



FUNDACION
PLENITUD

SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE APLICACIÓN
A LA DECLARACIÓN DE UNGASS SOBRE VIH Y SIDA:
INFORME DE PROGRESO DEL PERÍODO 2006-2007

Informe Final

Magdalena Rathe
Soraya González

Santo Domingo, RD
Enero 2008



FUNDACION
PLENITUD

*Perspectiva Ecosistémica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*

VISIÓN

Contribuir a crear un mundo equitativo y sostenible.

MISIÓN

Producir y difundir conocimientos, información y valores para promover el desarrollo humano sostenible.

PLENITUD

Es un centro de reflexión privado, independiente y sin fines de lucro, con sede en la República Dominicana.

Malaquías Gil No. 16, Ens. Serrallés
Santo Domingo, República Dominicana
Tel. (809)563-1805

E-mail: info@fundacionplenitud.org

www.fundacionplenitud.org

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1 Antecedentes
- 1.2 El Informe UNGASS 2008

II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA EN EL PERÍODO 2006-2007

- 3.1 Contexto
 - a) Marco Regulatorio
 - b) Plan Estratégico Nacional (PEN)
 - c) Compromiso y acción nacionales:
 - d) Financiamiento
 - e) Índice Compuesto de Política Nacional (API)
- 3.2 Prevención
- 3.3 Tratamiento, Atención y Apoyo
- 3.4 Cambio en el conocimiento y el comportamiento
- 3.5 Mitigación del impacto
- 3.6 Matriz de Indicadores

IV. METAS DE ACCEESO UNIVERSAL 2010

V. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

SIGLAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO: ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES UNGASS

RESUMEN EJECUTIVO

El Consejo Presidencial del SIDA - COPRESIDA-- presenta este Informe Nacional donde reporta el avance de los indicadores de UNGASS para el período 2006-2007 y la Respuesta Nacional al SIDA, de acuerdo al documento '*Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos*' elaborado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en el 2002.

De acuerdo a las directrices de UNGASS, el repertorio de indicadores básicos que miden y evalúan el estado actual de la respuesta nacional se agrupan en cuatro grandes categorías: i) acción y compromisos nacionales; ii) conocimiento y comportamientos nacionales; iii) impacto nacional, y iv) compromiso y acción mundiales. Es importante destacar que cuatro de los indicadores nacionales son también Indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio y se relacionan con el conocimiento que tienen los jóvenes acerca del VIH, el uso del preservativo, la asistencia escolar de los huérfanos y el porcentaje de jóvenes infectados por el VIH.

En lo que respecta a la situación de la epidemia en la República Dominicana al 2007, puede resumirse que la misma se caracteriza por un predominio heterosexual (75.7%) y el grupo homo-bisexual con 7%. La epidemia presenta un predominio masculino (62.71% en hombres contra 37% en mujeres). La razón de casos Hombre/Mujer por año se ha ido acercando, reflejando un número cada vez mayor de mujeres infectadas con VIH. La razón hombres - mujeres para 2007 fue de 1.65:1.0; el patrón de transmisión predominante en el país es por contacto sexual.

Desde el año 1991, en la República Dominicana se realizan las encuestas centinela VIH en tres grupos poblacionales: embarazadas, pacientes que demandan atención por una infección de transmisión sexual (ITS) y trabajadoras sexuales. Asimismo, desde el año 2002, la República Dominicana realiza en el marco de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002) una medición de serología para el VIH. En ese año, con una muestra de 28,000 personas, los resultados mostraron una prevalencia del 1% con un 0.9% en zona urbana y un 1.2% en las zonas rurales. En el año 2007 se realiza la segunda medición de seroprevalencia en al marco de la ENDESA 2007, resultando una prevalencia de 0.8%, con una distribución por lugar de residencia de 0.7% para zona urbana y 1% para zona rural. En la medición de ENDESA 2007, no se destaca ninguna diferencia en la distribución por sexo entre la población de 15 a 49 años reportándose una prevalencia de 0.8%.

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 probablemente debido 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 entre estas localidades.

Es importante destacar que al igual que en el 2002, en la presente ENDESA 2007, se obtuvo una submuestra representativa de los bateyes, evidenciándose en el 2002 una prevalencia de 5%. En el 2007 se observa 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.

En conclusión, las estimaciones realizadas por el grupo técnico en la República Dominicana son aproximadamente 62,000 personas infectadas por el VIH y viviendo con SIDA, lo que representa una prevalencia de 0.8% en la población de 15 a 49 años. Debido a la plausibilidad de las curvas epidemiológicas y teniendo en cuenta los rangos de incertidumbre, las características del sistema de vigilancia y las tendencias actuales de la epidemia los rangos de la estimación de la prevalencia por los adultos de 15 a 49 años varían entre 0.8% y 1.2%, lo que representa entre 50 000 y 70 000 personas.

De acuerdo a los estudios de cohorte epidemiológicos, el periodo medio de entre la infección es de 11 años para las mujeres y de 10 años para los hombres. Esto se traduce en una mortalidad estimada de 4000 personas debida al VIH/ SIDA.

El inicio de la terapia antirretroviral en el 2003 en el país ha conllevado a un incremento importante del número de personas que reciben los ARV que a finales del 2005 era de unas 2300 personas, esto representa aproximadamente una cobertura del 23% con respecto al total de las necesidades del país estimadas en unas 20 000 personas y por lo tanto representa una necesidad adicional de casi 12 000 personas que necesitarían ARV.

La infección del VIH a pesar de ser una enfermedad de transmisión sexual, también tiene un impacto en la mortalidad y la infección en los niños menores de 14 años. Actualmente se ha estimado que en la República Dominicana unos 240 niños se infectaron en el año 2007. La evolución del VIH en los niños es mucho más rápido que en adultos por lo tanto la mayoría de los niños infectados mueren en los tres primeros años de vida si no son tratados con ARV. Actualmente hay en tratamiento en la RD unos 500 niños lo que elevaría las necesidades en ARV para los menores de 14 años en 400 niños.

La República Dominicana, aunque desde del punto de vista de la clasificación epidemiológica más reciente puede considerarse generalizada, los datos analizados permiten discernir una alta proporción de infecciones son debidas a grupos de población con tasas relativamente más elevadas de infección.

Como parte de la Respuesta Nacional frente al VIH y el SIDA y con el objetivo de facilitar la lectura y el análisis de los indicadores, el presente informe agrupa los indicadores en las siguientes categorías: i) prevención; ii) tratamiento, atención y apoyo; iii) cambio en el conocimiento y comportamiento, y iv) mitigación del impacto. Se ofrece información de base sobre la situación de cada indicador, se analiza la tendencia de los indicadores de acuerdo a las directrices de UNGASS y de los progresos en relación a la información suministrada por los dos informes de seguimientos de UNGASS del año 2003 y 2006, por los datos recopilados a través de la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA - DIGECITSS- del Consejo Presidencial del SIDA -COPRESIDA-, de la Encuesta

Demográfica y de Salud -ENDESA- 2007, de la sociedad civil, organismos bilaterales, así como, por otras instituciones públicas y privadas.

Se presenta, asimismo, un resumen del Informe del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN), el cual evalúa el avance en el desarrollo y aplicación de las políticas y estrategias nacionales sobre el SIDA, por parte de los funcionarios gubernamentales, así como, por organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas.

Se describe cómo la Respuesta Nacional se ha enmarcado dentro de un conjunto de Planes Estratégicos a corto y mediano plazo, considerándose el PEN del año 2000-2003, donde se inician las estrategias integradoras y donde la prevención y la atención son puntos clave y de responsabilidad compartida de todos los sectores de la vida nacional. Por otro lado, se detallan los objetivos, evolución y el estatus actual de la Ley No.55-93 sobre SIDA, como el instrumento jurídico por excelencia que sienta las bases para garantizar los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y SIDA.

Como parte del informe, se anexa el documento '*Estructura del Indicador*' donde aparece información sobre cada indicador, a saber: nombre y objetivo del indicador, numerador, denominador, interpretación, instrumento de medición y método, meta de acceso universal 2010, otras metas, frecuencia, indicador proxy, línea de base, fuentes de información consultada, experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas, observaciones y recomendaciones para próxima medición, entre otras. Este documento sirvió de base para la discusión y búsqueda de consenso sobre la información de los indicadores que fueron validados por los diferentes actores involucrados que forman parte de la Respuesta Nacional.

El informe incluye asimismo los indicadores seleccionados para establecer el objetivo de Acceso Universal para el 2010, iniciativa que forma parte de la Declaración de compromiso sobre el VIH y el SIDA del UNGASS. Durante un taller realizado para tales fines con los diferentes actores de la Respuesta Nacional, fueron seleccionados de Acceso Universal, seis indicadores con sus metas, la línea basal y las acciones que deberán llevarse a cabo para la consecución de las mismas.

En el cuadro adjunto se presenta la Matriz de Indicadores UNGASS 2008, que resume los avances del país en sus esfuerzos por enfrentar la epidemia. Todo el proceso de producción de las informaciones que sustentan este informe se realizó de manera consensuada y participativa con todos los actores nacionales. Asimismo, los indicadores fueron discutidos en diversas sesiones de trabajo y también se establecieron las Metas de Acceso Universal de la misma manera.

MATRIZ DE INDICADORES INFORME UNGASS 2008

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
COMPROMISOS Y ACCIÓN NACIONALES					
1. Gasto Nacional e Internacional relativo al SIDA, por categoría y fuente de financiación	Información anterior no disponible	RD\$37.4 millones en el 2007, de los cuales un 56% provienen de fuentes externas, un 31% son préstamos externos y sólo un 13% son recursos nacionales de origen interno. Distribución del gasto: (a) Prevención 30%; (b) Tratamiento 25%; (c) Administ. 18%; (d) Otros 27%	NA	COPRESIDA, Informe para solicitud de fondos a la 7 ^a Ronda del Fondo Global, 2007. Distribución del gasto estimada por Magdalena Rathe, en base a la estructura correspondiente al año 2007 de los proyectos financiados por el Fondo Global y el Banco Mundial.	No existe un estudio reciente de Cuentas Nacionales en VIH-SIDA ni Evaluación de Gasto Nacional. Los datos que se presentan muestran las fuentes de financiamiento, sin incluir aportes de hogares, empresas, fondos de ONG, recursos de la seguridad social y otros. No se dispone de información sobre gasto por grupo poblacional o función.
2. Índice Compuesto de Política Nacional	NA	NA	NA	NA	Ver Informe UNGASS 2008.
PROGRAMA NACIONAL					
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analizan para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada		<u>2006</u> 72,875 unidades de sangre		Dirección Nacional de Bancos de Sangre	Desde la Dirección Nacional de Bancos de Sangre se gestiona un programa de evaluación externa del desempeño en serología. Sin embargo, durante el año 2007 solamente el 30% de ellos participaron en el programa. Esta falta de obligatoriedad no permite que los procedimientos de calidad de la sangre para la

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
					detección del VIH estén cien por ciento garantizados
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretroviral	<u>2005</u> Adultos =11.9% Niños/as =24.4%	<u>2006</u> Adultos =21.3% Niños/as = 38.2% <u>2007</u> Adultos =29.1% Niños/as = 46%	18,000 personas 75.6% de adultos y niños/as	Unidad Coordinadora de Atención Integral en VIH/SIDA Reporte de Pacientes en a Red de Servicios al 31-10-07. DIGECITSS	La República Dominicana, está supliendo la necesidad de antirretrovirales de las personas captadas que cumplen con los requisitos para recibir la terapia, con las donaciones del Fondo Global. Resulta un reto para el país que una vez finalicen los acuerdos con el FG, los costos de la terapia sean asumidos por el Estado Dominicano. Este indicador ha sido seleccionado como de Acceso Universal ya que mide acceso, contribuye a la cobertura universal; evalúa el avance hacia el suministro de ARV.
5. Porcentaje de embarazadas VIH+ que recibió fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.	<u>2005</u> 33.4%	<u>2006</u> 37.2% <u>2007</u> 40.4%	80% de las embarazadas	DIGECITSS. Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV)	Seleccionado como de Acceso Universal, con la misma meta del objetivo mundial de una cobertura de 80% de las embarazadas. De acuerdo al protocolo nacional, el manejo de embarazadas VIH positivas se basa en cesárea electiva con mono dosis de ARV (Nevirapina, NVP) para la madre y el niño. Desde el año 2005, en el país se realiza un proyecto piloto con multiterapia
<u>Indicador de País</u> Porcentaje de mujeres embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su	<u>2005</u> 64.6%	<u>2006</u> 59.6% <u>2007</u> 63.8%	99,360 embarazadas	DIGECITSS, Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical	Por ser un indicador de país, ha sido seleccionado como meta de acceso universal para el 2010.

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
resultado previa consejería					
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH.	<u>2005</u> 270 pacientes	<u>2006</u> 322 pacientes <u>2007</u> 267 pacientes		Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007	Es necesario mejorar el registro de datos de este indicador, para ser incluido de la manera indicada por las directrices en el próximo Informe UNGASS.
7. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos doce meses y conoce los resultados	No existe información anterior	<u>2007</u> 20.5%		ENDESA 2007	De acuerdo a las directrices de UNGASS se pregunta si se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y si conoce los resultados.
8. Porcentaje de poblaciones expuestas que se sometió a la prueba del VIH alguna vez y conoce los resultados	No existe información anterior	<u>2007</u> <u>Jóvenes 15-24</u> Mujeres 18.1% Hombres 10.2% Promedio de 14.2% <u>TRSX 2004</u> 64%		ENDESA 2007 Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo	Muchos de los estudios realizados disponibles preguntan al entrevistado/a si se ha hecho la prueba pero no suministra información acerca de si conoce el resultado. Por esta razón, algunas de las poblaciones más expuestas, como hombres que tienen sexo con otros hombres, aparecen sin información.

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
				Internacional (USAID)	
9. Porcentaje de poblaciones priorizadas al que llegaron los programas de prevención del VIH	No existe información anterior	<u>2004</u> TRSX= 99% <u>2005</u> Migrantes Haitianos 82% <u>2007</u> Jóvenes Mujeres= 91.1% Varones= 74.9%		Endesa 2007 Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. USAID/CONECTA. Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH-SIDA en 15 bateyes de la República Dominicana, Christian Aid / Progressio	La pregunta para la cual existe información es la siguiente: ¿Sabe a donde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH?
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	No existe información anterior	<u>2007</u> 4.3%		USAID/CONECTA	Este indicador debe vigilarse solamente en lugares con alta prevalencia de VIH (5% o mayor)
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	No existe información anterior	<u>2007</u> 1.30%	8,831 escuelas, tanto públicas como privadas.	Programa de Educación Afectivo Sexual. PEAS Secretaria de Estado de Educación	La línea de base se refiere sólo al programa oficial implementado en las escuelas públicas, pues no existe información sobre las escuelas privadas ni sobre el trabajo de las ONG en las escuelas públicas. El estudio correspondiente para mejorar la línea de base se realizará durante el 2008. Este indicador ha sido seleccionado de Acceso Universal y deberá contar con

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
					apoyo político para avanzar y alcanzar las metas trazadas.
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	No existe información anterior	<u>2006</u> Huérfanos Hembras 83.2% Varones 55.6% No Huérfanos Hembras 98.5% Varones 95.8%		ENHOGAR 2006	Los huérfanos de padres o madres con SIDA han ido en aumento y uno de los efectos que tiene esta situación es el abandono de la escuela entre los niños y niñas, sobre todo de los mayores, que en general tienen que asumir el cuidado de los menores de la familia.
13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	ENDESA 2002 (usando condón) Mujeres 15-19=87% 20-24=89% Hombres 15-19=90% 20-24=91%	ENDESA 2007 (usando condón) Mujeres 15-24=84.5% Hombres 15-24=89.3% (sola pareja fiel) Mujeres 15-24=86.7% Hombres 15-24=87.7% Conocimiento comprensivo Mujeres= 40.8% Hombres=33.7%	Aumentar el conocimiento comprensivo sobre el SIDA en: 45% para mujeres y 40% para hombres. 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:	ENDESA 2007	Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo reacciones sexuales con una única pareja 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?

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
			85% para mujeres y un 80% para hombres		
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.	ENDESA 2002 (usando condón) Mujeres 15-19=87.2% 20-24=89.1% Jóvenes 15-24=89.4%	ENDESA 2007 (usando condón) Mujeres 15-24=84.5% (sola pareja fiel) Mujeres 15-24=86.7% (usando condón) Jóvenes 15-24=86.9% 2004 (usando condón) TRSX= 92% 2005 (usando condón) Migrantes haitianos=38%		Endesa 2007 Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. USAID/CONNECTA. Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH-SIDA en 15 bateyes de la República Dominicana, Christian Aid / Progressio	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.
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	<u>2002</u> Mujeres= 25% Hombres= 40%	<u>2007</u> Mujeres 5-24 años= 15.2% Varones de 15-24 años= 24.2%		ENDESA 2002 ENDESA 2007	
16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones	Informe UNGASS 2006 Mujeres 30%	<u>2007</u> Mujeres 15-49 años= 5.5%		ENDESA 2007	Este indicador cambió. El indicador para el informe UNGASS 2003-2005 definía alto riesgo como que no convive y no

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Hombres 60%	Hombres 15-49 años= 33%			está casado y amplía el rango de edad. Antes era de 15 a 24 años y ahora de 15 a 49 años
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	Informe UNGASS 2006 Mujeres 29% Hombres 52%	<u>2007</u> Mujeres 15-49 años= 34% Hombres 15-49 años= 67% Promedio 37.48%		ENDESA 2007	Indicador UNGASS 2006: Por ciento de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que declaran haber usado el preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una persona con las que no vivían ni estaban casados. Indicadores 17,18 y 19 seleccionados como de Acceso Universal. Metas están pendientes de definir. Se deberá realizar una encuesta en el 2010 para las poblaciones más expuestas.
18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	No existe información anterior	<u>2004</u> TRSX= 96% HSH= 86%		Proyecto Delta. Informe Final USAID/Conecta Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, USAID/CONNECTA	
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	No existe información anterior	<u>2004</u> 79%		Proyecto Delta. USAID/Conecta	
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.	No existe información anterior	No existen datos disponibles			

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	No existe información anterior	No existen datos disponibles			
22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH.	<u>2002</u> Total= 0.6% Mujeres= 0.7% Hombres= 0.4%	<u>2007</u> Total=0.3% Mujeres=0.4% Hombres=0.2%		ENDESA 2002 ENDESA 2007	
23. Porcentaje de poblaciones priorizadas infectadas por el VIH.	<u>2002</u> Mujeres 1.182% Jóvenes 0.54% Varones= 0.3% Hembras= 0.78% Bateyes 5.0% Varones= 4.8% Hembras= 5.2%	<u>2004</u> HSH 11.0% <u>2005</u> Migrantes Haitianos 1.3% <u>2006</u> Mujeres 0.998% Jóvenes 0.46% Varones= 0.27% Hembras= 0.64% <u>2007</u> Mujeres 0.936% Jóvenes 0.43% Varones= 0.29% Hembras= 0.57% Bateyes 3.2% Varones= 3.3% Hembras= 3.1%		Estimaciones de Prevalencia según ENDESA y DIGECITTS Vigilancia Centinela/ USAID/CONNECTA 2006 USAID/CONNECTA Leonardo Martínez. Entrevistas a Migrantes Haitianos	

INDICADOR	LINEA BASAL	UNGASS 2008	META ACCESO UNIVERSAL 2010	FUENTE DATOS	OBSERVACIONES
		Personas Privadas de su Libertad(PPL) 2.24%			
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.		<u>2007</u> 90.25%		DIGECITSS	
25. Porcentaje de hijos e hijas de madres VIH+ que acceden a la prueba PCR.	<u>2005</u> 198 niños accedieron a la prueba y 16 resultaron positivos.	<u>2006</u> 234 niños/as accedieron a la prueba y 15 resultaron positivos. <u>2007</u> 95 niños fueron evaluados, de los cuales 8 resultaron positivos		DIGECITSS	

SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE APLICACIÓN A LA DECLARACIÓN DE UNGASS SOBRE VIH Y SIDA: INFORME DE PROGRESO DEL PERÍODO 2006-2007

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

Desde que se celebrara el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA, en junio de 2001, los 189 países miembros, elaboran informes nacionales con información sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Esta Declaración contiene una serie de metas y objetivos específicos cuantificados y enmarcados en el tiempo, que buscan la prevención, la reducción de la infección por el VIH, así como la atención y el tratamiento para las personas que viven con el virus.

El informe de seguimiento a la Declaración de compromiso que presentamos a continuación, es el tercero de esta categoría que presenta la República Dominicana. El mismo se inscribe dentro de las respuestas mundiales, regionales y nacionales asumidas por los gobiernos, la sociedad civil y organizaciones de personas que viven con el VIH, a fin de hacer eco del amplio marco de alcance de los Objetivos del Milenio, de detener e invertir el curso de la epidemia para el 2015 así como para ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia.

En el año 2003 y en el 2006, 103 y 137 Estados Miembros, respectivamente, presentaron al ONUSIDA informes nacionales sobre los progresos realizados basados en los indicadores básicos. En ambos casos, la sociedad civil y personas que viven con el VIH y SIDA participaron en la preparación de los informes. Las limitaciones encontradas en los datos contenidos en los informes nacionales se encuentran en el Informe mundial sobre los progresos realizados 2003 y 2006. En este sentido, en junio del 2006, a fin de revisar los progresos y renovar los compromisos de UNGASS, los Estados Miembros se reunieron en Asamblea General y realizaron algunas mejoras y añadidos a los indicadores para la actual ronda de informes.

1.2. El Informe UNGASS 2008

El Consejo Presidencial del SIDA - COPRESIDA-- cumpliendo con estos compromisos, presenta este informe nacional donde reporta el avance de los indicadores de UNGASS para la ronda 2006-2007 y la Respuesta Nacional al SIDA, de acuerdo al documento '*Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos*' elaborado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en el 2002, en colaboración con sus copatrocinadores y otros asociados.

De acuerdo a las directrices de UNGASS, el repertorio de indicadores básicos que miden y evalúan el estado actual de la respuesta nacional se agrupan en cuatro grandes categorías: i) acción y compromisos nacionales; ii) conocimiento y comportamientos nacionales; iii) impacto nacional, y iv) compromiso y acción mundiales.

Los indicadores nacionales ayudan a los países a evaluar la eficacia de su respuesta nacional y al analizar en conjunto los datos de varios países, los indicadores ofrecen información sobre la eficacia de las respuestas nacionales regionales y mundiales, lo que permite realizar comparaciones con los esfuerzos de otras respuestas nacionales.

Los indicadores nacionales se dividen en tres categorías: Los indicadores de compromisos y acción nacionales que se centran en políticas y las aportaciones estratégicas y financieras destinadas a detener la propagación del VIH, proporcionar atención y apoyo a las personas que viven con el virus y mitigar las consecuencias sociales y económicas de la alta morbilidad y mortalidad por causa del SIDA. También mide la producción, la cobertura y los resultados del programa. Los indicadores de conocimiento y comportamiento nacionales incluyen el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, la edad de la primera relación sexual, el comportamiento sexual y la asistencia escolar entre los huérfanos. Los indicadores de impacto del programa a nivel nacional se refieren al grado en que las actividades del programa nacional han logrado reducir las tasas de infección por el VIH.

Es importante destacar que cuatro de los indicadores nacionales son también Indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio y se relacionan con el conocimiento que tienen los jóvenes acerca del VIH, el uso del preservativo, la asistencia escolar de los huérfanos y el porcentaje de jóvenes infectados por el VIH.

El presente informe ofrece un panorama general del VIH/SIDA a través de un resumen del informe de Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana. Este informe es el producto de un taller de consenso entre miembros de la sociedad civil, agencias multi y bilaterales, personal técnico de la SESPAS, DIGECITSS y COPRESIDA, para validar las estimaciones de prevalencia del VIH/SIDA en la República Dominicana, realizado durante los días 20-22 de Noviembre 2007 con el apoyo de ONUSIDA y la OPS/OMS. Dichas estimaciones tomaron en cuenta los datos resultantes de la vigilancia centinela de la DIGECITSS y los que provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) del año 2007.

Como parte de la Respuesta Nacional frente al VIH y el SIDA y con el objetivo de facilitar la lectura y el análisis de los indicadores, el presente informe agrupa los indicadores en las siguientes categorías: i) prevención; ii) tratamiento, atención y apoyo; iii) cambio en el conocimiento y comportamiento, y iv) mitigación del impacto. Se ofrece información de base sobre la situación de cada indicador, se analiza la tendencia de los indicadores de acuerdo a las directrices de UNGASS y de los progresos en relación a la información suministrada por los dos informes de seguimientos de UNGASS del año 2003 y 2006, por los datos recopilados a través de la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA - DIGECITSS- del Consejo Presidencial del SIDA -COPRESIDA-, de la Encuesta

Demográfica y de Salud -ENDESA- 2007, de la sociedad civil, organismos bilaterales, así como, por otras instituciones públicas y privadas.

Se presenta, asimismo, un resumen del Informe del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN), el cual evalúa el avance en el desarrollo y aplicación de las políticas y estrategias nacionales sobre el SIDA, por parte de los funcionarios gubernamentales, así como, por organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas.

Se describe cómo la Respuesta Nacional se ha enmarcado dentro de un conjunto de Planes Estratégicos a corto y mediano plazo, considerándose el PEN del año 2000-2003, donde se inician las estrategias integradoras y donde la prevención y la atención son puntos clave y de responsabilidad compartida de todos los sectores de la vida nacional.

Por otro lado, se detallan los objetivos, evolución y el estatus actual de la Ley No.55-93 sobre SIDA, como el instrumento jurídico por excelencia que sienta las bases para garantizar los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y SIDA.

Como parte del informe, se anexa el documento *'Estructura del Indicador'* donde aparece información sobre cada indicador, a saber: nombre y objetivo del indicador, numerador, denominador, interpretación, instrumento de medición y método, meta de acceso universal 2010, otras metas, frecuencia, indicador proxy, línea de base, fuentes de información consultada, experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas, observaciones y recomendaciones para próxima medición, entre otras. Este documento sirvió de base para la discusión y búsqueda de consenso sobre la información de los indicadores que fueron validados por los diferentes actores involucrados que forman parte de la Respuesta Nacional.

El informe incluye asimismo los indicadores seleccionados para establecer el objetivo de Acceso Universal para el 2010, iniciativa que forma parte de la Declaración de compromiso sobre el VIH y el SIDA del UNGASS. Durante un taller realizado para tales fines con los diferentes actores de la Respuesta Nacional, fueron seleccionados de Acceso Universal, seis indicadores con sus metas, la línea basal y las acciones que deberán llevarse a cabo para la consecución de las mismas.

Durante el primer día del taller, después de contextualizar lo que ha sido UNGASS desde el año 2001 hasta la actualidad, así como, presentar las estimaciones de la prevalencia del VIH en el país, se validaron, en dos mesas de trabajo, los datos recogidos para cada uno de los indicadores. Luego se realizó una plenaria donde se presentaron los resultados de las discusiones sostenidas en las mesas de trabajo.

Durante el segundo día de trabajo se presentaron los elementos a tener en cuenta para el establecimiento de las metas de Acceso Universal. Se formaron nuevamente las mesas de trabajo a fin de seleccionar, a través de una metodología participativa, cuales serían los indicadores y las metas de acceso Universal que el país asumiría para alcanzar para el año 2010. Este objetivo se cumplió parcialmente ya que, para algunos de los posibles indicadores que podrían ser seleccionados, relativos a prevención, no se contaban en ese momento con los datos de la ENDESA 2007. En este sentido se conocieron los resultados de una de las mesas de trabajo, es decir, tres indicadores con sus respectivas metas de Acceso

Universal al año 2010. Se acordó que para cuando se obtuvieran los datos de la ENDESA 2007, se realizaría una reunión, a fin de seleccionar tres indicadores adicionales, con sus metas.

En una de las sesiones del presente informe se detalla a grandes rasgos, el Sistema Nacional de Información Gerencial (SNIG) de la Respuesta Nacional, el cual está en el proceso de construcción de un repositorio central de datos e información de ITS, VIH y SIDA. El mismo pretende ser un sistema compuesto de varias herramientas - sistemas de información de los operadores claves que compondrán el SNIG. El sistema de monitoreo y evaluación del VIH/SIDA deberá permitir hacer un seguimiento integral al curso de la epidemia y a la ejecución y resultados de la Respuesta Nacional, como un todo.

Para la elaboración del presente informe, se realizó una revisión de los documentos de base proporcionados por los organismos correspondientes y de acuerdo a las directrices para el desarrollo de los indicadores básicos de UNGASS, se elaboró la referida estructura para cada indicador, con toda la información necesaria. Esta información fue consensuada en dos talleres y una reunión de trabajo con el propósito de validar con los actores clave, la información de línea de base y los datos actuales de cada indicador, así como las metas de acceso universal, presentadas en este informe.

II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA

A continuación, presentamos un resumen del *Informe de Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana*, el cual es producto de un taller de consenso para las estimaciones del VIH/SIDA en la República Dominicana realizado durante los días 20-22 de Noviembre 2007 con el apoyo de ONUSIDA y la OPS/OMS. A este taller de consenso participaron miembros de la sociedad civil, agencias multi y bilaterales, personal técnico de la SESPAS, DIGECITSS y COPRESIDA.

Desde 1997 la OMS y ONUSIDA han publicado las estimaciones mundiales y por países. Con el fin de transferir la capacidad técnica a los países ONUSIDA y OMS han desarrollado una serie de talleres regionales de capacitación y formación técnica en la metodología de las estimaciones del VIH y el SIDA. Estas capacitaciones regionales llevadas a cabo durante 2003, 2005 y 2007 tenían como principal objetivo el estandarizar los métodos e instrumentos utilizados en los países para las estimaciones y al mismo tiempo empoderarlos para que puedan realizarse las estimaciones a nivel de país.

La vigilancia epidemiológica de la infección VIH tiene como finalidad monitorear la diseminación de la infección entre la población y es un indicador importante del impacto de las intervenciones de los programas nacionales.

Entre los objetivos del informe se encuentran, presentar los recientes datos de la vigilancia epidemiológica del VIH y realizar las estimaciones de VIH/SIDA para la República Dominicana, para poderlas reportar al grupo de trabajo ONUSIDA/OMS.

La República Dominicana ha adoptado desde el año 2000, la estrategia de Vigilancia de Segunda Generación para hacer el seguimiento de la epidemia del VIH. A partir de ese año, se han hecho esfuerzos para mejorar la calidad de la información con la mejora y la ampliación de los puestos centinela, la incorporación de encuestas de comportamiento en grupos de población específicos y la Encuesta Demográfica y de Salud con serología del VIH realizada en los años 2002 y 2007.

El Subsistema de notificación de caso SIDA inicia de manera informal en el año 1983 con la notificación del primer caso; como resultado de esto, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) hizo 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. Este sistema 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. Desde el 1983 a la fecha (Octubre, 2007) se han registrado un total acumulado 19,155 personas con VIH y SIDA.

El análisis global de todos los casos notificados en el país desde el 1983 a Octubre 2007, se caracteriza por un predominio heterosexual (75.7%) y el grupo homo-bisexual con 7%. La epidemia presenta un predominio masculino (62.71% en hombres contra 37% en mujeres). La razón de casos Hombre/Mujer por año se ha

ido acercando, reflejando un número cada vez mayor de mujeres infectadas con VIH. La razón hombres - mujeres para 2007 fue de 1.65:1.0

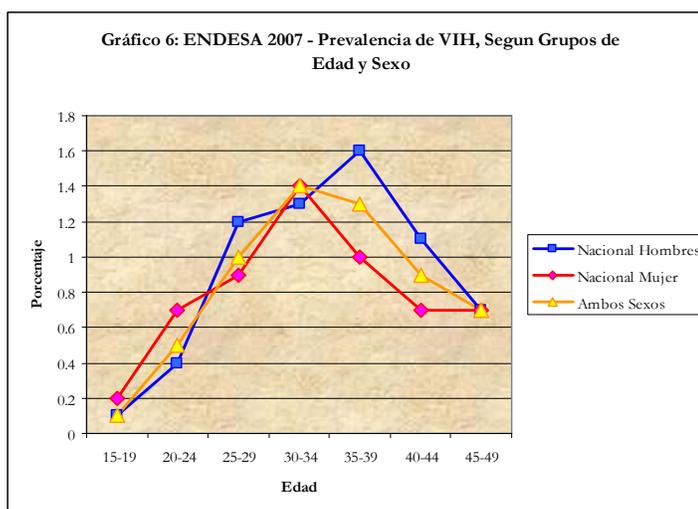
El patrón de transmisión predominante en el país es por contacto sexual. Para el quinquenio 1983-1987, los heterosexuales representaron el 48% de los casos; mientras que los homo-bisexuales representaron el 23%. En este mismo periodo, no se observaron casos de infectados por su pareja de confianza, pero en los siguientes quinquenios se observan aumentos en el porcentaje de los casos reportados de infección por su pareja fija, siendo (0% para el primer quinquenio, 6% en el segundo y para el último quinquenio 17%). Por otro lado, se observan disminuciones en el porcentaje de los casos reportados por transfusión sanguínea (7% para el quinquenio 1983-1987 y 3% para el último quinquenio). En cuanto a los casos que reportan ser usuarios de droga endovenosa (UDIV) se observan un aumento significativo desde el primer quinquenio de 2% a 5% para el último quinquenio.

Desde el año 1991, en la República Dominicana se realizan las encuestas centinela VIH en tres grupos poblacionales: embarazadas, pacientes que demandan atención por una infección de transmisión sexual (ITS) y trabajadoras sexuales.

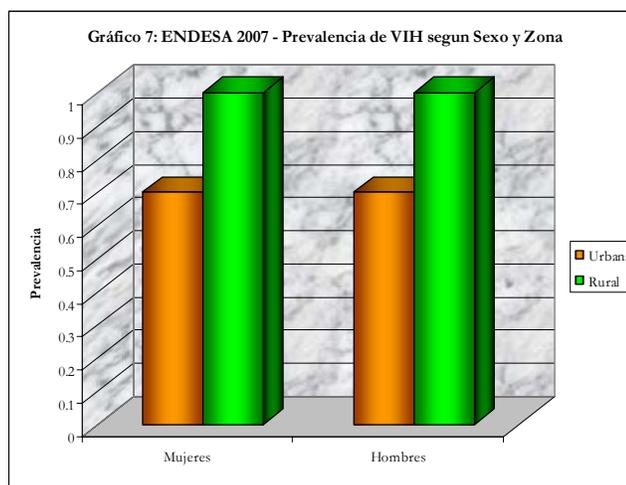
En epidemias concentradas y generalizadas las Encuestas Serológicas en embarazadas son una actividad de vigilancia clave; además de que la prevalencia de embarazadas en VIH es una buena aproximación a la población general y representan una sub-población de fácil acceso. Las tasas de prevalencia del VIH entre otras poblaciones, como pacientes que demandan atención por una infección de transmisión sexual (ITS) y trabajadoras sexuales son también necesarias para el monitoreo de la epidemia, para planificar, implementar y evaluar las actividades de prevención y los servicios clínicos.

En el año 2002, la República Dominicana realizó en el marco de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002) la primera medición de serología para el VIH en una muestra de 28,000 personas, los resultados mostraron una prevalencia del 1% con un 0.9% en zona urbana y un 1.2% en las zonas rurales.

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



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 probablemente debido 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 entre estas localidades.



Es importante destacar que al igual que en el 2002, en la presente ENDESA 2007, se obtuvo una submuestra representativa de los bateyes, evidenciándose en el 2002 una prevalencia de 5%. En el 2007 se observa 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.

En conclusión, las estimaciones realizadas por el grupo técnico en la República Dominicana son aproximadamente 62,000 personas infectadas por el VIH y viviendo con SIDA, lo que representa una prevalencia de 0.8% en la población de 15 a 49 años. Debido a la plausibilidad de las curvas epidemiológicas y teniendo en cuenta los rangos de incertidumbre, las características del sistema de vigilancia y las tendencias actuales de la epidemia los rangos de la estimación de la prevalencia por los adultos de 15 a 49 años varían entre 0.8% y 1.2%, lo que representa entre 50 000 y 70 000 personas.

De acuerdo a los estudios de cohorte epidemiológicos, el periodo medio de entre la infección es de 11 años para las mujeres y de 10 años para los hombres. Esto se traduce en una mortalidad estimada de 4000 personas debida al VIH/ SIDA.

El inicio de la terapia antirretroviral en el 2003 en el país ha conllevado a un incremento importante del número de personas que reciben los ARV que a finales del 2005 era de unas 2300 personas, esto representa aproximadamente una cobertura del 23% con respecto al total de las necesidades del país estimadas en unas 20 000 personas y por lo tanto representa una necesidad adicional de casi 12 000 personas que necesitarían ARV.

La infección del VIH a pesar de ser una enfermedad de transmisión sexual, también tiene un impacto en la mortalidad y la infección en los niños menores de 14 años. Actualmente se ha estimado que en la República Dominicana unos 240 niños se infectaron en el año 2007. La evolución del VIH en los niños es mucho más rápido que en adultos por lo tanto la mayoría de los niños infectados mueren en los tres primeros años de vida si no son tratados con ARV. Actualmente hay en tratamiento en la RD unos 500 niños lo que elevaría as necesidades en ARV para los menores de 14 años en 400 niños.

La República Dominicana, aunque desde del punto de vista de la clasificación epidemiológica mas reciente puede considerarse generalizada, los datos analizados permiten discernir una alta proporción de infecciones son debidas a grupos de población con tasas relativamente mas elevadas de infección.

La ENDESA 2002 mostró claramente que a pesar de obtener una prevalencia del 1% en la población general, una submuestra en los bateyes mostró una prevalencia del 5%. Las encuestas de hogares que son muy útiles en estados epidémicos con altos valores de prevalencia, lo son en menor grado cuando se trata de países que están en la línea de borde. La razón principal es que los grupos más vulnerables o con comportamiento de más alto riesgo son más difíciles de captar en los hogares.

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

3.1 Contexto

a) Marco Regulatorio

La Ley No.55-93 sobre SIDA, es el instrumento jurídico por excelencia que sienta las bases para garantizar los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y SIDA. Otros instrumentos jurídicos relacionados con los derechos de los PVVS son: El Decreto Presidencial 32-01 que crea el Consejo Presidencial del SIDA -COPRESIDA-, La Ley General de Salud (42-01), la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), la Ley de la Juventud, Ley de migración, la Ley 24-97 sobre Violencia Intrafamiliar y el Código para el Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes o Ley 136-03. Además de Políticas, Normas y Protocolos nacionales e internacionales en los que el país es signatario. Por último, decretos y Resoluciones Ministeriales que permiten acceder a Personería Jurídica a las organizaciones que trabajan con el VIH y SIDA.

La Ley del SIDA fue producto de la participación de diferentes sectores de la sociedad dominicana y la misma representó un gran paso de avance en cuanto al reconocimiento de los derechos de las personas que viven con el VIH y SIDA, estableciendo sanciones a las acciones discriminatorias y abrió el camino hacia la necesidad de información y conocimiento de las formas, tanto de transmisión como de prevención de la enfermedad.

Entre los temas más importantes que legisla la Ley del Sida podemos destacar, la prohibición de obligar a la realización de la prueba, las excepciones, la confidencialidad y la obligatoriedad de proveer tratamiento y servicios de consejería. Asimismo, aborda la importancia de la prevención y la responsabilidad general de su diseminación a gran escala. Prohíbe la reutilización de agujas y establece la obligatoriedad de la provisión de condones en los hoteles y moteles así como la exoneración de impuestos a condones y otros insumos. Otro aspecto a destacar son los derechos y obligaciones de las personas que viven con el VIH y SIDA y los cuidados a la salud que ellos tienen derecho a recibir, la obligación que tienen las personas VIH positivo de informar sobre su estatus a sus contacto sexuales y la prohibición de donar sangre.¹

En el Informe UNGASS 2003-2005 se reporta que a fin de fortalecer los mecanismos e instrumentos para garantizar el respeto de los Derechos Humanos de las PVVS, el COPRESIDA y la Coalición de ONGSIDA, habían conformado una Comisión Bipartita de Reforma de la Ley sobre SIDA. Como resultado de dicha comisión, se elaboró un Anteproyecto de Reforma que en ese momento se encontraba en proceso de discusión, a lo interno de cada una de las instituciones involucradas, para,

¹ Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007

posteriormente, socializarlo y discutirlo con los actores que inciden en la problemática².

Otro elemento destacado en el referido Informe UNGASS, es el proceso de inclusión, llevado a cabo en ese momento por el COPRESIDA, de los actores del ámbito jurídico nacional, entre los que se destacan el Colegio Médico Dominicano (CARD), la Escuela Nacional del Ministerio Público (ENMP), la Escuela Nacional de la Judicatura, así como las Escuelas de Derecho de las diferentes universidades del país; dándole prioridad a la Escuela de Derecho de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Asimismo, como eje transversal, los temas relacionados con los Derechos Humanos se han incluido en cada una de las actividades desarrolladas como parte del Plan de cada una de las Alianzas por Bases Poblacionales, así como en las acciones de las instituciones que, articuladas con el COPRESIDA, han llevado a cabo iniciativas tendentes a promover todo lo relacionado con el VIH y el SIDA; prestando especial atención a la reducción del estigma y la discriminación hacia las PVVS, la promoción y defensa de los Derechos Humanos, así como la promoción de las disposiciones de la Ley No.55-93 sobre SIDA.

El Anteproyecto de Reforma incorpora el reforzamiento de la confidencialidad, de la consejería, de la equidad de género como elemento indispensable en el marco del respeto de los Derechos Humanos, de los mecanismos para la prevención de la enfermedad; persigue establecer el acceso a tratamiento adecuado y oportuno para las PVSS, la calidad y gratuidad de los servicios, la sanción a la discriminación y la promoción de la participación social en la definición e implementación de la política contra el VIH y el SIDA.

El proceso de revisión de la Ley del SIDA incluye también la necesidad de adecuarla de acuerdo a los avances de la epidemia en términos de prevención y atención, de relacionar los contenidos de esta ley con la Ley General de Salud y con la Ley de Seguridad Social. Además incluiría la penalización por discriminación premeditada a las personas que viven con el VIH, fortalecer la idea de los derechos a la Atención integral, incluidos el tratamiento de antirretrovirales y para enfermedades oportunistas.

En la actualidad existen dos comisiones que están a cargo de la revisión de la Ley del SIDA. Una comisión interinstitucional coordinada desde el COPRESIDA y una comisión coordinada por la sociedad civil. Ambas comisiones deberán evaluar y fusionar ambas propuestas a fin de someterla a las cámaras legislativas para su aprobación final.

b) Plan Estratégico Nacional

En República Dominicana la Respuesta Nacional hacia el VIH y SIDA ha cumplido 20 años de trabajo, desde que la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social -SESPAS- creó en el año 1987, el Programa para el Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA -PROCETS-, instancia que frente a la evolución que

² Sergia Galván y Bethania Betances. Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de Progreso. Período 2003-2005. Santo Domingo, 2006.

representaba la epidemia, se convirtió en la Dirección General para el Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -DIGECITSS-.

Más tarde se crea una unidad de coordinación multisectorial, la Comisión Nacional de SIDA -CONASIDA-. En agosto del año 2000 quedó establecido el Consejo Presidencial del SIDA -COPRESIDA-, institución responsable de velar por el fiel cumplimiento de la ley 55-93 sobre SIDA y trazar la política a seguir en la lucha contra la epidemia VIH y SIDA a nivel nacional. El Plan Estratégico elaborado para el período 2000-2003 constituyó el punto de inicio de las estrategias integradoras y donde la prevención y la atención son puntos clave y de responsabilidad compartida de todos los sectores de la vida nacional.

Desde el primer informe de progreso UNGASS, realizado en el año 2003, se reporta la existencia de un Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH y SIDA, que desde entonces ha sido el resultado de una amplia consulta de todos los sectores del país, en la lucha contra el VIH y SIDA³.

En el año 2000 se aprueba el Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA 2000-2003 en el cual participan representantes de instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, personas viviendo con el VIH y SIDA, agencias de cooperación internacional, entre otros. Este Plan Estratégico Nacional organizó la Respuesta Nacional en tres categorías: a) Políticas Públicas/Planificación, b) Atención Integral, y c) Sistemas de Información.

A finales del año 2006, el Consejo Presidencial del SIDA -COPRESIDA- encabezó un proceso de análisis de la situación y respuesta a la epidemia del VIH y SIDA, a fin de desarrollar un proceso de diseño y aprobación de un plan que permitirá llevar a cabo las acciones hasta el año 2015.

Entre los principales actores involucrados en la Respuesta Nacional al VIH y SIDA encontramos: el Consejo Presidencial del SIDA -COPRESIDA-, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social -SESPAS-, Organizaciones Gubernamentales, Organizaciones no Gubernamentales, redes de PVVS, Organismos de Cooperación Internacional y el Sector Privado. Se espera que el PEN 2007-2015 sea el resultado de una construcción colectiva que guiará las acciones a seguir durante este período para dar una efectiva respuesta a la epidemia desde el punto de vista de la prevención y la asistencia.

Uno de los elementos fundamentales en la construcción de este Plan Estratégico Nacional 2007-2015 lo constituye la participación social organizada a través de Alianzas Estratégicas por Base Poblacional (AEBP), que desde el año 2004 se suman como instrumentos de cogestión de la Respuesta Nacional junto a las Organizaciones de la Sociedad Civil. Estas Alianzas Estratégicas por Base Poblacional, como estrategia innovadora de intervención y participación social, están constituidas por grupos de mayor vulnerabilidad, a saber:⁴

3 Montero, Rafael, Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. 28 de abril de 2003, COPRESIDA, Santo Domingo, República Dominicana.

4 Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007

- Bateyes
- Hombres Gay, Transgéneros, Transexuales y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres
- Género
- Jóvenes
- Migrantes
- Niños, Niñas y Adolescentes
- Personas con Discapacidades
- Trabajadoras/es Sexuales

Para el Plan Estratégico Nacional 2007-2015 se redimensionaron las tres áreas estratégicas como se mencionan a continuación: 1) Políticas, toma de decisiones y movilización social, 2) Servicios para la Atención Integral de las ITS, el VIH y el SIDA y 3) Sistemas de Información, Vigilancia Epidemiológica, Monitoreo y Evaluación para la toma de decisión.

3.2 Compromiso y Acción Nacionales

a) Financiamiento

Los fondos asignados a la Respuesta Nacional contra la epidemia, constituyen un importante indicador de la voluntad política de un país para combatirla. En tal sentido, uno de los principales indicadores de UNGASS es el siguiente: *Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación*. Esto significa recopilar datos precisos y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos.

ONUSIDA ha desarrollado un sistema denominado Evaluación del Gasto Nacional relativo al SIDA, el cual es compatible con las Cuentas Nacionales en VIH-SIDA que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la República Dominicana, se hizo una primera aproximación a un estudio de Cuentas Nacionales de VIH-SIDA en los años 1998 y 1999, el cual nunca fue actualizado. De cualquier modo, el grueso de los recursos tanto nacionales como internacionales para financiar la Respuesta Nacional, comenzaron a fluir a partir del año 2004.

Para fines de este informe, se partió de la estimación de fuentes de financiamiento del programa nacional, realizada para el Proyecto 7ª Ronda del Fondo Global⁵. Esta estimación no incluye lo siguiente:

- gastos de bolsillo de los hogares
- gastos de las empresas
- fondos internos movilizados por las ONG
- fondos externos que reciben las ONG no administrados a través de COPRESIDA
- pagos a la seguridad social
- otros fondos privados

⁵ López, Alvaro y Rathe, Magdalena, Informe de consultoría para el costeo del Proyecto para presentar a la 7ª. Ronda Fondo Global, ONUSIDA/COPRESIDA, 2007.

ESTIMACIÓN FONDOS PARA FINANCIAR RN-VIH-SIDA*, US\$

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2005	2006	2007
TOTAL	23,602,425	28,972,199	37,420,644
FUENTES NACIONALES	6,905,385	14,136,533	16,602,044
Préstamos	4,015,809	6,498,166	11,398,000
Recursos internos	2,889,575	7,638,367	5,204,044
FUENTES EXTERNAS	16,697,040	14,835,666	20,818,600
Donación Fondo Mundial	8,623,623	5,628,572	11,991,600
USAID	5,258,000	6,538,000	5,538,000
Resto donantes	2,815,417	2,669,094	3,289,000

* No incluye gastos de bolsillo, fondos internos ONG, empresas, ni pagos de la seguridad social.

FUENTE: Estimación realizada por M. Rathe para Proyecto Fondo Global, 7a. Ronda

El cuadro muestra la rapidez con que aumentaron los recursos tanto internos como externos para financiar la Respuesta Nacional contra el VIH y el SIDA, en el período 2005 al 2007 - incluso sin incluir los fondos internos señalados antes. El principal contribuyente en el año 2007 fue el Fondo Global. El grueso de los recursos internos en ese año estaba constituido por un préstamo del Banco Mundial, que está en proceso de cierre en la actualidad. Para el presente año 2008 se espera un incremento en los recursos del Fondo Global así como en los recursos públicos incluidos en el Presupuesto Nacional.

El cuadro que sigue, por su parte, muestra una estimación del gasto nacional relativo al SIDA, para el año 2007.

ESTIMACIÓN DEL GASTO NACIONAL RELATIVO AL SIDA, 2007 (US\$)

INDICADOR: GASTO NACIONAL RELATIVO AL SIDA	TOTAL	SUB-TOTAL PÚBLICO	CENTRAL	BANCO DESARROLLO	SUB-TOTAL INTERNAC.	AGENCIAS UN	FONDO GLOBAL	TODOS LOS OTROS INT.	SUB TOTAL PRIVADO
TOTAL	37,420,644	16,602,044	5,204,044	11,398,000	20,818,600	989,000	11,991,600	7,838,000	nd
1. Prevención	9,567,093	4,980,613	1,561,213	3,419,400	4,586,480	989,000	3,597,480	0	0
2. Cuidado y tratamiento	14,986,411	4,150,511	1,301,011	2,849,500	10,835,900	0	2,997,900	7,838,000	0
3. Huérfanos y niños vulnerables	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
4. Fortalecimiento y administración	12,867,140	7,470,920	2,341,820	5,129,100	5,396,220	0	5,396,220	0	0
5. Incentivos para recursos humanos	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
6. Protección social y servicios sociales	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
7. Desarrollo comunitario y del medio ambiente	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
8. Investigación	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

FUENTE: Estimado por M. Rathe, en base al gasto del año 2007 correspondiente a la ejecución de los proyectos del Fondo Global y Banco Mundial. El gasto en fortalecimiento y administración incluye un 18% por este concepto más un 27% correspondiente a otros gastos no especificados.

La distribución de los fondos en las categorías Prevención, Cuidado y Tratamiento, así como Fortalecimiento y Administración, se realizó en base a la ejecución estimada para el año 2007 por los proyectos financiados por el Banco Mundial y el Fondo Global, a través de COPRESIDA, con la siguiente estructura:

- Prevención 30%
- Tratamiento 25%
- Administración 18%
- Otros 27%

Este ejercicio se realizó para el costeo del Plan Estratégico Nacional (PEN)⁶. Como se observa, los recursos de estas fuentes constituyen la mayor parte del gasto, por lo que parece razonable aplicar esta estructura a otros fondos internos y externos. Respecto a los recursos aportados por el sistema de Naciones Unidas, los mismos fueron aplicados al renglón de prevención, mientras que los que aportan USAID y la Fundación Clinton, fueron asignados al renglón de Cuidado y Tratamiento. Esto constituye una aproximación preliminar, hasta tanto se realicen los estudios más detallados necesarios para estos fines.

c) Índice Compuesto de Política Nacional⁷ (Parte A)

La parte A de este indicador corresponde a la encuesta que se aplica a los funcionarios gubernamentales, cuyos resultados se resumen más abajo; la encuesta abarca cinco (5) grandes áreas:

- Plan Estratégico Nacional (PEN)
- Apoyo político
- Prevención
- Tratamiento, atención y apoyo.
- Vigilancia, Monitoreo y Evaluación.

Construcción del Plan Estratégico Nacional.

Durante el periodo del 2007 la Dirección Ejecutiva del COPRESIDA tuvo como una de sus principales prioridades la construcción del Plan Estratégico Nacional, para cuyo proceso se creó una estructura interinstitucional y multisectorial que respondiera a esos fines. Esta estructura multisectorial definió una ruta crítica para el diseño y elaboración del PEN 2007/2015 que incluía la Sistematización del Análisis de Situación, Elaboración del Marco Estratégico y Diseño del Plan Operativo BIANUAL

Se entrevistaron 11 actores del área gubernamental referente al tema del Plan Estratégico Nacional. De esos actores 7 pertenecen al área de la salud, 2 al área laborar/judicial y 2 al área de educación. Los 11(100%) actores entrevistados conocen acerca de la existencia en el país de un marco nacional estratégico.

La mayoría de los actores es decir 9 (81.8%) conoce la existencia de un marco estratégico desde el 1999, aunque solo 6 (54.5 %) señalan que este Plan Estratégico fue actualizado en el 2007. El 83 % de los actores conoce que el período de duración del PEN es entre 7 y 8 años, reconociéndose el carácter de mediano y largo plazo de un plan de este nivel.

En el caso de la asignación de presupuesto el mayormente reconocido es el asignado al sector salud, (81.8 %). Se destaca que los demás casos reconocimiento de la asignación presupuestaria por debajo del 60 %, salvo el caso de los cuerpos castrenses con un 63.6%.

⁶ López, Alvaro y Rathe, Magdalena, Informe de consultoría para el costeo del Plan Estratégico Nacional, Fondo Global/COPRESIDA, 2007.

⁷ En base a los informes de consultoría de Leonardo Martínez y Leonardo Sánchez.

Con relación a las poblaciones destinatarias de acciones contempladas en el marco estratégico, tenemos que todos los entrevistados señalaron que tanto las poblaciones destinatarias, como los entornos y asuntos relacionados fueron seleccionados a través de procesos participativos y multidisciplinarios. 8 (77.7%) afirman que estos sectores fueron incluidos luego de un proceso de evaluación y análisis de necesidades.

Identificación de sectores incluidos en marco nacional de estrategia y acción multisectorial

Sectores Incluidos	Marco Estratégico / de acción	Presupuesto asignado
Salud	100	81.8
Educación	100	54.5
Trabajo	90.9	54.5
Transporte	27.3	18.2
Ejercito / policía	100	63.6
Mujeres	100	45.5
Jóvenes	81.8	54.5
Otros		
Bateyes	54.5	54.5
Comunicadores	9.1	9.1
Reclusos	9.1	9.1
NNA	9.1	9.1
Trabajadoras/es sexuales	9.1	9.1
Turismo	9.1	9.1
Comercio	9.1	9.1

En el próximo cuadro podemos observar los porcentajes de entrevistados que respondieron conocer la inclusión de diferentes sectores en las acciones e intervenciones programadas en el marco estratégico.

Sectores Incluidos	Porcentajes de Respuestas positivas
Mujeres y Niñas	90.9
Muchachos y Muchachos	90.9
Sub poblaciones específicas vulnerables	100
Huérfanos y otros niños vulnerables	100
Entornos	
Lugares de trabajo	72.7
Escuelas	90.9
Prisiones	90.9
Asuntos Relacionados	
VIH/SIDA y pobreza	81.8
Protección de los derechos humanos	72.7
Participación de las PVVS	81.8
Abordaje del estigma y la discriminación	81.8
Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre sexos	72.7

El 100 % de los entrevistados refieren que el marco estratégico incluye un plan operativo.

La participación de la sociedad civil en el desarrollo del marco estratégico es reconocido por el 81.8 % de los actores entrevistados, se incluyen los que entienden que la participación fue activa (72.7 %) y los que entienden que fue moderada (9.1 %).

La mayoría de los entrevistados (81.8 %) señala que los asociados han respaldado las acciones para el desarrollo del marco estratégico y el 63.6 % afirma que los asociados han ajustado y armonizado sus programas relacionados con el VIH y el SIDA con el marco nacional estratégico de acción multisectorial.

Apoyo Político

Finalizado el año 2007, República Dominicana avanza hacia la consolidación de la estrategia de los Tres Unos. El nivel de articulación que se ha procurado con los demás actores del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las agencias de cooperación le ha conferido al COPRESIDA el aval de Autoridad Nacional en materia de VIH SIDA en la República Dominicana.

Frente a la Sociedad Civil, la autoridad del COPRESIDA es avalada por el proceso de coordinación y organización de las alianzas de base poblacionales, constituidas por organizaciones representativas de grupos específicos.

Con el sector privado ha sido un año de grandes avances, el involucramiento de 120 empresas y el logro de que estas empresas incluyan en sus agendas un programa de prevención de VIH en el lugar de trabajo y la disminución del estigma y la discriminación han sido de gran importancia.

Junto a las agencias de cooperación el COPRESIDA ha articulado acciones de desarrollo, es notable la integración de las agencias en programas como la Iniciativa Pediátrica, el desarrollo de políticas de NNA, de juventud y equidad de género, también ha sido importante en el desarrollo del Plan Educativo Afectivo Sexual (PEAS).

Para la encuesta fueron entrevistados 11 actores del sector gubernamental con vínculos con el tema de VIH SIDA, el 100 % conoce la existencia de un órgano de gestión y coordinación multisectorial nacional del SIDA reconocido oficialmente, de ellos el 54.5 % señala conocer que el Presidente de la República se ha referido al tema del VIH/SIDA, el 90.9 % que otros funcionarios nacionales lo han hecho en el 81.8 % que funcionarios del orden regional. El 63.6 % reconoce que esta institución fue creada en el año 2001, tal como sucedió.

La revisión de políticas y legislaciones nacionales para determinar si existen o no contradicciones con las políticas de control nacional del SIDA es reconocida por el 54.5 % de los entrevistados, el 27.4 % no contestó. De ese grupo 3 (50 %) señalan que las políticas se han enmarcado en las políticas de control nacional del SIDA.

Las políticas mencionadas fueron: la ley 55-93 o ley del SIDA, en proceso de revisión, la ley 87-01 y la ley 42-01 o ley general de salud. Durante este año se avanzó en la revisión de la ley de SIDA, no fue modificado ningún artículo de esta ley.

Servicios de Prevención

Desde el COPRESIDA se impulsó el desarrollo de acciones que permitieron aumentar la cobertura de los servicios preventivos establecidos en el Plan Estratégico Nacional, abarcando de manera eficaz un gran porcentaje de la población dominicana.

En términos geográficos, las acciones preventivas han alcanzado las 32 provincias con la conformación de estructuras comunitarias de prevención en unas 925 comunidades. Los resultados de las entrevistas a los actores gubernamentales señalan que el 72.7 % entiende que el país tiene establecida una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre VIH / SIDA entre la población en general.

El 81.8 % manifestó que conoce que el país tiene una política o estrategia para promover la educación sobre la salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes, el resto 18.2 % no respondió esta aseveración. Con relación a si el tema del VIH es parte del plan de estudio de las escuelas primaria o secundarias y del plan de enseñanza de los maestros, el 72.7 % respondió afirmativamente, se observa que con respecto a la aseveración anterior existe una diferencia de un 1.9 % es decir, que hay un porcentaje que plantea que además de los planes de estudios formales en el tema de salud sexual y reproductiva, existen otros programas alternos.

Con respecto a la equidad de género en los programas educativos, el 81.8 % señala que ésta existe en los programas de salud sexual y reproductiva, el resto no respondió.

Para el 36.4 % de los entrevistados el país posee un programa sobre educación para la prevención del VIH en jóvenes no escolarizados; debemos recordar que aunque se ha puesto énfasis en el Plan Educativo Sexual, el programa llevado a cabo con jóvenes de pandillas y no escolarizados ha recibido una buena valoración de parte de autoridades y organismos.

Las estrategias por bases poblacionales implementada desde el año 2006, son reconocidas por el 63.6 % de los entrevistados, los que señalaron que no (36.4 %) se refieren a que las estrategias hacia esas poblacionales solo incluyen los planes de movilización social y prevención sin tocar aspectos puntuales como el desarrollo de políticas y la importante área de atención.

Servicios de Tratamiento, atención y apoyo

Los avances logrados durante el año 2006 en el Programa Nacional de Atención Integral a las PVVS continuaron y se solidificaron en el 2007. Elementos como el mantenimiento de la implementación de las políticas públicas para la gratuidad de la prueba de VIH a la Población General y Atención Integral a PVVS, han aportado los resultados esperados, en muchos casos, superando las expectativas planteadas.

La cobertura de servicios de atención ha crecido en este año 2007 en diferentes ámbitos:

Área de Incremento	Incremento en 2007
Número de unidades de atención Integral en servicios	32 %
Número de Provincias con Cobertura	43 %
Número de PVVS en seguimiento	19 %
Cobertura de PVVS en Tratamiento ARV	27 %
Cobertura en Número de unidades que brindan servicios pediátricos	65 %
Cobertura en Niños y niñas en Seguimiento Clínico	70 %
Cobertura en Niños y niñas en tratamiento.	40 %

Seguimiento comunitario a PVVS en servicios de atención

Durante este año se le dio continuación al programa que ejecutan once (11) organizaciones de la sociedad civil, para el cumplimiento de los indicadores referidos a visitas domiciliarias, a través de un Proyecto denominado SINERGIA y que se financia con recursos del Fondo Mundial y el auspicio y monitoreo del COPRESIDA.

Con la implementación del proyecto, se estima que 1,500 PVVS reciban visitas domiciliarias regulares e igual número de familias de PVVS entrenadas en atención domiciliaria de acuerdo a los estándares nacionales.

Para el 2007 los indicadores de este proyecto reportan que unos 5,263 PVVS reciben visitas domiciliarias de manera regular.

Cobertura a servicios de atención a Niños y niñas.

Se destaca en este año un robusto crecimiento de los servicios de atención a Niños, Niñas y Adolescentes, elementos que en años anteriores había tenido un débil comportamiento. Para este logro, se destacan la colaboración del Despacho de la Primera Dama, que ha sido un aliado eficaz en la gestión del COPRESIDA durante el año 2007, el Programa de Iniciativa Pediátrica que se implementa junto a socios y aliados de la Respuesta Nacional como: La Fundación Bill Clinton, el Programa de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el CONANI, DIGECITSS, el CONDEI, entre otros colaboradores destacados del sector gubernamental y de la Sociedad Civil.

Según los resultados reportados en las entrevistas, el 81.8 % de los entrevistados sostiene que el país tiene establecida una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH/SIDA y el 72.7 % señala que se presta suficiente atención a los obstáculos que afrontan las mujeres, los niños y otras poblaciones expuestas, el 9.1 % señala que esto no es así y el 18.2 % no respondió. El 72.7 % de los actores gubernamentales entrevistados indica que se han identificado el país los distritos que necesitan servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA y el resto 27.3 % no respondió.

Otro aspecto a resaltar es la valoración a la baja cobertura de los servicios de atención domiciliaria considerada por el 45.5 % de los entrevistados. Con relación a la gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales, como fármacos antiretroviricos, preservativos y drogas de sustitución, el 45.5 % de los actores gubernamentales considera que el país posee mecanismos suficientes para ese proceso, en tanto que el 27.3 % entiende que no; igual porcentaje no contestó.

Según los que respondieron afirmativamente, los productos para los que el país posee mecanismos de gestión son: Antiretrovirales, pruebas de tamizaje, fármacos para infecciones oportunistas y un porcentaje señala que conoce de los mecanismos, pero no sabe para cuales de los productos. No aparece mencionado la gestión de preservativos que según los reportes oficiales, posee mecanismos para la adquisición de este producto.

El 72.7 % e los entrevistados manifiesta que el país posee una política o estrategia para tratar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH/SIDA de los huérfanos y otros niños vulnerables, el 9.1 % considera que no y el 18.2 % se abstuvo. En tanto que el 54.5 % entiende que además de las políticas existe un plan nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables.

En la valoración de los aspectos conceptuales, el 63.6 % entiende que el país hay una definición operativa para huérfanos y niños vulnerables. Esta definición se encuentra en la política nacional de protección de niñas, niños y adolescentes en situación de orfandad y vulnerabilidad por el VIH/SIDA en República Dominicana.

Aunque ninguno de los entrevistados respondió conocer las estimaciones de niños y niñas a los que llegan las intervenciones existentes, el 45.5 % entiende que existen estimaciones del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones existentes.

Vigilancia y Evaluación

Dentro de las prioridades definidas por el COPRESIDA para el año 2007 estaba el diseño de un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, para ello se creo una estructura interna con un enfoque Multisectorial.

Aunque el 63.6 % de los entrevistados sostiene que existe un presupuesto para el plan de vigilancia y evaluación, contra solo un 18.2 % que dice que este presupuesto no existe, el 90.9 % de los entrevistados dice desconocer los años que cubre el presupuesto asignado para el plan de vigilancia y evaluación.

La existencia de una unidad o departamento funcional de vigilancia y evaluación es reconocida por el 81.8 % de los actores, el 9.1 % entiende que está en preparación y el 9.1 % señala desconocer la existencia o no de esta unidad. Iguales porcentajes respondieron que esa unidad funciona en el Consejo Presidencial del SIDA, el 9.1 % señala que esta unidad está funciona en el Ministerio de salud.

Con relación al número y tipo de empleados de la unidad la mayoría de los entrevistados desconoce este dato, solo el 18.2 % conoce la existencia de tres empleados permanentes, en tanto que el 63.9 % dice desconocer cuales son los

cargos de los empleados y el 36.4 5 señala que los empleados tienen jornadas de tiempo completo.

Al plantear las principales dificultades, se señalaron los siguientes: La unidad de ME está en proceso de formación, no existe una respuesta de muestreo y evaluación como tal, aunque así se estén implementando algunos y no ha iniciado implementación, están en fase preparatoria.

Los actores no manifestaron ningún tipo de datos de los que se usan, se conoce que el sistema de la Naciones Unidas y la USAID coordinan esfuerzos con el Consejo Presidencial del SIDA para el intercambio de informaciones y el establecimiento de un sistema único para el manejo de informaciones. En este año, diferentes eventos han contribuido con este intercambio de información como son la elaboración del Análisis de Situación del VIH y el SIDA en la República Dominicana, el cálculo de las estimaciones nacionales, y la socialización de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) y la Evaluación que realizó la Organización Panamericana de la Salud, sobre la Respuesta Nacional al VIH y el SIDA.

Junto a las informaciones ofrecidas por los eventos citados, se tienen los informes de vigilancia epidemiológica que suministra el sistema de salud de manera periódica, y que incluye informaciones trimestrales acerca de la notificación de casos, vigilancia centinela con reportes anuales e informes de comportamiento con una periodicidad anual. Estos reportes se realizan a través de la Dirección General de Epidemiología y de la Dirección de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). A ello se suman las diferentes encuestas por grupos poblacionales que elaboran las diferentes agencias y son consensuadas con los diferentes actores.

Los principales comentarios acerca del progreso logrado desde el 2005 fueron:

- A partir de 2005 se estructuró y se implementó una estrategia basada en grupos poblacionales
- La incorporación en el sistema de educación del tema VIH/SIDA.
- La mayor calidad de esfuerzos en VIH/SIDA estuvieron centrados en la atención clínica, el 80% de los recursos económicos

Las estrategias o políticas de mayor alcance identificados por los entrevistados fueron: Promoción del preservativo, seguido de la Seguridad Hematológica, la Prevención de la Transmisión Materno Infantil, programas de IEC, Reducción del riesgo, Reducción del riesgo para los Varones que tienen Sexo con otros Varones, Reducción de riesgo para Profesionales del Sexo, Servicios de Salud Reproductiva incluida la Prevención y Tratamiento a las ITS.

Las valoraciones de los actores en lo relativo a los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH para el año 2007 supera la valoración para el 2005 que inicia su valoración en el punto de 5 de la escala y sube a un 18.2 % en las en el punto 8 para descender a 0 en el 9.

Los avances logrados durante el año 2006 en el Programa Nacional de Atención Integral a las PVVS, continuó y se solidificó en este 2007. Elementos como el mantenimiento de la implementación de las políticas públicas para la gratuidad de

la prueba de VIH a la Población General y Atención Integral a PVVS han aportado los resultados esperados en muchos casos, superando las expectativas planteadas

Los avances en materia de atención reportados señalan: Aumento del número de unidades de atención Integral en servicios, aumento del número de provincias con cobertura, incremento del número de PVVS en seguimiento, incremento de la cobertura de PVVS en tratamiento ARV, mayor número de unidades que brindan servicios pediátricos, mejoría en la cobertura en niños y niñas en seguimiento clínico y en cobertura en niños y niñas en tratamiento.

Según los resultados reportados en las entrevistas, el 81.8 % de los entrevistados sostiene que el país tiene establecida una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integral relacionados con el VIH/SIDA y el 72.7 % señala que se presta suficiente atención a los obstáculos que afrontan las mujeres, los niños y otras poblaciones expuestas, aunque el 9.1 % señala no estar de acuerdo y el 18.2 % no respondió.

A pesar de que no reconoce los años que cubre, los actores reconocen, en un 63.6 % la existencia de un plan nacional de vigilancia y evaluación, que sumado al 18.2 % que señala que este está en preparación, nos indica una valoración favorable de la existencia de este plan.

La participación de asociados en la implementación del plan de vigilancia y evaluación es valorada afirmativamente por los entrevistados, y la mayoría señala que la sociedad civil y las personas viviendo con el virus del SIDA fueron consultadas al momento de la elaboración del plan.

Los comentarios realizados al sistema de vigilancia y seguimiento se refieren básicamente a la importancia que representó la inclusión en el 2007 de la Endesa y a la realización de manera periódica de Vigilancia Centinela, así como de los estudios de comportamientos contratados y de los cuales se esperan informaciones para el primer trimestre el 2008.

d) Índice Compuesto de Política Nacional (Parte B)

La Parte B corresponde a la Encuesta aplicada a representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas. Consta de los siguientes componentes, cuyos resultados se resumen más abajo:

- Derechos Humanos
- Participación de la sociedad civil
- Prevención
- Tratamiento, atención y apoyo.

Derechos Humanos

Todas las personas concordaron en que existe en el país leyes y reglamentaciones para proteger de la discriminación a las personas que viven con el VIH. La mayoría (5) citó la Ley 55-93 sobre SIDA, destacando el artículo 3 que prohíbe las pruebas de detección del VIH con fines laborales. Asimismo el artículo 4 que establece que los centros de salud deben prestar servicios de atención a las personas viviendo con VIH y/o SIDA (PVVS) de acuerdo a sus necesidades.

Otras leyes y reglamentos citados fueron: La Ley General de Salud y el Plan Decenal de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS). También se hizo mención de que esta ley en muchos casos no se aplica ni es conocida por la mayoría.

Cuando se pidió enumerar las sub-poblaciones vulnerables, el resultado fue que la mayoría entendió que las mujeres, los jóvenes y la población migrante, son las más protegidas por las leyes y reglamentaciones existentes.

Dos personas consideraron que no existen leyes para proteger a los Internos en Prisiones (PPL) ni a los Migrantes. Se estableció que para los varones que tienen sexo con varones solo la Ley General de Juventud, en su artículo 27 que versa sobre la equidad de género, prohíbe explícitamente la discriminación por orientación sexual.

Dentro de los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de las leyes se citó: La Política Nacional de Juventud, que se encuentra en una fase de revisión actualmente; el Plan Nacional para la Equidad de Género (PLANED) y el Plan Estratégico Nacional para el SIDA (PENSIDA). Sin embargo, se aclaró que los mecanismos de aplicación de estas políticas no están definidos claramente.

No obstante, se citó a varios sistemas de compensación establecidos para la seguridad de que las leyes tengan el efecto deseado. Por ejemplo: La Comisión Presidencial del SIDA (COPRESIDA), las campañas de educación y programas de la fiscalía acerca de la violencia contra la mujer, los programas de la Secretaría de Estado de la Juventud y su Política Nacional de Juventud, los proyectos de trata de blanca y mujeres migrantes, así como algunos comités y comisiones de seguimiento, dentro de los que se destacó la Comisión Permanente para el Seguimiento a los Acuerdos de UNGASS.

Dentro de las leyes y reglamentos que suponen obstáculos para la prevención se mencionó a:

- El tratado de libre comercio (DRCAFTA) que pone dificultades para la compra de medicamentos Anti-retrovirales, así como para la utilización de genéricos en el tratamiento del VIH y la emisión de patentes para la fabricación de los mismos.
- La Ley de Seguridad Social, que expresamente deja por fuera a las personas viviendo con VIH, víctimas de cáncer y otras enfermedades calificadas como catastróficas.
- El Concordato con la Iglesia Católica y El Vaticano, que no ha permitido que se imparta educación sexual en las escuelas y que prohíbe la promoción de anticonceptivos especialmente el preservativo, tiene políticas claras en contra del aborto y de algunas poblaciones vulnerables como los VSV y los y las trabajadoras sexuales.
- Las políticas administrativas de muchas empresas que piden la prueba de VIH como condición laboral, y permiten la realización de pruebas de VIH indiscriminadas y sin consentimiento de los empleados y empleadas.
- El Programa de Prevención de la Transmisión Vertical, que no ofrece garantías de que la madre reciba los ARV's después del parto.

La mayoría de las personas (6) estuvo de acuerdo en que no existen mecanismos para registrar, documentar y tratar casos de discriminación. Las personas que opinaron que sí existen mencionaron a los Veedores Sociales del COPRESIDA y al Departamento de VIH/SIDA de la Secretaría de Estado de Trabajo.

Ante la pregunta de si facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las poblaciones más expuestas en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH Las personas que respondieron afirmativamente a esta pregunta (5) estuvieron de acuerdo que aunque la participación no es amplia existen mecanismos para dicha participación. Entre estos mecanismos citaron a:

- Las Alianzas de Base Poblacional
- El Mecanismo Coordinador de País del Fondo Global
- Las Redes de PVVS
- La Coalición de ONG del Área de SIDA
- Los Veedores Sociales
- El Plan Estratégico Nacional, cuya ejecución y sistema de Monitoreo y Evaluación se está esperando.

La mayoría de las personas estuvo de acuerdo en que existe una política de gratuidad en cuanto a prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Se destacó el establecimiento y expansión de las Unidades de Atención Integral (UAI) con apoyo de la SESPAS, en los hospitales del sistema público de salud y en algunas organizaciones no gubernamentales, para ofrecer atención y tratamiento antirretroviral gratuito a las PVVS. Estas Unidades son coordinadas desde la Dirección General de Control de las ITS y SIDA de la SESPAS, con el apoyo del COPRESIDA. Su crecimiento y expansión fue cubierta con fondos provistos por un préstamo otorgado al país por el Banco Mundial y tras una demanda por medidas cautelares sometida por las PVVS en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El financiamiento otorgado por el Banco Mundial terminó en el 2007 y la SESPAS ha asumido el costo del personal que ofrece servicios en estas unidades.

Los servicios ofrecidos en estas unidades son gratuitos, así mismo los medicamentos Antirretrovirales a las PVVS que cumplan con los parámetros establecidos en el país. De acuerdo con estos parámetros para una PVVS calificar para recibir tratamiento antirretroviral gratuito debe mostrar menos de 200 células CD4, una Carga Viral alta y/o la presencia de alguna enfermedad oportunista que pueda poner en peligro la vida del paciente. De la misma manera el tratamiento para la Tuberculosis también es gratuito a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Sin embargo el tratamiento para las infecciones oportunistas en la mayoría de los casos corre por cuenta del paciente.

La existencia de medicamentos Anti-retrovirales está garantizada por el apoyo recibido por el programa de la Fundación Clinton, de USAID y el Fondo Global, el país no ha dispuesto fondos del presupuesto nacional para la compra de estos medicamentos. Esta realidad pudiera poner en peligro en un futuro la gratuidad de estos medicamentos para las PVVS.

La mayoría estuvo de acuerdo que el país no tiene una política clara que le asegure a las mujeres y a los varones la igualdad en el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo. Todas las personas concordaron en que no existe en el país una política establecida que asegure a las poblaciones más expuestas la igualdad en el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo.

La mayoría de las personas estuvo de acuerdo con la existencia de la Ley 55-93 sobre SIDA, que prohíbe las pruebas de VIH como condición laboral. Sin embargo, se destacó el hecho de que la falta de una política o un mecanismo claro de aplicación de esta ley permiten la realización de pruebas indiscriminadas en muchos centros de trabajo.

Acerca de si hay en el país una política que asegure que los protocolos de investigación del SIDA en los que participan seres humanos, sean revisados y aprobados por un comité de ética nacional o local, la mayoría de las personas respondió la existencia de un Comité de Bioética en la SESPAS que es quien se encarga de aprobar y permitir las investigaciones científicas en el Territorio Nacional. Se destacó el hecho de que la Comisión de Bioética está integrada por investigadores y académicos de diferentes sectores, es una dependencia de la SESPAS que funciona tímidamente y con mucha precariedad.

Se aseguró que ninguna PVVS como tal, forma parte de la misma y que muchas de las investigaciones realizadas en el país se han hecho sin la debida revisión, aprobación y aval de esta comisión.

Todas las personas estuvieron de acuerdo con que los programas de prevención y atención de la sociedad civil, del gobierno y de los organismos de cooperación internacional enfatizan la promoción del cambio de actitudes para la reducción del estigma y la discriminación hacia las PVVS.

La mayoría de las personas, para el año 2007 dieron una calificación media a las políticas, leyes y reglamentaciones. Los valores mas votados fueron 5 y 6.

La valoración del año 2005 estuvo más repartida. La tendencia de esta valoración es mas hacia la insuficiencia de las políticas, leyes y reglamentaciones.

Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:

Se observa un importante avance en la valoración de las políticas, leyes y reglamentaciones. Los argumentos de las personas que contestaron este cuestionario hablan de diversas causas para estos cambios:

Algunas personas calificaron de mínimos los cambios realizados del 2005 al 2007; estos destacaron que los cambios son debido a la implementación del proyecto del Fondo Global por parte de COPRESIDA y las organizaciones de la sociedad civil. Esto concuerda con los que mencionaron los compromisos con agencias de cooperación internacional por parte del Gobierno Dominicano. Algunos se refirieron a este tema como presión internacional destacando el papel del sistema de Naciones Unidas y los compromisos asumidos en UNGASS y las Metas del Milenio.

La minoría se refirió al fortalecimiento de las redes y los grupos de la sociedad civil y a la participación en la toma de decisiones producto de este fortalecimiento.

Sin embargo, casi todos estuvieron de acuerdo en que si bien se ha sensibilizado a la población general en cuanto a los derechos humanos, todavía falta sensibilizar a la minoría que tiene el poder de incidir para un cambio realmente favorable en materia de promoción y respeto de los derechos humanos, en especial en lo relativo al VIH y a las poblaciones vulnerables, así como, a las poblaciones más expuestas.

La mayoría de las personas, para el año 2007, valoran como medianamente correcto el esfuerzo por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentaciones. Dentro de los comentarios realizados por las personas encuestadas, la mayoría concuerda con que en el país se ha avanzado en materia de esfuerzos para hacer cumplir las leyes y en el establecimiento de políticas que lo permitan.

En cuanto a las reglamentaciones también estuvieron de acuerdo con que éstas no se aplican a todos por igual. Citaron como ejemplo el caso del SIDA en el Lugar de Trabajo, diciendo que aunque existe un departamento en la Secretaría de Estado de Trabajo, la aplicación de la ley es diferente cuando se trata de empleadores del Estado Dominicano y del Sector Privado. Mencionaron el temor de las personas que viven con VIH de reclamar sus derechos, pues esto les costaría la publicación de su condición serológica.

Destacaron el hecho de los esfuerzos realizados por parte de las organizaciones del Estado Dominicano, en especial del COPRESIDA, de que la sociedad civil asuma el protagonismo en materia de la promoción de los derechos humanos y el cumplimiento de las leyes. También se reconoció que este progreso no ha sido equitativo para todos los grupos vulnerables.

Participación de la Sociedad Civil

La mayoría de las personas están de acuerdo con que la sociedad civil ha contribuido alta y eficazmente a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y en la formulación de políticas nacionales en materia de VIH y SIDA.

Se considera que la participación de la sociedad civil en el proceso de formulación del Plan Estratégico Nacional y su Presupuesto fue alta.

El grado de inclusión de los servicios prestados por la sociedad civil en los aspectos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH no fue considerado alto por la mayoría de las personas que contestaron al cuestionario.

En el mes de marzo del 2007, se realizó una amplia consulta con los representantes de la sociedad civil con miras a la elaboración del Plan Estratégico Nacional 2007 - 2015. Esta consulta fue realizada mediante talleres simultáneos en los que participaron representantes de todos los sectores de la sociedad civil, sector oficial y la cooperación internacional. Asimismo, se realizaron consultas en los niveles provinciales y municipales del sistema nacional de salud.

Toda la información recogida en estas consultas fue puesta en orden y presentada por unos consultores contratados por el COPRESIDA para los fines. Como resultado

existe hoy día en el país, un Plan Estratégico, que contiene los lineamientos de las políticas de la Respuesta Nacional a la epidemia del VIH, hasta el año 2015.

La mayoría de las personas estuvo de acuerdo en que el grado de acceso a un apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH no es alto.

La mayoría de las personas reportaron que el grado de acceso a un apoyo técnico adecuado para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH no es alto. Algunos destacaron la oferta constante y el acompañamiento de técnicos de COPRESIDA, DIGECITS y las agencias de Cooperación Internacional. Otros mencionaron que en muchos casos este personal no tiene los conocimientos actualizados. También se mencionó que en el caso de las instituciones del Estado, estas posiciones se convierten en cargos políticos, por lo que cada vez que hay un cambio de gobierno, hay un personal nuevo que hay que entrenar.

La mayoría de los participantes destacó los factores que influyeron en los cambios proyectados desde el 2005 hasta el 2007. Dentro de estos citaron:

- La inclusión de nuevos actores en la Respuesta Nacional al VIH.
- La creación de las Alianzas de Base Poblacional.
- El aumento en las fuentes de Financiamiento. Dentro de estos se destacó los recursos del Banco Mundial, y la implementación del proyecto del Fondo Global.
- Los esfuerzos realizados a través del COPRESIDA para facilitar el acceso de la sociedad civil al financiamiento.

Cabe destacar que también se mencionó que aún existen muchas dificultades para que los fondos lleguen a todas las organizaciones de manera equitativa.

Prevención

La mayoría de las personas estuvo de acuerdo con que el país si tiene identificadas las zonas de mayor prevalencia de VIH y las necesidades en cuanto a programas de prevención por zonas geográficas y por poblaciones vulnerables. Mencionaron la existencia de información y datos confiables, citando la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA). La Mayoría de las personas, para el año 2007 dieron una calificación alta a los esfuerzos en la aplicación de los programas de prevención del VIH en el 2007. Se denota una tendencia hacia lo correcto.

La valoración del año 2005 estuvo más repartida, aunque no podemos hablar de una tendencia hacia la insuficiencia, la valoración dada a los esfuerzos en la aplicación de los programas de prevención en el 2005 es media.

Tratamiento, Atención y Apoyo

La mayoría de las personas consideró que el país tiene identificadas las zonas geográficas en las que se necesita de servicios de atención y apoyo relacionados con el VIH. Mencionaron también que esto se da a pesar de que la mayoría de los servicios están centralizados en Santo Domingo.

La mayoría de las personas están de acuerdo en que la mayoría de los servicios para VIH y relacionados con VIH y Tuberculosis se están ejecutando en la mayoría de las zonas donde han sido identificadas estas necesidades.

En cuanto a la profilaxis para Tuberculosis en PVVS se destacó que no se está utilizando Cotrimoxazol sino Isoniacida. Y quedó bien claro que los servicios relacionados con el VIH y el lugar de trabajo solo existe en algunas de las zonas y destacaron que en muchas de ellas estos servicios no se cumplen.

La mayoría de las personas, para el año 2007 dieron una calificación alta a los esfuerzos en la aplicación de los programas de atención del VIH en el 2007.

La valoración del año 2005 estuvo más repartida. La valoración dada a los esfuerzos en la aplicación de los programas de prevención en el 2005 podemos considerarla media.

Hay que destacar que las personas que contestaron marcan una clara tendencia a que los programas dirigidos a poblaciones vulnerables y/o más expuestas son conducidos en un porcentaje mayor por organizaciones de la sociedad civil.

Contrario a esto, en los programas de atención, servicios clínicos y apoyo el porcentaje de participación de la sociedad civil es mucho menor.

La mayoría de las personas considera que el país tiene una política y estrategias para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH/SIDA de los huérfanos y otros niños vulnerables.

Algunos mencionaron la existencia de la Política Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes.

3.3 Prevención

a) Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada

De acuerdo a los datos proporcionados por la Dirección Nacional de Bancos de Sangre, 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. Esta misma información señala que todos los bancos de sangre del país documentan las pruebas que realizan a las unidades de sangre que reciben en donación.

Estas unidades de sangre extraídas son de donantes voluntarios altruistas, no remunerados, de donantes familiares y/o de reposición, de donantes remunerados y donantes antólogos.

Desde la Dirección Nacional de Bancos de Sangre se gestiona un programa de evaluación externa del desempeño en serología de los diferentes bancos de sangre del país, sin embargo, durante el año 2007 solamente el 30% de ellos participaron en el programa. El hecho de participar en un plan de evaluación del desempeño no significa necesariamente que se evalúa la calidad del cribado sistemático de la

sangre para la detección del VIH, ya que al parecer no existen una obligatoriedad de los bancos de sangre de participar en los procesos de evaluación externa.

Es importante destacar que los casos de VIH reportados vía transfusión sanguínea han disminuido considerablemente, sobre todo, en el último quinquenio, llegando a un 3%. Durante el quinquenio 1983-1987, el porcentaje de casos por esta vía representó un 7%⁸.

El Informe UNGASS 2003-2005 reporta que se tamizaron para la detección del VIH unas 78,800 unidades de sangre, lo cual representó un 112% de desempeño, en relación a la meta propuesta para el 2005 que eran 70,000 unidades de sangre.⁹

b) Porcentaje de poblaciones más expuestas a que llegaron los programas de prevención del VIH

En la República Dominicana, los grupos que se encuentran en situación de marginación económica o que son víctimas de las desigualdades de género, ven incrementada su vulnerabilidad, lo cual a su vez, dificulta el acceso a los servicios de salud y programas de prevención y tratamiento. Entre estos grupos vulnerables encontramos¹⁰:

- La población adulta mayor de 30 años, que representa el 53% de la población general, que sostienen relaciones sexuales sin protección,
- Adolescentes y jóvenes de menos de 30 años que representan el 34% de a población del país, con limitado acceso a educación, bienes y servicios,
- Los niños/as y los huérfanos/as a causa del SIDA se encuentran en situación de vulnerabilidad y riesgo,
- Las personas viviendo con el VIH y SIDA,
- Los pobladores de bateyes,
- Las/os trabajadoras/es del sexo,
- Las mujeres, quienes son biológicamente más susceptibles que los hombres de contraer la enfermedad a través de las relaciones sexuales, y
- Las personas privadas de su libertad.

La participación de la sociedad civil y las Alianzas Estratégicas por Base Poblacional, han sido la base del éxito de la Respuesta Nacional, en el sentido de que a través de la participación y acción comunitaria se ha logrado alcanzar a diferentes grupos en situación de vulnerabilidad, llegandoles diferentes tipos de intervenciones y programas de prevención.

De acuerdo a los datos de ENDESA 2007, el porcentaje de mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que sabe dónde hacerse la prueba del VIH es de 91.1%, mientras que las mujeres de 25 a 29 y de 30 a 39 años de edad le corresponde un 96.6% y

8 Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). *Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015*. República Dominicana. 2007.

9 Sergia Galván y Bethania Betances. *Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de Progreso. Período 2003-2005*. Santo Domingo, 2006.

10 Idem

96.8% respectivamente. El porcentaje más alto fue reportado entre las mujeres de 40 a 49 años con un 97.3%¹¹.

Es importante destacar que de los varones jóvenes que saben dónde hacerse la prueba, el porcentaje más alto fue de un 85.9% para las edades de 20 a 24 años de edad. Entre los varones jóvenes de 15 a 24 años, el 74.9 dijo saber donde hacerse la prueba mientras que solo el 66.9% de los varones de 15 a 19 años respondió afirmativamente.

Tipo de conocimiento: sabe dónde hacerse la prueba

Mujeres			Jóvenes Varones	
Edades	%	Cantidad	%	Cantidad
15-24	91.1	10,089	74.9	9689
15-19	87.8	5,580	66.9	5614
20-24	95.3	4,509	85.9	4075
25-29	96.6	3,959		
30-39	96.8	7,423		
40-49	97.3	5,723		

Fuente: Endesa 2007

En una encuesta realizada en el año 2004, con una muestra de 2,435 trabajadoras sexuales, el 99% respondió que conocía la prueba del VIH y el 94% respondió que se hizo la prueba alguna vez.¹² Por otro lado, en un estudio realizado a emigrantes haitianos, con una muestra de 240 personas, el 82% respondió que sabía donde hacerse la prueba mientras que el 47% respondió que se hizo la prueba alguna vez¹³. Esta información se muestra en el cuadro que sigue.

**Población más expuesta: conoce dónde hacerse la prueba del VIH
Trabajadoras Sexuales y Migrantes Haitianos**

Población	Año	Muestra	%
TRSX	2004	2435	99%
			94%
Migrantes Haitianos	nd	240	82%
			47%

FUENTES:

Informe de Vigilancia Centinela 2006, DIGECISS /USAID-CONECTA

Leonardo Martínez. Entrevista a inmigrantes haitianos. MOSCTHA. Comportamiento, percepciones y prácticas de migrantes haitianos relativos al VIH en zonas altamente pobladas por migrantes haitianos. República Dominicana. 2005

11 ENDESA 2007. Informe Preliminar. VIH y SIDA

12 TRSX: Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) .

13 Leonardo Martínez. Entrevista a inmigrantes haitianos. MOSCTHA. Comportamiento, percepciones y prácticas de migrantes haitianos relativos al VIH en zonas altamente pobladas por migrantes haitianos. República Dominicana. 2005

El informe UNGASS del 2003 no reporta datos sobre este indicador aunque menciona al PEN 2000-2003 a través del cual se fomenta la Información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH/SIDA y el establecimiento de audiencias intermedias como son hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales, personas privadas de su libertad, bateyes y militares.

En ninguna de las encuestas y estudios señalados se informa sobre el suministro de preservativos a poblaciones más expuestas.

El Consejo Presidencial del SIDA ha logrado articular a los diferentes actores que intervienen en el campo de la prevención y ha fomentado estrategias de movilización social que se han vinculado a las estrategias de atención logrando alcances que son descritos en este acápite y que los resultados de la Encuesta ENDESA 2007 han logrado confirmar¹⁴.

El COPRESIDA, en el marco de la implementación del programa, específicamente para el cumplimiento de las metas establecidas en el objetivo "Aumento al acceso y uso de servicios preventivos"; ha operativizado la estrategia de intervenciones a través de subbeneficiarios como parte de la estrategia que señala que: "el COPRESIDA sostiene que la Respuesta Nacional debe estar constituida, adelantada y sostenida por la participación coordinada y activa, así como por la cogestión, de las Organizaciones de Servicios Públicos Gubernamentales; las Organizaciones de Servicios Públicos No Gubernamentales; las Organizaciones de la Sociedad Civil....." fomenta la participación de las entidades de la Sociedad Civil y la conformación de alianza estratégicas por base poblacional y ha contratado los servicios de diferentes Organizaciones No Gubernamentales.

El objetivo de estas organizaciones es ejecutar acciones en las comunidades y/o grupo poblacionales a las que pertenecen; esto lo hacen a través de propuestas o proyectos que son evaluados por un equipo técnico y avalado por un instrumento jurídico en donde se indica claramente las responsabilidades y/o acuerdos con los sub-beneficiarios.

¹⁴ COPRESIDA. Informe Índice Compuesto de Políticas Nacionales. Seguimiento a la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, a ser presentado por la República Dominicana a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año dos mil ocho (2008)

Alcance de las actividades de prevención en el 2007

Indicadores	Resultados
Empresas privada que tienen políticas y programas de VIH en el lugar de trabajo	120
Número de mujeres alcanzadas a través de actividades preventivas	43,542
Número de personas alcanzadas por actividades de la cadena de cambio de conducta.	476,457
Número de condones distribuidos bajo las campañas de mercadeo social.	4,139,753
Personas entrenadas para Actividades de Capacitación	19,780

** Datos Acumulados en el año por Proyectos con Fondo Global y Banco Mundial, ejecutados por subbeneficiarios

En el cuadro siguiente podemos ver los subbeneficiarios y que posibilitaron el aumento del acceso y uso de servicios preventivos.

Sub-beneficiarios del Fondo Global
Asociación Dominicana Pro-Bienestar De La Familia, Inc. (PROFAMILIA)
Colectiva Mujer y Salud
Instituto Nacional De La Salud (INSALUD)
Centro De Orientación Integral (COIN)
La Casa De La Juventud (Pastoral Juvenil)
Red De Personas Viviendo Con El VIH (REDOVIH)
Coordinadora De Animación Socio Cultural, Inc. (CASCO)
Instituto Dominicano De Desarrollo Integral (IDDI)
Indajoven
Asociación De Mujeres De San Juan
Prosolidaridad
Centro De Investigación y Apoyo Cultural (Alianza De Bateyes)
Coalición Ong/Sida
Mujeres En Desarrollo
Fundación SUR FUTURO
Mujeres Altagraciana
Fundación Mir
Amigos Siempre Amigos
Digecitss
Movimiento Sociocultural Para Los Trabajadores Haitianos
CIMUNDIS
Esperanza Internacional
Fundación para el Desarrollo y Bienestar de La Mujer y La Niñez, FUNDEBMUNI
Movimiento para el Auto Desarrolló Internacional de la Solidaridad
Fundación PRO-MADRE
Secretaría De Estado De La Juventud
Secretaría De Estado De La Mujer
Confederación Autonomía Sindical Clasista, (CASC)
Asociación Solidaria Dominicana (Asolsida)
Red Nacional De Jóvenes
Teatro Guloya

Como elementos no medibles en los indicadores propuestos, se resalta el fomento de estructuras locales y la integración de grupos comunitarios en las actividades de prevención y en la estrategia de conformación de educadores pares, grupos de autoayuda y fomento de la autogestión comunitaria quedando en las comunidades y bases poblacionales las capacidades humanas y logísticas para el montaje de actividades de intervención en el área preventiva.

En términos geográficos las acciones preventivas han alcanzado las 32 provincias con la conformación de estructuras comunitarias de prevención en unas 925 comunidades¹⁵. En relación a las acciones preventivas, los tres mensajes claves reconocidos con mayor frecuencia fueron "mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH, tener prácticas sexuales seguras y el uso sistemático de preservativos, coincide esto con tres de los enfoques programáticos promovidos desde el Copresida.

En el próximo cuadro se observan los porcentajes según respuestas de los actores al reconocimiento de los mensajes claves promovidos¹⁶.

Mensajes claves promovidos	%
Abstenerse del consumo de drogas inyectables	54.55
Abstinencia sexual	45.45
Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	72.73
Combatir la violencia contra las mujeres	72.73
Evitar las relaciones sexuales remuneradas	36.36
Fidelidad	63.64
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	81.82
Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	54.55
Práctica de relaciones sexuales seguras	81.82
Reducción del número de parejas sexuales	72.73
Uso de equipos de inyección estéril	54.55
Uso sistemático del preservativo	81.82

c) Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico

El Sistema Educativo Dominicano cuenta con 18 Direcciones Regionales y 101 Distritos Educativos, distribuidos en toda la geografía nacional, conformada por 31 provincias, con una población global de 8,230,722 (2003) habitantes y una matrícula escolar de 117,080 alumnas y alumnos del nivel inicial, 1,600,438 del nivel básico y 484,234 del nivel medio¹⁷.

¹⁵ Idem

¹⁶ Idem

¹⁷ Programa de Educación Afectivo Sexual: Un Programa de Educación Sexual. Secretaria de Estado de Educación (SEE). Departamento de Orientación y Psicología. Consejo Presidencial del ISDA (COPRESIDA)

Con el fin de combatir la propagación del VIH y el SIDA entre los y las jóvenes del país, el programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) fue integrado a partir del 2001, en el currículum de todas las escuelas públicas de la República Dominicana, estableciéndose una línea de acción a escala nacional. El programa busca reforzar los conocimientos, valores, actitudes y comportamientos de los maestros, maestras y estudiantes a todos los niveles del sistema, centrándose en la actualidad en la enseñanza media. Aborda temas tales como la prevención y transmisión del VIH/SIDA/ITS, como también la promoción de los derechos humanos y la igualdad de género, con el propósito de reforzar la capacidad del estudiante para tomar decisiones conscientes y responsables.

Actualmente, el PEAS va dirigido principalmente a los alumnos de la enseñanza pública media, y se propone llegar en el futuro a todos los educandos del sistema educativo nacional, o sea, desde el nivel inicial y básico hasta el medio (de 5 a 19 años de edad). Más adelante, serán incluidos también los jóvenes adultos a partir de los 19 años, en el nivel post-secundario.

El 24 de enero del 2002, el Consejo Presidencial (COPRESIDA) firmó un convenio de colaboración con la SEE con el propósito de implementar el PEAS en la enseñanza secundaria (alumnos/as de (15 a 19 años) y contener la expansión del VIH en la juventud. Este programa está bajo la dirección de dos importantes organismos oficiales: la Secretaría de Estado de Educación (SEE), que es la instancia ejecutora del Nivel Medio y el COPRESIDA.

El propósito del programa es mejorar los conocimientos y las prácticas de los profesores/as y estudiantes del sistema educativo nacional, con el fin de que puedan luchar contra el VIH/SIDA. Entre sus objetivos se encuentran:

- Promover comportamientos sexuales sanos y facilitar la toma de decisiones informadas de parte de los niños/as y jóvenes.
- Elevar el nivel de conocimientos acerca de la vida sexual y reproductiva de los/as adolescentes.
- Fomentar actitudes positivas en cuanto a la autoestima, la conciencia de si, la confianza, el respeto propio y de los demás así como los valores.
- Combatir el estigma que rodea el VIH y al SIDA.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Prevenir el ITS/VIH/SIDA y los embarazos en adolescentes.
- Promover políticas de Salud Pública.

El principal componente del PEAS se refiere a la educación sexual vinculada a las ITS/VIH/SIDA, focalizándose en la promoción de cambios de comportamiento en los destinatarios (alumnos del nivel medio). Dada la inclusión del PEAS en el currículo nacional, los estudiantes participan en el programa durante los años de escolaridad. En las escuelas, el programa está bajo la administración del Departamento de Orientación y Psicología.

El informe UNGASS del 2003 declara que durante el año 2002, se trabajó en la formación de docentes en 3 de las 15 regionales de educación (regional 10, 15 y 04) que abarca

Maestros y Estudiantes capacitados en el PEAS

PEAS (Al 2007)	Maestros	Estudiantes
Escuelas Públicas (835)	13,586	521,221
Básica	3,488	165,917
Media	10,098	355,304

1,902 centros, para un total de 10,196 profesores de un total de 33,000, aproximadamente que existen en el sistema. Según este informe para el año 2002, el 18.8% de los profesores había recibido capacitación¹⁸.

El informe UNGASS 2005 reporta un total de 10,500 profesores de educación media y básica entrenados. Igualmente reporta el trabajo con la Red de Asociaciones de Padres/Madres de las escuelas para todo el territorio nacional. Este programa había capacitado a 434 personas de las que 74 son docentes del programa y 339 maestros en las diferentes regiones educativas.

Hasta octubre del 2007, se habían entrenado a nivel nacional 10,098 maestras/os del nivel medio procedentes de 825 escuelas con un total de 355,304 estudiantes. Los maestros/as capacitados/as del nivel básico ascendieron a 3,488 y alcanzaron a una población de 165,917 estudiantes de este nivel¹⁹. En total se calcula que 13,586 maestros han sido capacitados a octubre del año 2007.

En resumen, el indicador solicitado por UNGASS es el siguiente:

Porcentaje de escuelas donde se aplicó el PEAS en el 2007

Tipo de Escuela	# Escuelas	PEAS	Indicador
Públicas	64,046	835	1.30%
Públicas	64,046		

Este indicador ha sido seleccionado como una *Meta de Acceso Universal* por su importancia estratégica para la prevención del VIH en las generaciones actuales y futuras.

Es preciso señalar que se entiende que el dato de arriba está subestimado, pues sólo toma en consideración las intervenciones realizadas por el estado en las escuelas públicas. Con fondos de COPRESIDA, las ONG están llevando a cabo este programa en escuelas públicas y privadas, sobre lo cual no existe información procesada al momento de redactar este informe.

Se ha propuesto una meta de alcanzar al 2010, unas 8,831 escuelas tanto públicas como privadas, con un Programa Afectivo Sexual de un mínimo de 30 horas de duración. Esto representa multiplicar por diez los avances realizados hasta ahora. (Revisar esto).

Para alcanzar esta meta serán necesarios no sólo recursos económicos y humanos, sino el apoyo político de actores clave que gestionen el avance del programa a nivel nacional. Asimismo se requerirá levantar información sobre el trabajo en las escuelas que actualmente realizan las organizaciones no gubernamentales y las escuelas privadas, para lo cual se requiere realizar un estudio el año próximo, a fin de obtener una línea de base más realista.

¹⁸ COPRESIDA. Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. 28 de abril de 2003. Pag. 24. Santo Domingo, República Dominicana.

¹⁹ C:\Documents and Settings\cguzman.SEEGOVDO.000\Desktop\Educación Sexual\Regionales de Educación Capacitadas del Nivel Básico.doc

3.4 Tratamiento, Atención y Apoyo

a) Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretroviral

Se ha verificado un incremento notable en la cobertura de medicamentos antirretrovirales a través de los últimos años. En efecto, si comparamos los datos con relación al informe de progreso de UNGASS del año 2003, la información sobre las personas que en ese momento vivían con VIH no estaba disponible. Sin embargo, se reporta que en el Centro Sanitario de Santo Domingo, 400 personas podrían estar recibiendo antirretrovirales, de un total de 1,100 que estaban recibiendo atención en el referido centro²⁰.

El informe UNGASS 2003 reporta que el país se encontraba en fase de formulación de una política para el tema del acceso a los medicamentos y en llevar a cabo un estudio para conocer la situación real de las personas que estaban viviendo con el VIH y el SIDA y que estaban requiriendo los medicamentos. Asimismo señala que las acciones para garantizar acceso al tratamiento en ese momento estaban más orientadas hacia el programa de prevención de la transmisión vertical y al fortalecimiento de los laboratorios.

El informe UNGASS 2003-2005 reporta como uno de los grandes avances de este período, la implementación del Programa Nacional de Atención Integral a PVVS.²¹ Como parte del programa nacional, en el año 2004 se financian los medicamentos antirretrovirales con recursos de la Fundación Clinton, Acuerdo de Cooperación Internacional con el Gobierno de Brasil, Acuerdo de Cooperación con la Comunidad de La Rioja España y del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y la Malaria.

Al momento de la redacción del referido informe, según datos de la Dirección General de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITTS), las redes de servicios tenían a su cargo 31 Unidades de Atención Integral (UAI). Las Unidades de Atención Integral representan la puerta de entrada al sistema y a pesar de su crecimiento en el número de unidades, se requiere continuar realizando esfuerzos para mejorar la calidad del servicio y desconcentrar los recursos humanos hacia las áreas rurales. En el año 2000 se contaban con tan solo tres UAI's.

En la actualidad, la provisión de servicios y la entrega de los medicamentos antirretrovirales se realiza a través de 46 Unidades de Atención Integral y 24 de ellas se encuentran ubicadas en el interior del país.²²

20 MONTERO-COPRESIDA. Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. 28 de abril de 2003. Pág. 24. Santo Domingo, República Dominicana.

21 Sergia Galván y Bethania Betances. Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de Progreso. Período 2003-2005. Santo Domingo, 2006.

22 Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007

De acuerdo al último Informe UNGASS, al finalizar el año 2005, unas 2,590 personas viviendo con el VIH, estaban recibiendo terapia antirretroviral. De ellos, 2,388 (92%) eran adultos y 202 (8%) niños. Asimismo se reporta que de los PVVS que estaban recibiendo tratamiento, el 47% de los adultos eran hombres y el 45% eran mujeres. Por último, señala que a partir del 2002, la cobertura de los medicamentos se incrementó en un 300%. Las 2,590 personas que recibieron terapia al final del año 2005 representaba el 12.4%. El 11.9% correspondía a los adultos (2,388) y el 24.4% correspondía a niños (202).

Sin embargo, según las proyecciones realizadas durante el mes de noviembre del año 2007 en el Taller de Estimaciones de la Prevalencia del VIH, en base a ENDESA 2007 y la Vigilancia Centinela, el total de las personas que estaban necesitando terapia antirretroviral, tomando en cuenta una estimación media, ascendían a 20,806 personas, de ellos 19,958 eran adultos y 848 niños.

Por otro lado, de acuerdo a las estimaciones de DIGECITSS, la población total que vivía con el VIH para el año 2005 eran de 64,440 personas y de este total, necesitaban tratamiento antirretroviral, unas 10,690 personas en edad adulta y 740 niños.²³

Para finales del 2006, las personas que estaban recibiendo terapia antirretroviral era de 5,001, lo cual representaba un 23.6%. Para ese mismo año, según estimaciones de la DIGECITSS, unas 21,171 estarían necesitando los medicamentos. Sin embargo, para finales del año 2007, la cobertura se incrementó de manera que 7,768 personas estaban recibiendo terapia, es decir, un 35.7%. De este total, 7,213 corresponde a adultos (34.6%) y 555 a niños (60.1%). Es importante destacar que las estimaciones para el año 2007, de las personas que estarían necesitando los medicamentos eran de 21,780.

Porcentaje de Adultos y Niños con Infección VIH Avanzada que reciben TAR									
RESUMEN INDICADOR	2005			2006			2007		
	Reciben ARV	Necesitan ARV**	%	Reciben ARV	Necesitan ARV**	%	Reciben ARV*	Necesitan ARV**	%
TOTAL	2,581	20,806	12.4	5,001	21,171	23.6	7,768	21,780	35.7
Adultos	2,374	19,958	11.9	4624	20,293	22.8	7,213	20,857	34.6
Niños	207	848	24.4	377	878	42.9	555	923	60.1

* Enero-Octubre 2007
 ** Estimación media Taller Prevalencia 2007
 FUENTE: DIGECITSS/UCAI, Reporte de Pacientes en la Red de Servicios.

Este incremento, que ha sido posible debido a las donaciones y negociaciones llevadas a cabo entre el país y las empresas farmacéuticas, se puede destacar si consideramos que en el año 2003 las personas que vivían con el VIH y que recibían terapia antirretroviral eran apenas 86. Pero a pesar de este incremento, hay que considerar que muchas personas desconocen su estado serológico y el porcentaje de las personas que viven con el VIH y que necesitan tratamiento es cada vez mayor. Por ello, aunque el acceso al tratamiento haya aumentado en términos porcentuales, las estimaciones de las personas que estarían en realidad

²³ Idem.

necesitando los medicamentos es mucho mayor; esto haría descender, en cierta forma, los porcentajes de cobertura de los medicamentos, es decir, el incremento al que nos hemos referido.

Este indicador ha sido seleccionado como de *Acceso Universal* para el año 2010, debido a que el mismo mide acceso y contribuye a la cobertura universal; evalúa el avance hacia el suministro de ARV de combinación a todas las personas que viven con la infección por el VIH avanzada.

Como meta se ha propuesto que para el 2010, estarían recibiendo terapia antirretroviral, unas 18,000 personas, lo que implica más que duplicar las cifras actuales. De lograrse esta meta, se alcanzaría a un 75.6% de los adultos y niños que necesitarán la terapia para el referido año.

En la actualidad se cuenta con 7,678 adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe medicamentos, considerándose que la meta propuesta por la séptima ronda del Fondo Global de alcanzar a 10,134 personas para el 2010, es muy conservadora.

Para garantizar la meta propuesta, será necesaria la apertura de nuevas unidades de atención, así como fortalecer las que en la actualidad existen, realizar tamizaje a la población general, modificar el criterio de inclusión de CD-4, que asciende actualmente a 200 hasta 250, y el mejoramiento de las pruebas especiales. Asimismo será necesario garantizar recursos financieros, humanos e inversión en programas de adherencia.

Aunque no se cuenta con estudios técnicos ni evidencias claras, hay indicios de que el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Centroamérica (DR-CAFTA) así como el reciente Acuerdo con la Unión Europea, pudieran ser un obstáculo para garantizar los medicamentos a precios asequibles. Se requieren estudios en este sentido y, a la vez, resulta un reto para el país asegurar el acceso universal más allá de los acuerdos de comercio internacional.

La Declaración de DOHA, la cual es el resultado de la Conferencia Ministerial de la OMC celebrada en el 2001, promueve una mayor autonomía y flexibilidad para que los países más pobres puedan proteger los intereses de la salud y el acceso a los medicamentos. Sin embargo, los grandes productores de medicamentos prefieren utilizar los Acuerdos de Libre Comercio a fin de restringir las referidas flexibilidades y obstaculizar la producción local y la introducción rápida de medicamentos genéricos.

A fin de contrarrestar las barreras al acceso, se han llevado a cabo algunas iniciativas a nivel mundial, tales como, la Iniciativa de Acceso Acelerado, la cual establece precios diferenciales para los países con una seroprevalencia mayor al 1% y tomando en cuenta el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas. En el marco de esta iniciativa se desarrollan alianzas entre los países en desarrollo, cinco empresas farmacéuticas y cinco organismos internacionales.²⁴

24 Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007

La República Dominicana, dentro de este contexto, está supliendo la necesidad de antirretrovirales de las personas captadas que cumplen con los requisitos para recibir la terapia, con las donaciones del Fondo Global. Resulta un reto para el país que una vez finalicen los acuerdos con esta institución, los costos de los medicamentos para las personas que viven con el VIH sean asumidos por el estado dominicano.

La inversión en el objetivo de incrementar el uso de medicamentos para este año fue de US\$ 3,297,003.73 que a una tasa de 33 X 1 si se convierte sería de unos RD\$ 108,801,123.09, todos con fondos provenientes de la donación del Fondo Mundial. Este enfoque estratégico presentado para el área de atención cuenta con la particularidad de tener una vinculación con las actividades de información educación y comunicación que posibilita un proceso de movilización social que se articula con una propuesta de seguimiento y acompañamiento a través de visitas domiciliarias²⁵.

b) Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno infantil

Para el año 2003, el Informe de Progreso de los indicadores UNGASS reportaba que el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical -PNRTV- se estaba implementando en 59 establecimientos, con un diagnóstico de 930 embarazadas²⁶. Por otro lado, reporta que desde el 1999 la SESPAS, a través de la DIGECITSS inició el programa nacional para reducir la transmisión vertical y en el 2001 se captaron 205 mujeres VIH+ y 149 niños recibieron Nevirapine. Finalmente señala que en el 2002 se había desarrollado una estrategia de extensión del programa que, en ese momento, se había establecido en 20 hospitales de 18 provincias del país.

De acuerdo al Informe UNGASS 2003-2005, de las 4,237 embarazadas con prueba VIH positiva, recibieron antirretrovirales 1,498. Asimismo, reporta que les fue practicada cesárea al momento de dar a luz a 1,581 mujeres y que de los nacidos de madres positivas se les administró nevirapine a 2,003 niños²⁷.

Sin embargo, los datos proporcionados por el Programa Nacional para la Prevención de la Transmisión del VIH (PNRTV) revelan que para el año 2003 sólo 613 embarazadas, es decir, el 29.4% recibieron medicamentos de las 2,085 embarazadas que, según las estimaciones realizadas durante el *Taller de Estimación de la Prevalencia del VIH*, de noviembre del 2007, estarían necesitando la terapia.

Tal como muestra el cuadro, las estimaciones de embarazadas que estarían requiriendo terapia antirretroviral ha disminuido, mientras que las embarazadas que han estado recibiendo los medicamentos se ha incrementado de manera

²⁵ COPRESIDA. Informe Índice Compuesto de Políticas Nacionales. Seguimiento a la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, a ser presentado por la República Dominicana a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año dos mil ocho (2008)

²⁶ Montero- COPRESIDA: Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. Abril 2003. Santo Domingo, República Dominicana

²⁷ Sergia Galván y Bethania Betances. Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de Progreso. Período 2003-2005. Santo Domingo, 2006.

importante, alcanzando a un total de 667 mujeres hasta octubre del 2007, lo cual representa un 40.4% en relación a las estimadas para el mismo año, que son 1,649 embarazadas²⁸.

**Embarazadas VIH+ que reciben ARV para reducir la TV
2003-2007**

Año	#Embar + Necesitan ARV	Total Recibe ARV	%
2003	2,085	613	29.4
2004	2,029	631	31.1
2005	1,972	659	33.4
2006	1,798	669	37.2
2007**	1,649	667	40.4

FUENTE: Programa Nacional para el Control de la Transmisión del VIH (PNRTV)

* Estimación media, Taller Estimación Prevalencia, Nov. 2007.

** Enero-Octubre 2007

Desde el año 2002 se ha verificado una disminución de la transmisión vertical en niños y niñas, por la respuesta nacional del programa de prevención de la transmisión materno infantil. Según registros de Vigilancia Centinela, la infección en embarazadas para el año 2005 oscilaba entre 0.6% y 4.5% con una mediana de 2.3%.²⁹

De acuerdo al protocolo nacional, el manejo de embarazadas VIH positivas se basa en cesárea electiva con mono dosis de ARV (Nevirapina, NVP) para la madre y el niño. Es importante destacar que desde el año 2005, en el país se realiza un proyecto piloto con multiterapia.³⁰

Igualmente, este indicador ha sido propuesto para Acceso Universal para el 2010 y se propuso la misma meta del objetivo mundial que alcanza el 80% de las embarazadas. Para garantizar esta meta será necesaria la provisión de antirretrovirales y fortalecer el sistema de información. Habrá que incorporar el programa de transmisión vertical en el primer nivel de atención y ser referidas al segundo nivel, así como, fortalecer los vínculos entre el primer nivel de atención y el segundo nivel.

c) Indicador de País: Porcentaje de embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su resultado post consejería

Tal como muestra el cuadro, el porcentaje de embarazadas que han sido tamizadas desde el año 2003 hasta octubre del 2007 se ha incrementado de manera notable. Según datos del Programa Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical durante el año 2006 se tamizaron un total de 87,699 embarazadas y de ellas recibieron consejería 52,235 lo cual representa el 59.6%. Para octubre del 2007 las

²⁸ Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. Programa Nacional de Transmisión Vertical y Estimación media, tomada del Taller Estimación Prevalencia, Nov. 2007.

²⁹ Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007

³⁰ Idem

embarazadas tamizadas suman 82,218 y las que recibieron consejería aumentó en un 63%³¹.

**EMBARAZADAS QUE SE REALIZARON PRUEBA DE VIH Y
RECIBIERON SU RESULTADO CON CONSEJERÍA**

AÑOS	Total de Embarazadas Tamizadas	Total de consejería post prueba a embarazadas	PORCENTAJE
2003	6,179	2,400	38.8
2004	49,202	25,430	51.7
2005	77,724	50,231	64.6
2006	87,699	52,235	59.6
2007*	82,218	52,457	63.8

* Corte es hasta el mes de octubre

FUENTE: DIGECITSS, Programa Nacional de Transmisión Vertical

Como indicador de país, ha sido seleccionado de *Acceso Universal* con una meta de 99,360 para el 2010. A fin de alcanzar la referida meta se requiere la provisión de pruebas rápida de tamizaje en todas las maternidades así como los servicios de consejería pre y post prueba, como eje transversal del programa. Por otro lado, se requeriría el fortalecimiento de los servicios materno-infantil y del sistema de información.

d) Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH

A continuación se presentan algunas informaciones aisladas sobre este indicador ya que el país no cuenta con un sistema de información y registro sobre los porcentajes de casos de coinfección por el VIH y TB que ha recibido tratamiento para ambas enfermedades. Tampoco el informe de progreso UNGASS del año 2003 ni el correspondiente al período 2003-2005, disponen de datos sobre este indicador.

De acuerdo a una encuesta realizada en el año 2005 por el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil -CENISMI- la prevalencia del VIH en pacientes con tuberculosis fue de 8.6%.

De acuerdo a registros del sistema de vigilancia epidemiológica, los casos de tuberculosis, que se considera una de las enfermedades oportunistas más frecuentes asociada al VIH, representan el 12% de las personas que actualmente están viviendo con el virus. Según el análisis de la situación durante el período 2000-2005, la coinfección VIH/TB está registrada en un 5% de los casos llevados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.³²

Durante el año 2005 se registraron un total de 270 pacientes con TB/VIH que estaban recibiendo tratamiento para ambas enfermedades, mientras que para el año 2006 un total de 322 pacientes recibieron terapia. Hasta septiembre del año

³¹ Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. Programa Nacional de Transmisión Vertical

³² Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. Pág.63. República Dominicana. 2007

2007 un total de 267 pacientes aparecen registrados en el programa recibiendo tratamiento tanto para el VIH como para la tuberculosis³³.

Los casos registrados de coinfección TB/SIDA por el sistema de información del PNCT para el año 2006 fue de 322 casos, esto representa el 6.7% del total de casos de TB diagnosticados por el PNCT que fue 4,802 casos.

El 100% de los casos con TB y con la coinfección TB/SIDA reciben tratamiento antituberculoso gratuito y de manera supervisada. La evaluación de cohorte de los casos TB/SIDA con baciloscopia positiva para el año 2005 fue de 55% con un 33% de casos fallecidos.

El acceso a pruebas diagnósticas de TB y VIH gratuitas a los/as usuarios/as que reciben atención en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y aplicación de tratamientos preventivos de TB, Neumonía Carinni y Malaria es uno de los desafíos que aparecen en el documento de Análisis de la Situación y Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA de COPRESIDA, de cara al Plan Estratégico Nacional 2007-2015.

e) 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

En promedio, se estima que un 20.5% de la población en edad reproductiva, se sometió a la prueba del VIH en los últimos doce meses y conoce los resultados, de acuerdo a los datos de ENDESA-2007.

En dicha encuesta se hicieron dos preguntas a los entrevistados/as, las cuales difieren en su resultado considerablemente. La pregunta de si se ha hecho la prueba (alguna vez) y recibió el resultado recibió porcentajes más altos que el porcentaje que recibió el resultado de la última prueba tomada en los últimos 12 meses. Para la primera opción, las mujeres jóvenes alcanzaron un 39.6%, mientras que la segunda opción para el mismo rango de edad recibió un 18.1%. Las mujeres de 25 a 29 años de edad de las dos opciones, recibieron los mayores porcentajes, un 78.2% y 29.4% respectivamente. El porcentaje menor lo obtuvieron las mujeres de 15 a 19 años con un 22% y 11.8% respectivamente.

³³ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social -SESPAS-. Programa Nacional Contra la Tuberculosis.

% de individuos de 15 a 49 años que se sometieron a pruebas de VIH en los últimos doce meses y conocen los resultados

Mujeres			Hombres		
Edades	Se ha hecho la prueba y recibió el resultado	% que recibió el resultado de la última prueba tomada en los últimos 12 meses	Edades	Se ha hecho la prueba y recibió el resultado	% que recibió el resultado de la última prueba tomada en los últimos 12 meses
15-24	39.6	18.1	15-24	17.3	10.2
15-19	22.0	11.8	15-19	7.8	5.0
20-24	61.3	25.8	20-24	30.3	17.3
25-29	78.2	29.4	25-29	50.3	26.0
30-39	76.9	21.8	30-39	57.4	24.3
40-49	70.3	17.1	40-49	56.5	22.2

Fuente: ENDESA 2007

En relación a los varones de 15 a 49 años, es importante destacar que para todos los rangos de edades, por porcentajes de varones que se ha hecho la prueba en los últimos doce meses y conoce los resultados, es en ambas opciones, considerablemente menor que las mujeres. Esta diferencia se explica en que la prueba es obligatoria en el caso de las mujeres embarazadas.

En tal sentido, el 56.5% de los hombres de 40 a 49 años de edad fue el porcentaje más alto de la primera opción, mientras que el mayor porcentaje, un 24.3% lo alcanzaron los varones de 30 a 39 años de edad. Solamente el 17.3% de los varones de 15 a 24 años se hizo la prueba y recibió el resultado y un 10.2% recibió el resultado tomada en los últimos doce meses. Al igual que las mujeres, los varones de 15 a 19 años de edad recibieron los porcentajes más bajos, reportándose un 7.8% y un 5% respectivamente.

f) Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH alguna vez y conoce los resultados

Uno de los problemas para reportar este indicador entre las poblaciones más expuestas es que muchas de las encuestas realizadas a estas poblaciones no preguntan o no especifican si las personas conocen los resultados de la prueba del VIH.

A través de la ENDESA, podemos conocer los porcentajes de los datos de las mujeres, de jóvenes de ambos sexos y de las mujeres que se sometieron a la prueba del VIH y conocen los resultados. Asimismo y a través de encuestas especiales, conoceremos los resultados de trabajadoras sexuales y de hombres que tienen sexo con otros hombres.

En relación a los jóvenes, podemos observar en la grafica como las jóvenes (mujeres) se han hecho la prueba y conoce los resultados alcanzan un porcentaje más alto que los jóvenes (hombres), un 18.1% frente a un 10.2 %. Al rango de edad de 20 a 24 años de las jóvenes, le corresponde el porcentaje más alto, un 25.8%, mientras que los jóvenes alcanzan un porcentaje de 17.3%.

Porcentaje de jóvenes que se sometió a la prueba del VIH y conoce los resultados

Edades	Mujeres	Hombres	Total
15-24	18.1	10.2	14.2
15-19	11.8	5.0	
20-24	25.8	17.3	

Fuente: ENDESA 2007

Según la Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, realizada para un total de 2,435 trabajadoras sexuales en varias provincias del país, el 64% de ellas (1,558) se habían realizado la prueba y conocían los resultados.³⁴

Trabajadoras sexuales que se sometieron a la prueba del VIH y conocen los resultados			
Poblaciones Más Expuestas	Año	Se hizo la prueba y conoce resultados	
		Cantidad	%
TRSX	2004	2,435	64

FUENTES:
 TRSX: DIGECITSS, Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La Encuesta de Vigilancia del Comportamiento sobre VIH/SIDA en trabajadoras sexuales aporta información para apoyar intervenciones educativas que disminuyan las conductas de riesgo y promuevan el sexo seguro, como estrategias que contribuyan a frenar la expansión de la pandemia.

En esta investigación se recopiló información acerca de características demográficas relevantes de la población de trabajadoras sexuales de la muestra, tales como edad, escolaridad, estado conyugal, residencia, uso de alcohol y drogas. Se tomaron en cuenta los antecedentes de la conducta sexual: edad a la primera relación sexual y a la primera relación sexual comercial. Entre los aspectos del comportamiento se indagaron: el número y tipo de parejas sexuales, el número de relaciones sexuales y la frecuencia de uso de condón con diferentes tipos de parejas.

También se investigó sobre el conocimiento, las opiniones y actitudes acerca del VIH/SIDA y la prueba de VIH, así como la percepción del riesgo de infección con diferentes tipos de parejas: pareja comercial y pareja fija. Se incluyeron preguntas para medir el conocimiento acerca del riesgo asociado entre ITS y VIH/SIDA.

La población objetivo se concentra en las provincias de Santiago, Santo Domingo/Distrito Nacional, Boca Chica, Puerto Plata, Dajabón, Duarte, Valverde, La Romana, María Trinidad Sánchez, Samaná y San Pedro de Macorís. Para este

³⁴ Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

estudio de Vigilancia del comportamiento sobre VIH/SIDA de trabajadoras sexuales en la República Dominicana fueron entrevistadas 2,435 mujeres distribuidas en el Distrito Nacional/Santo Domingo, 9 provincias y el municipio de Boca Chica, de la provincia Santo Domingo.

En una Encuesta de Comportamiento con Trabajadoras Sexuales, realizada por el Centro de Orientación e Investigación Integral -COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana -CEPROSH y llevada a cabo en 9 provincias del país para un total de 371 entrevistas, el 94% se había hecho la prueba alguna vez y el 99% dijo que se había sometido a la prueba.³⁵

De acuerdo a este estudio las pruebas en TRSX son voluntarias y tienen que pagar por ellas. Generalmente se la hacen cada 3 meses o seis meses.

En relación al reporte de este indicador, el Informe UNGASS 2003-2005 ofrece resultados del indicador de país que establece el número de personas sexualmente activas que solicitan una prueba de VIH y son tamizadas. Los datos reportados por COPRESIDA revelan que: 117,151 personas solicitaron la prueba y estas fueron tamizadas. Dicho resultado superó la meta establecida para este periodo en un 122% (meta al 2005: 95,886).

Asimismo reporta como una de las metas, la conformación de una red de puestos de asesoría y prueba voluntaria, incluyendo la apertura de nuevos centros que ofrecieran el servicio (meta trazada 100 centros), en ese momento había 93 de estos establecimientos en funcionamiento. Otro importante indicador elegido por el país para este tema es el número de personal de salud entrenado en servicios de consejería voluntaria pre y post prueba. Para este periodo, 189 recursos humanos fueron entrenados, superando la meta prevista de 100.

g) Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

Según el Informe UNGASS del 2003, en el cual no se reportan datos sobre este indicador, se plantea que para este período, el país apenas estaba identificando a los huérfanos de madres y padres VIH positivos, como una problemática que debía ser tomada en cuenta. Reporta que el país no cuenta todavía con una política definida ya que apenas se realizan algunas actividades de apoyo coordinadas por un grupo de Organizaciones no Gubernamentales y se están desarrollando experiencias piloto implementadas a través de las ONG y con apoyo de USAID, para prestar atención a este grupo poblacional.

El Informe UNGASS 2003-2005 no reporta datos sobre este indicador ya que no existían documentos nacionales que recojan los indicadores seleccionados

35 Grupo Plame 2004. Encuesta de Comportamiento e Investigación Integral -COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana -CEPROSH

Estimado de Apoyo a Huérfanos	
Indicador	2007
Total huérfanos del SIDA*	39,754
Niños que recibieron apoyo gratuito - USAID- CONECTA**	1705
Porcentaje	4.3%

* Estimación media Taller Prevalencia, 2007

** Enero-septiembre

FUENTE: USAID - CONECTA

por UNGASS para monitorear el tema de niños/as huérfanos/as y vulnerables. Sin embargo se reporta que durante este período, el COPRESIDA conformó un grupo de trabajo de ONG y OG, con el apoyo del UNICEF, el Consejo Nacional de la Niñez (CONANI) y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para identificar, trabajar en la política nacional y el marco legal necesarios para facilitar y proteger las acciones orientadas a este grupo poblacional, así como para desarrollar la Alianza poblacional correspondiente³⁶.

También se realizó un análisis sociodemográfico y de situación de Salud y del SIDA del área, así como el estado de las políticas públicas para este grupo poblacional.

El apoyo a niños huérfanos del SIDA sólo cuenta con informaciones parciales. El *Taller de Estimaciones de la Prevalencia del VIH 2007*, arroja una estimación media de 39,754 niños y niñas huérfanos. De acuerdo a los datos del Proyecto USAID/CONECTA hasta septiembre del año 2007, este proyecto le había dado apoyo a un total de 1,705 huérfanos (4.3%) de los cuales 850 son niñas y los niños hacen un total de 855. No se dispone de informaciones a nivel nacional financiadas por otras fuentes.

Un estudio de CENISMI/PROMUNDO, señala que para el año 2002 los niños vulnerables a riesgo de ser dejados huérfanos y desplazados por el VIH y SIDA son los siguientes:

- 2,878 niños/as cuyas madres han muerto por causas relacionadas con SIDA.
- 6,425 niños/as cuyas madres están viviendo con SIDA.
- 48,684 niños/as cuyas madres son VIH positivas pero aún se encuentran asintomáticas.

En este sentido, según este estudio, el total general de niños/as vulnerables a riesgo de ser dejados huérfanos y desplazados por el VIH y SIDA en el 2002 ascendía a 57,987³⁷.

La actividad más relevante en el tema de la orfandad por el SIDA ha sido la elaboración de unas Políticas Nacionales de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA). La República Dominicana elabora de manera colectiva y consensuada unas Políticas Nacionales de protección a NNA en situación de orfandad y vulnerabilidad por el VIH y el SIDA.

El país es signatario de los más importantes acuerdos y tratados relacionados con el progreso y el desarrollo de las naciones del mundo. Desde el 1989, el país ha participado de un proceso mundial que ha significado un cambio de actitud hacia la población infantil, firmando el compromiso internacional llamado "La Convención de los Derechos del Niño" (CDN)

Uno de los aspectos que más preocupa a la población es la proliferación del VIH/SIDA y la cantidad de niños y niñas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad por estar infectados, ser hijos de personas infectadas o por ser huérfanos por esta causa.

³⁶ Montero- COPRESIDA: Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. Abril 2003. Santo Domingo, República Dominicana

³⁷ CENISMI/PROMUNDO. Talleres de Movilización Comunitaria. *Niños Vulnerables a Riesgo de Ser Dejados Huérfanos y Desplazados por el VIH-SIDA*.

A partir del año 2003 se inicia desde el COPRESIDA un proceso de construcción de las primeras políticas sectoriales sobre VIH y SIDA y para esto fue necesario coordinar un espacio multisectorial, participativo y especializado en los dos ámbitos de intervención: niñez y VIH-SIDA.

Este proceso culmina satisfactoriamente, en septiembre 2006, dejando como resultado las primeras políticas nacionales del sector niñez y del sector VIH y una Alianza Nacional de NNA por el VIH y el SIDA (ANNA).

Como celebración del día Nacional de los Derechos del niño, COPRESIDA, en coordinación con CONANI, UNICEF, ONUSIDA e INSALUD, presentó *“Las Políticas Nacionales de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Orfandad y Vulnerabilidad por el VIH y el SIDA”* en una ceremonia presidida por el Vicepresidente de la República y la Primera Dama, en la sede del Palacio Nacional.

A partir de esta promulgación, la sociedad dominicana espera acciones concretas que permitan dar respuesta a los aproximadamente 40 mil NNA que se encuentran en situación de orfandad a causa del SIDA.

Actualmente existe un espacio interinstitucional denominado Niñez y SIDA, el cual atiende la brecha generada en la Respuesta Nacional para su fortalecimiento en la reducción de la epidemia en NNA.

h) Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad

Los informes de UNGASS anteriores no reportan datos sobre este indicador.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares - ENHOGAR- del año 2006, la tasa de asistencia escolar de los niños cuya madre y padre habían muerto alcanzaba un 55.6% y para las niñas un 83.2%. Sin embargo, la tasa de asistencia escolar de niños cuyos padres están vivos y viven con uno de ellos ascendió a un 95% y para las niñas un 98.5%.³⁸

Asistencia escuela de huérfanos y no huérfanos	
Indicador	%
Parte A: Tasa de Asistencia Escolar de niños/as cuya madre y padre han muerto	
- Masculino	55.6
- Femenino	83.2
Parte B: Tasa de asistencia escolar de niños/as cuyos padres están vivos y vive con uno de ellos	
- Masculino	95.8
- Femenino	98.5
FUENTE: ENHOGAR 2006	

Como lo demuestran las cifras anteriores, los niños/as cuya madre y padre han muerto tienen una tasa de asistencia a la escuela muy por debajo de aquellos niños cuyos padres están vivos y conviven con uno de ellos, lo cual demuestra la desventaja que produce la orfandad.

³⁸ ENHOGAR 2006. Oficina Nacional de Estadísticas. Departamento de Encuestas. Informe de Avances de Resultados. Diciembre 2006. Santo Domingo.

Los huérfanos de padres o madres con SIDA han ido en aumento y uno de los efectos que tiene esta situación es el abandono de la escuela entre los niños y niñas, sobre todo de los más mayores, que en general tienen que asumir el cuidado de los menores de la familia.

Por otro lado, ENHOGAR arrojó que de un total de 2,290 niños de 10 a 14 años, 69 de ellos, es decir, el 3% se encontraba en situación donde el padre y madre había muerto. Asimismo, de un total de 2,132 hembras encuestadas, el 3%, es decir, 64 niñas se encontraban en situación de orfandad.

3.5 Cambio en el Conocimiento y Comportamiento

a) Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

En ENDESA 2002 encontramos que, de las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, el 87.2% y el 89.1% identifica el uso del condón como una forma específica de evitar el VIH y SIDA, mientras que el 87.5% y el 90.2% de esas edades, respondió que limitando el número de parejas sexuales y ser mutuamente fiel. Es importante destacar que la proporción de mujeres que conocen dos o tres formas de prevenir el VIH es mayor (87%) entre las residentes de la zona urbana que entre las de la zona rural (83%).

La proporción de entrevistadas que mencionó formas incorrectas de prevención de la enfermedad, como 'evitar picaduras de mosquito', 'evitar compartir alimentos' fue estadísticamente insignificante.

De los hombres de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, los porcentajes, en relación a las mujeres, son mayores. El 90.3% y el 91.3% identifica el uso del condón como una forma específica de evitar el VIH y SIDA. Sin embargo, los porcentajes bajan en relación a limitar el número de parejas sexuales y ser mutuamente fiel, es decir, el 82.0% y el 84.3% respectivamente, respondieron afirmativamente.

En ENDESA del 2007, de las mujeres de 15 a 24 años de edad, el 84.5% identificó el uso de condones como una manera de prevenir el VIH y SIDA. Las mujeres de ese mismo rango de edad que identificó el tener una sola pareja fiel y que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales, ascendió a un 86.7%. El 77% respondió que usando condones y teniendo una sola pareja fiel mientras que el 75.3% identificó el abstenerse de tener relaciones sexuales.

En hombres de 15 a 24 años de edad, el porcentaje de los que identifica el condón como una manera de evitar el VIH, ascendió a 89.3%. Los que identificaron el tener una sola pareja fiel y que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales, llegó a un 87.7%, mientras que los que identificaron el usar condones y teniendo una sola pareja fiel fue de 80.7%. Los hombres de ese rango de edad que identificó la abstinencia como forma de evitar el VIH, fue de un 82.3%.

En relación al rechazo de las ideas erróneas sobre la transmisión del VIH, las mujeres alcanzaron los porcentajes mayores, sobre todo, en los rangos de 20 a 24

años de edad, encontrando que el 94.3% piensa que una persona de aspecto saludable puede tener el VIH. Sin embargo, el 80.5% de las mujeres de este rango de edad piensa que el virus no se transmite por compartir alimentos con una persona con el VIH, mientras que solo el 62.2% piensa que el virus no puede ser transmitido por picaduras de mosquitos.

Como ya habíamos observado, los hombres obtuvieron menores porcentajes, fundamentalmente en relación a la idea errónea de transmisión del virus a través de la picadura de mosquitos, alcanzando un 52.3%, los que piensan que no se transmite de esa forma.

Conocimiento comprensivo sobre la prevención del VIH, 2007						
	% Teniendo relaciones sexuales con una sola pareja fiel	% Uso Preservativo	Porcentaje aspecto Saludable Persona VIH+	% No puede ser transmitido por picaduras mosquitos	% No se transmite por compartir alimento con persona VIH+	% Conocimiento Comprensivo sobre el SIDA
Mujeres						
Mujeres						
15-24	86.7	84.5	92.9	61.5	79.4	40.8
15-19	86.1	84.8	91.7	60.9	78.6	39.3
20-24	87.4	84.2	94.3	62.2	80.5	42.6
Hombres						
15-24	87.7	89.3	90.6	52.9	69.2	33.7
15-19	86.8	89.0	89.0	53.4	69.1	32.6
20-24	89.0	89.7	92.8	52.3	69.3	35.2

² 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.

FUENTE: ENDESA 2007

Estos porcentajes bajan de manera importante en el conocimiento comprensivo sobre el SIDA, si consideramos que conocimiento comprensivo significa que se sabe que el uso del condón durante las relaciones sexuales y que tener 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. En este sentido, las mujeres de 15 a 24 años de edad, alcanzaron en conocimiento comprensivo un 40.8%, mientras que los hombres de ese mismo rango alcanzaron un 33.7%.

Este indicador, junto al siguiente indicador (porcentaje de poblaciones expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus) fue seleccionado como de *Acceso Universal*.

Para el año 2010, se propuso la meta de aumentar el conocimiento comprensivo sobre el SIDA en:

- 45% para mujeres y 40% para hombres.

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*

Para las poblaciones más expuestas, la meta para el año 2010 se definirá, cuando se vea el resultado del estudio que realizará COPRESIDA para principios del año 2008.

A fin de alcanzar estas metas, se deberá garantizar recursos financieros que permitan realizar campañas educativas sobre las formas correctas de transmisión del SIDA, así como, acerca de las ideas erróneas de transmisión del virus.

También se deberá realizar una encuesta en el 2010, con preguntas similares a ENDESA, a fin de medir este indicador y hacer preguntas sobre si el VIH se puede transmitir mediante picaduras de mosquitos o compartir alimentos. Estas acciones permitirán aumentar el conocimiento sobre el VIH y el SIDA y la medición de las mejoras graduales a lo largo del tiempo.

- b) 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**

Mujeres

En ENDESA del 2002, las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, el 87.2% y el 89.1% respectivamente, identifica el uso del condón como una forma específica de evitar el VIH y SIDA, mientras que el 87.5 el 90.2% de esas edades, respondió que limitando el número de parejas sexuales y ser mutuamente fiel.

Es importante destacar que en ENDESA 2007, de las mujeres de 15 a 24 años de edad, el 84.5% identificó el uso del condón como una manera de prevenir el VIH y SIDA, es decir, que el porcentaje de mujeres que identifica el uso del condón como una forma de prevenir el VIH descendió, en relación a ENDESA 2002. Asimismo, este porcentaje es más bajo en relación a los hombres de este mismo rango de edad, donde el condón, como forma de prevenir el virus, es de 90.3%.

Jóvenes

En ENDESA 2002, los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad que identifican el uso del condón como una forma de prevenir el VIH es un 89.4%, mientras que el 86% identificó el limitar el número de parejas sexuales y ser mutuamente fiel.

En ENDESA 2007, los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad que identifican el uso del condón como una forma de prevenir el VIH es un 86.9%, mientras que el 86.8 %, identificó el tener una sola pareja fiel y que ninguno de los dos tengo otras parejas sexuales. El 78.9% señaló el usar condones y teniendo una sola pareja fiel y el 78.8% identificó la abstención. Tal como vimos anteriormente, el porcentaje de jóvenes que identifica el uso del condón como una forma de prevención del VIH y SIDA descendió, así como, el limitar el número de parejas sexuales y ser mutuamente fiel.

Bateyes

Según los datos de la ENDESA 2002, la prevalencia más alta de VIH en República Dominicana (5%), se encontró en una sub-muestra de la encuesta, realizada en población de bajos ingresos, con alta proporción de inmigrantes haitianos que viven en comunidades rurales (bateyes) de 2,000 a 5,000 habitantes y que trabajan en el corte e industrialización de la caña de azúcar.

En hombres en edades de 35 a 40 años, la prevalencia fue de 12.1%. Entre las mujeres en los bateyes, las adolescentes muestran una prevalencia de VIH de 1.3%, observándose la más alta incidencia en las mujeres entre los 30-34 años con un 8.8%.

El informe UNGASS 2003-2005 reporta acerca de los bateyes que dadas las precarias condiciones de vida de los y las pobladoras de los bateyes, agencias como la USAID, NOVIB, CORDAID, CID, Christian AID y UNFPA, han apoyado tradicionalmente el trabajo con estos grupos poblacionales. Tal es el caso de organizaciones que llevan años de trabajo en la prevención y control del VIH, las cuales continúan sus esfuerzos, por ejemplo, el proyecto CONECTA-USAID trabaja en 35 de los 316 Bateyes del país, en programas de atención a PVVS y con Tuberculosis.

Desde el COPRESIDA, en este período, se han hecho esfuerzos para aumentar las intervenciones en los Bateyes del país. Dichas acciones, con financiamiento del Fondo Mundial, comenzaron su ejecución en el año 2005. Dentro de las principales acciones están:

- Intervención en veinticinco (25) bateyes privados en coordinación con el sector empresarial, para la realización de acciones de prevención y atención.
- Unificación de esfuerzos para la elaboración de un proyecto para el mejoramiento de la calidad de vida de los bateyes, que involucrara 8 instituciones del sector público gubernamental y 2 del sector público no gubernamental. Una de ellas es el Centro de Investigación y Apoyo Cultural, Inc. (CIAC), que es el punto focal de la Alianza de Bateyes, la cual constituye un mecanismo de coordinación de actores sociales que trabajan en el ámbito del batey en temas relativos a la prevención y atención en VIH y SIDA y que aglutina, hasta el momento, 45 ONG.
- Las entidades públicas gubernamentales que forman parte del acuerdo son las siguientes son: Oficina Nacional de los Fondos Europeos para el Desarrollo (ONFED), Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Secretaria de Estado de Educación (SEE), Fondo Patrimonial de las Empresas Reformadas (FONPER), Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), Comunidad Digna, Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES) y el Consejo Estatal del Azúcar (CEA).

Trabajadoras Sexuales

En la encuesta realizada por USAID/CONECTA en el año 2004, con una muestra de 2,435 trabajadoras sexuales, el 92% identificó el uso de preservativos como una forma de prevenir la transmisión sexual del VIH. El 94% respondió que una persona

de aspecto saludable podría tener el VIH. El 45% respondió que el VIH se puede transmitir por picaduras de mosquitos, mientras que el 29% piensa que el VIH se puede transmitir por compartir alimentos con una persona infectada³⁹.

En la Encuesta de Comportamiento con Trabajadoras Sexuales, realizada por el Centro de Orientación e Investigación Integral -COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana -CEPROSH- de las 371 mujeres entrevistadas, con relación a la protección del VIH con el uso del condón, el 87.3% de las mujeres respondió que pueden protegerse de la infección del virus mediante el uso del condón⁴⁰.

Asimismo reportó, que aproximadamente el 32% de las mujeres que respondieron a las preguntas sobre riesgo, manifestó no sentirse con riesgo de infectarse con el VIH, si sostienen relaciones sexuales sin condones con su pareja fija y el 41.7% se percibió con poco riesgo de infectarse con el VIH al sostener relaciones sin condón con su pareja fija.

La percepción de riesgo varía cuando se trata de un cliente, un bajo porcentaje (8.1%) de las entrevistadas piensan que no tienen ningún riesgo de infectarse al sostener relaciones sexuales con un cliente sin protección.

Migrantes Haitianos

Por otro, en un estudio a migrantes haitianos, se encontró que de una muestra de 240 encuestados el 21% identificaba que el VIH se puede prevenir siendo fiel con una pareja no infectada, mientras que el 5% respondió que a través de la abstinencia se podría prevenir. Sin embargo, solo el 38% identificó el uso del preservativo como una forma de prevención. El 51% respondió afirmativamente a la pregunta de si una persona con aspecto saludable podía tener el VIH⁴¹.

Conocimientos de Prevención del VIH en Poblaciones más Expuestas						
Población Expuesta	Fidelidad una pareja no infectada	Abstinencia	Uso Preservativo	Aspecto Saludable Persona VIH+	Picaduras mosquitos	Compartir Alimento con VIH+
TRSX	NA	NA	92%	94%	45% 15% no sabe	29%
Migrantes Haitianos	21%	5%	38%	51%	ND	ND

FUENTE: USAID - CONECTA

c) Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años

Para el año 2002, según datos de ENDESA, los y las jóvenes de 15 a 19 años, el 12.8% de las mujeres y el 18.4% de los varones, reportó haber tenido su primera

³⁹ TRSX: Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
⁴⁰ Grupo Plame 2004. Encuesta de Comportamiento CCAP con trabajadoras Sexuales. Centro de Orientación e Investigación Integral -COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana -CEPROSH40.
⁴¹ Leonardo Martínez. Entrevista a inmigrantes haitianos. MOSCTHA. Comportamiento, percepciones y prácticas de migrantes haitianos relativos al VIH en zonas altamente pobladas por migrantes haitianos. República Dominicana. 2005

relación sexual a los 15 años. Del grupo de 19-24 años, la edad mediana de iniciación en las mujeres es de 18.2% y en los hombres de 16.5%. De este grupo poblacional, casi la mitad de las mujeres, el 47.8% y el 68.7% de los hombres han tenido su primera relación sexual a los 18 años.

El informe UNGASS 2003-2005 reporta datos del 2004 de SEESCYT-COPRESIDA en la cual la edad mediana de la iniciación sexual de los varones universitarios fue de 16 años y la de las mujeres de 19 años.⁴²

Para el año 2007 ENDESA reporta que de las mujeres de 15 a 19 años de edad, el 14% sostuvo relaciones sexuales antes de los 15 años, mientras que los hombres del mismo rango de edad, el 21.1%, tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años. Estos porcentajes presentan un aumento, tanto en las mujeres como en los hombres, en la edad de iniciación de las relaciones sexuales, en relación a los datos de ENDESA del 2002.

Edad de la Primera Relación Sexual, 2007					
Mujeres			Hombres		
Edades	Porcentaje que tuvo relaciones sexuales antes de los 15	Número de entrevistas (15-24)	Edades	Porcentaje que tuvo relaciones sexuales antes de los 15	Número de entrevistas (15-24)
15-19	14.0	5,580	15-19	21.1	5,614
15-17	13.2	3,622	15-17	19.6	3,579
18-19	15.4	1,958	18-19	23.7	2,035
20-24	16.2	4,509	20-24	26.9	4,075
20-22	16.1	2,702	20-22	26.1	2,561
23-24	16.4	1,807	23-24	28.1	1,515

FUENTE: ENDESA 2007

Como apreciamos en el cuadro, los porcentajes de mujeres y de hombres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años se van incrementando, conforme aumenta la edad de las personas encuestadas, sobre todo en los hombres de todos los rangos de edad, alcanzando el mayor porcentaje el rango de 23 a 24 años con un 28.1% y un 16.4% en las mujeres del mismo rango de edad.

Los menores porcentajes, tanto para los hombres como para las mujeres, se verifican en los rangos de edad de 15 a 17 años con un 13.2% y 19.6%, respectivamente.

d) Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses

ENDESA 2007 pregunta a los entrevistados de ambos sexos si tuvo 2 o más parejas en los últimos 12 meses. Tal como se observa en la grafica, los porcentajes difieren mucho entre las mujeres y los hombres, alcanzando estos últimos, un 42.6% en el rango de 20 a 24 años de edad y un 39% en el rango de 15 a 24 años de edad. A

⁴² Sergia Galván y Bethania Betances. Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de Progreso. Período 2003-2005. Santo Domingo, 2006.

partir de este rango de edad, es decir, de los 25 a 49 años, los porcentajes van disminuyendo. Por ejemplo, los hombres de 40 a 49 años aparecen con un 22.7%.

Los porcentajes en las mujeres que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, verifican, en relación con los hombres, una importante disminución, con un 7.3% en el rango de 20 a 24 años de edad y un 10.1% en el rango de 15 a 19 años. Al igual que los hombres, a medida que aumenta el rango de edad, disminuyen los porcentajes, alcanzando un 0.6% en las mujeres del rango de edad de 40 a 49 años.

Relaciones sexuales con varias parejas en el último año, 2007			
Mujeres		Hombres	
Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas en los últimos 12 meses	Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas en los últimos 12 meses
15-24	8.3	15-24	39.0
15-19	10.1	15-19	33.5
20-24	7.3	20-24	42.6
25-29	4.1	25-29	34.0
30-39	2.7	30-39	26.0
40-49	0.6	40-49	22.7

FUENTE: ENDESA 2007

Sin embargo, sería importante destacar que en ENDESA 2007 aparecen porcentajes considerablemente más altos, en respuesta a la pregunta dirigida a ambos sexos, de si tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo, definido alto riesgo, con una pareja con la que no está unido. Consideramos que tener relaciones sexuales con una persona con la cual no se está unido, no necesariamente significa, que es una relación de alto riesgo. Por otro lado, dichos porcentajes se hallan afectados por el hecho de que una parte importante de la población encuestada, no está casada ni convive con una pareja.

e) Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual

El informe UNGASS 2003 reporta como indicador el porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad que declaran utilizar preservativo en las relaciones sexuales con una pareja sexual no habitual. Señala que según los datos de la ENDESA 2002, se trató de conocer la relación de parentesco con la persona con quien los entrevistados tuvieron la relación, para distinguir la pareja sexual regular de la no-regular, cohabitantes o no⁴³.

El uso del condón es poco extendido entre mujeres y hombres, tan solo el 2% de las mujeres y el 1% de los hombres usaron condón en su última relación sexual con su esposo(a) o compañero(a). Se observaron mayores proporciones de uso entre las jóvenes de 20 a 24 años (3 %), en las mujeres divorciadas o separadas (5%) y entre aquellas con mayor educación (3%).

⁴³ Montero, Rafael, Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. 28 de abril de 2003, COPRESIDA. Santo Domingo, República Dominicana.

La proporción de hombres y mujeres que usaron el condón en su última relación aumentó significativamente cuando se trató de compañero(a) con quien vive. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres (25%) y la mitad de los hombres (50%) usaron condón en las circunstancias señaladas.

Al igual que el indicador anterior, ENDESA 2007 pregunta a los entrevistados/as si tuvo dos o más parejas y uso el condón durante la última relación sexual. El uso del condón es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Tal como muestra la gráfica, solo el 37.1% de las mujeres de 15 a 19 años de edad, que tuvieron dos o más parejas, reportó el uso del condón durante la última relación sexual, a diferencia de los hombres de ese mismo rango de edad, los cuales alcanzaron el porcentaje más alto, con un 71.6%.

Solamente el 31.4% de las mujeres de 20 a 24 años de edad, reportó el uso del condón, mientras que el 56.7% de los hombres de ese mismo rango de edad, reportó el uso del mismo. A partir de los 25 a 49 años de edad, los porcentajes en los hombres disminuyen hasta alcanzar el porcentaje más bajo en el rango de edad de 40 a 49 años. Sin embargo, las mujeres de 25 a 29 años, alcanzan el porcentaje más alto en el uso del condón, con un 41% y empieza a disminuir llegando el porcentaje más bajo a un 23.5% en el rango de 40 a 49 años de edad.

Uso de preservativo en la última relación sexual			
Mujeres		Hombres	
Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas y reportó el uso del condón durante la última relación sexual*	Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas y reportó el uso del condón durante la última relación sexual*
15-24	33.9	15-24	61.8
15-19	37.1	15-19	71.6
20-24	31.4	20-24	56.7
25-29	41.0	25-29	44.9
30-39	34.4	30-39	33.9
40-49	23.5	40-49	26.4

* Entre los que tuvieron más de dos parejas
FUENTE: ENDESA 2007

- f) Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.

Trabajadoras Sexuales

En la encuesta realizada por USAID/CONNECTA en el año 2004, con una muestra de 2,435 trabajadoras sexuales, el 96% de ellas declaró haber usado preservativo con su último cliente.

En la Encuesta de Comportamiento con Trabajadoras Sexuales, realizada por el Centro de Orientación e Investigación Integral -COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana -CEPROSH- de las 371 mujeres que dieron respuesta a la

pregunta sobre el uso del condón en la última relación sexual con un cliente, el 74.5% afirmó que habían utilizado condón en su última relación con un cliente⁴⁴.

Sin embargo, se reporta que cuando se cuestiona la frecuencia del uso del condón en los últimos 30 días, se reporta una disminución en su uso. Solo el 57% de las mujeres entrevistadas aseguraron usar el condón en todas las relaciones sexuales sostenidas con clientes que pagan. El 11.3% mencionó que utilizó el condón casi todo el tiempo y el 17.6% de las mujeres reportó usar el condón sólo algunas veces.

El Proyecto Delta, un estudio realizado en el año 2004 por USAID/CONECTA con una muestra de 597 hombres que tienen sexo con otros hombres, arrojó que el 86% de los encuestados declaró haber usado preservativo con su último cliente⁴⁵.

Profesionales del sexo: Uso del preservativo		
Población	Año	Uso preservativo
TRSX	2004	96%
GTH	2004	86%

FUENTE: USAID-CONECTA

Este estudio fue realizado en Santo Domingo, Puerto Plata y Samaná y los participantes tenían una edad promedio de 28 años, de educación primaria y secundaria, orientación sexual bisexual y homosexual, raza mulata, con una frecuencia de uso de alcohol moderado y un sector representativo de hombres legalmente casados. El 60% de los encuestados era bisexual, el 31% homosexual y el 8% heterosexual y se investigó sobre las características demográficas, antecedentes sexuales, conocimiento y uso del condón, enfermedades de transmisión sexual, conocimientos, opiniones y actitudes sobre el VIH y SIDA, autoestima, experiencias sexuales de la niñez, actitudes frente a la prueba del VIH, entre otros.

Entre los objetivos del estudio se encuentran el identificar el nivel de conocimiento sobre el VIH y SIDA, las actitudes, las creencias y el comportamiento de riesgo para la transmisión de ITS/VIH, identificar el nivel de infección en un muestra de hombres que tiene sexo con otros hombres, y describir el contexto social de riesgo para la transmisión del VIH entre hombres que tiene sexo con otros hombres, entre otros.

El uso del condón en Puerto Plata es mayor que en las otras provincias, pues el 90% declaró haberlo usado durante su última relación sexual pero esta cantidad se reduce al 50% cuando se explora su uso todo el tiempo.

Se realizó una prueba de anticuerpos al VIH, la prueba Orasure, resultando 64 participantes con prueba reactiva, es decir, el 11% de la muestra total. Es importante destacar que el 45% de los participantes seropositivos informaron como una de las razones para no haber utilizado el condón, el haberle tenido confianza a su pareja.

44 Grupo Plame 2004. Encuesta de Comportamiento CCAP con trabajadoras Sexuales. Centro de Orientación e Investigación Integral -COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana -CEPROSH.

45 José Toro-Alfonso y Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Proyecto Delta. USAID. CONECTA. Identificación y descripción de conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión de VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana, 2004. Informe Final.

Estudios de Onusida del año 2002 habían encontrado que el 60% de los hombres encuestados había utilizado el condón regularmente.

El informe UNGASS del año 2003 no reporta este indicador mientras que el informe del 2003-2005 reporta datos del informe preliminar del referido Proyecto Delta, donde cerca de dos terceras partes reportaron haber usado condones en su última relación sexual.

Las cifras a continuación muestran el indicador Proxi, sobre hombres que pagaron por sexo y utilizaron condón en su última relación sexual.

Indicador Proxi			
Hombres que pagaron por sexo y uso del condón			
Edad	% Pagó por sexo	% Usó condón la última vez	% Uso condón en los últimos 12 meses
15 - 24	3.9	85.4	84.3
25 - 29	4.2	85.8	81.3
30 - 39	4.8	84.8	82.1
40 - 49	3.8	82.3	79.6

FUENTE: ENDESA 2007

g) Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.

El Proyecto Delta, estudio realizado por USAID/CONECTA durante el año 2004, con una muestra de 597 hombres que tienen sexo con otros hombres, arrojó que el 79% de los encuestados había usado preservativos durante su último coito anal con una pareja masculina⁴⁶.

Es importante destacar que los indicadores anteriores (17, 18 y 19) relativos al uso del condón en mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad, en profesionales del sexo hombres y mujeres y en hombres que tienen sexo con otros hombres han sido seleccionados como de Acceso Universal para el 2010.

Preservativo en último coito anal con pareja masculina			
Población	%	Muestra	Año
GTH	79%	597	2004

FUENTE: USAID-CONECTA, Estudio Delta

Hombres que tienen sexo con otros hombres

En el año 1992 fue realizada una encuesta donde fueron entrevistados 188 hombres homosexuales y bisexuales residentes en Santo Domingo, Santiago, Mao, Puerto Plata y Boca Chica. Estas ciudades fueron seleccionadas a partir de tres variables: incidencia del VIH/SIDA, interacción con turistas y por su tamaño. Cuando se les preguntó acerca del uso del condón en los últimos cinco encuentros sexuales, uno de cuatro reportó no haberlo usado⁴⁷. Sin embargo el 38% reportó el uso del

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Michael Ramah, Porter/Novelli, D.C.; Reynalfo Pareja, Aidscom/DR, Julia Hasbun, Compumetodos/DR. Dominican Republic. Lifestyles and Sexual Practices. Final Report. Marzo 1992.

condón en cinco de sus últimos encuentros sexuales y un 17% que lo usó tres o cuatro de las cinco veces.

Cuando se les preguntó, en sentido general, con que frecuencia usan el condón, un 39% reportó que 'nunca', un 31% 'siempre' y 17% 'algunas veces'.

En un estudio realizado en el año 1994 a 354 hombres que tienen sexo con otros hombres, en relación al uso del preservativo se encontró que:

El uso metódico del condón solo era practicado por un 14.0% de los que tenían contacto con mujeres, un 25.6% en el contacto receptivo anal y un 30.7% en el contacto insertivo ana con hombres⁴⁸.

Este estudio tenía como objetivo describir tipos auto-descritos de identidad sexual en hombres que tienen contacto sexual con hombres en República Dominicana, evaluar las características sociodemográficas y conductuales de estos tipos y determinar la prevalencia de VIH y sífilis en relación con la sociodemografía, conductas y tipos de identidad sexual.

En el año 1996 se realizó un estudio en Santo Domingo donde se entrevistaron 182 hombres involucrados en la industria del sexo y en la de Puerto Plata, Sosua, Montellano 150.

En los entrevistados en Santo Domingo, el uso del condón en esta población es muy débil y se confía mucho en la pareja fija. Apenas un 12.7% de los entrevistados declaró que no tiene pareja fija y la mayoría de los que la tiene o usa condones, para unas proporciones de 62% que nunca los usa con su pareja fija y un 21.3% que los usa a veces. Solo el 29.1% dijo haber usado condones en la última relación.

En los entrevistados en Puerto Plata, Sosua, Montellano, El 87.5% declaró tener pareja fija de los cuales 72.5% informó que nunca usaba condón. Un 39% no usó condón en su última relación sexual.

De los hombres que tienen sexo con otros hombres residentes en Santo Domingo, de 103 hombres entrevistados, el 15.8% nunca usa condón con su pareja fija y el 13.9% lo usa a veces. Un 45% de los que no usaron condón declararon no usarlo con pareja fija. El 18.2% no usó condón en la última relación sexual con turistas.

Por otro, en el año 1999 fue realizada una encuesta aplicada a hombres que tienen sexo con otros hombres cuyo objetivo era obtener información que sirva de línea de base para el Proyecto Alto al SIDA ejecutado por la organización no gubernamental Amigos Siempre Amigos (ASA)⁴⁹.

De una muestra de 104 hombres residentes en Santo Domingo, el 37.3% declaró haber usado siempre el condón con su pareja fija. El 41.5% declaró que durante los últimos tres meses siempre lo usó. Alrededor del 57.5% de los grupos de mayor

48 AIDSCAP-Universidad de Washington-COIN-Instituto Dermatológico de Santo Domingo. Conductas Sexuales y Factores de Riesgo de Infección VIH entre Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres en República Dominicana. 1994.

49 Centro de Estudios Sociales y Demográficos-CESDEM- para Proyecto Acción SISA. Encuesta sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas acerca del VIH/SIDA en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres. Santo Domingo, 1999.

edad lo usó en la última relación sexual, mientras en la generación más jóvenes esta proporción asciende a 69.4% y el 49.0% lo usó en las últimas 5 relaciones sexuales.

h) Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.

No existen datos sobre este indicador. De acuerdo a datos de la DIGECITSS, el total de casos de personas que viven con el VIH y SIDA que consumen drogas intravenosas ha aumentado de un 1.8% en el año 2000 a 5.7% en el 2005⁵⁰. COPRESIDA plantea la necesidad de realizar intervenciones de reducción de daños, articulado con ONG's y con organismos gubernamentales que trabajan las políticas de drogas y realizar estudios de comportamiento entre usuarios de otras sustancias psicoactivas, dada la relación que existe entre el consumo de drogas y la realización de prácticas sexuales sin condón. Por otro lado, plantea la integración de las instituciones de rehabilitación a la Red de atención integral para el manejo de PVVS y de prevención de la transmisión del VIH y otras ITS.

i) Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó.

No hay datos disponibles sobre este indicador.

3.6 Mitigación del Impacto

a) Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH

Porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH (Meta: Reducción del 25% en los países más afectados para 2005; reducción mundial del 25% para el 2010).

Las informaciones del cuadro adjunto corresponden a la ENDESA, tanto del año 2002 como del año 2007.

Porcentaje VIH+	2002	2007
Total de 15 a 24 años	0.6	0.3
- Mujeres	0.7	0.4
- Hombres	0.4	0.2
FUENTE: ENDESA		

Utilizando estas cifras y las correspondientes a la Vigilancia Centinela de la DIGECITSS, pudo llegarse a una nueva estimación de prevalencia, la cual, en lo referente a los jóvenes, se muestra a continuación, para el período 2001 al 2007:

⁵⁰ Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007

Prevalencia de VIH en población joven de 15 a 24 años, 2001 - 2007

Porcentaje VIH+	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de 15 a 24 años	0.56	0.54	0.52	0.51	0.49	0.46	0.43
- Hombres	0.31	0.3	0.28	0.27	0.26	0.27	0.29
- Mujeres	0.8	0.78	0.76	0.74	0.72	0.64	0.57

FUENTE: Estimación Médica Taller de Prevalencia, Nov. 2007.

El resultado de la ENDESA 2002 presenta las estimaciones de prevalencia de infección por VIH para hombres y mujeres por edad, estado conyugal y lugar de residencia (zona y región). Un 1% de la población entre 15 y 49 años resulta con VIH, lo cual se traduce en aproximadamente 46,500 personas en todo el país. La epidemia parecería estar afectando a todos los grupos estudiados. Si bien la epidemia es generalizada, vale la pena resaltar ciertos patrones que parecen emerger de los resultados, pero debe de tenerse precaución al hacer inferencias para este tipo de estimación de baja prevalencia y con muestras relativamente reducidas. Entre los hombres, las tasas de infección son mas bajas en los primeros grupos de edad; la infección alcanza un máximo en el grupo de 30- 34 y disminuye a partir de los 35 años. Los hombres de 15 a 19 tienen menor tasa de infección (0,3%) entre todos los grupos de edad y sexo, y la mayor se observa entre los hombres de 30 - 34 (2,7%). El patrón de infección para mujeres es algo diferente: la menor tasa se encuentra entre las mujeres de 45 a 49 años (1.5%).

No se encuentran diferencias importantes entre las mujeres por sitio de residencia o estado conyugal. Los hombres de la zona rural y aquellos en unión tienen tasas ligeramente mayores que sus contrapartes urbanas y no en unión.

Se observan algunas diferencias por región. Los mayores niveles de infección por VIH se observan en las regiones II, V y VII las cuales tienen factores comunes como son la alta concentración de industria turística, zonas francas, flujo migratorio importante, facilidades portuarias y bateyes. El mayor nivel observado de infección por VIH se encuentra en la Región V (2.1%) y el menor nivel en la Región IV (0,3%) En la región 0 la cual incluye Santo Domingo, el Distrito nacional y Monte Plata, un 0,7% de la población entre 15 y 25 es VIH positivo.

El Informe UNGASS 2003-2005 reporta que de acuerdo a las estadísticas oficiales de DIGECITSS, las personas que vivían con el VIH para febrero del 2005 ascendían a 15,979 y de ellos constituían caso SIDA unos 7,46951. Asimismo reporta que según la notificación del sistema de vigilancia la prevalencia para el sexo masculino es de un 62.7% y para el sexo femenino un 37.0% y que la razón hombre-mujer fue de 1.7:1 para septiembre de 2004. En relación a la zona geográfica, reporta una alta concentración en el Distrito Nacional con un 42% de los casos, Santiago con un 5.9%, Puerto Plata con un 5.4%, San Cristóbal con un 4.2% y San Juan de la Maguana con un 4.1%.

Por otro lado señala que el 79.6% de los casos de SIDA han ocurrido en la población sexualmente activa de 15 a 49 años de edad y que los y las jóvenes de 15 a 24 años de edad constituyen el 19% de los casos. De ellos el 48.9% son hombres y el 51.1% son mujeres, reportando una tendencia de la epidemia hacia la feminización.

⁵¹ Sergia Galván y Bethania Betances. Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de Progreso. Período 2003-2005. Pag. 4. Santo Domingo, 2006

b) Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH.

La información disponible relativa a las poblaciones más expuestas es la siguiente:

Prevalencia de VIH en poblaciones más expuestas							
Población Expuesta	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mujeres	1.217	1.182	1.144	1.106	1.070	0.998	0.936
Jóvenes	0.56	0.54	0.52	0.51	0.49	0.46	0.43
- Hombres	0.31	0.3	0.28	0.27	0.26	0.27	0.29
- Mujeres	0.8	0.78	0.76	0.74	0.72	0.64	0.57
Bateyes		5.0					3.2
- Hombres		4.8					3.3
- Mujeres		5.2					3.1
HSH				11.0			
TRSX						2.7	
PPL							2.2
Migrantes haitianos				1.3			

FUENTE: Estimaciones de Prevalencia según ENDESA e Informe de Vigilancia Centinela DIGECITSS.
 GTH: USAID-CONECTA, Estudio Delta; TRSX: Estudio Centinela 2006, DIGECITS/USAID-CONECTA.
 Leonardo Martínez. Entrevista a inmigrantes haitianos. MOSCTHA. Comportamiento, percepciones y prácticas de migrantes haitianos relativos al VIH en zonas altamente pobladas por migrantes haitianos. República Dominicana. 2005

Es preciso señalar que los datos relativos a la población más expuesta son, en su mayoría, dispersos, provienen de fuentes diferentes y no siempre se estiman de una manera sistemática. Para algunas poblaciones importantes y muy expuestas, simplemente la información no existe.

Estas deficiencias han sido identificadas y COPRESIDA pretende subsanarlas mediante la realización de unas encuestas especializadas que se realizarán en el primer trimestre del año 2008 y se repetirán periódicamente.

c) 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 antirretroviral

El Informe UNGASS del 2003 no reporta datos sobre este indicador.

El Informe UNGASS 2005 reporta que de acuerdo a la información suministrada por la unidad de atención del COPRESIDA, el 94% de los adultos y el 96% de los niños (as) continua vivo después de 12 meses en terapia.

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, encontramos 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 sobrevivencia para los niños alcanza un 89% y de adultos un 90%.

Sobrevivencia	Infantil	Adultos
Numerador	461	6635
Denominador	520	7343
Porcentaje	88.65	90.36

FUENTE: DIGECITSS

d) Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas

Porcentaje de los lactantes infectados por el VIH nacidos de madres infectadas por el VIH (meta: reducción del 20% para 2005, y del 50% para 2010).

El Informe UNGASS del año 2003 reporta 175 casos. No señala fuente ni la fecha. Por su parte, el Informe UNGASS 2003-2005 no reporta datos sobre este indicador.

De 2,802 niños nacidos en el PNRTV y registrados en la base de datos de la DIGECITSS a la fecha agosto 2007, se les ha verificado su condición serologica a 527 niños, representando esto un 19% del total y resultando positivos al VIH el 7.4% niños, constituyendo esta cantidad la línea base.

e) Porcentaje de hijos e hijas de madres VIH + que acceden a la prueba PCR

El Informe UNGASS 2003 no reporta datos sobre este indicador. Del mismo modo, tampoco el Informe UNGASS 2003-2005 reporta datos sobre el mismo. Sin embargo señala que desde COPRESIDA se ha estado trabajando en la dotación de pruebas de carga viral (CV) y ELISA a niños/as del PNRTV para conocer el status inmunológico de los niños del programa.

A continuación detallamos los niños que han sido captados por el programa nacional para evaluar su seroconversión:

- Para el 2005 se evaluaron a 198 niños y de estos 16 resultaron positivos.
- Para el 2006 se evaluaron 234 niños y niñas, de los cuales, 15 resultaron positivos.
- Para el 2007 95 niños fueron evaluados, de los cuales, 8 resultaron positivos.

IV. METAS DE ACCESO UNIVERSAL 2010

A continuación presentamos los indicadores y las metas de Acceso Universal seleccionadas por los actores clave de la Respuesta Nacional contra el VIH y SIDA en el país.

Indicador #4

Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica.

Este indicador fue seleccionado debido a que el mismo mide acceso, contribuye a la cobertura universal; evalúa el avance hacia el suministro de ARV de combinación a todas las personas que viven con la infección por el VIH avanzada.

- Línea Basal

Año	Total Recibe ARV	%
2004	519	
2005	2,581	12.4
2006	5,001	24
2007**	7,768	29.9

- Metas de Fondo Global y otras metas

Propuesta 7ª ronda FG: 10.134 (2010)

- Meta Propuesta 2010

Se propone una meta de 18,000 personas que estarán recibiendo antirretrovirales para el año 2010. Esta meta representa un 75.6% de las personas que necesitarán la terapia para el referido año.

En la actualidad se cuenta con 7,678 adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe medicamentos. Por esta razón se considera que la meta establecida por la séptima ronda del Fondo Global, es decir, 10,134 adultos y niños, es muy conservadora. Las estimaciones nos señalan la necesidad de ARV para el 2010, de 23,808 personas. Basada en estas estimaciones se propone aumentar la meta a 18,000 que representa el 75.6% de las personas y niños que estarían requiriendo terapia antirretrovírica.

- Elementos necesarios para poder alcanzar la meta propuesta y posibles obstáculos
 - Se deberá garantizar la apertura de nuevas unidades de atención, así como, fortalecer las que en la actualidad existen.
 - Realizar tamizaje a la población general.
 - El criterio de inclusión de cd4 de 200 a 250, y el mejoramiento de las pruebas especiales
 - Solicitar recursos financieros y humanos e inversión en programas de adherencia.

Indicador #5

Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

Este indicador fue seleccionado ya que el mismo permite valorar los progresos logrados en la prevención de la transmisión vertical del VIH.

- Línea Basal

Año	#Embar + Necesitan ARV	Total Recibe ARV	%
2003	2,085	613	29.4
2004	2,029	631	31.1
2005	1,972	659	33.4
2006	1,798	669	37.2
2007**	1,649	667	40.4

FUENTE: Programa Nacional para el Control de la Transmisión del VIH (PNRTV)

* Estimación media, Taller Estimación Prevalencia, Nov. 2007.

- Metas de Fondo Global y otras metas

Propuesta para 7ª ronda FG: 26% (2006) 40% (2010)

Objetivo mundial: 80%

- Meta Propuesta 2010

Se propone una meta de 80% de las embarazadas VIH+, tal y como está propuesto por el objetivo mundial.

Fue objeto de discusión el hecho de que a pesar de que para el 2007 se estimó 1,649 embarazadas VIH + el programa solo captó 1,062 y recibieron ARV 667 embarazadas. Se debe tener en cuenta que a las embarazadas captadas debe brindárseles ARV a un 100%

- Elementos necesarios para poder alcanzar la meta propuesta y posibles obstáculos
 1. Provisión de ARV.
 2. Fortalecimiento de sistema de información
 3. Incrementar los recursos financieros y recursos humanos
 4. Incorporar el programa de transmisión vertical en el primer nivel de atención y ser referidas al segundo nivel.
 5. Fortalecer los vínculos entre el primer nivel de atención y el segundo nivel.

Indicador de País

Porcentaje embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su resultado post consejería.

Se consideró importante seleccionar este indicador ya que el mismo es un indicador de país y seleccionarlo para una meta de acceso universal, le otorgaría una importancia aún mayor que la que hasta el momento se le ha conferido.

- Línea Basal

AÑOS	Total de Embarazadas Tamizadas	Total de consejería post prueba a embarazadas	PORCENTAJE
2003	6,179	2,400	38.8
2004	49,202	25,430	51.7
2005	77,724	50,231	64.6
2006	87,699	52,235	59.6
2007*	82,218	52,457	63.8

* En este año el corte es hasta el mes de Octubre

FUENTE: DIGECITSS, Programa Nacional de Transmisión Vertical

- Meta Propuesta 2010

Se propone una meta 99, 360 embarazadas. Durante la discusión se sostuvo que las estimaciones para el año 2008 son de 230,000 embarazadas y si se le aplica un 40% de aborto cada año nos queda un 60% que representa un total de 138,000 embarazadas. El 80% sería 110,400 embarazadas, dejando un 10% de brecha para el sector que no notifica.

- Elementos necesarios para poder alcanzar la meta propuesta y posibles obstáculos
 1. Provisión de pruebas rápida de tamizaje en todas las maternidades
 2. Servicios de consejería pre y post prueba, como eje transversal del programa
 3. Fortalecimiento de los servicios materno-infantil

4. Fortalecimiento del sistema de información.

Indicador #11

Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico

- Línea Basal

LINEA DE BASE 2007

Tipo de Escuela	# Escuelas	PEAS	Indicador
TOTAL	64,046	835	1.30%
Públicas	64,046		

- Meta Propuesta 2010

Se propone una meta de 8,831 escuelas en tres años. Esto representa un incremento del 10%.

- Elementos necesarios para poder alcanzar la meta propuesta y posibles obstáculos
 - Asegurar recursos económicos y humanos.
 - Realizar lobby a fin de garantizar apoyo político al programa.
 - Levantar información sobre el trabajo en las escuelas de las ONG's y en las escuelas privadas
 - Realizar estudio el año próximo y tener una línea de base más realista
 - Realizar calculo con población total de escuelas 88,316 y distribuir las por inicial, básica y media.

Indicadores

#13

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

#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.

- Línea Basal

Mujeres	% Conocimiento Comprensivo sobre el SIDA
Mujeres	
15-24	40.8
15-19	39.3
20-24	42.6
Hombres	
15-24	33.7
15-19	32.6
20-24	35.2

ENDESA 2007

- Meta Propuesta 2010

Para porcentaje de mujeres y varones de 15-24 años que posee conocimiento comprensivo sobre las formas de transmisión del VIH, entendiéndose 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.

Se propuso la meta para conocimiento comprensivo de:
45% para mujeres y 40% para hombres.

Sobre si picada de mosquitos puede transmitir el virus del VIH:
75% para mujeres y un 75% para hombres

Sobre si compartiendo alimentos se puede transmitir el VIH:
85% para mujeres y un 80% para hombres

Poblaciones más expuestas. La meta se verá cuando se vea resultado del estudio que realizará Copresida para principios del año 2008.

- Elementos necesarios para poder alcanzar la meta propuesta y posibles obstáculos
 - Realizar encuesta en 2010 con preguntas similares a ENDESA para poder medir este indicador y hacer preguntas sobre si el VIH se puede transmitir mediante picaduras de mosquitos o compartir alimentos.
 - Garantizar recursos financieros
 - Realizar campaña educativa

Indicadores

#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.

#18

Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.

#19

Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.

- Línea Basal

Mujeres		Hombres	
Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas y reportó el uso del condón durante la última relación sexual*	Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas y reportó el uso del condón durante la última relación sexual*
15-24	33.9	15-24	61.8
15-19	37.1	15-19	71.6
20-24	31.4	20-24	56.7
25-29	41.0	25-29	44.9
30-39	34.4	30-39	33.9
40-49	23.5	40-49	26.4

* Entre los que tuvieron más de dos parejas

ENDESA 2007

ENDESA 2007

Uso preservativo con último cliente

Población	Uso preservativo
TRSX	96%
GTH	86%

FUENTE: USAID-CONECTA 2004

Preservativo en último coito anal con pareja masculina

Población	%	Muestra	Año
GTH	79%	597	2004

FUENTE: USAID-CONECTA, Estudio Delta

- **Meta Propuesta 2010**

Pendientes de definir

- **Elementos necesarios para poder alcanzar la meta propuesta y posibles obstáculos**
 - Garantizar recursos económicos y humanos
 - Realizar campaña educativa.
 - Realizar encuesta en el 2010 y para poblaciones más expuestas.
 - Ver datos ENDESA 2002. Los datos del Indicador 17 utilizarlos como línea de base. Sino se puede obtener información se utilizarían los datos del 2007 como línea de base.
 - Establecer tendencia en caso de que se pueda comprar datos del 02 con 07
 - Realizar próxima reunión para elaborar propuesta de metas

V. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

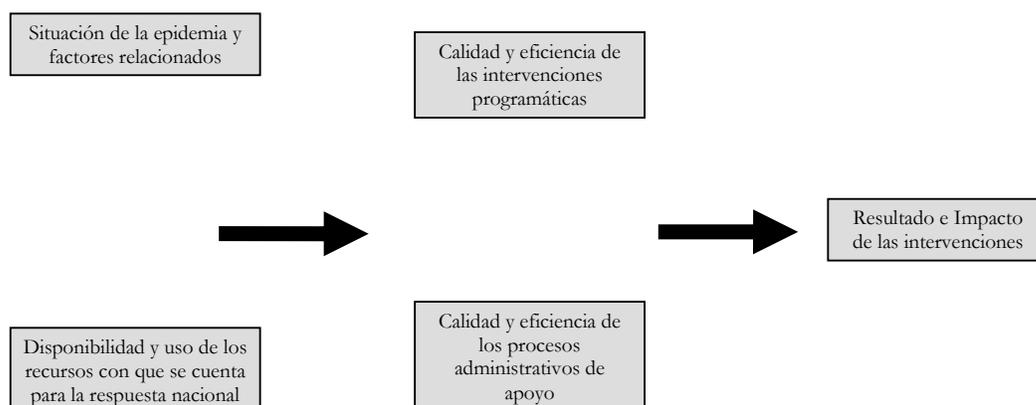
Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional

En el marco de la construcción colectiva y multisectorial del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA, el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) ha venido desarrollando desde el año 2006, en coordinación con los diferentes actores claves de la Respuesta Nacional, el Sistema Nacional de Información Gerencial (SNIG) de la Respuesta Nacional, el cual está en el proceso de construcción de un repertorio central de datos e información de ITS, VIH y SIDA. El mismo pretende ser un sistema compuesto de varias herramientas - sistemas de información de los operadores claves que compondrán el SNIG.

Se trabaja en una primera fase, con el apoyo técnico de ONUSIDA, en la implementación del Country Respond Information System (CRIS) y capacitación del personal de Tecnología de Información y Comunicaciones (TIC) de COPRESIDA, la interconexión del Sistema de Información de Atención Integral (SIAI) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de DIGECITSS con el CRIS, y realizando pruebas piloto de la interconexión entre el CRIS y los sistemas de información citados de DIGECITSS.

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. En el siguiente esquema se presentan los elementos que serán objeto de monitoreo y evaluación por parte del sistema. Este modelo es la base para definir sus componentes (subsistemas) y posteriormente los indicadores, los datos y las herramientas requeridas.

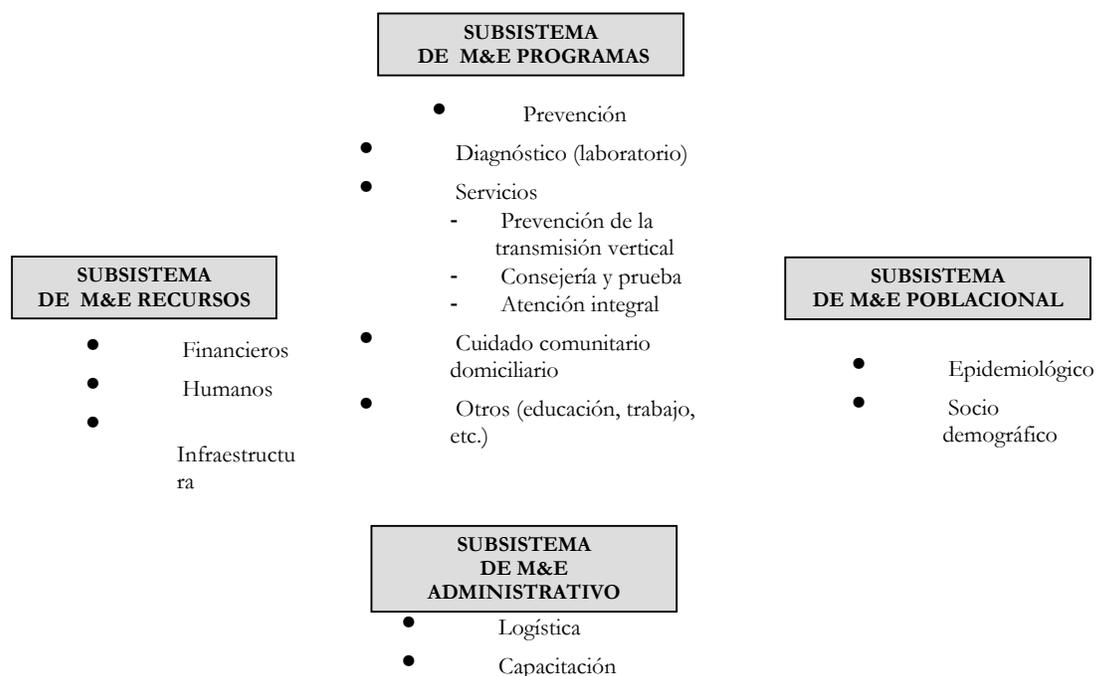
ALCANCE DEL SISTEMA



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:

- Subsistema de M&E poblacional
- Subsistema de M&E de recursos
- Subsistema de M&E de programas
- Subsistema de M&E de apoyo administrativo

COMPONENTES DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN



a) 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 multistitucional (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.

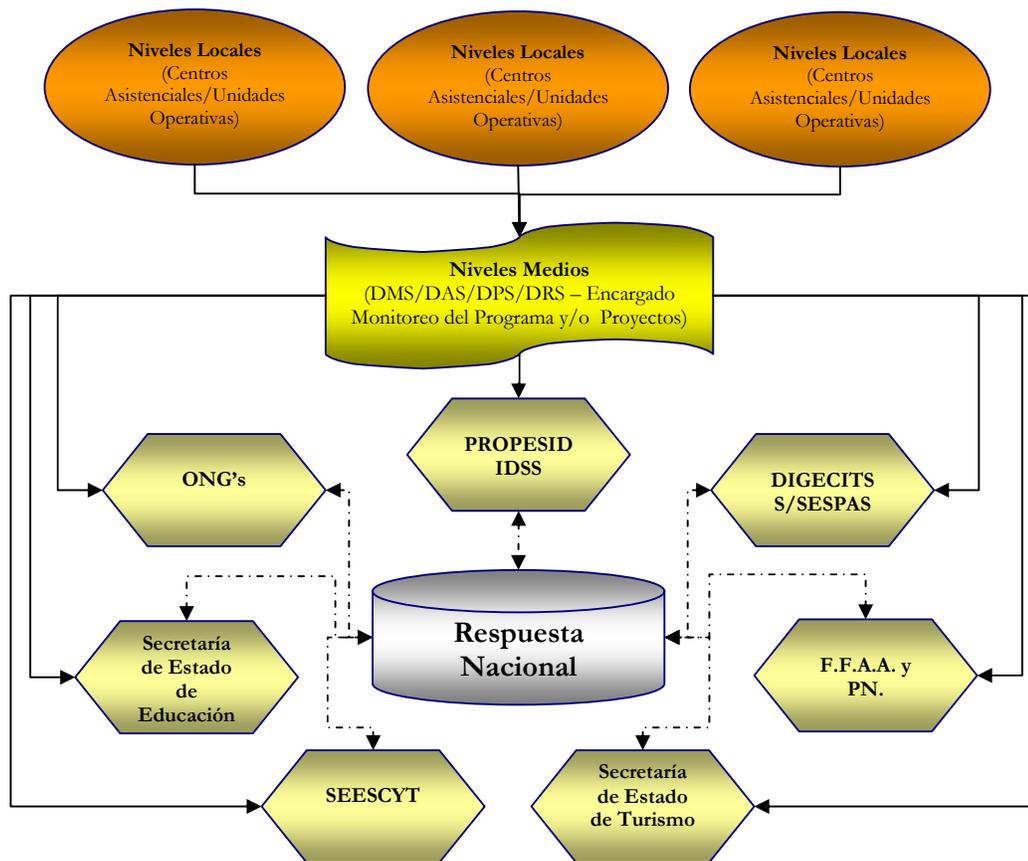
Para efectos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional al VIH/SIDA en la República Dominicana, los participantes del sistema se agruparán de la siguiente manera:

- 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.

- 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.
- Organizaciones ejecutoras. 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 encuentran las Prestadoras de Servicios de Salud públicos o privados, Organizaciones no Gubernamentales, Entidades educativas, Organizaciones de base Comunitaria, Organizaciones en Base a La Fe, etc.
- 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.

El diagrama de la página siguiente muestra los distintos componentes del sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH-SIDA en la República Dominicana, el cual se encuentra en proceso de implementación.

Flujo de Información por Niveles de Intervención



Generadores de Información en los niveles locales. Información captada y procesada por:

- Epidemiólogo/a (Centro Asistencial).
- Encargado del Monitoreo Local del Programa y/o Proyecto.

Encargados de recibir la información generada en los niveles locales, procesarla y analizarla en los niveles medios, para posteriormente, criticar, procesar, analizar y divulgar la realidad programática Nacional. Posteriormente, cada socio desde el nivel central, remite oportunamente la información requerida por el COPRESIDA, para garantizar a la Respuesta Nacional ante las ITS/VIH/SIDA.

Información captada y procesada por:

- Encargada de Monitoreo y Evaluación del Nivel Central.

Encargados de recibir la información generada en los niveles locales, procesan, analizan la realidad de su radio de influencia, y remiten al nivel central.

Información captada y procesada por:

- Epidemiólogo/a de la DMS/DAS/DPS/DRS.
- Encargado del Monitoreo del Programa y/o Proyecto.

Receptor de la información generada por la Red de Socios Involucrados en la temática, con la finalidad de criticar, procesar, analizar y divulgar la información pertinente sobre los indicadores de resultado e impacto necesarios, para garantizar la calidad de la "Respuesta Nacional ante las ITS/VIH/SIDA".

Información captada y procesada por:

- Oficial de Monitoreo y Evaluación del COPRESIDA.

SIGLAS

ARV	Antirretrovirales
COIN	Centro de Orientación e Investigación Integral
COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
FHI	Family Health International
GTH	Gays, Transexuales y Hombres que tienen sexo con hombres
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
M&E	Monitoreo y Evaluación
NNA	Niños, niñas y adolescentes
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
PEN	Plan Estratégico Nacional
PLANDES	Plan Nacional de Salud
PNRTV	Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH/SIDA
PROCETS	Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
PVVS	Personas que viven con VIH/SIDA
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PPL	Personas Privadas de su Libertad
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARV	Tratamiento/Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TRSX	Trabajadoras/es sexuales
UAI	Unidad de Atención Integral
UNGASS	Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDSCAP-Universidad de Washington-COIN-Instituto Dermatológico de Santo Domingo. Conductas Sexuales y Factores de Riesgo de Infección VIH entre Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres en República Dominicana. 1994.

Asamblea General NNUU, Declaración política sobre VIH/SIDA, 2006.

CENISMI/PROMUNDO. Talleres de Movilización Comunitaria. Niños Vulnerables a Riesgo de Ser Dejados Huérfanos y Desplazados por el VIH-SIDA.

CESDEM. (2002). Encuesta Demográfica y de Salud. Santo Domingo, República Dominicana.

CESDEM. (2007). Encuesta Demográfica y de Salud. Informe Preliminar VIH y SIDA, República Dominicana.

COPRESIDA. (2007). Análisis de Situación y Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007.

COPRESIDA. (2007). Marco Estratégico Nacional Multisectorial. República Dominicana. 2007.

COPRESIDA. (2007). Plan Operativo Bienal 2007-2008. República Dominicana. 2007.

COPRESIDA. Informe Índice Compuesto de Políticas Nacionales. Seguimiento a la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, a ser presentado por la República Dominicana a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año dos mil ocho (2008).

COPRESIDA/Sergia Galván, y Bethania Betances. (2006) Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGAS sobre VIH y SIDA. Marzo 2006. Santo Domingo, República Dominicana

Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), Sistema de Vigilancia Centinela de la Infección VIH.

Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. Programa Nacional de Transmisión Vertical y Estimación media, tomada del Taller Estimación Prevalencia, Nov. 2007.

ENHOGAR 2006. Oficina Nacional de Estadísticas. Departamento de Encuestas. Informe de Avances de Resultados. Diciembre 2006. Santo Domingo.

Grupo Plame 2004. Encuesta de Comportamiento CCAP con trabajadoras Sexuales. Centro de Orientación e Investigación Integral -COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana -CEPROSH1.

Informe de Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana. Noviembre 2007, Santo Domingo, República Dominicana.

Keeping Store. AIDS Responses in the Caribbean. UNAIDS. 2007

Leonardo Martínez. Entrevista a inmigrantes haitianos. MOSCTHA. Comportamiento, percepciones y prácticas de migrantes haitianos relativos al VIH en zonas altamente pobladas por migrantes haitianos. República Dominicana. 2005

López, Alvaro y Rathe, Magdalena, Informe de consultoría para el costeo del Proyecto para presentar a la 7ª. Ronda Fondo Global, ONUSIDA/COPRESIDA, 2007.

López, Alvaro y Rathe, Magdalena, Informe de consultoría para el costeo del Plan Estratégico Nacional, Fondo Global/COPRESIDA, 2007

Michael Ramah, Porter/Novelli, D.C.; Reynalfo Pareja, Aidscom/DR, Julia Hasbun, Compumetodos/DR. Dominican Republic. Lifestyles and Sexual Practices. Final Report. Marzo 1992.

Montero, Rafael, Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. 28 de abril de 2003. Santo Domingo, República Dominicana.

NNUU, Declaración de compromiso en la lucha contra el SIDA, 2001.

ONUSIDA, El camino hacia el Acceso Universal. Documento de exposición de conceptos, 2006.

ONUSIDA, Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. DIRECTRICES PARA LA ELABORACION DE INDICADORES BASICOS. 2007

Programa de Educación Afectivo Sexual: Un Programa de Educación Sexual. Secretaria de Estado de Educación (SEE). Departamento de Orientación y Psicología. Consejo Presidencial del ISDA (COPRESIDA).

Propuesta de proyecto para la 7ª Ronda del Fondo Global, Attachment 3, 2007.

Resultado de la XV Encuesta Sexológica de la Vigilancia centinela Segunda Generación. Año 2006. SESPAS/DIGECITSS, Santo Domingo, República Dominicana. Septiembre 2007.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social -SESPAS-. Programa Nacional Contra la Tuberculosis.

USAID/CONECTA (2004). Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

USAID/CONECTA (2004). Toro-Alfonso, J., Varas-Díaz y Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) Identificación y descripción de conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo par a la transmisión de VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana, 2004. Proyecto Delta. Informe Final. Santo Domingo, República Dominicana.

ANEXO

ARQUITECTURA DE LOS INDICADORES UNGASS 2008

Compromiso y Acción Nacionales

Número 1: Gasto relativo al SIDA

Nombre del Indicador:

Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuente de financiación

Objetivo:

Recopilar datos precisos y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos

Meta de Acceso Universal 2010: N/A

Otras Metas**Instrumentos de Medición y Método**

Evaluación del Gasto Nacional relativo al SIDA (o Cuentas Nacionales en VIH-SIDA).

Numerador : N/A

Denominador: N/A

Frecuencia

Anual

Interpretación

Los datos financieros incorporados en la Matriz de Financiación nacional deben ser gastos efectivos, no presupuestos ni compromisos. Incluir gastos relativos al SIDA efectuados como parte de sistema de prestación de servicios más amplios. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas requeriría una estimación especial de costos para efectuar el seguimiento de los recursos específicos asignados al diagnóstico y tratamiento relacionados con el SIDA. Asimismo, las actividades de prevención en las escuelas podrían beneficiarse de una estimación detallada para calcular los gastos reales en actividades relativas al SIDA. Los gastos relativos al SIDA podrían realizarse fuera del sistema de salud teniendo en cuenta la naturaleza de las respuestas ampliadas al SIDA.

Indicador Proxy

Fuentes de financiamiento del Programa Nacional de VIH-SIDA (ver abajo).

Datos Actuales**ESTIMACION FONDOS PARA FINANCIAR RN-VIH-SIDA*, US\$**

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2005	2006	2007
TOTAL	23,602,425	28,972,199	37,420,644
FUENTES NACIONALES	6,905,385	14,136,533	16,602,044
Préstamos	4,015,809	6,498,166	11,398,000
Recursos internos	2,889,575	7,638,367	5,204,044
FUENTES EXTERNAS	16,697,040	14,835,666	20,818,600
Donación Fondo Mundial	8,623,623	5,628,572	11,991,600
USAID	5,258,000	6,538,000	5,538,000
Resto donantes	2,815,417	2,669,094	3,289,000

* No incluye gastos de bolsillo, fondos internos ONG, empresas, ni pagos de la seguridad social.

FUENTE: Estimación realizada por M. Rathe para Proyecto Fondo Global, 7a. Ronda

ESTIMACIÓN DEL GASTO NACIONAL RELATIVO AL SIDA, 2007 (US\$)

INDICADOR: GASTO NACIONAL RELATIVO AL SIDA	TOTAL	SUB-TOTAL PÚBLICO	CENTRAL	BANCO DESARROLLO	SUB-TOTAL INTERNAC.	AGENCIAS UN	FONDO GLOBAL	TODO LOS OTROS INT.	SUB TOTAL PRIVADO
TOTAL	37,420,644	16,602,044	5,204,044	11,398,000	20,818,600	989,000	11,991,600	7,838,000	nd
1. Prevención	9,567,093	4,980,613	1,561,213	3,419,400	4,586,480	989,000	3,597,480	0	0
2. Cuidado y tratamiento	14,986,411	4,150,511	1,301,011	2,849,500	10,835,900	0	2,997,900	7,838,000	0
3. Huérfanos y niños vulnerables	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
4. Fortalecimiento y administración	12,867,140	7,470,920	2,341,820	5,129,100	5,396,220	0	5,396,220	0	0
5. Incentivos para recursos humanos	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
6. Protección social y servicios sociales	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
7. Desarrollo comunitario y del medio ambiente	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
8. Investigación	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

FUENTE: Estimado por M. Rathe, en base al gasto del año 2007 correspondiente a la ejecución de los proyectos del Fondo Global y Banco Mundial. El gasto en fortalecimiento y administración incluye un 18% por este concepto más un 27% correspondiente a otros gastos no especificados.

Observaciones Plenitud:

No se ha realizado en el país la Matriz de Financiación Nacional (o el estudio EGN) que sugiere el indicador UNGASS, ni tampoco un estudio de Cuentas Nacionales en VIH-SIDA.

Solicitar a COPRESIDA los estudios de CNS-VIH, realizados en 1998 y 1999, para analizar la posibilidad de utilizarlos como línea de base.

Datos previos

Se hizo un estudio de Cuentas Nacionales en VIH-SIDA en 1998 y se actualizó en 2000.

Fuentes de Información Consultadas:

Para fines de este informe, se utilizó la estimación de fuentes de financiamiento del programa nacional, realizada para el Proyecto 7ª Ronda del Fondo Global. Esta estimación no incluye gastos de bolsillo, gastos de empresas, fondos internos movilizadores por las ONG ni pagos a la seguridad social.

Para realizar la distribución del gasto en los componentes de prevención, tratamiento y fortalecimiento y administración, se aplicó la estructura correspondiente a los fondos provenientes del Banco Mundial y Fondo Global, estimados dentro del proceso de costeo del Plan Estratégico Nacional (PEN), correspondientes al año 2007.

Responsables
COPRESIDA

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Este apartado debería informar sobre los esfuerzos realizados por el país para financiar la respuesta nacional, los logros alcanzados y las perspectivas futuras para alcanzar la cobertura universal. También debería dar cuentas sobre la efectividad del gasto realizado hasta la fecha, o cómo se plantea el país medirla.

Recomendaciones para próximas medición

Realizar un estudio de CNS-VIH, siguiendo los lineamientos que recomienda ONUSIDA para la Evaluación del Gasto Nacional (EGN), los cuales contienen instrucciones precisas de compatibilización con el sistema de cuentas nacionales de salud que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Indicadores Nacionales	
Compromiso y Acción Nacionales	
Número 2: Políticas gubernamentales sobre el VIH/SIDA	
Nombre del Indicador: Índice Compuesto de Política Nacional (Áreas cubiertas: género, programas en el lugar del trabajo, estigma y discriminación, prevención, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, vigilancia y educación.	
Objetivo: Evaluar el avance en el desarrollo y aplicación de políticas y estrategias sobre el VIH/SIDA a nivel nacional.	
Meta de Acceso Universal 2010:	
Otras Metas:	
Instrumentos de Medición y Método Cuestionarios del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)	
Numerador	N/A
Denominador	N/A
Frecuencia Bienal	
Interpretación Es importante analizar los datos para cada una de las sesiones del ICPN e incluir una reseña en el Informe nacional sobre los progresos realizados en función de: a) creación de políticas y estrategias y b) ampliación de las políticas y estrategias para frenar la epidemia del VIH del país. También deben incluirse comentarios sobre los acuerdos o discrepancias entre preguntas que se superponen en la Parte A y B, así como un análisis de la tendencia de los datos clave del ICPN desde 2003, siempre que estén disponibles.	
Indicador Proxy:	
Datos Actuales: UNGASS 2003 y 2006	
Observaciones Plenitud:	
Datos Previos:	
Fuentes de Información Consultadas:	
Responsables	
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas	
Recomendaciones para próximas medición	

Programas nacionales	
Número 3: Seguridad Hematológica	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada
Objetivo:	Evaluar los progresos para asegurar el suministro de sangre segura.
Meta de Acceso Universal 2010:	
Otras Metas: (pendiente de definir)	Del Fondo Global 80,000
Instrumentos de Medición y Método	Base de datos del Banco Nacional de Sangre. (especificar el nombre del instrumento de medición y el procedimiento)
Numerador:	Unidades de sangre donada analizada para la detección del VIH en centros hematológicos/laboratorios de cribado sistemático de la sangre que han 1) seguido procedimientos operativos de referencia documentados y 2) participado en un plan de control de calidad externo
Denominador:	Número total de unidades de sangre donada
Frecuencia	Anual
Interpretación	Si el laboratorio de análisis de sangre sigue procedimientos de referencia documentados para el cribado sistemático, está claro que el desempeño del personal capacitado para usar procedimientos operativos normalizados tiene cierto nivel de uniformidad, fiabilidad y sistematización. Si un laboratorio de análisis participa en un plan de control de calidad externo, significa que se evalúa la calidad del cribado sistemático de la sangre para la detección del VIH a intervalos regulares. Es importante tener en cuenta el porcentaje de unidades de sangre analizada en relación con estos dos elementos básicos de calidad, ya que ambos son imprescindibles para asegurar la calidad de los procedimientos.
Indicador Proxy:	
Datos Actuales:	De acuerdo a los datos proporcionados por la Dirección Nacional de Bancos de Sangre, 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.
Observaciones Plenitud:	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar el método, procedimiento y marco de referencia de los datos. • Investigar si existe información cuantitativa sobre la calidad de la sangre.
Datos Previos:	El informe UNGASS 2006. Indicador reportado fue porcentaje de unidades de sangre para transmisión que se analiza para la detección de VIH Numerador 78,800 unidades de sangre tamizadas para el VIH y denominador no reportado
Fuentes de Información Consultadas:	Dirección Nacional de Bancos de Sangre
Responsables:	DIGECITSS/SESPAS/Dirección de Banco de Sangre de SESPAS
Validación (sí o no)	
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas:	
Recomendaciones para próximas medición:	

Programas nacionales	
Número 4: Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica
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
Meta de Acceso Universal 2010:	Como meta se ha propuesto que para el 2010, estarían recibiendo terapia antirretroviral, unas 18,000 personas, lo que implica más que duplicar las cifras actuales. De lograrse esta meta, se alcanzaría a un 75.6% de los adultos y niños que necesitarán la terapia para el referido año.
Otras Metas:	Meta FG (2010): 8,248 + Year 3-4 (2007) 8,246 Year 5 (2009) 8,988 o 85% de la población que necesita Ref. comentario en Anexo A. Objetivo mundial: 50% ⁵² Objetivo mundial: TARV para el 80% NN ⁵³
Instrumentos de Medición y Método	Registros de terapia antirretrovírica/instrumentos de vigilancia de programas
Numerador:	Porcentaje 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. Explicación de numerador: El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretrovírica de combinación al final del periodo de información cubierto. El numerador debe ser igual al número de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que alguna vez ha empezado un tratamiento menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes de final del periodo de información cubierto. En otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido. En este indicador no se incluyen la terapia administrada solo con el objeto de prevenir la transmisión materno infantil y la profilaxis posterior a la exposición. Las embarazos infectadas por el VIH que reúnen los requisitos para el tratamiento, o las que ya lo reciben por sí mismas, si se incluyen en el indicador.
Denominador:	Número estimado de adultos y niños con infección por el VIH avanzada Explicación del denominador: El denominador se obtiene estimando el número de personas con infección por el VIH avanzada que requiere o reúne los criterios para recibir terapia antirretrovírica. Las estimaciones del denominador se obtienen con mayor frecuencia a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela, que luego pueden seguir la metodología del Grupo de Referencia del ONUSIDA/OMS sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones
Frecuencia	Anual
Interpretación	El indicador permite vigilar las tendencias de la cobertura, pero no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretrovírica, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado. Dichas formas varían dentro de los países y entre ellos, y es probable que cambien en el curso del tiempo. La proporción de personas que necesitan terapia antirretrovírica variará de acuerdo con la etapa de la epidemia de VIH y la cobertura acumulativa y la eficacia de la terapia antirretrovírica entre adultos y niños. El grado de utilización de la terapia dependerá de factores

⁵² Meta de “Tres millones para el 2005”

⁵³ UNITE for children UNITE against AIDS

como el costo en relación con los ingresos locales, la infraestructura y calidad de la prestación de los servicios, la disponibilidad y respuesta de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, la percepción de eficacia y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

Datos para Informe UNGASS 2008:

RESUMEN INDICADOR	Reciben ARV*	Necesitan ARV**	%
TOTAL	7,768	21,780	35.7
Adultos	7,213	20,857	34.6
Niños	555	923	60.1

* Enero-Octubre 2007

** Estimación media Taller Prevalencia

RESUMEN INDICADOR	2005		
	Reciben ARV	Necesitan ARV**	%
TOTAL	2,581	20,806	12.4
Adultos	2,374	19,958	11.9
Niños	207	848	24.4

2006			2007		
Reciben ARV	Necesitan ARV**	%	Reciben ARV*	Necesitan ARV**	%
5,001	20,806	24.0	7,768	25,983	29.9
4624	21,741	21.3	7,213	24,777	29.1
377	986	38.2	555	1206	46.0

* Enero-Octubre 2007

** Estimación media Taller Prevalencia 2007

FUENTE: DIGECITSS/UCAI, Reporte de Pacientes en la Red de Servicios.

Datos Previos:

LINEA DE BASE - UNGASS 2006
Datos a final del 2005

RESUMEN INDICADOR	Reciben ARV	Necesitan ARV*	%
TOTAL	2,591	21,780	11.9%
Adultos	2,388	20,857	11.4%
Niños	203	923	22.0%

* Estimación media Taller Prevalencia 2007

FUENTE: Informe para UNGASS 2006.

Observaciones Plenitud:

- Indicador completo para Informe UNGASS 2008. Para análisis de tendencias, se requiere serie de varios años del numerador

Fuentes de Información Consultadas:

Unidad Coordinadora de Atención Integral en VIH/SIDA

Reporte de Pacientes en la Red de Servicios al 31-10-07. DIGECITSS

Sergia Galván y Bethania Betances, *Informe de Seguimiento y Monitoreo de Aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH-SIDA, Informe de Progreso 2003-2005*, COPRESIDA, marzo 2006 (pág. 23)
MONTERO-COPRESIDA. Informe de Progreso. Seguimiento y Monitoreo Aplicación Declaración de UNGASS. 28 de abril de 2003. Santo Domingo, República Dominicana.

Responsables
COPRESIDA/DIGECITSS

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

PRUEBA VOLUNTARIA A POBLACION GENERAL.
CAMBIO DE CRITERIOS DE INCLUSION DE PVVS A TAR.
AUMENTO EN EL ACCESO DE CD4 Y CARGA VIRAL.
A PESAR DEL ACCESO DE CD4 Y CARGA VIRAL, SE REQUIERE AUMENTAR LA DISPONIBILIDAD.

Comentarios / Observaciones:

- AFINAR LO RELATIVO A LOS PORCENTAJES DE LOS INDICADORES TANTO PARA ADULTOS COMO NIÑOS.
- NECESIDAD PLANTEADA (ESTIMACIONES DE ARV – DEBE DE SER AL 2005, NO AL 2007) – UTILIZAR INFORME DE ESTIMACIONES DEL 2005.
- FUENTE DE LAS ESTIMACIONES DEL 2005 (DIGECITSS/ONUSIDA/OPS)
- ESTIMACIONES DEL 2007 (DIGECITSS/COPRESIDA/ONUSIDA/OPS).
- PERIODO DE INFORMACION ES DE OCTUBRE/2006 – OCTUBRE/2007

Programas nacionales	
Número 5: Prevención de la transmisión materno infantil	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil
Objetivo:	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión vertical del VIH
Meta de Acceso Universal 2010:	Se propuso la misma meta del objetivo mundial que alcanza el 80% de las embarazadas.
Otras Metas:	R2 indicador no.7 Year 5 6,491 R7, 24 meses 8,248 Objetivo mundial: 80%
Instrumentos de Medición y Método	Base de datos del Programa Nacional de la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH
Numerador:	Número de embarazadas infectadas por el VIH que recibió terapia antirretrovírica durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.
Explicación del Numerador:	Hay 4 opciones de terapia que las mujeres infectadas por el VIH pueden recibir para prevenir la PTMI: 1) Monodosis de nevirapina; 2) Tratamientos profilácticos con combinación de 2 fármacos; 3) Tratamientos profilácticos con combinación de 3 fármacos; y 4) Terapia antirretrovírica para mujeres embarazadas VIH+ que reúnen los criterios requeridos para recibir el tratamiento. Las mujeres infectadas que reciben alguna de las 4 opciones cumplen la definición de este numerador
Denominador:	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses.
Explicación del denominador:	El denominador se calcula estimando el número de mujeres infectadas por el VIH que hayan estado embarazadas en los últimos 12 meses, basándose en los datos de vigilancia de los dispensarios prenatales. Hay dos métodos posibles para calcularlo: 1) Estimaciones calculadas según modelo de proyección como el Spectrum, o 2) Multiplicar: a) el número total de mujeres que dio a luz durante los últimos 12 meses, que puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadísticas, por: b) la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas, que puede derivar de las estimaciones de la vigilancia centinela de los dispensarios prenatales.
Frecuencia	Anual
Interpretación	Se insta a los países a efectuar seguimiento e informes sobre la distribución porcentual real o estimada de los diversos tratamientos suministrados a fin de que se pueda modelizarse el impacto de la terapia antirretrovírica en la transmisión materno infantil. En 2006, las directrices internacionales se actualizaron para recomendar tratamientos más eficaces para la PTMI. Aunque tal vez muchos de los países no disponen de un sistema de funcionamiento para reunir datos e informar sobre la cobertura, el objetivo debe ser la creación de dicho sistema. Este indicador permite efectuar seguimiento de las tendencias de facilitación de una terapia. Sin embargo, como los países ofrecen diferentes tratamientos, las comparaciones entre ellos de estimaciones desglosadas deben interpretarse con cautela y haciendo referencia a los tratamientos suministrados. Además se deben suministrar datos sobre el lactante, el seguimiento e informes sobre la administración de dosis para lactantes.

Datos Informe UNGASS 2008:

Porcentaje de embarazadas VIH+ que reciben ARV para reducir la transmisión vertical

2003-2007

Año	#Embar + Necesitan ARV	Total Recibe ARV	%
2003	2,085	613	29.4
2004	2,029	631	31.1
2005	1,972	659	33.4
2006	1,798	669	37.2
2007**	1,649	667	40.4

FUENTE: * Estimación media, Taller Estimación Prevalencia, Nov. 2007.

Datos Previos (UNGASS 2006):

La información del Informe UNGASS 2006, proveniente de la misma fuente, arroja resultados diferentes. Ver a continuación:

DATOS INFORME UNGASS 2006

	Cesarea Nev	Parto Nev	Total recibe ARV
2003	431	302	733
2004	734	243	977
2005	416	256	672

FUENTE: DIGECITSS / COPRESIDA

Observaciones Plenitud:

- Pudiera desagregarse el numerador entre la que reciben diferentes terapias (INCLUIR EN EL NARRATIVO TRIPLE TERAPIA., REVISION DE LOS DATOS)
- DR. LORENZO PROPORCIONARA DATOS PREVIOS.
- También las cesáreas y los partos.

Fuentes de Información Consultadas:

DIGECITSS. Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV)

Responsables:

COPRESIDA/DIGECITSS

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Comentarios / Observaciones

Programas nacionales. Indicador de país

Nombre del Indicador:

Porcentaje de mujeres embarazadas que son tamizadas en los últimos 12 meses para VIH y reciben su resultado previa consejería

Objetivo:

Dar seguimiento a la consejería

Meta de acceso Universal 2010:

Como indicador de país, ha sido seleccionado de Acceso Universal con una meta de 99,360 para el 2010.

Otras metas:

Instrumentos de Medición:

PNRTV

Numerador:

Total de mujeres embarazadas tamizadas para VIH en los últimos 12 meses, que recibieron sus resultados previa consejería.

Denominador:

Total de embarazadas que se realizaron prueba del VIH

Frecuencia

Interpretación

Indicador Proxy:

Datos Actuales:

EMBARAZADAS QUE SE REALIZARON PRUEBA DE VIH Y RECIBIERON SU RESULTADO CON CONSEJERIA

AÑOS	Total de Embarazadas Tamizadas	Total de consejería post prueba a embarazadas	PORCENTAJE
2003	6,179	2,400	38.8
2004	49,202	25,430	51.7
2005	77,724	50,231	64.6
2006	87,699	52,235	59.6
2007*	82,218	52,457	63.8

* En este año el corte es hasta el mes de Octubre

FUENTE: DIGECITSS, Programa Nacional de Transmisión Vertical

Datos Previos:

Fuentes de Información Consultadas:

DIGECITSS, Programa Nacional de Transmisión Vertical

Responsables: DIGECITSS, Programa Nacional de Transmisión Vertical

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas:

Observaciones / Comentarios: DENOMINADOR: TOTAL DE EMB QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DE VIH. UTILIZAR OCT 06 A OCT 07.

REVISAR QUE EL DENOMINADOR ESTE ACORDE CON LA SUGERENCIAS.

RESPONSABLE DR. LORENZO

Programas nacionales	
Número 6: Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH
Objetivo:	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión vertical del VIH
Meta de Acceso Universal 2010:	
Otras Metas:	
Instrumentos de Medición y Método	Registros e informes del establecimiento, instrumentos de vigilancia y estimaciones de los programas. Datos y estimaciones de los programas de los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH
Numerador:	Numero de infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretrovirica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis durante el año sobre el que se informa
Denominador:	Número estimado de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo
Frecuencia	Continua. Se agruparán de forma mensual o trimestre
Interpretación	La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prolongarán la vida de las personas que viven con el VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad. Todos los casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH deberían empezar un tratamiento para la tuberculosis en función de los criterios requeridos del país. Este indicador proporciona una medida de hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de tuberculosis y el VIH aseguran que las personas infectadas por el VIH y tuberculosis puedan acceder a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Sin embargo, también se verá afectado por una baja utilización de las pruebas del VIH, un acceso deficiente a los servicios de atención y la terapia antirretrovirica y un acceso deficiente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Existen indicadores separados para cada uno de estos factores a los que habría que referirse cuando se interpretan los resultados de este indicador. Si es posible, también se debe informar del número de pacientes atendidos por el VIH que han empezado un tratamiento para la tuberculosis pero aún no reciben terapia antirretrovirica. De este modo, se reflejarían los casos de tuberculosis detectados y tratados entre las personas que viven con el VIH
Indicador Proxy:	
Datos Actuales:	De acuerdo a una encuesta realizada en el año 2005 por el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil -CENISMI- la prevalencia del VIH en pacientes con Tuberculosis fue de 8.6%. Según el análisis de la situación durante el período 2000-2005, la coinfección VIH/TB está registrada en un 5% de los casos llevados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Durante el año 2005 se registraron un total de 270 pacientes con TB/VIH que estaban recibiendo tratamiento para ambas enfermedades, mientras que para el año 2006 un total de 322 pacientes recibieron terapia. Hasta septiembre del año 2007 un total de 267 pacientes aparecen registrados en el programa recibiendo tratamiento tanto para el VIH como para la Tuberculosis. Los casos registrados de coinfección TB/SIDA por el sistema de información del PNCT para el año 2006 fue de 322 casos, esto representa el 6.7% del total de casos de TB diagnosticados por el PNCT que fue 4,802 casos.

Datos Previos:
Observaciones Plenitud: <ul style="list-style-type: none"> • Según cifras de la OMS, la prevalencia de TB en adultos VIH + es de = 1.8 por 100,000 habitantes en el año 2005, equivalente a 156 personas (Ver Pag. Web información número de personas VIH con TB) • Conseguir el numerador con el Programa de Tuberculosis y comparar con los datos de la OMS • Comparar con la información de que el 12% de todos los infectados por VIH= denominador. Estimación basada en Plan Estratégico Nacional (PEN). Situación de la Coinfección VIH/SIDA-TB. Pag.63 Otros Comentarios: La información existe pero no esta recogida. Para el establecimiento de la línea basal existe la posibilidad de analizar los datos recogidos en las unidades.
Fuentes de Información Consultadas:
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. ¹ Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Análisis de Situación y respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. República Dominicana. 2007
Responsables:
DIGECITSS, COPRESIDA
Validación (sí o no)
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas:
Observaciones / Comentarios:

Programas nacionales																							
Número 7. Las pruebas del VIH en la población general																							
Nombre del Indicador: 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																							
Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH																							
Meta de Acceso Universal 2010																							
Otras Metas																							
Instrumentos de Medición y Método ENDESA																							
Numerador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que se ha sometido a la prueba del VIH durante los últimos meses y conoce los resultados																							
Denominador: Número de encuestados de 15 a 49 años de edad																							
Frecuencia Cada 5 años																							
Interpretación: Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento.																							
Indicador Proxy:																							
Datos Actuales																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Edades</th> <th style="text-align: center;">Mujeres</th> <th style="text-align: center;">Hombres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">15-24</td> <td style="text-align: center;">18.1</td> <td style="text-align: center;">10.2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15-19</td> <td style="text-align: center;">11.8</td> <td style="text-align: center;">5.0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20-24</td> <td style="text-align: center;">25.8</td> <td style="text-align: center;">17.3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25-29</td> <td style="text-align: center;">29.4</td> <td style="text-align: center;">26.0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30-39</td> <td style="text-align: center;">21.8</td> <td style="text-align: center;">24.3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40-49</td> <td style="text-align: center;">17.1</td> <td style="text-align: center;">22.2</td> </tr> </tbody> </table>			Edades	Mujeres	Hombres	15-24	18.1	10.2	15-19	11.8	5.0	20-24	25.8	17.3	25-29	29.4	26.0	30-39	21.8	24.3	40-49	17.1	22.2
Edades	Mujeres	Hombres																					
15-24	18.1	10.2																					
15-19	11.8	5.0																					
20-24	25.8	17.3																					
25-29	29.4	26.0																					
30-39	21.8	24.3																					
40-49	17.1	22.2																					
Fuente: ENDESA 2007																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Resumen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Porcentaje que recibió el resultado de la última prueba tomada en los últimos 12 meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20.5</td> </tr> </tbody> </table>			Resumen	Porcentaje que recibió el resultado de la última prueba tomada en los últimos 12 meses	20.5																		
Resumen																							
Porcentaje que recibió el resultado de la última prueba tomada en los últimos 12 meses																							
20.5																							
Fuente: ENDESA 2007																							

Datos Previos:
Observaciones Plenitud: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar cruce de variables a CESDEM • Es un indicador compuesto que cruza la realización de prueba y el conocimiento de los resultados • Indicador priorizado por BM y FG pero que no forma parte del sistema de M&E por lo que se sugiere su incorporación.
Fuentes de Información Consultadas: Endesa 2002 Endesa 2007
Línea de Base
Responsables: Comité para informe de UNGASS de COPRESIDA
Validación (sí o no)
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas
Recomendaciones para próximas mediciones

Programas nacionales

Número 8. La prueba de VIH en las poblaciones más expuestas

Nombre del Indicador:

Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH alguna vez y conoce los resultados

Objetivo:

Evaluar los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas.

Meta de Acceso Universal 2010:

Otras Metas:

Instrumentos de Medición y Método

ENDESA

Se le 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 conocer los resultados de la prueba, pero los conoce usted?

Numerador:

Número de encuestados perteneciente 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

Frecuencia

5 años

Interpretación

Puede ser difícil acceder o encuestar a las poblaciones más expuestas. Por esa razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra representativa de la población más expuesta encuestada. Si hay razones para suponer que los datos no provienen de una muestra representativa, esa sospecha deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando existan fuentes de datos diversas, debe aplicarse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Se debe informar sobre la naturaleza de la muestra en la parte descriptiva para facilitar la interpretación y el análisis a lo largo del tiempo.

Datos Actuales

Poblaciones Más Expuestas	Año	Total encuestadas	Se hizo la prueba y conoce resultados	
			Cantidad	%
TRSX	2004	2,435	1,558	64

FUENTES:

TRSX: Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

JOVENES

Edades	Mujeres	Hombres	Total
15-24	18.1	10.2	14.2
15-19	11.8	5.0	
20-24	25.8	17.3	

ENDESA 2007

Datos previos
<p>Observaciones Plenitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información de mujeres, jóvenes y bateyes se obtendrá de ENDESA 2007. • Respecto a las demás poblaciones expuestas: GTH, migrantes, los estudios sólo preguntan si se hizo la prueba, pero no informan sobre si conoce los resultados. <p>No se obtuvo información sobre discapacitados y personas privadas de su libertad</p>
<p>Fuentes de Información Consultadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). • Proyecto Delta. USAID. CONECTA. Identificación y descripción de conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo par ala transmisión de VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana, 2004. Informe Final. Preparado por José Toro-Alfonso y Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). • Leonardo Martínez Abreu, Análisis de la Situación del VIH en el Batey. 2005 • Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH-SIDA en 15 bateyes de la República Dominicana, Christian Aid / Progressio • ENDESA 2002/2007 • Grupo Plame 2004. Encuesta de Comportamiento CCAP con trabajadoras Sexuales. Centro de Orientación e Investigación Integral –COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana –CEPROSH1.
<p>Responsables:</p> <p>Jóvenes, mujeres y bateyes. Comité para informe de UNGASS de COPRESIDA GTH: ASA USAID/CONECTA Discapacidades: COPRESIDA, CIMUDIS Personas privadas de su libertad: COPRESIDA DIGECITSS</p>
Validación (sí o no)
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas
<p>Comentarios / Observaciones</p> <p>Establecer mecanismos para en el 2010 incluir este indicador para todos los grupos) Se recomienda mejorar el sistema de recolección de datos nacional (Poblaciones que no estuvieron presentes: Trabajadoras Sexuales, personas con discapacidad, Usuarios de Drogas)</p>

Programas nacionales																																												
Número 9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención																																												
Nombre del Indicador: Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH																																												
Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los programas de prevención del VIH en las poblaciones más expuestas.																																												
Meta de Acceso Universal 2010:																																												
Otras Metas: Metas del Fondo Global % de la población gay-trans-HSH a los que llegan los programas de prevención y promoción 15% (2005) 25% (2010)																																												
Instrumentos de Medición y Método ENDESA/ Encuestas de vigilancia de comportamiento y otras encuestas especiales Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: 1) Sabe a donde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH 2) Le han suministrado preservativos en los últimos 12 meses A los consumidores de drogas inyectables se les pregunta 3) En los últimos 12 meses ¿ha recibido equipo de inyección estéril																																												
Numerador: Número de entrevistados de las poblaciones más expuestas que ha respondido 'Sí' sobre el acceso a programas de prevención																																												
Denominador: Número total de encuestados																																												
Frecuencia 5 años/Bienal/Anual																																												
Interpretación Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, esa preocupación deberá reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. Cuando las fuentes de datos difieran, debe emplearse la mejor estimación disponible. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otro problema relacionados deben incluirse en e informe que se presente con este indicador. La inclusión de estos indicadores a efectos informativos no debe interpretarse como que dichos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinados a esas poblaciones Se recomienda que la cuestión de la calidad y la intensidad de los servicios entre las poblaciones más expuestas, sobre los que ese informa, se aborden más explícitamente en cuanto a los criterios de medición de los elementos de los servicios suministrados.																																												
Datos Actuales																																												
Tipo de conocimiento: sabe dónde hacerse la prueba																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #ffff00;">Mujeres</th> <th colspan="2" style="background-color: #ffff00;">Jóvenes Varones</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #ffff00;">Edades</th> <th style="background-color: #ffff00;">%</th> <th style="background-color: #ffff00;">Cantidad</th> <th style="background-color: #ffff00;">%</th> <th style="background-color: #ffff00;">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15-24</td> <td>91.1</td> <td>10,089</td> <td>74.9</td> <td>9689</td> </tr> <tr> <td>15-19</td> <td>87.8</td> <td>5,580</td> <td>66.9</td> <td>5614</td> </tr> <tr> <td>20-24</td> <td>95.3</td> <td>4,509</td> <td>85.9</td> <td>4075</td> </tr> <tr> <td>25-29</td> <td>96.6</td> <td>3,959</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30-39</td> <td>96.8</td> <td>7,423</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40-49</td> <td>97.3</td> <td>5,723</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Mujeres			Jóvenes Varones		Edades	%	Cantidad	%	Cantidad	15-24	91.1	10,089	74.9	9689	15-19	87.8	5,580	66.9	5614	20-24	95.3	4,509	85.9	4075	25-29	96.6	3,959			30-39	96.8	7,423			40-49	97.3	5,723		
Mujeres			Jóvenes Varones																																									
Edades	%	Cantidad	%	Cantidad																																								
15-24	91.1	10,089	74.9	9689																																								
15-19	87.8	5,580	66.9	5614																																								
20-24	95.3	4,509	85.9	4075																																								
25-29	96.6	3,959																																										
30-39	96.8	7,423																																										
40-49	97.3	5,723																																										
Fuente: Endesa 2007																																												

Población más expuesta: conoce dónde hacerse la prueba del VIH

Trabajadoras Sexuales y Migrantes Haitianos

Población	Año	Muestra	%
TRSX	2004	2435	99% 94%
Migrantes Haitianos	nd	240	82% 47%

FUENTES:

Informe de Vigilancia Centinela 2006, DIGECISS /USAID-CONECTA

Leonardo Martínez. Entrevista a inmigrantes haitianos. MOSCTHA. Comportamiento, percepciones y prácticas de migrantes haitianos relativos al VIH en zonas altamente pobladas por migrantes haitianos. República Dominicana. 2005

Datos previos

No existe información anterior.

Observaciones Plenitud:

- Información de ENDESA 2007 para Mujeres, jóvenes y bateyes (necesidad hacer cruces de datos)
 - Cuestionario de Mujeres:
 - Pregunta #919 y #926 ¿Dónde se realizó la prueba?
 - Pregunta # 927 ¿Conoce usted un lugar donde se le hace la prueba del VIH. Se les pregunta si sabe donde dirigirse para hacerse la prueba
 - Pregunta # 928 ¿Dónde es ese lugar?
 - Cuestionario de Hombres:
 - La pregunta # 232 ¿En los últimos doce meses usted pago por tener relaciones sexuales
 - La última vez que pagó por una relación sexual uso el condón?
 - Pregunta #234 ¿En los últimos 12 meses uso un condón para tener relaciones sexuales
- 235 b pregunta.
- Preguntar si es posible cruzar estas preguntas que identifican HSH
 - Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y por edad. Siempre que sea posible, los datos de las poblaciones priorizadas deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población
 - Se pueden emplear los estudios empleados en el informe UNGASS 2006 ya que estos no fueron entregados al Secretario General.
 - Mapeo de acciones llevadas a cabo por diferentes organizaciones en las diferentes poblaciones priorizadas para determinar establecimiento de beneficiarios directos e indirectos.

Fuentes de Información Consultadas:

- Endesa 2002
- Endesa 2007
- Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

- Proyecto Delta. USAID. CONECTA. Identificación y descripción de conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión de VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana, 2004. Informe Final. Preparado por José Toro-Alfonso y Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM).
- Leonardo Martínez Abreu, Análisis de la Situación del VIH en el Batey. 2005
- Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH-SIDA en 15 bateyes de la República Dominicana, Christian Aid / Progressio

Responsables

Levantamiento de información de donantes y las diferentes organizaciones que trabajan con los grupos priorizados para su análisis.

- Jóvenes y adolescentes UNFPA, FCI, FHI, Visión Mundial, MSCI, Progressio, PROFAMILIA, Sur futuro, CORDEID, CEPROSH, Hermanas Mirabal, USAID
- Mujeres UNFPA, PNUD, UNIFEM, Comisión Europea, Colectiva mujer y salud, IPPF, PROFAMILIA, JICA, Canadiense
- Bateyes. Bra dominicana, Fundación Clinton, IDDI, Sur Futuro, INSALUD, Instituto Dermatológico
- GTH. ASA USAID/CONECTA (William Duke)
- Migrantes. MOSTCHA, Leonardo Martínez (COPRESIDA)
- Niños y niñas UNICEF (Ver con ANNA), USAID/CONECTA, Save the children, PROFAMILIA, CRS,
- TRSX USAID/CONECTA (William Duke) DIGECITSS, COPRESIDA, COIN, MODEMU, CEPROSH, CORDAID
- Discapacidades COPRESIDA, CIMUDIS (Cristina Francisco), ASODIFIMO,
- PVVS. ASOLSIDA, REDOVIIH, Grupo Clara, Grupo Paloma, USAID/CONECTA, PNUD, UNICEF, MSCI, ONUSIDA, -
- Personas privadas de su libertad COPRESIDA (Dra. Amador)

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Comentarios / Observaciones

Existen programas alternativos a Niños y jóvenes a través de programas dirigidos a ONGS coordinados por UNICEF, Para los grupos de TRSX, Mujeres y otros de los que no se tienen información, solicitar a CESDEM cruzar la información.

Incluir datos de bateyes y de jóvenes tomados de Endesa.

Sobre este indicador se señala que esta información aparece con los datos del Fondo global, pero que no aparece con las preguntas que se especifican en las directrices.

Se recomienda hacer cambios al indicador para poder reportarse.

Programas nacionales

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

Nombre del Indicador:

Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

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.

Meta de Acceso Universal 2010:

Otras metas:

Objetivo mundial: brindar los servicios básicos al 80% de los NN que lo necesitan.

Instrumentos de Medición y Método

Encuestas representativas

Una vez identificados todos los huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad, a los jefes de familias se le hacen las siguientes preguntas:

1. ¿Ha recibido apoyo medico, incluidos atención medica o suministros médicos en los últimos 12 meses?
2. ¿Ha recibido ayuda relacionada con la educación escolar, incluido los gastos de matrícula en los últimos 12 meses?
3. ¿Ha recibido apoyo emocional o psicológico?
4. ¿Ha recibido otras formas de apoyo social, incluido apoyo socioeconómico en los últimos 3 meses?

Numerador:

Número de huérfanos y niños vulnerables que contestaron afirmativamente a por lo menos una de las preguntas sobre si ha recibido algún tipo de ayuda

Denominador:

Total de niños huérfanos y vulnerables de 0 a 17 años

Frecuencia

Bienal

Interpretación:

Este indicador debe vigilarse solamente en lugares con alta prevalencia de VIH (5% o mayor)

Indicador Proxy:

Datos Actuales:

Indicador	2007
Total huérfanos del SIDA*	39,754
Niños que recibieron apoyo gratuito - USAID- CONECTA**	1705
Porcentaje	4.3%

* Estimación media Taller Prevalencia, 2007

** Enero-septiembre

	Ene-02
Total niños huérfanos (cuyas madres han muerto a causa del SIDA)	2878 CENISMI Promundo

Proyecto USAID - CONECTA - 2007	Fem	Masc	
Enero - Marzo 2007	418	432	
Abril - Junio	334	329	
Julio - Septiembre	98	94	
	850	855	1705

Datos Previos:

No existen

Fuentes de Información Consultadas:

USAID/CONECTA

CENISMI (Datos de Promundo)

Responsables:

USAID/CONECTA, UNICEF, Fundación Clinton.

Punto Focal William Duke

Ver con Proinfancia, CENISMI, PROMUNDO, Caminantes, Niños del camino, CRS, CONANI.

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Comentarios / Observaciones

Programas nacionales

Número 11. Educación escolar sobre el VIH basadas en las aptitudes para la vida

Nombre del Indicador:

Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico

Objetivo:

Evaluar el avance hacia a aplicación de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en todas las escuelas

Meta de Acceso Universal 2010:

Se ha propuesto una meta de alcanzar al 2010, unas 8,831 escuelas tanto públicas como privadas, con un Programa Afectivo Sexual de un mínimo de 30 horas de duración.

Otras Metas:

Instrumentos de Medición y Método

Registros y plan de estudios de PEAS (SEE)

Numerador:

Número de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para a vida durante el último curso académico

Denominador:

Número de escuelas encuestadas

Frecuencia

Bienal

Interpretación:

El indicador proporciona información útil sobre las tendencias de la cobertura de la educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida en las escuelas. Sin embargo, hay que tener en cuenta las importantes variaciones que existen en los niveles de escolarización (o al realizar comparaciones entre países) al interpretar este indicador. Por consiguiente, la información de apoyo que se brinde para este indicador deberá incluir las tasas de escolarización en los niveles de enseñanza primaria y secundaria correspondientes al año académico más reciente

Indicador Proxy:

Datos Actuales

LINEA DE BASE 2007

Tipo de Escuela	# Escuelas	PEAS	Indicador
TOTAL	64,046	835	1.30%
Públicas	64,046		

PEAS (AI 2007)	Maestros	Estudiantes
Escuelas Públicas (835)	13,586	521,221
Básica	3,488	165,917
Media	10,098	355,304

PEAS. Secretaría de Estado de Educación

Año	Cantidad Maestros	
2002	10,196	33,000 Informe UNGASS 2003
2005	10,500	Informe UNGASS 2006
2007	13,586	

<p>Observaciones Plenitud: Otros Comentarios: Datos recogidos en proyectos FG y BM sobre maestros capacitados pero falta determinar si existe control sobre si se imparte el programa posteriormente. Se sugiere desagregar la información por niveles básico y secundario.</p>
<p>Datos Previos: En el Informe UNGASS 2006 se reportó: Por ciento de escuelas con maestros capacitados para impartir educación sobre VIH/SIDA basadas en las aptitudes para la vida que impartieron esa enseñanza durante el último año. En el 2002, se inicia el programa afectivo sexual en las escuelas públicas. Dicho programa abarca temas de educación sexual y preproductiva y prevención del VIH y SIDA. En la actualidad hay un total de 10,500 profesores de educación media y básica entrenados en 960 escuelas</p>
<p>Fuentes de Información Consultadas: Programa de educación Afectivo Sexual. Secretaria de Estado de Educación ENHOGAR 2006 Informe UNGASS 2006</p>
<p>Responsables: Comité para informe UNGASS de COPRESIDA, SEE.</p>
<p>Validación (sí o no)</p>
<p>Experiencia y Lineamientos del País para cubrir Brechas Identificadas:</p>
<p>Recomendaciones para próximas medición:</p>

Conocimiento y comportamiento

Número 12. Los huérfanos: asistencia a escuelas

Nombre del Indicador:

Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad

Objetivo:

Evaluar el avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos

Meta de Acceso Universal 2010:**Otras Metas:****Instrumentos de Medición y Método**

Encuestas

Por cada niño de 10 a 14 años de edad que vive en un hogar se le pregunta a un miembro:

1. ¿Vive aun la madre biológica del niño? Si es así, ¿Vive en el mismo hogar?
2. ¿Vive aun 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?

Numerador:

Parte A: Tasa actual de asistencia a la escuela de huérfanos de 10 a 14 años de edad

Numerador: Número de niños que ha perdido a ambos progenitores y sigue asistiendo a la escuela

Denominador: Número de niños que ha perdido ambos progenitores

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

Numerador: Número de niños con ambos progenitores vivos, que conviven por lo menos con uno de ellos y que asisten a la escuela

Denominador: Número de niños con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos

Frecuencia

Preferiblemente bienal. Mínimo cada 4-5 años

Interpretación:

El propósito de este indicador es comparar la asistencia a la escuela entre los niños más vulnerables (huérfanos de padre y madre) con la de los niños menos vulnerables (con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos).

Identificar el máximo efecto de la desventaja resultante de la orfandad y efectuar su surgimiento a lo largo del tiempo.

Los huérfanos son generalmente mayores que los no huérfanos y es más probable que los niños mayores hayan dejado sus estudios.

Por consiguiente el indicador tiende a subestimar la desventaja relativa en la asistencia escolar que experimentan los niños huérfanos.

El indicador no distingue entre los niños que perdieron a los padres que perdieron a sus padres debido al SIDA y aquellos cuyos padres fallecieron por otras causas.

Datos Actuales:

Indicador	%
Parte A: Tasa de Asistencia Escolar de niños/as cuya madre y padre han muerto	
- Masculino	55.6
- Femenino	83.2
Parte B: Tasa de asistencia escolar de niños/as cuyos padres están vivos y vive con uno de ellos	
- Masculino	95.8
- Femenino	98.5

FUENTE: ENHOGAR 2006

	Masc	Fem	Total
Total de niños 10 - 14 años	2290	2132	
Niños cuyos padre y madre han muerto (%)	3%	3%	
Niños cuyos padre y madre han muerto	69	64	

Datos Previos:

No existen.

Fuentes de Información Consultadas:

ENHOGAR 2006

Responsables:

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Comentarios / Observaciones

Conocimiento y comportamiento

Número 13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

Nombre del Indicador:

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

Objetivo:

Evaluar el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH

Meta de Acceso Universal 2010:

Objetivo Mundial: 95 % cobertura

Para el año 2010, se propuso la meta de aumentar el conocimiento comprensivo sobre el SIDA en:

- 45% para mujeres y 40% para hombres.

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

Para las poblaciones más expuestas, la meta para el año 2010 se definirá, cuando se vea resultado del estudio que realizará COPRESIDA para principios del año 2008.

Para el año 2010, se propuso la meta de aumentar el conocimiento comprensivo sobre el SIDA en:

- 45% para mujeres y 40% para hombres.

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

Para las poblaciones más expuestas, la meta para el año 2010 se definirá, cuando se vea resultado del estudio que realizará COPRESIDA para principios del año 2008.

Otras Metas:

Objetivo Mundial: 95 % cobertura.

Instrumentos y Método de Medición

ENDESA

Este indicador se elabora a partir de las respuestas al siguiente conjunto de preguntas específicas:

- 6) Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo reacciones sexuales con una única pareja y no infectada?
- 7) Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales.
- 8) Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
- 9) Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?
- 10) Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?

Numerador:

Número de encuestados de 15-24 años de edad que contestó correctamente las 5 preguntas

Denominador:

Número total de encuestados de 15 a 24 años de edad

Frecuencia

Cada 5 años

Interpretación:

La creencia de que una persona de aspecto saludable no puede estar infectada por el VIH es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas. Rechazar las principales ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento correcto de los verdaderos modos de transmisión. Por ejemplo, la creencia de que el VIH se trasmite por medio de las picaduras del mosquito puede debilitar la motivación para adoptar un comportamiento sexual seguro, mientras que la creencia de que el virus puede transmitirse compartiendo alimentos refuerza el estigma a que se enfrentan las personas que viven con el VIH.

Este indicador es particularmente útil en países en que los conocimientos sobre el VIH y el SIDA son escasos, porque facilita la medición de las mejoras graduales a lo largo del tiempo.

Indicador Proxy:

Datos Actuales:

	% Teniendo relaciones sexuales con una sola pareja fiel	% Uso Preservativo	Porcentaje aspecto Saludable Persona VIH+	% No puede ser transmitido por picaduras mosquitos	% No se transmite por compartir alimento con persona VIH+
Mujeres					
Mujeres					
15-24	86.7	84.5	92.9	61.5	79.4
15-19	86.1	84.8	91.7	60.9	78.6
20-24	87.4	84.2	94.3	62.2	80.5
Hombres					
15-24	87.7	89.3	90.6	52.9	69.2
15-19	86.8	89.0	89.0	53.4	69.1
20-24	89.0	89.7	92.8	52.3	69.3

² 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.

FUENTE: ENDESA 2007

Observaciones Plenitud:

- Datos disponibles en la ENDESA 2007 (preguntas 903 a 908, cuestionario de mujeres y similares en cuestionario de hombre):

Numerador: Número de entrevistados de 15 a 24 años de edad que contestó correctamente a las preguntas:

1. Pueden las personas evitar contagiarse del virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que ninguno de los dos tenga otras parejas sexuales?
2. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?
3. ¿Pueden las personas protegerse del virus que causa el SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?
4. ¿Pueden las personas contagiarse del virus que causa el SIDA por compartir comida con una persona infectada?
5. ¿Pueden las personas reducir sus posibilidades de contagiarse del virus que causa el SIDA absteniéndose de tener relaciones sexuales?
6. ¿Pueden las personas contagiarse del virus de SIDA por brujería o algún otro método sobrenatural?
7. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?

Sugerencia: contestar correctamente a 5 de las 7 preguntas anteriores.

Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad

Solicitar información a CESDEM.

- Línea de base: podría ser la Endesa 2002 La pregunta sobre conocimiento sobre como evitar el VIH ofrece información sobre 4 aspectos de los anteriores que son abstinencia sexual, condones, tener un sola compañera o compañero, el conocimiento sobre si una persona saludable podría tener el SIDA y ser fiel y picaduras de mosquito. No se reporta el tema de la brujería.

Datos Previos: El informe UNGASS 2006 calcula este indicador Mujeres 62% Hombres 69% (averiguar de dónde sale esta información y si corresponde a ENDESA 2002).

Indicador reportado: % de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH

Fuentes de Información Consultadas:

Endesa 2002 y 2007
Responsables: COPRESIDA, CESDEM, USAID
Validación (sí o no)
Observaciones:
Comentarios
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas
Recomendaciones para próximas medición

Conocimiento y comportamiento

Número 14. Poblaciones más expuestas: conocimiento de la prevención del VIH

Nombre del Indicador:

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.

Objetivo:

Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH en las poblaciones más expuestas

Meta de Acceso Universal 2010:**Otras Metas:****Instrumentos y Método de Medición**

ENDESA/ Encuestas de vigilancia

Se pide a los entrevistados responder a las 5 preguntas

- 1) Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja 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 por compartir alimentos con una persona infectada?

Numerador

Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones más expuestas que contestó correctamente las 5 preguntas

Denominador:

Número de entrevistados pertenecientes a poblaciones priorizadas que respondió, incluso con un 'no se' a las 5 preguntas

Frecuencia

Bienal

Interpretación:

La creencia de que una persona de aspecto saludable no puede estar infectada por el VIH es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas. Rechazar las principales ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento correcto de los verdaderos modos de transmisión. Por ejemplo, la creencia de que el VIH se trasmite por medio de las picaduras del mosquito puede debilitar la motivación para adoptar un comportamiento sexual seguro, mientras que la creencia de que el virus puede transmitirse compartiendo alimentos refuerza el estigma a que se enfrentan las personas que viven con el VIH.

Este indicador es particularmente útil en países en que los conocimientos sobre el VIH y el SIDA son escasos, porque facilita la medición de las mejoras graduales a lo largo del tiempo.

Los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población más expuesta entrevistada, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta.

La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad y cualquier otro problema relacionado debe incluirse en el informe que se presente con este indicador.

Datos Actuales:

Población Expuesta	Fidelidad una pareja no infectada	Abstinencia	Uso Preservativo	Aspecto Saludable Persona VIH+	Picaduras mosquitos	Compartir Alimento con VIH+
TRSX	NA	NA	92%	94%	45% 15% no sabe	29%
Migrantes Haitianos	21%	5%	38%	51%	ND	ND

Mujeres	% Teniendo relaciones sexuales con una sola pareja fiel	% Uso Preservativo	% Aspecto Saludable Persona VIH+	% No puede ser transmitido por picaduras mosquitos	% No se transmite por compartir alimentos con personas VIH+	% Conocimiento Comprensivo sobre el SIDA*
Edad						
15-24	86.7	84.5	92.9	61.5	79.4	40.8
15-19	86.1	84.8	91.7	60.9	78.6	39.3
20-24	87.4	84.2	94.3	62.2	80.5	42.6
25-29	87.8	84.1	93.4	62.3	78.8	43.1
30-39	87.8	83	94.5	61.7	80.1	42.0
40-49	88.9	81	93.5	58.7	76.9	39.3

* 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.

FUENTE: Endesa 2007

Observaciones Plenitud:

- La información anterior en el caso de migrantes haitianos, no está clara la referencia ni las preguntas que se hicieron en el cuestionario, así como el resto de la metodología de la encuesta.
- La información está disponible en ENDESA 2007 para Jóvenes, mujeres y bateyes.
- Cuestionario de Hombres. La pregunta # 235B. ¿Ha tenido relaciones con personas de su mismo sexo?
- Averiguar si esa pregunta se puede cruzar con las preguntas sobre conocimiento sobre como se previene el VIH
- Pendiente conseguir datos sobre otras poblaciones.

Datos Previos:

No disponible. En el caso de mujeres, jóvenes y bateyes, se obtendrá un indicador Proxy (los que contestaron una parte de las preguntas, que estaban incluidas en ENDESA 2002).

Fuentes de Información Consultadas:

- ENDESA 2002 y 2007
- Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado

por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

- Proyecto Delta. USAID. CONECTA. Identificación y descripción de conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión de VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana, 2004. Informe Final. Preparado por José Toro-Alfonso y Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM).
- Leonardo Martínez Abreu, Análisis de la Situación del VIH en el Batey 2005
- Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH-SIDA en 15 bateyes de la República Dominicana, Christian Aid / Progressio

Responsables:

Jóvenes, adolescentes, mujeres y bateyes. COPRESIDA, CESDEM,

GTH: ASA/USAID/CONNECTADIGECITSS

Migrantes COPRESIDA

Niñez NNA Bateyes (coalición pro bateyes/UNICEF, 2007)

- NN de la calle.(UNICEF)

TRXS DIGECITSS, USAID/CONNECTA

Discapacidades COPRESIDA, CIMUDIS (Cristina Fco.)

Personas privadas de su libertad COPRESIDA Nuris Amador,)

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Observaciones / Comentarios

Se ha observado que en diferentes estudios el parámetro utilizado para medir conocimiento es responder de 3 a 4 preguntas de las señaladas, se propone utilizar esta información y explicar en el informe que los parámetros utilizados.

Para Migrantes se completara la información suministrada en el cuadro.

Ver Endesa y encuestas de vigilancia de comportamiento y encuestas de final de proyecto Conecta.(2002)

Conocimiento y comportamiento	
Número 15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años
Objetivo:	Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad
Meta de Acceso Universal 2010:	
Otras Metas:	
Instrumentos y Método de Medición	ENDESA Se pregunta a todos los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales y si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?
Numerador:	Número de entrevistados de 15 a 24 años que declara haber tenido su primer relación sexual antes de los 15 años de edad
Denominador:	Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad
Frecuencia:	Cada 5 años
Interpretación:	<p>En los países en que muy pocas personas tienen su primera relación sexual antes de los 15 años de edad puede optarse por utilizar un indicador alternativo: 'Porcentaje de mujeres y varones de 20 a 24 años de edad que indica haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años'. La ventaja de utilizar la edad de la primera relación sexual (en lugar de la edad promedio de la primera relación sexual) es que requiere un calculo sencillo y facilita la comparación a través del tiempo. El denominador es fácil de definir porque todos los miembros de la muestra de la encuesta contribuyen a esa medida.</p> <p>Es difícil vigilar los cambios en este indicador en un periodo breve, porque solo los individuos que ingresan en el grupo –es decir, los que tienen menos de 15 años de edad al comienzo del periodo cuyas tendencias se evalúan- pueden influir en el numerador. Si el indicador se evalúa cada dos o tres años, probablemente convenga concentrarse en los cambios en los niveles correspondientes al grupo de edad de 15 a 17 años. Si se evalúa cada cinco años, existe la posibilidad de estudiar al grupo de 15 a 19 años.</p> <p>En los países en que los programas de prevención del VIH promueven la virginidad o el aplazamiento de la primera relación sexual, las respuestas de los jóvenes a las preguntas de la encuesta pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberadamente falsa de la edad de su primera relación sexual.</p>
Indicador Proxy:	
Datos Actuales:	

Edades	Porcentaje que tuvo relaciones sexuales antes de los 15	Número de entrevistas (15-24)	Edades	Porcentaje que tuvo relaciones sexuales antes de los 15	Número de entrevistas (15-24)
15-19	14.0	5,580	15-19	21.1	5,614
15-17	13.2	3,622	15-17	19.6	3,579
18-19	15.4	1,958	18-19	23.7	2,035
20-24	16.2	4,509	20-24	26.9	4,075
20-22	16.1	2,702	20-22	26.1	2,561
23-24	16.4	1,807	23-24	28.1	1,515
ENDESA 2007			Endesa 2007		
Observaciones Plenitud					
<ul style="list-style-type: none"> • Información disponible en ENDESA 2007, pero hay que cruzarla. • Cuestionario de hombres se pregunta: ¿Cuál fue la edad de su primera relación sexual? Pregunta # 214 ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual? • Cuestionario Mujeres # 618 ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual? 					
Datos Previos: UNGASS 2006 informa que el 25% de las mujeres y 40% de hombres tuvieron su primera relación antes de los 15 años (buscar fuente)					
Fuentes de Información Consultadas: ENDESA 2007 y 2002					
Responsables: Comité para informe UNGAS de COPRESIDA					
Validación (sí o no)					
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas					
Recomendaciones para próximas medición					

Conocimiento y comportamiento
Número 16. Relaciones sexuales de alto riesgo
Nombre del Indicador: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones de alto riesgo
Meta de Acceso Universal 2010:
Otras Metas:
Instrumentos y Método de Medición ENDESA Se pregunta a todos los entrevistados si han tenido relaciones sexuales y si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: 1) En los últimos 12 meses, con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales?
Numerador: Número de entrevistas 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 entrevistas de 15 a 49 años de edad. 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.
Frecuencia Cada 5 años
Interpretación: Este indicador da una visión de los niveles de relaciones sexuales de alto riesgo. Si las personas tienen una sola pareja sexual, el cambio se verá reflejado en los cambios en este indicador. Sin embargo, si las personas se limitan a disminuir el número de parejas sexuales que tienen, el indicador no reflejará el cambio, aunque este hecho tenga potencialmente un impacto significativo en la propagación del VIH y pueda considerarse un éxito del programa. Tal vez sea necesario seleccionar indicadores adicionales para reflejar la reducción de las parejas múltiples en general.

Indicador Proxy:**Datos Actuales:**

Mujeres		Hombres	
Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas en los últimos 12 meses	Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas en los últimos 12 meses
15-24	8.3	15-24	39.0
15-19	10.1	15-19	33.5
20-24	7.3	20-24	42.6
25-29	4.1	25-29	34.0
30-39	2.7	30-39	26.0
40-49	0.6	40-49	22.7

ENDESA 2007

ENDESA 2007

Mujeres		Porcentaje que tuvo relaciones sexuales de alto riesgo*
Edades	Porcentaje que tuvo relaciones sexuales de alto riesgo*	Porcentaje que tuvo relaciones sexuales de alto riesgo*
15-24	38.1	87.0
15-19	42.5	95.7
20-24	35.5	81.3
25-29	23.7	59.7
30-39	15.9	42.5
40-49	10.9	35.0

ENDESA 2007

Observaciones Plenitud:

- La información está disponible en ENDESA 2007, pero no se presenta correctamente en el informe preliminar. Se obtiene a partir de las preguntas:

Pregunta # 229 cuestionario de hombres ¿En total, con cuantas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?

A partir de esa pregunta determinar aquellas personas que tuvieron mas de una pareja en los últimos 12 meses?

Pregunta #639 mujeres ¿Con cuantas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

En base a esas preguntas queremos saber los que han tenido más de una relación (en vez de dos o más)

- El cuadro 7.2.1 del informe preliminar de Endesa 2007 parece tener incongruencias.
- La pregunta sobre la primera relación antes de los 15 años (# 214) ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual?
- El indicador se refiere a personas de 15 a 49 años. Esto debe tomarse en cuenta al analizar la línea de base (ENDESA 2002), pues cambió el rango de edad.
- También cambió la definición de alto riesgo.

Otros comentarios:

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.

Datos Previos:

Este indicador cambio. El indicador anterior definía alto riesgo como que no convive y no está casado y amplía el rango de edad. Antes era de 15 a 24 años y ahora de 15 a 49 años

UNGASS 2006 reporta Mujeres 30% Hombres 60%
Fuentes de Información Consultadas: Endesa 2002 / 2007
Responsables: Comité para informe UNGAS de COPRESIDA
Validación (sí o no)
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas:
Recomendaciones para próximas medición:

Conocimiento y comportamiento

Número 17. Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo

Nombre del Indicador:

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

Objetivo:

Evaluar los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales

Meta de Acceso Universal 2010:

Otras Metas:

Instrumentos de Medición

ENDESA

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 de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses

Este indicador debe presentarse con porcentajes para hombres y mujeres y desglosarse por grupos de edades de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 49 años.

Frecuencia

Cada 5 años

Interpretación:

Este indicador muestra el grado de uso del preservativo de las personas con probabilidades de tener relaciones sexuales de alto riesgo. Los niveles y tendencias deben interpretarse con cautela usando los datos obtenidos sobre los porcentajes de personas que tuvieron más de una pareja sexual durante el último año. Los preservativos tienen eficacia máxima cuando su uso es sistemático, no cuando es ocasional. El indicador actual no informa sobre el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo, pregunta si se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones con parejas ocasionales dentro de un período determinado, está sujeto a sesgos de memoria. La tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático

Indicador Proxy:

Datos Actuales:

Mujeres		Hombres	
Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas y reportó el uso del condón durante la última relación sexual*	Edades	Porcentaje que tuvo 2+ parejas y reportó el uso del condón durante la última relación sexual*
15-24	33.9	15-24	61.8
15-19	37.1	15-19	71.6
20-24	31.4	20-24	56.7
25-29	41.0	25-29	44.9
30-39	34.4	30-39	33.9
40-49	23.5	40-49	26.4

* Entre los que tuvieron más de dos parejas

ENDESA 2007

ENDESA
2007

**PARA COMPARAR CON ENDESA
2002**

Mujeres		Hombres	
Edades	Porcentaje que reportó el uso del condón durante la última relación sexual de alto riesgo	Edades	Porcentaje que reportó el uso del condón durante la última relación sexual de alto riesgo
15-24	43.8	15-24	70.0
15-19	46.3	15-19	71.4
20-24	42.1	20-24	68.9
25-29	42.9	25-29	68.1
30-39	37.2	30-39	69.0
40-49	22.0	40-49	64.8

ENDESA 2007

**ENDESA
2007**

Observaciones Plenitud:

- Información disponible en ENDESA 2007, pero hay incongruencias en la definición de alto riesgo (más de una persona o dos o más). Esto hay que modificarlo.
- El numerador se responde con las preguntas:
Cuestionario de Mujeres pregunta #628 ¿La última vez que tuvo relación sexual uso el condón?
Cuestionario de hombres pregunta # 222 ¿La última vez que tuvo relación sexual (penúltima, antepenúltima) uso el condón?

Datos Previos: UNGASS 2006. % de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que declaran haber usado el preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una persona con las que no vivían ni estaban casados
Mujeres 29% Hombres 52%

Fuentes de Información Consultadas:

Endesa 2002 / 2007

Responsables:

Comité para informe UNGAS de COPRESIDA

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas:

Recomendaciones para próximas medición:

Conocimiento y comportamiento							
Número 18. Los profesionales del sexo: uso del preservativo							
Nombre del Indicador:	Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente						
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						
Meta de Acceso Universal 2010:							
Otras Metas:							
Instrumentos y Método de Medición	Encuestas especiales						
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente en los últimos 12 meses						
Denominador:	Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses						
Frecuencia	Bienal						
Interpretación:	El indicador actual sobreestima el grado de uso sistemático del preservativo. Sin embargo, el método alternativo, pregunta si se usa el preservativo siempre, a veces o nunca en las relaciones con parejas ocasionales dentro de un período determinado, está sujeto a sesgos de memoria. Además la tendencia al uso del preservativo durante el acto sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe.						
Indicador Proxy:	Pregunta (#233) Hombres. La última vez que le pagó a alguien para tener una relación sexual uso condón Esta pregunta puede usarse para triangularse con el estudio de TRSX Para discutir ver cuadro de Endesa 7.2.1 % que uso condón durante la última relación de alto riesgo						
Datos Actuales:	<p style="text-align: center;">Uso preservativo con último cliente</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Población</th> <th style="text-align: right;">Uso preservativo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRSX</td> <td style="text-align: right;">96%</td> </tr> <tr> <td>GTH</td> <td style="text-align: right;">86%</td> </tr> </tbody> </table> <p>FUENTE: USAID-CONECTA</p>	Población	Uso preservativo	TRSX	96%	GTH	86%
Población	Uso preservativo						
TRSX	96%						
GTH	86%						
Observaciones Plenitud:	Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (>25; 25+). Se sugiere tener en cuenta el sexo transaccional que será recogido en la ENDESA, así como la especificación en caso de explotación sexual.						
Datos Previos:	Este indicador no fue reportado en UNGASS 2006						
Fuentes de Información Consultadas:	*Proyecto Delta. USAID/Conecta Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional						

(USAID) Grupo Plame 2004. Encuesta de Comportamiento CCAP con trabajadoras Sexuales. Centro de Orientación e Investigación Integral –COIN- y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana –CEPROSH1.
Responsables: Coalición ONGSIDA, UNICEF (Se sugiere investigar con: COIN, MODEMU, CEPROSH, PSI)
Validación (sí o no)
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas
Comentarios / Observaciones Ver información suministrada en las intervenciones de Transsa, Henry Mercedes suministra información. Leo Sánchez, propone desagregar la información según GTH.

Conocimiento y comportamiento

Número 19. Varones que tienen relaciones sexuales con varones: uso del preservativo

Nombre del Indicador:

Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina

Objetivo:

Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los varones que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas

Meta de Acceso Universal 2010:**Otras Metas:****Instrumentos y Método de Medición**

Encuestas especiales

En una encuesta de comportamiento de una muestra de varones que tienen relaciones sexuales con varones

Numerador:

Numero de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el ultimo coito anal

Denominador:

Número de entrevistados que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses.

Frecuencia

Bienal

Interpretación:

Entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, el uso del preservativo durante el último coito anal con cualquier pareja ofrece una buena indicación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas en esta población

Este indicador no aporta ninguna información sobre el comportamiento de riesgo en las relaciones sexuales con mujeres de los varones que tienen relaciones sexuales con personas de ambos sexos.

En los países en los que es probable que los varones de la subpoblación examinada tengan parejas de ambos sexos, debe investigarse el uso de preservativo tanto en mujeres como con varones.

Los datos sobre el uso del preservativo se presentarán siempre por separados respecto a las parejas masculinas y femeninas.

Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe.

Datos Actuales:**Preservativo en último coito anal con pareja masculina**

Población	%	Muestra	Año
GTH	79%	597	2004

FUENTE: USAID-CONECTA, Estudio Delta

Datos Previos:**Fuentes de Información Consultadas:**

Proyecto Delta. USAID. CONECTA. Identificación y descripción de conocimientos, actitudes, creencias y comportamiento de riesgo para la transmisión del VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana.

Responsables:

ASA, USAID/CONECTA (HSH 2004)

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Comentarios / Observaciones

Hilary, propone utilizar los datos que posee ASA sobre diferentes estudios que nos daría una tendencia en el comportamiento de este indicador.

Conocimiento y comportamiento	
Número 20. Consumidores de drogas inyectables: uso del preservativo	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.
Objetivo:	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión del VIH
Meta de Acceso Universal 2010:	
Otras Metas:	
Instrumentos de Medición y Método:	Encuestas especiales Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente serie de preguntas
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual
Denominador:	Número de entrevistados que declara haber tenido relaciones sexuales en el último mes
Frecuencia	Bienal
Interpretación:	Encuestar a consumidores de drogas inyectables puede ser difícil. Por esta razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población de consumidores de drogas inyectables. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta. La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe. El alcance de la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables en un país depende de 4 factores: i) la magnitud, fase y tendencia de la propagación de la epidemia nacional de SIDA; ii) la magnitud del consumo de drogas inyectables; iii) el grado en que los consumidores de drogas inyectables utilizan equipo de inyección contaminado; y iv) las tendencias de promiscuidad sexual y uso de preservativo. Este indicador brinda información parcial sobre el cuarto factor.
Indicador Proxy.	
Datos Actuales:	No hay datos sobre este indicador
Observaciones Plenitud:	Pendiente conseguir información.
Otros comentarios:	Se sugiere tener en cuenta el sexo transaccional que será recogido en la ENDESA 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
Datos Previos:	No hay datos previos
Fuentes de Información Consultadas:	
Responsables:	Estudio realizado por USAID en D.N. sobre relación entre uso de drogas y relaciones sexuales. USAID/CONNECTA (William Duke), ONUSIDA, Coalición ONGSIDA. Contactos con ONGs:

Informaciones Hogares Crea, Casa abierta, Narcóticos anónimos, INDESUI, Consejo Nacional de Drogas.
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas
Recomendaciones para próximas medición

Conocimiento y comportamiento	
Número 21. Los consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó
Objetivo:	Evaluar los progresos logrados en la prevención de la transmisión del VIH asociada al consumo de drogas inyectables
Meta de Acceso Universal 2010:	
Otras Metas:	
Instrumentos y Método de Medición	Encuestas especiales
Numerador:	Número de entrevistados que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas
Denominador:	Número de entrevistados que declara haberse inyectado drogas durante el último mes
Frecuencia	Bienal
Interpretación:	<p>Encuestar a consumidores de drogas inyectables puede ser difícil. Por esta razón, los datos obtenidos podrían no basarse en una muestra nacional representativa de la población de consumidores de drogas inyectables. Si preocupa que los datos no se basen en una muestra representativa, dicha preocupación debe reflejarse en la interpretación de los datos de la encuesta.</p> <p>La información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad y cualquier otro problema relacionado deben incluirse en el informe.</p> <p>El alcance de la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables en un país depende de 4 factores: i) la magnitud, fase y tendencia de la propagación de la epidemia nacional de SIDA; ii) la magnitud del consumo de drogas inyectables; iii) el grado en que los consumidores de drogas inyectables utilizan equipo de inyección contaminado; y iv) las tendencias de promiscuidad sexual y uso de preservativo. Este indicador brinda información parcial sobre el cuarto factor.</p>
Indicador Proxy:	
Datos Actuales:	No hay datos sobre este indicador
Observaciones Plenitud:	Pendiente conseguir información.
Otros comentarios:	<p>Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (>25; 25+).</p> <p>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</p> <p>El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial</p>
Datos Previos:	No hay datos previos
Fuentes de Información Consultadas:	
Responsables:	<p>Coalición ONGSIDA.</p> <p>Coalición ONGSIDA. Contactos con ONGs:</p> <p>Informaciones de Hogares Crea, Casa abierta, Narcóticos anónimos, INDESUI, Consejo Nacional de Drogas.</p>
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas	
Recomendaciones para próximas medición	

Impacto

Número 22: Reducción de la prevalencia del VIH

Nombre del Indicador:

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH.

Objetivo:

Evaluar los progresos logrados por la reducción de la infección por el VIH

Meta de Acceso Universal:

Otras Metas:

Objetivo mundial: reducción en un 25%

Instrumentos de Medición y Método

ENDESA

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

Frecuencia

Cada 5 años

Interpretación:

La prevalencia del VIH a cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que se han infectado por el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido, expresadas como porcentaje del número total de personas vivas a esa edad. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración promedio de la infección es prolongada

Los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos más vulnerables y la mortalidad creciente, más que los cambios de comportamiento. En los jóvenes las tendencias en la prevalencia del VIH son un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 19 años.

En los países en que la primera relación sexual ocurre a edad más avanzada o los niveles de anticoncepción son altos, la prevalencia del VIH en embarazadas de 15 a 24 años difiere de la correspondiente al total de mujeres del mismo grupo de edad.

Este indicador proporciona una estimación bastante correcta de las tendencias relativamente recientes de la infección por el VIH en lugares donde la epidemia se propaga sobre todo por vía heterosexual.

Un número creciente de países está aplicando las pruebas del VIH como parte de las encuestas demográficas. Siempre que estén disponibles, los resultados de la encuesta deben incluirse en el informe presentado con este indicador

Datos Actuales:

Prevalencia de VIH en población joven de 15 a 24 años, 2001 - 2007

Porcentaje VIH+	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de 15 a 24 años	0.56	0.54	0.52	0.51	0.49	0.46	0.43
- Hombres	0.31	0.3	0.28	0.27	0.26	0.27	0.29
- Mujeres	0.8	0.78	0.76	0.74	0.72	0.64	0.57

Porcentaje VIH+	2002	2007
Total de 15 a 24 años	0.6	0.3
- Mujeres	0.7	0.4
- Hombres	0.4	0.2

FUENTE: ENDESA

Datos Previos:
ENDESA 2002

Fuentes de Información Consultadas:
ENDESA 2002 / ENDESA 2007

Responsables:
COPRESIDA, DIGECITSS

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Comentarios / Observaciones

Impacto

Número 23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH

Nombre del Indicador:

Porcentaje de poblaciones priorizadas infectadas por el VIH.

Objetivo:

Evaluar los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones priorizadas

Meta de Acceso Universal 2010:

Otras Metas:

Instrumentos de Medición y Método

Directrices para la vigilancia del VIH de segunda generación del Encuestas especiales

Numerador:

Número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH.

Denominador:

Número de miembros de poblaciones priorizadas que se sometieron a la prueba del VIH

Frecuencia

Anual

Interpretación:

Debido a las dificultades que plantea el acceso a las poblaciones más expuestas, es probable que los sesgos en los datos de serovigilancia sean mucho más importantes que los datos de una población más generalizada, como las mujeres que acuden a dispensarios de atención prenatal. Si existen dudas acerca de los datos, estas dudas deberán reflejarse en la interpretación.

Para la interpretación de este indicador resulta esencial una comprensión de cómo se relaciona la población de la muestra con cualquier población mayor que presente comportamiento de riesgos similares. El periodo durante el cual las personas han pertenecido a una población más expuesta se relaciona más estrechamente que la edad con el riesgo de contraer el VIH. Por tanto, es aconsejable no limitar el análisis a los jóvenes, sino también informar de otros grupos de edad.

Las tendencias en la prevalencia del VIH en las poblaciones más expuesta de la capital son una indicación útil del desempeño del programa de prevención del VIH en esa ciudad. Sin embargo, no serán representativas de la situación del país en su totalidad.

Datos Actuales:

Prevalencia de VIH en poblaciones más expuestas

Población Expuesta	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mujeres	1.217	1.182	1.144	1.106	1.070	0.998	0.936
Jóvenes	0.56	0.54	0.52	0.51	0.49	0.46	0.43
- Hombres	0.31	0.3	0.28	0.27	0.26	0.27	0.29
- Mujeres	0.8	0.78	0.76	0.74	0.72	0.64	0.57
Bateyes		5.0					3.2
- Hombres		4.8					3.3
- Mujeres		5.2					3.1
HSH				11.0			
TRSX						2.7	
PPL							2.2
Migrantes haitianos				1.3			

FUENTE: Estimaciones de Prevalencia según ENDESA e Informe de Vigilancia Centinela DIGECITSS.

GTH: USAID-CONECTA, Estudio Delta; TRSX: Estudio Centinela 2006, DIGECITS/USAID-CONECTA.

VIH en zonas altamente pobladas por migrantes haitianos. República Dominicana. 2005

Tamizaje de PPL realizado en las Cárceles

	Pruebas	Población	Positivos	Prevalencia
La Victoria	1500	4561	35	2.33
Najayo Hombre	700	900	12	1.71
Najayo Mujer	200	200	1	0.50
San Pedro de Macorís	600	800	10	1.67
El Seibo	700	900	25	3.57
Total	3700	7361	83	2.24
Porcentaje tamizado	50.26491			

Información reportada por el componente de Cárceles
 Tamizaje realizado por el sistema nacional de Vigilancia epidemiológica

Datos Previos:
 No disponibles

Fuentes de Información Consultadas:

- ENDESA 2002 y 2007
- Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA en Trabajadores Sexuales, República Dominicana, 2004. Elaborado por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos para el Proyecto CONECTA, Family Health International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Proyecto Delta. USAID. CONECTA. Identificación y descripción de conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión de VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana, 2004. Informe Final. Preparado por José Toro-Alfonso y Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM).
- Leonardo Martínez Abreu, Análisis de la Situación del VIH en el Batey 2005
- Línea Basal Conocimientos, Actitudes y Prácticas relativas al VIH-SIDA en 15 bateyes de la República Dominicana, Christian Aid / Progressio

Responsables:

Jóvenes, mujeres y bateyes. COPRESIDA
 GTH: ASA/USAID/CONECTA, DIGECITSS
 Migrantes COPRESIDA
 Niñez. UNICEF
 TRSXDIGECITSS
 Discapacidades COPRESIDA, CIMUDIS (Contactar con Cristina Fco.)
 Personas privadas de su libertad (Dra. Amador, COPRESIDA)

Validación (sí o no)

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas:

Observaciones / Comentarios / Recomendaciones para próxima medición:

- PPL – DE 5 DE 39 CARCELES, HAN SIDO INTERVENIDAS, DE LAS CUALES EL 50% DE LA POBLACION CARCELARIA HA SIDO TAMIZADA, RESULTANDO UNA PREVALENCIA DE 2.24%, 2006/2007 (Dra. Nurys Amador – DIRECCION GENERAL DE PRISIONES [encargado de suministrar la información]). INTERVENIDAS: 200 MUJERES (DIGECITSS – encargado de suministrar la información).

- LIC. RACHEL ADAMES Y DRA. FIGUEROA ENCARGADAS DE SUMINISTRAR LA INFORMACION POR EDAD Y SEXO.
- 14,856 – POBLACION CARCELARIA (23 NOV/2007).
- NIÑEZ – NO EXISTE UNA PREVALENCIA PROPIAMENTE DICHA, SE UTILIZARA LA RESULTANTE DEL TALLER DE ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DEL 2007; POR LO CUAL UTILIZAREMOS EL PORCENTAJE QUE SE ESTIMA NO SE VA A SEROCONVERTIR: 0.11%, PARA EL AÑO 2007. VERIFICAR EL TAMEZAJE DE LOS NINOS DEL PNRTV
- DISCAPACIDAD: NO HAY NADA.

Impacto

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

Nombre del Indicador:

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.

Objetivo:

Evaluar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretrovírica

Meta de Acceso Universal 2010:**Otras Metas:****Instrumentos de Medición y Método**

Instrumentos de vigilancia del programa

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 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

Frecuencia

Mensual. Los datos de los cohortes mensuales que han completado por lo menos 12 meses de tratamiento deben entonces agruparse

Interpretación:

A nivel del establecimiento de salud, el número de adultos y niños en terapia antirretrovírica a los 12 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del periodo de 12 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo periodo, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, a nivel del establecimiento, estos últimos no se incluirán en el numerador ni en el denominador. De la misma forma, los primeros se tendrán en cuenta tanto para el numerador como para el denominador. A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debe cuadrar con el número de pacientes excluidos. Por lo tanto, la cohorte neta actual a los 12 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 12 meses antes.

El uso de este denominador puede subestimar la "supervivencia" real, puesto que una proporción de los pacientes perdidos para el seguimiento están vivos. El número de personas con vida y en terapia antirretrovírica en una cohorte de tratamiento queda reflejado aquí.

Indicador Proxy:**Datos Actuales:**

	Infantil	Adultos
Numerador	461	6635
Denominador	520	7343
%	88.65	90.36

Datos Previos:**Medición Intermedia****Fuentes de Información Consultadas:**

DIGECITSS

Responsables:

DIGECITSS (Yordana Dolores/ Omar Hernández), COPRESIDA (Tessie Caballero)

Comentarios

Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (>25; 25+).

El período de información se define como cualquier período continuo de 12 meses comprendido dentro de un número predefinido de meses desde la presentación de informe

El numerador no requiere que los pacientes hayan estado en terapia antirretrovírica de forma constante durante los 12 meses del período. Por el contrario, los pacientes que han fallecido, dejado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 12 meses del comienzo del tratamiento no se incluyen en el numerador

Se sugiere análisis de la información recogida en el CIAI para determinar % de pacientes que ha continuado con el tto. más de 12 meses. Datos podrían ser recogidos hasta junio 2007.

Observaciones:

Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas

Recomendaciones para próximas medición

Indicador propuesto por el país
Nombre del Indicador: Porcentaje de hijos e hijas de madres VIH+ que acceden a la prueba PCR.
Objetivo: Identificar los niños y niñas a fin de evaluar y tratar su seroconversión
Meta de Acceso Universal 2010:
Otras Metas:
Instrumentos de Medición y Método
Numerador:
Denominador:
Frecuencia
Interpretación:
Datos Actuales: A continuación detallamos los niños que han sido captados por el programa nacional para evaluar su seroconversión: <ul style="list-style-type: none"> • Para el 2005 se evaluaron a 198 niños y de estos 16 resultaron positivos. • Para el 2006 se evaluaron 234 niños y niñas, de los cuales, 15 resultaron positivos. • Para el 2007 95 niños fueron evaluados, de los cuales, 8 resultaron positivos.
Datos Previos:
Medición Intermedia
Fuentes de Información Consultadas:
Responsables: DIGECITSS, Fundación Clinton
Comentarios Fuentes de información: Fundación Clinton, laboratorio nacional y laboratorio de Referencia.
Observaciones:
Experiencias y lineamientos del país para cubrir brechas identificadas
Recomendaciones para próximas medición