



República Dominicana

**INFORME NACIONAL SOBRE LOS AVANCES
EN LA RESPUESTA AL SIDA
SEGUIMIENTO A LA DECLARACIÓN POLÍTICA DE LAS NACIONES UNIDAS
SOBRE EL VIH Y EL SIDA, 2011**

Fecha de Presentación: 31 de marzo de 2014

**Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional
República Dominicana**

Índice

I. Marco Elaboración Informes de País sobre los Avances en la Respuesta al VIH.....	4
II. Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS.....	5
III. Panorama General del VIH y el SIDA.....	7
IV. Respuesta Nacional al VIH y al SIDA.....	8
Objetivo I: Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015.....	16
<i>Población General</i>	
1.1. Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH	
1.2. Relaciones sexuales antes de los 15 años	
1.3. Múltiples parejas sexuales	
1.4. Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	
1.5. Las pruebas del VIH en la población general	
1.6. La prevalencia del VIH entre los jóvenes	
<i>Profesionales del Sexo</i>	
1.7. Profesionales del sexo: programas de prevención	
1.8. Profesionales del sexo: uso del preservativo	
1.9. Las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo	
1.10. Prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo	
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	
1.11. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención	
1.12. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	
1.13. Las pruebas del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
1.14. La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	
Objetivo 2: Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015.....	27
2.1. Personas que se inyectan drogas: programas de prevención	
2.2. Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo	
2.3. Personas que se inyectan drogas: prácticas de inyección seguras	
2.4. Las pruebas del VIH entre los personas usuarias de drogas inyectables	
2.5. Prevalencia del VIH entre los personas usuarias de drogas inyectables	
Objetivo 3: Eliminar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.....	28
3.1. Prevención de la transmisión maternoinfantil	
3.1a Prevención de la transmisión maternoinfantil durante la lactancia materna	
3.2. Diagnóstico infantil precoz	
3.3. Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)	

Objetivo 4: Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para 2015.....	29
4.1. Tratamiento del VIH: Terapia antirretrovírica	
4.2. Retención en la terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento	
Objetivo 5: Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el 2015.....	30
5.1. Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH	
Objetivo 6: Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22,000 a 24,000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios.....	30
6.1. Gasto relativo al sida	
Objetivo 7: Eliminar las desigualdades de género.....	31
7.1 Prevalencia de violencia por parte de la pareja íntima reciente	
Objetivo 8: Erradicar el estigma y la discriminación.....	32
8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH	32
Objetivo 9: Eliminar las restricciones a los viajes.....	33
Objetivo 10: Fortalecer la integración del VIH.....	33
10.1 Asistencia escolar por parte de los huérfanos	
10.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres	
V. Monitoreo y Evaluación.....	37

I. Marco Elaboración Informes de País sobre los Avances en la Respuesta al VIH

La Declaración Política sobre el VIH y el sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, 2011, se edifica sobre dos instrumentos jurídicos internacionales previos: la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006. La Declaración de 2001 hacía referencia al consenso mundial sobre la necesidad de alcanzar el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM): detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/sida para 2015 y la necesidad de emprender una acción multisectorial a nivel internacional, regional y nacional para prevenir nuevas infecciones por el VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. La Declaración Política de 2006 reconocía la necesidad imperiosa de lograr acceso universal al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

La Declaración de Compromiso de 2001 defiende la importancia de la integración del sector gubernamental, del sector privado, de los grupos sindicales, de las organizaciones religiosas y no gubernamentales, así como de otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH, y enfatiza que el éxito en la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA se mide a través del logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. Es por ello que se insta a los países a realizar un seguimiento cercano al progreso en la implementación de los compromisos establecidos, por lo que se promueve la elaboración de Informes que documenten estos progresos, así como los obstáculos, los retos y las recomendaciones para avanzar en el logro de las metas.

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

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

Estos objetivos se expresan en treinta y un (31) Indicadores clave, distribuidos en diez (10) Objetivos.

II. Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS

Desde el año 2006, la República Dominicana cuenta con el Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS, compuesto por entidades gubernamentales y no gubernamentales que participan en la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, así como agencias de cooperación internacional. Se reúne periódicamente, para la elaboración de los Informes de País sobre los Avances en la Respuesta al VIH; para conocer las Directrices del ONUSIDA, analizar los Indicadores, el contenido de la parte narrativa del Informe, los cuestionarios del ICPN, así como la metodología a ser utilizada.

En el marco de la elaboración del Informe de País sobre los Avances en la Respuesta al VIH, 2014, fueron invitadas a participar en las reuniones del Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS, las siguientes instituciones:

No.	TIPO DE ENTIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	RADIO DE ACCIÓN
1	Entidad Gubernamental	Ministerio de Educación (MINERD)	Educación
2		Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)	Economía, Planificación y Desarrollo
3		Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP)	Salud
4		Ministerio de Trabajo - Unidad Técnico Laboral de Atención Integral (UTELAIN)	Trabajo
5		Procuraduría General de la República Dominicana (PGR)	Justicia
6		Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA)	Coordinación de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA
7		Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)	Programa Nacional de VIH y SIDA
8	Organización No Gubernamental	Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA)	Personas que viven con VIH+
9		Amigos Siempre Amigos (ASA)	Gays, Trans y otros Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
10		Centro de Investigación y Apoyo Cultural (CIAC)	Habitantes de Bateyes Migrantes
11		Centro de Orientación Integral (COIN)	Trabajadoras sexuales Personas usuarias de drogas
12		Coalición ONGSIDA	Todos los sectores de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA
13		Colectiva Mujer y Salud	Mujeres
14		El Mesón de Dios	Personas usuarias de drogas
15		Fundación de Reducción de Daños (FUNDOREDADA)	Personas usuarias de drogas
16		Fundación Red de Jóvenes Unidos de Guachupita (FURJUG)	Jóvenes Personas usuarias de drogas
17		Hogar Crea Inc.	Personas usuarias de drogas

18		Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de la Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" (IDCP)	Todos los sectores de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA
19		Movimiento de Mujeres Unidas (MODEMU)	Trabajadoras sexuales
20		Movimiento Sociocultural para los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA) Alianza de Migrantes	Migrantes Habitantes de bateyes
21		Red Dominicana de Personas que Viven con VIH+ (REDOVIH+)	Personas que viven con VIH+
22	Organismos Internacionales	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y la Cooperación Internacional (USAID)	
23		Center for Diseases Control (CDC)	
24		Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA)	
25		Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	
26		Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	
27		Organización Panamericana de la Salud (OPS)	

Para la recopilación y validación de los datos de los cuestionarios del ICPN -Parte A y Parte B-, se identificaron las organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, tomando en cuenta su ámbito de actuación y su grado de participación en la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA; se les remitieron las Directrices del ONUSIDA y el cuestionario correspondiente; se seleccionó a dos (2) organizaciones, una gubernamental y otra no gubernamental, Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) e Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" (IDCP), para dar apoyo, seguimiento y acompañamiento a: la remisión y recepción de las comunicaciones, la designación del personal responsable de completar los cuestionarios y al llenado y a la devolución de los mismos para su sistematización y análisis por parte del equipo técnico designado para tales fines.

Los representantes de la DIGECITSS y del IDCP, trabajaron en estrecha vinculación con el equipo técnico coordinador del proceso, que, conjuntamente con el ONUSIDA, brindó todo el apoyo requerido. Una vez completados los cuestionarios, se les solicitó a los representantes de las diversas entidades, su registro como lectores en la herramienta online, para visualizar la información insertada y externar las observaciones de lugar; garantizando así que el proceso sea participativo, democrático y transparente.

Agotadas las fases anteriormente descritas, los resultados del ICPN fueron dados a conocer y validados, en el marco de la última reunión del Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS, previo a la remisión del Informe de País, oportunamente, en el plazo establecido por el ONUSIDA.

Para la elaboración del Informe de País sobre los Avances en la Respuesta al VIH, 2014, el Comité Nacional de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS, elaboró y validó una Ruta Crítica, contentiva de las acciones a ser realizadas durante el proceso. Como parte de dicha Ruta Crítica, el Comité realizó un total de catorce (14) jornadas, de dos (2) horas de duración cada una, en la que cada uno de los integrantes del Comité tenían la oportunidad de expresar sus inquietudes, sugerencias y cualquier otra información relacionada con el proceso.

De igual forma, en el marco de dichas jornadas, se les proveyó a los participantes en el marco de las reuniones del Comité, de las pautas necesarias para su registro y acceso, como lectores de datos, en la herramienta online provista por el ONUSIDA, con el objetivo de asegurar que las informaciones consignadas en dicha herramienta, fueran del dominio de todos los involucrados, los cuales tuvieron la oportunidad de emitir sus observaciones, lo que garantiza un proceso transparente, participativo y democrático.

Dichas pautas fueron provistas, además, a todas aquellas entidades a las que les fue solicitado el llenado de los cuestionarios del ICPN, para, de igual manera, asegurar que los mismos pudieran supervisar los datos introducidos y externar cualquier inquietud sobre el particular.

III. Panorama General del VIH y el SIDA

Contexto Internacional

Durante el año 2013, se estima que hubo en el planeta 2.3 millones de nuevas infecciones de VIH y que se produjeron más de 1.7 millones de fallecimientos por el SIDA.

De los 35.3 millones de personas que se estimó que vivían con la condición de salud ese año, el 69% vive en África subsahariana. De acuerdo al ONUSIDA¹, el Caribe es la segunda región del mundo más afectada por el VIH y el SIDA después del África Subsahariana, con una tasa de prevalencia de 1%². El 85% de las personas que vive con VIH o con sida (PVVS) en la región, habita en Haití y en la República Dominicana, lo que nos obliga a tomar acciones efectivas para contrarrestar el avance de la epidemia.

Contexto Nacional

En el año 2013 la epidemia del VIH en República Dominicana sigue mostrando una tendencia a la estabilidad. El número estimado de PVVS en el país para el 2013, es de alrededor de 43,984.

A partir de los primeros casos notificados en la República Dominicana a principios de los años 80, la epidemia del VIH fue aumentando hasta alcanzar su pico en el año 2001. A partir de dicho año, se muestra una ligera disminución hasta el año 2005; de ahí en adelante se percibe una tendencia a la estabilidad.

La Vigilancia Centinela se desarrolla en el país, desde el año 1991, en tres (3) grupos poblacionales: embarazadas, pacientes que demandan atención por una infección de transmisión sexual (ITS) y trabajadoras sexuales. En el año 2002, la República Dominicana realizó, en el marco de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA, 2002), la primera medición de serología para el VIH en una muestra de 28,000 personas, los resultados mostraron una prevalencia del 1% con un 0.9% en zona urbana y un 1.2% en la zona rural.

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

¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida, Ginebra, 2012.

² Idem, ONUSIDA, 2012.

A partir de la información con que se cuenta en estos últimos años, expertos concluyeron que, en la República Dominicana, la epidemia del VIH y SIDA es de tipo concentrada, debido a que grupos específicos como gays, trans y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, sistemáticamente, manejan prevalencias por encima de un 5%.

La cantidad de PVVS que fueron detectadas en el período 2007-2013, inicia con 2,636 y concluyó con 1,372³ personas. Igualmente, el número estimado de muertes relacionadas con el sida disminuyó, al pasar de 3,388 a 1,339⁴.

IV. Respuesta Nacional al VIH y al SIDA

En la República Dominicana, la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA durante los últimos años, ha estado enmarcada en un proceso de cambios estructurales y funcionales del Sistema Nacional de Salud, que ha dado como resultado la redefinición del abordaje de los temas de salud prioritarios y la reasignación de los roles a las entidades y actores del sector salud.

Este proceso de transformación ha venido a colocar múltiples retos en la agenda política de las instancias responsables de impulsar la reforma de salud del país. Una reforma que parte de la separación de las funciones esenciales de salud pública (rectoría, provisión, aseguramiento y financiación), y con ello el fortalecimiento de cada función por separado. El modelo de descentralización en salud asumido por el país, en su esencia, tiene como mandato la redistribución del poder, a nivel nacional, regional y local.

La Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, de ser un tema gestionado desde la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) - dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP)- y desde el Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA), está evolucionando a ser un tema de salud abordado desde una perspectiva integral y horizontal, que posibilite la prestación de los servicios de prevención, atención y apoyo como parte de la oferta regular de los centros y organizaciones prestadoras de dichos servicios, a fin de romper con las barreras de acceso, ampliar coberturas, y lograr mayor calidad y efectividad de las intervenciones.

Es importante destacar que en la República Dominicana, la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, ha dejado de ser solamente un tema de salud, ya que su mirada y abordaje trascienden el interés propiamente sanitario, y por ende los servicios de prevención, atención y apoyo, ya que la conceptualización y gestión misma de la Respuesta Nacional incluye otros sectores y actores. Este carácter multisectorial invita a tener un abordaje más incluyente de otros temas de desarrollo, como educación y trabajo, por citar algunos ejemplos.

En el marco de la nueva Ley de VIH y SIDA se crea el Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA), en sustitución del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), como organismo multisectorial y de carácter estratégico, adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), responsable de coordinar y conducir la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA de la República Dominicana.

³ CONAVIHSIDA - DIGECITSS (2011). Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, 2011.

⁴ Idem.

Funciones del CONAVIHSIDA:

1. Coordinar y conducir la Respuesta Nacional al VIH/sida de la República Dominicana, estrategia de país para mitigar el impacto de la epidemia.
2. Elaborar los lineamientos estratégicos que orienten las políticas, los planes y programas nacionales de la Respuesta Nacional al VIH/sida.
3. Establecer un sistema de coordinación efectiva a través de estrategias multisectoriales, entre sus miembros, otras instituciones públicas, asociaciones sin fines de lucro y de la sociedad civil, sector empresarial, organismos y agencias nacionales e internacionales de cooperación técnica y financiera que trabajen en el área del VIH/sida, a fin de evitar la dispersión, duplicidad de esfuerzos, de recursos humanos y materiales.
4. Dar seguimiento, por intermedio de su Dirección Ejecutiva, a los avances y propuestas nacionales e internacionales en materia de control, prevención, atención e investigación en el área del VIH/sida.
5. Desarrollar una estrategia que incorpore una visión de equidad entre los géneros, de respeto a la cultura y estilos de vida, así como a la diversidad sexual, en la cual participen todos los actores sociales vinculados e interesados en la Respuesta Nacional al VIH/sida.
6. Elaborar y someter la propuesta de presupuesto para la sostenibilidad financiera de la Respuesta Nacional al VIH/sida, a fin de que pueda ser incluida en la Ley de Presupuesto General del Estado.
7. Gestionar, canalizar y distribuir recursos humanos y financieros provenientes de préstamos y de donaciones nacionales e internacionales, dirigidos a fortalecer la Respuesta Nacional al VIH/sida.
8. Elaborar su reglamento interno.
9. Coordinar con las diferentes instituciones públicas, las asociaciones sin fines de lucro, las organizaciones de la sociedad civil, del sector empresarial, entre otras, la implementación de campañas de Información, Educación y Comunicación (IEC), para la prevención de la transmisión del VIH, del discrimen de que son objeto las personas con el VIH o con sida, a través de medios masivos de comunicación.
10. Promover la difusión de la ley y su reglamento de aplicación, en coordinación con las demás instituciones públicas, las asociaciones sin fines de lucro, la sociedad civil, el sector empresarial.
11. Dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los compromisos internacionales que, en materia de VIH/sida, asuma el Estado.

Miembros del CONAVIHSIDA

1. Ministro (a) de Salud Pública y Asistencia Social (Presidencia).
2. Ministro (a) de Economía, Planificación y Desarrollo.
3. Ministro (a) de Educación.
4. Ministra de la Mujer.
5. Ministro (a) de Trabajo.
6. Ministro (a) de la Juventud.
7. Ministro (a) de Educación Superior Ciencia y Tecnología.
8. Director (a) Ejecutivo (a) del Seguro Nacional de Salud (SENASA).
9. Director (a) Ejecutivo (a) del Programa de Medicamentos Esenciales/Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL).
10. Un o una representante de las asociaciones sin fines de lucro de personas con el VIH o con SIDA.

11. Un o una representante de las asociaciones sin fines de lucro de hombres gay, transexuales, transgénero y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (GTH).
12. Un o una representante de las asociaciones sin fines de lucro del sector de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
13. Un o una representante de la asociación sin fines de lucro de mujeres.
14. Un o una representante de la Coalición ONGSIDA.
15. Un o una representante de organizaciones del sector empleador privado.
16. Un o una representante de organizaciones del sector trabajador.
17. Un o una representante del Colegio Médico Dominicano.

Se cuenta con un amplio grupo de organizaciones de la sociedad civil que desarrolla programas y proyectos en materia de VIH y sida, incluyendo las Redes de PVVS como principales activistas y la Coalición de ONG del Área de SIDA, consorcio representativo de, aproximadamente, 47 asociaciones sin fines de lucro con misión en este campo. Adicionalmente, las agencias y organismos de cooperación que brindan asistencia técnica y financiera y otras instancias gubernamentales y del sector privado que, como miembros del CONAVIHSIDA, participan en estos procesos.

En términos organizativos y legales, el país cuenta con instituciones públicas y privadas, así como espacios multisectoriales de participación, que respaldan la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, además de que dispone de una nueva Ley de SIDA⁵ que honra los principios básicos de la Constitución de la República, en cuanto al respeto de los derechos de los ciudadanos en igualdad de condiciones y sin discriminación alguna, e incorpora temas que responden a demandas de las PVVS y que favorecen el respeto de sus derechos. Existen otros instrumentos que sirven de respaldo a la Ley No.135-11 de VIH y SIDA, como por ejemplo la Ley 42-01 General de Salud y la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social, y sus respectivos reglamentos de aplicación.

El país cuenta con un Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA (PEN), que cubre el período 2007-2015⁶. Este plan es el resultado de un proceso de construcción colectiva, con la participación de todos los sectores y actores que forman parte de la Respuesta Nacional. Sin embargo, diferentes cambios en el contexto y determinantes de la epidemia han llevado a una revisión del PEN, este proceso inició a finales del año 2013 y se espera culmine en mayo de 2014.

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

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

⁶ El Plan tiene cuatro (4) ejes estratégicos: Políticas Públicas, Movilización Social, Promoción y Prevención, y Atención Integral.

Iniciativas Impulsadas en el marco de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA

Diálogo Nacional sobre VIH y Derecho

En el mes de junio del año 2013, el CONAVIHSIDA celebró el Primer Diálogo Nacional sobre VIH y Derecho. La actividad contó con los auspicios del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En este escenario, se presentaron cincuenta (50) casos que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de las PVVS y personas vulnerables al VIH.

El Dialogo Nacional puso frente a frente, en la misma mesa discusión, a funcionarios y PVVS para tratar los problemas relacionados con la atención, el acceso a la educación, la calidad de los servicios, el ámbito laboral y hasta la religión, entre otros temas.

Con la participación de cincuenta y tres (53) representantes de la sociedad civil, cuarenta y ocho (48) funcionarios del gobierno, seis (6) de agencias de cooperación y más de sesenta (60) personas, entre líderes de la comunidad de PVVS, grupos de apoyo y personas VIH+ que asisten al Programa Nacional de Atención Integral (PNAI), pusieron sobre el tapete historias de estigma y exclusión, que van desde negación de atención médica hasta separación de los centros de trabajo.

Centros de Salud Libres de Discriminación

El CONAVIHSIDA y la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP) firmaron un acuerdo para integrar a los centros privados a la Respuesta Nacional a la epidemia y erradicar el estigma y la discriminación.

En el marco de esa propuesta desde el CONAVIHSIDA se auspició un taller con ochenta (80) dueños de clínicas privadas que se plantearon dejar sus establecimientos libres de discriminación a PVVS.

Adopción de la Política sobre VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo para el sector Zona Franca de la República Dominicana !Llegar a cero en el lugar de trabajo!

La República Dominicana, dando seguimiento a los lineamientos contenidos, entre otros, en su Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015, en la Ley 135-11 de VIH y SIDA y en la Recomendación núm.200 de la OIT; así como a las acciones desarrolladas en el plano local para el fortalecimiento de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA en el ámbito laboral; con el apoyo técnico del Equipo de Trabajo Decente y Oficina de Países de la OIT para América Central, Haití, Panamá y República Dominicana⁷ (en lo sucesivo, Equipo de Trabajo Decente de la OIT) y luego de un profundo análisis que contó con la participación activa de los actores tripartitos, seleccionó al sector zona franca como prioritario para el diseño de la primera política sectorial sobre VIH y SIDA en el lugar de trabajo.

⁷ Anteriormente, Oficina Subregional de la OIT para Centroamérica, Panamá, Haití y República Dominicana.

Para la selección de dicho sector, los actores tripartitos tomaron en cuenta, entre otros criterios, los siguientes:

- ⚖️ Empresas claramente definidas e identificadas⁸;
- ⚖️ Cantidad de trabajadores que convergen en las mismas, puesto que es uno de los sectores que mayor número de empleos directos genera en la economía de la República Dominicana⁹;
- ⚖️ Rango de edad de dichos trabajadores, en el que se encuentran incluidos las mujeres y los hombres que, en la ENDESA, 2007, evidenciaron una mayor prevalencia de VIH¹⁰;
- ⚖️ Gran número de obreros que laboran en las mismas¹¹, lo que implica un menor nivel de escolaridad y por ende una mayor probabilidad de adquirir el VIH;
- ⚖️ Beneficiarios indirectos¹² que pudieran ser alcanzados con información relacionada con el VIH y el sida, como consecuencia de la implementación de la Política sobre VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo en el sector zona franca;
- ⚖️ Posibilidad de abordar, indirectamente, a los familiares de los trabajadores de las empresas de zona franca, a través de actividades en materia de VIH y sida, que se desarrollen a lo interno de la empresa.

Partiendo de lo anterior, es menester destacar que *"durante el año 2012, el sector zonas francas continuó siendo uno de los sectores que mayor número de empleos directos genera en la economía dominicana. Al finalizar el año, la cantidad de obreros, técnicos y personal administrativo empleados por las zonas francas alcanzó la cifra de 134,226, lo que evidencia un crecimiento de un 7.3% con respecto al año 2011, cuando la cifra ascendió a 125,117 empleos"*.

En cuanto a la cantidad de empresas, el año 2012 finalizó con un total de 584 empresas en operación, las cuales, si las comparamos con las existentes al finalizar el año 2011 (578), arroja un crecimiento relativo de un 1.1%"¹³.

Con la realidad antes descrita, el veinte (20) de diciembre del año dos mil doce (2012), el Ministerio de Trabajo, el Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA), el Consejo Nacional de Zonas Francas de Exportación (CNZFE), la Asociación Dominicana de Zonas Francas (ADOZONA), la Confederación Autónoma Sindical Clasista (CASC), la Unión Nacional de Trabajadores de Zonas Francas (UNATRAZONAS), la Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS), la Federación Dominicana de Trabajadores de Zonas Francas, Industrias Diversas y de Servicios (FEDOTRAZONAS), la Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD), la Federación Nacional de Trabajadores de Zonas Francas, Industrias, Comercio, Servicios y Afines (FENATRAZONAS), y, en calidad de Testigos, la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH+ (REDOVIH+), la Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida /ONUSIDA y el Equipo de Trabajo Decente de la OIT, en un hecho sin precedentes, suscriben la Política sobre VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo para el sector Zona Franca de la República Dominicana !Llegar a cero en el lugar de trabajo! (en lo sucesivo, la Política).

⁸ 578 empresas y 51 parques de zonas francas. Informe Estadístico del Sector de Zonas Francas del CNZFE, 2011.

⁹ 125,117 empleos, entre obreros, técnicos y personal administrativo. Informe Estadístico del Sector de Zonas Francas del CNZFE, 2011.

¹⁰ http://www.cesdem.com/html/prevalencia_de_vih_en_la_republica_dominicana_endesa_2007.pdf.

¹¹ 81% del total de la población trabajadora. Informe Estadístico del Sector de Zonas Francas del CNZFE, 2011.

¹² Pareja e hijos de los trabajadores.

¹³ Informe Estadístico del Sector de Zonas Francas del CNZFE, 2012.

La Política, como se puede apreciar, surge fruto del diálogo tripartito y se enfoca en los principios enunciados en la Recomendación núm.200 de la OIT; con especial énfasis en las acciones de prevención de nuevas infecciones por VIH y de muertes relacionadas al sida en el lugar de trabajo¹⁴. Su objetivo fundamental consiste en *"asegurar el respeto de la dignidad y de los derechos humanos, particularmente el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como de las libertades fundamentales de todos los trabajadores; y erradicar el estigma y la discriminación en el lugar de trabajo, asociados al VIH y al sida"*.

Implementación de la Política

Una vez suscrita la Política y, por vía de consecuencia, adoptada por todos los firmantes; desde las oficinas del Equipo de Trabajo Decente de la OIT en Costa Rica, se inicia el proceso de identificación de recursos y de alternativas viables para el desarrollo de una iniciativa experimental, que sienta las bases para su implementación a nivel nacional; sustentada en un marco jurídico, tanto nacional como internacional, lo que le imprime una garantía de sostenibilidad a las acciones que se ejecuten, en ese ámbito.

Como parte de dicho marco jurídico, hacemos énfasis en las disposiciones contenidas en la Ley No.135-11 sobre VIH y SIDA de la República Dominicana, del siete (7) de junio de dos mil once (2011), que, en su Artículo 38, contempla: *"Educación en los lugares de trabajo. El Ministerio de Administración Pública y el Ministerio de Trabajo, en coordinación con los organismos representativos de trabajadores y empleadores, deben fomentar en todas las empresas públicas y privadas del país, la divulgación de información, educación, y comunicación debida, respecto a los modos de transmisión, prevención, medidas de bioseguridad, acceso a los servicios de salud, estigma, discriminación y los derechos de las personas con el VIH o con SIDA consagrados en la Constitución de la República, en los tratados internacionales, en la presente ley, entre otros.*

De lo anterior se colige que, las empresas deben llevar a cabo los aprestos de lugar para contribuir con la divulgación de información, educación y comunicación debida, en lo concerniente al VIH y al sida, tal como lo establece el artículo de la Ley No.135-11 precedentemente citado; a través de la adopción de Políticas de VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo, en cuyo marco se diseñen programas que contribuyan con la prevención de la expansión de la epidemia y con el consecuente fortalecimiento de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA en el ámbito laboral.

Es así como, luego de agotado un proceso interno y competitivo de presentación de propuestas para tener acceso a recursos propios de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en el mes de agosto del año dos mil trece (2013), se aprueba la Cooperación Técnica de la OIT para la implementación de la Política sobre VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo de la República de Honduras y para el sector Zona Franca de la República Dominicana !Llegar a cero en el lugar de trabajo! (en lo sucesivo, la Cooperación Técnica OIT - República Dominicana), para ser ejecutada durante un período estricto, comprendido entre el primero (1ero.) de septiembre y el treinta y uno (31) de diciembre de ese mismo año.

La Cooperación Técnica OIT - República Dominicana, fue aprobada para *"extender los servicios relacionados al VIH entre la población trabajadora de [la República de] Honduras y de la República Dominicana, de acuerdo a lo establecido en las Política sobre VIH y sida y el mundo del trabajo de ambos países. Se propone un abordaje sectorial que incremente el*

¹⁴ Documento descriptivo Cooperación Técnica OIT - República Dominicana.

acceso a la prevención y atención entre la población trabajadora de la [maquiladora]¹⁵ a los servicios existentes en el país, al tiempo que fortalece las estructuras de salud en los lugares de trabajo. Esta intervención privilegia el acceso a población vulnerable, de manera sostenible y fortaleciendo la participación del sector privado en la respuesta nacional a la epidemia".

Indudablemente que la Cooperación Técnica de la OIT para la implementación de la Política sobre VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo para el sector Zona Franca de la República Dominicana !Llegar a cero en el lugar de trabajo!, le dio un impulso y contribuyó, ostensiblemente, con el fortalecimiento de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA en el ámbito laboral, en la medida en que, entre otros, se logró:

- ✓ La participación de sesenta y siete (67) Puntos Focales identificados y designados por veintidós (22) de las empresas de zona franca identificadas y seleccionadas para ser abordadas en el marco de la Cooperación Técnica OIT - República Dominicana; para un 69.79% y un 91.67%, respectivamente;
- ✓ La remisión de doce (12) Cartas Compromiso para la Adopción e Implementación de la Política sobre VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo para el sector Zona Franca de la República Dominicana !Llegar a cero en el lugar de trabajo! por parte de igual número de empresas, que representa el 54.55% de las empresas abordadas;
- ✓ La remisión de catorce (14) Planes Operativos Anuales (POA) - Actividades de VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo, para un 63.64%. En dichos POA se destaca la inclusión, por iniciativa propia de las empresas, de actividades que conllevan la articulación con otros actores, tales como las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), lo cual es una iniciativa importante en la que se percibe el nivel de entendimiento de las empresas de su rol y del amplio radio de acción que puede abarcar esta iniciativa;
- ✓ La instalación de veinte (20) Lazos de Solidaridad gigantes, en igual número de empresas, provistos por la Cooperación Técnica, en ocasión de la conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el SIDA, el día primero (1ero.) de diciembre; destacándose que la mayoría de dichas empresas decidieron, por motus proprio, mantener el Lazo de Solidaridad gigante instalado permanentemente en su edificación, tomando en cuenta lo simbólico del mismo y la resistencia del material con el que fueron elaborados;;
- ✓ Diseño de la página web <http://www.politicavihsidazonasfrancasrd.com/>, que fungirá como repositorio de información de todas las actividades que se desarrollen a lo interno del sector de las zonas francas, relacionadas con la implementación de la Política sobre VIH y SIDA en el Lugar de Trabajo.

Acuerdo con el CENESEX para impulsar el fortalecimiento de los Derechos humanos y la diversidad sexual

El Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA) y el Centro Nacional para la Educación Sexual (CENESEX) de Cuba, firmaron en un acuerdo mediante el cual esas instituciones impulsarán acciones para fortalecer los derechos humanos de los grupos vulnerables y para lograr el respeto a la diversidad sexual. mediante el acuerdo las instituciones se plantean propiciar un intercambio de experiencias y de saberes, a fin de fortalecer el enfoque de derechos humanos, impulsar la gestión del conocimiento para mejorar

¹⁵ La maquiladora se define como una empresa que importa materiales sin pagar aranceles y su producto se comercializa en el país de origen de la materia prima. Ese término es acuñado, principalmente, en países centroamericanos tales como México, Honduras, etc. En la República Dominicana, la maquiladora es el equivalente a ciertas empresas de zona franca.

las intervenciones el área de salud sexual, promover los derechos humanos y la diversidad, y prevenir el estigma y la discriminación.

Protección Social

Diversos programas del Gobierno Dominicano establecen intervenciones que permiten a las PVVS acceder a diferentes servicios de corte social. De éstos, el 88 % ha tenido acceso a alguno de los Programas Sociales del Gobierno, a saber: Seguro Nacional de Salud (SENASA), Programa Solidaridad, Plan Social de la Presidencia, Despacho de la Primera Dama, Instituto de Formación Técnico Profesional y al Consejo Nacional de Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa (Promypime).

Actualmente existen 8,635 PVVS afiliadas al Seguro Nacional de Salud (SENASA) a través del Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS). Entre las limitaciones que no han permitido avanzar más en la afiliación de las PVVS al SENASA se encuentran las dificultades relacionadas con la documentación requerida para tales fines y con el proceso de verificación para la afiliación.

Acuerdo con el Plan de Asistencia Social de la Presidencia

Estudios realizados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) plantean que el 70% de las PVVS en la República Dominicana presentan problemas de inseguridad alimentaria. Para dar respuesta a esta situación, el CONAVIHSIDA y el Plan de Asistencia Social de la Presidencia suscribieron un Acuerdo de Colaboración para distribuir raciones de alimentos entre la población de PVVS registradas en el PNAI.

Indicadores Reportados, según Objetivos, en el marco del Informe Nacional sobre los Avances en la Respuesta al SIDA, 2014

Objetivo 1

Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

Población General

1.1. Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH

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

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

Para el reporte de este Indicador, se toma de referencia el número de jóvenes que respondió que sí a cinco (5) preguntas básicas:

1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada y que no tiene otras parejas?
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?

El instrumento de medición de este Indicador es la ENDESA. En tal sentido, no es posible medir progresos, ya que el dato disponible sigue siendo el reportado en el Informe de País 2012, que utiliza como fuente la ENDESA, realizada en 2007, que es de la que se cuenta con datos acabados. Actualmente, el país está inmerso en el proceso de elaboración de la ENDESA, 2013, específicamente en tareas de limpieza de base de datos y elaboración de Informe. De la ENDESA, 2013, sólo se presentan en este informe los datos relativos a los Indicadores 1.3 y 1.4.

Conforme se establece en la ENDESA, 2007, el conocimiento sobre el VIH en la población de jóvenes entre 15 a 24 años de edad es, en términos generales, mayor en las mujeres (40.8%) que en los hombres (33.7%), como se expresa a continuación:

Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH	Total: 37.32%	
	Mujeres	Hombres
15-19 años	39.30%	32.60%
20-24 años	42.60%	35.19%
15-24 años	40.80%	33.70%

Fuente: ENDESA, 2007

El Indicador reportado, se inscribe en el paquete de acciones de carácter estratégico, en materia de prevención y promoción asumido en el marco del PEN, como son: el desarrollo de políticas de niños, niñas y adolescentes, de juventud y equidad de género y el Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS). Las mismas se corresponden con el eje estratégico de promoción y prevención del PEN vigente, que tiene como objetivo el “*Desarrollo de programas de promoción y prevención multisectoriales en ITS, VIH y SIDA basados en evidencias*”, organizadas en líneas de acción como:

- 1) Programas multisectoriales de promoción y atención a nivel nacional, provincial y municipal;
- 2) Programas de información, educación y comunicación (IEC);
- 3) Programas de salud sexual y reproductiva para niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados, los cuales toman en cuenta el género, ciclo de vida, nivel de educación, multiculturalidad, respeto a la diversidad y a los derechos humanos de las poblaciones meta.

Entre las iniciativas desplegadas durante el año 2013 para la población de jóvenes, encaminadas al logro del conocimiento comprensivo del VIH por parte de los mismos, tanto a nivel comunitario como en el ámbito escolar, se destacan el proyecto Universidad Saludable, implementado por el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT), dirigido a estudiantes de nuevo ingreso en las instituciones de educación superior. Esta iniciativa incluye la realización de pruebas rápidas de VIH con pre y post consejería, para la detección temprana y la referencia a los Servicios de Atención Integral (SAI) de los casos positivos, con el objetivo de aumentar los conocimientos y promover prácticas preventivas adecuadas entre los miembros de la comunidad universitaria del país y de la comunidad general como labor de extensión. El Ministerio de Educación (MINERD) también contribuyó con este Indicador, a través de su Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS), con enfoque de habilidades para la vida, llevado a cabo en escuelas del nivel medio del país.

Otras acciones de prevención han sido desarrolladas en el marco de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA por instituciones como el Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), el Ministerio de Turismo (MITUR), el Ministerio de Trabajo, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, organizaciones de base comunitaria y basadas en la fe, entre otras.

1.2. Relaciones sexuales antes de los 15 años

Este Indicador reporta el número de personas de 15-24 años que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. El instrumento de medición de este Indicador es la ENDESA. En tal sentido, no es posible medir progresos, ya que el dato disponible sigue siendo el reportado en el Informe de País 2012, que utiliza como fuente la ENDESA, realizada en 2007, que es de la que se cuenta con datos acabados. Los datos reportados por esta fuente indican que un mayor porcentaje de jóvenes del sexo masculino (23.50%) inician las relaciones sexuales a edades más tempranas que las jóvenes de sus mismos grupos de edades (15%).

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

Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	Total: 19.16%	
	Mujeres	Hombres
15-19 años	14%	21.07%
20-24 años	16.23%	26.85%
15-24 años	15%	23.50%

Fuente: ENDESA, 2007

Esta misma fuente demuestra que el inicio de las relaciones sexuales se relaciona directamente con el nivel educativo y el nivel de riqueza de las jóvenes, pues, mientras el 42% de las jóvenes sin educación o con apenas educación preescolar había tenido relaciones sexuales antes de los 15 años y el 78% antes de los 18 años, entre las que cursaron algún año de educación superior, el porcentaje que había vivido su primera experiencia sexual antes de alcanzar los 15 años de edad era de apenas un 2% y antes de los 18 años era de un 22%.

Con el objetivo de retrasar la edad del debut sexual, el país desarrolló, durante el período reportado, diversas iniciativas de prevención del VIH con adolescentes fuera y dentro del sistema escolar, utilizando la abstinencia como estrategia. Dentro de las mismas, se destaca el Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) con enfoque de habilidades para la vida, ejecutado por el Ministerio de Educación (MINERD) en escuelas del nivel básico, ambas con financiamiento del CONAVIHSIDA, con recursos del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM).

El PEAS ha sido la herramienta a través de la cual el MINERD busca incorporar la educación sexual y reproductiva en la educación básica y media del sector público. Al respecto, el MINERD ha dado importantes pasos de avance en el proceso de consolidación del PEAS, mediante la formulación de un marco de política institucional que lo adopta como parte del currículo educativo nacional.

Este programa se enmarca dentro del Sistema de Prevención de Riesgos e incremento de los factores protectores, diseñado con la finalidad de dar respuesta a las necesidades psicosociales del estudiantado. Sirve de referencia como estrategia de educación sexual integrada al currículo escolar. Con el apoyo de los Orientadores (as), Psicólogos (as) y de los (as) docentes de las áreas de: Ciencias Naturales y de Formación Integral, Humana y Religiosa que hacen las funciones de facilitadores (as) de los procesos de prevención en las aulas.

La metodología del programa se fundamenta en el enfoque de habilidades para la vida con una visión que parte del énfasis en el desarrollo humano integral, que promueve el valor de la vida, el cambio de actitudes y la promoción de la responsabilidad frente a la sexualidad, como valores esenciales de un proyecto de vida orientado al bienestar personal y social de los (as) escolares.

Otras iniciativas destinadas a la posposición del debut sexual, con intervenciones a nivel comunitario, fueron realizadas en el país por asociaciones sin fines de lucro, dentro de las que se destacan las basadas en la fe..

1.3. Múltiples parejas sexuales

Este Indicador se refiere al porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. El método de medición utilizado para este Indicador son los datos preliminares de la ENDESA, 2013. En términos generales, según esta encuesta, el 4.7% de las mujeres entre 15 y 49 años declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y 28.7% de los hombres de esta misma edad, como se muestra a continuación:

Múltiples parejas sexuales	Total: 17.2%	
	Mujeres	Hombres
15-19 años	6.3%	18.9%
20-24 años	7.8%	38.7%
25-49 años	3.3%	29%
15-49 años	4.7%	28.7%

Fuente: Datos preliminares ENDESA, 2013

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción de la salud¹⁶ constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y también a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de lograr un impacto en la salud pública e individual.

El país asumió compromisos con las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), relacionadas con haber detenido y comenzar a reducir la transmisión de VIH/SIDA para el año 2015 y con el Plan Decenal de Salud 2006-2015, que plantea mantener una prevalencia por debajo del 1%. Estos elementos son el marco estratégico de las acciones e intervenciones de promoción y prevención dirigidas a la población general y a la más expuesta.

En el marco de los programas de prevención del VIH, durante el 2013, la República Dominicana continuó sus esfuerzos por abordar el tema de la fidelidad como una de sus estrategias, destinadas a hombres y mujeres sexualmente activos, para lo cual ejecutó diversos proyectos comunitarios, a cargo de promotores de salud, prestadores de servicios del MSP (incluyendo el primer nivel de atención) y diversas asociaciones sin fines de lucro en todo el país.

Por su parte, el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP), de igual manera, apoyó, con recursos del FMSTM, el trabajo comunitario de asociaciones sin fines de lucro, entre ellas, las de base comunitaria, para abordar la prevención del VIH en la población general, incluyendo intervenciones destinadas a fomentar el descenso en el número de parejas sexuales.

¹⁶ OMS (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra.

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

Este Indicador reporta el porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual. La información relativa a este Indicador, conforme los datos preliminares de la ENDESA, 2013, es la siguiente:

Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	Total: 44.6%	
	Mujeres	Hombres
15-19 años	40%	67.4%
20-24 años	39.5%	51.4%
25-49 años	35.1%	38.9%
15-49 años	37.7%	45.8%

Fuente: Datos preliminares ENDESA, 2013

Del total de personas que afirma haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, el porcentaje que declara haber usado el condón en la última relación sexual, es mayor en la población masculina que en la femenina, ya que el 37.7 % de las mujeres y el 45.8% de los hombres que declararon haber tenido dos o más parejas, reportó que usó el condón en la última relación sexual. En la población masculina y femenina, el uso del condón es mayor entre la población más joven (15-19 años de edad), con 67.4% en el caso de los jóvenes y 40% en las mujeres del mismo grupo de edad.

El uso del condón constituyó una estrategia de primer orden en los esfuerzos del país relativos a la prevención del VIH, para lo cual, tanto a nivel comunitario como de los servicios de salud, se educó a mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad sobre el uso correcto y consistente del mismo, al tiempo que se efectuaron programas de distribución gratuita de condones y programas de mercadeo social.

Estos esfuerzos se inscriben en la Estrategia Nacional de Condones, suscrita por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP) con el CONAVIHSIDA, Population Services Internacional (PSI) y el Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (UNFPA). Dicha estrategia está orientada a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de los habitantes de la República Dominicana, en términos de riesgo de adquirir ITS, en particular el VIH; y evitar embarazos no planificados.

La Estrategia Nacional de Condones se basa en la promoción del uso correcto y consistente del condón y la facilitación del acceso al condón masculino y femenino. Durante el período reportado, se desarrollaron acciones de promoción y prevención en todas las provincias del país, a través de intervenciones de Comunicación para Cambio de Comportamiento (CCC), también intervenciones de IEC, movilización social y distribución de condones.

Para incrementar el acceso a los condones, también se han trazado estrategias de mercadeo social que han establecido puntos de distribución a través de negocios, clínicas rurales, promotores, educadores y multiplicadores. Su propósito es lograr que la totalidad de la población beneficiaria pueda acceder a estos preservativos y que incremente sus conocimientos acerca de su uso adecuado y su importancia para evitar la transmisión de las ITS y el VIH.

1.5. Las pruebas del VIH en la población general

Los datos que se reportan en este Indicador, se refieren al porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. Para este Indicador, se mantienen los datos reportados en el 2012.

Un total de 19.59% personas de 15-49 años, declara haberse sometido a la prueba en los últimos doce meses y conocer los resultados. El 20.50% de las mujeres y el 18.60% de los hombres, conoce los resultados de la última prueba realizada en los últimos 12 meses. En sentido general, el comportamiento de este Indicador muestra una significativa brecha de personas de ambos sexos entre 15 y 49 años de edad, que no conocen su estatus serológico.

Los detalles de este Indicador, por sexo y grupos de edades, son los siguientes:

Pruebas de VIH en la población general	Total: 19.59%	
	Mujeres	Hombres
15-19 años	11.79%	5.01%
20-24 años	11.53%	17.30%
25-49 años	22.00%	24.03%
15-49 años	20.50%	18.60%

Fuente: ENDESA, 2007

El acceso de la población general a consejería y prueba voluntaria del VIH (CPV, por sus siglas en inglés), constituye una estrategia vital en los programas de prevención y como puerta de entrada para el acceso oportuno a los servicios.

De cara a este propósito, la promoción, el referimiento a pruebas voluntarias y tamizaje, son mecanismos que vinculan a los habitantes de las comunidades al primer nivel de atención, a las organizaciones que ejecutan propuestas de IEC y a los servicios de atención integral dirigidos al control, atención y tratamiento de las ITS y el VIH/SIDA.

En el año 2013, la oferta básica de pruebas de VIH en la población general se efectuó por vía de los establecimientos del MSP a nivel nacional, además del sector privado.

En coordinación con la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDFSRS), los servicios regionales de salud, las direcciones provinciales y la DIGECITSS, se ha capacitado al personal de salud de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) -primer nivel de atención- en la realización de pruebas rápidas y consejería pre y post prueba y en servicios de referimiento a las personas diagnosticadas con VIH+ a los SAI.

En adición a ello, durante el año 2013, se desarrollaron iniciativas comunitarias destinadas a lograr el acceso a la prueba de VIH de la población general, mediante operativos a cargo de instituciones como el Ministerio de la Juventud y la Federación Dominicana de Medicina Deportiva (FEDOMEDE), financiados por el CONAVIHSIDA con recursos del FMSTM.

1.6. La prevalencia del VIH entre los jóvenes

En este Indicador se reporta el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que vive con el VIH, con relación a los que se sometieron a la prueba de detección del VIH. El numerador del Indicador es el número de personas (de 15 a 24 años de edad) que fue encuestada, cuyos resultados en la prueba de VIH son positivos. El denominador es el número de personas (de 15 a 24 años de edad) que fueron encuestados.

El instrumento de medición de este Indicador es la ENDESA. En tal sentido, no es posible medir progresos, ya que el dato disponible sigue siendo el reportado en el Informe de País 2012, que utiliza como fuente la ENDESA, realizada en 2007, que es de la que se cuenta con datos acabados

Los datos de este Indicador son los siguientes:

Prevalencia del VIH entre los jóvenes	Total: 0.3%
15-19 años	0.14%
20-24 años	0.56%

Fuente: ENDESA, 2007

La prevalencia del VIH en la población joven es una resultante de los distintos programas de prevención, implementados desde las organizaciones gubernamentales y desde las asociaciones sin fines de lucro, entre ellas las redes de PVVS.

Es importante resaltar que una significativa proporción de estos programas organizan estructuras de movilización comunitaria integradas por promotores y multiplicadores voluntarios que llevan informaciones sobre la prevención y control de las ITS y el VIH, género y ciclo de vida, derechos sexuales y reproductivos, reducción del estigma y la discriminación de las PVVS, a través de métodos de IEC. Para apoyar el trabajo de dicha red, se promueve el uso de condones y se distribuyen estos.

Profesionales del Sexo

1.7. Profesionales del sexo: programas de prevención

Este Indicador versa sobre el porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención.

Los datos que se presentan en este Informe, tienen como fuente la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, 2012, realizada con las poblaciones de profesionales del sexo, gays, trans y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas usuarias de drogas¹⁷.

¹⁷ CONAVIHSIDA, DIGECITS, ONUSIDA, Fondo Mundial, CDC, CESDEM. Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Claves 2012. Santo Domingo, República Dominicana.

El dato se obtuvo a través de las preguntas:

1. ¿Sabe a dónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba de VIH?.
2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses?

Conforme esta fuente, el 50.23% de las profesionales del sexo han tenido acceso a programas de prevención, en tanto que el porcentaje es de 48.69% en las menores de 25 años de edad.

La información reportada por esta Segunda Encuesta, significa un avance con respecto a la del 2008, la cual arrojó un total de 44.3% de trabajadoras sexuales que sabían dónde dirigirse si deseaban someterse a la prueba de VIH y afirmaban haber recibido preservativos en los últimos doce meses, como se expresa a continuación:

Profesionales del sexo con acceso a programas de prevención	Total
Informe UNGASS, 2012	44.3%
Informe UNGASS, 2014	50.23%

Fuente: Encuestas de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en poblaciones claves. 2008 y 2009

1.8. Profesionales del sexo: uso del preservativo

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

Para el reporte de este Indicador, se utilizó como fuente la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, 2012, realizada con las poblaciones de profesionales del sexo, gays, trans y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas usuarias de drogas, con un resultado de 85.06%, lo que representa un avance con relación a la información ofrecida en el informe del año 2012 fundamentado en la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, 2008, que arrojó un resultado de 80.8%.

A continuación se presentan detalles de este Indicador:

Uso del preservativo en las profesionales del sexo	Total 85.06%
Menor de 25 años	85.92%
Más de 25 años	84.40%

Fuente: Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave, 2012.

Los programas de prevención del VIH destinados a esta población clave, que incluyen intervenciones de cambio de comportamiento, sumadas a la distribución de condones, han sido determinantes en la situación de este Indicador para el 2013.

1.9. Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo

Según la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en poblaciones claves 2012, el 85.01% de las profesionales del sexo se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses, y conoce sus resultados, frente al 66.98% reportado en la primera encuesta de este tipo, en el año 2008.

A continuación se presentan detalles de este Indicador:

Pruebas de VIH en las profesionales del sexo	Total: 85.01%
Menores de 25 años	79.00%
Más de 25 años	89.63 %

Fuente: Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave, 2012.

En los últimos años, se han incrementado los esfuerzos del país para que esta población tenga acceso oportuno a la prueba de VIH. Dentro de los mismos, cabe destacar la contratación de asociaciones sin fines de lucro por parte de la DDFSRS para la realización de pruebas, en el ámbito comunitario, en esta población; ésto, en el marco de las acciones de prevención, que incluyen además actividades educativas, distribución de condones y referimiento a servicios de ITS, VIH y otros servicios conexos.

1.10. La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

Para el reporte de este Indicador, se utilizó como fuente la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en poblaciones clave, 2012, que arrojó una prevalencia de 4.5% (la prevalencia en la herramienta en línea provista por el ONUSIDA para insertar los datos cuantitativos del Informe de País, 2014 no lo pondera, por lo que disminuye un poco el porcentaje real a 3.73%).

La prevalencia en esta población, aparentemente, está estable. En la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave del 2008, presentaba una prevalencia de 4.8%, mientras que la Segunda Encuesta, realizada en el año 2012, muestra resultados de 4.5%.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

El porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH, se ha calculado en base a las respuestas a dos (2) preguntas clave:

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

Actualmente, el país no cuenta con información disponible relacionada con este Indicador.

En 2008, se realizó la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave (gays, trans y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas usuarias de drogas y trabajadoras sexuales); sin embargo, dicho estudio no contempla las variables que se plantean como parte del método de medición para construir el numerador.

De todas formas, es importante puntualizar que, en el marco de un ejercicio de triangulación realizado en 2011¹⁸, se plantea que, según las evidencias consultadas, en el país ha habido una disminución general en la inversión en la prevención en VIH. Este estudio realizó un análisis de la evolución de la situación de epidemia en gays, trans y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (GTH), personas usuarias de drogas y trabajadoras sexuales desde 2008, a partir de fuentes de información disponibles.

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

El ejercicio de triangulación realizado en el año 2011, afirma que no obstante a que hubo un aumento en número de intervenciones IEC en la población GTH de 2010-2011, como parte del plan de trabajo de la asociación sin fines de lucro Amigos Siempre Amigos (ASA), existe la percepción de que las intervenciones en la población GTH son insuficientes para lograr los cambios de comportamiento esperados.

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

El uso del condón en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) se ha calculado tomando como referencia el porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina, con relación al número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses. Para el reporte de este Indicador, se utiliza como fuente la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave, 2012, la cual lo sitúa en un 39.54%, lo cual implica un descenso con relación al dato suministrado por la encuesta del 2008 (65.78%).

A continuación se presentan detalles de este Indicador:

Uso del preservativo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Total 39.54%
Menores de 25 años	40.71%
Más de 25 años	38.13%

Fuente: Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave, 2012.

¹⁸ Triangulación de Tendencias Recientes en Prevalencia de VIH, Conductas de Riesgo y Conocimiento en Poblaciones Clave. 2011

Como parte de la estrategia de prevención del VIH, el IDCP (en el marco de la Fase I del RCC del FMSTM) en colaboración con asociaciones sin fines de lucro sub-receptoras de recursos del FMSTM, trabajó sistemáticamente con la distribución de condones y lubricantes a la población de HSH en áreas geográficas específicas.

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

Para el reporte de este Indicador, se utilizó como fuente la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en poblaciones claves 2012, la cual establece un 46.54% de esta población que se realizó la prueba de VIH y conoció sus resultados, frente a un 32.90% informado en la primera encuesta de este tipo.

A continuación se presentan detalles de este Indicador:

Prueba de VIH en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Total 46.54%
Menores de 25 años	35.79%
Más de 25 años	59.51%

Fuente: Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave, 2012.

Los datos del Indicador expresan la brecha de población de HSH que todavía requieren acceder a este tipo de servicio, lo que constituye un paso indispensable en los programas de prevención del VIH y para la atención oportuna de dicha población.

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

Este Indicador reporta el porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH, a partir del número de HSH que dieron positivo a la prueba del VIH, del total que se sometió a la prueba.

Los datos contemplados en el Informe de País del año 2013 tienen como fuente la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Claves 2012, cuyos detalles se muestran a continuación:

Prevalencia de VIH en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Total 5.2%
Menores de 25 años	3.69%
Más de 25 años	11.20%

Fuente: Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave, 2012.

Los datos contemplados en el Informe de País, 2010 tienen como fuente el Estudio Delta¹⁹ realizado por USAID/Conecta²⁰ en 2004, y que arrojó una prevalencia de 11%. El uso de dicha fuente en el Informe de País, 2010, se debió a que al interior del Comité de Seguimiento de los Compromisos de UNGASS se generó una discusión en torno a la metodología utilizada para la selección de la muestra de los GTH en la Primera Encuesta de Vigilancia²¹, por lo que los representantes de esta población solicitaron utilizar los datos del estudio Delta, que aunque no incluye a todos los GTH (sólo HSH), ellos entendían que la selección de la muestra se había realizado en base a unos criterios más coherentes con la conceptualización que estos grupos han construido respecto a su propia definición, solicitud que entonces fue acogida por el Comité. Para el Informe de País, 2012, los líderes de la población GTH estuvieron de acuerdo en utilizar como fuente la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica, 2008, que arrojó una prevalencia de 6.1%.

Nota: Los datos de la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento es analizada con RDSAT, la cual presenta prevalencias ponderadas, mientras que la herramienta en línea no pondera; presentando así una prevalencia que difiere de la prevalencia real de 5.2% de esta población en la República Dominicana.

Objetivo 2

Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015

2.1. Personas que se inyectan drogas: programas de prevención

2.2. Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo

2.3. Personas que se inyectan drogas: prácticas de inyección seguras

2.4. Las pruebas del VIH en las personas usuarias de drogas inyectables

2.5. Prevalencia del VIH entre las personas usuarias de drogas inyectables

Organizaciones de la sociedad civil que trabajan con programas de prevención destinados a esta población, reportaron haber distribuido 1,364 jeringas estériles, distribuidas en 682 kits de prevención y reducción de daños a 67 de las personas usuarias de drogas inyectables.

Para los Indicadores 2.2 y 2.5 no existen encuestas comportamentales que puedan utilizarse como base para la construcción de los numeradores y denominadores que forman parte de estos Indicadores.

Sin embargo, el Informe de Resultados del Proyecto sobre el Estado del Problema de la Heroína en la República Dominicana, realizado en abril de 2013 por el Consejo Nacional de Drogas (CND) y por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), establece que un 70.8% de las personas usuarias de drogas inyectables tienen prácticas de inyección seguras, y un 82.3% de esta población que se ha realizado prueba de VIH.

¹⁹ Estudio Delta: Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en la población de homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en RD, 2004.

²⁰ Proyecto ejecutado por Family Health International en el País con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Período 2002-2008

²¹ Primera Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables (GTH, TRSX, UD), 2008

Objetivo 3

Eliminar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida

3.1 Prevención de la transmisión maternoinfantil

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

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

Estas opciones son:

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

A raíz de la implementación de la Estrategia Nacional de Eliminación de VIH y Sífilis Congénita, la herramienta informática fue modificada, no estando los datos disponibles aún; por tanto, en el presente Informe colocaremos los datos contemplados en el Informe de País sobre los Avances en la Respuesta al VIH, 2013:

- ✓ 93.63% de las mujeres embarazadas seropositivas recibió antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.

3.1a. Prevención de la transmisión maternoinfantil durante el periodo de lactancia - República Dominicana - 2013

Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que recibe tratamiento profiláctico antirretrovírico para ellas o para sus bebés durante el período de lactancia.

Debido a un cambio en la base de datos, a partir del año 2012, atendiendo a que la República Dominicana está estableciendo la opción B+, no se cuenta con información actualizada al 2013 para este Indicador.

3.2 Diagnóstico infantil precoz

Este Indicador mide los progresos realizados con relación al grado en que a los lactantes nacidos de mujeres que viven con VIH se les hacen pruebas del VIH durante sus dos primeros meses de vida para determinar su estado virológico y su elegibilidad para recibir tratamiento antirretroviral. Resultado de dicha situación, se realizó un menor número de pruebas en 2011.

- ✓ A 671 niños se le realizó una prueba de VIH en sus primeros dos meses de vida, durante el período de presentación de Informes.

3.3 Transmisión maternoinfantil (modelada)

Este Indicador mide los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH. Se construye relacionando el número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en los últimos doce meses, con el número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.

Lo que se espera con este Indicador es evaluar el impacto que tienen las intervenciones relacionadas con la prevención de la transmisión maternoinfantil en la reducción de nuevas infecciones pediátricas por el VIH a través de la transmisión maternoinfantil.

- ✓ Según las Estimaciones Nacionales y Carga de Enfermedad 2013, el porcentaje de niños infectados nacidos de madre VIH+, incluyendo aquéllos que fueron amamantados, es de 4.82%.

Objetivo 4

Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para 2015

4.1 Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral

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

- ✓ 21,412 adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretrovírico, según el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional.

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

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

No se cuenta con información actualizada al año 2013.

Objetivo 5

Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el 2015

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

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

Para tener un porcentaje estimado de personas VIH-TB y en tratamiento, se identifica el número de adultos y niños que vive con VIH que recibe, en la actualidad, terapia antirretroviral de combinación, según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis -PNCT-) durante el año sobre el que se informa; en este caso, el año 2013. Luego, se relacionan estos datos con el número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH.

La fuente empleada para contemplar los datos en el presente Informe, proviene del PNCT, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), con un reporte de 98.9% para este Indicador.

Objetivo 6

Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22,000 a 24,000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios

6.1. Gastos relacionados con el sida

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

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

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

Hay múltiples sub-categorías en cada categoría de gasto relativo al sida. Los tres (3) grupos principales de fuentes de financiación son:

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

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

Objetivo 7

Eliminar las desigualdades de género

7.1 Prevalencia de violencia por parte de la pareja íntima reciente

Existe una relación directa entre la violencia basada en género y el VIH y sida, por lo que constituye un paso relevante el reporte del Indicador relativo a la prevalencia de violencia por parte de la pareja íntima reciente, ya que denota la desigualdad de género.

Este Indicador mide la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses. La ENDESA, 2007 reporta un 11.70% para el referido Indicador.

Es importante señalar que esta encuesta presenta los datos de violencia física o sexual, en los últimos doce meses, sin desglose, por lo que la información aquí presentada se refiere a mujeres que han experimentado este tipo de violencia alguna vez y no necesariamente en los últimos doce meses. En adición a ello, el dato presentado no está desagregado por rango de edad ni por estado serológico. La ENDESA, 2013, que estará disponible a mediados de 2014, permitirá valorar progresos en este Indicador.

El país ha venido desarrollando distintas iniciativas para la inclusión de la violencia basada en género dentro de los programas de prevención y atención al VIH y sida. Se destaca dentro de las mismas, la iniciativa del proyecto Health Policy, implementado por Futures Group con

financiamiento de la USAID, a cargo de las asociaciones sin fines de lucro Centro de Promoción y Solidaridad Humana (CEPROSH) y Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), con el que se busca incorporar estos aspectos en la consejería, la profilaxis post exposición en emergencias de centros de salud y la derivación de casos, mediante una red de referencia y contra referencia.

Objetivo 8 Erradicar el Estigma y la Discriminación

8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

El estigma y la discriminación constituye un serio obstáculo a la Respuesta Nacional al VIH y SIDA, por cuanto, además de contribuir a violentar los derechos humanos, impiden la búsqueda de pruebas, el acceso oportuno a los servicios y la adherencia al tratamiento.

Uno de los compromisos del país es reducir el estigma y la discriminación, por medio del conocimiento de su ocurrencia, a los fines de trabajar para enfrentar sus efectos para la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, a través de su abordaje en las políticas públicas y en los programas nacionales de prevención y atención.

El dato reportado en el Informe de País, 2013 se construyó a partir de la pregunta: ¿Compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que es una persona que tiene VIH?, y mide el porcentaje de encuestados (de 15 a 49 años de edad) que responden "No" o "Depende".

La fuente de información empleada para la obtención del dato fue ENDESA, 2007, debido que aún no se encuentran disponibles los datos de la ENDESA, 2013 que están en proceso de análisis.

La desagregación de este Indicador (por sexo y grupos de edades), se muestran a continuación:

Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH: Personas que estarían dispuestas a comprar a un vendedor si supiera que es una persona que tiene VIH	Total: 42.9%	
	Mujeres 49.4%	Hombres 35.7%
15-19 años	49.4%	34.8%
20-24 años	51.6%	37.1%
25 - 49 años	48.7%	35.7%
15-49 años	20.50%	18.60%

Fuente: ENDESA 2007

Objetivo 9

Eliminar las restricciones a los viajes

En la República Dominicana, la existencia de un marco legal y regulatorio, en términos formales, es uno de los componentes en los que se disponen más avances en materia de VIH y sida, debido a que el país ha suscrito y ratificado tratados internacionales de derechos humanos aplicables para el abordaje de esta problemática. Además, posee un marco legal nacional que regula derechos humanos fundamentales como son la obligatoriedad de proveer servicios de prevención y tratamiento, la protección a la confidencialidad, derechos laborales y educativos, la prohibición de medidas coercitivas y discriminatorias, aunque con limitaciones en su aplicación (Ley No.135-11 de VIH y SIDA de la República Dominicana).

Sin embargo, persisten brechas importantes, de índole legal, que constituyen obstáculos para la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, tal como la Ley No.285-04 General de Migración y su Reglamento No.631-11.

Algunas de las disposiciones de dichos instrumentos jurídicos, son:

En el artículo 15, numerales 1 y 3 de la Ley No.285-04, se establece lo siguiente: *“No serán admitidos en el territorio nacional los extranjeros comprendidos en algunos de los siguientes impedimentos:*

- *“1. Padecer una enfermedad infecto-contagiosa o transmisible que por su gravedad pueda significar un riesgo para la salud pública”.*
- *“3. Tener ya sea una limitación crónica física, psíquica permanente o una enfermedad crónica que les imposibilite para el ejercicio de la profesión, oficio, industria o arte que se pretenda ejercer conforme a la finalidad de ingreso al país”.*
- En tanto que en el Art. 121 se consigna: *“El Director General de Migración ordenará la deportación de un extranjero, en los siguientes casos:*
- *1. La Dirección General de Migración expulsará a los extranjeros admitidos en cualquier categoría y sub categorías, si se comprobare, con posterioridad a su ingreso, que tienen los impedimentos establecidos en el Artículo 15 de esta ley, para entrar y permanecer en el territorio nacional”.*

Objetivo 10

Fortalecer la integración del VIH

10.1 Asistencia escolar por parte de los huérfanos

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

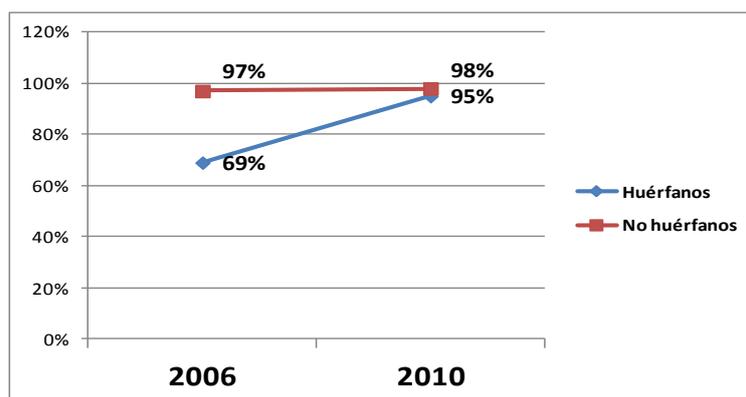
Parte A: tasa actual de asistencia escolar por parte de los huérfanos de 10 a 14 años que están en edad escolar primaria y secundaria.

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

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

En función de las respuestas a dichas preguntas, para la Parte A se identifica el número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, que han perdido a ambos progenitores y siguen asistiendo a la escuela, y se relaciona con el número de niños que ha perdido a ambos progenitores. Esto permite tener la tasa actual de asistencia escolar de los niños huérfanos de 10-14 que están en edad escolar primaria y secundaria. Para la Parte B, del total de niños con ambos progenitores vivos y que conviven por lo menos con uno de ellos, se identifica el número de niños de 10 a 14 años, en edad escolar primaria y secundaria, con ambos progenitores vivos, que conviven con al menos uno de ellos, y que asiste a la escuela. De esta forma, se obtiene la tasa actual de asistencia de estos niños. Tomando como fuente la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples –ENHOGAR–, 2006, para los fines del presente Informe de País se ha utilizado el mismo dato reportado a UNGASS 2012, como se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 1
Porcentaje de niños 0-14 años huérfanos y no huérfanos que asiste a la escuela, 2006 vs 2010



Fuente: ENHOGAR 2006 y 2009-2010

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

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

10.2 Apoyo económico externo a los hogares más pobres

Este Indicador hace referencia a los hogares más pobres en su conjunto. Tanto el numerador como el denominador hacen referencia a los hogares más pobres en general, y no a hogares más pobres afectados por VIH.

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

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

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

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

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

Al momento de realizar este Informe, la información disponible referente al numerador se refiere al total de beneficiarios por año, es decir, a personas, no a hogares, de manera que es posible que el numerador incluya un hogar más de una vez en los casos que varias personas que una misma familia reciban algún tipo de beneficio. En el caso del denominador, se cuenta con el total de hogares pobres en lugar de personas pobres. Los programas sociales para los pobres que son implementados por el Gobierno, son²²:

²² Apoyo en pesos dominicanos (RD\$), para cálculo de apoyo US\$, usar tasa del Banco Central.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. Monitoreo y Evaluación

El Sistema Único de Monitoreo y Evaluación (SUME) es un conjunto de herramientas estandarizadas que, al ser asumidas por las instituciones socias, permitirá registrar, procesar, analizar y utilizar las informaciones generadas por diferentes actores de la Respuesta Nacional a las ITS, al VIH y al SIDA, a fin de monitorear, evaluar y rendir cuentas a la sociedad sobre el curso de la epidemia y los esfuerzos realizados por el país para impactar la misma. El SUME supone coordinación interinstitucional y fortalecimiento de los socios de la Respuesta Nacional para que puedan utilizar los recursos de manera efectiva a través de los subsistemas de M&E en sus instituciones.

Durante el año 2013, el CONAVIHSIDA comenzó la implementación del SUME en su fase de pilotaje, a través de la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITS), efectuada en diez (10) unidades notificadoras (Direcciones de Área de la Región 0 de Salud y la Dirección Provincial de Salud de la provincia de Monte Plata). Estas unidades fueron capacitadas en el manejo de la plataforma tecnológica del SUME, y han recibido apoyo técnico para las labores de digitación de la información que se recoge en los instrumentos de recolección de datos correspondientes a dos Indicadores iniciales:

- ✓ Número de población general de 15 a 49 años de edad que tuvo acceso a consejería y prueba voluntaria del VIH y que recibió sus resultados.
- ✓ Número de embarazadas que tuvo acceso a consejería y prueba voluntaria del VIH y que recibió sus resultados.

Por otro lado, durante el período reportado, continuaron las actividades de coordinación a cargo del Grupo Técnico de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA (GRUTEME), especialmente, en lo que respecta a dar seguimiento a actividades relacionadas con estudios como la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave, 2012. El GRUTEME desempeñó un papel activo en la fase de redacción, discusión y validación técnica de esta investigación.

En materia de Monitoreo y Evaluación es importante destacar que, hasta el año 2013, el Sistema de Información de Atención Integral SIAI Plus era la plataforma utilizada para recoger información sobre los (as) usuarios (as) y la atención brindada en los SAI. Los diferentes SAI generan información sobre productividad, número y estatus de los pacientes, distribución según esquemas de tratamiento, nuevos ingresos, reacciones adversas y fallas al

tratamiento, abandono, morbilidad y mortalidad, resultados y necesidades de CD4 y carga viral y de pruebas complementarias, entre otros. El SIAI Plus permite dar seguimiento a los Indicadores de alerta temprana, a la farmacorresistencia y producir reportes sobre los casos de VIH notificados por la red de vigilancia epidemiológica.

Diferentes evaluaciones y diagnósticos evidenciaron debilidades en la gestión de los datos desde los SAI a través del SIAI Plus, ante lo cual, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conformó un equipo técnico de sistema de información de VIH con los principales actores de la Respuesta Nacional, con el liderazgo de la DDFSRS y de la DIGECITSS.

Actualmente, se implementa una Ficha de Aplicación a Programas de Políticas Sociales (FAPPS), como ficha estándar de registro en los servicios de atención integral al VIH, tanto en la red pública como privada que presta atención a las PVVS. El proceso de implementación de la FAPPS ha sido participativo y ha contado con el involucramiento de la DDFSRS y de la DIGECITSS, lo que ha permitido superar las principales debilidades en sistema de información que presentan los SAI, las cuales dificultan la gestión de este programa prioritario de salud.

La implementación de la FAPPS permite contar con datos auditables, representativos, accesibles y confiables, procesados y listos para un análisis que genere informaciones acerca de las necesidades actuales del Programa Nacional, de gestión de las Redes de Servicios de Salud y de los diferentes actores de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, de manera oportuna y eficiente.

Otro paso significativo de la República Dominicana, durante el 2013, fue el fortalecimiento de la capacidad de gestión del conocimiento, destacándose en ese orden, el proyecto ***“Incrementando la Capacidad de la República Dominicana para conducir actividades de Monitoreo y Evaluación”*** financiado por el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y ejecutado por el CONAVIHSIDA, en coordinación con la Dirección de Fortalecimiento de las Direcciones Provinciales de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la asistencia técnica y financiera de los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC).

A través de este proyecto, en el año 2013 fueron capacitadas 262 personas en distintos entrenamientos en el área de Monitoreo y Evaluación, desarrollados en varias actividades de carácter extracurricular y un Diplomado en Monitoreo y Evaluación impartido por la Universidad Iberoamericana (UNIBE), del cual han egresado, a la fecha, 50 profesionales de la salud, pertenecientes al nivel central y a las Direcciones de Área y Direcciones Provinciales de Salud (DPS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como representantes de asociaciones sin fines de lucro.

Como paso preliminar de estos programas, el proyecto levantó una línea de base en las distintas DPS y DAS, con la finalidad de conocer y documentar las necesidades de capacitación en las áreas de Planificación Estratégica, Monitoreo y Evaluación, Sistemas de Información y Recursos Humanos. Una vez identificadas las brechas, puso en marcha un mecanismo de capacitaciones y asistencia técnica en el lugar de trabajo, mediante la modalidad de mentoría, lo cual ha permitido el diseño de planes de monitoreo y evaluación en una parte de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) / Direcciones de Áreas de Salud (DAS), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.