de la planta física de las mismas, sobretodo las que funcionan en organizaciones de la sociedad civil.

Sostuvieron que aunque la cuota es baja, esto limita a muchos pacientes que no poseen los recursos económicos suficientes ni siquiera para cubrir esta pequeña contribución, y que la epidemia es definida como generalizada por los expertos, pero los números en que basan su definición corresponden en prevalencia e incidencia a una epidemia concentrada, lo que obstaculiza las acciones a favor de las poblaciones que la definen.

Los entrevistados resaltaron que todas estas actividades se realizan con una cuota muy alta de los fondos de las Agencias Internacionales. Esto afecta altamente la sostenibilidad de los programas preventivos, de atención y apoyo y no significa que la existencia de los mismos se deba a una política del país.

Reconocieron que se ha avanzado en la inclusión de las personas VIH positivos en los planes del régimen subsidiado de seguridad social, sin embargo muchas personas carentes de documentos de identidad personal, quedan excluidos de dichos planes. Añadieron que la discriminación en los servicios también incluye a trabajadores del sexo femenino y masculino, a HSH, gays, trans. La negación a internamiento o ejecución de procedimientos quirúrgicos, inclusive la discriminación se da a nivel hospitalario hasta en lo relacionado con otras patologías que no tienen que ver con el VIH.

A continuación, un resumen de los avances del país desde 2007 y los principales retos identificados por los entrevistados, en el marco de cada una de las categorías valoradas en el ICPN.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN POLITICAS, LEYES Y REGULACIONES PARA PROTEGER LOS DERECHOS HUMANOS

- ✓ La inclusión de la atención a PVVS en el paquete básico de salud de la seguridad social y en tarjeta solidaridad
- ✓ Propuesta de cambio de Ley 55-93, que cursa en el Senado de la República
- ✓ Expansión de PRTMP
- ✓ La elaboración de un plan estratégico nacional para la prevención y control del VIH-SIDA 2007-2015
- ✓ Establecimiento de un Comité de Veeduría
- ✓ La introducción de la Ley 55-93 por la consultoría Jurídica al Congreso.
- ✓ Haber colocado el tema en los medios de comunicación y que la mayoría de los sectores y comunidades de mayor riesgo hayan hecho conciencia de la necesidad de prevenir la epidemia y de luchar por sus derechos humanos ellos mismos.
- ✓ Se ha mantenido funcionando la estructura creada para el sector laboral en el Ministerio de Trabajo
- ✓ El principal logro ha sido el hecho de que el COPRESIDA ha asumido el liderazgo en materia de la defensa de las PVVS hasta lograr su inclusión en el sistema nacional de Seguridad Social. Así mismo ha demostrado liderazgo e interés en el proceso de modernizar y actualizar la Ley 55-93 sobre SIDA.

Retos vinculados con Políticas, Leyes y Regulaciones para proteger los Derechos Humanos:

- Revisar y aprobar la nueva Ley de SIDA e implementar mecanismos para el cumplimiento de la Ley.
- Asegurar suministro permanente de medicamentos y reactivos.
- Ampliar oferta de medicamentos de segunda y tercera opción.
- Ampliar programa de veeduría.
- Promover el conocimiento del estatus serológico con conciencia, no como se hacen actualmente los operativos de pruebas voluntarias.
- Dar más atención y mejores oportunidades de prevención a los grupos vulnerables como son los Gay y los Trans.
- Falta de financiamiento para la implementación del precitado plan estratégico
- Que el estado habilite los recursos necesarios en el presupuesto nacional para la ejecución de los programas que se derivan de las políticas que sean elaboradas.
- Es necesario que se establezcan mecanismos e instrumentos para la detección, registro y sanción a las violaciones de derechos de los PVVS. De la misma forma es necesaria una inversión pública para fortalecer las capacitaciones, particular en el sistema de justicia.
- La aplicación de lo establecido en la Ley de SIDA. Que las empresas públicas y privadas, civiles y militares, que realizan pruebas de VIH como condición de ingreso laboral y/o de permanencia en el empleo sean sancionadas como manda la Ley.
- Que las mujeres viviendo con VIH que paren a través del programa de transmisión vertical sigan recibiendo medicina antirretroviral de por vida.
- Que se creen políticas y leyes que regulen la situación de estigma y discriminación que viven los grupos más expuestos y vulnerables al VIH y SIDA.
- Todos, hay que crear verdaderas políticas e invertir en las mismas y promover y difundir las leyes existentes
- Mecanismos de aplicación efectiva y eficiente y voluntad política para hacerlas cumplir
- Falta de un marco legal revisado, ley de sida en fase de revisión.
- Aprobación de la Modificación de la Ley 55-93
- Que el Estado dominicano asuma el tema con suficiente voluntad política y que la sociedad civil asuma su rol de incidir para que las cosas cambien.
- Se requiere de la creación de normas, políticas y mecanismos efectivos para lograr que los esfuerzos se concreten en acciones que impacten positivamente en el respeto a los derechos humanos de las personas que viven con el virus.
- Que el COPRESIDA siga asumiendo su rol de líder y autoridad nacional para la recomendación de políticas y la traducción de estas en leyes y reglamentaciones en los diferentes sectores del gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN EL INCREMENTO DE LA PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD CIVIL

- ✓ Haber obtenido un espacio en el MCP.
- ✓ Mantener la coalición de ONG's que trabajan en VIH

Retos vinculados con el incremento de la participación de la Sociedad Civil:

- Falta auditoría técnica a programas
- Ampliar participación de grupos de base
- Esfuerzo sistemático de dar a conocer la Ley de SIDA

- Mecanismo de aplicación de la LEY
- Que las autoridades responsables de la temática comiencen a utilizar mecanismos más incluyentes y democrático en el diseño, planificación ejecución y seguimiento de los programas dirigidos a la prevención y atención al VIH.
- La sociedad Civil es usada como el trampolín para conseguir los recursos y su participación es casi nula, no hay llamado cuando se consiguen los fondos, los actores del estado que hicieron el compromiso en la lucha para adquisición son removidos cuando estos llegan, rompiendo automáticamente el compromiso con la sociedad civil ya que elegiste el funcionario nuevo no la vieja institución
- Falta de financiamiento
- Existe un grado muy bajo por la falta de financiamiento para actividades de prevención.
- Dar cumplimiento a la ley por parte del sector público y un incremento de la inversión vinculando a la sociedad civil, en particular para las labores de prevención y atención a favor de los grupos más expuestos y vulnerables.
- Que las recomendaciones producto de la participación de la sociedad civil sea tomada en cuenta.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN PREVENCIÓN

- ✓ Haber obtenido un espacio en el MCP.
- ✓ Mantener la coalición de ONG's que trabajan en VIH

Retos vinculados con Prevención:

- Trabajar en contra de los sub-registros y sesgos para fortalecer el trabajo de vigilancia epidemiológica. Mas trabajos de investigación, censar.
- Falta de financiamiento
- La falta de voluntad política del liderazgo nacional para incluir el tema del VIH-SIDA en los órganos del estado con un carácter de prioridad nacional.
- Que se incluyan recursos suficientes en el presupuesto nacional cada año para trabajar el tema del VIH-sida.
- Incrementar los aportes para la prevención basada en IEC y CCC, especialmente en grupos expuestos y vulnerables
- Aumentar la cobertura de estos programas. Encontrar vías de financiamiento alternativas para los mismos, procedentes de recursos locales o internacionales.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN TRATAMIENTO, ATENCION Y APOYO

- ✓ Se han extendido la cantidad de unidades/servicios de atención a pacientes con VIH/SIDA, tanto en número como geográficamente.
- ✓ Disponibilidad de pruebas especializadas en el manejo de VIH carga viral y CD4
- ✓ Disponibilidad de terapia de rescate en Segunda línea
- ✓ Garantía de TARV a través de donaciones.
- ✓ Que por lo menos las personas infectadas que pertenecen a las redes están recibiendo una parte de los Medicamentos.
- ✓ Se ha mejorado en los servicios integrales de salud a pacientes VIH, acceso de a los ARV, seguridad hematológica.
- ✓ La inclusión de las PVVS en el sistema de seguridad social.
- ✓ El programa de tuberculosis auspiciado por el Fondo Mundial.

Retos vinculados con Tratamiento, Atención y Apoyo:

- Que las PVVS sean tratadas en los Centros de Salud Hospitalarios de manera integral y no solo en unidades de servicios cuyo rol principal es solo el expendio de los ARV
- Pruebas rápidas para diagnóstico de enfermedades oportunista
- Pruebas de resistencia a los pacientes el fallo terapéutico
- No acceso a terapias de rescate de tercera línea
- Disponibilidad oportuna de tratamiento un sistema de seguimiento al paciente en tratamiento y que la cobertura permita acceso universal
- Que el acceso a los servicios a medicamento, seguridad social, oportunidades de empleo, educación, diversión, llegue a ser realmente universal.
- Mejorar vínculos entre los servicios de salud y sistemas comunitarios, la aplicación del protocolo para evitar la transmisión vertical y la derogación de la resolución que excluye los ARV de los planes de salud dentro del Sistema de Seguridad Social.
- Aumentar la cobertura de las PVVS que reciben medicina antirretroviral.

4.2 Indicadores del Programa Nacional

Este bloque incluye:

- ✚ Indicador No. 3. Seguridad Hematológica
- ✚ Indicador No. 4. Tratamiento del VIH: Terapia Antirretrovírica
- ✚ Indicador No. 5. Prevención de la Transmisión Materno Infantil
- ✚ **Indicador País 1:** Tamizaje a mujeres embarazadas con previa consejería últimos 12 meses
- ✚ Indicador No. 6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH
- ✚ Indicador No. 7. Las pruebas del VIH en la población general
- ✚ Indicador No. 8. Las pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas
- ✚ Indicador No. 9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención
- ✚ Indicador No. 10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA
- ✚ Indicador No. 11. Educación escolar en VIH basada en aptitudes para la vida

3. Seguridad Hematológica

Ficha Técnica Indicador # 3	
Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos en el cribado sistemático de las donaciones de sangre con criterios de calidad asegurada.
Frecuencia de Recopilación de datos	Anual
Instrumento de medición	Instrumento FRAME (Marco para la valoración, el seguimiento y la evaluación de los servicios de transfusión de sangre): un instrumento de evaluación rápida usado por la Base de Datos Mundial sobre Seguridad Hematológica de la OMS.
Método de medición	Para medir este indicador, es necesaria la siguiente información. 1. El número total de unidades de sangre que se donó en su país. 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: i. El número de unidades de sangre que fueron donadas en cada centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre. ii. El número de unidades donadas que fueron analizadas en el centro hematológico/laboratorio de cribado sistemático de la sangre. iii. 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. iv. 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.
-Numerador	Número de unidades de sangre donada analizada para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.
-Denominador	Número total de unidades de sangre donada

En el Informe UNGASS 2008, se reporta el numerador correspondiente a este indicador, citando como informante de este dato a la Dirección Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre, dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El referido Informe afirma que durante el año 2006 se tamizaron 72,875 unidades de sangre para la detección del VIH, provenientes de 54 centros de recolección de sangre a nivel nacional, representando un 100% del total de la sangre donada. El denominador no fue reportado.

El Informe reporta que en 2008, desde esta Dirección se estaba gestionando un programa de evaluación externa del desempeño en serología y que, sin embargo, durante el año 2007 sólo el 30% de los laboratorios participó en el programa, por lo que los procedimientos de calidad de la sangre para la detección del VIH no podían garantizarse en un 100%. En tal sentido, el numerador reportado no cumplía con los requerimientos establecidos, pero en ese momento era el único dato disponible.

Línea de Base	
Numerador	72.875
Fuente	N/A
Denominador	No reportado
Fuente	Informe UNGASS 2008
Porcentaje	N/A

Para la construcción de este indicador, la Dirección completó la matriz incluida en las Directrices y que sirve de base para el cálculo del numerador y el denominador de dicho indicador. Los resultados del llenado de dicho instrumento, se presentan a continuación:

Nombre del centro hematológico o del laboratorio de cribado sistemático de sangre	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección del VIH		Unidades de sangre		
	Procedimientos operativos normalizados	PEED	Sangre donada	Sangre analizada	Sangre analizada sistemáticamente con criterios de calidad
Hospital Francisco Moscoso Puello	no	si	402	402	0
Hosp. Luis E. Aybar	si	si	1.188	1.188	1.188
Hosp. Padre Billini	si	si	694	694	694
Hosp. Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina	si	si	1.078	1.078	1.078
Maternidad Nuestra Sra. De la Altagracia	si	si	1.305	1.305	1.305
Hospital Robert Reid Cabral	si	si	1.088	1.088	1.088
Hosp. Dario Contreras	si	si	640	640	640
Hosp. Plaza de la Salud	si	si	4.244	4.244	4.244
Hosp. Luis Morillo King.	no	no	321	321	0
Hosp. José María Cabral y Báez.	si	si	3.714	3.714	3.714
Hosp. Arturo Grullon.	si	si	1.180	1.180	1.180
Hosp. Ricardo Limardo.	no	no	1.202	1.202	0
Lab. Zenaida Corporán	no	no	633	633	0
Banco de Sangre T y M	si	si	1.269	1.269	1.269
Cruz Roja Dominicana S.F.M.	si	si	2.125	2.125	2.125
Hosp. Federico Lavandier	no	no	14	14	0
Hosp. Yapur Hedded	no	no	0	0	0
Hospital Ntra Sra. de la Altagracia (Higüey)	no	no	894	894	0
Banco de Sangre La Esperanza	si	si	414	414	414
Banco de Sangre Las Colinas	no	si	311	311	0
Banco de Sangre Díaz Estrella	si	si	559	559	559
Hosp. Estrella Ureña	si	si	109	109	109
Cruz Roja Dominicana Santiago	si	si	1.594	1.594	1.594
Clínica Corominas	si	si	809	809	809
Hosp. Antonio Musa	si	si	598	598	598
Hosp. Salvador B. Gautier	si	si	2.343	2.343	2.343
Centro de La Sangre y Especialidades	si	si	7.527	7.527	7.527
Cruz Roja Dominicana Sto. Dgo.	si	si	23.795	23.795	23.795
Centro Medico UCE	si	si	578	578	578
MOVILAB	si	si	1.080	1.080	1.080
Instituto de Hemoterapia y Bioanálisis	si	si	1.345	1.345	1.345
Hospital Toribio Bencosme	no	si	429	429	0
Hospital Juan P. Pina	si	si	231	231	231
HEMOBANCO	no	si	905	905	0
Centro Medico Dominicano	si	si	900	900	900
Instituto Oncologico Dr. H. Pieter	si	si	2.239	2.239	2.239
Hospital Central de las FFAA	no	no	0	0	0
Hospital Ramon de Lara	no	no	0	0	0
Hospital Jaime Oliver Pino	si	si	136	136	136
Hospital Aristides Fiallo Cabral	no	no	71	71	0
Hosp. Alejandro Cabral	si	no	721	721	0
Hosp. Jaime Mota	no	no	1.114	1.114	0
Hosp. San Vicente de Paúl	si	si	381	381	381
Hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo	si	si	450	450	450
Banco de Sangre Romero LLaverías	si	si	381	381	381
Hospital Leopoldo Martínez	no	no	9	9	0
Centro Médico Dr. Reyes	no	no	0	0	0
Centro Médico Padre Fantino	no	no	123	123	0
Banco de Sangre Dr. Liriano	si	si	2.336	2.336	2.336
Centro Médico Central Romana	si	si	163	163	163
Banco de Sangre de Referencia	si	si	745	745	745
Instituto de Hematología, S.A.	si	si	647	647	647
Laboratorio y Banco de Sangre Méndez	no	no	350	350	0
Lab. y Banco de Sangre Figueroa y Camilo	no	si	382	382	0
Centro Médico Oriental	no	si	76	76	0
B.S. y Especialidades Biomédicas	si	si	1.620	1.620	1.620
Lab. Clínico y Banco de Sangre Analizar	no	si	164	164	0
Banco de Sangre San Andrés	no	no	271	271	0
Instituto de Cardiología	no	no	1.002	1.002	0
Laboratorio Clínico Unión Médica	si	si	397	397	397
Centro de Obstetricia y Ginecología	si	si	106	106	106
Hospital Traumatológico Juan Bosch	no	no	918	918	0
Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana	no	no	1.158	1.158	0
TOTAL	38	44	81.478	81.478	70.008
	(63)			70.008	85,92%

PEED: Programa Evaluación Externa del Desempeño en Serología 2008-2009

El Ministerio de Salud, como parte del proceso de fortalecimiento de su rol rector, y por ende del ejercicio de las funciones de evaluación y regulación, ha estado impulsando a través de la Dirección Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre, el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Serología –PEED-. En tal sentido, el Ministerio de Salud funge como ente externo en dicho proceso.

El PEED está dirigido a los servicios de bancos de sangre a nivel nacional (público o privado), que ejecutan el tamizaje de los seis marcadores serológicos (HIV 1+2, HTLV I/II, HBsAg, anti-HBc, HCV y Sífilis), establecidos en el país para infecciones transmitidas por transfusión. La Dirección está coordinando este proceso de manera transitoria, ya que la instancia responsable de desarrollar este tipo de intervenciones es el recién creado Vice-Ministerio de Garantía de la Calidad.

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.

Es importante puntualizar que a partir de este año 2010, estos paneles se estarán elaborando en las instalaciones del Laboratorio Nacional, en el interés de establecer el Programa en el mismo laboratorio que deberá quedarse con estas funciones como establece la ley, y como dependencia del Vice-Ministerio de Garantía de la Calidad. Tomando en cuenta estas observaciones y los datos reportados en la matriz base, el Informe de este indicador es el siguiente:

Reporte 2010	
Numerador	70.008
Fuente	Dirección Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre
Denominador	81.478
Fuente	Dirección Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre
Porcentaje	85,92%

4. Tratamiento del VIH: Terapia Antirretrovírica

Ficha Técnica Indicador # 4	
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar el avance hacia el suministro de terapia antirretrovírica de combinación a todas las personas que viven con la infección por el VIH avanzada.
Frecuencia de Recopilación de datos	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada establecimiento y desglosarse de forma periódica, de preferencia mensual o trimestralmente. Los datos mensuales o trimestrales más recientes se utilizarán para el informe anual.
Instrumento de medición	Para el numerador: registros de terapia antirretrovírica de los establecimientos o sistemas de gestión del suministro de fármacos. Para el denominador: modelos de estimación de la prevalencia del VIH, como Spectrum.
Método de medición	Vigilancia de los programas y vigilancia del VIH
-Numerador	Número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que actualmente recibe terapia antirretrovírica de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS/ ONUSIDA) al final del periodo que cubre el informe.
-Denominador	Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH avanzada.
Observaciones	Este indicador debe ser desglosado por sexo y edad (<15, 15+) y los porcentajes dados para 2008 y 2009 a fin de efectuar el seguimiento de las tendencias anuales de cobertura.

Este indicador fue reportado en el Informe UNGASS 2008, a partir de los reportes de DIGECITSS. En vista de que hoy se cuenta con información más actualizada de dicho período, se ha realizado un cambio en los datos, a fin de contar con una línea de base consistente con los datos disponibles en estos momentos en el sistema de información.

La base de datos de DIGECITSS, que sirve como plataforma para el registro, almacenamiento y procesamiento de los datos básicos relativos a los programas de VIH, se mantiene en constante actualización. En tal sentido, los datos de un mismo indicador pueden variar de una fecha a otra debido a la digitación tardía de nuevos datos recibidos desde los centros de salud.

Para 2006, según las estimaciones nacionales, el país tenía 21172 personas con la infección por VIH avanzada, de las cuales un total de 5001 personas (4624 adultos y 377 niños) estaba recibiendo terapia antirretrovírica de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional.

En 2007, el total de personas en ARV ascendió a 8199 (7610 adultos y 589 niños), del total de 21781 que para dicho año se estimaba en fase avanzada de la infección. Aunque el total estimado no mostró cambios notables, el número de personas en tratamiento aumentó de manera significativa de 23.62% en 2006 a 37.64% en 2007.

Línea de Base	
Numerador	2006: 5001 (4,624 adultos y 377 niños) 2007: 8199 (7610 adultos y 589 niños)
Fuente	Base de Datos DIGECITSS
Denominador	2006: <15= 879 (450 hombres y 429 mujeres) 15+= 20293 (9745 hombres y 10548 mujeres) Total: 21172 (10195 hombres y 10977 mujeres) 2007: <15= 924 (473 hombres y 451 mujeres) 15+= 20857 (10011 hombres y 10846 mujeres) Total: 21781 (10484 hombres y 11297 Mujeres)
Fuente	Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, 2007
Porcentaje	2006: 23,62% (Adultos= 22,79%, Niños/as= 42,89%) 2007: 37,64% (Adultos= 36,49%, Niños/as= 63,74%)

Para 2008-2009, el panorama fue el siguiente:

Reporte 2010	
Numerador	2008: Total 11,072 (10,286 adultos y 786 niños) 2009: total 13,785 (12,912 adultos y 873 niños)
Fuente	Base de Datos DIGECITSS
Denominador	<u>2008:</u> <15= 1920 (980 hombres y 940 mujeres) 15+= 16160 (6410 hombres y 9750 mujeres) Total: 18080 (7390 hombres y 10690 mujeres) <u>2009:</u> <15= 1990 (1010 hombres y 980 mujeres) 15+= 17420 (6810 hombres y 10610 mujeres) Total: 19410 (7820 hombres y 11590 Mujeres)
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009
Porcentaje	2008= 61,24% (63,65% adultos y 40,94% niños) 2009= 71,02% (74,12% adultos y 43,87% niños)

Las estimaciones sugieren una disminución en el número de personas con infección por VIH avanzada, ya que para el año 2007 se estimaba un total de 21781 personas con la infección por VIH avanzada, mientras que en 2009 este número descendió a 19410. Para el 2008, 18,080 personas se estimaban con la infección por VIH avanzada y de éstas un total de 11072 (61.24%) estaba usando ARV. En 2009, el 71.02% de las personas con infección avanzada estaba usando ARV (13,785). Esto evidencia un aumento en el porcentaje de personas en tratamiento, ya que al comparar los datos finales del año 2007 con los datos reportados para 2009, se tendría un 37.64% contra un 71.02%.

Es importante puntualizar que los datos reportados a partir de la base de datos de DIGECITSS, no están desagregados por sexo debido a que el sistema de información existente no contempla esta variable en el formato de los reportes que los centros remiten a la DIGECITSS periódicamente. En tal sentido, es necesario realizar los correctivos de lugar, a fin de contar con dicho desglose para el próximo Informe y para el uso cotidiano de este insumo para la toma de decisiones de manera oportuna.

La meta de acceso universal planteada para el año 2010, fue de 18000 personas con infección por VIH avanzada recibiendo terapia antirretrovírica. Tomando en cuenta los datos del 2009, el porcentaje de cumplimiento de dicha meta fue de 76.58%. El porcentaje reportado para 2009 pudiera ir en crecimiento en los próximos meses, ya que al momento de hacer este corte no se había finalizado el proceso de digitación de todos los datos reportados por los centros, de manera que al terminar la recepción y registro de dichos datos, el número de personas en ARV para 2009 podría ser mayor.



5. Prevención de la Transmisión Materno Infantil

Ficha Técnica Indicador # 5	
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.
Frecuencia de Recopilación de datos	Los datos deben recopilarse de manera continua en el establecimiento y agruparse periódicamente.
Instrumento de medición	Para el numerador: instrumentos de vigilancia de los programas, como registros de pacientes y formularios de información sumaria. Para el denominador: encuestas de vigilancia en dispensarios prenatales en combinación con datos demográficos, o modelos de estimación, como Spectrum.
Método de medición	Vigilancia de los programas y vigilancia del VIH
-Numerador	Número de embarazadas infectadas por el VIH que recibió medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.
-Denominador	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses.
Observaciones	Se deben proporcionar los datos para este indicador correspondientes a 2008 y 2009 a fin de efectuar el seguimiento de las tendencias anuales de cobertura. Siempre que sea posible, el numerador para este indicador debe desglosarse por el tipo de tratamiento antirretrovírico.

Los datos reportados por el Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical de la DIGECITSS, para la construcción de la línea de base y el reporte 2010 de este indicador, fueron tomados de la base de datos del programa (numerador) y de

los Informes de estimaciones nacionales de prevalencia (denominador), dando como resultado lo siguiente:

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%

En tal sentido, los datos reportados para este Informe 2010, como línea de base, son los siguientes:

Línea de Base	
Numerador	2006: 669 2007: 850
Fuente	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010.
Denominador	2006:1,798 2007:1,649
Fuente	Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, 2007
Porcentaje	2006: 37.21% 2007: 51,55%

En base a las mismas fuentes, se reporta como datos correspondientes al período 2008-2009:

Reporte 2010	
Numerador	2008: 1036 2009: 949
Fuente	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010.
Denominador	2008: 2,030 2009: 2,020
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009
Porcentaje	2008: 51,03% 2009: 46,98%

Para el año 2006, el total de mujeres embarazadas que recibió medicamentos antirretrovíricos para la reducción del riesgo de la transmisión vertical fue de 669 del total estimado de embarazadas con VIH (1798), lo que indica un porcentaje de 37.21% de las embarazadas. Para el 2007, este porcentaje ascendió a 51.55%, ya que del total de embarazadas con VIH (1649) recibieron ARV 850 mujeres.

En el año 2008 se mantuvo un porcentaje similar al reportado en 2007: El 51.03% de las 2030 embarazadas estimadas como VIH+, recibió ARV para prevenir la transmisión de madre a hijo. Mientras que en 2009, los datos reflejan una disminución en el porcentaje de embarazadas VIH+ en ARV. Para dicho año, el porcentaje fue de 46.96%. Es importante mencionar que el número estimado de embarazadas con VIH

fue casi el mismo para 2008 y 2009, ya que de un año a otro sólo se presenta una diferencia de 10 mujeres.

Es posible que debido a que los datos de 2009 no han sido introducidos en la base de datos en un 100%, sólo se tenga el reporte de 946 mujeres, por lo que se espera que este valor aumente una vez que se complete el registro de los datos y se supere el sub-registro actual.

Un aspecto importante que distingue el año 2009 de los tres (3) años anteriores, es el hecho de que tanto en 2006, 2007 como en 2008 un mayor porcentaje de mujeres usó NVP (70%-98%) en lugar de AZT/3TC + NVP ó AZT/3TC + LOP-RIT (2%-30%). Sin embargo, esta situación cambió para el año 2009, puesto que un 54% de las mujeres usó AZT/3TC + NVP ó AZT/3TC + LOP-RIT, y 46% NVP.

Este indicador tiene como meta de acceso universal, lograr que el 80% de las embarazadas VIH-positivas reciban fármacos antirretrovíricos, para reducir el riesgo de transmisión materno infantil. Este 80% es igual a 1616 (2020 X 80%). Según los datos reportados para el año 2009, 949 embarazadas fueron intervenidas con ARV, por lo que el cumplimiento de esta meta de acceso universal se sitúa en el 58.73%.



Indicador de País # 1	
Porcentaje de mujeres embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su resultado previa consejería	
Numerador	Número de mujeres embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su resultado previa consejería
Denominador	Número estimado de mujeres embarazadas

Este indicador fue seleccionado en adición a los 25 indicadores de UNGASS debido a la importancia que tiene para la medición de progresos programáticos a nivel nacional, por lo que aunque su reporte no es obligatorio, el país tomó la decisión de incluirlo por ser un indicador que pone en evidencia el nivel de cumplimiento de objetivos específicos del PNRTV.

Como parte del protocolo nacional y conforme a lo establecido por la Ley de SIDA (55-93), toda persona que se realiza una prueba de VIH debe recibir pre y post consejería. En el caso de las embarazadas, se sigue el mismo protocolo. Este indicador se refiere

a las mujeres embarazadas que se realizan la prueba de VIH y que reciben su resultado acompañado de una consejería.

Aunque se reportaron unos datos en el Informe UNGASS 2008, la línea de base incluida en el presente Informe se refiere a los datos actualizados de la base de datos de DIGECITSS, por lo que se evidencian diferencias en los porcentajes. Los datos mostrados a continuación son los de mayor actualidad.

Línea de Base	
Numerador	2006: 52,341 2007: 68,374
Fuente	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010.
Denominador	2006: 280,379 2007: 284,227
Fuente	Estimaciones del Consejo Nacional de Población y Familia -CONAPOFA-
Porcentaje	2006: 18,67 % 2007: 24,06 %

Este indicador pone en evidencia la necesidad de continuar el mejoramiento del sistema de información del país, ya que los datos reportados en el numerador se refieren a pruebas de VIH realizadas a embarazadas con previa consejería. Esto significa que no se refieren a personas sino a pruebas, por lo que es probable que una embarazada que se haya realizado más de una prueba de VIH, esté contabilizada tantas veces como número de pruebas hechas.

Aunque se ha realizado el cálculo de los porcentajes correspondientes a cada año, se recomienda hacer las ponderaciones de lugar en base a los valores absolutos, ya que el denominador se refiere a personas y el numerador a pruebas. Se espera implementar un conjunto de medidas, como parte del fortalecimiento del sistema de información, para dar respuesta a este indicador con mayor nivel de precisión y para monitorear de manera más eficiente los objetivos vinculados con esta intervención.

A continuación, se presentan los datos correspondientes al período 2008-2009.

Reporte 2010	
Numerador	2008: 85,190 2009: 78,670
Fuente	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010.
Denominador	2008: 288,115 2009: 292,030
Fuente	Estimaciones del Consejo Nacional de Población y Familia -CONAPOFA-
Porcentaje	2008: 29,57 % 2009: 26,94 %

Los datos reportados en el denominador parten de las estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población y Familia –CONAPOFA-, con relación al número de mujeres embarazadas, para cada año en cuestión. Estos datos evidencian un aumento sostenido en el número de embarazadas en el período 2006-2009. Con relación al número de embarazadas tamizadas y que han recibido su resultado con previa consejería, o más bien, al número de pruebas realizadas a embarazadas y con entrega de resultados en el marco de una post consejería, se puede observar un

aumento de 2006 a 2008, y una ligera reducción en el último año (2009), lo que pudiera ser explicado con la situación de sub-registro del año 2009.

Este indicador tiene como meta de acceso universal 2010, lograr que 99,360 embarazadas sean tamizadas y reciban su resultado con previa consejería. Para el año 2009, se tiene el reporte de 78,670 pruebas a embarazadas con las especificaciones requeridas por el indicador (resultado con previa consejería). Al establecer una relación entre ambos valores, tomando en cuenta el reporte de 2009 como personas y no como pruebas, se tendría el siguiente nivel de cumplimiento:



6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

Ficha Técnica Indicador # 6	
Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.
Frecuencia de Recopilación de datos	Los datos deben recopilarse de manera continua a nivel de establecimiento y se agruparán periódicamente, preferentemente de forma mensual o trimestral, y se informará sobre ellos anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente de los datos y estimaciones disponibles.
Instrumento de medición	Registros e informes del establecimiento acerca de la terapia antirretrovírica; instrumentos de vigilancia de los programas.
Método de medición	Datos y estimaciones de los programas de los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.
-Numerador	Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretrovírica 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.
-Denominador	Número estimado de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.
Observaciones	Las estimaciones anuales del número de casos anuales de tuberculosis en personas que viven con el VIH en países con carga alta de tuberculosis son calculados por la OMS y están disponibles en: http://www.who.int/tb/country/en . Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo y por adultos (>15 años) y niños (<15 años).

Los datos del numerador fueron reportados en el Informe UNGASS 2008, el cual cita como fuentes: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y de la DIGECITSS, el Análisis de Situación y Respuesta Nacional de las ITS, el VIH y el SIDA, y el Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015, República Dominicana.

Para la línea de base, se tomaron en cuenta estos numeradores y se definieron los denominadores a partir de las estimaciones anuales realizadas por la Organización Mundial de la Salud –OMS-. En tal sentido, los datos usados como línea de base son los siguientes:

Línea de Base	
Numerador	2006: 322 pacientes 2007: 267 pacientes
Fuente	Informe UNGASS 2008
Denominador	2006: 650 2007: 640
Fuente	Data base OMS= http://www.who.int/tb/country/en
Porcentaje	2006= 49,54% 2007= 41,72%

El numerador reportado se refiere a los pacientes con VIH/SIDA que han tenido TB como infección oportunista y que se encuentran en tratamiento tanto para VIH como para TB. El denominador, a la incidencia de TB en personas con VIH/SIDA. Como reporte para el año 2010, se tienen los siguientes datos:

Reporte 2010	
Numerador	260
Fuente	Reporte Infecciones Oportunistas. DIGECITSS
Denominador	2008= 620
Fuente	Data base OMS= http://www.who.int/tb/country/en
Porcentaje	2008= 41,94%

Los datos reportados para 2006 y 2007 no fueron presentados con el desglose requerido por las Directrices (sexo y adultos/niños), ya que los Informes generados por los establecimientos y que son gestionados desde la DIGECITSS, no cuentan con la desagregación correspondiente. Estos Informes presentan el número total de casos de coinfección que se tienen registrados en las Unidades de Atención y que están en tratamiento para VIH y TB.

De igual forma, los datos presentados para 2010 tienen las mismas limitaciones, con el agravante de que el numerador incluye datos del período 28 de agosto 2008 a 01 junio 2009, de manera que no cubre el período completo (2008-2009) y los datos de los meses incluidos no están desglosados por año. Otro elemento a considerar es el hecho de que el dato disponible como denominador, en la base de datos de la OMS, sólo incluye hasta el año 2008. Por las razones antes expuestas, resulta imposible hacer comparaciones entre ambos períodos.

7. Las pruebas del VIH en la población general

Ficha Técnica Indicador # 7	
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	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH.
Frecuencia de Recopilación de datos	Cada 4 o 5 años.
Instrumento de medición	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del SIDA, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas).
Método de medición	Se les pregunta a los encuestados: 1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? 2. Si la respuesta es afirmativa: No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?
-Numerador	Número de encuestados 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.
-Denominador	Número de todos los encuestados de 15 a 49 años de edad.
Observaciones	El indicador debe presentarse en forma de porcentajes para varones y mujeres y desglosarse por grupos de edad: 15-19, 20-24 y 25-49 años. El denominador incluye a los encuestados que nunca han oído hablar del VIH o el SIDA.

Los datos reportados en el Informe UNGASS 2008 citan como fuente la Encuesta Demográfica y de Salud -ENDESA 2007-. Es importante puntualizar que la fuente utilizada corresponde a un Informe preliminar de la encuesta, por lo que para la elaboración de este Informe, se procedió a revisar los datos publicados en la versión final de la ENDESA 2007 y esto trajo como resultado cambios en los denominadores y numeradores para cuyo reporte se utilizó dicha fuente y por tanto el porcentaje presentado también fue ajustado. En tal sentido, la línea de base 2006-2007 (modificada) es la siguiente:

Línea de Base y Reporte 2010	
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
Fuente	Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA 2007
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
Fuente	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=10,2%, 25-49=24% Mujeres 15-19=11,79%, 20-24=11,53%, 25-49=22,00%

Un total de 51,993 personas de 15 a 49 años fueron encuestadas. De estas personas, 10,167 afirmaron haberse realizado la prueba de VIH en los últimos doce meses y conocer los resultados. Esto representa el 19.59% del total de encuestados. Es importante puntualizar que el dato disponible en ENDESA se refiere a la última prueba tomada en los últimos 12 meses. Al establecer una relación entre el porcentaje de hombres y de mujeres, se evidencia un mayor número de mujeres que conocen los resultados de la última prueba realizada en los últimos 12 meses, siendo 20.50% para las mujeres y 18.60% para los hombres.

Los datos reportados en la línea de base para este indicador son los mismos que se presentan como reporte en el Informe como 2010, ya que la frecuencia de recopilación de los datos relativos a este indicador es de 5 años, ya que el instrumento de medición es la ENDESA 2007. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador, ya que el dato de país sigue siendo el reportado en la línea de base. La próxima ENDESA será realizada en 2012.

8. Las pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas

Ficha Técnica Indicador # 8	
Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas.
Frecuencia de Recopilación de datos	Bienal
Instrumento de medición	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales.
Método de medición	Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados: 1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: 2. No quiero saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted?
-Numerador	Número de encuestados pertenecientes a poblaciones más expuestas que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.
-Denominador	Número de poblaciones más expuestas incluidas en la muestra.
Observaciones	Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Siempre que sea posible, los datos de las poblaciones más expuestas deberán recopilarse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con las poblaciones. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

Los datos reportados en el Informe UNGASS 2008 citan como fuente la Encuesta Demográfica y de Salud -ENDESA 2007- y la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales del 2004. Para el Informe 2010, en lugar de tomar los datos de la encuesta 2004 y la ENDESA 2007 para la línea de base, se utilizó 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, ya que los datos son más recientes.

Esta encuesta 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. El cambio de instrumento de medición trajo como resultado cambios en los denominadores y numeradores y por tanto el porcentaje presentado también fue ajustado. Los datos de usuarios de drogas inyectables no fueron reportados debido a que del total de 1200 UD encuestados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UDI. Se consideró que muestra no era representativa para los fines de este indicador. En tal sentido, la línea de base (modificada) es la siguiente:

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	GTH= 515 TRSX= 913
Fuente	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008
Denominador	GTH= 1,565 TRSX= 1,367
Fuente	Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008
Porcentaje	GTH= 32.90% TRSX= 66.98%

El país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima, por tanto los datos vigentes para el Informe 2010 siguen siendo los mismos que están siendo reportados en la línea de base. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador.

9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención

Ficha Técnica Indicador # 9	
Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones más expuestas.
Frecuencia de Recopilación de datos	Países con epidemias concentradas o de baja prevalencia, incluidos aquellos con una subepidemia concentrada dentro de una epidemia generalizada.
Instrumento de medición	Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales.
Método de medición	Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual)? A los consumidores de drogas inyectables se les debe hacer la siguiente pregunta adicional: 3. En los últimos doce meses, ¿ha recibido equipo de inyección estéril (p. ej., a través de un agente de extensión, un educador inter pares o gracias a un programa de intercambio de jeringas)?
-Numerador	Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido "sí" a ambas preguntas (a las tres en el caso de los consumidores de drogas inyectables).
-Denominador	Número total de encuestados.
Observaciones	Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Los datos obtenidos para este indicador deben presentarse para cada población más expuesta y desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Siempre que sea posible, los datos de la población más expuesta deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

En el Informe UNGASS del 2008, este indicador se reportó en base a datos arrojados por la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, realizada por USAID/Conecta en 2004, el Informe preliminar de la ENDESA 2007 y Línea Basal realizada en 15 bateyes de la República Dominicana por Cristian Aid/Progressio. El referido Informe incluyó como poblaciones más expuestas a las trabajadoras sexuales, los migrantes haitianos y los jóvenes de ambos sexos.

En el presente Informe, se toma como fuente de datos la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica realizada 2008 con TRSX, GTH y usuarios de drogas. En lo relativo a este indicador, los datos disponibles se refieren de manera exclusiva a las TRSX, tomando como reporte para 2010 los mismos datos que se están presentando como línea de base.

A continuación, la línea de base y el reporte de 2010:

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	TRSX= 556
Fuente	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Denominador	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%

El país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima, por tanto los datos vigentes para el Informe 2010 siguen siendo los mismos que están siendo reportados en la línea de base. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador.

10. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA

Ficha Técnica Indicador # 10	
Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en el suministro de apoyo a los hogares que están cuidando a los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad.
Frecuencia de Recopilación de datos	Cada 4 o 5 años.
Instrumento de medición	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).

Método de medición	Una vez identificados todos los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad del hogar, a los jefes de familia se les hacen las cuatro preguntas siguientes. Cada pregunta debe hacerse para cada uno de los niños. 1. ¿Ha recibido este hogar apoyo médico, incluidos atención médica o suministros médicos, en los últimos 12 meses? 2. ¿Ha recibido este hogar ayuda relacionada con la educación escolar, incluidos los gastos de matrícula, en los últimos 12 meses? (Esta pregunta se hará sólo para niños de 5 a 17 años). 3. ¿Ha recibido este hogar apoyo emocional o psicológico, incluidos asesoramiento de un profesional o ayuda o apoyo emocional o espiritual, en los últimos tres meses? 4. ¿Ha recibido este hogar otras formas de apoyo social, incluido apoyo socioeconómico (p. ej., ropa, alimento suplementario, apoyo económico, vivienda) o instrumental (p. ej., ayuda con el trabajo de la casa, capacitación para cuidadores, guardería, servicios jurídicos) en los últimos tres meses?.
-Numerador	Número de huérfanos y niños vulnerables que viven en hogares que recibieron al menos uno de los cuatro tipos de apoyo para cada uno de los niños (que contestaron afirmativamente a por lo menos una de las preguntas 1, 2, 3 y 4).
-Denominador	Total de niños huérfanos y vulnerables de 0 a 17 años.
Observaciones	A efectos de este indicador y de conformidad con las definiciones del UNICEF, un huérfano se define como un niño menor de 18 años que ha perdido a uno o ambos progenitores. Un niño vulnerable por causa del VIH menor de 18 años y que: (i) ha perdido a uno o ambos progenitores; o (ii) tiene un progenitor con una enfermedad crónica (independientemente de si éste vive en el mismo hogar que el niño); o (iii) vive en un hogar en el cual, en los últimos 12 meses, por lo menos un adulto falleció o estuvo enfermo durante tres de los cuatro meses anteriores a su fallecimiento; o (iv) vive en un hogar en el cual por lo menos hubo un adulto gravemente enfermo durante por los menos tres de los últimos 12 meses.

Los datos reportados para la construcción de este indicador presentan limitaciones que contrastan con los requerimientos de las Directrices de ONUSIDA para la elaboración del presente reporte 2010, ya que provienen de estimaciones e Informes programáticos y no de encuestas demográficas, debido a que el país no cuenta con instrumentos de medición del tipo requerido. Otra de las limitaciones se refiere a la composición del denominador, el cual sólo incluye la población de 0-14 años, en lugar de 0-17 conforme al rango de edad requerido por las directrices.

Adicionalmente la población reportada de 0-14 sólo se refiere a huérfanos, dejando fuera otros tipos de Niños Vulnerables a Causa del SIDA. El numerador incluye la población de 0-17 y a todos los tipos de HNV considerados por las Directrices, sin embargo, la fuente de estos datos es el Informe programático presentado por Family Health International a USAID en el marco de la ejecución del Proyecto Conecta, de manera que no califica como instrumento de medición. Otra de las limitaciones del numerador es el hecho de que se incluye en este grupo a personas de 0-17 que son VIH+ y las personas de 0-17 que tienen como principal cuidador a una persona VIH+, las cuales no están incluidas en la definición de HNV de las Directrices.

Los datos reportados en UNGASS 2008 y los presentados en este Informe 2010 tienen las mismas características, ya que parten de las mismas fuentes. Para la presentación de la línea de base de este Informe, se tomaron los datos reportados en UNGASS 2008, que son los siguientes:

Línea de Base	
Numerador	1.705
Fuente	Informes Proyecto Conecta, ejecutado por Family Health International y financiado por USAID.
Denominador	39.754
Fuente	Estimación Media Taller Prevalencia, 2007
Porcentaje	4,30%

Para este reporte 2010 se utilizaron dos (2) fuentes: Informe de cierre del Proyecto USAID/Conecta y las Estimaciones Nacionales 2009. Los resultados son los siguientes:

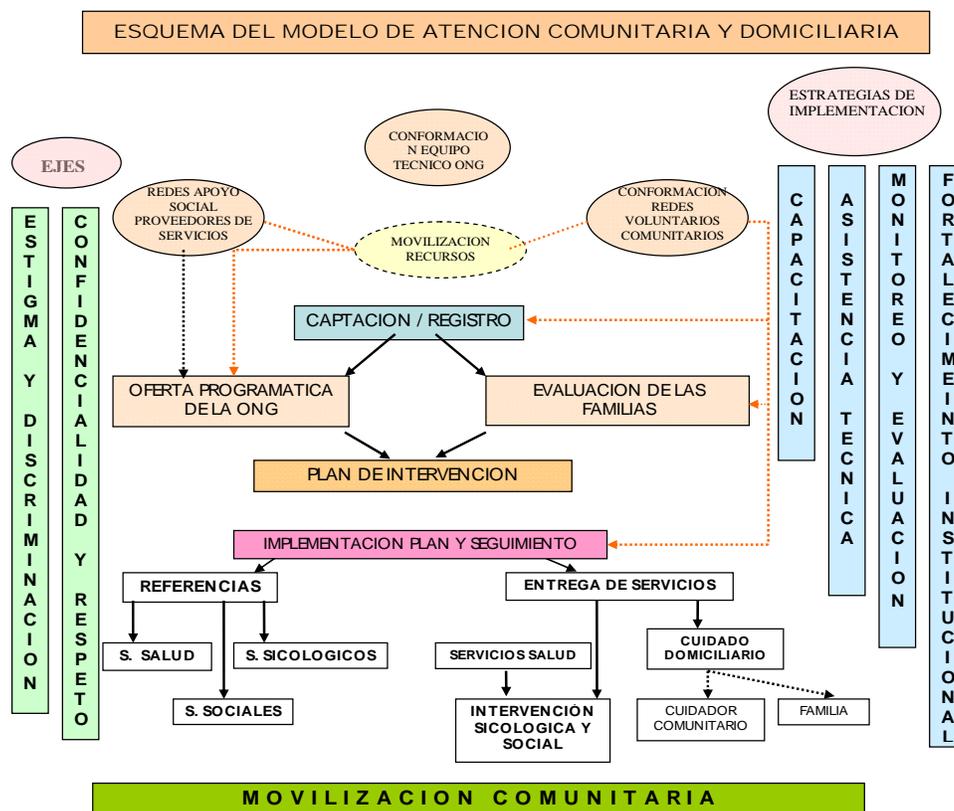
Reporte 2010	
Numerador	8873
Fuente	Informe de Cierre Proyecto Conecta, ejecutado por Family Health International y financiado por USAID. 2002-2008
Denominador	23.873
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009
Porcentaje	37,17%

Los datos provenientes del Informe de Cierre del Proyecto Conecta incluyen los HNV que recibieron los siguientes servicios:

- **Salud:** Consultas pediátricas, servicios odontológicos, seguimiento a la atención con visitas domiciliarias, medicamentos.
- **Educación:** Matrículas escolares, útiles escolares, uniformes, zapatos para la escuela, reinserción escolar, salas de nivelación, sensibilización en prevención y reducción de la discriminación a causa del VIH, dirigida a niños, madres y directivos de las escuelas donde están los niños.
- **Asistencia emocional:** Consulta con psicólogos tanto niños como a sus padres o cuidadores.
- **Apoyo económico:** Capacitación vocacional a sus padres o cuidadores, microcrédito a sus padres o cuidadores
- **Vestimenta y hogar:** Donación de ropa y enseres del hogar
- **Apoyo nutricional:** Donación de comida, evaluación nutricional y diseño de plan de intervención nutricional, micronutrientes, multi-vitamínicos.
- **Capacitación:** Capacitación a sus padres o cuidadores en cuidado en el hogar a los HNV, Capacitación a HNV en autocuidado y habilidades para la vida.
- **Apoyo psico-social:** Paseos, convivencias, actividades lúdicas, recreativas y de socialización para los niños, y para sus padres grupos de apoyo.
- **Asistencia legal:** Gestión de actas de nacimiento y prevención de abuso infantil.
- **Enlace con otros servicios** dentro y fuera de la comunidad
- **Otros:** Estimulación artística, juguetes, etc.

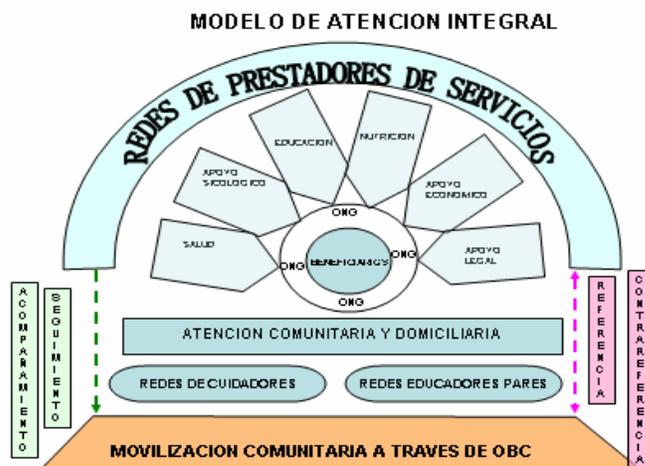
Al realizar una comparación entre los datos reportados en 2008 y los presentados en este Informe 2010, se puede visualizar una disminución el número estimado de niños huérfanos, que para 2007 era de 39,754 y para el 2009, 23,873. De igual forma, se evidencia un aumento significativo en el número de HNV que reciben apoyo y asistencia. Según las especificaciones del Programa de HNV de Conecta, los beneficiarios debían recibir al menos tres (3) de los servicios ofertados. Una valoración programática realizada al cierre del Proyecto, demostró que el número promedio de intervenciones por niño fue de 5. Estos datos corresponden al año 2008.

Estas intervenciones eran realizadas a través de las Organizaciones No Gubernamentales que recibían financiamiento del Proyecto para la implementación de dichos programas. A continuación, un esquema del modelo de atención comunitaria y domiciliaria implementado por FHI/Conecta:



Fuente: Documento de sistematización cierre Proyecto USAID/Conecta. Septiembre 2008

La entrega de servicios a los beneficiarios del programa responde a una estrategia que conjuga la integralidad y la continuidad para contribuir a mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios. A continuación se observa el concepto de atención integral:



Fuente: Documento de sistematización cierre Proyecto USAID/Conecta. Septiembre 2008

11. Educación escolar en VIH basada en aptitudes para la vida

Ficha Técnica Indicador # 11	
Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar el avance hacia la aplicación de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en todas las escuelas.
Frecuencia de Recopilación de datos	Bienal
Instrumento de medición	Encuesta escolar o revisión del plan de estudios
Método de medición	Se informa a los directores y responsables de una muestra nacional representativa de escuelas (tanto públicas como privadas) del significado de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida y luego se les formula la siguiente pregunta: En el último año académico, ¿ofreció su escuela por lo menos 30 horas de capacitación en aptitudes para la vida en cada curso?
-Numerador	Número de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico.
-Denominador	Número de escuelas encuestadas.
Observaciones	Deben proporcionarse puntuaciones del indicador de todo el conjunto de escuelas y de las escuelas primarias y secundarias por separado. Si la escuela proporciona educación primaria y secundaria, la información debe obtenerse y presentarse por separado para ambos niveles de educación.

Conforme a las Directrices que sirven de guía para la elaboración del presente Informe, para la construcción del indicador se requiere la presentación de los datos desglosados según el nivel de las escuelas (primarias y secundarias). Tanto para la línea de base como para el reporte 2010, sólo se logró obtener los datos globales para el denominador y el numerador.

En el Informe 2008, se realizó el reporte de unos datos que luego fueron corregidos mediante la remisión de una enmienda a la oficina de ONUSIDA en Ginebra, de manera que los datos actualizados son los siguientes:

Línea de Base	
Numerador	835
Fuente	Ministerio de Educación/PEAS
Denominador	13560
Fuente	Ministerio de Educación/PEAS
Porcentaje	6,16%

Estos datos fueron facilitados por el Programa de Educación Afectivo-Sexual en las Escuelas que gestiona el Ministerio de Educación, anteriormente denominado Secretaría de Estado de Educación. El PEAS fue diseñado para todos los niveles educativos y como responsabilidad directa de los maestros/as de las áreas de Orientación y Psicología, Ciencias de la Naturaleza, Ciencias Sociales y Formación Integral Humana y Religiosa.

El abordaje conceptual fue concebido como un proceso diferenciado en cada etapa del desarrollo humano, atendiendo a cuatro (4) aspectos fundamentales: conocimientos e informaciones, actitudinal y axiológico, el desarrollo emocional y el contexto de desarrollo personal, familiar, escolar y social, haciendo énfasis en la prevención de los embarazos en adolescentes, la explotación, violencia sexual, abortos, infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, conjuntamente con la promoción de los derechos humanos y equidad de género. Este programa está incluido de manera oficial en la currícula educativa desde el año 2001.

Conforme a los datos reportados por el PEAS, un 6.16% de las escuelas impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico, esto equivale a 835 de las 13560. Las escuelas incluidas en el denominador, se refieren a escuelas públicas y privadas.

Para el reporte 2010, se tienen los siguientes datos:

Reporte 2010	
Numerador	961
Fuente	Ministerio de Educación/PEAS
Denominador	11400
Fuente	Ministerio de Educación/PEAS
Porcentaje	8,43%

Los datos reportados para este Informe 2010, sólo incluyen las escuelas públicas y privadas que impartieron educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el año 2009. El denominador reportado en este indicador es diferente al que figura en el Informe UNGASS 2008, ya que el Ministerio de Educación está haciendo una caracterización de las escuelas y esto ha implicado una reclasificación de las mismas y una modificación de las estructuras escolares que son consideradas escuelas. En tal sentido, se reporta 8.43% que es igual a 961 escuelas del total de 11400.

4.3 Indicadores de Conocimiento y Comportamiento

Este bloque incluye:

- Indicador No. 12. Los huérfanos: asistencia a la escuela
- Indicador No. 13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH
- Indicador No. 14. Poblaciones más expuestas: Conocimiento sobre prevención VIH
- Indicador No. 15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
- Indicador No. 16. Relaciones sexuales de alto riesgo
- Indicador No. 17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo
- Indicador No. 18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo
- Indicador No. 19. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso preservativo
- Indicador No. 20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo
- Indicador No. 21. Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras

12. Los huérfanos: asistencia a la escuela

Ficha Técnica Indicador # 12	
Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar el avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos.
Frecuencia de Recopilación de datos	Preferiblemente: bienal. Mínimo: cada 4 a 5 años.
Instrumento de medición	Encuesta demográfica (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de Indicadores del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
Método de medición	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? 3. ¿Ha asistido el niño a la escuela en algún momento del curso escolar? Parte A: Tasa actual de asistencia a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad. Parte B: Tasa actual de asistencia a la escuela de niños de 10 a 14 años con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.
Parte A: Numerador	Número de niños que ha perdido a ambos progenitores y sigue asistiendo a la escuela.
Parte A: Denominador	Número de niños que ha perdido a ambos progenitores.
Parte B: Numerador	Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos y que asisten a la escuela.
Parte B: Denominador	Número de niños con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos.
Observaciones	Este indicador debe presentarse desglosado por sexo.

En el Informe de UNGASS presentado en 2008, fue reportado el porcentaje relativo a este indicador, desglosado por sexo y por condición de orfandad (huérfanos y no huérfanos). Sin embargo, sólo se tomó en cuenta la asistencia escolar de huérfanos y no huérfanos, sin las especificaciones requeridas por las Directrices en cuanto al desglose de los numeradores y denominadores. La fuente utilizada para el reporte de este indicador sigue siendo la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples - ENHOGAR 2006-. Estos datos son válidos tanto para la línea de base como para el reporte 2010, ya que no se cuenta con datos más actualizados.

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador A	Total: 9= (5 femeninos y 4 masculinos)
Numerador B	Total: 3,264= (1,586 femeninos y 1,678 masculinos)
Fuente	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples -ENHOGAR 2006-
Denominador A	Total= 13 (6 Femeninos y 7 Masculinos)
Denominador B	Total= 3,362 (1,610 femeninos y 1,752 masculinos)
Fuente	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples -ENHOGAR 2006-
Porcentaje A	69.23% (83.33% femeninos y 57.14% masculinos)
Porcentaje B	97.09% (98.51% femeninos y 95.78% masculinos)

Según la encuesta, el número de niños que ha perdido a ambos progenitores es de 13 del total de niños encuestados de 10 a 14 años, siendo 6 de sexo femenino y 7 de sexo masculino. De estos 13 niños, un total de 9 sigue asistiendo a la escuela. El total de niños que tienen ambos progenitores vivos y conviven por lo menos con uno de ellos, es de 3,362 del total de encuestados, y de éstos 3,264 asisten a la escuela.

Estos datos evidencian que la tasa actual de asistencia a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad es de 69.03%, mientras que la tasa actual de asistencia a la escuela de niños de 10 a 14 años con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos, es de 97.09%, lo que pone de manifiesto una significativa diferencia entre un escenario y otro.

En el caso de los huérfanos de 0-14 años, los datos se comportan de forma diferente para los niños y las niñas, ya que son más las niñas que asisten a la escuela (83.33%) que los niños (57.14%), siendo ambos huérfanos. En cambio, para los niños de 0-14 con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos, la tasa de asistencia es similar para ambos sexos, reportándose 98.51% para las niñas y 95.78% para los niños.

13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

Ficha Técnica Indicador # 13	
Porcentaje de mujeres y varones 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	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH.
Frecuencia de Recopilación de datos	Preferiblemente: bienal; mínima: cada 4 a 5 años.
Instrumento de medición	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta sobre indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
Método de medición	Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas: 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?
-Numerador	Número de encuestados de 15 a 24 años de edad que contestó correctamente a las cinco preguntas.
-Denominador	Número total de encuestados de 15 a 24 años de edad.
Observaciones	Las primeras tres preguntas no deben modificarse. Las preguntas 4 y 5 se refieren a las ideas erróneas locales y pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Por ejemplo: "¿Puede una persona contraer el VIH abrazando o estrechando la mano a una persona infectada?" y "¿Puede una persona contraer el VIH por medios sobrenaturales?"

Los datos reportados en el Informe UNGASS 2008 citan como fuente la Encuesta Demográfica y de Salud -ENDESA 2007-. Es importante puntualizar que la fuente utilizada corresponde a un Informe preliminar de la encuesta, por lo que para la elaboración de este Informe, se procedió a revisar los datos publicados en la versión final de la ENDESA 2007 y esto trajo como resultado cambios en los denominadores y numeradores para cuyo reporte se utilizó dicha fuente y por tanto el porcentaje presentado también fue ajustado.

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?	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%

Los datos reportados en la línea de base para este indicador son los mismos que se presentan como reporte en este Informe 2010, ya que la frecuencia de recopilación de los datos relativos a este indicador es de 5 años, y el instrumento de medición es la ENDESA 2007. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador. El dato de país sigue siendo el reportado en la línea de base. La próxima ENDESA será realizada en 2012.

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	Conocimiento Comprensivo= 7381 (4,116 mujeres y 3,265 hombres) Mujeres: Pareja fiel= 8747, usando condón=8525, aspecto saludable= 9373, picadura mosquito=6205 y por compartir alimentos=8011 Hombres: Pareja fiel= 8497, usando condón= 8652, aspecto saludable= 8778, picadura mosquito= 5125 y por compartir alimentos=6705
Fuente	ENDESA 2007
Denominador	Conocimiento comprensivo=19,778 (10,089 mujeres y 9,689 hombres) Denominadores válidos para todas las preguntas
Fuente	ENDESA 2007
Porcentaje	Conocimiento Comprensivo=Total 37,32%: MUJERES: 40.8% HOMBRES: 33.7% Pareja fiel= Mujeres 86,7% y hombres 87.7% Usando condón= Mujeres 84.5 % y hombres 89.3 % Aspecto saludable= Mujeres 92.9 % y hombres 90.6 % Picadura mosquito= Mujeres 61.5 % y hombres 52.9 % Por compartir alimentos= Mujeres 79.40% y hombres 69.2%

Es importante aportar que conocimiento comprensivo significa que sabe que el uso del condón durante las relaciones sexuales y teniendo una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA, sabe que una persona que parezca saludable puede tener el virus del SIDA y rechaza las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del SIDA.

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.

Al observar los porcentajes globales de conocimiento comprensivo según el sexo, se tiene un 40.8% de las mujeres y un 37.32% de hombres, lo que sugiere un mayor conocimiento sobre el VIH y sus formas de contagio por parte de las mujeres.

Este indicador tiene como metas de acceso universal para el año 2010, las siguientes:

Metas de Acceso Universal

- A) Aumentar el conocimiento comprensivo sobre el SIDA en: 45% para mujeres y 40% para hombres.
- B) Respecto a componentes específicos:
 - Sobre si las picadas de mosquitos pueden transmitir el virus del VIH, se propuso la meta de:
 - i. 75% para mujeres y un 75% para hombres
 - Sobre si compartiendo alimentos se puede transmitir el VIH, se propuso la meta de:
 - i. 85% para mujeres y un 80% para hombres

% Cumplimiento: Por medir ENDESA 2012

Para el año 2012, cuando se realice la próxima Encuesta Demográfica y de Salud – ENDESA 2007-, se podrá medir progresos en este indicador, en el marco de cada una de las metas de acceso universal planteadas para el 2010.

14. Poblaciones más expuestas:

Conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH

Este indicador se refiere al conocimiento comprensivo que tienen las poblaciones más expuestas sobre el VIH y sus formas de transmisión. Conocimiento comprensivo significa que sabe que el uso del condón durante las relaciones sexuales y teniendo una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA, sabe que una persona que parezca saludable puede tener el virus del SIDA y rechaza las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del SIDA (Por picadura de mosquito y por compartir alimentos con persona con VIH).

Ficha Técnica Indicador # 14	
Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas.
Frecuencia de Recopilación de datos	Bienal.
Instrumento de medición	Encuestas comportamentales especiales, como la Encuesta de vigilancia del comportamiento de las poblaciones más expuestas de Family Health International.
Método de medición	Se pide a los entrevistados responder a las cinco preguntas siguientes: 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?
-Numerador	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente a las cinco preguntas.
-Denominador	Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que respondió, incluso con un "no sé", a las cinco preguntas.
Observaciones	Deben facilitarse puntuaciones del indicador para todos los encuestados y desglosarse por sexo y edad (<25; 25+). Las primeras tres preguntas no deben alterarse. Las preguntas 4 y 5 pueden reemplazarse por las ideas erróneas más comunes del país. Los entrevistados que nunca han oído hablar del VIH/sida deben excluirse del numerador pero incluirse en el denominador. Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Siempre que sea posible, los datos de las poblaciones más expuestas deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información recopilada debe ser confidencial.

En el reporte 2008, se incluyeron como poblaciones más expuestas en el marco de este indicador, a las mujeres, los jóvenes, las trabajadoras sexuales y los migrantes haitianos, utilizando como fuentes el Informe preliminar de la ENDESA 2007, la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, de USAID/Conecta 2004 y la Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH/SIDA realizada en 15 comunidades bateyanas del país por Cristian Aid/Progressio.

En este reporte 2010, se están priorizando como poblaciones más expuestas a las TRSX y los GTH (Gay, transexuales y hombres que tienen sexo con hombres). Los usuarios de drogas inyectables no fueron incluidos, ya que el único estudio que tiene el país con esta población, reporta un total de 1200 UD encuestados, y sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UDI. Se consideró que la muestra no era representativa para los fines de este indicador.

En tal sentido, los datos presentados como LB difieren de los que fueron incluidos en el Informe 2008 como reporte, debido a la fuente utilizada y por supuesto a las poblaciones incluidas. En la línea de base de este Informe 2010, se presentan datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.

El país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza ni ha definido fecha para la próxima, por tanto los datos vigentes para el Informe 2010 siguen siendo los mismos que están siendo reportados en la línea de base. Por tal razón, no es posible medir progresos en este indicador.

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	GTH: Pareja fiel= 1,146, Condón= 1,306, Saludable=1,334, Mosquito= 1,332 y Alimento= 1,332 TRSX: Pareja fiel= 873, Condón= 1,184, Saludable= 1,156, Mosquito= 1,222, Alimento= 1,219
Fuente	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Denominador	GTH: Pareja fiel=1319, Condón=1,331, Saludable=1,368, Mosquito=1,332, Alimento=1332 TRSX: Pareja fiel: 1,225, Condón: 1,256, Saludable: 1,252, Mosquito= 1,224, Alimento: 1,224
Fuente	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Porcentaje	GTH= Pareja fiel: 86.9%, Condón: 98.12%, Saludable: 97.51%, Mosquito: 100%, Alimento: 100% TRSX= Pareja fiel: 71.26%, Condón: 94.26%, Saludable: 92.33%, Mosquito: 99.8%, Alimento: 99.6%

En términos generales, la población GTH tiene mejor puntuación que las TRSX en todos los indicadores estudiados que están vinculados con la identificación correcta de las formas de transmisión y prevención del VIH y el rechazo a las principales ideas erróneas. A continuación un resumen de las preguntas y el porcentaje de respuestas correctas, según población:

Preguntas	Respuestas correctas de:	
	GTH	TRSX
1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?	86.9%	71.26%
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?	98.12%	94.26%
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?	97.51%	92.33%
4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?	100%	99.8%
5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?	100%	99.6%

- ✚ En cuanto a si puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada, el porcentaje de GTH que respondió correctamente fue 86.9% y de TRSX 71.26%.
- ✚ Al preguntarles si puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos, los resultados fueron 98.12% de GTH y 94.26% TRSX. El 97.51% de los GTH respondió correctamente respecto a si puede una persona de aspecto saludable tener el VIH, y de las TRSX el 92.33%.
- ✚ Con relación a si se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito, el porcentaje de respuestas correctas en la población GTH fue de 100% y de 99.8% para las TRSX. En cuanto a si se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada, los porcentajes fueron: 100% GTH y 99.6% TRSX.

15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

Ficha Técnica Indicador # 15	
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.
Frecuencia de Recopilación de datos	Cada 4 o 5 años.
Instrumento de medición	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
Método de medición	Se pregunta a todos los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
-Numerador	Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
-Denominador	Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.
Observaciones	El indicador debe presentarse en forma de porcentajes separados por varones y mujeres, y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años.

La Encuesta Demográfica y de Salud -ENDESA 2007, afirma que la primera relación sexual es uno de los hitos importantes en la vida de una persona e incorpora a la vida un nuevo placer, pero también implica la exposición a nuevos riesgos en lo que a salud se refiere, particularmente a contraer el virus que causa el SIDA, un otra ITS, si se desconocen las medidas preventivas o si aun conociéndolas no se incorporan en la práctica sexual. Los datos reportados en el Informe UNGASS 2008 citan como fuente la ENDESA 2007.

Es importante puntualizar que la fuente utilizada corresponde a un Informe preliminar de la encuesta, por lo que para la elaboración de este Informe, se procedió a revisar los datos publicados en la versión final de la ENDESA 2007 y esto trajo como resultado cambios en los denominadores y numeradores para cuyo reporte se utilizó dicha fuente y por tanto el porcentaje presentado también fue ajustado.

Los datos reportados en la línea de base para este indicador son los mismos que se presentan como reporte en el Informe como 2010, ya que la frecuencia de recopilación de los datos relativos a este indicador es de 5 años, y tiene como instrumento de medición es la ENDESA 2007.

En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador, ya que el dato de país sigue siendo el reportado en la línea de base. La próxima ENDESA será realizada en 2012.

A continuación, la línea de base 2006-2007 (modificada) y el reporte de 2010:

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	3,790 (mujeres 1513 y hombres 2277) Mujeres 15-19=781 y 20-24=732 Hombres 15-19=1183 y 20-24=1094
Fuente	ENDESA 2007
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
Fuente	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%

Según datos presentados por la ENDESA 2007, entre las mujeres jóvenes, la educación y el mayor nivel de riqueza retrasan significativamente la edad a 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 el caso de los hombres de 15 a 24 años, en las regiones II y VIII los porcentajes que reportaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años fue de aproximadamente un 18 por ciento, en tanto en las regiones 0 y IV fue de un 27 por ciento.

El análisis por provincia revela el inicio a la vida sexual antes de los quince años en un porcentaje de jóvenes mayor en Bahoruco y La Altagracia (30 por ciento) y menor en Espaillat (12%) y en San José de Ocoa (13%).

El quintil de riqueza no introduce comportamientos diferenciales en este indicador y en el caso de la educación se destaca una relación diferente a la encontrada en el caso de las mujeres, pues a medidas que aumenta la educación el porcentaje que reportó haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 y 18 años también se incrementa.

16. Relaciones sexuales de alto riesgo

Ficha Técnica Indicador # 16	
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	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo
Frecuencia de Recopilación de datos	Cada 4 o 5 años.
Instrumento de medición	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas).
Método de medición	Se les pregunta a los entrevistados si han tenido relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
-Numerador	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
-Denominador	Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad.
Observaciones	Este indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.

La conducta sexual de los individuos ha sido uno de los ejes de trabajo de los programas de prevención del contagio por el VIH debido a que una conducta sexual riesgosa está íntimamente relacionada con las probabilidades de contagio por el virus que causa el SIDA. Este indicador presenta la misma situación que los otros indicadores construidos en base a datos provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud –ENDESA 2007- y reportados en el Informe UNGASS 2008, por lo que es importante puntualizar que la fuente utilizada corresponde a un Informe preliminar de la encuesta, razón por la cual se procedió a revisar los datos publicados en la versión final de la ENDESA 2007, para la elaboración de este Informe y esto trajo como resultado cambios en los denominadores y numeradores para cuyo reporte se utilizó dicha fuente y por tanto el porcentaje presentado también fue ajustado.

Los datos reportados en la línea de base para este indicador son los mismos que se presentan como reporte en el Informe como 2010, ya que la frecuencia de recopilación de los datos relativos a este indicador es de 5 años, ya que el instrumento de medición es la ENDESA 2007. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador, ya que el dato de país sigue siendo el reportado en la línea de base. La próxima ENDESA será realizada en 2012.

A continuación, la línea de base 2006-2007 (modificada) y el reporte de 2010:

Línea de Base y Reporte 2010	
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
Fuente	ENDESA 2007
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
Fuente	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%

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 particular 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.

17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales

de alto riesgo

Ficha Técnica Indicador # 17	
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	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales.
Frecuencia de Recopilación de datos	Cada 4 o 5 años.
Instrumento de medición	Encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples y otras encuestas representativas).
Método de medición	Se les pregunta a los encuestados si han tenido relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: 1. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? Si la respuesta es más de una, se pregunta: 2. ¿Usted o su pareja usaron un preservativo durante la última relación sexual?
-Numerador	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
-Denominador	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
Observaciones	Este indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.

Este indicador presenta la misma situación que los otros indicadores construidos en base a datos provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud –ENDESA 2007- y reportados en el Informe UNGASS 2008, por lo que es importante puntualizar que la fuente utilizada corresponde a un Informe preliminar de la encuesta, razón por la cual se procedió a revisar los datos publicados en la versión final de la ENDESA 2007, para la elaboración de este Informe y esto trajo como resultado cambios en los denominadores y numeradores para cuyo reporte se utilizó dicha fuente y por tanto el porcentaje presentado también fue ajustado.

Los datos reportados en la línea de base para este indicador son los mismos que se presentan como reporte en el Informe como 2010, ya que la frecuencia de recopilación de los datos relativos a este indicador es de 5 años, ya que el instrumento de medición es la ENDESA 2007. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador, ya que el dato de país sigue siendo el reportado en la línea de base. La próxima ENDESA será realizada en 2012.

A continuación, la línea de base y el reporte.

Línea de Base y Reporte 2010	
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
Fuente	ENDESA 2007
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
Fuente	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%

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.

Es destacable que en ambos casos el porcentaje que usó el condón es mayor en la población masculina que en la femenina. En la población masculina, el uso del condón en las dos situaciones antes descritas es mayor entre la población más joven y entre los entrevistados en la región V (Este del país). Se observa una mayor tendencia a protegerse entre los hombres más educados y aquellos pertenecientes a los quintiles más altos de riqueza.

Entre la población femenina, el mayor porcentaje de mujeres que usaron el condón en la última relación sexual en el caso de las 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%).

18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo

Ficha Técnica Indicador # 18	
Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.
Frecuencia de Recopilación de datos	Bienal.
Instrumento de medición	Encuestas especiales para el numerador y denominador, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los profesionales del sexo de Family Health International.
Método de medición	Se pide a los entrevistados que respondan la pregunta siguiente: ¿Ha usado un preservativo con su cliente más reciente?
-Numerador	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente.
-Denominador	Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses.
Observaciones	Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (<25; 25+). Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

El reporte de este indicador incluye datos de dos (2) poblaciones específicas: Trabajadoras sexuales femeninas y GTH. En el caso de las trabajadoras sexuales se refiere a las han usado condón con su último cliente, y en los GTH, los que han tenido sexo con hombres que intercambian sexo por dinero. La fuente utilizada fue la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD, año 2008.

La población de usuarios de drogas no fue incluida porque del total de 1200 UD encuestados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UDI, de manera que esta muestra no es representativa para los fines de este indicador. El país no ha definido fecha para la repetición de esta encuesta. En tal sentido, los datos reportados como línea de base son los mismos que se presentan como parte del Informe 2010.

A continuación los numeradores, denominadores y porcentajes de dicho indicador:

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1104 GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 685
Fuente	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Denominador	TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 1367 GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 1565
Fuente	Base de datos de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento en GTH/TRSX/UD, año 2008.
Porcentaje	TRSX: Uso del Condón con último cliente de TRSX femeninas: 80.8% GTH: Uso del condón con hombres que intercambian sexo por dinero: 43.77%

En vista de que los datos reportados en la LB son los mismos que se presentan en el Informe 2010, no se posible medir cambios en este indicador. De todas formas,

tomando en cuenta los datos reportados, se puede observar que el uso de condón en la población de TRSX es mucho mayor que en la población de GTH, en los contextos que refiere el reporte. Esto evidencia la necesidad de invertir más recursos y esfuerzos en dicha población, para el desarrollo de intervenciones de cambio de comportamiento con énfasis en prevención del VIH y uso del condón.

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

Ficha Técnica Indicador # 19	
Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.
Frecuencia de Recopilación de datos	Bienal.
Instrumento de medición	Encuestas especiales, incluida la Encuesta de vigilancia del comportamiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de Family Health International.
Método de medición	En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses, sobre el coito anal con estas parejas y sobre el uso del preservativo en la última de esas relaciones.
-Numerador	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.
-Denominador	Número de entrevistados que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses.
Observaciones	Los datos de este indicador deben desglosarse por edad (<25; 25+). Siempre que sea posible, los datos de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionar debe ser confidencial.

En el Informe UNGASS 2008, se reportó un dato de 2004 relativo a este indicador, usando como fuente el estudio Delta ejecutado en el marco del Proyecto Conecta implementado por Family Health International, con el apoyo técnico y financiero de USAID, con el objetivo de identificar y describir los conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres. Esta fuente reporta que del total de hombres encuestados (597), un total de 472 declaró haber usado preservativo en su último coito anal, para un 79%. En 2008, se realizó la Primera Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables, incluyendo los GTH. Los datos presentados por este estudio, se reportan en el presente Informe como línea de base y como reporte para 2010:

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	913 GTH
Fuente	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	1388 GTH
Fuente	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.
Porcentaje	65,78%

Si se compararan los datos del estudio Delta y los reportados en este Informe, se estaría evidenciando una reducción en el uso de preservativos en esta población y por tanto un aumento en las prácticas de riesgo. Sin embargo, tomando como referencia la metodología utilizada para ambos estudios en cuanto a la selección de la muestra y a la caracterización de la misma, no se recomienda hacer comparaciones. Cuando se realice la próxima encuesta de vigilancia del comportamiento con esta población, se podrá medir progresos o cambios en este indicador.

20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo

21. Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras

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. 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. No hay datos disponibles relativos a este indicador.

4.4 Indicadores de Impacto

Esta sección incluye:

Indicador No. 22. Reducción de la prevalencia del VIH

Indicador No. 23 Poblaciones más expuestas: reducción prevalencia del VIH

Indicador No. 24. Tratamiento VIH: Supervivencia después 12 meses de Terapia antirretrovírica

Indicador País 2: Hijos e hijas de madres VIH+ que acceden a la prueba PCR

22. Reducción de la prevalencia del VIH

Ficha Técnica Indicador # 22	
Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH
Frecuencia de Recopilación de datos	Anual.
Instrumento de medición	Directrices de la OMS para la vigilancia centinela del VIH.
Método de medición	Este indicador se calcula usando los datos de mujeres embarazadas que acuden a los dispensarios de atención prenatal en los centros de vigilancia del VIH de capitales, otras zonas urbanas y rurales.
-Numerador	Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos.
-Denominador	Número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.
Observaciones	Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Este indicador presenta la misma situación que los otros indicadores construidos en base a datos provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud –ENDESA 2007- y reportados en el Informe UNGASS 2008, por lo que es importante puntualizar que la fuente utilizada corresponde a un Informe preliminar de la encuesta, razón por la cual se procedió a revisar los datos publicados en la versión final de la ENDESA 2007, para la elaboración de este Informe y esto trajo como resultado cambios en los denominadores y numeradores para cuyo reporte se utilizó dicha fuente y por tanto el porcentaje presentado también fue ajustado.

Los datos reportados en la línea de base para este indicador son los mismos que se presentan como reporte en el Informe como 2010, ya que la frecuencia de recopilación de los datos relativos a este indicador es de 5 años, ya que el instrumento de medición es la ENDESA 2007. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador, ya que el dato de país sigue siendo el reportado en la línea de base. La próxima ENDESA será realizada en 2012. A continuación, la línea de base 2006-2007 (modificada) y el reporte de 2010:

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	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	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	2007. Total=0.27%, Mujeres=0.42%, Hombres=0.22%

El 0.8% de las personas que se hicieron la prueba resultaron ser VIH positivas, tanto para hombres como para mujeres. Entre las personas entrevistadas de 15-24 años, el 0.4% de las mujeres y 0.2% de los hombres se clasifican como VIH positivos. Se observa que para ambos sexos, la prevalencia aumenta con la edad.

Dado que los porcentajes son muy bajos, es difícil de sacar conclusiones definitivas, 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 %.

Por quintil de riqueza, los porcentajes mayores se observan en quintiles extremos, con mayor prevalencia entre jóvenes del quintil inferior seguido por aquellos/as en quintil superior.

23. Poblaciones más expuestas: reducción prevalencia del VIH

Ficha Técnica Indicador # 23	
Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones más expuestas
Frecuencia de Recopilación de datos	Anual.
Instrumento de medición	Directrices para la vigilancia del VIH de segunda generación, del ONUSIDA/OMS, y directrices de Family Health International sobre muestreo en grupos de población.
Método de medición	Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los miembros de grupos de poblaciones más expuestas en el o los principales centros centinela.
-Numerador	Número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH
-Denominador	Número de miembros de poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba del VIH.
Observaciones	Las estimaciones de la prevalencia deben desglosarse por sexo y edad (<25/25+). Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Para este Informe 2010, se utilizó como fuentes 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, y el Estudio Delta realizado por USAID/Conecta en 2004. La primera encuesta de vigilancia 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.

Los datos que se reportan en este Informe para la población TRSX parten de la encuesta de vigilancia y para los GTH, del estudio Delta, incluyendo sólo a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

El país no ha realizado otra encuesta de esta naturaleza con estas poblaciones ni ha definido fecha para la próxima, por tanto los datos vigentes para el Informe 2010 siguen siendo los mismos que están siendo reportados en la línea de base. En tal sentido, no es posible medir progresos en este indicador.

El uso de diferentes fuentes según la población, se debe 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 Vigilancia, 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 construido respecto a su propia definición. Esta solicitud fue acogida por el comité.

Los datos de usuarios de drogas inyectables no fueron reportados debido a que del total de 1200 UD encuestados, sólo el 5% es usuario de drogas inyectables, para un total de 60 UDI. Se consideró que la muestra no era representativa para los fines de este indicador.

Los datos de LB y reporte 2010, son:

Línea de Base y Reporte 2010	
Numerador	GTH= 64 TRXS: 62
Fuente	GTH: Estudio realizado por el Proyecto USAID/Conecta ejecutado por Family Health International en República Dominicana: 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. TRXS: 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 –TRXS- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008
Denominador	GTH= 597 TRXS= 1300
Fuente	GTH: Estudio realizado por el Proyecto USAID/Conecta ejecutado por Family Health International en República Dominicana: 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. TRXS: 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 –TRXS- y Usuarios de Drogas –UD-, 2008
Porcentaje	TRXS: 4.8% GTH: 11%

24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de Terapia antirretrovírica

Ficha Técnica Indicador # 24	
Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	
Descripción del Indicador	
Objetivo	Evaluar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretrovírica.
Frecuencia de Recopilación de datos	A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse.
Instrumento de medición	Instrumentos de vigilancia del programa; formularios de análisis de cohorte/ de grupo.
Método de medición	Registros de terapia antirretrovírica y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretrovírica.
-Numerador	Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento.
-Denominador	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.
Observaciones	Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (<15, 15+).

El Informe UNGASS de 2008 declara que de acuerdo a información suministrada por DIGECITSS, el número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciado el tratamiento es de 461 niños y 6,635 adultos.

Asimismo, reporta que el total de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del período 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, fueron 520 niños y 7,343 adultos. El porcentaje de supervivencia para los niños alcanza un 89% y de adultos un 90%. Estos datos reportados en 2008 representan la línea de base para el reporte 2010.

En tal sentido, el reporte sería el siguiente:

Línea de Base	
Numerador	7096 (461 niños y 6635 adultos)
Fuente	DIGECITSS
Denominador	7863 (520 niños y 7343 adultos)
Fuente	DIGECITSS
Porcentaje	90.25% (88.65% niños y 90.36%)

Para el período 2008-2009, se tienen datos provenientes de un reporte realizado por el Sistema de Información de la DIGECITSS para la iniciativa de Alerta Temprana, el cual reporta 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 edad, de manera que los datos reportados incluyen el total para ambas poblaciones.

De este total, el número de personas que sigue con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento, es de 3,313, de los cuales 2170 corresponden al 2008 y 1143 al 2009. En tal sentido, el porcentaje relativo a este indicador es de 83.22%, y por año 83.30% para 2008 y 83.07% para 2009.

A continuación, un cuadro resumen con los datos presentados:

Reporte 2010	
Numerador	3313 (2008= 2170 y 2009= 1143)
Fuente	DIGECITSS
Denominador	3981 (2008= 2605 y 2009= 1376)
Fuente	DIGECITSS
Porcentaje	83,22% (2008= 83.30% y 2009=83.07%)

Tomando como referencia los porcentajes globales de ambos períodos (2006-2007 y 2008-2009), se evidencia una reducción el número de personas que inició la terapia y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, de 7863 a 3981, y en el número de personas que se mantiene con vida, de 7096 a 3313. En términos porcentuales, de 90.25% a 83.22%.

Es importante puntualizar que no fue posible validar la información reportada en la línea de base y que fue tomada del Informe UNGASS 2008, de manera que es probable que al utilizar fuentes diferentes para el reporte de los datos, se haya producido esta diferencia tan notable. El Informe 2008 no especifica el período que cubren los datos reportados, de manera que existe la posibilidad de que los mismos representan el total de personas registradas en el sistema a la fecha de corte de dicho Informe.

Indicador de País # 2	
Porcentaje de hijos e hijas de madres VIH+ que acceden a la prueba PCR	
Numerador	Número de hijos e hijas de madres VIH+ que accedieron a la prueba PCR
Denominador	Número estimado de embarazadas VIH+

Este indicador fue agregado por el país a la lista de indicadores a ser reportados en el Informe de progresos de los compromisos de UNGASS, por considerar su utilidad para la medición de objetivos programáticos y resultados de impacto del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical, y con el objetivo de identificar los niños/as, y evaluar y tratar su seroconversión.

Este indicador fue reportado en el Informe UNGASS 2008. En el marco de dicho Informe, se reportó que para el 2006 se evaluaron 234 niños y niñas, de los cuales, 15 resultaron positivos, y para el 2007, 95 niños fueron evaluados, de los cuales, 8 resultaron positivos.

Los datos presentados como línea de base para este Informe 2010, coinciden en un 100% para el año 2006 y difieren de los reportados para el 2007, debido a que hoy se cuenta con datos más actualizados de dicho año, ya que al momento de elaborar el Informe en 2008, el proceso de registro de los datos remitidos por los centros, no había finalizado. A continuación, los datos correspondientes a la línea de base:

Línea de Base	
Numerador	2006= 234 niños/as accedieron a la prueba y 15 resultaron positivos (6.4%) 2007=167 niños/as accedieron a la prueba y 17 resultaron positivos (10.18%)
Fuente	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010.
Denominador	2006:1,798 2007:1,649
Fuente	Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, 2007
Porcentaje	2006= 13.01% 2007= 10.13%

Para el reporte de este año 2010, se tienen los siguientes datos:

Reporte 2010	
Numerador	2008= 637 niños/as accedieron a la prueba y 83 resultaron positivos (13.0%) 2009= 572* niños/as accedieron a la prueba y 62 resultaron positivos (10.84%)
Fuente	DIGECITSS/Base de datos del PNRTV, Febrero 2010. * Hasta Octubre 2009
Denominador	2008: 2,030 2009: 2,020
Fuente	Informe de las Estimaciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2009
Porcentaje	2008: 31,38% 2009: 28,32%

Se observa un aumento significativo entre el último año del período anterior (2007) y el 2008, y una disminución para el 2009. Los datos correspondientes al año 2009 sólo incluyen el período Enero-Octubre 2009, de manera que los dos últimos meses de dicho año no han sido procesados, por lo que cuando se finalice el registro de los datos el número de niños con prueba de PCR aumentará para el año 2009.

Se presenta un aumento en el porcentaje de niños que resultados positivos de 2007 a 2008, de 10.18% a 13.0%, respectivamente, y una disminución para el 2009 (10.84%). Una vez que se completen los datos para 2009, es importante dar seguimiento a los resultados de dichas pruebas, a fin de confirmar que se mantiene la reducción en el porcentaje de niños con pruebas positivas.

V. Prácticas Óptimas

La Respuesta Nacional al VIH SIDA ha tenido importantes conquistas en el período 2008-2009, gracias al logro de objetivos programáticos y de resultados que fueron contemplados en el Plan Estratégico vigente como prioridades del país. Estos logros, que fueron presentados en el marco de cada uno de los indicadores de UNGASS, fueron el resultado de decisiones y acciones que sirvieron de empuje para la redefinición de abordajes estratégicos y operativos, que hoy el país exhibe como buenas prácticas.

En el marco de los compromisos de UNGASS y los esfuerzos que el país ha venido realizando para cumplir con dichas metas, resalta la integración y participación activa de los diferentes actores y sectores de la Respuesta Nacional, en el Comité de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS y otros espacios de toma de decisiones. El comité se ha mantenido como un espacio abierto para la consulta, el intercambio de experiencias y metodologías de trabajo, entre los diferentes actores y los sectores representados.

Este activismo ha servido de base para el mejoramiento de la coordinación multisectorial necesaria para el logro de indicadores sustantivos de UNGASS, para cuyo cumplimiento se requiere del trabajo conjunto de los responsables y colaboradores, y ha despertado el interés de actores que no estaban integrados al comité y que hoy forman parte de su Asamblea.

En el ámbito programático y de gestión de servicios de VIH, el redimensionamiento de la visión de los tomadores de decisión y los técnicos, ha traído como resultado la diversificación de las acciones de prevención, priorizando intervenciones vinculadas con los servicios (atención ITS, prevención de la transmisión vertical, acciones de IEC en el ámbito de los servicios y en el escenario laboral), en lugar del abordaje exclusivo de la prevención a través del IEC comunitario. De esta buena práctica se desprenden múltiples logros que pudieran clasificarse como factores asociados a muchos de los progresos presentados en los indicadores.

Históricamente, ha habido una concentración de programas y servicios en la capital del país, en donde se residen cerca de 3 millones de personas del total de casi 10 millones de habitantes que representan la población dominicana. En el período 2008-2009, se ha priorizado la apertura de unidades de atención a personas con VIH, incluyendo unidades pediátricas, en otras provincias del país.

Del total de 29 unidades pediátricas que fueron inauguradas en este período, un total de 21 están en provincias del interior del país y nueve (9) en Santo Domingo, lo que ha favorecido la ampliación de cobertura y el aumento en el acceso a los servicios por parte de los usuarios que residen en el interior del país y la descongestión de las unidades de la capital. A esto se suma como buena práctica la disponibilidad de pruebas de PCR para niños/as.

Por otra parte, se han comenzado a dar algunos pasos para lograr la integración de las unidades de atención a los servicios regulares de los establecimientos de salud en donde operan. Aunque no se ha realizado ningún estudio sobre los resultados de esta medida, reportes de supervisión de los técnicos del nivel central refieren que esto ha contribuido con el mejoramiento de la gestión de los servicios y el aumento en la captación de pacientes VIH, además de que ha facilitado el seguimiento a los pacientes de las unidades que demandan otros tipos de servicios.

Otra buena práctica que ha favorecido los estándares de calidad de los servicios, es la estandarización de los parámetros relacionados para la habilitación del espacio físico, el mobiliario y los insumos, de los puestos de consejería y de las unidades de atención. Con relación a las personas con TB, se ha dispuesto de pruebas de VIH gratuitas y esto ha favorecido de manera significativa la identificación de pacientes coinfectados, lo que redundará en el inicio oportuno de su esquema de tratamiento.

En el ámbito de la vigilancia, se han eficientizado los procesos que buscan la medición de las tendencias de la epidemia, mediante la realización periódica y sistemática de las encuestas de vigilancia centinela de infección VIH, hepatitis B y sífilis, y las estimaciones nacionales de prevalencia y carga de enfermedad.

Gracias a la realización de evaluaciones externas, se ha logrado como resultado la identificación de necesidades y temas por resolver para fortalecer el sistema de vigilancia. Un ejemplo de esto lo constituye la evaluación externa realizada por el CDC, que permitió la priorización de intervenciones específicas dirigidas al fortalecimiento del sistema de vigilancia, las redes de laboratorio y a la necesidad de realizar encuestas de vigilancia del comportamiento con vinculación serológica, siendo esto último parte de los logros que hoy se presentan.

Otro aspecto importante es el desarrollo de un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación (SUME), con el concurso de diferentes actores y sectores de la Respuesta Nacional, con el objetivo de realizar una contribución a la consolidación de un sistema integral de gestión basado en el desempeño y los resultados a partir del fortalecimiento de las capacidades de seguimiento y evaluación de los diferentes actores e instancias que participaran en la ejecución del Programa. Al final de la ejecución se espera contar con un Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación operando a nivel central, provincial y local, y con un equipo técnico con las capacidades técnicas y operativas para monitorear los resultados.

Adicionalmente, un tema que requiere especial mención es la participación activa del COPRESIDA en la gestión realizada para lograr la integración de las PVVS a la seguridad social y otros paquetes sociales del Gobierno, ya que el liderazgo asumido por dicha entidad fue fundamental para lograr los objetivos planteados.

VI. Principales problemas y acciones correctoras

La Respuesta Nacional al VIH SIDA en República Dominicana, en el período 2008-2009 ha estado enmarcada en el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud, que implica la separación de las cuatro (4) funciones básicas que desarrolla el Ministerio de Salud y Asistencia Social: Rectoría, Provisión, Aseguramiento y Financiación.

Esta separación de funciones lleva consigo la descentralización de la prestación de los servicios de salud a través del desarrollo y fortalecimiento de las instancias regionales denominadas Servicios Regionales de Salud, que son nueve (9) en total, para constituir las en servicios independientes con personería jurídica propia y con las competencias requeridas para el desempeño de dicha función.

Esto plantea múltiples retos para el Sistema de Salud, en cuanto tiene que fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud y potenciar las funciones de evaluación y regulación de los servicios de salud tanto públicos como privados.

En el ámbito de la lucha contra el SIDA, en el período en cuestión, se inició el proceso de definición de funciones y roles de las diferentes instancias del SNS que forman parte de la respuesta, con especial atención en la DIGECITSS como dependencia del Vice Ministerio de Salud Colectiva, y priorizando el traspaso de competencias a la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud, estructura creada de manera transitoria para apoyar a los SRS en la fase de desconcentración, mediante el desarrollo de capacitación, asistencia técnica y asesoría, y sobre todo delegación de competencias vinculadas con la atención a las personas que demandan servicios y de manera particular, servicios de VIH SIDA.

Esta redefinición de roles y funciones, y de diferenciación operativa del deslinde de los ámbitos de actuación, está en marcha en estos momentos, y por supuesto que trae consigo retos y cambios que deben darse gradualmente en cada uno de los niveles de atención y participación. Esta reforma en la que está inmersa el SNS, al igual que todo proceso de cambio, ha generado mucha confusión en los actores vinculados a la respuesta en VIH, debido a la falta de consenso con relación al abordaje conceptual, estratégico y más que todo operativo del traspaso de competencias, la definición de roles, y a la diversidad de discursos e interpretaciones respecto a lo que establece La Ley General de Salud y sus reglamentos de aplicación.

Desde el año 2009, la DIGECITSS y la DDFSRS están trabajando de manera conjunta con el objetivo de hacer posible el traspaso de las competencias a los SRS de las funciones que históricamente ha desarrollado DIGECITSS y que son acciones de atención a las personas, y por tanto forman parte de las responsabilidades de los SRS. De igual forma, el proceso incluye el traspaso desde los servicios de aquellas acciones que son de Salud Colectiva. Se espera que esta coordinación permita completar el proceso de traspaso de manera armónica y funcional.

En este contexto, se trata de retos más que de dificultades, puesto que son efectos naturales de todo proceso de reforma y es un ejemplo de lo que se ha visto en todos los países de Latinoamérica que han reformado sus Sistemas de Salud en base a un modelo fundamentado en la separación de funciones, como es el caso de la República Dominicana, pero que sin duda generan situaciones que afectan la Respuesta Nacional.

Por otra parte, la Respuesta Nacional ha enfrentado otros retos vinculados con el financiamiento de programas y servicios de VIH, en el período 2008-2009, como resultado del cierre de proyectos de agencias de cooperación internacional debido a la finalización de los períodos de financiación. Un ejemplo de ello lo constituye el cierre del Proyecto Conecta, una iniciativa ejecutada por Family Health International, con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID. Este proyecto tenía un financiamiento de 35 millones de dólares y una duración de 5 años, que luego fueron extendidos a 6 años, aproximadamente el 80% del presupuesto del Proyecto estuvo dedicado al financiamiento de programas de ONG y apoyo al fortalecimiento de los servicios de VIH SIDA. El cierre del proyecto fue a mediados del 2008, y coincidió con la finalización del financiamiento del Banco Mundial y el cierre de operaciones en el país de la agencia holandesa CORDAID.

Por otro lado, se hace necesario ampliar la capacitación formal en temas relativos al Monitoreo y Evaluación, y disponer de una herramienta integradora para el desarrollo del área. Como respuesta a esta situación es que se está impulsando el Sistema Único de Monitoreo y Evaluación –SUME-, a fin de resolver las situaciones generadas por la dispersión que tiene el país en cuanto al manejo de diferentes herramientas, metodologías y mecanismos independientes para M&E, y contar con un mecanismo único e integrador.

Para el reporte de algunos indicadores de UNGASS, en el marco de la presentación de este Informe, el país tuvo algunas dificultades. En algunos casos, se debe a datos que el sistema de información vigente no genera, y en otros, limitaciones relacionadas con el desglose de los datos, ya que aunque muchos de los datos estaban disponibles, sólo se contaba con números globales que no pudieron ser desglosados conforme a las especificaciones de las Directrices (sexo, edad, año).

En el primer caso, se trata de registros que deben ser habilitados como parte de los registros y el reporte de los centros de atención, y en el segundo caso, se refiere a datos que están disponibles en los centros, pero que deben ser tomados en cuenta al momento de realizar los consolidados en el nivel central. Se espera que el fortalecimiento del sistema de información del país, ayude a superar estas limitaciones, de cara al próximo Informe de UNGASS.

VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

“La Respuesta Nacional⁹ es el conjunto organizado de acciones que se desarrollan en el país de manera articulada y concertada entre distintos sectores y actores de la sociedad dominicana, para intervenir las causas y efectos de la epidemia del VIH/SIDA. La Respuesta Nacional se basa en un Plan Estratégico Nacional debidamente concertado y establece el marco para las acciones que los distintos participantes deben desarrollar” (Marco Conceptual de Monitoreo y Evaluación, 2007).

La integración y participación activa de los diferentes actores y sectores de la Respuesta Nacional, en el Comité de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS, se destaca como una de las principales mejores prácticas reconocidas por los representantes de las diversas entidades que forman parte del Comité. Otros espacios de toma de decisiones en los que los diferentes actores vinculados a la Respuesta Nacional participan de manera activa son: El Mecanismo de Coordinación de País, la Coalición de ONG del Área de SIDA, entre otros.

Los esfuerzos nacionales enfocados al cumplimiento de los objetivos planteados en la Declaración de Compromisos sobre el VIH/SIDA, han sido asumidos por las entidades gubernamentales, las Organizaciones de la Sociedad Civil y los organismos internacionales y agencias de cooperación que luchan contra el SIDA en el país, y que participan en la ejecución y/o apoyo técnico y financiero de las intervenciones que se realizan en el marco de cada uno de los indicadores de UNGASS y otros que están incluidos en el Plan Estratégico Nacional y otros planes nacionales.

En general, los diferentes actores que fueron entrevistados mediante la aplicación del ICPN, reconocen la coordinación intersectorial que ha mostrado el país, el apoyo político del Gobierno y la participación de la Sociedad Civil, en temas y procesos específicos. El principal reto que tiene el país es mantener el activismo mostrado hasta ahora por parte de estos actores e invertir de manera permanente en la conservación de estos espacios, a fin de que sigan siendo escenarios de participación multisectorial y de construcción colectiva, en donde la transparencia y el interés común marquen la pauta.

⁹ Respuesta Nacional: Sistema de planificación constituido por las políticas, estrategias, planes y programas adelantados y sostenidos por la participación cogestionada, sistemática, inclusiva y ordenada de las organizaciones públicas, asociaciones sin fines de lucro, organizaciones de la sociedad civil -con o sin misión en el campo de la salud-, incluyendo organizaciones comunitarias de base, organizaciones basadas en la fe, agencias internacionales de cooperación al desarrollo y demás entidades que trabajan y financian acciones en el ámbito del VIH y el SIDA en la República Dominicana; bajo la coordinación y conducción del organismo autónomo, colegiado, multisectorial, y de carácter estratégico, creado por una ley adjetiva para tales fines, en consonancia con las disposiciones contenidas en los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales de los que el país es signatario y compromisario.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada uno de los indicadores, y para el aseguramiento del registro de los datos requeridos para evidenciar estos logros, se hace necesario seguir fortaleciendo el sistema de vigilancia y evaluación del país, y lograr mayor involucramiento de otros sectores que aportan a los indicadores y que hasta el momento no han tenido una participación tan activa como en el caso de las entidades del Sector Salud.

VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

Los diferentes actores y sectores que forman parte de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA, elaboraron el “Marco Conceptual de Monitoreo y Evaluación”, en el marco de la construcción colectiva y multi-sectorial del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, en 2007. A continuación un resumen de dicho documento:

En el contenido de este marco se presentan los elementos del plan y de los actores claves que hacen parte de la Respuesta Nacional y que serán fundamentales en la implementación de este sistema de monitoreo y evaluación. Desde la formulación del Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH Y SIDA (PEN) en el año 2000, el trabajo multidisciplinario y multisectorial ha exigido al Programa Nacional de SIDA no solamente cumplir con la necesidad de monitorear la epidemia como tal (evolución, tendencia, etc.) sino el monitoreo y evaluación de las intervenciones y sus impactos plasmados en planes y proyectos que los diferentes actores realizan a favor de los logros del PEN.

Inicialmente SESPAS asumió la responsabilidad de monitorear la epidemia y posteriormente, COPRESIDA ha asumido la responsabilidad de monitorear la Respuesta Nacional a través de todos sus integrantes multidisciplinarios y multisectoriales. Con este marco conceptual se pretende dejar establecidas las bases para la puesta en funcionamiento de un sistema único de Monitoreo y Evaluación para el VIH/SIDA en la República Dominicana.

El Marco conceptual para el monitoreo y evaluación del sistema es un elemento básico para la estandarización de los diferentes actores comprometidos con la Respuesta Nacional a las ITS/VIH/SIDA, independiente del rol que cada uno de ellos cumpla en el sistema: rectoría sectorial, financiación, ejecutores programáticos, consenso y coordinación.

Desde el principio de la epidemia, en la República Dominicana se ha venido monitoreando su comportamiento, sin embargo, se contaba con poca información sobre como medir el éxito de las actividades relacionadas a las ITS/VIH/SIDA. A medida que crece el conocimiento sobre el VIH, y las actividades en esta temática, aumenta la necesidad de monitorear y evaluar el éxito de los programas destinados a reducir la diseminación de la infección y las repercusiones que esta tiene en la vida de la familia y la comunidad. Muchos son los actores involucrados en la temática, y hasta el momento, todos dan seguimiento a sus actividades, mas no todos, informan a COPRESIDA, sobre el seguimiento de las mismas, siendo este el responsable de la Respuesta Nacional.

El sistema único de monitoreo y evaluación es uno los tres principios de coordinación acordados en la reunión de ICASA en 2003, para lograr una respuesta articulada a la epidemia del VIH/SIDA y las ITS a nivel de cada país, sumado a un sistema único de coordinación y un plan estratégico nacional. Los tres principios están íntimamente relacionados y son interdependientes uno del otro.

La definición de un sistema de monitoreo y evaluación es mucho más que la identificación de un conjunto de indicadores y de métodos para la recolección de la información. El sistema implica establecer un ordenamiento lógico de recursos, que permita de manera eficiente generar información con calidad y oportunidad para alimentar la toma de decisiones.

Debe dar respuesta al menos a las siguientes preguntas básicas:

- Qué se debe monitorear y evaluar?
- Cómo se hará el monitoreo y evaluación?
- Con qué enfoque y con qué herramientas se harán el monitoreo y la evaluación?

El objetivo general del sistema de monitoreo y evaluación es:

Producir información oportuna y de calidad respecto al comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA y a la ejecución y resultados de la Respuesta Nacional y retroalimentar a los tomadores de decisiones.

Los objetivos específicos son:

1. Coordinar de manera efectiva a las distintas organizaciones y personas comprometidas con el monitoreo y evaluación de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.
2. Definir los roles y responsabilidades de todos los participantes en la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en la generación, procesamiento y uso de la información para el monitoreo y evaluación del VIH/SIDA en la República Dominicana.
3. Optimizar el uso de los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos para el monitoreo y evaluación del VIH/SIDA en la República Dominicana.
4. Identificar las necesidades de información para el monitoreo y evaluación de la epidemia y la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en la República Dominicana
5. Definir una lista de indicadores para dar seguimiento del progreso en las áreas más críticas en VIH y SIDA, de acuerdo al marco de resultados del Plan Estratégico Nacional para VIH y SIDA.
6. Desarrollar una estrategia y metodología para la recolección de la información en base a los objetivos e indicadores de los socios implementadores del PEN. Identificar lo que se está haciendo correctamente y que no, para corregir y mejorar, y saber en que medida el programa está tendiendo el efecto/impacto deseado.
7. Proveer herramientas estandarizadas para el monitoreo de los componentes programáticos.
8. Establecer el flujo de la información desde los proveedores de servicios, provincias y regiones de salud y sistemas nacionales, a los usuarios internos y externos de la información y al área administrativa financiera.
9. Desarrollar una estrategia y mecanismos para retro-alimentar la información entre los usuarios internos y externos, asociados al programa, beneficiarios y al público en general.
10. Desarrollar un plan para fortalecer las capacidades de los niveles del modelo de gestión para monitorear y evaluar el programa.

El sistema de monitoreo y evaluación del VIH/SIDA deberá permitir hacer un seguimiento integral a: (1) la epidemia y (2) la ejecución y resultados de la Respuesta Nacional, no solamente a alguna de sus partes. Este modelo es la base para definir sus componentes (subsistemas) y posteriormente los indicadores, los datos y las herramientas requeridas.

Basado en los elementos que deben ser monitoreados y evaluados se propone que el Sistema de Monitoreo y Evaluación esté integrado por los siguientes subsistemas:

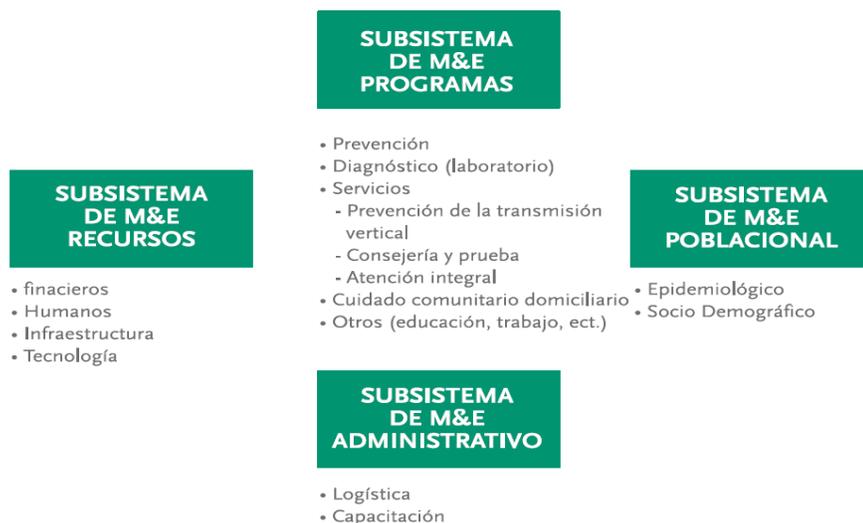
1. Subsistema de M&E poblacional: Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para hacer seguimiento al comportamiento y efecto de los programas en la población general y en grupos específicos y a los factores de riesgo relacionados, teniendo en cuenta las distintas variables de distribución poblacional. Se vale de herramientas como los estudios especiales de comportamiento, las encuestas de población y los sistemas de vigilancia.

2. Subsistema de M&E de recursos. Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para hacer seguimiento a la disponibilidad y uso de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos con que opera la Respuesta Nacional. Se vale de información regular generada por los diferentes integrantes de la Respuesta Nacional y de otros estudios especiales.

3. Subsistema de M&E de programas. Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para hacer seguimiento de las cobertura, eficacia, eficiencia y calidad de los programas desarrollados por los diferentes sectores e instituciones que hacen parte de la Respuesta Nacional. La herramienta fundamental son los sistemas de informaciones sectoriales e institucionales.

4. Subsistema de M&E de apoyo administrativo. Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para hacer seguimiento a la ejecución de las actividades de apoyo administrativo que hacen parte de la Respuesta Nacional en apoyo a las acciones de tipo programático, tales como manejo de insumos críticos, desarrollo de capacidad de gestión, capacitación, etc. La herramienta fundamental al igual que en el componente programático son los sistemas de información sectoriales e institucionales

Componentes del Sistema de Monitoreo y Evaluación



Metodologías y Herramientas para la recolección de Información.

Las herramientas y metodologías son el conjunto de instrumentos, mecanismos y procesos usados para recolectar, procesar y analizar la información necesaria para el monitoreo y evolución. A continuación se presentan algunas de las metodologías o herramientas más usadas por los sistemas de monitoreo y evaluación:

- Monitoreo de actividades, referidos a la información recolectada rutinariamente por los ejecutores del programa a través de sus sistemas de información;
- Vigilancia, que se refiere al monitoreo de los indicadores biológicos y de conducta
- Investigaciones, que se refiere a los estudios y sondeos dirigidos a ampliar la información de las tendencias, estudios de diagnóstico y otros sondeos de estrategias exitosas o problemas inherentes a la implementación del programa;
- Monitoreo financiero, que se refiere al monitoreo de los recursos financieros utilizados por los diferentes socios implementadores.

Cada una de los componentes del Sistema de Monitoreo y Evaluación (Subsistemas) antes descrito utilizará metodologías y herramientas específicas ya existentes o que será necesario diseñar e implementar, cada una de ellas son metodologías independientes entre si, son recolectados por diferentes equipos y su periodicidad también es diferente para cada uno.

Sin embargo, el análisis cruzado (triangulación) da la idea completa del efecto de los programas y proyectos en las áreas prioritarias y los organismos, instituciones y alianzas involucradas. En la actualidad se ha identificado en el país la existencia de al menos 15 herramientas para la recolección de información y que de acuerdo con los subsistemas descritos en la sección anterior se pueden agrupar de la siguiente manera:

SUBSISTEMA	HERRAMIENTA
Subsistema de Monitoreo y Evaluación Poblacional	Encuesta Nacional de demografía y salud (ENDESA).
	Vigilancia epidemiológica de casos.
	Vigilancia serológica de infección VIH/Hepatitis B/Sifilis.
	Vigilancia de comportamiento de riesgo ITS/VIH.
	Vigilancia de Fármaco resistencia.
Subsistema de Monitoreo y Evaluación de Recursos	Fuentes diversas.
Subsistema de Monitoreo y Evaluación Programático	Sistema de información de consejería y pruebas voluntarias.
	Sistema de información de laboratorio y bancos de sangre.
	sistema de información del programa nacional de la reducción de la transmisión vertical.
	Sistema de información de atención integral.
	Sistema de información de atención ITS.
	Sistema de información de las alianzas de base poblacional.
	Sistema de información de Secretaría de Educación: Estudio de coberturas PEAS.
Subsistema de Monitoreo y Evaluación de Apoyo Administrativo	Sistema de información de Información nacional gerencial de COPRESIDA.

Estructura y Funcionamiento del Sistema de Monitoreo y Evaluación.

La Respuesta Nacional es amplia y compleja tiene un carácter multisectorial (salud, educación, trabajo, entre otros) y multi-institucional (organizaciones públicas, privadas, ONG, OBC, organismos internacionales), por lo tanto se hace necesario identificar los participantes en el sistema y definir sus roles y responsabilidades y además los mecanismos de interacción y coordinación.

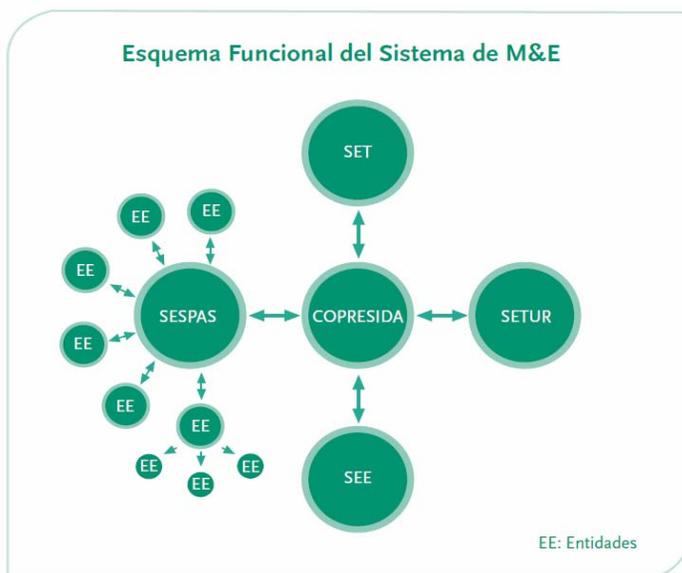
Para efectos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en la República Dominicana, los participantes del sistema se agruparán de la siguiente manera:

1. Organismos de Coordinación y Consenso: Corresponde aquellas instancias que como COPRESIDA y el Mecanismo de Coordinación de País (MCP), tienen la responsabilidad de coordinar y liderar la Respuesta Nacional al VIH/SIDA, articulando los esfuerzos de los diferentes actores.

2. Entidades de rectoría sectorial. Son aquellas entidades de orden gubernamental que de acuerdo con el marco legal de la República Dominicana ejercen la rectoría institucional o sectorial específica sobre algunos de los campos que hacen parte de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA. Este es el caso de la SESPAS, Secretaría de Trabajo, Secretaría de Educación, Secretaría de Turismo.

3. Organizaciones ejecutores. Corresponde al conjunto de instituciones, pertenecientes a diferentes sectores y de distinto carácter que ejecutan actividades dentro del marco de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA. Entre estas instituciones se incluyen Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicos o privados, Organizaciones no Gubernamentales, Entidades educativas, Organizaciones de base Comunitaria, Organizaciones en Base a La Fe, etc.

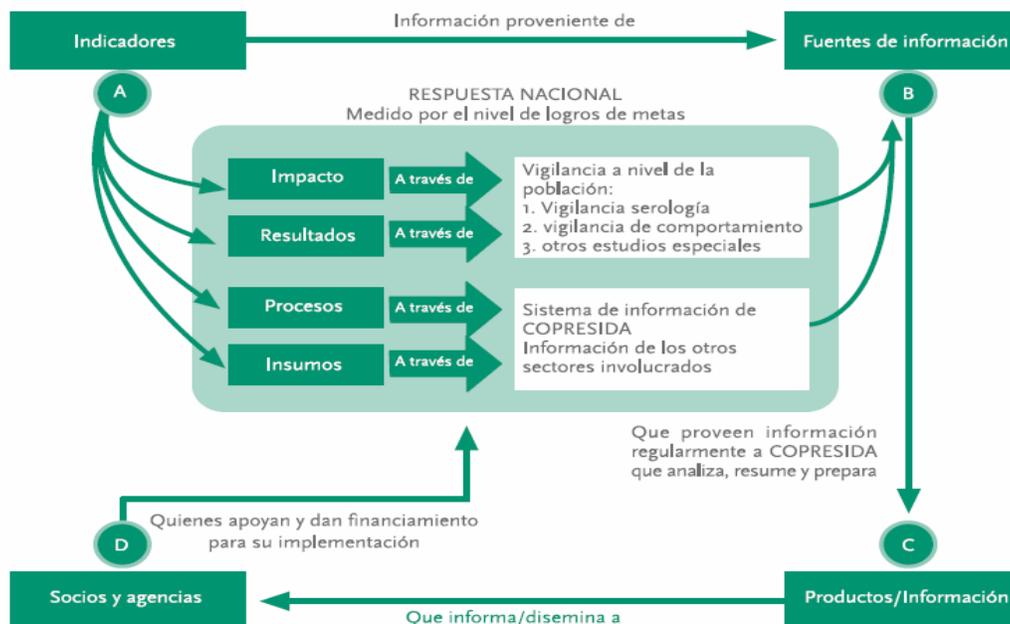
4. Organismos de cooperación. Son las organizaciones de carácter nacional o internacional que brindan apoyo financiero o técnico a la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en la República Dominicana. De acuerdo con esta clasificación los roles y responsabilidades de los integrantes del sistema serán:



Grupo Técnico en M&E

Grupo Técnico en M&E (GTM&E) incluye representantes de organizaciones y programas gubernamentales y de la sociedad civil encargadas de la ejecución de actividades de Monitoreo y Evaluación. El propósito principal del GTM&E es la coordinar todas las actividades relacionadas con el monitoreo de la epidemia, cambios de conducta, calidad de la atención y apoyar a que la gerencia de la Respuesta Nacional y sus miembros usen información de calidad para la toma de decisiones y formulación de políticas de salud. El GTM&E se reunirá regularmente y en forma ampliada, incluyendo representantes de organizaciones de apoyo financiero y técnico, y las organizaciones del sistema de NN.UU.

COPRESIDA tendrá una representación permanente en este grupo de trabajo; los otros miembros pueden rotar o incluirse a un nuevo miembro de acuerdo a necesidades específicas. También se pueden formar sub-comités o pequeños grupos de trabajo adhoc para realizar tareas específicas sobre un tema puntual. El GTM&E también tendrá un papel en la diseminación de resultado en grupos académicos y de coordinación nacional e internacional.



Como resultado de la aplicación de ICPN, en lo relativo a las entidades gubernamentales, se tienen algunas consideraciones que los actores expresaron sobre la vigilancia y evaluación en el país. A continuación, un resumen de los avances y retos identificados por los entrevistados como resultado de la aplicación de la Parte A del Informe correspondiente al Cuestionario del ICPN, elaborado por el Consultor Leonardo Sánchez.

AVANCES DEL PAIS DESDE 2007 EN VIGILANCIA Y EVALUACION

- ✓ Actualización del sistema de información SIAI plus.
- ✓ Continuidad de la realización de la encuesta centinela. La actualización de las estimaciones nacionales en VIH.
- ✓ La integración de todos los sectores socios en la respuesta al sistema de monitoreo y evaluación.

- ✓ El desarrollo de estrategias conjuntas para su financiamiento.
- ✓ Notificación pasiva de los casos individuales de VIH/SIDA
- ✓ Vigilancia serológica del comportamiento de riesgo a las ITS/VIH, basada en puestos centinela para conocer prevalencia de la infección VIH en sub-grupos poblacionales y áreas geográficas.
- ✓ Vigilancia de la fármaco resistencia del VIH a los Antirretrovirales, en base a encuestas serológicas centinelas del VIH.
- ✓ ENDESA 2007, incluye información sobre seroprevalencia del VIH.
- ✓ Registro de la tuberculosis como una de las enfermedades oportunistas más frecuentes asociadas al VIH
- ✓ Las encuesta de vigilancia centinela de infección VIH, hepatitis b y c, en embarazadas, TRSX y personas que demandan atención por presentar una ITS. • La primera encuesta de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica en GTH/TRSX/UD, en la República Dominicana, año 2008.
- ✓ Las estimaciones nacionales de prevalencia de VIH y carga de enfermedad, año 2007 y 2009.
- ✓ La incorporación dentro del proyecto de RCC del fondo mundial el objetivo 5 relativo a “consolidar un sistema único de monitoreo y evaluación para VIH”.

Retos vinculados con Vigilancia y Evaluación:

- El entrenamiento del personal en lo que es vigilancia y la creación de una entidad, grupo o comité que pueda servir para monitorear no solo los datos sino todos los componentes de la epidemia.
- La creación formal de equipo técnico de monitoreo y evaluación.
- La disponibilidad de recursos para sostener las intervenciones en este sentido.
- SIS-03 es un sistema de notificación pasiva, por lo que el nivel central depende de la notificación oportuna del nivel intermedio (Direcciones Provinciales de Salud-DPS) y estos a su vez están sujetos a la información suministrada por los niveles locales (Centros Asistenciales).
- Desarrollo de capacidades técnicas en el área en cuestión.
- Contar con personal capacitados en vigilancia, monitoreo y evaluación en las instituciones socias.
- Asegurar que las acciones de vigilancia, monitoreo y evaluación estén enmarcadas con presupuesto disponible y comprometido dentro de las acciones priorizadas en el presupuesto nacional, con la finalidad de garantizar sostenibilidad en el proceso.

IX. Anexos

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

9.2 Informe Cuestionario Índice Compuesto de Política Nacional

9.3 Matriz de Financiación Nacional