

Plan Estratégico Nacional (PEN) 2015-2018

Consejo Nacional para el VIH y el SIDA



# Plan Estratégico Nacional (PEN)

para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA  
2015-2018



**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA  
RESPUESTA A LAS ITS Y AL VIH-SIDA 2015-2018  
(PEN 2015-2018)**

**Santo Domingo, R.D.  
Enero 2015**



## CONTENIDO

Elaboración y Coordinación.....	7
Palabras del Director.....	8
Introducción.....	10
Capítulo I: Contexto y situación de la epidemia del VIH en la República Dominicana.....	13
1.1 Marco Demográfico.....	13
1.1.1 Población inmigrante de la República Dominicana.....	13
1.2 Contexto Económico Social.....	13
1.2.1 Crecimiento económico y desarrollo social.....	13
1.2.2 Gasto Público en Salud.....	14
1.2.3 Educación.....	15
1.2.4 Violencia de Género.....	15
1.3 Marco legal para el VIH y el Sida.....	15
1.3.1 Legislaciones y normas vigentes.....	15
1.3.1. 1 Código laboral del Ministerio de Trabajo: la creación de la UTELAIN.....	16
1.3.2 Estrategia Nacional de Desarrollo.....	17
1.3.2.1 Plan Decenal de Salud.....	17
1.3.2.2 Plan Plurianual del Sector Público.....	17
1.3.3 Sistema Nacional de Salud.....	18
1.4 Epidemiología actual del VIH.....	19
1.4.1 Contexto Nacional.....	20
1.4.2 La epidemia en diferentes poblaciones.....	22
1.4.2.1 Gays, Trans y otros Hombres que tienen sexo con hombres (GTH).....	22
1.4.2.2 Trabajadoras sexuales (TRSX).....	24
1.4.2.3 Usuarios de Drogas.....	25
1.4.2.4 Mujeres en vulnerabilidad social.....	25
1.4.2.5 Mujeres víctimas de violencia.....	26
1.4.2.6 Residentes en bateyes.....	27
1.4.2.7 Migrantes Haitianos.....	29
1.4.2.8 Jóvenes.....	30
1.4.2.9 Personas privadas de libertad.....	30
1.4.2.10 Uniformados.....	30
1.4.2.11 Situación de otros grupos poblacionales.....	30
1.4.3 Tipo de Epidemia.....	30
1.4.4 Sobre la co-infección de TB y VIH en la región y el país.....	31
Capítulo II: Análisis de la Respuesta Nacional al VIH y el Sida.....	32
2.1. Organización de la respuesta nacional al VIH y SIDA.....	32
2.1.1 Actores de la Respuesta Nacional.....	32
2.1.1.1 El Sector Público.....	33
2.1.1.2 Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH.....	34
2.1.1.3 Cooperación Internacional.....	35
2.1.1.4 El Sector Privado.....	35
2.1.2 Espacios de participación y coordinación intersectorial e interinstitucional.....	35
2.2. Financiamiento de la Respuesta Nacional.....	36
2.2.1 El gasto en SIDA.....	36
2.2.1.1 El gasto según población beneficiaria.....	36
2.2.1.2 Gasto por fuentes de financiamiento.....	37
2.2.1.3 Estimación del Financiamiento del gasto en VIH SIDA en el periodo 2008-2012.....	38
2.3. Sostenibilidad Financiera de la Respuesta Nacional.....	39
2.3.1 Alternativa para la Sostenibilidad Financiera de la Respuesta Nacional.....	39

2.3.2	Inclusión de los Tratamientos Antirretrovirales (TAR) en el Plan Básico de Salud de Seguridad Social.....	39
2.4.	Compromisos Contraídos por el País a nivel Regional y Mundial.....	40
2.4.1	Otros compromisos vinculantes.....	44
2.5.	Análisis de Situación de la Respuesta Nacional según ejes estratégicos del PEN 2007-2015.....	45
2.5.1	Análisis de la Estructura del PEN.....	45
2.5.1.1	Debilidades de contenidos y abordaje del PEN 2007-2015.....	45
2.6.	Desafíos.....	93
Capítulo III: Marco estratégico del PEN 2015-2018.....		98
3.1	Visión del PEN 2015-2018.....	98
3.2	Misión:.....	98
3.3	Valores.....	98
3.4	Objetivo general.....	99
3.5	Ejes y objetivos estratégicos.....	99
3.6	Ejes transversales.....	100
3.9	Descripción de los ejes estratégicos.....	101
3.9.1	Educación y Prevención.....	101
3.9.2	Atención Integral al VIH-Sida.....	102
3.9.3	Derechos Humanos.....	102
3.9.4	Fortalecimiento de la Respuesta Nacional.....	103
<b>ANEXO I.....</b>		<b>156</b>
<b>ANEXO II.....</b>		<b>160</b>

## SIGLAS Y ACRONIMOS

ADP	Asociación Dominicana de Profesores
AF	Agente de Financiamiento
AFA	AID FOR AIDS Dominicana
ANS	Autoridad Nacional en Sida
APROBANO	Asociación de Productores de Banano Orgánico
APSE	Asociación Programa Solidaridad en el Evangelio
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
ARV	Antiretroviral
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
ASA	Amigos Siempre Amigos
ASEXBAM	Asociación de Productores Bananeros de Exportación de Montecristi, Inc.
ASOANOR	Asociación Agrícola Noroestana
ASOBANU	Asociación de Bananeros Unidos
ASODEMUSA	Asociación de Mujeres para el Desarrollo de San Juan de la Maguana
ASOLSIDA	Alianza Solidaridad Por La Lucha Contra el Sida
BANELINO	Asociación Bananos Ecológicos de la Línea Noroeste
BRA	Batey Relief Alliance Dominicana
CAI	Cicatelli Associates Inc.
CAMUVA	Casa de la Mujer Villaaltagraciana
CASCO	Coordinadora de Animación Socio-Cultural
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CDC	Centros para el Control de Enfermedades
CDI	Consumidores de Drogas Inyectables
CESDEM	Centro de Estudios Sociales y Demográficos
CEPROSH	Centro de Promoción y Solidaridad Humana
CGS	Categoría del Gasto en Sida
CIAC	Centro de Investigación Y Apoyo Cultural
CIMUDIS	Círculo de Mujeres con Discapacidad
CMS	Colectiva Mujer y Salud
CND	Consejo Nacional de Drogas
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
COIN	Centro de Orientación e Investigación Integral
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional para el VIH y el SIDA
COOPROBATA	Cooperativa Agrícola "Los Tainos"
COPRESIDA	Consejo Presidencial del Sida (hoy CONAVIHSIDA)
DAB	Dolor Abdominal Bajo
DDF-SRS	Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud
DGP	Dirección General de Prisiones
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DNBS	Dirección Nacional de Bancos de Sangre
DPD	Despacho de la Primera Dama
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
FAMEAA	Fundación Ayuda Mutua Eulalio Antonio Arias
FEDOMEDE	Federación Dominicana de Medicina del Deporte
FF	Fuente de Financiamiento
FGP	Fundación Grupo Paloma

FHD	Fundación Humanismo y Democracia
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FM	Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria
FMI	Fondo Monetario Internacional
FP	Factor de Producción
FPAEP	Federación de Productores de Arroz “El Progreso”, INC.
FSB	Fundación Salud y Bienestar
FVC	Flujo Vaginal Cervicitis
FVV	Flujo Vaginal Vaginitis
GTH	Gays, Trans y Hombres que tienen Sexo con Hombres
HCD	Hogar Crea Dominicano
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
HNV	Huérfanos y Niños Vulnerables
IDCP	Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel
IDDI	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral
IDEV	Instituto De Estudios Viroológicos
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
INDAJOVEN	Instituto Dominicano de Apoyo a la Juventud
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
IO	Infecciones Oportunistas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGS	Ley General de Salud
LNSPDD	Laboratorio Nacional de Salud Pública “Dr. Defilló”
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MESCYT	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
MINERD	Ministerio de Educación
MIR	Clínica Familia MIR
MJ	Ministerio de la Juventud
MODEMU	Movimiento de Mujeres Unidas
MOSCTHA	Movimiento Socio-Cultural para los Trabajadores Haitianos
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSH	Management Sciences for Health
MUDE	Mujeres en Desarrollo
NASA	National AIDS Spending Assessment
NV	Nacidos vivos
OCB	Organizaciones Comunitarias de Base
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadísticas
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONG-SIDA	Coalición ONG-SIDA
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PB	Población Beneficiaria
PEN	Plan Estratégico Nacional
PIB	Producto Interno Bruto
PJN	Pastoral Juvenil Nacional

PLANDES	Plan Decenal de Salud
PNAI	Programa Nacional de Atención Integral
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRNTV	Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical
PROFAMILIA	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia
PROINFANCIA	Centro de Promoción de la Atención Integral a la Infancia
PROMADRE	Fundación Promadre
PROMIPYME	Programa de Apoyo a la Microempresa
PS	Proveedor de Servicios
PVVIH	Personas Viviendo con el VIH
REDOVIH	Red Dominicana de Personas Que Viven con VIH
RN	Respuesta Nacional
RS	Régimen Subsidiado
SAI	Servicios de Atención Integral
SCO	Sin Clasificar en Otras Categorías
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida
SIDALAC	Iniciativa Regional sobre Sida para América Latina y el Caribe
SIUBEN	Sistema Único de Sub-beneficiarios
SFS	Seguro Familiar de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SR	Sub-Recipientes
SRS	Servicios Regionales de Salud
SU	Secreción Uretral
SUGEMI	Sistema Único de Gestión de Suministro de Medicamentos
TARV	Tratamiento con Antirretrovirales
TRSX	Trabajadoras Sexuales
UG	Úlcera Genital
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UTELAIN	Unidad Técnica Laboral de Atención Integral /Ministerio de Trabajo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VOLVER	Fundación de Voluntarios Verdaderos
VM	Visión Mundial Dominicana

## **Elaboración y Coordinación**

### **Equipo de Coordinación**

- Víctor Terrero, Director Ejecutivo de CONAVIHSIDA
- Ivelisse Sabbagh, Coordinadora Técnica de CONAVIHSIDA
- Leonardo Martínez; Coord. Unidad apoyo técnico poblaciones Claves - CONAVIHSIDA

### **Equipo de Consultoría**

- Magdalena Rathe, Directora Ejecutiva Plenitud
- Alejandro Moliné, Investigador Asociado Plenitud
- Pedro Guerrero, Facilitador de Planeación Estratégica
- Ramona Martínez Durán, Facilitadora para el Costeo.

### **Pettit Comité**

- Orfa González, CONAVIHSIDA - Martha Rodríguez, Coordinadora de Monitoreo y Evaluación DIGECITSS
- Aurora Rodríguez, IDCP - George Slujalkovski, IDCP - Leonardo Martínez, CONAVIHSIDA
- Bethania Betances, Oficial de País ONUSIDA República Dominicana - Yordana Dolores, Asesora de Información Estratégica ONUSIDA - Ydelsi Hernández, DDF-SRS

### **Enlaces técnico para versión Final**

- Dr. Leonardo Martínez - Lic. Orfa González - Dra. Rosa Sánchez - Lic. Ingrid Melo

## **PALABRAS DEL DIRECTOR**

Basado en un análisis de situación, durante el periodo 2007-2015, el país, emprendió estrategias enmarcadas en un enfoque hacia población general, en el marco de las cuales implementó acciones que le permitieran desarrollar estructuras, métodos de abordajes y obtención de resultados vinculados al enfoque definido para el tipo de epidemia que prevalecía en el país.

El VIH y el SIDA en la República Dominicana presenta al día de hoy cambios en su dinámica de comportamiento, teniendo como hito de esta afirmación el paso de una epidemia generalizada a una concentrada en grupos poblacionales específicos de la comunidad y un aumento en la cobertura a las personas que están tratamiento antirretroviral.

La evolución en las estrategias de abordaje, el progreso de intervenciones novedosas y asertivas y el desarrollo de fármacos mucho más efectivos han traído consigo nuevas tendencias en la gestión clínica y administrativa de la epidemia que impone nuevas formas de afrontar su avance.

Los países han tenido que involucrarse en la revisión de sus mandatos legales, creando nuevos instrumentos jurídicos y modernizando las leyes que en su contenido incluían algunos elementos contradictorios o punitivos. En nuestro país después de un amplio consenso de grupos de la sociedad civil y el gobierno, se aprobó la Ley 135-11, que traza las pautas para garantizar un ordenamiento moderno, adaptado a la realidad nacional y protector de los derechos de los ciudadanos en lo que a VIH, Sida e ITS se refiere.

Durante todo el periodo de implementación del Plan Estratégico Nacional 2007-2015, el país tuvo un fuerte apoyo en el financiamiento de sus acciones mediante los aportes del Fondo Mundial para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PERFAR), así como la colaboración de diferentes organismos e instituciones extranjeras y nacionales. Hoy, este esquema de cooperación y financiamiento ha cambiado, se nos exige el desarrollo de procesos de rendición de cuentas, evidencias de nuestras intervenciones e impactos y mucho más transparencia al momento de mostrar eficiencia. Nuestro país se ha adherido a las recomendaciones emanadas de estos organismos y asume las estrategias que se vinculen al desarrollo actual de la República Dominicana.

La profundización en las investigaciones biológicas, epidemiológicas y sociales ha proporcionado elementos de carácter estratégico y metodológico para que la OMS y el ONUSIDA impulsen esquemas y formatos de intervenciones que se consideren efectivos y que conduzcan a una drástica reducción de los nuevos casos de VIH, a mejorar la morbilidad de las personas que viven con el virus y lograr su inserción social en un ambiente libre de estigma y discriminación.

El desarrollo desigual de la epidemia en los distintos géneros, el avance en los procesos que definen la diversidad y el surgimiento de evidencias que sostienen la efectividad de un abordaje del vínculo género y VIH imponen la necesidad de impulsar acciones enmarcadas en un enfoque de derechos, basado en algunos casos en la revisión de marcos legales y normativos, el fomento a la participación y el abordaje estratégico de la violencia.

Es preciso que nuestro país, basándose en las evidencias que le proporciona el análisis del contexto social, administrativo y epidemiológico, identifique los elementos que le permitan focalizar la inversión y las intervenciones, los criterios para priorizar acciones y la delimitación de poblaciones claves y con ello dejar claramente establecida la ruta de respuesta efectiva para acceder, intervenir y lograr impactos en la epidemia.

En ese marco general se presenta este nuevo Plan Estratégico Nacional para las ITS, el VIH y el SIDA 2015-2018, construido en un proceso multisectorial y participativo, basado en un enfoque de derechos y en evidencias científicas.

Con este nuevo PEN se logra focalizar intervenciones en los grupos que más aportan a la prevalencia de la epidemia, se actualizan las estrategias de abordaje en prevención, transversaliza el enfoque de género e impulsa la reducción de nuevas infecciones mediante criterios de abordaje basados en la prevención positiva con enfoques combinados.

Esta nueva herramienta se alinea a la Estrategia Nacional de Desarrollo, se vincula al Plan Decenal de Salud 2006-2015, está redactado en el Formato de Presupuesto Plurianual e incorpora las recomendaciones de organismos internacionales, incluyendo el enfoque conjunto para aplicaciones de VIH/SIDA en la Región de Centro América.

Este PEN, establece nuestro compromiso en consonancia con los mandatos de la Ley 135-11 de avanzar hacia la reducción de nuevas infecciones, y el aumento de las expectativas de vida en personas que viven con el VIH-SIDA en la República Dominicana.

Apreciamos su disposición de participar en el desarrollo de una Respuesta Nacional que asegure el acceso universal a servicios de educación, prevención y atención, para el control de las ITS/VIH y Sida de alta calidad y calidez, eliminando el estigma y la discriminación, amparado en el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género garantizada, con una coordinación multisectorial sostenible y efectiva.

**Dr. Víctor Terrero**  
**Director Ejecutivo del CONAVHSIDA**



## INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITSS y al VIH-SIDA (PEN) recopila la visión, las estrategias y los resultados principales de la Respuesta Nacional para el periodo 2015-2018. Es una herramienta que organiza en forma lógica un conjunto de intervenciones para alcanzar de manera efectiva los objetivos establecidos en la lucha contra la epidemia en el país para esos años.

El PEN 2015-2018 responde a la necesidad de actualizar el Plan Estratégico Nacional 2007-2015, debido a la necesidad de reorientar el curso de la Respuesta Nacional a partir de los cambios que han acaecido en el contexto nacional e internacional de la epidemia en los últimos años. Principalmente: las nuevas tendencias en la epidemia, las variaciones en las estrategias de abordaje, el desarrollo de nuevos fármacos que prolongan la vida de los pacientes, el aumento de la cobertura de tratamiento y las nuevas modalidades de gestión clínica y administrativa.

La elaboración del Plan Estratégico se realizó en tres fases secuenciales. A lo largo de su formulación, contó con el apoyo de las instituciones que conforman el Equipo Multisectorial de Coordinación y Seguimiento a la Consultoría (ECIS), integrado por las instituciones y organizaciones a continuación: CONAVIHSIDA, MSP, MCP, DIGECITSS, ONUSIDA, PNUD, PEPFAR/USAID, UNFPA, UNICEF, Futures Group, Coalición ONG-SIDA, IDCP, REDOVIH y ASOLSIDA. Además, se realizaron diversas actividades con participación de representantes de la inmensa mayoría de los actores involucrados en la Respuesta Nacional, pertenecientes al sector público, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y los grupos vulnerables.

La primera fase del trabajo consistió en la elaboración del Análisis de Situación sobre la epidemia de VIH-Sida en el país y del estado de la Respuesta Nacional a la misma. El Análisis recogió el contexto nacional e internacional en que se ha desarrollado la epidemia en los últimos años. Incluyó informaciones sobre prevalencia e incidencia de la enfermedad, financiamiento de la misma, así como los principales compromisos internacionales del país en el tema. La parte principal, correspondiente al análisis de la Respuesta Nacional, fue abordada a partir de los ejes estratégicos y las líneas de acción del PEN 2007-2015. Adicionalmente, se abordaron los temas de Derechos Humanos, Transversalización de Género, Monitoreo y Evaluación y el sistema de información, sistema de vigilancia epidemiológica e investigaciones en VIH-SIDA.

La segunda fase correspondió a la planeación estratégica. Fue el núcleo fundamental de todo el proceso. La metodología adoptada armonizó los preceptos del Sistema Nacional de Planificación del Estado Dominicano, con los requerimientos de instancias internacionales como ONUSIDA y el Fondo Mundial. Partió del Análisis de Situación, el cual arrojó suficiente información para la definición del marco estratégico así como para la determinación de las principales actividades programáticas. Igualmente, sirvió de referencia para la selección de las poblaciones claves y de su nivel de priorización.

El PEN está estructurado de forma descendente a partir de una visión, ejes estratégicos, objetivos, intervenciones, resultados y productos. La visión establece la imagen objetivo a ser alcanzada cuando concluya la realización del PEN. Los ejes estratégicos son los grandes ámbitos de acción de todas las iniciativas del Plan. Agrupan uno o más objetivos, los cuales definen los grandes resultados deseables que se alcanzarán con la implementación. Las intervenciones son el conjunto de acciones que articuladas crean los valores que se buscan entregar como servicios a la población beneficiaria. Los resultados son los estados en que deben estar las variables seleccionadas luego de las intervenciones realizadas. Se miden y valoran en función de cómo impactarán o repercutirán en la población destinataria de las acciones. Los productos son los servicios que se entregarán a partir de las actividades seleccionadas para la ejecución del PEN. El resultado de la planeación estratégica se expresa en una serie de matrices que integran este documento.

La planificación estratégica fue un ejercicio participativo que contó con la presencia de los principales actores del sector. La dinámica seguida consistió en el desarrollo de cuatro (4) grandes talleres, de amplia convocatoria y participación abierta, que luego fueron seguidos de una serie de encuentros de un “Pettit Comité”, integrado por un grupo de especialistas seleccionados en las actividades ampliadas. Finalmente un grupo de técnicos escogidos por CONAVIHSIDA realizó una revisión final en la que introdujeron ajustes para adaptarlo a las necesidades nacionales y los compromisos internacionales.

La tercera fase consistió en el costeo de las intervenciones propuestas. Para tener mayores detalles del mismo, fue realizado por productos, resultados y factores de producción.

Formulado y costado el PEN 2015-2018, las autoridades nacionales desarrollan un Plan de Monitoreo y Evaluación del mismo. Este Plan estará elaborado a partir de la revisión y realización de ajustes necesarios a los indicadores que lo requieran. Así mismo, definirá la periodicidad de las actividades de monitoreo y evaluación del PEN. Además, se deberá realizar un levantamiento de los datos de línea de base de los indicadores que no cuenten con ella, para que de esta forma se disponga de las informaciones iniciales que posteriormente permitirán que se midan y aprecien los resultados alcanzados por las actividades del PEN a lo largo del tiempo.

El PEN fue diseñado para un periodo de cuatro (4) años. Una de sus utilidades principales será servir como referencia para la formulación de los distintos Planes Operativos Anuales (POA) correspondiente a cada año del período 2015-2018. Los POA son la expresión anual del PEN y el desarrollo de sus actividades y la obtención de los resultados deberá conducir a su logro en los años contemplados.

El documento del plan estratégico cuenta de tres capítulos. El primero, corresponde al análisis de situación de la epidemia de VIH. Contiene una descripción del contexto socio-demográfico y económico del país. Así como informaciones sobre el gasto nacional en salud, el marco legal e institucional y la epidemiología del VIH.

El segundo capítulo aborda la Respuesta Nacional al VIH y el Sida incluyendo sus actores principales, la coordinación multisectorial, los compromisos internacionales y el financiamiento nacional y sostenibilidad de la misma. Además, incluye un análisis de las iniciativas y actividades de la Respuesta de acuerdo a los ejes estratégicos y transversales del Plan Estratégico Nacional 2007-2015.

El capítulo tres presenta el marco estratégico del PEN 2015-2018, describe brevemente el proceso de elaboración e incluye visión, valores, objetivos y ejes estratégicos y transversales. El capítulo cuatro presenta las matrices del PEN 2015-2018 en un formato de marco lógico y el capítulo cinco el costeo del mismo.

**CAPITULO I:**  
**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE**  
**LA EPIDEMIA DEL VIH**



A continuación se presenta un resumen del contexto y la situación de la epidemia del VIH en la República Dominicana a partir del Análisis Situacional.

## **1.1 Marco Demográfico**

La población dominicana fue de 10,257,724 personas en el año 2013, de las cuales 49.9% son hombres y 50.1% mujeres. El crecimiento promedio anual desde el 2002 es de 1.21%. El grupo de 15 a 49 años, alcanzó los 5,329,106 personas, de los cuales el 49.6% eran hombres (2,645,668) y 50.4% eran mujeres (2,683,438). Las mujeres en edad reproductiva, de 15 a 49 años, representan el 26.2% de la población total. El 29.9% de ese segmento de edad lo componen hombres.

### **1.1.1 Población inmigrante de la República Dominicana**

En el año 2012<sup>1</sup> se encontraban residiendo en el país 768,782 personas de origen extranjero entre inmigrantes y sus descendientes nacidos en el país. Esta población representa el 7.9% del total de la nación: 466,422 hombres (60.7%) y 302,360 mujeres (39.3%). La conforman 269,740 jóvenes (35.1%), 323,549 adultos jóvenes (42.1%), 109,877 adultos (14.3%) y 65,617 envejecientes (8.5%). El 87.3% corresponde a población haitiana, 458,233 personas. El 94.3% están en edad de trabajar.

## **1.2 Contexto Económico Social**

### **1.2.1 Crecimiento económico y desarrollo social**

En el año 2013 la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) fue de 4.1%<sup>2</sup>. El ingreso per cápita de los últimos años ha sido<sup>3</sup>: US\$5,231.6 (2010), US\$5,583.3 (2011) y US\$5,762.1 (2012), lo que coloca al país en el grupo de ingreso mediano alto según los parámetros del Banco Mundial. La economía dominicana tiene una alta dependencia del exterior. Las principales actividades generadoras de divisas son el turismo y las remesas de los dominicanos y dominicanas residentes en el extranjero, lo que hace que el país sea vulnerable a los shocks externos.

El índice de desigualdad de género coloca al país en el lugar 109 de 187 naciones, destacándose el alto índice de mortalidad materna, 109.7 por cada 100,000 nacidos vivos en 2012<sup>4</sup>, y la baja tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo, 51% contra 78.6% de los hombres para la población mayor de 15 años. El país tiene una alta tasa de natalidad en adolescentes de 98 por mil, cuando el promedio mundial es de 49 por mil y el de América Latina y Caribe 79 por mil. El 20.6% de las adolescentes han estado alguna vez embarazada<sup>5</sup>. La tasa de pobreza nacional en el 2012 fue de 42.2%, siendo la franja de indigencia 20.3%<sup>6</sup>.

1 "Inmigración, Género, y Mercado de Trabajo en la República Dominicana", estudio complementario de la ENI-2012 de la Oficina Nacional de Estadística (ONE).

2 Estadísticas del Banco Central

3 Ibid

4 MSP, Tasa de mortalidad materna ajustada por subregistro del SINAVE (100,000 nv) (2012) Indicadores de Salud 2013

5 ENDESA 2007. En el caso de la región Sur, la más empobrecida de la nación, se reportan embarazos de adolescentes por encima del 30%.

6 Informe CEPAL-UNFPA 2013.

**Cuadro 1: Contexto económico y social**

INDICADORES	CANTIDAD/ PORCENTAJE
<b>Crecimiento del PIB 2013</b>	4.1%
<b>PIB per cápita 2012</b>	US\$5,762.1
<b>Lugar Índice de Desarrollo Humano (IDH)</b>	98 de 187
<b>Índice de desigualdad de género</b>	Lugar 109 de 187 posibles
<b>Mortalidad materna 2012</b>	109/100,000
<b>Participación mujeres en fuerza de trabajo</b>	51%
<b>Participación hombres en fuerza de trabajo</b>	78.6%
<b>Tasa de natalidad adolescentes</b>	98/1,000
<b>Promedio mundial natalidad adolescentes</b>	49/1,000
<b>Promedio AL natalidad adolescentes</b>	79/1,000
<b>Inicio vida sexual hombres de 18 a 24 años antes de 18</b>	70%
<b>Inicio vida sexual mujeres de 18 a 24 años antes de 18</b>	51%
<b>Tasa de pobreza 2012</b>	42.2%
<b>Tasa de indigencia 2012</b>	20.3%

Fuente: Análisis de Situación

**1.2.2 Gasto Público en Salud.**

El gasto público en salud, incluyendo la Seguridad Social, fue de 1.9%, en el 2012<sup>7</sup>, caracterizándose por una alta proporción de gasto privado, 39.06% en el 2011<sup>8</sup>. Principalmente el proveniente de aportes de los hogares o gasto de bolsillo, el cual alcanzó el 78.3% del total privado en el periodo 2008-2011<sup>9</sup>.

Los recursos de financiamiento público provienen del Ministerio de Salud Pública y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que a diciembre del 2013 tenía afiliado un total de 5,611,059 personas al Seguro Familiar de Salud (SFS), equivalente al 54.1% de la población<sup>10</sup>. Todavía no ha iniciado el régimen contributivo subsidiado que cubriría a los trabajadores por cuenta propia y del sector informal.

**Cuadro 2: Financiamiento a la salud**

INDICADORES	PORCENTAJE
<b>Gasto público en salud como % del PIB 2012</b>	1.9%
<b>Gasto privado del total gasto en salud 2011</b>	39.06%
<b>Gasto de bolsillo del gasto privado 2008-2011</b>	78.3%

Fuente: Análisis de Situación

**1.2.3 Educación**

El conocimiento comprensivo sobre el VIH muestra diferencias por edad, estado conyugal, zona de residencia, educación y quintil de riqueza, pero las mayores brechas en hombres y mujeres se observan en función al nivel educativo y en segundo lugar por quintil de riqueza. Mientras el nivel de conocimiento comprensivo del VIH es de un 23 por ciento entre las mujeres sin instrucción y de 24 por ciento entre los hombres de iguales características, este porcentaje se incrementa conforme aumentan los años de estudio, alcanzando un 59 por ciento entre las mujeres y un 51 por ciento entre los hombres con educación superior.

7 PNUD. 2013. Informe sobre desarrollo humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso, Ciudad de México. El índice es una combinación de indicadores de ingreso por persona, esperanza de vida y logros en educación.

8 Fundación Plenitud, (2012) Estimación del gasto nacional en salud de la República Dominicana, 1995-2011.

9 Banco Mundial <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.

10 Sisalril. (2014). Afiliación Nacional en el PBS [www.sisalril.gob](http://www.sisalril.gob).

La educación se vincula con la prevalencia del VIH; en la población sin educación es de 4.3%, la población con educación superior es de 0.1%<sup>11</sup>. Esta diferencia tan marcada en la prevalencia según educación influye en el uso del condón en la última relación sexual que en general no sobrepasa el 50%, en la población sin educación se muestran porcentajes que no superan el 38%. Asimismo, se evidencia que existe una diferencia marcada en la prevalencia de VIH en la relación mujer/hombre sin educación, donde la mujer presenta valores de 5.4% y los hombres de 3.6%.

#### 1.2.4 Violencia de Género

Las estadísticas de la Procuraduría General de la República (PGR) indican que 1,580 mujeres fueron víctimas de feminicidios<sup>12</sup> desde enero del 2005 a diciembre del 2012. En el 2011 fueron presentadas 72,199 denuncias ante las Unidades de Atención a la Violencia contra las Mujeres. Un total de 66,177 de las mismas fueron sobre violencia de género y violencia intrafamiliar, 6,022 relacionadas a delitos sexuales<sup>13</sup>. Las ciudades con mayores números de denuncias, fueron: Santiago (13,530), la Provincia de Santo Domingo (9,354), Puerto Plata (7,094) y el Distrito Nacional (7,020).

**Cuadro 3: Violencia de género**

INDICADORES	CANTIDAD
Promedio anual feminicidios 2005-2012	198
Denuncias violencia a mujeres 2011 total y por día	66,177 (181)

Fuente: Análisis de Situación

### 1.3 Marco legal para el VIH y el Sida

#### 1.3.1 Legislaciones y normas vigentes

En el 2011, entra en vigencia la ley 135-11 sobre VIH y SIDA que crea el Consejo Nacional para el VIH/SIDA (CONAVIHSIDA), definiéndolo como organismo autónomo, colegiado, multisectorial y de carácter estratégico, adscrito al Ministerio de Salud Pública. Su mandato es coordinar y conducir la Respuesta Nacional al VIH y el SIDA y en el Artículo 29 numerales 8 y 9 de la ley ordena la formulación de un reglamento de aplicación, el cual no ha sido elaborado y de un reglamento interno que está preparado pero aun no promulgado. Los recursos estatales para el financiamiento del CONAVIHSIDA y la implementación de la ley 135-11, deben consignarse dentro de la Ley de Presupuesto General del Estado tal y como establece el artículo 34 de la referida ley.

El Artículo 21 de la ley 135-11 cambió lo que antiguamente era el Consejo de COPRESIDA en el nuevo CONAVIHSIDA. Se incluyeron nuevos miembros y se excluyeron a los representantes de la Sanidad Militar y del Consejo Nacional de Seguridad Social. Esos cambios se hicieron para ampliar la multisectorialidad y las características actuales de la epidemia.

La ley 135-11 es una normativa que incorpora avances importantes en términos de derechos, abordando los diferentes aspectos asociados a la prevención, atención y mitigación del VIH y el Sida. Apoyándose en la Constitución Dominicana se convierte en una herramienta para la defensoría de las personas que viven con la epidemia a través del: derecho a la atención integral en salud, derecho a la información sobre su estado de salud, derecho al trabajo, derecho al cambio del entorno de trabajo, derecho a la no-discriminación y al trato digno,

11 ENDESA, 2013.

12 Departamento de Estadísticas de la Procuraduría General de la República. <http://mujer.gob.do/Estad%C3%ADsticas.aspx>

13 <http://estadisticas.pgr.gob.do/documentos/avvg/20110510-informe-violencia-genero-intrafamiliar-delitos-sexuales-ene-dic-2011.ashx>

derecho a no ser interferidas en el desarrollo de sus actividades, derecho a la educación, derecho a la confidencialidad, derecho al no aislamiento, derecho a una sexualidad plena, derechos reproductivos, derecho a la libre asociación y participación y derecho a emprender acciones de carácter legal.

A pesar de su alcance progresista, la Ley 135-11 ha sido objeto de diversas críticas por los contenidos de algunos de sus artículos. El 78, establece que es una obligación informar la seropositividad al VIH a la pareja sexual: “Toda persona que, conociendo su seropositividad al VIH, no comunique su condición serológica a la persona con la que vaya a sostener relaciones sexuales, será castigada con la pena de reclusión de dos (2) a cinco (5) años”. Se argumenta que este artículo significa una invasión de la privacidad, al mismo tiempo que establece sanciones penales para las personas viviendo con VIH que no comuniquen su condición a quienes van a tener relaciones sexuales. Esta disposición supone que todas las personas con VIH conocen su condición y obliga a someter a quien sea acusado a que se realice una prueba para comprobarlo. El Artículo vulnera los derechos humanos y proporciona insumos para la perpetuación de actitudes y acciones discriminatorias y estigmatizantes.

Por otro lado, el Artículo 79 se refiere a la transmisión intencional del VIH, estableciendo que: “Toda persona que, por cualquier medio, transmita el VIH de manera intencional a otra, será castigada con pena de reclusión de veinte (20) años”. El mayor inconveniente de este artículo es la complejidad jurídica para comprobar si hubo o no intención de daño en una posible infección por VIH dentro de una relación de pareja.

#### 1.3.1.1 Código laboral del Ministerio de Trabajo: la creación de la UTELAIN

Con la creación de la Unidad Técnico Laboral de Atención Integral (UTELAIN) en el 2007, el Ministerio del Trabajo se integra de forma más activa a la Respuesta Nacional. Esta unidad tiene la función de brindar asesoramiento, capacitación y asistencia jurídica tanto a trabajadores como a empresarios de ambos sexos, en todo lo referente a la temática del VIH y SIDA en el ámbito laboral. Estos trabajos se sustentan en la Recomendación No. 200, sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo del 2010, la cual fue emitida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

El país ha avanzado en el tema de VIH y SIDA en el lugar de trabajo. El 20 de diciembre de 2012, el Ministerio de Trabajo firmó con los sectores involucrados, el documento de Política de VIH y SIDA en el lugar de trabajo para el sector de Zona Franca de la República Dominicana, el cual fue denominado: “Llegar a cero en el lugar de trabajo”.

Un aspecto de la legislación nacional que acarrea problemas de derechos humanos, es el Artículo 44 del Código Laboral, el cual consigna como una obligación de los trabajadores y trabajadoras a “Someterse a reconocimiento médico a petición del empleador, para comprobar que no padece ninguna incapacidad o enfermedad contagiosa que lo imposibilite para realizar su trabajo. Dicho examen estará a cargo del empleador”. Este Artículo ha servido de base a las pruebas de detección del VIH o de sus anticuerpos por parte de empleadores. Los resultados han provocado despidos y desahucios, tronchando carreras laborales y profesionales.

#### 1.3.2 Estrategia Nacional de Desarrollo

La Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030 constituye el marco general de planificación del país para las próximas dos décadas, incluyendo la Respuesta Nacional al VIH y SIDA.

La END 2030, prioriza cuatro ejes estratégicos de políticas públicas y establece seis políticas transversales: derechos humanos, enfoque de género, sostenibilidad ambiental, participación social, uso de las tecnologías de la información y la comunicación, y responsabilidad Institucional.

El VIH y el SIDA se incluye dentro del objetivo estratégico 2: “Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”.

### **1.3.2.1 Plan Decenal de Salud**

El país cuenta con un Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES)<sup>14</sup>. Es el Instrumento que constituye la expresión de la agenda estratégica del sector, así como la base para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en los próximos diez años. Refleja el compromiso de todos los sectores de la vida nacional con las prioridades, los objetivos y los proyectos estratégicos consensuados que lo componen. Incluido una visión de largo plazo sobre el sistema de salud, la cual fue elaborada a partir de un amplio consenso técnico e institucional.

El PLANDES tiene un carácter predominantemente estratégico, más que normativo, que partiendo de un análisis de la situación actual, define las grandes orientaciones y prioridades de los procesos a desarrollar, al tiempo que sirve de marco de referencia para la elaboración de los planes operativos anuales y específicos de cada institución o dependencia del Sistema Nacional de Salud.

Las dos brechas fundamentales de este PLANDES el VIH está incluido como parte de la estrategia pero no ha habido un seguimiento oportuno a este acápite particular.

### **1.3.2.2 Plan Plurianual del Sector Público**

La Ley No. 498-06 define al Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) como uno de los cinco instrumentos del Sistema Nacional de Planificación. El Decreto No. 493-07 establece que el mismo deberá contener los programas y proyectos prioritarios a ser ejecutados por los organismos del Sector Público. El PNPSP debe tener su base en lineamientos de la Estrategia de Desarrollo 2030 (END), así como en la política fiscal y el marco fiscal y financiero elaborado por el Ministerio de Hacienda para el mismo período.

El Plan Nacional Plurianual del Sector Público es un instrumento, con alcance de mediano plazo, expresa los objetivos de las políticas públicas en términos de resultados e impactos esperados, e identifica las medidas de política, la producción pública y los proyectos de inversión previstos para el cuatrienio para obtener dichos logros. Para el plan plurianual 2014-2016 el VIH está incluido como un programa prioritario.

### **1.3.3 Sistema Nacional de Salud**

La Ley General de Salud (42-01, 2001) da pautas para reestructurar el Sistema Nacional de Salud, reorganizar el sistema público sobre la base de la separación de las funciones básicas y facilitar la participación social y comunitaria en cogestión y veeduría social. El subsistema de Atención a las Personas consiste de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) de 1er, 2do y 3er nivel de atención, públicos, privados y de sociedad civil. Para el aseguramiento en salud, el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) con las Administradoras de Riesgos de Salud contratan servicios de salud con los PSS de todo el país. En 2013, los afiliados del SDSS eran 54% de la población.

<sup>14</sup> SESPAS; Plan decenal de Salud 2006-2015.

Desde el 1990, con el fin de mejorar el nivel de vida y salud de la población, en particular los más pobres, se plantea la reforma del sector salud. Empieza por la separación de las funciones de rectoría y provisión de los servicios de salud, permitiendo desarrollar capacidades especializadas para el ejercicio de las mismas. En lo que respecta a la provisión de servicios de salud, que históricamente ha pertenecido al MSP, la reforma apunta al desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud conformadas por proveedores de diferente tipos para fomentar el uso racional de los recursos, el acceso por la población a todos los servicios y la atención integral de las necesidades de la gente.

El Modelo de Atención asumido por el MSP define como puerta de entrada el 1º nivel de atención. Impulsa el abordaje comunitario e integral de las familias con enfoque preventivo, que se traduce en reto para concluir la reorganización de los servicios ITS y VIH. La estrategia de atención primaria se apoya en la participación social comunitaria<sup>15</sup>. Esto implica fortalecer la prevención en las unidades de atención primaria (UNAPS).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) está a cargo de 9 Servicios Regionales de Salud con 1.703 unidades de atención primaria y 150 centros de atención de 2do y 3er nivel: 15 hospitales especializados, 11 regionales, 20 provinciales y 104 municipales<sup>16</sup>. En ellos funcionan 50 de los 76 Servicios de Atención Integral (SAIs); varias OSC manejan los demás<sup>17</sup>. La provisión de servicios de Salud Colectiva es gestionada por el MSP a través de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y las Direcciones de Área (DASs), entes territoriales desconcentrados.

El Consejo Nacional de Salud concierta y asesora la formulación de la política de salud y expresa la cogestión de la Salud Pública. El Consejo Nacional para VIH y SIDA (CONAVIHSIDA) coordina y conduce la Respuesta Nacional al VIH y el SIDA, con participación multisectorial<sup>18</sup>. La estrategia de atención primaria se apoya en la participación social comunitaria<sup>19</sup>.

#### **Las principales limitaciones del sistema de salud relevantes a esta solicitud:**

- a) No hay un sistema de información sobre actividades de prevención que provee una visión de conjunto sobre las intervenciones hechas y sus resultados en grupos, lugares y años distintos.
- b) El personal de los centros de atención y de los programas de prevención tiene un escaso entrenamiento para trabajar con los grupos vulnerables, creando desigualdad en el servicio que recibe los pacientes, incluyendo un trato con estigma y discriminación y no dando cumplimiento a los aspectos vinculados al género, la no implementación de estrategias nacionales se constituye en un límite para el establecimiento de intervenciones estándares y la focalización de intervenciones en determinados subgrupos<sup>20</sup>.
- c) Persisten debilidades en el cumplimiento y la supervisión de las instancias del sistema de Seguridad Social (SDSS) para asegurar sostenibilidad financiera, calidad, equidad, eficiencia de costos y expansión de las prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS). Está desarrollándose, con participación y veeduría de la población, un sistema para monitorear la calidad de los servicios de las prestadoras públicas y privadas<sup>21</sup>.

15 MSP, Guías y Manuales para Desarrollo del 1º Nivel de Atención No. 4.5:6

16 OPS, Salud de las Américas: 621-622

17 ODM, p. 42-43

18 Ley 135-11, Art. 21, 2013; *ibid.*:16

19 MSP, Serie Guías y Manuales para el Desarrollo del 1º Nivel de Atención No. 4.5:6

20 ODM:42,43

21 MEPyD, Plan Nacional Plurianual 2013-16:60

- d) Si bien se cuenta con capacidad instalada para diagnosticar el VIH y dar seguimiento virológico e inmunológico, el acceso a pruebas VIH y servicios de laboratorio en los puntos de atención es limitado, lo que genera diagnóstico tardío e inicio retrasado del tratamiento ARV.

#### **1.4 Epidemiología actual del VIH**

A nivel mundial el número de nuevas infecciones por el VIH sigue una tendencia descendente. Se calcula que en el 2013 se infectaron 2.1 millones de personas, reduciéndose la incidencia en más de 33% desde el año 2001. El número de personas que recibieron TARV en 2013 en todo el mundo ascendió a casi 13 millones, lo que contribuye entre otras cosas a una disminución en las muertes por SIDA; según el informe de ONUSIDA 2014, las muertes relacionadas al SIDA están en su nivel más bajo desde el pico del 2005, con una reducción de un 35%. Para el 2013, a nivel mundial había 35 millones de personas que vivían con VIH, de las cuales 19 millones desconocen que son VIH positivos<sup>22</sup>.

La mayor reducción de nuevas infecciones se produjo en un 40% desde el 2001, en la región del Caribe. En 2013, hubo 12,000 nuevas infecciones de VIH y 11,000 nuevas muertes relacionadas al SIDA. Durante este mismo año había 250,000 personas viviendo con VIH en esta región. La cobertura de TARV alcanza 42% de las personas mayores de 15 años de edad que viven con VIH, para un aumento del 31% desde 2011<sup>23</sup>.

##### **1.4.1 Contexto Nacional**

Al igual que la región y el resto del mundo, la epidemia del VIH en República Dominicana muestra una tendencia a la estabilidad en población general de 15 a 49 años de edad. Las tres últimas mediciones realizadas de la Encuesta Demográfica y Salud (ENDESA) en 2002, 2007 y 2013, muestran valores de prevalencia nacional igual o inferior al 1%<sup>24</sup>. Asimismo, después de haber disminuido durante el periodo 2002 al 2007, la prevalencia de VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años en el 2013, muestra tendencia a la estabilidad.

Las estimaciones de nuevos casos de VIH han pasado de 1,639 casos en el 2007 a 902 al cierre del 2013, con una reducción mayor al 45%, con una población estimada al cierre del 2014 de 44,255; desglosada en 21,334 hombres (48,2%) y 22,920 mujeres (51,8%). El número estimado de defunciones relacionadas al SIDA ha disminuido en este periodo de 4,136 a 1,694 (59%)<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> Informe Mundial de ONUSIDA, 2014. Pág. 1

<sup>23</sup> Idem 1

<sup>24</sup> El Estado Epidémico del VIH en República Dominicana, 2014.

<sup>25</sup> Idem 6.

**Cuadro 4: Prevalencia de VIH en mujeres y hombres por edad**

ESTIMACIONES DE PVVS AÑO 2014	
Población/Eventos	Estimación
<b>TOTAL GENERAL PVVS</b>	44,255
<b>PVVS de 15 a 49 años</b>	35,641
<b>Mujeres*</b>	19,034
<b>Hombres*</b>	16,607
<b>Nuevas infecciones*</b>	788
<b>Defunciones por SIDA*</b>	1694
<b>Niños de 0 a 14 años PVVS</b>	2,264

\*Para los PVVS de 15 a 49 años  
Fuente: Estimaciones Nacionales de VIH 2013

La información disponible a nivel general permite establecer que la infección por VIH presenta un comportamiento diferenciado por edad, sexo, regiones geográficas, y por estrato socio-económico; en el caso de los grupos poblacionales (incluyendo “gay, trans y hombres que tienen sexo con hombres” (GTH), trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, migrantes haitianos, bateyes, mujeres sin educación, mujeres víctimas de violencia y uniformados) la información aunque limitada, nos permite establecer diferencia.

La prevalencia de VIH entre hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad, es de 0,8%, con una desagregación hombre y mujer de 0,9% y 0,7%, respectivamente, para una razón hombre: mujer de 1.13:1. Las prevalencias más elevadas la presentan los hombres de 40 a 49 años de edad (con 1,8% en los hombres de 40 a 44 y 1,9% en los hombres de 45 a 49 años de edad) y las mujeres de 30 a 34 años de edad con un 1,1%. En estos grupos se expresan bajos niveles relacionados al uso de condón durante la última relación sexual; los hombres de 45 a 49 años reportan un 35,1% y mujeres de 30 a 39 años de edad un 17,2%. Otro factor a considerar es que estos grupos tienen el mayor promedio de parejas sexuales<sup>26</sup>.

**Cuadro 5: Prevalencia hombres y mujeres**

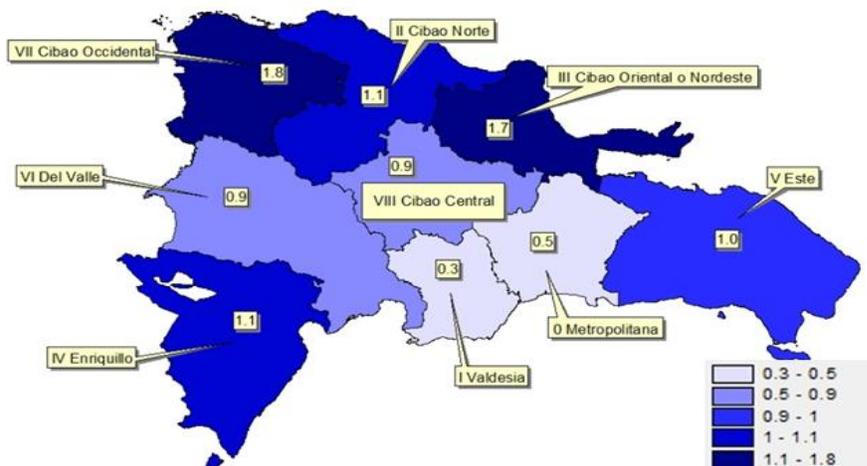
Entre las mujeres de facto de 15-49 años y hombres de facto de 15-59 años que fueron entrevistados y a quienes se les hizo la prueba de VIH, porcentaje VIH positivo, por edad, República Dominicana 2013

Edad	Mujer		Hombre		Total	
	Porcentaje VIH positivo	Número	Porcentaje VIH positivo	Número	Porcentaje VIH positivo	Número
15-19	0.1	1,726	0.2	1,792	0.1	3,518
20-24	0.8	1,578	0.2	1,624	0.5	3,202
25-29	0.5	1,300	1.7	1,282	1.1	2,582
30-34	1.1	1,196	0.7	1,162	0.9	2,358
35-39	0.8	1,065	1.1	1,028	0.9	2,092
40-44	1	951	1.8	921	1.4	1,872
45-49	1	947	1.9	844	1.4	1,791
Total 15-49	0.7	8,763	0.9	8,652	0.8	17,415
Total 15-59	na	na	0.9	9,851	na	na

na = no aplica

La estratificación de la información obtenida por regiones, ha permitido evaluar mejor las diferentes sub epidemias y diagnosticar necesidades de recursos para la fortalecer las acciones de la respuesta nacional. Según la Encuesta Demográfica de Salud de 2013, la prevalencia de VIH a nivel nacional es de 0,8% con la prevalencia más baja en la región de salud de Valdesia a 0,3% y la prevalencia más alta en la región de Cibao Occidental a 1,8% -frontera con Haití-. Sin embargo, la prevalencia en mujeres de la población general es más alta en el Cibao Oriental con un 1,7%<sup>27</sup>.

**Mapa 1: Prevalencia de VIH por regiones, R.D. 2013.**



Fuente: ENDESA 2013

Igualmente se evidencian importantes brechas en función de los quintiles de riqueza y de educación; en el quintil de riqueza inferior la prevalencia del VIH es 9 veces mayor a la del quintil de riqueza superior (1.8% vs. 0.2%). En el conocimiento comprensivo aparenta estar inversamente proporcional con el quintil de riqueza. A menor quintil de riqueza, menor conocimiento de VIH y mayor porcentaje de prevalencia.

Mientras que la prevalencia de VIH en la población sin educación es de 4.3%, la población con educación superior es de 0.1%<sup>28</sup>. A pesar, de que el uso del condón en la última relación sexual en general no sobrepasa el 50%, en la población sin educación muestran porcentajes que no superan el 38%. Asimismo, se evidencia que existe una diferencia marcada en la prevalencia de VIH en la relación mujer/hombre sin educación, donde la mujer presenta valores de 5.4% y los hombres de 3.6%.

#### 1.4.2 La epidemia en diferentes poblaciones

Aunque los datos en poblaciones específicas son limitados, la información disponible apunta a que algunas poblaciones son afectadas desproporcionadamente. Se destacan con mayor prevalencia de VIH los grupos de Gay, Trans y Hombres que tienen sexo con hombres (GTH), por encima del 5% consistentemente. Asimismo, la prevalencia de VIH es también considerablemente superior en Trabajadoras Sexuales (TRSX) y Usuarios de Drogas (UD)<sup>29</sup>, migrantes (en específico trabajadoras sexuales y trabajadores de la construcción haitianos).

27 República Dominicana, CONAVIHSIDA. Análisis de la epidemia de VIH en la República Dominicana, pág:1. Santo Domingo; 2014

28 Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación serológica en GTH, TRSX y UD, 2013

29 Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación serológica en GTH, TRSX y UD, 2013

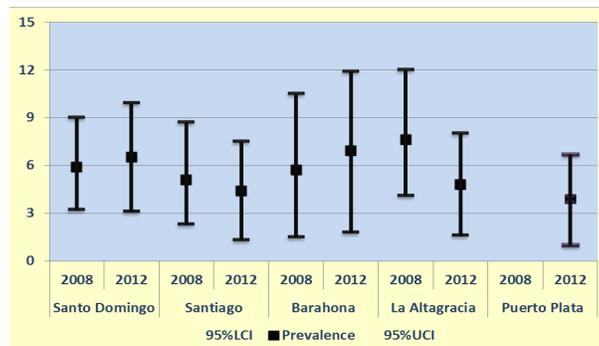
### 1.4.2.1 Gays, Trans y otros Hombres que tienen sexo con hombres (GTH)

Se ha estimado que la población de Gays, Trans y Hombres que tienen Sexo con Hombres (GTH), tienen una dimensión de 124,472 personas, lo que representan aproximadamente el 4.5%<sup>30</sup>. De los hombres entre 15 a 59 años de edad (4.2% Gays y Hombres que tienen Sexo con Hombres y 0.3% Trans). De este porcentaje entre el 41.9 y el 62.8% tienen 24 años de edad o menos; menos del 6.7% de esta población tiene ingresos monetarios superiores a RD\$20,000 mensuales; y la mitad de los GTH ha alcanzado una escolaridad secundaria<sup>31</sup>.

Según el informe de Modos de Transmisión del 2010, este grupo aporta la tercera parte de las nuevas infecciones por VIH en la República Dominicana. La prevalencia de este grupo se muestra estable con 6.1%, con un intervalo entre 5.1 y 7.6% en 2008, y entre 3.9 y 6.9% en 2012.

El gráfico a continuación muestra prevalencia de VIH en GTH superiores a la población general en 5 provincias estudiadas enmarcadas en las regiones de salud 0, II, IV y V. Los estudios de prevalencia en las Trans no tienen tamaños muestrales para ser representativos. En el estudio PLACE, participaron 33 Trans resultando el 17% positivo al VIH. En la encuesta de vigilancia de comportamiento del 2008, participaron 117 resultando positivo el 18%.

**Gráfico 1: Prevalencia de VIH en GTH – 2008 – 2012**



Fuente: Encuesta de Vigilancia de Comportamientos en Población Clave 2008 – 2012. Trabajadoras sexuales (TRSX)

La alta prevalencia que presenta este grupo puede estar relacionado con los comportamientos de los mismos; entre el 16 al 26.6% inició su vida sexual con otro hombre antes de los 15 años de edad; más del 65% ha tenido sexo por algún beneficio; entre el 54.5 y el 80.6% tuvieron dos o más parejas durante los últimos 6 meses; y menos de la mitad de los GTH utilizó el condón en su última relación sexual anal.

A pesar de la estabilidad en la prevalencia, la tendencia de uso de condón con una pareja masculina en la última relación sexual anal entre el 2008 y el 2012 fue a la disminución de un 65.78% a un 39,54%. Es importante resaltar que solo del 11% al 28% de ellos se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses.

<sup>30</sup> Dimensionamiento de las Poblaciones Claves 2013

<sup>31</sup> Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación serológica en GTH, TRSX y UD, 2013

Otra condición que puede estar incidiendo en la prevalencia del VIH en este grupo es la alta prevalencia de ITS, con valores que oscilan entre 9.8% a 18.6% en el caso de la sífilis, de 0.3% a 4.3% para Hepatitis B y de 0% a 2.2% para Hepatitis C.

Asimismo, el estigma y la discriminación representa un factor importante que pueden aumentar la vulnerabilidad de este grupo ante el VIH; entre el 3% y el 11% ha sido obligado a tener relaciones sexuales; del 16.6% al 48.5% de los GTH ha sido rechazado de los servicios de salud y del 14.3 al 64% de las escuelas o universidades.

### **Poblaciones trans**

A pesar de que el Estudio para la Definición y Dimensionamiento de poblaciones clave en la República Dominicana establece una población TRANS entre 9,221- 9,428, para este Plan Estratégico se tomarán como estimado la proyección suministrada por las redes TRANS de aproximadamente 3,900 (TRANSSA, GAYP, COTRAVED GRUPO ESTE AMOR).

En el país los tamaños muestrales para presentar datos de prevalencia no son representativos de esta población, por tanto no disponemos de una prevalencia nacional para dicha población (en el estudio PLACE, participaron 33 Trans, de estas el 17% resultaron positivos al VIH, en la encuesta ECVS 2008, participaron 117 resultando positivo el 18%)<sup>32</sup>; en tanto el Estudio de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave del 2016 servirá para fijarlo como línea de base y a partir de esta, establecer la meta del 2018.

#### **1.4.2.2 Trabajadoras sexuales (TRSX)**

La estimación de la población de las trabajadoras sexuales actual se realiza a partir del estudio de Kerrigan (2004) que estimó las TRSX en 80,000 (Kerrigan et al 2004). Para obtener un porcentaje dividimos 80,000 por la población femenina de 15-49 años del año 2004 (según Proyecciones ONE) de 2,378,551 =  $80000/2378551 * 100 = 3.36\%$ , para el 2014, para los demás años se asume la tasa de crecimiento anual de 1 % de la población.

La población de trabajadoras sexuales se estima en alrededor de 91,171, lo que representa un 3.36% de la población femenina de 15 a 49 años de edad. Más del 40% de las TRSX son mayores de 24 años de edad; entre el 4.6% y el 14% están casadas o en unión libre con un hombre; más del 95% de esta, solo se dedica al trabajo sexual obteniendo ingresos superior a los RD\$20,000 mensual; entre el 50% y el 70% han cursado solo el nivel primario de escolaridad.

El frecuente uso de alcohol y drogas entre las trabajadoras sexuales representa otro factor que pudiera estar aumentando el riesgo de contraer el VIH; más del 95% de las trabajadoras sexuales reportó el consumo de alcohol en el último mes; alrededor del 20% los siete días de las semanas, entre el 14% y el 30% utilizó drogas no inyectables, siendo la marihuana y la cocaína las más frecuentes.

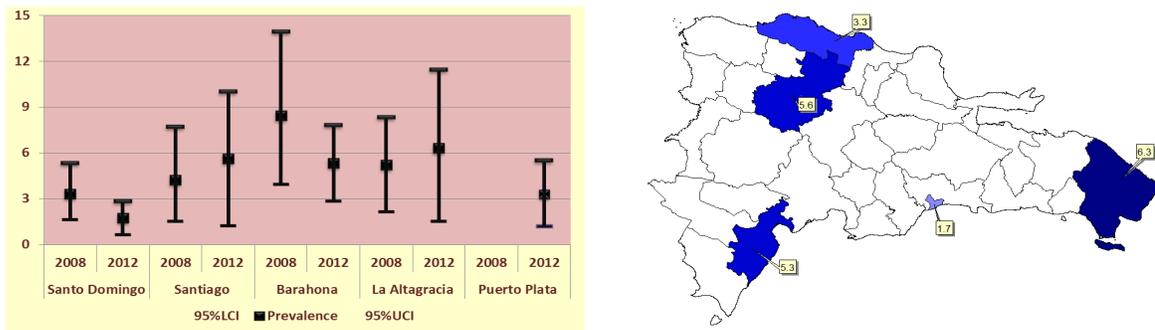
32 República Dominicana, CONAVISIDA. Análisis de la epidemia de VIH en la República Dominicana, pág:10. Santo Domingo; 2014

Otro problema de salud, que aumenta el riesgo de VIH en esta población son los niveles altos de ITS, destacando la sífilis que oscila entre 6% a 12.1%.

Asimismo, el estigma y la discriminación siguen presente en detrimento de este grupo. Más del 20% han sentido desprecio por parte de su familia; entre el 85.7% y el 95.4% expresó haberlo recibido en los servicios de salud; y una de cada 10 han sido obligadas a tener relaciones sexuales.

En el próximo gráfico se observa la prevalencia de VIH en TRSX en 5 provincias del país.

**Gráfico 2: Prevalencia de VIH en TRSX 2008– 2012 y mapa 2012**



Fuente: Encuesta de Vigilancia de Comportamientos en Población Clave 2008- 2012. Inmigrantes haitianos

El 45,90% de las TRSX 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. (Rectificación a documento UNGASS 2012).

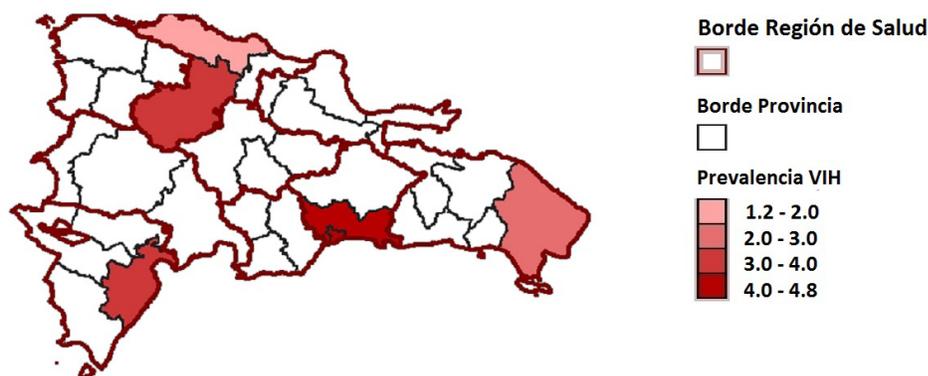
### 1.4.2.3 Usuarios de Drogas

Alrededor del 1.16% de la población nacional de 15 a 49 años, según el Informe de Dimensionamiento es usuaria de drogas, lo que representa unas 56,632 personas. Según la encuesta de Vigilancia de comportamiento 2012, la droga más consumida es la marihuana, seguida de la cocaína; menos del 2.4% consumen drogas inyectables; siendo el modo de consumo más frecuente la fumada. Entre el 70% y el 90% son hombres, y más de la mitad de los UD son menores de 25 años; cerca del 50% ha cursado el nivel primario escolar; y menos del 35% maneja ingresos mensuales por encima de los RD\$10,000.

La prevalencia de VIH en esta población refiere a la disminución, de 8% (5.1% - 13.7%) en el año 2008, a 3.2% (1.3%-7.8%) en el 2012, estos datos no son concluyentes. En lo relacionado al uso del condón en su última relación sexual está por debajo del 50% y el conocimiento comprensivo del VIH no supera el 75%. Asimismo, menos de una tercera parte de estos se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses; mientras que cerca de un 33% ha sido víctima de violencia y cerca de la mitad han sido arrestados. La ITS más frecuente es la sífilis con intervalos de 5.2% a 12.8%<sup>33</sup>.

33 Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con vinculación serológica, 2012

**Mapa 2: Prevalencia de VIH en usuarios de drogas según provincia de ubicación del puesto 2012**



Fuente: Segunda encuesta de comportamiento con vinculación serológica en UD 2012

#### **1.4.2.4 Mujeres en vulnerabilidad social**

En el contexto del VIH, las limitaciones de tipo estructural que afectan de manera agravada a las mujeres en razón de su condición de género (mayor desempleo, acceso a recursos productivos, a participación en espacios de toma de decisiones, etc.) se unen a las limitaciones culturales que juegan un rol determinante en el aumento del riesgo de infección del VIH en las mujeres.

El diagnóstico de género de la República Dominicana aborda algunos elementos introducidos en el documento “Piecing it together for women and girls. The gender dimensions of HIV-related stigma” disponible en <http://IPPF.org/sites/default/files>; en el que se explican las piezas del “rompecabezas” del VIH, el género y el estigma y proporcionar un marco para el análisis. Este marco se basa en cuatro niveles, entrelazadas en las dimensiones de género y estigma relacionado con el VIH que son más frecuentes; la salud, el trabajo, la configuración social y derechos.

La pobreza extrema, como factor de vulnerabilidad, unido a otros factores, como la violencia basada en género, el abuso de poder, la violencia intrafamiliar y violación sexual, la migración irregular, el bajo nivel educativo, elementos culturales que favorecen las inequidades, la fragilización de las estructuras familiares e institucionales, limitaciones de tipo estructural que afectan de manera agravada a las mujeres en razón de su condición de género (mayor desempleo, limitado acceso a recursos productivos, a participación en espacios de toma de decisiones, etc.) se unen a las limitaciones culturales que juegan un rol determinante en el aumento del riesgo de infección del VIH en las mujeres.

Según los datos de ENDESA 2013 el 1.98% de las mujeres de 15 a 49 años carecen de una educación formal. El 70% reside en zonas rurales; las mujeres sin instrucción residentes en bateyes exhiben una prevalencia de 7% (ENDESA Bateyes, 2013); las regiones de salud que presentan mayor porcentaje de mujeres sin educación son IV, VI y VII; el 69% se encuentra entre las edades de 35 a 49 años de edad; y alrededor del 60% se ubica en el quintil de riqueza inferior. En el grupo de jóvenes de 15 a 24 años de edad sin educación, el 23.1% tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años.

Solo el 22.8% de las mujeres sin educación cuentan con conocimiento comprensivo (ENDESA, 2013). En lo relacionado al uso del condón en su última relación, si bien en ENDESA 2013 no se cuenta con información, la referencia de ENDESA 2007, reporta un 14.8%; lo que se traduce en niveles de prevalencia elevados y con tendencia al aumento de 3.7% en el 2007 a 5.4% en el 2013. Pese a que esta población maneja prevalencia de VIH elevados, solo el 17% conoce su estatus serológico. Cabe destacar que prevalencia en mujeres sin instrucción residentes en bateyes presentan prevalencia de 8.9% (ENDESA, 2007).

En el país se han identificado altas prevalencias en diferentes segmentos de mujeres con las condiciones de vulnerabilidad social descritas:

Mujeres de baja escolaridad 5.4%<sup>34</sup>

Mujeres víctimas de violencia 2.6%<sup>35</sup>

Mujeres de quintil de riqueza inferior 1.5%<sup>36</sup>

Mujeres sin instrucción residentes en bateyes 2.4%

Mujeres residentes en regiones fronterizas con Haití: (0.7 a 1.4%)

#### 1.4.2.5 Mujeres víctimas de violencia

La violencia contra la mujer por parte de su pareja es un fenómeno generalizado entre las mujeres con diferentes características<sup>37</sup> (ENDESA, 2013). El 34.6% de las mujeres ha sido víctima de violencia; estas mujeres tienen más de dos veces (2.6%) el riesgo de infectarse de VIH que las que no han experimentado violencia (Informe de Análisis Secundario de ENDESA 2007).

Según ENDESA 2013 el 26 % de las mujeres de 15-49 años ha tenido experiencia de violencia física en algún momento de su vida y un 13 por ciento vivió esa experiencia en los 12 meses previos a la encuesta. En los niveles más bajos del sistema de enseñanza, un mayor nivel educativo no significa menos violencia física para las mujeres. Sin embargo, a partir de la secundaria, cuanto mayor el nivel educativo menor es el porcentaje de mujeres que ha vivido un episodio violento en algún momento de su vida y en los últimos 12 meses. Una gradiente más consistente se observa con el quintil de riqueza, que tiene una relación negativa con la violencia física. Mientras un 33 por ciento de las mujeres en el quintil inferior han experimentado violencia física desde los 15 años, este porcentaje se reduce al 17 por ciento en las mujeres en el quintil superior. En referencia a la violencia física en los últimos 12 meses, una de cada 5 mujeres en el quintil inferior experimentó violencia física comparada a menos de una de cada 10 mujeres en el quintil superior (7 por ciento). Por región de salud, existen diferencias respecto a la violencia contra la mujer en algún momento a partir de los 15 años. En la Región IV (suroeste del país) y la Región 0 (Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata), y región 3 el porcentaje de mujeres que ha vivido algún episodio de violencia física es significativamente mayor (28 por ciento). El tamaño de la población de mujeres víctimas de violencia en esas regiones es de 363,370 mujeres. Una relación similar se observa respecto a la violencia contra la mujer en los últimos 12 meses. En Endesa Bateyes 2007 revela que el 18 por ciento de las mujeres de 15-49 años de edad reportó haber experimentado violencia física desde los 15 años, 8 por ciento durante el año previo a la encuesta. El 10 por ciento informó que alguna vez en su vida vivió alguna experiencia de violencia.

34 República Dominicana, Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). ENDESA. Santo Domingo: CESDEM; 2013.

35 Diagnóstico de Género de la Respuesta Nacional al VIH en la República Dominicana. 2014.

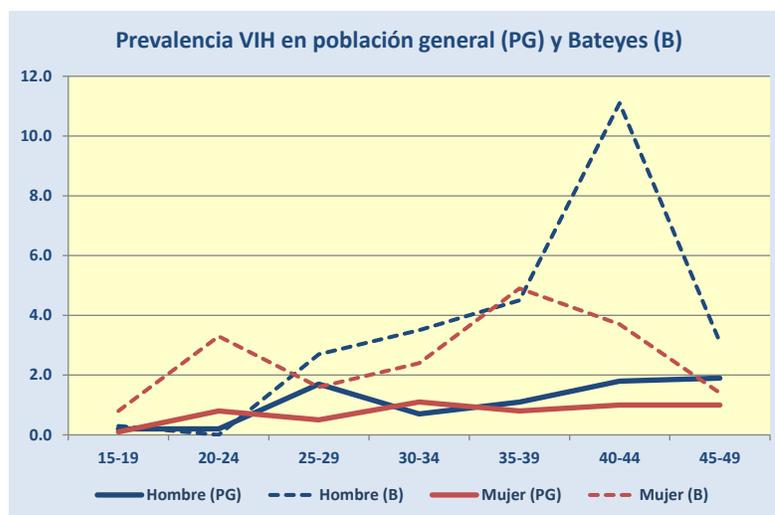
36 Idem

37 ENDESA 2013. Pág. 326

### 1.4.2.6 Residentes en bateyes

En el país existen unos 240 bateyes con una población aproximada de 45,000 hogares y un tamaño promedio de 4.1 por hogar, para un estimado total de 195,00 residentes de bateyes, de estos, 108,995 con edades entre 15 a 49 años, de las cuales el 54 % es de sexo masculino y el 46 % de sexo femenino<sup>38</sup>. A pesar de la reducción significativa en la prevalencia del VIH, de 5% en el 2002, a 3.2% en el 2007 y 2.5% en el 2013 (Entre las personas de 15-49 años el 2.5 % resultó ser VIH positivo, la prevalencia es de 2.4 % para mujeres y 2.6 % para hombres en el año 2013), sigue siendo muy elevada. Poco más de un cuarto de los residentes de bateyes cuentan con conocimiento comprensivo sobre el VIH. El uso del condón como medio de prevención del VIH es bajo (53.2% en ENDESA 2007); y sólo 40.6% de la población de los Bateyes conoce su estado serológico (ENDESA 2007). En 2013, la prevalencia de VIH fue superior en todos los grupos de edad de los residentes en bateyes, respecto de la población general, como se puede ver en el gráfico siguiente:

**Gráfico 3: Prevalencia VIH por grupos de edad (2013)**



Fuente: ENDESA 2013

En los bateyes el 5% de las mujeres y el 27% de los hombres de 15-59 años informaron haber tenido dos o más parejas sexuales durante los doce meses previos a la realización de la entrevista. En las mujeres la multiplicidad de parejas sexuales es más frecuente entre mujeres divorciadas, separadas o viudas (10 por ciento), las que tienen 20 a 24 y 25 a 29 años (7%), las de educación primaria 5-8 (6 por ciento) y las del quintil intermedio de riqueza (7%). En cambio, entre los hombres este fenómeno es más frecuente entre los divorciados, separados o viudos (37%), los que tienen entre 20 a 24 años de edad (35 por ciento), los de nivel educativo primaria 5-8 (29%) y los del quintil superior de riqueza (30%).

El uso del condón en la población masculina y femenina que tuvo múltiples parejas sexuales es extremadamente bajo (30%) entre las mujeres y 49 por ciento entre los hombres de 15-49 años). La mayoría de las mujeres ha escuchado sobre el VIH y el SIDA (98.3%), pero solo el 87.3% conoce alguna forma de prevenir el VIH, este porcentaje disminuye en la medida que el nivel educativo es menor (73.9) y baja el quintil de riqueza (75.3%).

38 ENDESA Bateyes 2013.

Solo 44.4 % de las mujeres tiene conocimiento comprensivo sobre el VIH, quedando un porcentaje alto que aún posee creencias erróneas sobre las formas de transmisión del VIH.

La educación es la variable que introduce las mayores brechas en el nivel de conocimiento comprensivo sobre el VIH. Mientras 14 % de las mujeres y 27 % de los hombres sin ningún nivel de escolaridad posee conocimiento comprensivo, este se incrementa a 69 % de las mujeres y 66 % de los hombres con educación superior respectivamente.

En ENDESA Bateyes 2013 se estudió las actitudes de hombres y mujeres hacia la negociación de relaciones sexuales seguras. A los hombres y mujeres entrevistados se les preguntó si se justifica que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con el esposo si ella sabe que él tiene sexo con otra mujer o que pida usar el condón si ella sabe que el esposo tiene una infección de transmisión sexual (ITS), el cual muestra que sin importar la edad y en general el estado conyugal la mayoría de las mujeres estuvo de acuerdo con que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo si sabe que él tiene sexo con otra mujer (92 % de mujeres y 88 % de hombres). De igual manera el 95 % de las mujeres y 94 % de los hombres considera que una mujer debe pedir el uso del condón si sabe que el esposo tiene una ITS.

La población femenina que se ha realizado una prueba de VIH es significativamente más elevada (76%) que la población masculina de 15-49 años (43%). Sin embargo, no todas las personas que se realizan una prueba recogen los resultados. El 63% de las mujeres y el 39 % de los hombres se hicieron la prueba y recibió el resultado, lo cual significa que más de la mitad de la población masculina y un porcentaje importante de mujeres en edad reproductiva desconocen su estatus serológico. El porcentaje de mujeres y hombres que conoce su estatus serológico para VIH se incrementa con la edad y el nivel educativo. La prevalencia de ITS es 3% para las en mujeres y 1% para los hombres.

Las informaciones presentadas muestran que el porcentaje de la población entre 15 a 24 años que ha tenido relaciones sexuales y se ha hecho una prueba de VIH no sólo es baja sino que se ha mantenido en el mismo nivel en relación al 2007 en el caso de los hombres y hubo una ligera reducción entre las mujeres de un 34% en el 2007 a 28% en el 2013.

Entre las mujeres, la prevalencia aumenta al 4.9 por ciento entre los 35-39 años. Entre los hombres, la prevalencia aumenta consistentemente con la edad hasta alcanzar el 11.1 por ciento dentro los hombres de 40-44 años. En el análisis de este indicador de prevalencia, especialmente por características, debe tomarse en cuenta que está afectado por un importante error de muestreo, debido al bajo número de casos. El patrón de prevalencia por edad no es claro para las mujeres, pero parecería que entre las de 20-24 años, la prevalencia del VIH es más alta en las mujeres que en los hombres.

Igual que a nivel nacional, la prevalencia de VIH disminuye en forma apreciable a medida que aumenta el nivel de educación, desde 5.6 por ciento entre quienes no tienen estudios formales hasta el 2 por ciento de quienes tienen educación secundaria. Igualmente, la disminución es similar entre las mujeres y hombres. El patrón por quintil de riqueza no es tan pronunciado como por educación, pero llama la atención el segundo quintil de riqueza donde la prevalencia es más alta para mujeres y hombres (3.7 y 4.8 por ciento, respectivamente).

Por otro lado, si bien los bateyes se caracterizan por altos niveles de pobreza, el quintil de riqueza al interior de los bateyes también marca grandes diferencias en la participación

económica de las mujeres, la cual pasa de 17 por ciento de las mujeres del quintil inferior de riqueza a un 66 por ciento entre las del quintil superior de riqueza. Este comportamiento se explica en parte porque la pobreza extrema está relacionada con una fecundidad más elevada y más temprana, pero también con menor nivel de escolaridad y por tanto una menor participación.

Acorde a las informaciones presentadas en la encuesta treinta de cada cien mujeres respondieron haber vivido alguna experiencia de violencia física desde que cumplieron sus quince años y el 16.5% en los últimos 12 meses.

#### **1.4.2.7 Migrantes Haitianos**

El 4.73% de los residentes en la República Dominicana son migrantes, de los cuales el 7.6% se encuentran entre las edades de 15 a 49 años de edad. Según estudio realizados en esta población, los Sub-grupos de migrantes haitianos manejan prevalencias de VIH superiores a la población general, entre estos, trabajadores de la construcción con 4.6% (IC 95% 3.3–5.8). Esta prevalencia podría tener relación con que el 2.4% de estos reporta tener relaciones sexuales con hombres; y 5.4% utilizó drogas en los últimos 6 meses; otros datos a considerar es que solo un 20.8% utilizó condón en su última relación sexual; y 13.1% se realizó la prueba en los últimos 12 meses. Estos datos podrían estar reflejando un limitado acceso a programas de prevención.

Otro sub-grupo de migrantes que ha sido objeto de estudio es el grupo de trabajadoras sexuales haitianas, estas manejan prevalencia de VIH de 5.4% (IC 95% 4.5 – 9.8)<sup>39</sup>. Este nivel de prevalencia es más alto que el manejado por trabajadoras sexuales dominicanas (4.5%). Al contrario de las trabajadoras sexuales dominicanas, el uso del condón con su último cliente es de tan solo un 27%; el 81% de estas mujeres realiza sexo anal y un 15.6% usa drogas. Cabe destacar, que solo el 34.1% de estas se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses. La mayor concentración de esta población se encuentra en 9 provincias priorizadas; (Barahona, Dajabón, Independencia, La Altagracia, La Romana, Montecristi, Pedernales, Santiago Rodríguez, Valverde) condicionantes que justifican las acciones a desarrollar en el marco de este PEN, en el caso de las embarazadas migrantes haitianas el abordaje será a nivel nacional.

#### **1.4.2.8 Jóvenes**

ENDESA 2013 revela dos informaciones que ilustran la urgencia de intervenir con la población menores de 19 años de edad. Entre las personas de 15 a 19 años el promedio de pareja sexuales en hombres es de 7.2% y en mujeres de 2.2%; uso de condón en su última relación sexual es de 40.3% en mujeres y 67.4% en hombres. Aunque la prevalencia es de 0.3% este comportamiento los pone a riesgo de la transmisión de VIH y otras ITS.

#### **1.4.2.9 Personas privadas de libertad**

La población de personas privadas de libertad total es de 25,890, de las cuales el 2.6% son mujeres (equivalentes a 675) y un 97.4% corresponde a los hombres (equivalente al 25,215 restante).

Actualmente en el país se trabajan con dos modelos penitenciarios: el tradicional y el moderno. Dentro del esquema de los centros penitenciarios del modelo tradicional para hombres privados de libertad existen las visitas conyugales. Sin embargo en el nuevo modelo existe la visita conyugal controlada tanto en los centros penitenciarios de hombres como de mujeres. En el nuevo modelo penitenciario existen a octubre del 2013, unos 8,460 privados

39 Encuesta de Vigilancia de Comportamientos con Vinculación Serológica en Trabajadores de la Construcción y Trabajadores Sexuales Femeninas haitianas 2013

de libertad masculinos y 508 femeninas, mientras que bajo el modelo tradicional hay 16,755 hombres y 167 mujeres. Las personas privadas de libertad positivas al VIH dentro de los sistemas penitenciarios tienen un alcance de un 2%.

#### 1.4.2.10 Uniformados

Alrededor del 1.67% de dominicanos son uniformados. Este personal se considera un grupo en riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual, ya que por su condición laboral permanecen fuera de sus hogares, por largo periodos de tiempo, predisponiéndolos a multiplicidad de parejas sexuales. La Prevalencia del VIH en esta población en el 2010 fue de 0.6% (entre 0.014 y 1.21%). El 29% por ciento de está reportó relaciones sexuales con una trabajadora sexual (TRSX) durante los últimos 12 meses, el 16% no usó condones.

#### 1.4.2.11 Situación de otros grupos poblacionales

Algunas poblaciones como las personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes no escolarizados y/o en situación de calle, están expuestas a un mayor riesgo de infectarse por el VIH, debido a los determinante sociales que les afectan, como, la pobreza, el hacinamiento, prácticas, creencias culturales, sociales, legales, religiosas, y otros.

#### 1.4.3 Tipo de Epidemia

Los resultados del análisis nacional sobre tipo de epidemia concluyó que la epidemia es de tipo concentrada<sup>40</sup>. Los datos descritos en este documento corroboran esta conclusión. Se afirma que la prevalencia del VIH se encuentra por debajo del 1% en población general y consistentemente por encima del 5% en gays, trans y hombres que tienen sexo con hombres. Otros grupos que manejan prevalencia elevada son las trabajadoras sexuales, migrantes, usuarios de drogas y mujeres sin educación.

#### 1.4.4 Sobre la co-infección de TB y VIH en la región y el país

Según datos del MSP, alrededor de 25% de pacientes TB tienen coinfección VIH. La detección estimada es del 60% de los casos de tuberculosis baciloscopia positiva y la implementación de la estrategia DOTS/TAES en 2013 cubrió el 90% como promedio nacional. Se estima una pérdida del 35% de sintomáticos respiratorios de acuerdo con un reporte que corresponde al informe de 1,194 servicios de salud, que cuentan con la Estrategia Alto a la TB y que cumplieron los registros.

En el sistema de información del Programa Nacional de Control de Tuberculosis están registradas 1,434 unidades que realizan actividades de detección de sintomáticos respiratorios.

Los servicios VIH y TB están bajo una política común en cuanto a la coinfección a nivel del MSP pero operan de modo independiente, si bien comparten recursos de laboratorio y otros. La coordinación nacional no es homogénea en todos los niveles de atención de la red de servicios del sistema de salud. No siempre se cumplen las normas en la práctica. Solo 66% de pacientes de TB reciben pruebas de VIH. No obstante, el protocolo que indica iniciar ARV en todos los casos VIH+, solo el 52% de los pacientes de TB que son coinfectados inician ARV y apenas el 48% inician la terapia preventiva con clotrimozaxol<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> La mediana en la XVII Encuesta de Vigilancia Centinela de 2ª generación en 2009 fue de 0.82%, esto se ha tomado como otro indicio que la prevalencia en la población está por debajo del 1%.

<sup>41</sup> República Dominicana, CONAVIHSIDA. Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y al VIH-sida 2015-2018, pág:26. Santo Domingo; septiembre 2014.

En el 2013 se diagnosticaron 4,663 personas de TB. De estos, 3,095 (66.4%) se realizaron la prueba de detección de VIH y un total de 645 (20%) resultaron ser coinfectados. En ese mismo año, 338 personas coinfectadas recibieron ARV (52%).

**Cuadro 6: Infección VIH en pacientes ingresados a tratamiento para Tuberculosis**

Año	Casos TB CANTI- DAD	TB c/Test VIH		Casos TB/VIH		TB/VIH en ARV	
		CANTIDAD	(%)	CANTIDAD	(%)	CANTIDAD	(%)
2008	4,468	2,011	45	399	19.8	ND	ND
2009	4,442	2,516	56.6	403	16	ND	ND
2010	4,160	2,489	59.8	547	22	22	4
2011	4,472	2,540	56.8	460	18.1	230	50
2012	4,438	2,721	61.3	557	20.5	268	48.1
2013	4,663	3,095	66.4	645	20.8	338	52.4

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis 2014



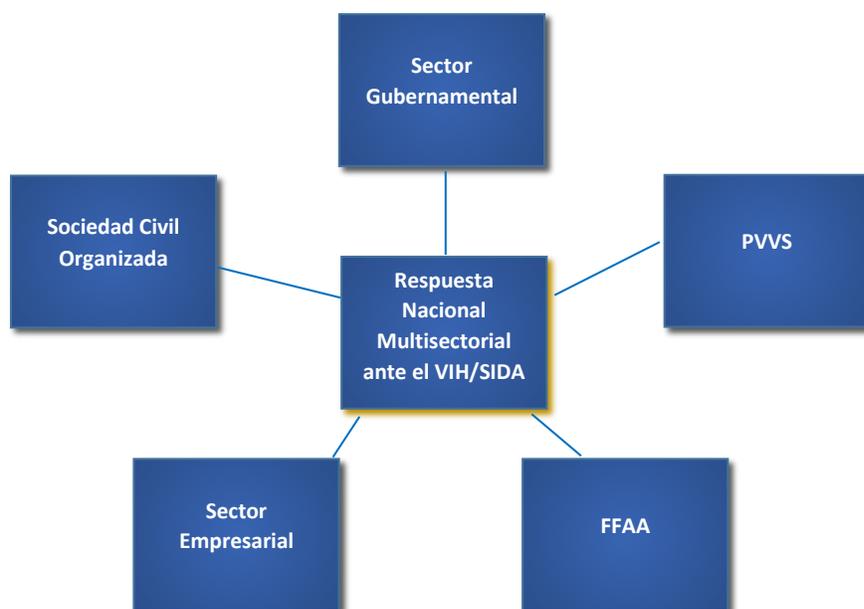
## **CAPITULO II**

### **ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y EL SIDA**



## 2.1. Organización de la Respuesta Nacional al VIH y SIDA

La Respuesta Nacional es la organización de los recursos humanos, físicos, organizativos y financieros para responder a las causas y consecuencias del VIH/SIDA en el país. Es un amplio mecanismo de coordinación que otorga contenido y dirección a la lucha contra la epidemia. En este proceso, el Plan Estratégico Nacional debe jugar un rol determinante como definidor de la hoja de ruta que articula los esfuerzos e iniciativas nacionales e internacionales. La Respuesta Nacional la integran sectores públicos, privados y de los llamados no gubernamentales, destacándose la importancia de las organizaciones de personas que viven con la epidemia.



En los últimos años, diversos estudios<sup>42</sup> y especialistas han evidenciado debilidades en la conducción y gestión de la Respuesta Nacional que reducen la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y en el impacto de las acciones. Una síntesis de las mismas se presenta a continuación<sup>43</sup>:

- a) Alcanzar mayores niveles de coordinación entre las diferentes instancias públicas y privadas que participan y aportan recursos para la Respuesta.
- b) Fortalecer la articulación con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y estudiar las mejores prácticas para que puedan servir de referencias.
- c) Habilitar proveedores de servicios de las OSC para que puedan ampliar la gama de servicios que ofrecen a la población que vive con el VIH.
- d) Mejorar la articulación entre los diferentes niveles de atención, reforzando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.
- e) Mejorar la Comunicación entre los distintos programas (SIDA, Tuberculosis, Malaria, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Violencia de Género, entre otros).
- f) Aumentar la capacidad resolutoria en el vínculo servicios-comunidad, garantizando la reducción de los estigmas y la creación de ambientes comunitarios-hospitalarios solidarios que contribuyan a la adherencia al tratamiento.

42 OPS, Evaluación de la Respuesta Nacional Al VIH/Sida, 2006

43 OPS, Evaluación de la Respuesta Nacional Al VIH/Sida, 2006

### 2.1.1 Actores de la Respuesta Nacional

El número de actores en la Respuesta Nacional (RN) ha ido aumentando con los años, como resultado de la visión multisectorial definida en el PEN 2007-2015 y en función de los requerimientos de los compromisos internacionales asumidos por el país. Aunque en algunos casos lo que se ha tenido es una integración formal y no una participación activa tal y como se plantea en el Análisis del Índice de Políticas Compuestas, versión 2010 <sup>44</sup>.

Un avance importante a destacar, es la conformación de mesas técnicas interinstitucionales, por temáticas específicas, las cuales se reúnen con diferente frecuencia. Estas mesas responden a la necesidad de coordinación sobre asuntos técnicos prioritarios para la Respuesta Nacional. A junio del 2013, las mesas activas eran: Mesa de Coordinación sobre Usuarios de Drogas (UD), Mesa sobre vínculo entre Violencia contra las Mujeres (VCM) y VIH, Mesa Nacional sobre la Erradicación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita, Mesa de Inclusión de los ARV en la Seguridad Social, Mesa Nacional de Laboratorios y Mesa de Medicamentos.

#### 2.1.1.1 El Sector Público

##### Consejo Nacional del VIH y SIDA<sup>45</sup>

El 7 de septiembre de 2011 se promulga la ley 135-11 sobre VIH y SIDA, la cual deroga la ley anterior (55-93) y el decreto 31-01 que creaba el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). En su lugar se creó el Consejo Nacional para el VIH/SIDA (CONAVIHSIDA), como organismo autónomo, colegiado, multisectorial y de carácter estratégico, adscrito al Ministerio de Salud Pública. La ley 135-11 otorgó al CONAVIHSIDA la coordinación y conducción de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA <sup>46</sup>.

##### Ministerio de Salud Pública

La ley 135-11 reconoce el rol rector del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), esta institución mantiene la presidencia del CONAVIHSIDA.

##### Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

El Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD) es parte del consejo del CONAVIHSIDA, es el órgano rector del Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública (Ley 498-06).

##### Ministerio del Trabajo

El Ministerio del Trabajo (MT) se integra de forma más activa a la Respuesta Nacional en el 2007, a partir de la creación de la Unidad Técnico Laboral de Atención Integral (UTELAIN), que fue uno de los compromisos contenidos en el acuerdo firmado entre el Ministerio del Trabajo y el CONAVIHSIDA.

<sup>44</sup> Sánchez, Leonardo: Análisis del Índice de Políticas Compuestas Versión 2010.

<sup>45</sup> Aunque el CONAVIHSIDA es un organismo colegiado al cual participan instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales y del sector privado, se ha colocado la descripción de esta entidad en el marco del Sector Público por ser una institución adscrita al Ministerio de Salud Pública y que representa la responsabilidad del Estado de responder y coordinar la RN a las ITS, VIH y SIDA.

<sup>46</sup> Ley 135-11, art. 21.

### **Ministerio de Educación**

El Ministerio de Educación tiene un papel clave en las políticas de promoción y prevención del VIH y SIDA, a través de la inclusión de la educación de la salud sexual y reproductiva en el currículo de la educación primaria y secundaria en el país. Desde el 2002 ha venido ejecutando un Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS).

### **Ministerio de la Mujer**

El Ministerio de la Mujer se plantea incluir el enfoque de género en las acciones de la Respuesta Nacional al VIH y SIDA, como forma de abordar la feminización de la epidemia y prevenir su propagación mediante acciones educativas y de comunicación.

### **Ministerio de la Juventud**

Ante la necesidad de fortalecer la prevención dirigida a los jóvenes, que constituyen un segmento poblacional importante en la infección de VIH, el Ministerio de la Juventud renovó su participación en la Respuesta Nacional a través de la firma de un acuerdo de trabajo con el CONAVIHSIDA, en enero 2013. Este acuerdo tiene el objetivo de contribuir a que los jóvenes realicen pruebas voluntarias de VIH y orienten o cambien su comportamiento sexual, mediante el desarrollo de jornadas educativas.

### **Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales**

El CONAVIHSIDA está adscrito al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), instancia de articulación para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas incluidos en el Sistema de Protección Social de República Dominicana.

### **Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia**

CONANI, en su calidad de órgano administrativo del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (ley 136-03), ha auspiciado con el CONAVIHSIDA la formulación de la Política Nacional de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes en situación de orfandad y vulnerabilidad al VIH/SIDA en República Dominicana.

### **Otras instancias involucradas en la Respuesta Nacional**

También tienen participación a la Respuesta Nacional los Ayuntamientos, el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, Ministerio de las Fuerzas Armadas, Ministerio de Deportes, Ministerio Público, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Turismo, Despacho de la Primera Dama.

#### **2.1.1.2 Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH**

Las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y las redes de personas viviendo con VIH (PVVIH), mantienen un rol fundamental en las actividades de prevención y movilización social. La ley 135-11 aumentó la cuota de representación de estas organizaciones en el Consejo del CONAVIHSIDA, reconociendo la importante función que realizan en la Respuesta Nacional.

La Coalición ONGSIDA representa 47 ONG. Juega un importante rol en los procesos de veeduría e incidencia. Participó de manera activa en la definición y aprobación de la ley 135-11 y actualmente en el proceso de corrección de las contradicciones del nuevo marco legal.

Las Redes de Personas Viviendo con el VIH esencialmente: REDOVIIH +, Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH y el SIDA (ASOLSIDA), Grupo Paloma, Grupo Clara, REDNACER, FUNDOREDIA y REVASA, han logrado mantener una membresía activa y con capacidad de

movilización a nivel Nacional. Sin embargo, es muy escasa la presencia de organizaciones de la sociedad civil que trabajan por la defensa de los derechos de las personas, las cuales tendrían un rol importante en enfrentar y erradicar el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos de las personas seropositivas.

El Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel (IDCP) es el receptor principal del proyecto actual del Fondo Mundial para las acciones de prevención e Información, Educación y Comunicación (IEC).

### 2.1.1.3 Cooperación Internacional

La Cooperación Internacional tiene participación en la Respuesta Nacional en temas de financiamiento, asesoramiento, apoyo técnico, provisión de insumos y medicamentos y fomento de la participación de los actores sociales, entre otras cosas. Las agencias que han estado tradicionalmente más involucradas en la lucha contra la epidemia son: el gobierno de EEUU a través de sus agencias y programas (PEPFAR, USAID, CDC, AED, FHI, Cuerpo de Paz) y El Sistema de las Naciones unidas (OPS/OMS, ONUSIDA, PNUD, UNICEF, UNFPA y el PMA).

### 2.1.1.4 El Sector Privado

El sector privado a través de empresas y representantes de los trabajadores/as, participa en algunas acciones promovidas por iniciativa del CONAVIHSIDA. En el periodo 2007-2009 se desarrollaron actividades en el sector cañero. En 2012 y 2013 instituciones como el Grupo Ramos y la Asociación de Zonas Francas, desarrollaron acciones limitadas en el tema. Aunque la participación de este sector ha sido muy limitada, se podría aprovechar el marco que provee la estrategia de estímulo a la responsabilidad social empresarial que impulsa el Global Compact, para ampliar el ámbito de acción de la Respuesta Nacional. La ley 135-11 mantiene la presencia de un representante del sector privado en el Consejo del CONAVIHSIDA.

## 2.1.2 Espacios de participación y coordinación intersectorial e interinstitucional

Además del CONAVIHSIDA, actualmente existen diferentes espacios de participación y coordinación intersectorial e interinstitucional, que están integrados por actores claves de la Respuesta Nacional. Entre los mismos cabe destacar:

- **El Mecanismo de Coordinación de País (MCP).** Se constituyó por requerimiento de Fondo Mundial de lucha contra el SIDA la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial). Es un espacio de propuestas, análisis, discusiones, seguimiento, evaluación y toma de decisiones relacionadas con las donaciones del Fondo Mundial. En un contexto donde las donaciones del Fondo Mundial han representado la mayoría de los recursos disponibles, este mecanismo ha jugado un papel clave en la implementación de la Respuesta Nacional.
- **El Grupo Técnico de Monitoreo y Evaluación (GRUTEME) de la Respuesta Nacional.** Es un grupo multisectorial y multidisciplinario con misión de contribuir a mejorar la eficiencia de los procesos de monitoreo y evaluación de la Respuesta Nacional, así como fortalecer las capacidades institucionales, a nivel nacional y local, para promover la rendición de cuentas y el uso eficiente de los recursos a través de la coordinación interinstitucional. El GRUTEME incluye instituciones públicas, organismos internacionales y no gubernamentales y redes de personas que viven con el VIH y el SIDA. Ha tenido un funcionamiento irregular.

- **El Comité de Seguimiento a los Compromisos de UNGASS**<sup>47</sup>. Se conformó en el año 2007 con el objetivo de dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos por el país y para facilitar la preparación de los Informes de progreso. El Comité está integrado por 32 organizaciones de los diferentes sectores que conforman la Respuesta Nacional al VIH/SIDA: instituciones gubernamentales, de la sociedad civil y agencias de cooperación internacional. Este comité se reúne para elaborar los informes del país. Desde finales del 2013 y en el primer trimestre del 2014 ha estado sesionando de manera permanente en procura de elaborar el informe de progreso correspondiente.

## **2.2. Financiamiento de la Respuesta Nacional.**

El financiamiento de la salud en la República Dominicana procede de fuentes públicas y privadas. Una alta proporción de este financiamiento es privado, principalmente proveniente del aporte directo de las familias.<sup>48</sup> La parte pública se ejecuta esencialmente a través del Ministerio de Salud Pública y del Sistema Dominicano de Seguridad Social. El gasto público en salud, incluyendo la Seguridad Social, históricamente ha sido bajo en el país manteniéndose en 2.2% en promedio como porcentaje del PIB entre 2002 y 2010<sup>49</sup>.

### **2.2.1 El gasto en SIDA**

Los resultados del MEGAS 2012<sup>50</sup> indican que el gasto nacional en SIDA ascendió ese año a RD\$1,629.8 millones, equivalentes a US\$41.4 millones. Este gasto se distribuyó en diferentes categorías: Atención y tratamiento, Gestión y administración de programas, Prevención, Recursos humanos, Entorno favorable, Investigación relacionada con el VIH, Huérfanos y niños vulnerables, Protección social y servicios sociales.

El 39.3% de los recursos fue destinado para prevención, el 35.6% para atención y tratamiento, esto incluye la entrega de medicamentos y las realizaciones de pruebas diagnósticas, el 20.5% a gestión y administración de programas y el 1.7% al pago de recursos humanos involucrados en la Respuesta Nacional. La terapia ARV constituye la principal partida de gasto (21.3%), seguida por la seguridad hematológica (14.6%), planificación, coordinación y gestión de programas (12.9%), condones en el sector público y comercial (11.7%), otras acciones de prevención (8.6%) y vigilancia de laboratorios relacionada con VIH (5.1%).

#### **2.2.1.1 El gasto según población beneficiaria.**

MEGAS 2012 mostró que la mayor proporción del gasto se destinó ese año a las personas que viven con VIH (32.6%). El 22.0% de los recursos se invirtió en poblaciones claves como huérfanos y niños/as vulnerables, migrantes, niños/as en la calle, personas privadas de libertad, transportistas, entre otros.

<sup>47</sup> UNGASS se refiere al Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas Sobre el VIH/sida celebrado en junio de 2001, donde los Estados Miembros adoptaron una resolución, renovada en 2006 y 2011, que es objeto del seguimiento por el comité.

<sup>48</sup> Banco Mundial <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.

<sup>49</sup> Sistema de Indicadores Sociales en República Dominicana. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.

<sup>50</sup> Fundación PLENITUD.

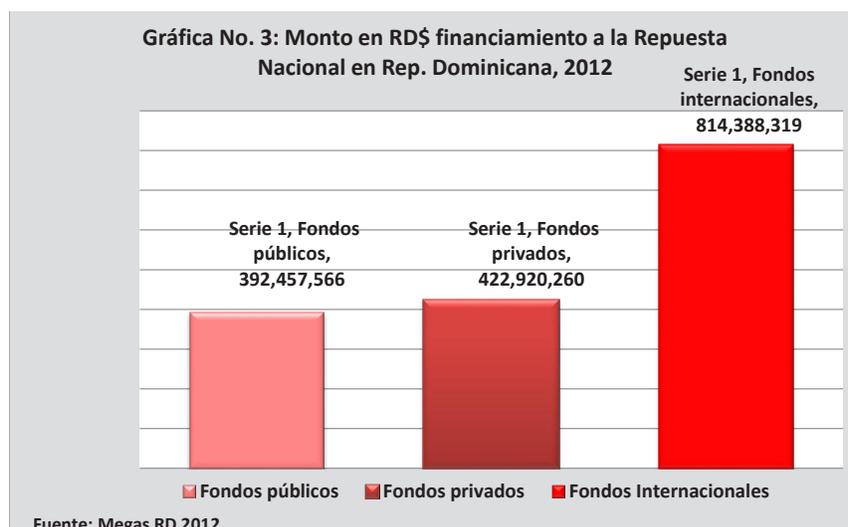
**Cuadro 7: Gasto en VIH y Sida por población beneficiaria**

Población Beneficiaria	Total gasto por PB		
	RD\$	US\$	%
Personas que viven con el VIH	531,025,622	13,505,066	32.6%
Poblaciones más expuestas	90,451,987	2,300,379	5.5%
Otras poblaciones clave	359,045,576	9,131,262	22.0%
Poblaciones “accesibles” específicas	120,009,590	3,052,089	7.4%
Población general	183,728,236	4,672,584	11.3%
Intervenciones no dirigidas	345,505,134	8,786,901	21.2%
<b>Total RD\$</b>	<b>1,629,766,145</b>	<b>41,448,282</b>	<b>100.00%</b>

MEGAS 2012 reveló que para el grupo de poblaciones más expuestas se destinó el 5.5% del total del gasto, no obstante incluir la población de mayor riesgo de exposición al VIH de acuerdo a comportamiento y prácticas. Entre estos grupos se encuentran profesionales del sexo (PR) y sus clientes, consumidores de drogas inyectables (CDI) y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Mientras en las poblaciones accesibles específicas, se invirtió el 7.4% del gasto total estimado. Esto corresponde a estudiantes, militares, policías y empleados de fábrica, entre otros.

#### 2.2.1.2 Gasto por fuentes de financiamiento

MEGAS 2012 clasifica las fuentes de financiamiento del gasto en VIH y SIDA en tres categorías: fondos públicos, internacionales y privados. La mayor proporción del financiamiento provino de fuentes internacionales, 50.0% del total. El 75.7% correspondió a organismos multilaterales, el 21.1% de organismos bilaterales y el 3.2% restante de entidades con o sin fines de lucro, incluyendo fundaciones que apoyan la respuesta nacional. El financiamiento público representa el 24.1% del total del gasto. Corresponde en su mayoría a las rentas del gobierno (impuestos) y a los fondos de seguridad social. Los fondos privados significaron el 25.9% del total, constituidos por aportes de los hogares y de las empresas.

**Gráfico 4: Gasto en VIH y SIDA según fuente de financiamiento, 2008 (RD\$)**

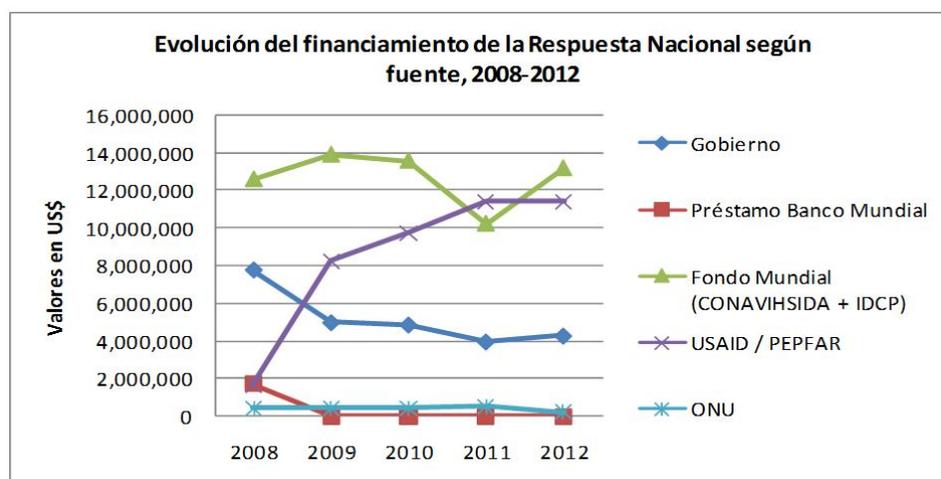
### 2.2.1.3 Estimación del Financiamiento del gasto en VIH SIDA en el periodo 2008-2012

Un estudio <sup>51</sup> de ONUSIDA y el PNUD del 2011 indicó que los fondos destinados a la Respuesta Nacional, descontando los de prevención, presentaron niveles de disminución de 35% y 4% para los años 2008 y 2009 respectivamente. Por su parte, la reducción del financiamiento en prevención fue del 40.8% y 49.8% en esos mismos años. La tendencia del financiamiento de la prevención destinada a las poblaciones más expuestas y otras poblaciones priorizadas, empezó a reducirse a partir del 2007. Del mismo modo, el referido estudio concluye que en el periodo 2007-2009 “la inversión de recursos efectuada para la prevención del VIH en las subpoblaciones con altas prevalencia del virus no se corresponde a la necesidad de reducción de esa prevalencia.” <sup>52</sup> El total de recursos invertidos para el funcionamiento de la Respuesta al VIH y al SIDA creció durante el periodo 2008-2012, al pasar de US\$22.5 millones a US\$29.1 millones del 2008 al 2012, para totalizar US\$134,036,441.00 en esos años. Se observa que el financiamiento continúa dependiendo de donaciones externas, quienes aportan el 80.7% en promedio.

El Fondo Mundial fue la principal fuente de financiamiento durante el periodo 2007-2013, al aportar el 47.5% de los recursos de la Respuesta Nacional. El gobierno de los Estados Unidos, a través del PEPFAR, contribuyó con el 31.7%, el Gobierno de la República Dominicana aportó el 19.3% y las agencias de las Naciones Unidas el 1.5%.

Como se observa en la próxima gráfica, el monto total del financiamiento a la Respuesta Nacional creció ligeramente durante el periodo 2008-2012, a partir de los recursos donados por el Fondo Mundial al país, a través de sus receptores principales, CONAVIHSIDA y el IDCP. Los aportes del Fondo Mundial a través del IDCP aumentaron la inversión en prevención. Mientras los fondos aportados por el gobierno mantuvieron una tendencia a la baja, al igual que los recursos proveniente de organizaciones de las Naciones Unidas. Se destaca el crecimiento experimentado por los fondos de USAID en el período, a partir de la entrada de los recursos del PEPFAR en el 2009.

**Gráfico 5: Evolución del financiamiento de la RN según fuente, 2008-2012**



Fuente: Creación CONSAD con informaciones suministradas por las instituciones

<sup>51</sup> ONUSIDA y PNUD, 2011 “Financiamiento para prevención del VIH en poblaciones más expuestas y otras priorizadas. República Dominicana 2007-2009”  
<sup>52</sup> Idem

El aumento del número de casos en tratamiento guardó relación con el financiamiento hasta el 2009. Sin embargo, del 2009 al 2012 el número de casos se incrementó a un ritmo promedio de 33.4% (2,958 casos) por año mientras el financiamiento disminuyó un 21.7% promedio (US\$965,382). El incremento en la captación de pacientes ha generado una brecha financiera calculada en US\$3,800,000 el 2013. Esta se pudo cubrir con ahorros generados por cambiar el agente compra para hacerlo directamente a través del FM, por eliminar esquemas obsoletos, por reagrupar pacientes por esquemas y por identificar fondos no utilizados. Además, por la revisión de los esquemas de tratamiento y el aporte de US\$1.9 millones por parte del gobierno dominicano para cubrir el desmonte de la donación del Fondo Mundial. Para aumentar el financiamiento y las iniciativas de prevención, es muy importante que las instituciones sectoriales, contempladas en la ley 135-11, incluyan actividades relacionadas a la Respuesta Nacional frente al VIH/SIDA en sus respectivos presupuestos; estas instituciones son: los ministerios de Educación, Trabajo, Educación Superior, Ciencia y Tecnología y Turismo.

### 2.3. **Sostenibilidad Financiera de la Respuesta Nacional**

Todos los actores de la Respuesta Nacional<sup>53</sup> expresan preocupación sobre la sostenibilidad financiera. La disminución de las contribuciones de los donantes internacionales es una amenaza importante para los países de renta media (como la República Dominicana), especialmente desde el advenimiento de la crisis financiera global.

El cambio de prioridades internacionales se considera un riesgo, sobre todo para el período posterior al 2015, cuando los nuevos objetivos de desarrollo del Milenio reemplazarán a los existentes. El Grupo de Personas Eminentes que trabajan la agenda post 2015 han estado proponiendo nuevas metas universales y objetivos nacionales, por ejemplo: “Asegurar una vida sana” y “Reducir la carga de enfermedad por el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, las enfermedades tropicales desatendidas y priorizar las enfermedades no transmisibles”. Si esto es aceptado por la comunidad internacional, el SIDA seguirá siendo una prioridad. Si no se toman en cuenta las recomendaciones del grupo de alto nivel y no hay ninguna meta sobre el VIH/SIDA para después del 2015, se debilitaran las bases para que la comunidad internacional continúe colocando recursos financieros en el tema.

#### 2.3.1 **Alternativa para la Sostenibilidad Financiera de la Respuesta Nacional**

En el escenario actual se hace indispensable el aumento de los recursos nacionales para la Respuesta al VIH/SIDA. Ante ese desafío, las OSC que ofrecen servicios relacionados al VIH/SIDA han constituido la Mesa de Sostenibilidad y han discutido diferentes alternativas para superar la situación. Las mismas van en la línea del desarrollo de actividades de autogestión económica y la definición de nuevas vías para captar recursos del sector privado nacional y de agencias de cooperación internacional. Para garantizar la sostenibilidad, el Gobierno Dominicano deberá aumentar las asignaciones presupuestarias destinadas a la Respuesta Nacional, colocando más recursos a CONAVIHSIDA, DIGECITSS y a los Servicios Regionales de Salud, así como para los ministerios de Educación, Trabajo, Educación Superior, Ciencia y Tecnología y Turismo.

<sup>53</sup> Entrevista actores de la Respuesta Nacional, 2013.

### **2.3.2 Inclusión de los Tratamientos Antirretrovirales (TAR) en el Plan Básico de Salud de Seguridad Social**

El Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA 2007–2015 establece que la atención integral a personas viviendo con VIH, incluyendo los Tratamientos Antirretrovirales (TAR), serán asumidos por el Sistema Dominicano de Seguridad Social, lo que ha sido una demanda de diversos grupos en los últimos años. Para esos fines se han dado importantes pasos de avance, incluyendo varios estudios que definen alternativas y presentan las implicaciones económicas de esta acción. Pero uno de los inconvenientes más importantes lo constituye el literal (n) del Artículo 17 del reglamento del Plan Básico de Salud, el cual excluye explícitamente el suministro de medicamentos antirretrovirales por ser considerado de alto costo y de responsabilidad del COPRESIDA (hoy CONAVIHSIDA) y el MSP.

### **2.4. Compromisos Contraídos por el País a nivel Regional y Mundial**

El Gobierno Dominicano ha asumido en los últimos años una serie de compromisos internacionales que constituyen un marco de acción favorable para la respuesta al VIH en el país. A partir de estos compromisos se han creado estructuras intersectoriales para dar respuestas a los requerimientos acordados. Además, se han entregado en los plazos establecidos los informes correspondientes a los compromisos contraídos y se han adoptado buena parte de las recomendaciones emanadas de las revisiones. Sin embargo, se identifican brechas para poder cumplir con algunas de las metas y objetivos, como indica el informe planteado por el país para el cumplimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida 2011.

#### **Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA 2011 y las 10 metas**

En junio 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (UNGASS) aprueba la Declaración Política de las Naciones Unidas Sobre el VIH y el SIDA. Con la misma se piden mayores esfuerzos para poner fin a la epidemia y para alcanzar el acceso universal a la prevención, al tratamiento, la atención y al apoyo relacionados con el VIH. El alcance del documento se extiende más allá del sector gubernamental para incluir a la industria privada, los grupos sindicales, las organizaciones religiosas y no gubernamentales, así como otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH. A partir de la Declaración se desprende la Estrategia de ONUSIDA 2011-2015 “Llegar a cero”. Las metas de la Declaración<sup>54</sup> se resumen en el cuadro siguiente.

<sup>54</sup> ONUSIDA, 2012: Monitoreando la Declaración Política sobre VIH y SIDA 2011

**Cuadro 8: Directrices estratégicas y objetivos de ONUSIDA 2011-2015**

Metas para 2015
a) Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015.
b) Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015.
c) Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas debido al SIDA.
d) Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015.
e) Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015.
f) Alcanzar un nivel significativo de inversiones en VIH por año a nivel mundial (22.000 - 24.000 millones de dólares) en los países de ingresos bajos y medios.
g) Eliminación de las Desigualdades de Género.
h) Erradicación del Estigma y la Discriminación.
i) Eliminación de las Restricciones de Viaje.
j) Fortalecimiento de la Integración del VIH.

**Metas para 2015**

El país presentó un informe de medio término en el año 2013 sobre cada una de las metas de la Declaración. De los 10 objetivos propuestos en el 2011, el país está en vías de cumplir lo que le concierne de la meta 4; lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015 y de la meta 6; Alcanzar un nivel significativo de inversiones en VIH por año a nivel mundial (22.000 - 24.000 millones de dólares) en los países de ingresos bajos y medios.

Tendrá que reprogramar y acelerar sus acciones para lograr el cumplimiento de la meta 1: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015, de la meta 3: Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas debido al SIDA, de la meta 7: Eliminación de las Desigualdades de Género y de la meta 10: Fortalecimiento de la Integración del VIH.

No se visualiza que el país pueda cumplir al 2015 la meta 2: Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015, la meta 5: Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015, la meta 8: Erradicación del Estigma y la Discriminación y la meta 9: Eliminación de las Restricciones de Viaje.

En el marco del informe el país incluyó un cronograma de las actividades a ser desarrolladas en pro de avanzar hasta el cumplimiento de las metas propuestas.

**Plan Estratégico Regional de VIH y SIDA de Centroamérica y República Dominicana**

El Plan Estratégico Regional de VIH y SIDA de Centroamérica y República Dominicana fue formulado por el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) para consideración y validación

del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). Es fruto de consultas y consensos alcanzados por representantes de gobiernos, la sociedad civil y organizaciones de cooperación internacional. Con el mismo se busca responder en el ámbito regional a los desafíos que el VIH y el SIDA representan para los países de Centroamérica, para República Dominicana y para los estados fronterizos del sur de México.

Tiene un horizonte de cinco años. Plantea la definición, aplicación y seguimiento de un marco de políticas armonizadas para garantizar los derechos sociales y sanitarios de las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad frente al VIH y al SIDA.

El país debe rendir informes de avances cada dos años, a través de la DIGECITSS. El último informe fue presentado en el 2011. A través de este mecanismo el país fue invitado en el 2013 a participar en el Proyecto Mesoamericano que permitiría acceso a financiamiento.

#### **Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015**

El Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015, surge a raíz del proceso de revisión del rol de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ante las ITS y la epidemia de VIH y SIDA. La elaboración inició en 2005 con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), integrado por los Directores de Programas de SIDA de América Latina y el Caribe.<sup>55</sup>

El Plan fue evaluado en la mitad del período, destacándose los logros obtenidos en la Región en términos de reducción del número de nuevas infecciones y de mejor acceso a tratamiento. Se resaltó la persistencia de la verticalidad de los programas y los servicios de VIH y la debilidad de los sistemas de información, a pesar del apoyo brindado por la OPS en este ámbito. El informe planteó que la disponibilidad y el uso de información estratégica sigue siendo un reto. El país participa en el GCTH a través de la DIGECITSS y presenta informes anualmente. En el 2013 fue invitado por esta iniciativa a participar en un mecanismo de compra conjunta de medicamentos.

#### **Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe**

La Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en Latino América y el Caribe es un esfuerzo regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el ONUSIDA. Fue lanzada en el año 2009 y busca eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en las Américas para el año 2015 a partir de la integración de los servicios de prevención y diagnóstico del VIH y la sífilis. Todo eso en el marco de los servicios de atención primaria, prenatales, de salud familiar y de salud sexual y reproductiva.

<sup>55</sup> OPS. 2005. Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington.

**Objetivos de Desarrollo del Milenio: metas de VIH y SIDA**

Metas	Indicadores
<b>6A: “Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años (%)</li> <li>• Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (%)</li> <li>• Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (%)</li> <li>• Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años (%)</li> </ul>
<b>6B: “Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales</li> </ul>

Las estrategias de combate al VIH/SIDA se encuentran presentes en las metas 6A y 6B de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Para apoyar a los países en el logro de los ODM, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) creó el Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MAF), que contribuye a la identificación de cuellos de botella en las prioridades nacionales relativas a los ODM y en la búsqueda de soluciones a los mismos. En marzo del 2013 el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD) y el PNUD lanzaron oficialmente el MAF y anunciaron que el país había seleccionado como prioritarias, las metas relativas al pleno empleo y trabajo decente (1B) y el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA (6B). En las reuniones que se desarrollaron a partir del lanzamiento se vio la necesidad de incluir también la meta 6A. En base a las metodologías del MAF, el país priorizó las siguientes intervenciones en VIH/SIDA<sup>56</sup>:

1. Programa de Atención Integral a personas VIH positivas con énfasis en la adquisición de ARV e insumos, inclusión del tratamiento en el PB del SDSS y fortalecimiento del sistema de información.
2. Ampliación y mejora del Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD en las escuelas e incorporar las instancias vinculadas del Ministerio de salud.
3. Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas (GTH, PPL, HSH, TRSX, Usuarios/as de drogas, Migrantes, Mujeres en Vulnerabilidad Social (Mujeres de baja escolaridad, Mujeres víctimas de violencia, Mujeres de quintil de riqueza inferior, Mujeres residentes en bateyes, Mujeres residentes en regiones fronterizas con Haití:).
4. Fortalecer el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical.

<sup>56</sup> Checo, Mecanismos de Aceleración Objetivos del Milenio, 2013

### **Declaración Ministerial de La Ciudad De México: “Prevenir Con Educación” (2008)**

Cuando en el 2008 se reunieron por primera vez los Ministros de Salud y de Educación de América Latina y el Caribe, aprobaron la Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con educación”. En la misma, afirmaron su compromiso “con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la educación, a la no discriminación y al bienestar de las generaciones actuales y futuras” con la convicción de que “los sectores salud y educación son sinérgicos para la prevención de VIH y otras ITS”<sup>57</sup>. Además reconocieron que “la sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida”<sup>58</sup>.

Con relación a ese compromiso el país ha rendido informes en metas clave. En el 2012 se reportó un avance de 27% en la meta: “Reducir en 75% el número de escuelas que todavía no han institucionalizado la educación integral en sexualidad”. Con relación a la meta: “Reducir en 50% el número de adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva”, se reportó un progreso de un 36%, con debilidad en el cumplimiento del criterio de educación y provisión gratuita del condón femenino. A este informe se le formularon dos recomendaciones generales:

- a) Divulgar e implementar las estrategias estipuladas en la Declaración Ministerial empoderando las organizaciones de la sociedad civil en este proceso.
- b) Establecer alianzas estratégicas entre los diferentes niveles del sector salud y el sector educativo, integrando además organizaciones de la sociedad civil, gremios profesionales y grupos de madres, padres y tutores.

### **Declaración Ministerial de San Salvador sobre acceso a salud sexual y reproductiva, prevención de VIH y SIDA y de violencia sexual en mujeres y jóvenes migrantes en América Latina y el Caribe (2011)**

El país suscribió la Declaración de San Salvador sobre Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Contra la Violencia Sexual en Mujeres y Jóvenes Migrantes. Los siguientes compromisos fueron asumidos por los Ministros:

- a) Profundizar la aplicación de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias, particularmente en lo relativo al acceso a los servicios de salud.
- b) Gestionar el apoyo a todos los niveles y sectores para lograr el éxito en la implementación de las políticas, programas y/o acciones que contribuyan al ejercicio del derecho a la protección a la salud, en general, y a la salud sexual y reproductiva, VIH-SIDA y violencia sexual en particular, dirigidas a poblaciones migrantes, incluyendo la movilización de recursos que se destinan a los mismos, conscientes del efecto que estos tienen en el crecimiento económico, el desarrollo de los recursos humanos, la igualdad y la equidad de género, satisfacción de las necesidades y en el ejercicio de los derechos sociales de la población.

El País presentó su último informe en el 2012, cumpliendo las metas previstas.

<sup>57</sup> Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, Ciudad de México, 2008., art. 1.1 y 1.2. [http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801\\_minsterdeclaration\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_es.pdf).

<sup>58</sup> *Ibidem*, art. 2.3.

### **Recomendación 200 de la OIT sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo**

La Recomendación 200 de la OIT fue adoptada en junio de 2010 con apoyo de los gobiernos, empleadores y trabajadores incluyendo a la R.D, se ha instalado una oficina de seguimiento en el Ministerio de Trabajo. Se basa en el derecho de todos los trabajadores, sin importar su estado serológico respecto al VIH, a participar plenamente en la vida económica.

La Recomendación 200 solicita abordar las vulnerabilidades específicas de las mujeres, jóvenes y migrantes a través de medidas pertinentes. Exhorta, en específico, a los países de origen, tránsito y destino a concertar acuerdos bilaterales y multilaterales dirigidos a garantizar el acceso de trabajadoras y trabajadores migrantes a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH.

### **Plan Operativo, Marco de Acción del ONUSIDA sobre la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH**

En el año 2009, el ONUSIDA impulsó la elaboración de un Plan Operativo para el Marco de Acción del ONUSIDA sobre la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Estas acciones se basan en iniciativas como la campaña UNITE, del Secretario General de las Naciones Unidas, que busca acabar con la violencia contra las mujeres. El plazo de la agenda se extiende de enero del 2010 hasta diciembre de 2014. Su implementación busca realizar una contribución clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Plan Operativo se elaboró en respuesta a la necesidad de abordar las desigualdades persistentes de género y las violaciones de los derechos humanos, que colocan a las mujeres y niñas en una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH.

#### **2.4.1 Otros compromisos vinculantes**

Los Tratados Internacionales emanados de las Naciones Unidas, del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos y del Plan de Centroamérica y República Dominicana de Gestión Integral de Riesgos a Desastres y Emergencias de Salud Pública del Sector Salud del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), ratificados por la República Dominicana, son pertinentes para la Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y conforman su marco legal internacional.

Todos los tratados, pactos y convenciones internacionales relativos a derechos humanos ratificados, según el artículo 74, numeral 3, de la Constitución promulgada el 26 de enero del 2010, tienen *“jerarquía constitucional y son de aplicación directa e inmediata por los tribunales y demás órganos del Estado”*.

### **2.5. Análisis de Situación de la Respuesta Nacional según ejes estratégicos del PEN 2007-2015<sup>59</sup>**

#### **2.5.1 Análisis de la Estructura del PEN**

EL PEN 2007-2015, constituye la base programática fundamental de la Respuesta Nacional en el período. Buscó ser una respuesta multisectorial y multidisciplinaria, que tomara en cuenta el proceso de Reforma y Modernización del Estado Dominicano, en especial, del sector salud. Trató de dar respuesta a las necesidades locales y de aprovechar la capacidad provinciales y municipales, con la finalidad de hacerlo sostenible en el tiempo.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Se presenta la información de los Ejes Estratégicos por Líneas de Acción en tablas

<sup>60</sup> CONAVIHSIDA. 2007. P.23.

Está estructurado a partir de estrategias y componentes transversales: género, marco binacional, derechos humanos y monitoreo y evaluación<sup>61</sup>. Las estrategias priorizadas fueron:

- a) Implementación de políticas públicas que dan una respuesta nacional sostenible a las ITS, al VIH y al SIDA, dentro del marco legal vigente, incluyendo el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- b) Movilización de la sociedad civil en el fortalecimiento de la Respuesta Nacional.
- c) Desarrollo de programas de promoción y prevención multisectorial basados en evidencias.
- d) Acceso universal a la atención integral a las personas que viven con VIH y SIDA y afectados en programas intersectoriales.

Cada uno de estos ejes incluye una serie de líneas de acción de carácter preventivo, curativo y de mitigación, y otras relacionadas con el entorno institucional y las políticas.

### **2.5.1.1 Debilidades de contenidos y abordaje del PEN 2007-2015.**

En el PEN se aspira que la Respuesta Nacional sea abordada desde una perspectiva integral y horizontal, que posibilite la entrega de los servicios de prevención, atención y apoyo como parte de la oferta regular de los centros de salud y organizaciones sociales prestadoras de dichos servicios. Se entiende que de esta forma se podrá romper con las barreras de acceso, ampliar las coberturas y lograr mayor calidad y efectividad de las intervenciones. Para esto, la DIGECITSS debería modificar su rol y transferir a la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDF-SRS) las capacidades y funciones vinculadas con la atención a las personas.<sup>62</sup>

La falta de claridad de roles, la confusión institucional, la duplicaciones de esfuerzos y funciones, las dificultades para la coordinación y el desconocimiento de normas y leyes por parte de muchos actores del sector, afecta una respuesta integral y ampliada a la epidemia. La participación de las ONG, de las redes de personas viviendo con VIH, las asociaciones de personas pertenecientes a grupos vulnerables, ha sido débil en lo concerniente al seguimiento, la veeduría, abogacía y co-gestión requerida para la buena ejecución del PEN. Calificado por diversos actores<sup>63</sup> como fundamentalmente salubrista y orientado a la provisión de servicios de salud, el PEN presenta también debilidades en su enfoque de derecho, género y marco binacional. En su formulación se depuraron y simplificaron las propuestas y recomendaciones que no encontraban acuerdo en nivel superior, manteniendo solo las líneas de acción aceptadas por el nivel más alto, teniendo intervenciones que no se diferenciaban geográficamente, por poblaciones, ni por género. Además, el enfoque de derechos humanos que también se había priorizado, resultó diluido.

El PEN 2007-2015 contó con un buen análisis de situación, pero tiene dificultades para ser monitoreado y evaluado debido a la ausencia de línea de base y de indicadores claramente formulados<sup>64</sup>. A partir del marco estratégico y del marco conceptual de monitoreo y evaluación se ha formulado un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional. Sin embargo el documento elaborado por el Grupo Técnico de Monitoreo y Evaluación (GRUTEME) no ha sido implementado hasta el momento. Finalmente, el PEN no contó con una versión sintética y manejable y no fue utilizado como una guía para la acción.

61 En la operacionalización el M&E paso a ser un eje transversal a todas las estrategias, según puede constarse a través de su POB. Empero es considerado como un área estratégica prioritaria de intervención y, hoy, continúa siéndolo.

62 UNGASS. 2012. P.21

63 Entrevistas a actores claves de la Respuesta Nacional

64 Conforme a la definición que ofrece el manual del ILPES/CEPAL (2011) sobre qué es y a qué sirve un proceso de planificación estratégica, se ha considerado que debería ser "una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y servicios que se proveen. Desde un punto metodológico, la planificación estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos". Ver: Armijo, Mariana. (2011). Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. ILPES/CEPAL. Serie manuales N.69. Santiago de Chile. P.15.

## Eje Estratégico 1: Políticas Públicas

### Objetivos y líneas de acción

El objetivo del eje estratégico Políticas Públicas del PEN es la “Implementación de políticas públicas que den una Respuesta Nacional sostenible a las ITS, al VIH y al SIDA, dentro del marco legal vigente, incluyendo el Sistema Dominicano de Seguridad Social”. Debe ser logrado a través de ocho líneas de acción, referidas a los siguientes temas: 1) marco legal y normativo; 2) enfoque binacional; 3) participación social; 4) factores de vulnerabilidad; 5) seguridad social; 6) sostenibilidad financiera; 7) monitoreo y evaluación y 8) gestión del conocimiento. En este eje se abordarán las líneas estratégicas del 1 al 6, ya que el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación y la gestión del conocimiento se desarrollarán en otro.

### Línea de acción 1.1: Adecuación y cumplimiento del marco legal, leyes, normas, reglamentos, protocolos y políticas públicas

El periodo 2007-2013 fue muy activo en crear condiciones para lograr un medio ambiente político y de Derechos Humanos (DD.HH) vinculado al VIH. En el año 2007 se formalizó un espacio de coincidencia de las organizaciones y redes de derechos humanos que diseñaron intervenciones para velar por el cumplimiento de la Ley 55-93 e impulsar su reforma; y se creó la comisión bipartita que terminó, revisó y sometió la Ley 135-11, aprobada por el Congreso Nacional y promulgada por el Poder Ejecutivo. Aún falta por promulgar un reglamento que permita instrumentalizar las acciones necesarias para el cumplimiento de los derechos establecidos en esta. La sociedad civil ha instaurado Observatorios de Derechos Humanos, pero aun no existen las estructuras para canalizar procedimientos judiciales de incumplimiento de la ley.

La Ley 135-11 presenta debilidades, sobre todo en los artículos 78 y 79, los cuales criminalizan el contagio. Se ha realizado una propuesta de modificación que fue entregada a la Cámara de Diputados por el Presidente de la República.

Durante este periodo se ha trabajado en la modificación de marcos legales punitivos como la Ley 50-08 sobre Drogas y Sustancias Controladas, que criminaliza el consumo, lo cual limita intervenciones de reducción de daños para la prevención del VIH en los consumidores de drogas. Igualmente, el Código Laboral, que en su artículo 44, inciso primero, favorece las prácticas discriminatorias usadas por empleadores para la realización de pruebas de VIH para empleo y/o expulsión. Algunas empresas continúan realizando pruebas para empleo y no se ha abordado la modificación de ese marco legal.

Otra ley que tomó relevancia durante este período para el ámbito de VIH es la Ley 24-97 sobre Violencia Intrafamiliar y Contra la Mujer, que establece el acceso a terapia post exposición al VIH para personas víctimas de violencia sexual. A principios del año 2014, activistas en DD. HH. y VIH iniciaron el proceso para la promulgación de la ley contra el discrimen, así como acciones de incidencia a fin de modificar la Ley General de Migración 285-04, que en su artículo 15 niega la residencia o ciudadanía a personas extranjeras con VIH.

### Marco normativo

A nivel normativo se elaboraron las Normas Nacionales de Prevención y Atención al VIH <sup>65</sup>, y varias guías o protocolos de implementación, entre los que podemos citar las guías nacionales para el manejo de la infección por VIH (2013).

65 MSP/DIGECITSS (2012)

En cuanto a las normativas nacionales, aún existen brechas de socialización y el Programa Nacional todavía no ha ajustado sus estructuras para supervisar y monitorear su cumplimiento en los diferentes establecimientos. En las guías nacionales se encuentran las pautas para tratar la violencia sexual, pero en las normas nacionales está ausente el tema de la terapia post exposición para estos casos. No existe la debida articulación entre la Procuraduría y los establecimientos de salud para la MSP/DIGECITSS (2012) violencia de género, a lo cual se suma el procedimiento burocrático del levantamiento de los casos por parte de los médicos legistas.

La DIGECITSS, que es la instancia que operativiza el monitoreo del cumplimiento de normas y protocolos, ha reportado visitas periódicas de monitoreo de los servicios. En los reportes se ha observado el no cumplimiento de los supuestos que garantizan el cumplimiento de las normas. Además, no ha logrado el nivel de articulación efectiva con las coordinaciones provinciales de los programas ni se ha convertido en el propiciador del cumplimiento de los supuestos. También, se observa la baja vinculación del Viceministerio de Garantía de la Calidad en este proceso.

### Intervenciones y alcances

En el periodo 2007-2011 se desarrollaron acciones tendentes a socializar y capacitar a personas y profesionales en lo relativo a la Ley 55-93. Más de un millón de ejemplares de la Ley fueron distribuidos en todo el territorio nacional y más de 500,000 personas fueron entrenadas en aspectos relativos a la misma. En las mediciones del proyecto con el Fondo Mundial se reportó que unas 180,000 personas poseían conocimientos acerca de esta.

A través de un espacio de concertación se logró capacitar a más de 160,000 personas en aspectos relativos a DD.HH., estigma y discriminación y Ley 55-93.

**Cuadro 9: Distribución de profesionales y líderes intervenidos**

<b>Grupos</b>	<b>Líderes intervenidos</b>
Abogados	1,610
Jóvenes	67,590
Artistas	68
Consejeros/as de pares	3,510
Educadores comunitarios	11,920
Empleados universidades	660
Enc. Recursos Humanos INAP	1,260
Estudiantes Medicina	9,300
Facilitadores	4,580
Hombres privados de libertad	10,230
Líderes comunitarios	24,510
Proveedores de servicios de salud	17,800
Servidores públicos	2,310
Personal del Ministerio Público	1,860
Orientadores	2,810
Personas con discapacidad	13,300

Fuente: Informes anuales Fondo Mundial 2007-2011

Durante el periodo se realizó el estudio de estigma y discriminación en el lugar de trabajo (ONUSIDA 2012); se elaboró y socializó 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” y se sensibilizaron empleadores y empleados. Otro aspecto vinculado a esta línea fue la creación de la Unidad Técnica de Prevención en la sede de la Secretaría de Estado de Trabajo, con la finalidad de atender todos los casos relacionados con la violación de la ley sobre SIDA (vulneración de los derechos de las personas que viven con VIH y SIDA en el ámbito laboral).

El resultado más relevante de esta línea de acción, en el periodo 2007-2013, ha sido el cambio en el marco jurídico e institucional, mediante la aprobación de la Ley 135-11 sobre SIDA, que sustituye a la 55-93.

### **Línea de Acción 1.2: Mejoramiento del ambiente político institucional para aplicar políticas de relación binacional (RD/Haití)**

El abordaje del VIH y SIDA desde un marco binacional (República Dominicana y República de Haití) ha sido establecido como un eje programático transversal del PEN, a partir de la constatación de que ambos países concentran el 75% de todas las personas con VIH en la región del Caribe. Las prevalencias se estiman en alrededor del 1% para la República Dominicana y del 3% para Haití.

El importante flujo migratorio laboral entre RD y Haití, desde hace alrededor de un siglo, estaba confinado territorialmente en los bateyes rurales y en el trabajo de los campos de caña de la industria azucarera. Hoy día, estos espacios constituyen un mercado laboral secundario<sup>66</sup> para estos inmigrantes, que han diversificado su inserción laboral en el mercado de fuerza de trabajo rural y urbano, caracterizado por su predominio masculino, baja calificación y salarios precarios. Por otra parte, esta migración laboral procedente de Haití está indocumentada y carece de regulación, lo que sustrae a estos trabajadores del ejercicio de derechos laborales y de protección social que corresponde a los trabajadores inmigrantes.<sup>67</sup> Esta línea de acción es la que presenta el mayor número de actividades previstas en el Plan Operativo Bial 2007-2008 y sus logros son limitados.

Algunas acciones no pudieron realizarse, como la creación de un Observatorio Permanente de Políticas de Impacto en lo Binacional y de un fondo editorial para publicaciones en materia binacional. No se han podido realizar los procesos de compra conjunta de medicamentos e insumos para VIH y así aprovechar precios de escala.

Una estrategia binacional efectiva podría crear procedimientos epidemiológicos y clínicos que permitan controlar y atender casos de embarazadas VIH+. Si se contara con acuerdos que permitan disponer de personal que hable creole en los centros de salud se podría salvar la barrera del idioma.

### **Línea de Acción 1.3: Gestión de políticas públicas a través de la integración y la participación social**

Integración y participación de las OSC en la toma de decisiones a nivel de políticas públicas. Durante el periodo, se ha expandido la multisectorialidad y el número de los actores que están trabajando en la implementación de la Respuesta Nacional. Los ministerios y otros organismos públicos, el sector empresarial privado a través de sus gremios, los sindicatos y, sobre todo, las organizaciones de la sociedad civil y las redes de personas que viven con

<sup>66</sup> Baez Everts, Franc; Lozano, Wilfredo, et al. 2011. Inmigrantes haitianos y mercado laboral. Estudios sobre los trabajadores de la construcción y de la producción de guineos en República Dominicana. Observatorio del Mercado Laboral. Ministerio de Trabajo. Santo Domingo. p. 188.

<sup>67</sup> Puella, Elizardo. 1999. La frontera dominico-haitiana: apuntes y notas sobre su contenido. El sida como desafío y oportunidad. Santo Domingo. Inédito, p. 1.

VIH han estado dinamizando el proceso de participación y movilización social frente a la epidemia de VIH/SIDA.

Durante el periodo 2007- 2013 la Coalición de ONG en el área de SIDA ha jugado un rol protagónico para integrar a las OSC en los procesos de toma de decisiones en el área de políticas públicas.

Además de estos espacios de coordinación política, la sociedad civil tiene presencia en instancias de coordinación técnica y se ha fortalecido su participación en el Mecanismo Coordinador de País (MCP) para los proyectos bajo financiamiento del Fondo Mundial, ostentando la Secretaría General de esta instancia. En dicho espacio las OSC están representadas y se cuenta con una ONG como subreceptora de los fondos (el IDCP).

**Línea de Acción 1.4: Mejoramiento y expansión de programas integrales de reducción de factores de vulnerabilidad a las ITS, el VIH y el SIDA**

El paradigma actual de la epidemia se vincula a la existencia de factores de vulnerabilidad; por ello, una respuesta efectiva exige que se avance constantemente en atender las cuestiones de violaciones de derechos humanos, desigualdad entre sexos, estigma y discriminación. El PEN actual ha identificado las poblaciones más expuestas y los factores de vulnerabilidad, los cuales se presentan en el cuadro siguiente.

**Cuadro 10: Las poblaciones priorizadas y los principales factores de vulnerabilidad**

POBLACION PRIORIZADA	FACTORES DE VULNERABILIDAD
1. Trabajadoras y trabajadores sexuales	- La pobreza extrema
2. Hombres gay, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres	- La violencia basada en abuso de poder
3. Habitantes de bateyes	- Violencia intrafamiliar y abuso sexual
4. Migrantes, con énfasis en la población haitiana y sus descendientes residentes en RD	- Migración / documentación
5. Personas con discapacidad	- Bajo nivel educativo
6. Usuarios de droga	- Elementos culturales que favorecen las inequidades y el poder de un sexo sobre otro y entre las diferentes etapas del ciclo de vida - Fragilización de las estructuras familiares e institucionales
7. Personas privadas de su libertad	- Proliferación del consumo de sustancias ilegales
8. Personas con VIH	- Discapacidades
9. Mujeres	- Situación de estigma y discriminación
10. Jóvenes	- Situación de orfandad y/o situación de calle
11. Niños, niñas y adolescentes	

Fuente: PEN 2007-2015 (CONAVIHSIDA 2007)

**Participación de las OSC en la atención a las poblaciones más expuestas**

Existen limitaciones estructurales para el abordaje de las poblaciones más expuestas a la epidemia, debido a la inexistencia de un marco metodológico que garantice el respeto y la dignidad a estas poblaciones y que se ajuste a las necesidades y características de las

mismas. Las acciones más frecuentes con estas poblaciones han sido en su mayoría pruebas de VIH con pre y post consejería, así como referimientos y provisión de servicios médicos generales en SAI, pero sin garantizar un ambiente de Derechos Humanos propicio para una intervención efectiva.

Como un paso de avance en la integración de las OSC con el Sistema de Salud, se señala que durante este periodo el CONAVIHSIDA transfirió la contratación de las OSC al MSP, a través de la DDF-SRS, para garantizar que las prestaciones estén disponibles en su red de servicios. La DDF-SRS transfiere estas contrataciones a los Servicios Regionales de Salud (SRS), con la finalidad de que establezcan convenios o contratos de gestión con OSC, para de esta forma garantizar cobertura de las poblaciones claves, cumplimiento de las metas y para ir garantizando sostenibilidad financiera de cara a la conclusión del financiamiento externo.

### Intervenciones y alcances

En los últimos años se han incrementado los programas dirigidos a las poblaciones más expuestas: GTH, UD, TS, migrantes, mujeres (baja instrucción, también víctimas de violencia de género), huérfanos, PVVIH, entre otros. Se han desarrollado actividades comunitarias para crear ambientes favorables para enfrentar la epidemia de VIH y reducir los factores de vulnerabilidad que afectan a estos grupos poblacionales, y programas para facultar a las personas vulnerables al VIH o a quienes viven con el virus, los cuales incluyen reforma legal, asistencia jurídica, educación en derechos humanos, movilización social, comunicación para el cambio social y apoyo a la sociedad civil.

### Acceso a servicios de protección social

Diversos programas del Gobierno dominicano establecen intervenciones que permiten a las personas VIH+ acceder a diferentes servicios de corte social. Un estudio auspiciado por CONAVIHSIDA sobre acceso de personas VIH con medidas cautelares a servicios sociales<sup>68</sup> reveló que el 42% de las PVVIH en medidas cautelares ha solicitado algún tipo de apoyo social en los programas gubernamentales; de estos, el 88% ha tenido acceso a alguno de los programas sociales del Gobierno: Seguro Nacional de Salud, Programa Solidaridad, Plan Social de la Presidencia y del Despacho de la Primera Dama, Instituto de Formación Técnico Profesional y Programa de Apoyo a la Microempresa (Promypime).

Los programas en los que con mayor frecuencia participan o han participado las PVVIH son los del Seguro Nacional de Salud y la Tarjeta Solidaridad; otros programas como los de INFOTEP, Promypime y el Plan Social de la Presidencia poseen una participación menor, tal y como se observa en el cuadro que se presenta a continuación.

**Cuadro 11: Participación de PVVIH en programas sociales del Gobierno**

Participa	Participación en programas sociales del Gobierno													
	SENASA		INFOTEP		PROMIPYME		Solidaridad		Plan Social de la Presidencia		Despacho Primera Dama		Otros tipos de apoyos	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	27	25.23	10	9.35	4	3.74	17	13.6	8	7.48	4	3.74	5	4.67
No	17	15.89	33	30.84	22	20.56	27	21.6	28	26.17	29	27.1	20	18.69
No han solicitado servicios	63	58.88	64	59.81	81	75.7	81	64.8	71	66.36	74	69.16	82	76.64
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>41.0</b>	<b>107</b>	<b>40.0</b>	<b>107</b>	<b>24.0</b>	<b>125</b>	<b>35.0</b>	<b>107</b>	<b>34.0</b>	<b>107</b>	<b>31.0</b>	<b>107</b>	<b>23.0</b>

Fuente: Nova, Miriam, CONAVIHSIDA, 2013

68 Nova, Miriam, Conavihsida, 2013.

**Línea de Acción 1.5 y 1.6: Inclusión en el Plan Básico de Salud de las PVVIH / Identificación y optimización de los recursos financieros**

Durante este periodo el financiamiento de la Respuesta Nacional al VIH y SIDA aumentó, según reportan los informes UNGASS del 2008 y del 2012. Gran parte de esa financiación provino de fuentes externas, por lo que la sostenibilidad financiera se constituyó en uno de los ejes cruciales de trabajo. Para esto, se llevaron a cabo dos estrategias: la primera, lograr que el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) afilie al Seguro Familiar de Salud a las PVVIH e incluya los ARV dentro del PBS y, la segunda, que el Gobierno Dominicano aumente los fondos para compra de ARV e insumos.

En el 2009 el CNSS autorizó al SENASA a “afiliar directamente como beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado a las personas discapacitadas y las PVVIH que cumplan con los parámetros legalmente establecidos para el Régimen Subsidiado” (CNSS Resolución 212-20, de fecha 9 julio de 2009). El 1ro de diciembre del 2009, el Gobierno formalizó la entrega de siete mil carnets del SENASA a personas con VIH y SIDA.

**Cuadro 12: Debilidades en el proceso de afiliación a SENASA**

Productos Esperados	Resultados al 2011
Porcentaje de usuarios ingresados en el SENASA y con carnet activo del Seguro Nacional de Salud	La entrega del carnet de SENASA es un requisito exigido por la Red de Prestadores, el no tenerlo se constituye en una barrera de acceso a servicios. El 87.1% de los beneficiarios del Subsidiado entiende que el carnet es el documento más importante al momento de solicitar servicios. El 19.7% de los beneficiarios aún no había recibido su carnet y de los que poseían este el 87.9% lo había utilizado.
Porcentaje de usuarios que tiene su carnet con la unidad de atención primaria a la que están adscriptos	El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema de Salud Dominicano. Cada persona incluida en el Plan Básico de Salud debe ser adscrita a una unidad de atención primaria. En el caso de las personas VIH + incluidas a través de la Resolución del Consejo, no se tomó en cuenta este proceso, pero más tarde el SENASA inició la corrección de esto. Según este informe, al momento de ser entrevistados el 87.9% tenía definida su adscripción a una UNAP.

Utilización de servicios con recursos de la donación del Fondo Mundial por parte de pacientes en el Subsidiado.

En la revisión de la base de datos de utilización de servicios de SENASA, de las 7,635 personas incluidas en el Régimen Subsidiado, 4,621 (el 60.52%) recibieron asistencia en alguno de los servicios de atención integral. De estos últimos, el 74% de los pacientes VIH+ utilizó servicios financiados con la donación del Fondo Mundial, como se observa en el cuadro siguiente.

**Cuadro 13: Distribución personas VIH + del Régimen Subsidiado que utilizaron Presupuesto del Fondo Mundial en servicios de la canasta del SENASA**

Servicios	Presupuesto		
	Fondo Mundial asignado (En RD\$)	Utilizado por personas incluidas en el Subsidiado (en RD\$)	%
Infecciones oportunistas	6,914,974.00	2,947,692.00	42.63
Pruebas complementarias	19,429,628.00	9,770,492.00	50.29
<b>Total</b>	<b>26,344,602.00</b>	<b>12,718,184.00</b>	<b>48.28</b>

Fuente: Evaluación de la política pública. Inclusión de PVVIH en el Régimen Subsidiado de la SS

Los servicios de salud recibidos por afiliados VIH+ del Régimen Subsidiado que fueron financiados con presupuesto del Fondo Mundial, pudieron ser obtenidos bajo la cobertura del Seguro Familiar de Salud que le corresponde, lo que contribuiría a la sostenibilidad del Programa Nacional de Atención a Personas VIH+. Los esfuerzos que se han realizado para que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) incluya el tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud no han arrojado los resultados esperados.

El CNSS emitió la Resolución 292-01, de fecha 26 de abril de 2012, mediante la cual fue designada una subcomisión para realizar los estudios necesarios destinados a facilitar la inclusión del conjunto de prestaciones, entre las que se encuentra el tratamiento ARV en el SDSS. Las guías clínicas ya fueron actualizadas, al igual que las fichas técnicas de los medicamentos, pero está pendiente el cuadro básico de medicamentos, así como resolver los problemas de documentación.

Una de las acciones de sostenibilidad que han tenido éxito es el aumento de la financiación local a través de fondos gubernamentales como contrapartida del Proyecto del Fondo Mundial, tal y como pudimos observar en el acápite sobre financiamiento de la Respuesta Nacional.

### **Eje Estratégico 2: Movilización social**

El principal desafío formulado en el Plan Decenal de Salud Pública 2006-2015 es lograr que la participación social se constituya en el motor que impulse la transformación de la situación de la salud en materia de ITS, VIH y SIDA, y que esta responda a los imperativos de equidad y justicia social, bajo la premisa de que la salud es una producción social y un derecho humano fundamental de todas las personas. La movilización social es considerada como un proceso que involucra y motiva a una amplia gama de aliados locales y nacionales en la consecución de la generación de cambios.

El diseño de la estrategia de movilización social, en el marco del PEN 2007-2015, intentaba que uno de los logros al final del periodo fuera la creación de una estructura de respuesta efectiva y sostenible. Esta debería construirse tomando en cuenta la participación amplia de todos los sectores: locales, gubernamentales, sociedad civil organizada, empresa privada, organizaciones de base comunitaria, familias, sector educativo, salud.

## **Tendencias**

En el periodo 2007-2013 se evidenciaron avances en la construcción y/o fortalecimiento de la estructura de movilización social, entre los que se destacan: el surgimiento de nuevas entidades, el fortalecimiento de la asociatividad y las organizaciones, así como una mayor legitimización de la participación de los actores y entidades.

Se ha tenido una disminución de las organizaciones de la sociedad civil que participan en la Respuesta Nacional en materia de ITS, VIH y SIDA en el periodo 2007-2013, con relación a periodos anteriores. Los reportes del CONAVIHSIDA señalan que en el periodo 2003-2006 participaron en la Respuesta Nacional 193 organizaciones agrupadas en las alianzas de base poblacionales. Los datos actuales señalan 83 organizaciones.

## **Fortalecimiento de la asociatividad**

La Coalición ONG SIDA ha aumentado su presencia en los estamentos de representación social durante este periodo, pasando de 34 a 55 miembros entre el 2004 y el 2013. Este incremento no solo se refleja en el número de organizaciones, sino también en el número de poblaciones claves representadas al interior de esta instancia, tal y como evidencia el “Documento propuesta” de la Coalición ONG SIDA<sup>69</sup>.

Además de la Coalición ONG SIDA se han conformado y mantenido estructuras colectivas de interés común en torno a temas sensibles y a poblaciones priorizadas en base a criterios de vulnerabilidad: GTH, transgéneros, usuarios de drogas, trabajadores sexuales, mujeres, bateyes/migrantes, adolescentes, jóvenes, niños y niñas. Estas estructuras y organizaciones están funcionando y jugando un rol importante en la abogacía y la motorización de iniciativas relevantes.

Otras instancias de participación social identificadas desde la sociedad civil son los voluntariados, las redes y los comités de vigilancia, tales como Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH (REDOVH) y Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA), entre otras.

## **Legitimización y representación en estamentos colegiados**

Un resultado relevante de la movilización social ha sido el desarrollo de importantes alianzas tripartitas entre organismos públicos, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, las que han logrado crear los espacios de trabajo, diálogo y búsqueda de consensos denominados mesas técnicas.

Por otra parte, también se destaca la participación de las OSC en el Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA) y en el Mecanismo de Coordinación País (MCP) del Programa del Fondo Mundial, como importantes espacios de trabajo para deliberar y tomar decisiones de consenso. Se señala como debilidad el que algunas representaciones en estos organismos no ostenten posiciones emanadas de las bases que representan, sino que sus propuestas obedecen en ocasiones a posiciones de las instituciones a las que pertenecen, y en otros casos a posiciones personales, lo que limita el alcance y la efectividad de la participación de los actores de la sociedad civil para mejorar las condiciones de vida y salud de los individuos afectados en el marco del respeto efectivo de sus derechos humanos<sup>70</sup>.

<sup>69</sup> Conavihsidea, 2012.

<sup>70</sup> El Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA). 2013 Diálogo Nacional sobre el VIH para fortalecer los derechos de las personas vulnerables o afectadas por el VIH en el país.

### Coordinación y efectividad de la movilización social

El informe UNGASS 2012 señala que continúa el desafío de que los actores de la Respuesta Nacional participen en la sistematización de los avances y los obstáculos de sus intervenciones, para poder realizar el monitoreo y la evaluación del impacto de la movilización social en la Respuesta Nacional.

### Movilización social para la sostenibilidad

En el 2013, la sostenibilidad de la Respuesta Nacional y de las instancias y organizaciones de la sociedad civil ha sido planteada en una Mesa Técnica<sup>71</sup>, con representantes de ONG, del Gobierno y de agencias de cooperación internacional.

La Mesa parte de la premisa de que la sostenibilidad financiera es crucial para el fortalecimiento institucional y para el desarrollo de acciones y servicios de salud estables a través del tiempo. Se encarga de consolidar los esfuerzos, elaborar un plan estratégico conjunto para la sostenibilidad de las organizaciones sin fines de lucro que ofrecen servicios de salud, y de impulsar como línea de trabajo la creación de vínculos con las entidades del Estado y las empresas privadas<sup>72</sup>.

### Objetivo y líneas de acción de la movilización social

El eje estratégico de movilización social tiene por objetivo la “Movilización de la sociedad civil en el fortalecimiento de la Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA”. Se logra a través de tres líneas de acción referidas a los siguientes temas, los cuales serán analizados en los puntos siguientes: 1) movilización de la sociedad civil en veeduría de programas; 2) organización e integración de la sociedad civil y los gobiernos locales en planes y programas de ITS, VIH y SIDA a nivel local, y 3) fortalecimiento de la sociedad civil en ITS, VIH y SIDA.

### Línea de Acción 2.1: Movilización de la sociedad en la veeduría de los programas Iniciativas

A partir del impulso de la figura de la veeduría se iniciaron acciones dirigidas a fortalecer esta área de la movilización social. Se promovieron diferentes iniciativas entre las cuales se destacan: el diseño de un programa de veeduría ciudadana y auditoría social en el campo de las ITS, el VIH/SIDA, los derechos humanos de las PVVIH y la exclusión de grupos particulares.

Existe una estructura de veeduría en cada servicio de atención integral y se ha logrado realizar un estudio de la situación, se han diseñado y difundido herramientas de auditoría social, se han solucionado casos denunciados y establecidos buzones de sugerencias en los SAI que son revisados de manera periódica tramitándose las sugerencias al más alto nivel de decisiones.

### Alcances

La coordinación de las actividades de veeduría recayó en el Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de Piel (IDCP), que en coordinación con las organizaciones no gubernamentales INDAJOVEN, COIN, CASCO, IDII, Coalición ONG SIDA e INSALUD desarrolló una extensa jornada de acciones en los diferentes municipios del país, logrando alcanzar 159 municipios con capacitaciones y organización comunitaria para el tema de veeduría<sup>73</sup>.

71 Coalición ONGSIDA, INSALUD y Alianza ONG. 2012. Consolidación de información para la construcción del plan conjunto hacia la Sostenibilidad de las ONGs enfocadas en servicios para el desarrollo con énfasis en el sector salud. Relatoría sobre Taller. Santo Domingo, p. 1.

72 *Ibíd.*, p. 2.

73 FondoMundial: On-going Progress Update and Disbursement Request Dominican Republic.

En su plan de trabajo 2007-2011 el UNFPA incluyó intervenciones de veeduría ciudadana que alcanzaron algunas provincias del país. A partir de ese último año priorizó el tema de veeduría dentro de sus roles estratégicos y lo fundamentó en base a la recomendación de proveer mayor apoyo a las acciones de incidencia política y veeduría ciudadana, incluyendo una mejora de la relación con la sociedad civil en su amplio espectro (sindicatos, organizaciones juveniles, organizaciones comunitarias, ONG con programas de género, con programas para la vejez y basadas en la fe, etc.).

A partir del 2011 el UNFPA<sup>74</sup> en coordinación con el IDDI, el Grupo Paloma y el INSALUD apoyó la iniciativa de constitución de comités de veeduría para abogar por la calidad de los servicios de SSR de adolescentes. Este programa se ejecuta en Santo Domingo, San Pedro de Macorís, La Romana y Santiago. Sus acciones incluyen constitución de comités de veeduría y apoyan la creación de observatorios comunitarios de la calidad en los servicios y el cumplimiento de normas y protocolos en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), incluyendo VIH.

Desde el 2012, las OSC del sector salud disponen de documentación metodológica sobre el tema, a saber: “Estrategia Nacional de Veeduría a las normas y protocolos de salud sexual y reproductiva” y la “Guía de actuación para veedores en salud sexual y reproductiva”, elaboradas por INSALUD con los auspicios del UNFPA.

#### **Comité de Veeduría e incidencia de la Coalición ONG SIDA**

Surge para dar respuesta a la discriminación y estigma que viven las personas con VIH y SIDA en los servicios de salud. Reivindicando el rol de vigilancia de la sociedad civil y participación en los cambios, se ha ideado un sistema de vigilancia y alerta basado en las normativas existentes.

#### **Evolución**

El tema de veeduría social adquiere carácter legal con la promulgación de la Ley 112, que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Esta dedica varios de sus articulados a fomentar la creación de la veeduría, destacándose el artículo 15 del capítulo III, sobre Participación social, donde se señala que se deberá promover la participación social en la formulación, ejecución, auditoría y evaluación de las políticas públicas, mediante la creación de espacios y mecanismos institucionales que faciliten la corresponsabilidad ciudadana, la equidad de género, el acceso a la información, la transparencia, la rendición de cuentas, la veeduría social y la fluidez en las relaciones Estado-sociedad.

El tema de veeduría se ha dinamizado mediante la apertura en el 2013 de un Diálogo Nacional Estado-Sociedad Civil, motorizado por el CONAVIHSIDA y el PNUD, que sentó en la misma mesa a 53 representantes de la sociedad civil, 48 funcionarios del Gobierno y 6 delegados de agencias de cooperación, para conocer 53 casos de exclusión y violación de derechos humanos. Esto ha movilizó a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de la sociedad civil para enfrentar denuncias de violación a los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA.

A partir de este diálogo se han generado acciones de fortalecimiento, entre ellas un Observatorio de Derechos Humanos para Grupos Vulnerables, que operará como centro de denuncias para recibir casos de violación de los derechos de personas que viven en condición de vulnerabilidad, especialmente por VIH.

<sup>74</sup> www.Unfpa.org.

La Coalición ONG SIDA, en sinergia con las universidades UASD e INTEC, está desarrollando un Observatorio de Políticas Públicas y VIH, que deberá tener un componente importante de comunicación sobre VIH a través de la participación de comunidades e individuos, lo que permitirá ir estructurando documentación sobre VIH/SIDA y dar seguimiento a las ejecuciones e implementaciones de las políticas y sus niveles de cumplimiento.

### **Brechas y/o debilidades**

Aunque se han realizado todos estos esfuerzos en el marco institucional para el tema de veedurías, en consultas realizadas para este diagnóstico se ha visto que las OSC reconocen la utilidad de la veeduría social para mejorar la provisión de servicios de los programas de VIH, ITS y SIDA, afirmando que apenas han adoptado en su quehacer cotidiano la veeduría ciudadana como un importante instrumento de participación y movilización social para monitorear estos programas, aprovechando el contexto favorable y su capacidad de incidir en las instancias de toma de decisiones. En parte, esto se ha debido al insuficiente manejo de metodologías y herramientas de trabajo de veeduría.

### **Línea de Acción 2.2: Organización e integración de la sociedad civil y los gobiernos locales en planes y programas de ITS, VIH y SIDA a nivel local**

#### **Iniciativas**

En el año 2007, en sesiones de trabajo conjuntas, el CONAVIHSIDA, el PNUD y la sociedad civil plantearon la necesidad de que las instituciones públicas y los ayuntamientos se abocasen a desarrollar iniciativas que promoviesen la sostenibilidad de la Respuesta Nacional frente al VIH/SIDA. Se elaboró una propuesta que contemplaba la formación de Consejos Municipales integrados por representantes del Ayuntamiento, de la Dirección Provincial de Salud (DPS), la Secretaría de Educación, de las iglesias, de las ONG, de la sociedad civil y de las PVVIH. El objetivo general de esta iniciativa era diseñar una política de carácter local y permanente que garantizara la sostenibilidad de un programa nacional para disminuir la incidencia del VIH y mitigar los efectos del SIDA.

En la propuesta del país al Fondo Mundial (RCC) se contemplaron acciones dirigidas a facilitar la creación, articulación e implementación de políticas de intervención local que se traduzcan en garantías de la sostenibilidad de la respuesta local y municipal ante el VIH/SIDA en todo el territorio nacional. Para ello se definieron estrategias como la de los municipios con organizaciones locales (OCB, ONG, etc.) involucrados activamente en planificación, presupuestación y monitoreo y evaluación, así como en programas y servicios relacionados con VIH.

Para el logro de esta estrategia, tomando como línea base los cinco municipios que habían sido intervenidos al 2007, se planteó como meta alcanzar 170 municipios para el 2015 y la intervención de 1,360 organizaciones en esas localidades.

#### **Alcances**

El apoyo de las ONG a la sensibilización de actores locales públicos y privados y la formación de líderes comunitarios de grupos vulnerables, tales como jóvenes, mujeres y residentes en bateyes, entre otros, ha sido relevante a nivel local y ha integrado el enfoque de derechos humanos para afrontar el estigma y la discriminación con relación al VIH y fomentar un clima social que favorezca mitigar el impacto de la epidemia y detener la transmisión del virus. En

particular, a nivel local, el apoyo de las ONG para la integración de comités locales que den seguimiento a la incorporación del tema del VIH en los ayuntamientos y en las organizaciones de base comunitaria, ha sido identificado en localidades específicas de las tres grandes regiones del país.

En el año 2013, y con la integración de seis organizaciones no gubernamentales a través del Proyecto de RCC bajo la coordinación del IDCP, se intervinieron unos 159 municipios utilizando como estrategia la conformación de Foros Comunitarios, con la participación de organizaciones y autoridades locales.

#### **Evolución de las iniciativas**

Con el propósito de garantizar la sostenibilidad de las acciones de VIH/SIDA, 33 municipalidades se han comprometido a incluir en su presupuesto y plan de trabajo actividades de prevención.

Organizaciones como Humanismo y Democracia se han sumado a las iniciativas de apoyo al vínculo SIDA/ayuntamientos mediante asistencia financiera y técnica para la creación de los Foros Municipales contra el VIH/SIDA.

#### **Brechas y/o debilidades**

El vínculo entre ayuntamientos y OSC no se ha institucionalizado, y el objetivo de construir una agenda conjunta y mejorar el acceso de las OSC al presupuesto municipal no se ha logrado.

Diferentes actores reconocen la importancia del trabajo OSC-gobiernos locales y se plantea el desafío de diseñar una estrategia de intervención basada en buenas prácticas y bajo criterios que garanticen la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad de estas intervenciones locales, aprovechando los canales institucionales establecidos en los ayuntamientos: Consejo Económico y Social Municipal, Comités de Seguimiento Municipal y Consejos Comunitarios.

#### **Representaciones en gobiernos locales (alcaldías)**

El nivel de avance en este aspecto no fluyó de manera efectiva. Los gobiernos locales, a pesar de tener asignados presupuestos para garantizar la participación social, no contemplan acciones sostenibles en sus planes y programas. Las acciones desarrolladas con el financiamiento del Fondo Mundial para crear sinergias con los ayuntamientos y alcaldías han tenido gran alcance como iniciativas. El efecto de lograr la integración territorial, la definición de una agenda conjunta y el acceso a recursos disponibles son temas que necesitan aún un abordaje estratégico de cara a garantizar la sostenibilidad de la Respuesta.

#### **Línea de Acción 2.3: Fortalecimiento de la sociedad civil en ITS, VIH y SIDA**

La Respuesta Nacional al VIH y SIDA en la República Dominicana está constituida y sostenida por la participación coordinada y activa, así como por la cogestión, de las organizaciones de servicios públicos gubernamentales, no gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil. Se ha desarrollado un mecanismo de coordinación común a todos los actores de la Respuesta Nacional, integrando cooperativa y comprensivamente sus actividades en la formulación, ejecución y evaluación del Plan Estratégico Nacional (PEN) 2007-2015 para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA, así como en la captación y uso de los recursos y en la aplicación del gasto social en salud.

Las OSC tienen la capacidad de proporcionar acceso a los grupos en situación de riesgo con dificultades de acceso. Grupos que son claves para la ampliación de la prevención y el tratamiento y que juegan un papel fundamental en el desarrollo de la estrategia de respuesta a la epidemia.

### **Antecedentes**

Durante el período 2007-2013, un logro relevante fue la integración de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) como actores de la Respuesta Nacional, tanto en número de organizaciones como en la diversificación de sus intervenciones en materia de política pública, movilización social, promoción, prevención y atención integral.

Sus intervenciones se han focalizado en tres componentes fundamentales en el contexto actual de la epidemia<sup>75</sup>: 1) la atención a las poblaciones más expuestas y vulnerables; 2) la promoción de la salud y la prevención de nuevas infecciones, y 3) la contribución a la conformación de un clima social –sobre todo a nivel local– favorable para enfrentar la epidemia de VIH y SIDA en el marco del respeto de los derechos humanos de la población afectada.

### **Iniciativas**

Las intervenciones de las OSC se han focalizado en grupos vulnerables, con un enfoque integral de atención clínica, prevención vía IEC/CCC y apoyo para mitigar el impacto de la epidemia y promover la adherencia al tratamiento. Asimismo, CONAVIHSIDA, IDCP/FM y PEPFAR han auspiciado el fortalecimiento de las OSC a nivel organizacional. Las OSC están trabajando en la provisión de servicios en materia de ITS, VIH y SIDA a través de SAI gestionados por ellas. Una muestra de estos SAI visitados afirma que el estigma y la discriminación están ausentes en sus centros, que son operacionalmente más costo-efectivos que los SAI públicos y han institucionalizado el componente comunitario para mejorar su provisión de servicios. Por lo menos dos de las OSC han sido promocionadas por organismos internacionales como modelos de buenas prácticas.

Testigos claves cuestionan el rol de las OSC en la RN, destacando la importancia de articular su rol de ofertantes de servicios en materia de ITS, VIH y SIDA con su misión institucional de ser agentes de cambio para mejorar las condiciones de vida y salud de los afectados por la epidemia en el marco del respeto de los derechos humanos.

### **Fortalecimiento interno**

Durante el año 2007 y a través de un contrato de financiamiento que suscribió la República Dominicana con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, a través del Banco Mundial, se destinó 5.2 millones de dólares para apoyar la participación de la sociedad civil en las organizaciones de base en general y en particular en la planificación e implementación de la Estrategia Nacional. Los resultados esperados incluían: mejorar la planificación e implementación e involucrar activamente la participación de las OSC, considerar la multisectorialidad como clave para el éxito de la Respuesta Nacional al VIH y el SIDA.

El apoyo técnico dirigido a estas organizaciones pretendía brindar herramientas que facilitaran la participación social, tales como:

<sup>75</sup> CONAVIHSIDA: PEN, 2007-2215.

- a) Fortalecimiento de la capacidad de absorción de financiamiento.
- b) Desarrollo de la capacidad de ejecución mediante la asistencia técnica y la contratación de consultorías para el desarrollo de la capacidad de gestión de los sub beneficiarios de la donación.
- c) Apoyo y fortalecimiento de los puntos focales del Estado y su articulación con las organizaciones de la sociedad civil.

### Alcances

Con el proyecto del Banco Mundial cuya implementación culminó en el 2009, se logró la integración de más de 25 nuevas organizaciones de la sociedad civil a través de 11 proyectos piloto para la prevención y el cambio de comportamiento.

Tres de los proyectos descritos anteriormente se consideraron casos de buenas prácticas por sus logros innovadores para contribuir a la prevención del VIH, incluidas las poblaciones no contempladas anteriormente.

El IDCP está apoyando, con recursos del FM, el trabajo comunitario de 34 OSC (ONG y grupos de base comunitaria).

### Eje Estratégico 3: Promoción y prevención

Según la Organización Mundial de la Salud la promoción de la salud<sup>76</sup> 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 (haber detenido y comenzar a reducir la transmisión de VIH/SIDA para el 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.

El marco de referencia de los posibles alcances en una estrategia de promoción y prevención se observa en el cuadro siguiente, que resume las estimaciones nacionales de nuevas infecciones por VIH.

**Cuadro 14: Estimaciones y proyecciones de nuevas infecciones vs. Muertes anuales**

INDICADORES	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Población VIH</b>	44,234	43,945	43,984	44,242	44,547
<b>Nuevas infecciones de VIH</b>	1,468	1,372	1,274	1,174	1,081
<b>Muertes anuales por SIDA</b>	1,696	1,339	925	629	521

Fuente: DIGECITSS, CONAVIHSIDA, ONUSIDA. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2011

<sup>76</sup> OMS (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra.

El PEN 2007-2015 planteó como estrategia “Fortalecer la aplicación de las políticas, programas, iniciativa e intervenciones nacionales de promoción-prevención de VIH y otras ITS, garantizando la sostenibilidad programática y financiera, promoviendo la coordinación multisectorial de OG, ONG, sociedad civil y sector privado, a la vez que monitoree procesos y evalúe impactos en las bases poblacionales con enfoque de equidad de género y desarrollo humano”<sup>77</sup>. Entre las acciones estratégicas destacadas en el periodo están las que se mencionan a continuación.

### **Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación (ENIEC)<sup>78</sup>**

La Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación (ENIEC) para la Prevención de las ITS/ VIH/SIDA ha sido formulada por la DIGECITSS y establece las políticas, estrategias y herramientas para las actividades de promoción de la salud y la prevención de riesgos, a la vez que propone herramientas para supervisar y evaluar los resultados de los programas y proyectos implementados.

La ENIEC tiene carácter normativo al ser incluida en las Normas Nacionales de VIH y SIDA como referencia para diseñar las intervenciones de prevención<sup>79</sup>. En este sentido, debe permitir la definición y articulación de forma más sustantiva de las acciones de la Respuesta Nacional para este tipo de acciones, que han sido definidas solo de manera general en el PEN vigente y en el primer POB. Esta estrategia ha sido de escasa implementación y tiene como limitación que es una estrategia dirigida a la población general y que la formulación de los programas de IEC para las audiencias priorizadas solo se ha enunciado.

### **Estrategia Nacional de Condones**

En el 2010 se publicó la Estrategia Nacional de Condones, suscrita por el MSP, CONAVIHSIDA, la ONG Population Service Internacional (PSI) y el UNFPA. La misma 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 y en particular el VIH, y evitando embarazos no planificados. No se han establecido los consensos nacionales para lograr implementarla a pesar de tener varios años de elaborada.

### **Iniciativas de promoción y prevención**

Durante el periodo 2007-2013 se desarrollaron acciones de promoción y prevención en todas las provincias del país, a través de intervenciones de Comunicación para Cambio de Comportamientos, también intervenciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), movilización social y distribución de condones. También se deben tener en cuenta las ofrecidas desde los establecimientos de salud como tratamiento de ITS, seguridad hematológica, prevención de la transmisión materno-infantil y pruebas serológicas voluntarias con pre y post consejería. Todas estas acciones están presentes en las líneas de acción y las actividades del POB 2007-2008.

Se han articulado acciones de carácter estratégico, como son: la Iniciativa Pediátrica, el desarrollo de políticas de NNA, de juventud y equidad de género, y el Programa Educativo Afectivo Sexual (PEAS).

<sup>77</sup> CONAVIHSIDA (2007), Marco Estratégico Nacional Multisectorial, p.47.a

<sup>78</sup> DIGECITSS (2010). Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación.

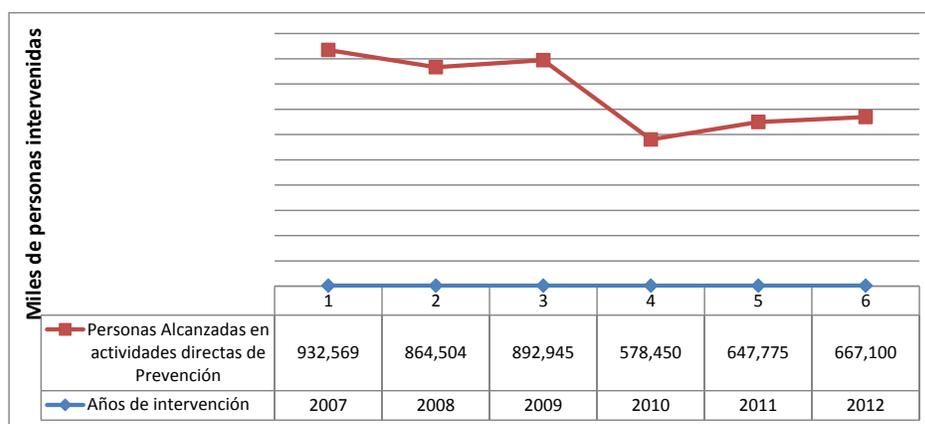
<sup>79</sup> DIGECITSS(2013). Normas Nacionales para el VIH y SIDA.

El eje estratégico de promoción y prevención del PEN vigente tiene como objetivo el “Desarrollo de programas de promoción y prevención multisectoriales en ITS, VIH y SIDA basados en evidencias”. Las intervenciones se organizan en las siguientes cinco líneas de acción: 1) programas multisectoriales de promoción y atención a nivel nacional, provincial y municipal; 2) programas de IEC; 3) programas de salud sexual y reproductiva para niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados; 4) Programa de Bioseguridad y Sangre Segura; y 5) Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical. Se explicita que estos programas deben tomar en cuenta el género, ciclo de vida, nivel de educación, multiculturalidad, respeto a la diversidad y a los derechos humanos de las poblaciones meta.

**Línea de Acción 3.1 Fortalecimiento y aplicación de programas multisectoriales en el nivel nacional, provincial y municipal en actividades de promoción y prevención en ITS, VIH y SIDA desde una perspectiva de género, ciclo de vida, nivel de educación, multicultural, de respeto a la diversidad y a los DD.HH.**

En el periodo 2007-2012 los reportes de los diferentes proyectos (Banco Mundial, Fondo Mundial [CONAVIHSIDA e ICDP] y PEPFAR) señalan haber alcanzado unos 4,583,043 de personas en actividades directas de promoción y prevención. La mayoría de estas fueron intervenidas a través de organizaciones sin fines de lucro.

**Gráfico 6. Personas Intervenidas de manera directa en actividades de Promoción y Prevención**



Fuente: Informes de progreso de proyectos Banco Mundial, Fondo Mundial, memorias anuales del CONAVIHSIDA.

La mayoría de las actividades de promoción y prevención han sido auspiciadas a través de los recursos aportados por el Fondo Mundial. Información detallada para el periodo 2007-2009, sistematizada por Westing Tavárez, muestra que los programas de prevención dirigidos a las poblaciones más expuestas y vulnerables descansan fundamentalmente en las OSC, las intervenciones se han focalizado en zonas urbanas con un enfoque hacia la población general, ejecutándose limitadas acciones hacia los grupos más vulnerables (ONUSIDA y PNUD 2011).

De los fondos destinados a la prevención en el periodo 2007-2009, solo el 3.2% fue dirigido a la población GTH en sentido amplio (incluyendo gays, trans, TSM y HSH), a pesar de que esta se asocia con más del 33% de la transmisión. De igual modo, el trabajo sexual y los UD, con el 10% y el 21% de las nuevas infecciones, reciben solo el 6.5% y el 0.3% de los recursos

de prevención, respectivamente. Esto refleja la orientación predominante de los programas de prevención hacia la población general, así como hacia grupos vulnerables de prevalencia menor, absorbiendo recursos que podrían haberse usado más eficientemente para detener nuevas infecciones (ONUSIDA y PNUD 2011).

Posteriormente al 2009 se observa en base a los datos de los programas una tendencia al aumento de las intervenciones, aunque no en todas las poblaciones. Por ejemplo ASA y TRANSSA, implementadores de IDCP, realizaron un mayor número de intervenciones preventivas tipo IEC en GTH en junio-noviembre del 2010 (111 actividades) en comparación con junio-noviembre del 2011 (86 actividades), según reportes programáticos de ASA.

En los años 2009 y 2010 PEPFAR apoyó actividades de IEC en GTH, residentes de bateyes y TRSX, pero ese proyecto se centró en TRSX, y no se conoce la magnitud de apoyo a GTH.

AED es una de las principales entidades implementadoras de intervenciones preventivas financiadas por PEPFAR. Desde 2008, brinda asistencia técnica a entidades gubernamentales y no gubernamentales para fortalecer servicios de prevención, tratamiento y apoyo, además de la integración de servicios. El alcance de las actividades preventivas de AED en grupos de mayor riesgo se centró en capacitación y supervisión a ONG y en el suministro de condones y lubricantes, logrando alcanzar a 8,800 TRSX, 5,100 clientes de TRSX y 7,700 GTH en 2010. Un reporte de AED caracteriza el apoyo a GTH como más de “respuesta rápida” que de “apoyo profundo”.

En resumen, se observa una reducción marcada en la cobertura de prevención en los grupos vulnerables durante 2007-2013, un posible aumento de intervenciones preventivas en GTH y TRSX de 2009 a 2010 y un aumento de la cobertura entre la población general joven. (Fuente: Triangulación de tendencias recientes en prevalencia de VIH, conductas de riesgo y conocimiento en poblaciones clave [2011]).

Como parte de la estrategia de prevención de VIH, el IDCP (en el marco de la fase I del RCC del FM) —en colaboración con instituciones subreceptoras de la sociedad civil que trabajan con población migrante y habitantes de bateyes, mujeres con bajo nivel de escolaridad, PVVIH, GAYS, TRANS, HSH, HNV, TRSX, UD, jóvenes, municipalidades y otras OBC de la comunidad— ha distribuido condones y lubricantes en áreas geográficas específicas para cada uno de estos grupos.

Con el proyecto del IDCP (en el marco de la fase I del RCC del FM) en colaboración con sus subreceptores se ha alcanzado a unas 61,040 personas residentes en bateyes, 30,886 mujeres de bajo nivel de escolaridad y 40,037 jóvenes entre 15 y 24 años, a través de acciones para lograr que las poblaciones vulnerables identifiquen correctamente la forma de prevenir la transmisión de VIH y rechacen las ideas erróneas relacionadas con esta.

A partir del 2009-2010 se implementa el programa Universidad Saludable, una iniciativa de IEC que incluye la realización de pruebas rápidas de VIH con pre y post consejería, para la detección temprana y la referencia a los 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. Otras acciones de prevención han sido desarrolladas en el marco de la RN por instituciones como los ministerios de Salud, Turismo y Trabajo, el IDSS, las FF.AA, la PN, organizaciones basadas en la fe, entre otras.

Durante los dos años de intervención del proyecto (RCC fase I), el IDCP ha logrado distribuir 5,857,824 de condones en todo el territorio nacional a través de las actividades que realizan los 34 subreceptores contratados para la ejecución del mismo. Además, se utilizan otras entidades gubernamentales que desarrollan actividades de prevención de VIH, tales como DIGECITSS, Dirección General de Prisiones, Fuerzas Armadas, Secretaría de la Mujer, Direcciones Provinciales de Salud, Servicios Regionales de Salud, entre otros.

### **Limitaciones**

El PEN vigente no establece metas de cobertura para algunas poblaciones ni prioridades de financiación de acciones de prevención vinculadas a datos epidemiológicos. Las metas de cobertura solo se han establecido en programas y proyectos financiados con fondos externos. Las acciones en las poblaciones más expuestas tienen poco financiamiento y reducida cobertura.

Las intervenciones del Estado para prevención en poblaciones clave son limitadas, y resulta insuficiente la inversión en insumos (condones masculinos y femeninos, lubricantes, materiales educativos).

### **Promoción y prevención en grupos vulnerables**

El Modelo de Modos de Transmisión<sup>80</sup> sugiere que la mayoría de las infecciones nuevas (76%) se asocia con tres grupos vulnerables:

- a) UD
- b) TRSXF
- c) los GTH, incluyendo TRSXM, personas transgénero y las parejas femeninas de los GTH

Los factores que tienen un rol fundamental en la transmisión del VIH en los grupos vulnerables o con comportamientos de alto riesgo son tres:

- a) El nivel de infección de estas poblaciones, con tasas superiores de prevalencia observadas en las mujeres embarazadas.
- b) El tamaño de estas poblaciones, que puede oscilar entre varios miles de personas en grupos como el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) hasta cientos de miles como en el caso de los migrantes.
- c) La interacción entre estos grupos de población y la población general que tiene menor riesgo de infección, como por ejemplo el hecho de que la mayoría de los HSH afirman tener relaciones sexuales con mujeres.

Aunque la Estrategia Nacional de Condones se basa en la promoción del uso correcto y consistente del condón y la facilitación del acceso al condón, no se están distribuyendo condones femeninos.

El trabajo de prevención con los usuarios de drogas se ve limitado, debido a que el país no existe un marco regulatorio que contemple el uso de drogas como un problema de salud pública.

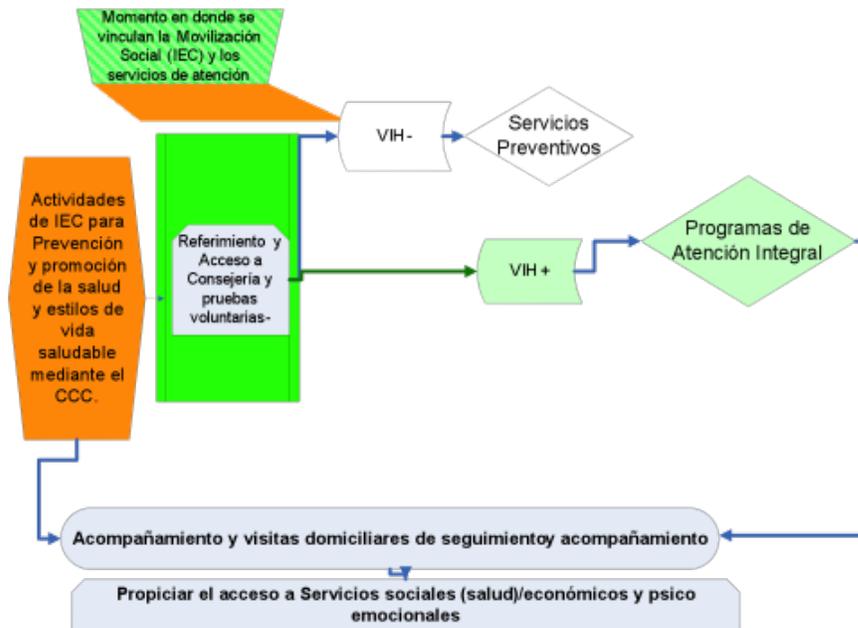
### **Línea de Acción 3.2 Implementación de programas de información, educación y comunicación (IEC)**

En las comunidades intervenidas se implementaron capacitaciones, jornadas de sensibilización, referimiento a pruebas voluntarias, tamizaje y métodos educativos y de comunicación.

<sup>80</sup> Onusida: Modelo Modos de Transmisión, 2010.

Todas las actividades se realizaron con el fin de crear mecanismos que vinculen 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.

**Gráfico 7: Esquemas de IEC que tuvieron vigencia**



Fuente: Martínez, L. (2011). Documento análisis de la vinculación Atención/ prevención de VIH

En coordinación con DDF/SRS, los servicios regionales de salud, las direcciones provinciales y la DIGECITSS, se ha capacitado al personal de salud de las unidades de atención primaria (primer nivel de atención) en la realización de pruebas rápidas y consejería pre y post prueba y en servicios de referimiento a PVVIH y embarazadas a los servicios de atención integral.

Los sub-beneficiarios que ejecutan proyectos con financiamiento del Fondo Mundial organizan estructuras de movilización comunitaria integradas por promotores y multiplicadores voluntarios que apoyan el trabajo de movilización social en función de la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. Atienden directamente a personas de las comunidades en actividades que multiplican informaciones sobre la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA, género y ciclo de vida, derechos sexuales y reproductivos, reducción del estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH), y embarazos en adolescentes, a través de métodos de IEC. Para apoyar el trabajo de dicha red, se promueve el uso de condones y se distribuyen estos.

Para incrementar el acceso a los condones 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/SIDA.

### Intervenciones realizadas

En el periodo 2007-2012 fueron alcanzadas 3,312,971 personas de manera directa en actividades IEC desarrolladas por diferentes organizaciones y alianzas de la Coalición ONG SIDA, según reportan los beneficiarios principales del Fondo Mundial, los Informes de proyecto del Banco Mundial y las memorias anuales del CONAVIHSIDA. En el siguiente cuadro se observan los alcances en IEC según población priorizada.

#### Cuadro 15: Población alcanzada en actividades de IEC según audiencia

Fuente: Informes de progreso de proyectos Banco Mundial, Fondo Mundial, memorias anuales del CONAVIHSIDA

Población General	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Población General	150,998	144,159	100,557	100,665	96,106	67,038
Mujeres de 24 y más años	110,578	105,570	73,640	53,249	55,656	59,749
Hombres de 15 a 24	63,899	61,005	42,553	53,249	50,837	35,461
Mujeres de 15 a 24	66,846	63,818	44,516	44,564	42,545	29,677
<b>Poblaciones Vulnerables:</b>	<b>848,005</b>	<b>809,598</b>	<b>560,719</b>	<b>405,882</b>	<b>400,018</b>	<b>288,750</b>
GTH	61,679	58,885	41,075	6,712	6,408	4,470
Bateyes	172,869	165,040	115,123	59,749	64,742	33,954
TRSX	78,303	74,757	52,146	66,497	63,486	44,284
UD	8,521	8,135	5,675	7,236	6,909	4,819
PPL	19,870	18,970	13,232	2,162	2,064	1,440
Migrantes	108,420	103,509	72,202	11,799	11,264	7,857
NNA y jóvenes en situación de calle	6,023	5,751	-	-	-	-

### Campañas por medios masivos

Durante el periodo que enmarca el PEN fue difundida la campaña sobre estigma y discriminación y la promoción de las pruebas de VIH y sífilis. No han sido reportadas campañas nacionales de IEC dirigidas a la población general para crear un clima favorable al control de la epidemia y al respeto de los DD.HH.; además, se han presentado dificultades para implementar estrategias efectivas de IEC en centros de salud y medios de comunicación.

### Línea de Acción 3.3 Programas integrales de salud sexual reproductiva para NNA escolarizados, no escolarizados y otros grupos priorizados

#### El Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS)<sup>81</sup>

El Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) ha sido la herramienta a través de la cual el Ministerio de Educación 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.<sup>82</sup>

En el 2010 se creó una mesa técnica del PEAS con la participación de otros organismos gubernamentales, de las OSC y de la cooperación internacional.

81 MINERD(2010). Programa de Educación Afectivo Sexual.

82 Ver p. 7 del documento citado en nota 4.

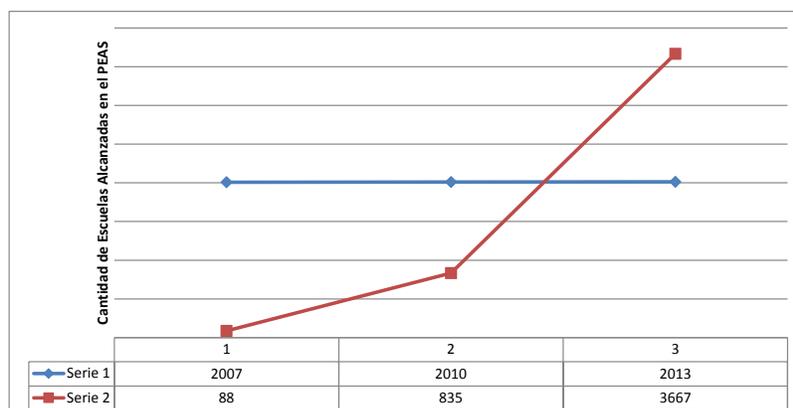
### Alcances de las intervenciones en el marco del PEAS

En el informe UNGASS 2008 se reportaba como indicador el porcentaje de escuelas que impartió durante el último curso académico educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida, que en el 2007 era del 1% de 8,831 escuelas, mientras que en el informe UNGASS 2010 este mismo indicador daba como resultado 835 escuelas públicas de un total de 13,560, equivalente al 6.16%. El MINERD con el apoyo del CONAVIHSIDA alcanzó con el Programa de Educación Afectivo Sexual a 3,667 escuelas del 1 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2013. De su parte, USAID/PEPFAR reportó 610 escuelas entre el 2010 y el 2013. El currículo educativo del PEAS se está desarrollando con el apoyo de UNICEF, ONUSIDA y UNFPA.

En efecto, un estudio de línea de base sobre la educación sexual en las escuelas públicas del país, auspiciado por el UNFPA en el año 2012, cifra la cobertura en unos 200,000 estudiantes, distribuidos en 12 de las 18 regionales de educación, lo que representa el 18.8% de la población matriculada y el 66.7% de las regionales alcanzadas. Se evidencian debilidades en la inclusión del tema en el currículo y el no involucramiento de la participación familiar y comunitaria como garantía de la sostenibilidad institucional del proyecto en el futuro.

El hecho de que el Ministerio haya asumido el compromiso de ser parte de la Respuesta Nacional ante el VIH-SIDA, y de que se hayan incluido indicadores en el currículo, garantiza que los fondos estén disponibles cuando se termine la financiación externa. Para el año 2013, el presupuesto público del PEAS aumentó a RD\$10 millones, cifra insuficiente pero significativa con relación a los RD\$2 millones del 2012<sup>83</sup>.

**Gráfico 8: Escuelas alcanzadas en el marco de implementación del PEAS**



### Línea de Acción 3.4 Fortalecimiento de programas de Bioseguridad y de Sangre Segura Transmisión del VIH por transfusiones de sangre

Los resultados del Estudio de Modos de Transmisión plantean que el 0% de las infecciones por VIH se adquirieron a través de sangre contaminada desde el año 2004.

#### Reglamentación

En el país existe un reglamento que tiene como objetivo establecer los requisitos, normas y procedimientos particulares que deben cumplir los bancos de sangre y/o servicios

<sup>83</sup> Dato suministrado en entrevista con Francisca Ferreira, responsable del PEAS.

de transfusión de la República Dominicana para obtener su certificación de registro y habilitación. Con ese reglamento se busca normar el funcionamiento a fin de contribuir con el fortalecimiento organizacional de la Red Nacional de Bancos de Sangre de la República Dominicana: con el proceso de mejora de la calidad de la atención, con la reducción de la morbi-mortalidad por agentes infectocontagiosos transmisibles por la vía de transfusiones, así como con la conservación de la vida de los usuarios de la sangre y sus derivados.

En UNGASS 2008 se reportaba que desde la Dirección Nacional de Bancos de Sangre se gestionaba un programa de evaluación externa del desempeño en serología. Sin embargo, durante el año 2007 solamente el 30% de esos bancos participaron en el programa. Esta falta de obligatoriedad no permite que los procedimientos de calidad para la detección del VIH en sangre estén cien por ciento garantizados.

### **Intervenciones y alcances**

En la fase I 2009 -2012 del programa del IDCP en el marco del RCC/FM, en coordinación con el Ministerio de Salud y a través de la Dirección General de Bancos de Sangre, se alcanzó el universo de bancos de sangre con personal entrenado en procedimientos de control de calidad, basados en protocolos nacionales actualizados.

En la fase II 2013-2015 del RCC/FM, las intervenciones se están focalizando en la aplicación de los protocolos nacionales para el tamizaje. Esa medición se hace a través de la aplicación del instrumento FRAME de OPS/OMS. Según datos del informe UNGASS 2012 referidos a reportes de la Dirección Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre, aunque hubo un aumento de unidades analizadas con criterios de calidad asegurados, el porcentaje de unidades analizadas fue del 85.51%, cifra más baja que en el 2008, cuando fue de un 100%.

## **Línea de Acción 3.5 Fortalecimiento del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical (PNRTV)**

### **Estructura**

El PNRTV, ahora PTMI, viene implementándose desde el año 2000. La estrategia se inició utilizando un esquema de monodosis de Nevirapina aproximadamente ocho horas antes del parto y una dosis única de Nevirapina para el bebé en las primeras ocho horas de vida. El programa se ofrece a la población en 133 centros de salud. De estos, 120 (el 90.2%) están en capacidad de realizar cesáreas, imprescindibles para dar cumplimiento a las estrategias del programa. Se está implementando principalmente en los hospitales de segundo y tercer nivel, y se hace necesario el cambio de modelo de atención que permita atender a las embarazadas en los centros del primer nivel.

### **Consejería y tamizaje**

En el año 2010 la cobertura de tamizaje para VIH en embarazadas fue de un 25%<sup>84</sup> (87,854/353,264), a pesar de que el 98.9% recibió atención prenatal de un proveedor de servicios de salud calificado<sup>85</sup> y del 98% de parto institucional que exhibe el país, según cifras de ENDESA, y que se mantendría con un patrón similar según la demanda de atención en los hospitales de las redes de salud en la actualidad.

En el 2012 el 60.4% de las mujeres recibió consejería sobre VIH durante la atención prenatal. El 90% de estas se realizó la prueba del VIH, pero solo el 58.2% de las que se hicieron la prueba

<sup>84</sup> Según el Informe de Acceso Universal, DIGECITSS 2011.

<sup>85</sup> Cuadro 9.1.: Atención prenatal. p. 150. ENDESA 2007.

recibió consejería y los resultados.<sup>86</sup> Estas cifras dan cuenta de la existencia de debilidades en la provisión de servicios de salud a usuarias embarazadas y a mujeres en edad fértil en general<sup>87</sup>.

### Captadas para el programa

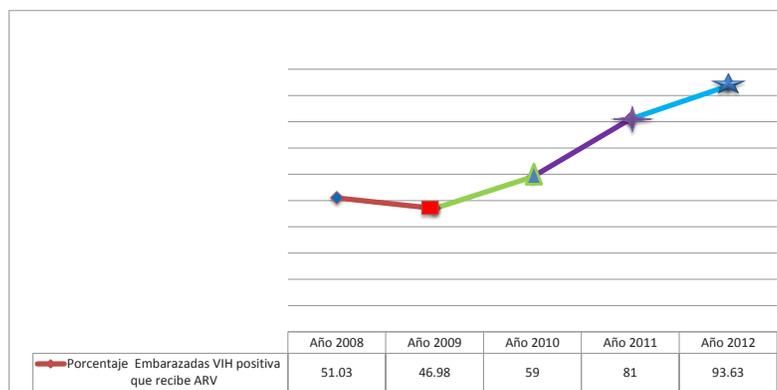
De las 1,400 embarazadas con VIH positivo que se estimaron para el año 2012 se captaron 1,104, lo que constituye un 78.9% de captación<sup>88</sup>. El número de nacidos vivos de madres VIH + captados fue de 829, lo que representa apenas un 30.5% sobre el total de lo estimado (2,720)<sup>89</sup>.

### Tratamiento

A partir del año 2005 se inició un proceso de migración paulatina hacia la utilización de terapia combinada con ARV durante el embarazo y administración de profilaxis con AZT al niño durante seis semanas. Al final del 2011, aproximadamente el 87% de las pacientes con VIH desembarazadas que recibieron tratamiento con ARV en los centros con PNRTV ha recibido esta modalidad de tratamiento. Las nuevas guías de atención plantean la inclusión de las embarazadas en ARV de por vida, y en el 2012 se asume esta indicación.

En el gráfico inferior se observa un aumento en la cobertura del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Materno Infantil. De igual forma, al valorar el comportamiento de este indicador en números absolutos, se visualiza un mayor número de embarazadas seropositivas en TAR, de manera que podría afirmarse que la evolución del indicador no se debe exclusivamente a la reducción del número estimado de embarazadas seropositivas que se toma como denominador para el cálculo de los porcentajes, sino a un aumento en la cobertura del Programa.

**Gráfico 9: Porcentaje de embarazos VIH positivo que recibe ARV**



### Notificación

En el mes de diciembre de 2012, se reportaron 43 de las 133 unidades, lo que representa un 32% de oportunidad en el reporte. Esto significa que se debe intervenir con acciones en el ámbito asistencial para mejorar la notificación, la actuación acorde con la norma y con la ENETMI, por lo que urge empoderar a la autoridad sanitaria en su rol rector y fiscalizador con el objetivo de asegurar la prestación de servicios bajo las normas que regulan la atención en el marco del PNRTV en el país<sup>90</sup>.

86 Cuadro 12.13. Consejería y prueba del virus del sida, p. 245, ENDESA 2007.

87 ENHOGAR 2010 reporta un 92% de embarazadas que se hicieron la prueba y recibieron los resultados, pero con una metodología de medición diferente a ENDESA.

88 Para 2012, DIGEPI 2012 actualización del documento Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, diciembre del 2011

89 Resumen ejecutivo correspondiente al mes de diciembre. Informe tolerancia cero, periodos enero-diciembre 2012. DIGEPI. MSP.

90 Se requiere reforzar la utilización del formulario de Diagnóstico Temprano de Infante (PCR-ADN)

### Impacto de las intervenciones

El porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH es aún alto (5.7%)<sup>91</sup>. Durante el 2012, el 93% de las embarazadas positivas recibió ARV; sin embargo, solo el 60% de los niños nacidos de madres VIH positivas que se estimaron tuvo acceso a este<sup>92</sup>, y de los captados el 86% de los RN de madre VIH + recibió una cobertura inferior en un 7% a la observada en el 2011 (92.8%).

**Cuadro 13: Prevalencia global de la infección VIH en embarazadas por grupo de edad, Estudio de Vigilancia Centinela (EVC), 2009**

GRUPOS DE EDAD	PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA %	
15 - 24 años	0.9	0.67	1.19
25 - 49 años	1.74	1.26	2.34

Actualmente se ha estimado que en la República Dominicana existen 2,751 niños (de 0 a 14 años) seropositivos; de estos el 50.9% serían hombres (1,401) y el 49.1% mujeres (1,350). El número de nuevas infecciones en NNA (0-14 años) habría sido de 78 en el 2011 y de 63 NNA (de 0 a 14 años) en el 2012.

El 76.6% de los RN captados habría nacido por cesárea, lo cual indica el bajo cumplimiento en los servicios para brindar los cuidados de acuerdo con la norma existente. Apenas el 41.4% de las embarazadas seropositivas para VIH con necesidad de ARV estimadas recibieron efectivamente TARV, lo cual implica que más de la mitad de los RN hijos de madres seropositivas para VIH están en riesgo de contraer el virus.

### Iniciativa regional para la eliminación de la TV y la sífilis congénita 2012-2015

Para el 2015, la meta de reducción de la transmisión materno-infantil del VIH es de menos del 2% y, a fin de acelerar su cumplimiento, el país se ha comprometido a implementar la ENETMI referida anteriormente. La brecha entre la situación nacional –que alcanza el 5.7% (30/522)<sup>93</sup>- y la meta de la Estrategia de Eliminación en VIH es del 3.7%.

### Respuesta actual

La República Dominicana ha conformado una mesa técnica para el seguimiento a la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ENETMI), la cual está coordinada por la DIGECITSS e integra a la DDFSRS, la DIGEMIA y al CONAVIHSIDA. Este esfuerzo ha contado desde sus inicios con la colaboración de las agencias de cooperación, entre las que se destacan OPS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC-RD) y Family Health Internacional (FHI).

Dicha mesa técnica fue la responsable de la elaboración y coordinación del Plan Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita y su Plan Operativo, en el marco de la Estrategia Regional antes citada. Dicho proceso finalizó por Resolución 0001463 del 23 de abril del 2013 del Ministerio de Salud Pública, que establece su puesta en vigencia e instruye al Viceministerio de Salud Colectiva a dar seguimiento a la Resolución.

91 Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, 2011. DIGECITSS, CONAVIHSIDA.

92 Panorama del VIH y sida en República Dominicana. 2012. ONUSIDA

93 Base de datos PCR-ADN Laboratorio Nacional Dr. Defilló/DIGECITSS 2011(numerador: los niños hijos de madre con VIH que son positivos al VIH, en un periodo determinado, y denominador: los niños hijos de madres con VIH que fueron seguidos y se les realizó PCR ADN en el mismo periodo de tiempo).

En julio del 2013 se realizó el “Informe nacional sobre la situación de la iniciativa para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en República Dominicana”, que identificó las siguientes debilidades:

- a) Falta de integración de los servicios materno-infantil y el programa de Transmisión Vertical.
- b) Falta de autoridad sanitaria para el cumplimiento de normas, guías y protocolos, que se manifiesta en la ausencia de un sistema de consecuencias o sanciones ante el incumplimiento.
- c) Aplicación incompleta de la Movilización Tolerancia Cero.
- d) Desconocimiento del programa dentro de los establecimientos de salud por la falta de difusión a lo interno de estos.
- e) Insuficiente asignación de recursos en el Presupuesto Nacional.
- f) Los servicios de salud prestados no se asumen como un derecho (ni por el prestador ni por el usuario).
- g) Falta de acceso de las embarazadas a las estrategias del PTMI en el primer nivel de atención.

En el contexto del proyecto firmado entre el MSP, a través de la DDF-SRS, y el CONAVIHSIDA, con el financiamiento del FM, los SRS realizaron el proceso de expansión de la ENETMI. Identificaron los establecimientos a ser intervenidos, y en total se intervinieron 49 nuevos centros de diferentes niveles de atención, según lo descrito en el Plan de Implementación.

Actualmente, está pendiente la implementación del Plan Operativo, del Plan de Monitoreo y Evaluación, y del Plan de Supervisión de los diferentes niveles de gestión de los servicios.

La Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita (ENETMI) contempla el uso de la prueba rápida treponémica para detección de los casos, la cual no era usada en los establecimientos públicos de salud. La compra de estos reactivos se realiza con recursos del FM. Su desabastecimiento produce trastornos importantes en los centros de salud, específicamente embotellamientos en la entrega de los resultados. Para no afectar el cumplimiento de las intervenciones planteadas por la ENETMI en su proceso de expansión nacional, el país debe asegurar la compra de estos reactivos.

### Otras iniciativas

Se considera como evento positivo con relación a las actividades de prevención la firma en el 2010 de un Convenio sobre VIH y SIDA entre el Gobierno y PEPFAR que identifica áreas de intervención estratégicas comunes para la construcción de una Respuesta Nacional sostenible para el periodo 2010-2014.

Según datos del PEPFAR, entre 2009 y 2011 las intervenciones financiadas en el marco del Convenio con el Estado dominicano han permitido alcanzar a: <sup>94</sup>

- a) 39,600 mujeres embarazadas
- b) 300 mujeres embarazadas VIH positivas
- c) 107 niños en riesgo de contraer VIH

<sup>94</sup> <http://www.pepfar.gov/documents/organization/199363.pdf>.

## **Eje Estratégico 4: Atención integral**

### **Formulación de políticas**

El compromiso político se expresa al priorizarse las dos metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculadas al VIH, entre ellas la meta 6.B: “Lograr, para el año 2015, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”. Adicional a esto se ha logrado la asignación de partidas para la atención integral en el Presupuesto Nacional, a partir del año 2009 y el gobierno se ha comprometido con los acuerdos adoptados en el seno de las Naciones Unidas (UNGASS y Acuerdo por el Acceso Universal) a garantizar el acceso universal y la sostenibilidad de la atención integral a personas con VIH/SIDA, mediante la universalización del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), que incluiría los tratamientos antirretrovirales y las pruebas de laboratorio indispensables.

### **Proceso de reforma del sector salud y reorganización de los servicios**

Entre las más importantes acciones para lograr las reformas se destacan: la del Poder Judicial, la del Sistema Educativo, las de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social y, más recientemente, la promulgación de la Ley 135-11, que establece un nuevo marco legal e institucional para la Respuesta Nacional ante el VIH y las ITS.

Un aspecto clave del proceso de reforma sanitaria ha sido la incorporación de los servicios de atención integral del sistema público, bajo las respectivas administraciones de los hospitales donde se encuentran ubicados. Estos procesos implican cambios en la organización, gestión y financiamiento de los SAI que inciden en el desempeño de los servicios que ofrecen. Ha sido un proceso lento, que ha necesitado el apoyo político de alto nivel para la toma de decisiones. Actualmente se evidencia el nivel de compromiso asumido por las diferentes estructuras de los SRS hasta las direcciones de los centros donde están ubicados los SAI, por la respuesta al proceso de implementación de la Ficha Única de Registro de Datos Básicos en los SAI a nivel nacional.

Además de los SAI que se coordinan desde la red pública, participan el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, entidades castrenses (FF.AA. y P.N.) y 25 servicios coordinados por ONG y que atienden cerca del 33% de los pacientes.

Entre los retos que asume el Ministerio de Salud al pasar la gestión de los SAI a las Gerencias Regionales de Salud están: lograr que los mismos respondan a los requerimientos de organización, según lo establecen las normas, impulsar un sistema de información de la Ficha Única de Registro de Datos Básicos y realizar las solicitudes de insumos y medicamentos para las PVVIH, según los procedimientos establecidos por el SUGEMI. Estos procesos incluyen a todos los SAI, sin importar el sector al cual pertenezcan. El cumplimiento de estos tres elementos responde a los hallazgos realizados por el inspector general del Fondo Mundial, citados más adelante, relacionados con la gestión de provisión de servicios de los SAI.

### **Estructuras de prestación de servicios**

Los servicios de atención integral están constituidos por servicios diseminados en el territorio nacional, ubicados en centros de salud, correspondientes a los tres niveles de atención, principalmente del segundo y el tercero.

La red de prestación relacionada con VIH y SIDA se organiza a través de 76 Servicios de Atención Integral, ubicados en los principales centros hospitalarios del país, y en 19 organizaciones

no gubernamentales. Están representados en todas las regiones de salud. En los SAI, los pacientes deben recibir atención médica y psicológica, dispensación de medicamentos antirretrovirales y para infecciones oportunistas, indicación de pruebas complementarias y pruebas especiales, carga viral, CD4 y DNA PCR para recién nacidos.

### **Sistema de referencias y contrarreferencias**

Es responsabilidad de los SRS<sup>95</sup> definir un sistema único de relaciones entre los niveles primario y especializado, que facilite la circulación de pacientes e información clínica. Los SRS no han desarrollado los sistemas de referencia y contrarreferencia para todos los usuarios de la red. Esto tiene como consecuencia que cada SAI tiene una modalidad diferente para dar respuesta a las necesidades de los usuarios de otras prestaciones no disponibles en el SAI y no garantiza la continuidad de la atención.

### **Formulación de un marco normativo**

La Ley 135-11 sobre VIH/SIDA ratifica el rol del MSP, cuando reconoce que “debe establecer, actualizar y promover el cumplimiento del protocolo nacional” para fines de suministro de ARV, medicamentos para infecciones oportunistas y pruebas de monitoreo<sup>96</sup>.

En el año 2013 se publicaron la Norma Nacional para la Prevención y Atención de las ITS y SIDA y las guías clínicas (que incluyen los esquemas de tratamiento recomendados). Hasta el momento tanto las normas como las guías han tenido una difusión limitada al personal de los Servicios de Atención Integral y es poco conocida en los estamentos de gestión, se carece de un plan de monitoreo de su cumplimiento y de su posterior evaluación.

Las normativas vigentes limitan su espectro de acción al enfoque Hombre/mujer, no contemplando el abordaje para poblaciones Trans ni otras poblaciones vulnerables, que necesitan de abordajes diferenciados.

### **Adopción de la estrategia 2.0**

La República Dominicana es signataria de compromisos internacionales, relacionados con los lineamientos para la atención de las personas con VIH/SIDA, guiando su accionar por las directrices emanadas por cada uno de estos.

En el año 2011, la OMS y el ONUSIDA realizan un análisis de la situación sobre el acceso a tratamiento ARV a nivel de América Latina y El Caribe, y concluyen en la necesidad de incrementar el acceso al tratamiento. Proponen, la iniciativa llamada “Tratamiento 2.0”, desarrollada para responder a los desafíos financieros y técnicos que limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TARV).

El país inició de manera gradual la adopción de esta iniciativa de la OMS y del ONUSIDA que tiene como objeto impulsar la próxima fase de expansión del tratamiento por el VIH mediante la promoción de la innovación y mejora de la eficiencia, para ayudar a los países a alcanzar y mantener el acceso universal al tratamiento. Durante este periodo el país ha avanzado en asumir algunos componentes de los pilares de la estrategia:

- a) Optimizar el tratamiento, durante este periodo el país avanzó en algunos de los componentes de este pilar, en lo relativo a optimización del tratamiento se revisaron las guías nacionales de atención y tratamiento en las cuales se adoptaron las opciones

<sup>95</sup> Modelo de Red de los SRS, SESPAS, 2005.

<sup>96</sup> Artículo 63.

preferentes de tratamientos antiretroviral recomendadas en la estrategia, se suspendió el uso de las estavudinas, y se redujo el número de esquemas terapéuticos, adicional a esto se adoptaron opciones de tratamientos para personas con otras enfermedades crónicas como los cardiópatas y con nefropatías, en la relativo a la calidad de los medicamentos el país asume la lista de medicamentos precalificados de OMS, adicional a esto se ha elaborado las fichas técnicas para cada medicamento a comprar que incluyen la descripción de las especificaciones técnicas de los medicamentos y los requisitos regulatorios necesarios para la compra, se tecnificó al Laboratorio Nacional para que pudiera realizar pruebas de calidad a los medicamentos antiretrovirales, aún queda pendiente la habilitación internacional requerida para que este pueda asumir este proceso de manera integral.

- b) Proporcionar los medios diagnósticos en el punto de atención, las pruebas de laboratorio para el monitoreo se realizan de manera centralizada en el laboratorio nacional y en el Laboratorio de Profamilia en la región norte del país, para dar respuesta a este componente se diseñó e implementa una red nacional de transporte de muestras biológicas para VIH que funciona en 8 de las nueve gerencias regionales y que recoge muestras biológicas de los diferentes Servicios de Atención Integral.
- c) Reducir los costos. Se impulsó en este periodo una plan nacional de reducción de costos de los tratamientos antirretrovirales, el plan incluyó 3 soluciones: promoción del uso de medicamentos genéricos y bioequivalentes, promoción del uso racional, actuación sobre los precios unitarios y garantizar la calidad de los productos, este plan se desarrolló en 4 ámbitos de actuación: Político, Técnico y Administrativo. Dentro de los resultados obtenidos en este renglón se destaca: la reducción de un 215 % de los costos de tratamiento primera línea y de un 162 % de los de segunda línea, con acciones que incluyeron negociación de patentes, obteniendo una licencia voluntaria para la adquisición del Efavirenz, compras conjuntas a través del Fondo Rotario de la Organización Panamericana de la Salud y a través del Mecanismo de compras conjuntas del Fondo Mundial, la utilización de sistema de comparación de precios que facilitó las mejores ofertas.

Como una debilidad en el tema de eficientizar los tratamientos se plantea la necesidad de revisar el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales vigentes aprobados en el año 2006, pues esto representa una limitación para garantizar el acceso universal a las PVVIH, en cuanto al proceso de compra nacional a través del PROMESE/CAL y en la inclusión del conjunto de prestaciones de las PVVIH en el SDSS.

- d) Adaptar sistemas de prestación de servicios. En la resolución administrativa interna del Ministerio de Salud de fecha 5 de octubre del 2005 se estableció el modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud. Durante este periodo la atención a personas VIH + han sido traspasadas a los Servicios Regionales de Salud.
- e) El traspaso a los establecimientos de salud de los procesos de gestión de los servicios de atención a personas VIH+ y que estos logren estandarizar los diferentes servicios, la gestión operativa y la financiera constituye un reto para el Sistema Nacional de Salud. Este proceso de horizontalización alcanzó los diferentes niveles de gestión para los servicios de pruebas de tamizaje para población general y embarazadas y las atenciones dirigidas a PVVIH solo fueron trabajadas a través de las estructuras de los SAIS, queda pendiente atender las necesidades de atención en los diferentes niveles de la red e implementar las guías de atención del primer nivel de atención.

Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos: En el año 2010, el MSP emitió la Disposición Administrativa 000019 del 2010, que declara de prioridad el desarrollo e implementación del Sistema Único de Gestión de Suministro de Medicamentos e Insumos (SUGEMI). Considerándolo de cumplimiento obligatorio. Contempla medicamentos e insumos en todos los niveles de gestión y atención, incluyendo los programas de salud colectiva como VIH, TB, malaria y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre otros.

#### Situación de la continuidad de la atención a personas VIH +

Adicional a la adopción de la estrategia de tratamiento 2.0, se presenta el documento “Marco de Monitoreo del continuo de atención VIH”, la OMS/OPS – ONUSIDA, establecieron las nuevas metas a alcanzar para el 2020, con el fin de reducir las nuevas infecciones por VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y disminuir la mortalidad por SIDA, en los países de América Latina y el Caribe. Estas establecen aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90% aquellas bajo tratamiento antirretroviral, y a que el 90% bajo tratamiento tenga carga viral suprimida.

Las guías nacionales de atención y tratamiento tienen como objetivo terapéutico la supresión de la carga viral en todas las personas infectadas captadas y tratadas en los servicios, para ello es necesario ampliar la asignación de presupuesto nacional para 2016, 2017 y 2018 con el supuesto de que los costos de las políticas adoptadas para la supresión de la carga viral en los PVVIH, representan una inversión costo efectivo en términos de los costos evitados al reducir nuevas infecciones, muertes y morbilidad por VIH.

**Cuadro 16: Alcances logrados en continuidad de atención**

ALCANCES LOGRADOS EN EL PROCESO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	SITUACIÓN ACTUAL
<b>1. Personas que viven con VIH conocen su estatus</b>	77%
<b>2. Personas diagnosticadas VIH+ reciben TARV sostenido</b>	53%
<b>3. Personas recibiendo TARV tendrán supresión viral</b>	49%

Partiendo del número estimado de personas con VIH (44,255), el país ha captado desde el inicio de la epidemia el 77% de los infectados (34,165). De ellos; el 75% ha iniciado ARV (25,596). Aplicando la definición de retención de pacientes de la OPS, del total de pacientes captados (al menos 3 visitas en el último año, un 58% se encuentra retenido y de estos, el 93% son los que están en ARV, que representan a su vez un 53% del total de las PVV captadas por el sistema.

El comportamiento de este indicador se mide dividiendo el número de PVVS que iniciaron TAR durante el año previo y tenían carga viral indetectable en el año en curso, entre el total de PVV que iniciaron TAR en el año previo y se le ha realizado al menos una carga viral al cierre del año. Al corte de Octubre del 2014 los que la tienen realizada en los últimos 12 meses, representa un 59.35% (762/1284) de los pacientes en ARV y un 58% de los que están retenidos.

Ello muestra que para los pacientes a quienes se les ha medido la CV el resultado es satisfactorio, aún existe una importante brecha. Sin embargo, todavía nos preocupan los pacientes a los cuales no se les ha medido la CV, que podrían tener factores que contribuyen también a reducir la efectividad del tratamiento. Con base en esta cascada, orientamos

las acciones prioritarias a ser incrementadas para la captación a través de intervenciones y tamizajes en poblaciones clave que aportan más a la epidemia, para abordarlas con el tratamiento como una estrategia de prevención que garanticen la sostenibilidad. Todo esto plantea un reto para garantizar su cumplimiento en el país, los cuales, requieren el abordaje de cada uno de los aspectos propuestos.

Para asumir el compromiso de las Metas 90-90-90, es necesario:

- a) Ampliar la disponibilidad de las pruebas de tamizaje a todas las poblaciones, lo cual implica nuevas estructuras de laboratorios, capacitación del personal, y garantizar las compras de las pruebas.
- b) Desarrollar el Plan de Reorganización de la atención para el VIH/SIDA, para dar respuesta a las metas acordadas en el PEN.
- c) Desarrollar Sistemas de Información Nominales, que nos permitan dar respuesta a los indicadores de cobertura por tipo de población abordada.
- d) Dimensionar las poblaciones objeto de intervenciones.

### **Barreras para la atención y cuidado de las personas con VIH**

La Ley General de Salud o Ley 42-01 establece que el Estado debe garantizar atención integral a todos los residentes en el territorio nacional. Contando además con una correcta inversión del gasto social hacia la población más pobre y vulnerable, independientemente del poder adquisitivo o diferencias sociales, generacionales, laborales, de raza o de género.

Existen evidencias sobre los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de atención integral a las PVVIH: la ubicación geográfica del servicio y la zona de residencia, las condiciones socioeconómicas, la documentación no adecuada y la orientación sexual.

### **Entre las debilidades del sistema de salud, identificadas por sectores del Estado y de la sociedad civil, se encuentran<sup>97</sup>:**

- a) Barreras sociales: estigma y discriminación hacia quienes ejercen el comercio sexual, hombres que tienen sexo con hombres, transgéneros, usuarios de drogas y personas con VIH.
- b) Violencia contra miembros de los grupos vulnerables.
- c) Barreras económicas.
- d) No existen acuerdos entre el Gobierno, el sector privado y la sociedad civil a fin de garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.
- e) Calidad de la atención: la lejanía de los centros, el gasto de bolsillo (transporte, cuotas y copagos), largos trámites, el maltrato y la discriminación; percepción de mala calidad por la población que la demanda.
- f) Falta de integralidad, de capacitación, de entrenamiento y sensibilización del personal de salud.
- g) Infraestructura inadecuada para garantizar la confidencialidad y generar un ambiente de confianza.
- h) Las organizaciones comunitarias de VIH están débiles. Necesitan aumentar su nivel de capacitación técnica y administrativa y, a la vez, la capacidad de incidir en materia de defensa de DD.HH.

### **Sostenibilidad de la atención integral**

La dependencia de la donación internacional es una preocupación permanente en la garantía de la sostenibilidad de las intervenciones que constituyen la Respuesta Nacional ante el VIH.

<sup>97</sup> Entrevistas a actores de la RN 2013.

Según MEGAS 2012 el 50% de los recursos utilizados en la Respuesta Nacional al VIH provienen de fuentes extranjeras. Esto se agudiza cuando esos recursos procedentes del extranjero se focalizan en los renglones de atención en salud y tratamiento.<sup>98</sup>

Existe una tendencia a la estabilización de la epidemia. El éxito de los programas de captación y atención de personas con VIH o con SIDA ha traído consigo un aumento de los costos totales, vinculado a un aumento de la demanda de servicios, insumos y fármacos al garantizarse una mayor supervivencia de las personas.

Se ha planteado que la sostenibilidad financiera está vinculada con la progresiva migración de los mecanismos de financiamiento del Sistema de Salud hacia el Seguro Familiar de Salud, contemplado en el marco legal.

Actualmente se cuenta con evidencia que demuestra que la atención de las PVVIH representa unos costos inferiores a muchas de las llamadas enfermedades de alto costo incluidas en el catálogo de prestaciones del SFS<sup>99</sup>. La experiencia nacional coincide con estas evidencias internacionales. Sin embargo, también indica la necesidad de mantener los mecanismos centralizados de compra, gestión y dispensación de los antirretrovirales para asegurar los mejores precios, la mayor calidad y una dispensación en las mejores condiciones de seguridad para prevenir la resistencia y evitar el uso inadecuado de los mismos.

Desde el 1990, con el fin de mejorar el nivel de vida y salud de la población, en particular los más pobres, se plantea la reforma del sector salud. Empieza por la separación de las funciones de rectoría y provisión de los servicios de salud, permitiendo desarrollar capacidades especializadas para el ejercicio de las mismas. En lo que respecta a la provisión de servicios de salud, que históricamente ha pertenecido al MSP, la reforma apunta al desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud conformadas por proveedores de diferente tipos para fomentar el uso racional de los recursos, el acceso por la población a todos los servicios y la atención integral de las necesidades de la gente.

El Modelo de Atención asumido por el MSP define como puerta de entrada el 1º nivel de atención. Impulsa el abordaje comunitario e integral de las familias con enfoque preventivo, que se traduce en reto para concluir la reorganización de los servicios de ITS y VIH. La estrategia de atención se apoya en la participación social comunitaria (MSP, Guías y Manuales para Desarrollo del 1er Nivel de Atención No. 4.5:6). Esto implica fortalecer la prevención en las unidades de atención primaria (UNAPS).

Persisten debilidades en el cumplimiento y la supervisión de las instancias del sistema de Seguridad Social (SDSS) para asegurar sostenibilidad financiera, calidad, equidad, eficiencia de costos y expansión de las prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS). Está desarrollándose, con participación y veeduría de la población, un sistema para monitorear la calidad de los servicios de las prestadoras públicas y privadas (MEPyD, Plan Nacional Plurianual 2013-16:60).

Los avances del país en la creación de modelos de gestión sanitaria y en la reglamentación para los servicios de atención al individuo no han sido acompañados por avances en el diseño de nuevas formas de organizar y supervisar la promoción y protección de la salud pública. La descentralización de la atención a la persona a nivel regional todavía genera desafíos a la

98 Fundación Plenitud MEGAS 2012

99 Martínez, Leonardo: Estrategia de contención de costos ARVS; Presentación al CNSS, 2012.

organización de servicios sanitarios. Aún no han diseñado un nuevo modelo de gestión de bienes públicos de salud (salud colectiva), que permita explotar sinergias con las redes de atención descentralizadas.

En el PEN 2007-2015 se había previsto que el Sistema Dominicano de Seguro Social (SDSS) incorporaría los tratamientos antirretrovirales al Plan Básico de Salud y apoyaría los programas de prevención y atención a PVVIH, aún esto no ha sucedido, aún se mantienen programas de incidencia política y comunitaria buscando cumplir con este tema.

### Objetivo y líneas de acción

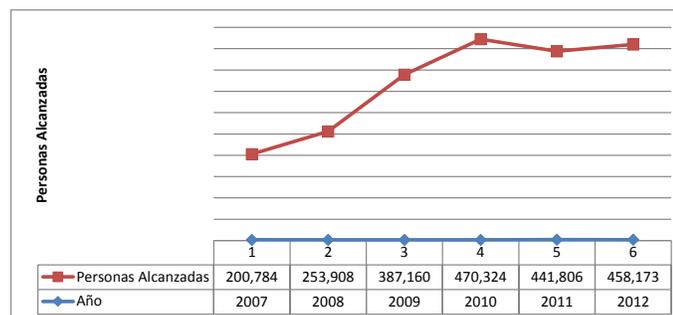
En el PEN 2007-2015 se describe el objetivo “Acceso universal a la atención integral de las PVVIH y afectados en programas intersectoriales”, que se planteó sería logrado a través de ocho líneas de acción referidas a los siguientes temas: 1) acceso a personas seropositivas; 2) acceso a grupos vulnerables; 3) acceso a servicios de diagnóstico; 4) implementación de normas y protocolos; 5) articulación sociedad civil-Gobierno; 6) acceso a mitigación; 7) fortalecimiento de los sistemas de información, y 8) mejoras en la gestión de la información.

#### Línea de Acción 4.1 Acceso a personas seropositivas Personas integradas a los servicios de atención integral

El país ha alcanzado progresos en materia de accesibilidad en los últimos años. Durante el periodo 2007-2014 la cantidad de personas que viven con VIH y SIDA que fueron captadas por el Sistema ha pasado de 19,309 a 44,255 a junio del 2014; esta última cifra representa un 77% del total estimado para el 2014.

El número de niños identificados con VIH/SIDA que reciben atención ha pasado de alrededor de 900, a finales de diciembre del 2006, a un total de 1,336, en junio del 2014. El resultado se ha debido en gran medida al establecimiento de una estructura nacional para la realización de pruebas voluntarias con consejería y entrega con post consejería impulsadas por campañas de promoción de la prueba voluntaria. Según los diferentes informes presentados en el marco de la propuesta con el Banco Mundial y el Fondo Mundial, durante el periodo 2007-2012 fueron realizadas un total de 2,212,155 sesiones de asesoramiento y de pruebas voluntarias de VIH de mujeres y hombres de 15 a 49 años de la población general y de poblaciones más expuestas, incluyendo la entrega de los resultados en operativos y centros de salud. Las poblaciones que se realizan estas pruebas no se registran nominalmente, lo que imposibilita identificar la cobertura anual del programa.

**Gráfico 10. Población que se realizó pruebas y recibió resultados**



Fuente: Creación MAF con informaciones suministradas por las instituciones

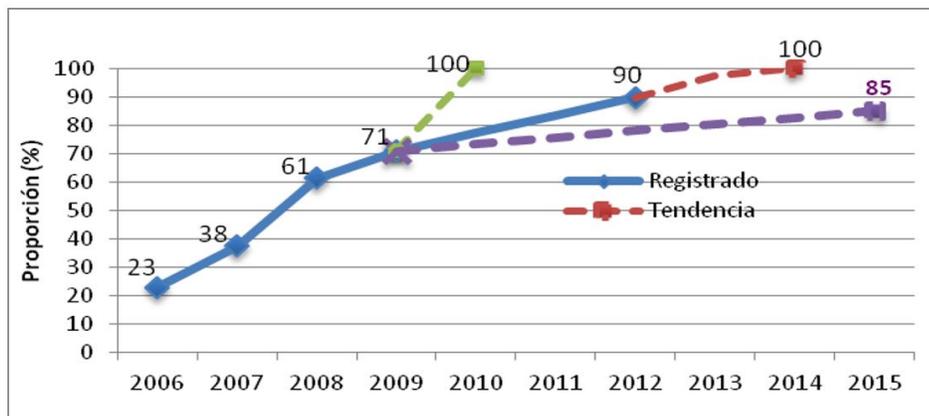
Del total de personas VIH+ estimadas para el 2014, unas 10,090 personas<sup>100</sup> no han sido captadas (2014), lo que representaría una brecha de 33% en la cobertura nacional.

Según el Programa Nacional el país tiene actualmente una epidemia concentrada en grupos claves, hasta el momento los esfuerzos de captación estaban dirigidos a población general y embarazadas, con intervenciones aisladas en algunas de las poblaciones claves.

### Acceso a tratamiento antirretroviral

Desde el año 2006 al 2009 se registró un aumento significativo del acceso a ARV de la población que vive con infección de VIH. En dicho período, la proporción pasó del 23% al 71%. En el periodo 2008-2010, el aumento de cobertura paso del 61% al 84%<sup>101</sup> y, según el informe GARPR 2013, al finalizar el año 2012 era del 89.78%. Esto evidencia que el número de personas seropositivas con acceso al tratamiento con antirretrovirales tuvo un incremento superior al 50% durante el periodo analizado.

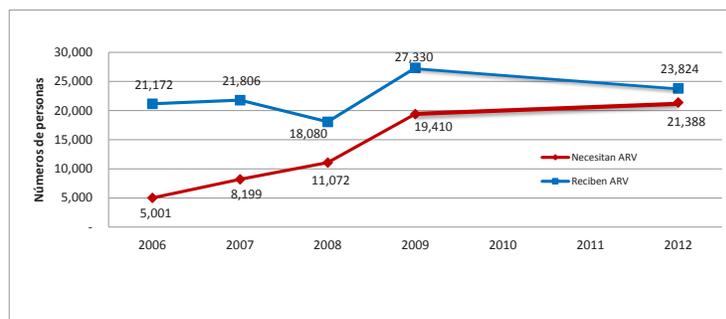
**Gráfico 11. Población VIH con infección avanzada con acceso a ARVs (%)**



Fuente: Creación MAF con informaciones suministradas por las instituciones

El incremento de personas en tratamiento antirretroviral ha obedecido a intervenciones dirigidas a contener los costos de ARV mediante el uso de medicamentos genéricos, acciones para el uso racional y compras conjuntas a través de agentes de compras. No obstante, existe una brecha cercana al 10% de pacientes (cerca de dos mil personas) que deberían estar en TARV y no lo están, por no haber sido captados.

**Gráfico 12. Población que necesita ARV y recibe el medicamento (2006-2012)**



Fuente: Creación MAF con informaciones suministradas por las instituciones

100 Sistema Único de Registro de los Servicios de Atención Integral al VIH, Viceministerio de Atención a las Personas, DIGECITSS. Fecha de corte: septiembre 2014

101 Jerry Jacobson (2011): Triangulación de Tendencias Recientes en Prevalencia de VIH, Conductas de Riesgo y Conocimiento en Poblaciones Clave. GRUTEME, COPRESIDA. RD

### **Inclusión de la Atención Integral en el Sistema Dominicano de Seguridad Social**

Los tratamientos ARV han sido considerados tratamientos de alto costo y por eso están dentro de las exclusiones y limitaciones del Plan Básico de Salud, salvo en los casos de prevención de la transmisión vertical madre-recién nacido.

En este tema ha habido logros trascendentales, como por ejemplo<sup>102</sup>:

- a) La inclusión de las PVVIH en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social. En la actualidad, unas 7,640 PVVIH han sido incluidas en este régimen, lo que les facilita el acceso a prestaciones sanitarias; en el caso del VIH mejoran su acceso al tratamiento para infecciones oportunistas y pruebas complementarias.
- b) Resolución del Consejo que crea comisiones de trabajo. En mayo del 2012, el Consejo Nacional de la Seguridad Social emitió la resolución 292-01.

### **Adherencia al tratamiento ARV**

El estudio “Tasas de cumplimiento y abandono al tratamiento antirretroviral en personas seropositivas al VIH en la República Dominicana” revela una tasa de no cumplimiento de un 30.3%, lo cual señala que es necesario un mayor énfasis en el cumplimiento de las visitas domiciliarias de seguimiento, particularmente en aquellos pacientes con historia de fallo de tratamiento.

En 16 centros analizados, los indicadores de alerta temprana seleccionados se mantuvieron estables desde el 2009 hasta finales de mayo de 2011, lo cual sugiere que no hubo cambios en la calidad de las prescripciones y posible desarrollo de resistencia virológica.

### **Co-infección VIH-TB**

La tuberculosis (TB) es la principal infección oportunista: un 25% de personas con VIH adiccionan una coinfección por TB, y es la primera causa de muerte en personas que viven con VIH. Diversos estudios han demostrado que es posible prevenir la progresión de la TB latente así como las recurrencias en las personas seropositivas para VIH mediante el empleo de Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI). El número de personas con VIH sin TB que recibían Terapia Preventiva con Isoniacida fue bajo e irregular (629 en 2008 y 822 en 2009)<sup>103</sup>.

Todos los datos anteriormente descritos hacen imperativo desarrollar actividades conjuntas entre los programas de TB y VIH, así como también monitorear de cerca la progresión de la epidemia dual. Actores expertos recomiendan que las intervenciones sobre TB sean incluidas como parte de la atención integral en los SAI, que aborde las estrategias de prevención (actividades de reducción de riesgos), así como el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la TB y VIH, para aumentar la cobertura y el aseguramiento de la terapia preventiva con Isoniacida.

Asimismo, la prevalencia de la hepatitis B, hepatitis C y sífilis constituye una carga de enfermedad también importante para las personas VIH positivas. Aunque estas coinfecciones están incluidas en las guías nacionales para ser abordadas en los centros de salud, no existen evidencias de que se estén abordando.

<sup>102</sup> CONAVIHSIDA: Memoria Anual 2012.

<sup>103</sup> Ministerio de Salud (2011). Plan estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis. República Dominicana 2011-2015. Programa Nacional de Control de TB.

## Línea de Acción 4.2 Accesibilidad a servicios de calidad en la atención integral de grupos vulnerables

### Poblaciones más expuestas y vulnerables

No se dispone en los servicios de atención integral de información detallada por grupos de poblaciones más expuestas y vulnerables. La información disponible solo permite observar la cobertura de personas de estas poblaciones que han sido alcanzadas en actividades de tamizaje con pre y post-consejería, tal y como podemos observar en el cuadro siguiente<sup>104</sup>.

**Cuadro 17: Distribución de población más expuesta tamizada en el periodo**

Población expuesta	Población que se realizó pruebas y recibió resultados					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hombres de 15 a 24	33,954	40,837	59,749	64,742	53,249	55,656
Mujeres de 15 a 24	28,416	42,545	50,003	54,182	44,564	46,578
<b>Poblaciones vulnerables:</b>	<b>106,595</b>	<b>146,123</b>	<b>174,207</b>	<b>187,931</b>	<b>163,056</b>	<b>162,958</b>
GTH	4,280	6,408	-	-	6,712	-
Bateyes	11,996	17,960	21,109	22,873	18,812	19,663
TRSX	5,434	8,135	9,561	10,360	8,521	8,906
UD	4,614	6,909	8,120	8,798	7,236	7,564
PPL	10,379	12,064	12,426	12,629	12,162	12,260
Migrantes	7,523	11,264	13,239	14,345	11,799	12,332

Elaboración propia, con información suministrada por CONAVIHSIDA

## Línea de Acción 4.3 Ampliación de la cobertura de servicios de diagnóstico y monitoreo en ITS, VIH y SIDA

La red de laboratorios públicos y privados ha aumentado la oferta de exámenes serológicos para el diagnóstico de la infección por VIH –vía convenios con el MSP– con relación a los laboratorios disponibles en el 2007. En esta oferta se incluye la participación de la sociedad civil, como es el caso de PROFAMILIA, que suple la demanda de las regiones Norte y Nordeste. Por su parte, el Laboratorio Nacional Dr. Defilló se ha transformado en una entidad de alta especialidad que brinda el servicio de pruebas de carga viral y CD4. Pero enfrenta la dificultad de no disponer de los recursos financieros suficientes para brindar el servicio de manera continua<sup>105</sup>, según se pudo constatar en las visitas en el terreno.

Las principales debilidades se identifican en la gestión de resultados de los exámenes, en espera de la implementación de una estrategia nacional más eficiente que facilite la captación y entrega de resultados oportunos a la población usuaria. Al respecto, se reporta una brecha de un 40% entre el número de análisis programados y los ejecutados. Esta falta de oportunidad en la entrega de resultados afecta la supervivencia de las personas que viven con VIH y SIDA. El personal de los SAI visitados ha reportado la pérdida de muestras de sangre o el daño de las muestras tomadas y resultados no entregados o entregados con mucho retraso, lo cual sugiere problemas en el funcionamiento de la red de toma y transporte de muestras gestionadas por los SRS, incluyendo el desconocimiento de esa estructura y su funcionamiento por parte de los SAI.

<sup>104</sup> Informes de proyecto con Banco Mundial, Fondo Mundial y Memorias del CONAVIHSIDA, 2007-2012.

<sup>105</sup> Entrevistas a actores clave en el territorio. Junio 2013, CONSAD.

En este mismo sentido, se afirma que la gestión de suministro de los reactivos de laboratorio ha evidenciado retrasos en algunos periodos, con necesidad de establecer protocolos específicos de emergencia en caso de fallos de reactivos y problemas con los insumos y equipos.

Las recomendaciones de actores clave apuntan a la garantía del financiamiento público de los laboratorios y la implementación de una estrategia para el mejoramiento de la gestión de oferta y la entrega de resultados entre proveedores de servicios, laboratorios y personas VIH positivas y con SIDA, sobre la base de las evidencias aportadas mediante una evaluación de la calidad y oportunidad de los exámenes realizados. Esta evaluación debe abarcar los diferentes pasos del proceso: emisión de la indicación del examen, toma de muestras, transporte, procesamiento y cumplimiento de protocolos dentro del laboratorio y durante el proceso, registro, oportunidad y confidencialidad de la información y entrega de resultados a los pacientes.

Además, en el país no existe capacidad instalada para realizar las pruebas de resistencia genotípica o de pruebas fenotípicas; informaciones de expertos señalan que debido al pequeño volumen de muestras que necesitarían ser procesadas, la instalación de esta capacidad no tendría una adecuada relación costo-beneficio.

#### **Cobertura de pruebas especiales**

La cobertura de pruebas de CD4, carga viral y pruebas de DNA PCR se ha incrementado desde el año 2008. En el año 2010, unas 20,350 PVVIH del programa de las 33,201 (61.29 %) pudieron acceder por lo menos una vez a pruebas de CD4, más que las 8,475 (30.09%) del 2009, y en el 2012 se reportan 23,475 PVVIH que se realizaron estas pruebas. En el caso de las pruebas de Carga Viral la cobertura es baja, los resultados registrados en los servicios de atención integral reportan que solo el 27 % de las Personas VIH + se realizaron carga Viral al menos 1 vez en los últimos 12 meses.

#### **Línea de Acción 4.4 Implementación de normas y protocolos integrales de atención a personas que viven con VIH y SIDA**

En el año 2013 se publicaron las Normas Nacionales para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA<sup>106</sup>, y en el 2013, las guías clínicas que incluyen los esquemas de tratamiento recomendados<sup>107</sup>. Estas establecen el uso de ocho medicamentos, que se combinan en 12 esquemas posibles. Sin embargo, los proveedores de servicios de salud de los SAI aplican más de 48 esquemas de tratamiento para adultos y más de 17 esquemas de tratamiento pediátrico.

Es necesaria la formulación e implementación de un plan de capacitación del personal responsable de la organización y oferta de estos servicios. Actores expertos han recomendado la utilización de la metodología de supervisión capacitante en el entorno laboral, para la formación en el uso de protocolos de atención y de las guías clínicas.

#### **Línea de Acción 4.5 Articulación de la Atención Integral en ITS, VIH y SIDA entre actores de la sociedad civil y entidades gubernamentales**

Existe una débil articulación entre las OSC y la red proveedora de servicios de salud, ya que sus acciones no están alineadas de manera integral con los objetivos de salud pública. Esta débil articulación se manifiesta en: escasa articulación para brindar seguimiento a domicilio, apoyo y adherencia a personas que viven con VIH y SIDA; debilitamiento de las actividades

106 Ministerio de Salud Pública (2012). Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida. DIGECITSS, DNN, DIGEMIA et al  
107 Al momento de la elaboración de este informe.

de prevención; presencia reducida en los ámbitos comunitarios, y escasa articulación entre los servicios y organizaciones comunitarias para el seguimiento de apoyo para la adherencia al tratamiento y la prevención desde el entorno social y comunitario.

El mayor porcentaje de los SAI que pertenecen a ONG no están habilitados para los convenios de gestión con la aseguradora pública SENASA.

Al respecto, se recomienda promover los procesos de habilitación de las OSC y facilitar los mecanismos para ser incorporados a los servicios de la Seguridad Social, tanto a través de SENASA como de las aseguradoras del sector privado. De manera particular, se aconseja la documentación y difusión de buenas prácticas y lecciones aprendidas reportadas por OSC en materia de atención integral, con servicios horizontales para evitar el estigma y la discriminación relacionados con la segregación de los servicios de ITS, VIH y SIDA del conjunto de los servicios provistos. También se destaca el reporte sobre sostenibilidad lograda a nivel de sus operaciones, excluyendo la compra de ARV suministrados por el Estado al sector público y a las OSC.

#### **Línea de Acción 4.6 Acceso universal a la mitigación del impacto para personas que viven con VIH y SIDA**

En el periodo 2007-2013, se han evidenciado avances en la inclusión en programas de protección y asistencia social de las personas seropositivas al VIH. A partir del 2008, el SENASA ha tenido una participación activa en la inclusión de personas con VIH y SIDA y sus afectados en el esquema de la Seguridad Social en el Régimen Subsidiado.

El CNSS, en seguimiento de los acuerdos emanados de la Cumbre por la Unidad Nacional frente a la Crisis Económica Mundial, emitió el 9 julio del 2009 la Resolución 212-02 que autoriza al SENASA a afiliarse como beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado a las personas VIH positivas y con discapacidad. Para operacionalizarlo, CONAVIHSIDA y SENASA acordaron trabajar juntos para integrar, en una primera fase, a 10,000 personas seropositivas. El proceso de identificación y afiliación ha sido difícil y al 2013 solo ha logrado dotar de la documentación acreditadora a unas 4,000 personas. Al respecto, se destaca la necesidad de eficientizar y protocolizar este proceso.

Por otra parte, se ha reportado también la integración de 1,602 personas seropositivas beneficiarias del programa Progresando con Solidaridad, que también han sido integradas al SENASA en abril del 2013.

El PEN 2007-2015 contó con un buen análisis de situación, pero tiene dificultades para ser monitoreado y evaluado debido a la ausencia de línea de base y de indicadores claramente formulados<sup>108</sup>. A partir del marco estratégico y del marco conceptual de monitoreo y evaluación se ha formulado un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional. Sin embargo el documento elaborado por el Grupo Técnico de Monitoreo y Evaluación (GRUTEME) no ha sido implementado hasta el momento. Finalmente, el PEN no contó con una versión sintética y manejable y no fue utilizado como una guía para la acción.

108 Conforme a la definición que ofrece el manual del ILPES/CEPAL (2011) sobre qué es y a qué sirve un proceso de planificación estratégica, se ha considerado que debería ser "una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y servicios que se proveen. Desde un punto metodológico, la planificación estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos". Ver: Armijo, Marianela. (2011). Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. ILPES/CEPAL. Serie manuales N.69. Santiago de Chile. P.15.

### **Eje transversal: Derechos humanos**

Los organismos que pertenecen a las Naciones Unidas definen los derechos humanos como: “Un conjunto de principios de aceptación universal, reconocidos constitucionalmente y garantizados jurídicamente, orientados a asegurar al ser humano su dignidad como persona, en su dimensión individual y social, material y espiritual”<sup>109</sup>.

Este enfoque potencia a los grupos vulnerables, para reclamar justicia como un derecho humano y no como una obra de caridad. La legitimación de dichos derechos ofrece un contrapeso contra otras fuerzas menos positivas<sup>110</sup>.

También el enfoque requiere de “la participación directa de las personas en las decisiones relativas a su propio desarrollo. A nivel internacional, un enfoque basado en derechos provee a la comunidad de una base moral sólida, a partir de la cual pueda reclamar asistencia y abogar por un orden económico internacional respetuoso de los derechos humanos”<sup>111</sup>.

### **Análisis de situación en el PEN actual**

Los DDHH fueron establecidos como un eje programático transversal de la Respuesta Nacional y de los ejes estratégicos del PEN 2007-2015.

### **DDHH en el eje estratégico Políticas Públicas**

La cobertura de servicios se ha ampliado, pero aún persisten diferencias territoriales en el acceso. Aunque se ha avanzado, se transgreden continuamente los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad.

El Estado no ha logrado modificar los determinantes estructurales generadores de inequidades en salud que permitan reducir la vulnerabilidad en la población. Se han implementado políticas asistencialistas y de seguridad social con un enfoque de inclusión, pero esto no ha podido hacerse de manera focalizada en los grupos identificados en situación de vulnerabilidad, lo cual ha limitado el ejercicio de sus derechos.

El Estado debería accionar para prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas, y garantizar a todas las personas el acceso a la atención sanitaria en condiciones de igualdad y equidad. Especialmente el derecho a la salud sin discriminación alguna. Igualmente debería diseñar leyes, políticas y planes de acción específicos para garantizar este derecho.

En los últimos cinco años, han mejorado los suministros esenciales para ITS, VIH y SIDA, pero algunos son insuficientes o no se tiene una garantía de su sostenibilidad. Por ejemplo: el suministro de medicamentos ARV, la prestación de servicios de salud materno-infantil con énfasis en la eliminación de la sífilis congénita y la reducción de la transmisión materno-infantil, aún son insuficientes. La captación de personas seropositivas, así como de mujeres en situación de embarazo seropositivas, plantea un desafío y una brecha en materia de defensa y protección de derechos humanos a la salud.

Existe una Ley de VIH, pero aún falta claridad en el establecimiento de mecanismos claros y accesibles para los casos de violaciones y vulneración de los derechos.

109 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2000). Derechos Humanos y Desarrollo Humano. Informe de Desarrollo Humano 2000.

110 Fernández Juan, Amelia; Borja Segá de, Carmen; García Varela, Paloma; Hidalgo Lorite, Richard (2008), página 13.

111 Fernández Juan, Amelia; Borja Segá de, Carmen; García Varela, Paloma; Hidalgo Lorite, Richard (2008), página 13.

El vínculo entre violencia basada en género y VIH se reconoce, pero no se implementan claramente en el país las políticas que faciliten la protección de mujeres en situación de violencia.

#### **DDHH en eje Movilización Social**

La RN no ha conseguido mantener el compromiso de las OSC y de la comunidad organizada para promover y defender el derecho a la salud, sin estigma ni discriminación. La población se ha movilizado exigiendo y logrando de parte del Estado mejorar el acceso a la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención integral incluyente, pero aún de manera limitada, con escaso empoderamiento y con limitados recursos económicos.

Como resultado, las poblaciones vulnerables no participan en las decisiones relativas a su propio desarrollo y bienestar. Carecen de los recursos y, en muchas ocasiones, del liderazgo requerido para exigir al Estado el cumplimiento de políticas públicas y sociales incluyentes que favorezcan el acceso equitativo a los servicios de prevención, promoción, atención integral, apoyo, seguimiento y rehabilitación en materia de ITS, VIH y SIDA. Así como ser incluidos en el sistema de seguridad social.

Algunas de las organizaciones que trabajan a favor de las mujeres están integradas como actores de la RN, pero muchas de ellas quedan fuera. Las mesas de consulta con mujeres revelaron que se están desarrollando intervenciones desde las OSC que focalizan las necesidades específicas en materia de promoción y prevención del VIH en las mujeres, como respuesta a la feminización de la epidemia. Estas acciones son importantes pero no suficientes para contrarrestar la mayor vulnerabilidad de la mujer.

#### **DDHH en eje Promoción y Prevención**

En materia de prevención y promoción de la salud, el derecho a estar informado es fundamental para la protección. La RN en esta materia ha desarrollado esfuerzos, pero no son suficientes ni han sido sostenidos en el tiempo. Ni han logrado educar, informar y comunicar de manera oportuna, con lenguaje adecuado y de manera diferenciada según grupos de mayor vulnerabilidad. La promoción de la salud y prevención del VIH no se focalizan en las mujeres, como deberían hacerlo en respuesta a la feminización de la epidemia.

Las personas no están recibiendo una educación oportuna y con calidad de acuerdo a su ciclo vital, lo que contribuye a tomar decisiones informadas para una sexualidad plena y responsable. La información y la formación no llegan de la misma manera a todas las personas que viven en distintos territorios del país. Quienes viven en las zonas transfronterizas y alejadas de los grandes centros urbanos, tienen menor accesibilidad a la información y a los medios de comunicación masiva.

#### **DDHH en eje Atención Integral**

La cobertura en atención integral se ha incrementado; pero tiene como debilidad que no es incluyente, es poco equitativa, y no hace especial diferencia en la atención a las diferencias individuales y colectivas de la población y de los subgrupos de mayor vulnerabilidad. Aún persiste la discriminación y el estigma por género y orientación sexual, en el ámbito de los proveedores de servicios de salud.

La seguridad social sólo cubre una parte de los servicios que se demandan. No incluye, por ejemplo: apoyo domiciliario y seguimiento para promover la adherencia al tratamiento y

para favorecer cuestiones tan básicas y esenciales como asegurar una adecuada nutrición y alimentación de las personas que viven con VIH y SIDA.

El derecho de solicitar y recibir información relacionada con las ITS, VIH y SIDA, tiende a afectar el derecho a que los datos personales relativos a la situación de VIH y al estado de salud sean tratados con confidencialidad.

En la RN y en materia de provisión de servicios, hay deficiencias en materia de DDHH en relación con el respeto hacia la ética médica de los proveedores y las proveedoras de servicios, así como falta de sensibilidad hacia los requisitos de género.

La fragmentación de los servicios en la integralidad de la atención a las necesidades de salud de las mujeres seropositivas, también es un reto pendiente.

## BRECHAS DE DDHH

- a) La cobertura de servicios se ha ampliado, pero aún persisten diferencias territoriales en el acceso, y aunque se ha avanzado, se tiende a la transgresión de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad.
- b) El Estado no ha influido en la modificación de los determinantes estructurales generadores de inequidades en salud que permitan reducir la vulnerabilidad en la población.
- c) La población en general y los grupos vulnerables en particular, si bien participaron de la elaboración del PEN actual, han participado escasamente en la ejecución, el monitoreo y la evaluación de la política y la veeduría, de manera formal y sistemática.
- d) En los últimos cinco años, han mejorado los suministros esenciales del derecho a la salud en materia de ITS, VIH y SIDA, pero algunos son insuficientes o no se tiene una garantía de su sostenibilidad.
- e) Existe una Ley de VIH, pero aún falta claridad en el establecimiento de mecanismos claros y accesibles para los casos de violaciones y vulneración de los derechos relacionados con la salud.
- f) Se está abordando el proceso de feminización de la epidemia de VIH en las políticas.
- g) El vínculo entre violencia basada en género y VIH se reconoce, pero no se implementan las políticas que faciliten la protección de mujeres en situación de violencia. Esto es una debilidad desde el ámbito estratégico hasta el ámbito operativo de la RN.
- h) La RN no ha conseguido mantener el compromiso de las OSC y de la comunidad organizada para promover y defender el derecho a la salud, en un contexto de plena libertad, sin estigma ni discriminación.
- i) La población se ha movilizado exigiendo y logrando de parte del Estado mejorar el acceso a la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención integral incluyente, pero aún de manera limitada, con escaso empoderamiento y con escasez de recursos económicos para favorecer dicha movilización.
- j) Como resultado, las poblaciones vulnerables no participan en las decisiones relativas a su propio desarrollo y bienestar. Carecen de los recursos y, en muchas ocasiones, del liderazgo requerido para exigir al Estado el cumplimiento de políticas públicas y sociales incluyentes que favorezcan el acceso equitativo a los servicios de prevención, promoción, atención integral, apoyo, seguimiento y rehabilitación en materia de ITS, VIH y SIDA, como es el ser incluidos en el sistema de seguridad social, parte de la protección social, reduciendo los riesgos según el ciclo de vida.
- k) La RN ha desarrollado esfuerzos, pero no son suficientes y sostenidos en el tiempo para educar, informar y comunicar de manera oportuna, con lenguaje adecuado, y de forma diferenciada según grupos de mayor vulnerabilidad.
- l) Las personas no están recibiendo una educación oportuna y con calidad de acuerdo a su ciclo vital, que les permita tomar decisiones informadas con relación a su propia salud para alcanzar una sexualidad plena y responsable.
- m) La información y la formación no llegan de la misma manera a todas las personas que viven en los distintos territorios del país. Quienes viven en las zonas transfronterizas y alejadas de los grandes centros urbanos son quienes tienen menor accesibilidad a la información y a los medios de comunicación masiva.
- n) Las necesidades en materia de promoción de la salud y prevención del VIH no se focalizan en las mujeres, como respuesta a la feminización de la epidemia.
- o) La cobertura en atención integral se ha incrementado; pero tiene como debilidad que no es incluyente, es poco equitativa, y no hace especial diferencia en la atención a las diferencias individuales y colectivas de la población y de los subgrupos de mayor vulnerabilidad.
- p) Aún persiste la discriminación y el estigma por género y preferencia sexual, entre otros, en el ámbito de los proveedores de servicios de salud.
- q) En la RN y en materia de provisión de servicios, hay reclamos en materia de DD. HH. en relación con el respeto hacia la ética médica de los proveedores y las proveedoras de servicios, y falta de sensibilidad hacia los requisitos de género.
- r) En materia de violencia basada en género y VIH, a nivel operativo, persisten problemas de registros, como es el sexo y la edad de las víctimas. No se ofrece de manera sistemática la terapia post exposición a todas las personas víctimas de violaciones sexuales.
- s) El efecto de la fragmentación de los servicios en la integralidad de la atención a las necesidades de salud de las mujeres seropositivas también es un reto pendiente. No es posible aún evaluar el efecto del modelo de entrada al sistema de salud vía la atención primaria –prioridad política del MSP– en la mejora de la atención a las mujeres.

### **Eje transversal: Enfoque de género**

La operacionalización del enfoque de género planteada en el PEN (2013-2017) se verifica fundamentalmente a través de las actividades en programas de capacitación y en el desarrollo de investigaciones para apoyar la formulación y fortalecimiento de dichos programas. Sin embargo, estas intervenciones distan mucho de la aspiración del PEN de reducir las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH.

Con relación a la capacitación, aún no se dispone de una estrategia nacional de IEC para el abordaje en materia de género y VIH/SIDA, que vaya más allá de los lineamientos generales actualizados por DIGECITSS en el 2010. Tampoco se han identificado investigaciones con enfoque de género para apoyar los programas de capacitación.

Los servicios de SAI. Existe poco manejo del enfoque de género en los SAI, este débil manejo teórico y práctico influye en que el enfoque de género en la oferta de los servicios no sea visible en las prácticas de los servidores públicos, tanto de nivel de rectoría como del nivel de provisión.

Para que los SAI puedan avanzar e institucionalizar el enfoque de equidad de género en los servicios de salud, necesitan contar con el involucramiento político y el apoyo programático de los centros de salud donde están ubicados. Sin embargo, que un SAI pueda disponer del apoyo de especialistas de género se enfrenta a la limitante de la ausencia y/o escasez de personal clave sensibles a esta problemática, así como a la ausencia de estrategias y protocolos para su abordaje.

Los SAI gestionados por organizaciones de la sociedad civil, presentan una mayor sensibilidad y manejo de herramientas metodológicas para incluir las necesidades de las mujeres<sup>112</sup>.

Los servicios de VIH y los de salud sexual y reproductiva, ofertados de forma paralela a través de compartimientos estancos, limitan no sólo la calidad y oportunidad de los servicios, sino también su registro sin duplicaciones y en su integralidad, dificultando el monitoreo y análisis riguroso de su impacto en la disminución de la transmisión, en el comportamiento de la incidencia y de la morbi-mortalidad de las mujeres en el contexto del VIH.

Las estadísticas del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical dirigido a las mujeres embarazadas seropositivas sugieren un aumento de cobertura del programa, que ha pasado de 52 % en el 2007 a 81% en el 2011. Asimismo, las estimaciones del número de embarazadas por VIH han ido disminuyendo en el mismo periodo, pasando de 1,649 a 1,520 para los mismos años<sup>113</sup>. Un logro importante ha sido la mejora de la estrategia global de eliminación de la trasmisión vertical del VIH y la sífilis congénita, que a partir del año 2012 se trata de manera conjunta en las embarazadas. Empero, en el Informe UNGASS 2012, se reporta que el Programa “no ha logrado cubrir a todas las mujeres que lo necesitan, no obstante que se ha priorizado su gestión y fortalecimiento”<sup>114</sup>. En este mismo sentido afirma que el porcentaje de niños con VIH, si bien ha disminuido, según muestran las estimaciones modeladas<sup>115</sup>, continúa siendo muy alto.

112 Tales como aquellos gestionados por PROFAMILIA, CEPROSH, la Clínica de la Familia y Tu Mujer, entre otros.

113 UNGASS. 2012. República Dominicana. Informe nacional sobre progresos realizados en el país. Seguimiento a la Declaración de Compromiso sobre VIH/Sida. Santo Domingo, pps. 34-35. Se destacan diferencias en el cálculo de las mujeres en tratamiento para los años 2010 y 2011, con relación a los años 2006-2009.

114 Ibid, p. 62.

115 Esta medición se ha realizado a través de un modelo porque no se dispone de las informaciones sobre nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año.

Para lograr eliminar la transmisión materno-infantil y disminuir las muertes maternas, se plantea como necesario un cambio de modelo de atención, que incluye los niveles primario y hospitalario, la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva y el uso correcto de los protocolos de atención establecidos para las madres seropositivas y su descendencia. En términos de la vulnerabilidad social de las mujeres y como afecta su salud, resulta alarmante el hecho de que las mujeres dominicanas sin educación formal, presentan una alta prevalencia de VIH (5.4%, según datos de ENDESA 2013), y las mujeres víctimas de violencia, especialmente de la zona rural, con casi tres veces más probabilidad de adquirir el VIH que el resto de mujeres que no enfrentan violencia en razón de su género.

Sobre el vínculo entre violencia basada en género y VIH, desde el año 2008, se han estado generando las evidencias que lo comprueban, bajo los auspicios de donantes del Sistema de Agencias de las Naciones Unidas. La producción y difusión de estas evidencias, así como también la formulación de una currícula para la capacitación y el desarrollo de un programa de capacitación dirigido al personal de salud, de la justicia y de las organizaciones de la sociedad civil, son actividades identificadas. Su finalidad ha sido alertar sobre esta problemática y buscar estrategias para afrontarla. Está previsto la publicación de la estrategia y un plan operativo como marco de una política pública al respecto.

La Respuesta Nacional todavía no incorpora intervenciones dirigidas específicamente a la población bajo esta doble problemática. Un indicador de esta situación es la ausencia de un protocolo que articule la función de la Procuraduría General de la República y el Ministerio de Salud Pública, a fin de asegurar el efectivo suministro de la Profilaxis Post Exposición a las víctimas de Violencia sexual.

El Programa Nacional de Condones, suele focalizar el género masculino y a TRSX de ambos sexos. No se han identificado iniciativas relacionadas con la integración de la igualdad y equidad de género y, de manera específica, no incluye la promoción y acceso al condón femenino. Tampoco se ha identificado la promoción y acceso a condón focalizada en los jóvenes de ambos sexos. Más allá de la cuantificación del número total de condones distribuidos y su disponibilidad o inexistencia en un momento determinado, las DPS visitadas no disponen de estadísticas para saber cuáles son los perfiles de los grupos poblacionales que están demandando el condón masculino.

A través de una estrategia IEC/CCC dirigida para formar a facilitadoras y facilitadores comunitarios para el abordaje del tema VIH/SIDA con enfoque de género y basado en los derechos humanos, el Ministerio de la Mujer, bajo los auspicios del CONAVIHSIDA, ha diseñado material de apoyo<sup>116</sup> y ha desarrollado un programa de capacitación a través de las Oficinas Provinciales de la Mujer.

El enfoque de género se integra en las iniciativas de atención, promoción, prevención y apoyo y movilización local de algunas organizaciones de la sociedad civil, concitando la participación de las organizaciones comunitarias de mujeres y de sus líderes. El enfoque de igualdad y equidad de género, constituye, además, un módulo legitimado en los programas de formación de formadores comunitarios que desarrollan las OSC. Ahora bien, su metodología

116 Ver los siguientes documentos:

Secretaría de Estado de la Mujer. (2009). Feminización del VIH/SIDA: Un Problema de Desarrollo. (2da ed.) República Dominicana.

Secretaría de Estado de la Mujer. (2008). Guía Metodológica para Programas y Proyectos con Enfoque Género. (1era ed.) República Dominicana.

Secretaría de Estado de la Mujer. (2009). Serie "Capacitación Básica en Género, VIH y SIDA" Para Multiplicadoras Comunitarias. (2da ed.) República Dominicana.

Secretaría de Estado de la Mujer. (2008). Manual de Capacitación para el Abordaje del VIH/SIDA con Enfoque de Género y Basado en los Derechos Humanos: Curso Básico para Facilitadoras y Facilitadores en VIH/SIDA. (1era ed.) República Dominicana.

Secretaría de Estado de la Mujer. (2008). Guía Metodológica para Programas y Proyectos con Enfoque Género. (1era ed.) República Dominicana.

de abordaje del tema género y VIH es desarrollada por cada institución, según su nivel de experticia sobre el tema, citándose como las estrategias más efectivas las siguientes: 1) promoción de la participación de los grupos comunitarios de mujeres, 2) el acompañamiento cercano a grupos e individuos vulnerables a nivel comunitario y domiciliario, 3) la creación de sinergias entre las organizaciones de base y sus líderes con los ayuntamientos y sus autoridades y 4) la veeduría local. También las OSC han estado incursionando en el tema de estigma y discriminación y derechos humanos en relación con las personas con VIH o afectadas por la epidemia, como sucede con los niños y niñas huérfanos<sup>117</sup>, en cuyos temas el enfoque de género también está presente.

A pesar de que este trabajo de las OSC está diseminado en casi toda la geografía nacional<sup>118</sup>, el alcance de sus intervenciones es limitado y de nivel local, destacándose con fuerza la opinión de actores claves sobre la necesidad de orquestar campañas nacionales sistemáticas que sirvan de soporte para las intervenciones locales.

En el ámbito legal, OSC - el Centro del Género de INTEC, PROFAMILIA y el Núcleo de Apoyo a la Mujer, bajo los auspicios de la Unión Europea han preparado una propuesta de anteproyecto de Ley sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva, el cual fue entregado a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en el año 2012, sin respuesta hasta el momento. La Respuesta Nacional, a través de sus instancias e instituciones representantes no parece estar dando seguimiento y apoyo a esta iniciativa que incorpora la epidemia del VIH dentro de sus disposiciones.

La falta de organizaciones de mujeres VIH+ y la disminuida participación de organizaciones de mujeres y feministas que participen de manera activa en la Respuesta Nacional debilita la incorporación de las necesidades e intereses de género, en particular de las condiciones de grupos específicos de mujeres que presentan alta prevalencia de VIH. De igual manera, la existencia de pocas organizaciones con trabajo en nuevas masculinidades y su total inexistencia en el área de VIH, hace de este campo de esfuerzos dirigidos a la construcción de nuevas relaciones de poder entre los géneros, un espacio abandonado.

Financiamiento. Para el año 2012 el gasto nacional en VIH y Sida ascendió a RD\$1,629.8 millones de pesos dominicanos, equivalentes a US\$41.4 millones. El 100% del gasto en VIH y SIDA se distribuye entre seis categorías de poblaciones, entre las que no figuran las mujeres como grupo específico separado. No se han hecho estudios diferenciando las poblaciones por sexo, por lo que la Respuesta Nacional desconoce, por una parte, los factores y determinantes específicos que afectan de manera particular a las mujeres. Y por otra parte se desconoce la evidencia empírica con la que cuenta el país que informa de grupos de mujeres con tasas de prevalencia de VIH muy por encima de la prevalencia mostrada en población general, como las mujeres sin formación escolar y mujeres habitantes de bateyes.

Otro indicador de la escasa priorización de la necesaria intervención específica en materia de género y VIH es la distribución del gasto en VIH de acuerdo a categorías. La categoría “entornos favorables”, que representa el 1.2% del total del gasto de VIH, es la única en donde se visualizan intervenciones especialmente dirigidas a las mujeres y sus necesidades de género: Programas para reducir la violencia de género (US\$ 12,075) y Programas específicos del SIDA orientados a las mujeres (US\$ 860 dólares), US\$ 12,935 en total, lo que representa el 0.003% de del total del gasto en VIH.

117 En el acápite sobre movilización social se ha presentado un cuadro resumen sobre 34 OSC apoyadas por el Fondo Mundial según sus líneas de acción, elaborado a partir del informe anual del IDCP citado.

118 No disponemos de estas informaciones para las intervenciones auspiciadas por la USAID a través del PEPFAR. Se ha informado que sus intervenciones focalizan también el apoyo a las poblaciones vulnerables y la prevención.

Es importante destacar un paso de avance importante dado por MSP<sup>119</sup>, mediante la formulación de un Plan Estratégico Nacional de Transversalización Género 2012 -2018, a través de su Oficina de Género y Desarrollo. El mismo debe ser una referencia importante para el PEN actualizado como marco de referencia conceptual y operativa, que permita articular objetivos y acciones orientadas hacia los fines comunes de construcción de la igualdad entre hombres y mujeres dentro del sector salud y en los servicios que oferta a la población.

La normativa vigente que vincula el VIH y los determinantes de género no logran su efectiva aplicación ante la falta de reglamentación, de mecanismos de implementación, desconocimiento de su existencia por parte de las usuarias y por prestadores/as de servicios, quienes están llamados a garantizar derechos. También a causa de la falta de recursos económicos, limitadas capacidades instaladas en las instituciones, ausencia o limitadas posibilidades de la sociedad civil para hacer veeduría social y monitoreo de dichas políticas, ausencia de una estrategia nacional de IEC sobre VIH y género, así como de promoción y uso del condón femenino, entre otros factores.

Tal situación evidencia la necesidad de una política de igualdad de género y VIH que contenga estrategias, actividades, indicadores y mecanismos de monitoreo de su cumplimiento, así como la asignación de los recursos necesarios para su implementación.

119 MSP. 2011. Plan Estratégico Nacional de Transversalización de Género en el Sector Salud, 2012-2017. Oficina de Equidad de Género y Desarrollo. Santo Domingo.

## BRECHAS DE GÉNERO

- a) Inexistencia de un marco metodológico para el abordaje del enfoque de género en población general y poblaciones más expuestas, ajustado a las necesidades y características de cada una, que garantice el respeto y la dignidad de todas las personas.
- b) Falta de una política de género y VIH que identifique y defina intervenciones concretas de carácter integral e interinstitucional.
- c) Reducida asignación presupuestaria a las intervenciones a favor de la igualdad de género.
- d) Limitado involucramiento en la Respuesta Nacional de las organizaciones de mujeres o mixtas, que realizan trabajo con enfoque de género.
- e) Limitada cobertura del Programa de Educación Afectivo-Sexual (PEAS).
- f) Restringida atención del Programa de Prevención de Transmisión Materno Infantil (PTMI) en hospitales de segundo y tercer nivel.
- g) Limitada cobertura de los servicios ofrecidos en la Unidad Técnico Laboral de Atención Integral (UTELAIN)
- h) Escasa participación de organizaciones de mujeres en mecanismos de toma de decisiones sobre de la Respuesta Nacional.
- i) Falta de socialización y capacitación a prestadores de servicios sobre la normativa nacional e internacional de protección de los derechos humanos de las poblaciones clave, incluidas las mujeres, en el contexto del VIH.
- j) Vigencia de disposiciones legales que se traducen en discriminación: Ley de VIH y el SIDA, Ley de Drogas, Código de Trabajo, Reglamentos de Ley de Seguridad Social SS, Ley General de Migración 285-04.
- k) Falta de protocolo de actuación que articule las guías para atender los casos de violación sexual y las de Profilaxis Post Exposición.
- l) Ausencia de una estrategia binacional efectiva para la atención de las mujeres haitianas en estado de embarazo que acuden a los hospitales dominicanos.
- m) Limitado acceso a servicios de protección social y programas de inclusión económica (INFOTEP, PROMIPYME, SENASA), que priorice a PVVIH, en particular las mujeres.
- n) Insuficientes investigaciones dirigidas a caracterizar los factores de género que inciden en la propagación de la epidemia y su impacto en la vida de las mujeres y otras poblaciones clave, sus familias y la comunidad.
- o) Falta de sensibilización y capacitación en el tema de igualdad de género, en tomadores/as de decisiones de la Respuesta Nacional.
- p) Falta de aplicación de la Estrategia Nacional del vínculo entre VBG y VIH.
- q) Insuficiente generación de estadísticas desagregadas por sexo y sistema de monitoreo y evaluación con indicadores de género.
- r) Limitadas campañas de prevención dirigidas a reducir los comportamientos sexuales de riesgo, basados en el respeto y protección de los derechos de todas las personas, sin discriminación por causa alguna.
- s) Falta de servicios de salud especializados que tomen en cuenta las vulnerabilidades y riesgos específicos de las poblaciones clave, incluidas las mujeres víctimas de violencia y las de niveles bajos de formación escolar.
- t) Débil funcionamiento de los mecanismos de seguimiento de cumplimiento de medidas que favorecen la igualdad de género.
- u) Ausencia de la efectiva aplicación de la política de condones femeninos.
- v) Falta de programas que realicen directamente o motiven el desarrollo del trabajo con hombres sobre la construcción de nuevas masculinidades.
- w) Estigma y discriminación (rechazo) hacia grupos vulnerabilizados en el tema salud, educación, ámbito laboral, protección jurídica, y violencia castrense.

## 2.6.

### Desafíos

#### Los desafíos principales del eje de prevención

La cobertura e impacto de los programas de prevención, redujeron su extensión e intensidad; hubo una disminución en el uso del condón entre los grupos vulnerables.

El tipo de epidemia impulsó una respuesta hacia población general, lo cual se constituyó en una barrera para priorizar poblaciones claves. Resalta en todo este análisis el bajo aporte con recursos nacionales para prevención, dependiendo en la mayoría de los casos de la cooperación internacional.

Las intervenciones en prevención destinadas a los grupos vulnerables han sido limitadas, y se desarrollan de manera dispersa, aplicando intervenciones coyunturales, no integrales y sostenidas. La no participación de las representaciones de los grupos claves en el diseño y elaboración de las diferentes intervenciones. No se tiene una adecuada comprensión de la problemática de salud de estas poblaciones ni una orientación estratégica definida. Una de las barreras identificadas lo constituye la existencia de marcos legales que dificultan intervenciones efectivas, como el caso de las relativas a reducción de daños en los usuarios de drogas.

La inexistencia de un sistema de información sobre actividades de prevención que provea una visión de conjunto de las intervenciones hechas y sus resultados en grupos, lugares y años distintos ha sido una brecha que limita la planificación y la toma de decisiones.

El personal de los centros de atención y de los programas de prevención tiene un escaso entrenamiento para trabajar con los grupos vulnerables, creando desigualdad en el servicio que recibe los pacientes, incluyendo un trato con estigma y discriminación y no dando cumplimiento a los aspectos vinculados al género, la no implementación de estrategias nacionales se constituye en un límite para el establecimiento de intervenciones estándares y la focalización de intervenciones en determinados subgrupos. La estrategia nacional para promover el uso de condones suele focalizar el género masculino y a TRSX de ambos sexos. No se han identificado iniciativas para integrar la igualdad y equidad de género y, de manera específica, no incluye la promoción y acceso al condón femenino.

Si bien se cuenta con capacidad instalada para diagnosticar el VIH y dar seguimiento virológico e inmunológico, el acceso a pruebas VIH y servicios de laboratorio en los puntos de atención es limitado, lo que genera diagnóstico tardío e inicio retrasado del tratamiento ARV.

El Estado no invierte lo suficiente en insumos (condones masculinos y femeninos, lubricantes, PEP, etc.), ni provee materiales educativos ni promueve la prevención en poblaciones clave.

Persisten debilidades en el cumplimiento de las estrategias vinculadas al Programa de Reducción de la transmisión materna infantil, sobre todo las de supervisión y seguimiento.

Está desarrollándose, con participación y veeduría de la población, un sistema para monitorear la calidad de los servicios de las prestadoras públicas y privadas, pero sus intervenciones no alcanzan las acciones de prevención.

### **Los desafíos principales en atención Integral**

Existen brechas importantes en la captación, referimiento y retención de las personas en los servicios de atención.

Las guías nacionales de atención y tratamiento tienen como objetivo terapéutico la supresión de la carga viral, pero su enfoque actual no permite apreciarlo con claridad, lo que no ha permitido priorizarlo en los planes.

Para saber los resultados del tratamiento de estos pacientes, se mide su carga viral (CV) después de los 2 meses de haber iniciado. En los últimos 12 meses se le ha medido la carga a un 41% de los pacientes en ARV y a un 58% de los que están retenidos.

La supresión viral solo se obtiene para el 35% de los pacientes en ARV, que representa un 86% de los que se les ha realizado la prueba. Muestra que para los pacientes a quienes se les ha medido la CV el resultado es satisfactorio. Sin embargo, preocupan los pacientes a los cuales no se les ha medido, ya que podrían tener factores que contribuyen también a reducir la efectividad del tratamiento. Todo esto se debe a que no se han priorizado acciones para incrementar la captación a través de intervenciones y tamizaje en poblaciones claves que aportan más a la epidemia, para abordarlos con el tratamiento como una estrategia de prevención.

Las normativas vigentes limitan su espectro de acción al enfoque hombre/mujer, no contemplando el abordaje para poblaciones Trans ni otras vulnerables que necesitan de abordajes diferenciados. Los Servicios de Atención integral necesitan ser reorganizados para dar respuesta a las metas acordadas en el PEN y para la disminución del alto nivel de estigma y discriminación hacia quienes ejercen el comercio sexual, hombres que tienen sexo con hombres, transgéneros, usuarios de drogas y personas con VIH.

Existe un alto número de esquemas terapéuticos y las pruebas de laboratorio para el monitoreo se realizan aún de manera centralizada. No existen Sistemas de Información Nominales, que nos permitan dar respuesta a los indicadores de cobertura por tipo de población abordada.

Los análisis revelan que no existen acuerdos entre el Gobierno, el sector privado y la sociedad civil a fin de garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. El sector público cuenta con una infraestructura inadecuada para garantizar la confidencialidad y generar un ambiente de confianza.

Las organizaciones comunitarias de VIH son débiles. Necesitan capacitación técnica y administrativa y desarrollar capacidades para incidir en materia de defensa de DDHH.

Existen reglamentos, normas, guías de atención clínica para el diagnóstico y atención de la coinfección TB-VIH. Hay débil coordinación para la implementación de las actividades de colaboración TB-VIH, lo que recomienda la OMS.

Las intervenciones sobre TB no están incluidas como parte de la atención integral en los SAI. No se considera el abordaje de estrategias de prevención ni el diagnóstico precoz ni el tratamiento oportuno de la TB y VIH que permita aumentar la cobertura y el aseguramiento de la terapia preventiva con Isoniacida.

Existe una débil supervisión en el uso de protocolos de atención y de guías clínicas y aun no se ha implementado el sistema de referencia y contra referencia para todos los usuarios de la red

### **Los desafíos principales del eje de políticas públicas y del eje de Movilización social**

A pesar de haber contribuido en la promulgación de la Ley 135-11, los avances realizados en materia de veeduría siguen siendo un gran desafío.

Hay falta de claridad en las funciones y roles de los actores de la Respuesta Nacional. Esto conduce a confusión y duplicación de esfuerzos, y crea un ambiente difícil para la coordinación.

Los vínculos entre ayuntamientos y OSC no se han institucionalizado. El objetivo de construir una agenda conjunta y mejorar el acceso de las OSC al presupuesto municipal no se ha logrado.

El PEN 2007-2015 presenta dificultades para ser monitoreado y evaluado debido a la ausencia de línea de base y de indicadores claramente formulados.

Falta profundizar para tener un mejor conocimiento de la epidemia desde el punto de vista geográfico y por poblaciones.

Falta un reglamento que permita instrumentalizar las acciones necesarias para el cumplimiento de los derechos establecidos en la ley 135-11. Algunas empresas continúan realizando pruebas para empleo amparadas en el artículo 44 del Código Laboral, que no se ha modificado.

No existe la debida articulación entre la Procuraduría y los establecimientos de salud para los casos de violencia de género, a lo cual se suma el procedimiento burocrático por parte de los médicos legistas. En las guías nacionales se encuentran las pautas para tratar la violencia sexual, pero en las normas nacionales está ausente el tema de la terapia post exposición para estos casos.

No se ha creado el Observatorio Permanente de Políticas de Impacto, sobre todo en materia Binacional. El esfuerzo binacional se ve dificultado por problemas de coordinación. No se ha podido concretizar el esfuerzo conjunto para compras binacionales que hagan más eficientes las adquisiciones de medicamentos. No se dispone de personal que hable creole en los centros de salud.

Existen limitaciones para el abordaje de las poblaciones más expuestas a la epidemia, por la ausencia de un marco metodológico que garantice el respeto y la dignidad a estas poblaciones, y que se ajuste a las necesidades y características de las mismas. Las acciones más frecuentes han sido en su mayoría pruebas de VIH con pre y post consejería, así como referimientos y provisión de servicios médicos generales en SAI, pero sin garantizar un ambiente de Derechos Humanos propicio para una intervención efectiva.

Aunque se han realizado esfuerzos importantes para que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) incluya el tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud, todavía no se han alcanzado los resultados esperados.

# **CAPITULO III**

**MARCO ESTRATÉGICO**

**DEL PEN 2015-2018**



### **3.1 Visión del PEN 2015-2018**

Una respuesta Nacional que asegure el acceso universal a servicios de educación, prevención y atención, para el control de las ITS/VIH y Sida de alta calidad y calidez, eliminando el estigma y la discriminación, amparado en el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género, con una coordinación multisectorial sostenible y efectiva, que reduzca en al menos un 50% las nuevas infecciones en VIH.

### **3.2 Misión:**

Ser el mecanismo de coordinación y eficientización del accionar participativo de todos los sectores sociales en la Respuesta Nacional al VIH-SIDA, en un marco de Derechos Humanos y equidad de género sostenibles, que permita fortalecer las medidas de prevención, protección, y atención integral con énfasis en los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad y exposición.

### **3.3 Valores**

**Solidaridad.** Se manifiesta como apoyo a personas con necesidades y en situaciones de vulnerabilidad. Se expresa en acciones horizontales y de respeto a la dignidad de quienes requieren algún tipo de comprensión o colaboración.

**Equidad.** Entiende que todas las personas tienen el mismo derecho y las mismas oportunidades para acceder a los beneficios, a partir de su condición personal. Busca otorgar lo que requiere o necesita cada quien en función de sus necesidades y posibilidades de acceso.

**Transparencia.** Reconoce que todas las personas involucradas e interesadas tienen derecho a conocer lo que se hace y cómo se hace. Promueve los pronunciamientos y actuaciones claras y directas, sin ambigüedades e intereses ocultos. Permite que todo lo que se decida y produzca este asequible y disponible a toda persona que busque indagar al respecto.

**Integridad.** Requiere la coherencia y la armonización entre las palabras y los hechos, entre lo que se piensa, lo que se dice y lo que se hace. Es hacer lo que corresponde de acuerdo a los valores y creencias, independientemente de las consecuencias que conlleve. Demanda fidelidad a las concepciones propias en todos los momentos y situaciones. Además, implica la aceptación y receptividad de los planteamientos y puntos de vista de los otros.

**Respeto.** Es el reconocimiento y valoración de la dignidad propia y de los demás. Requiere la comprensión y aceptación de las condiciones, cualidades y derechos de los otros. Conlleva tolerancia y aceptación de la diversidad y la pluralidad. Es esencial para la sana convivencia.

**Compromiso.** Es la adhesión firme y continua a los valores enarbolados y a las iniciativas seleccionadas. Significa actuar en consecuencia con las responsabilidades definidas y contraídas.

### **3.4 Objetivo general**

Reducir nuevas infecciones y aumentar las expectativas de vida en personas que viven con el VIH-SIDA en la República Dominicana, de manera sostenible mediante el fortalecimiento de la Respuesta Nacional basados en una coordinación multisectorial y efectiva.

### 3.5 Ejes y objetivos estratégicos

- a) Garantizar el respeto a los derechos humanos.
- b) Reducir el estigma y la discriminación.
- c) Desarrollar programas y campañas de promoción y prevención dirigidas a población general y a los grupos más vulnerables.
- d) Atención Integral en el sistema de salud.
- e) Garantizar la sostenibilidad y la gestión efectiva y eficiente de la Respuesta Nacional.
- f) Contribuir con la protección social de los grupos más vulnerables de la sociedad.
- g) Realizar monitoreo y evaluaciones sistemática de los procesos y resultados de la Respuesta Nacional.

Los esfuerzos de este PEN se dirigen a establecer un modelo de reducción de nuevas infecciones, que incluya: a) la intervención directa en las poblaciones claves, b) el mantenimiento de la continuidad de la atención a PPVS para llegar a la supresión viral en la mayoría de PVVIH y c) la eliminación de la Transmisión Materno-infantil. Todo esto, garantizando el mejoramiento del entorno social y de los derechos humanos, así como el fortalecimiento y la sostenibilidad de la respuesta nacional, en un marco de participación multisectorial. El cuadro a continuación presenta los ejes y los objetivos estratégicos del PEN 2014-2018.

EJES ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Educación y Prevención	Reducción de 50 % nuevas infecciones en grupos vulnerables y poblaciones priorizadas, mediante la implementación de estrategias de educación y prevención de las ITS/VIH.
Atención Integral	Reducir la morbi-mortalidad de las PVVIH/ITS, mediante la prestación de servicios de calidad y calidez, acorde al cumplimiento de las normas y protocolos nacionales y llevando al 90 % de las PVVIH a carga viral indetectable.
Derechos Humanos	Garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y de las poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, mediante el desarrollo de sistemas de promoción, protección y tutela de derechos humanos.
Fortalecimiento de la Respuesta Nacional	Asegurar la sostenibilidad de la respuesta nacional a las ITS y al VIH y el Sida y el suministro de información confiable para la toma de decisiones, mediante el incremento de la inversión, la mejora de los sistemas de información y el fortalecimiento de la coordinación y la capacidad de respuesta de los actores.

### 3.6 Ejes transversales

**Participación Social.** Contempla la intervención de los ciudadanos en todas las esferas de toma de decisiones y de ejecución de las intervenciones que se implementen. Implica el compromiso de desarrollar los mecanismos democráticos que permitan que los actores organizados del sector manifiesten sus necesidades e intereses en todas las esferas de la Respuesta Nacional. Es derecho y no una concesión de las autoridades y las instituciones.

**Perspectiva de Género.** Persigue acabar o reducir las desigualdades de trato y oportunidades entre mujeres y hombres. Pretende erradicar las desigualdades que históricamente han

vulnerado los derechos humanos de las mujeres en razón de su sexo. Entiende que lo femenino o lo masculino no se refiere al sexo sino a diferentes tipos de conductas. Pone énfasis en la multiplicidad de identidades y entiende el género como una categoría social y no biológica o natural.

### 3.7 Alineación Estratégica Superior

<b>ALINEACIÓN ESTRATÉGICA SUPERIOR</b>				
<b>VISIÓN DE LA END 2030</b>	<b>OBJETIVO GENERAL 2.2 DE LA END</b>	<b>PROPÓSITO DEL PLAN NACIONAL DECENAL DE SALUD 2006-2015</b>	<b>MANDATO LEY 135-11</b>	<b>VISIÓN PEN 2015-2018</b>
República Dominicana es un país próspero, donde se vive con dignidad, seguridad y paz, con igualdad de oportunidades, en un marco de democracia participativa, ciudadanía responsable e inserción competitiva en la economía global, y que aprovecha sus recursos para desarrollarse de forma innovadora y sostenible	Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud	Contribuir a prolongar y mejorar la calidad de la vida, reduciendo las inequidades sociales y de género en la salud, mediante el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y la producción social de la salud, como derecho y deber ciudadano y como medio y fin para el desarrollo humano y sostenible	Coordinar y conducir la Respuesta Nacional al VIH/SIDA, en consonancia con las disposiciones establecidas en la presente ley, su reglamento de aplicación y en su reglamento interno	Una respuesta Nacional que asegura el acceso universal a servicios de educación, prevención y atención, para el control de las ITS/VIH y SIDA de alta calidad y calidez. Eliminando el estigma y la discriminación amparado en el respeto de los derechos humanos, con una coordinación multisectorial sostenible y efectiva

## 3.8

## Alineación estratégica interna

VISIÓN PEN 2015-2018	EJES ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Una respuesta Nacional que asegura el acceso universal a servicios de educación, prevención y atención, para el control de las ITS/VIH y Sida de alta calidad y calidez, eliminando el estigma y la discriminación amparado en el respeto de los derechos humanos, con una coordinación multisectorial sostenible y efectiva	<b>Educación y Prevención</b>	Reducción de 50 % nuevas infecciones en grupos vulnerables y poblaciones priorizadas, mediante la implementación de estrategias de educación y prevención de las ITS/VIH
	<b>Atención Integral</b>	Reducir la morbi-mortalidad de las PVVIH/ITS, mediante la prestación de servicios de calidad y calidez, acorde al cumplimiento de las normas y protocolos nacionales y llevando al 90 % de las PVVIH a carga viral indetectable.
	<b>Derechos Humanos</b>	Garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y de las poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, mediante el desarrollo de sistemas de promoción, protección y tutela de derechos humanos
	<b>Fortalecimiento de la Respuesta</b>	Asegurar la sostenibilidad de la respuesta nacional a las ITS y al VIH y el Sida y el suministro de información confiable para la toma de decisiones, mediante el incremento de la inversión, la mejora de los sistemas de información y el fortalecimiento de la coordinación y la capacidad de respuesta de los actores

## 3.9

## Descripción de los ejes estratégicos.

## 3.9.1

## Educación y Prevención

A través de la implementación de estrategias y actividades de educación y prevención de las ITS y el VIH/Sida se busca reducir el 50% de nuevas infecciones en grupos vulnerables y en otras poblaciones priorizadas. Para lograr lo anterior se aumentarán las prácticas seguras que previenen las ITS y VIH en estos grupos. Además, se persigue reducir la prevalencia en mujeres y niñas víctimas de violencia, disminuir la transmisión de ITS/VIH por la exposición laboral, así como la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis congénita.

Las poblaciones a ser intervenidas a través de este eje incluyen a: jóvenes, Trabajadoras Sexuales, Gays/Transexuales/Hombres que tienen sexo con hombres, Usuarios de drogas, migrantes haitianos, población bateyana, personas privadas de libertad y Mujeres en vulnerabilidad social (Mujeres de baja escolaridad, Mujeres víctimas de violencia, Mujeres de quintil de riqueza inferior, Mujeres residentes en bateyes, Mujeres residentes en regiones fronterizas con Haití).

Para algunas de estas poblaciones no se dispone de datos de línea de base. Para estimar las metas se tomó en consideración la situación epidemiológica de cada población, su dimensionamiento, las brechas de cobertura existentes e incluso, la capacidad de la estructura de salud existente.

Las intervenciones previstas incluyen actividades de Cambio de Comportamiento (CCC), intervenciones de IEC, tamizaje de sangre, el tratamiento oportuno en los centros de salud y servicios profilácticos post-exposición, entre otras.

### **3.9.2 Atención Integral al VIH-Sida**

El eje de atención integral tiene como objetivo fundamental la reducción de la morbilidad de los PVVIH a través de la prestación de servicios de alta calidad y calidez.

Para disminuir la morbilidad se debe trabajar en la supresión de carga viral, en la reducción en la coinfección de TB-VIH y en la continuación y sostenibilidad de tratamiento ARV, tanto en niños como adultos.

Las poblaciones consideradas son: PVVIH, jóvenes, trabajadoras sexuales, GTH, usuarios de drogas, migrantes haitianos, población bateyana, personas privadas de libertad y Mujeres en vulnerabilidad social (Mujeres de baja escolaridad, Mujeres víctimas de violencia, Mujeres de quintil de riqueza inferior, Mujeres residentes en bateyes, Mujeres residentes en regiones fronterizas con Haití). Adicionalmente se consideran los niños y las víctimas de violación sexual. Como se comentó previamente, muchas de estas poblaciones no tienen datos de línea de base.

La mayor parte de las intervenciones de este eje son pruebas de tamizaje, pre y post consejería, acceso a los servicios de salud con calidad en la atención, mantenimiento en el tratamiento antirretroviral, actividades de autocuidado y estilos de vida saludable, tamizaje y terapia preventiva de Tuberculosis y vigilancia de los fármacos utilizados en los servicios de salud, entre otras.

### **3.9.3 Derechos Humanos**

El PEN 2007-2015 no contaba con Derechos Humanos como un Eje estratégico. Sin embargo, en el nuevo PEN se considera como un eje que busca garantizar el respeto de los derechos humanos tanto de las personas que viven con VIH, como de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad. Para lograr lo anterior se busca desarrollar sistemas de promoción, protección y tutela de los derechos humanos. Se espera, no sólo que se respeten los derechos humanos de estos grupos, sino que los mismos sean partícipes de las intervenciones.

Las intervenciones planteadas buscan la creación y actualización de leyes, la elaboración de reglamentos y normas punitivas, la realización de campañas de comunicación sobre el estigma y la discriminación, la identificación de canales de denuncias de violencia por discriminación y la elaboración y aplicación de guías y protocolos que mejoren la atención a los grupos vulnerables.

Igualmente, se apoyarán las políticas de no exclusión en instituciones académicas, la existencia de políticas claras y definidas sobre el SIDA en el lugar de trabajo, la capacitación a los miembros de cuerpos castrenses para lograr una disminución de la violencia y la discriminación hacia los grupos vulnerables y la inclusión de las PVVIH en las programas de protección social del Estado.

Además, se respaldará el empoderamiento de las organizaciones de PVVIH y demás grupos vulnerables para que desarrollen capacidades de abogacía y vigilancia, así como la creación de mecanismos de veeduría y abogacía.

### **3.9.4 Fortalecimiento de la Respuesta Nacional**

Este eje tampoco había sido considerado en el PEN 2007-2015. Es fundamental para que los otros ejes estratégicos logren los resultados esperados. Igualmente, trata de garantizar que la Respuesta Nacional a las ITS y al VIH/SIDA sea sustentable en el tiempo.

Apoya el incremento de la inversión, la mejora de los sistemas de información, el suministro de informaciones para la toma de decisiones, la elevación de las capacidades y competencias de los distintos actores y la coordinación intersectorial.

Algunas actividades promoverán la implementación de la ley 135-11, el acceso a los servicios de atención, la implementación de la coordinación y la realización de intervenciones binacionales, la implementación de estrategias de sostenibilidad financiera, el fomento de las investigaciones en VIH, el desarrollo de programas para fortalecer y habilitar OSC, la mejora de los sistemas de información de ITS y VIH/Sida y la ampliación de la cobertura del sistema de vigilancia epidemiológico de segunda generación.

# **CAPITULO IV**

## **MATRICES DE MARCO LÓGICO: RESULTADOS, LÍNEA DE ACCIÓN E INDICADORES**



Objetivos Generales	Impacto esperado	Indicadores	Linea Base	Meta	Fuente de Verificación
<p>Reducir nuevas infecciones y aumentar las expectativas de vida en personas que viven con el VIH-SIDA en la República Dominicana, de manera sostenible mediante el fortalecimiento de la Respuesta Nacional basados en una coordinación multisectorial y efectiva</p>	<p>Para el año 2018 habrán disminuido la morbilidad y la mortalidad por el VIH-SIDA en la República Dominicana</p>	<p>Tasa de prevalencia al VIH en la República Dominicana.</p> <p>Prevalencia de VIH en población general y poblaciones claves</p>	<p>0.80%</p> <p>Jóvenes: 0.3%, TRSX:4.5%, GTH: 5.2%, UD: 3.2%, Bateyes: 2.5%, Hombres de 15 a 49 años: 0.9% y Mujeres de 15 a 49 años: 0.7%</p>	<p>0.54%</p> <p>Jóvenes: 0.3%, TRSX:4.5%, GTH: 5.2%, UD: 3.2%, Bateyes: 2.5%, Hombres de 15 a 49 años: 0.9% y Mujeres de 15 a 49 años: 0.7%</p>	<p>ENDESA</p> <p>Encuesta de comportamiento con vinculación serológica, vigilancia rutinaria y ENDESA</p>
		<p>Tasa de Mortalidad por SIDA en la República Dominicana</p>	<p>7%</p>	<p>4%</p>	<p>Estimaciones Nacionales</p>

**Eje Estratégico 1: Educación y Prevención**

Reducir el 50% nuevas infecciones en grupos vulnerables y poblaciones prioritizadas, mediante la implementación de estrategias de educación y prevención de las ITS/VIH

Resultados	Línea de acción	Indicador	Línea base	Metas	Fuente de Verificación	Responsables	Involucrados
Reducida las nuevas infecciones en grupos vulnerables y poblaciones prioritizadas, mediante la implementación de estrategias de educación y prevención de las ITS/VIH	Implementación de programas de comunicación para el cambio de comportamiento en poblaciones más expuestas.  Fortalecimiento de los programas de educación y prevención de las ITS/VIH/SIDA.	Porcentaje de nuevas infecciones (por tipo de población)	2467	1234 50%	Estudio de Modo de Transmisión (MOT)	MSP-CONAVHSIDA	OSC-Cooperación Internacional
		Porcentaje de centros educativos donde se implementa el currículo con enfoque de género		10%	Curriculo e informes de evaluación	MINERD y MESYCT	Escuelas y Universidades públicas y privadas
		Porcentaje de niños y niñas nacidos anualmente de madres infectadas por el VIH que son diagnosticadas como VIH positivos	5.7%	Menos del 2%	Informe de Programa PTMI	MSP	OSC
		Número de casos de personal de salud VIH positivos por exposición laboral	A DETERMINAR	0	Ficha Única de Notificación de Casos	MSP	Establecimientos de salud público y privado
	Implementación de programas de sangre donada segura y de diagnóstico de ITS	Porcentaje de unidades de sangre donada tamizadas, acorde al protocolo de OMS.  Prevalencia Sifilis por tipo de población.	A DETERMINAR  A DETERMINAR  Sifilis GTH-11.2% TRXS- 8.9% UD- 7.2% Otras- ND	100%	Informe de la Dirección General de Bancos de Sangre (DEBS)	MSP-Dirección Nacional de Bancos de Sangre	Bancos de Sangre público y privado
		Número de casos de sifilis congénita diagnosticados.	A DETERMINAR	< de 0.5 de cada 1,000 nacidos vivos	Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica y Reporte de vigilancia epidemiológica de los puestos centinealas	MSP	OSC
		Porcentaje de nuevos casos (incidencia) de sifilis en población que demanda servicios de ITS en los centros de salud	A DETERMINAR	10% anual bajo línea de base	Informe de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)  Reporte de vigilancia epidemiológica de los puestos centinealas	MSP	OSC

**Eje Estratégico 2: Prestación de Servicios**

Reducir la morbi-mortalidad de las PVIH/ITS, mediante la prestación de servicios de calidad y calidez, acorde al cumplimiento de las normas y protocolos nacionales y llevando al 90% de las PVIH a carga viral indetectable

Resultados	Línea de acción	Indicador	Línea base	Metas	Fuente de Verificación	Responsables	Involucrados	
Reducida la morbilidad y la mortalidad por las ITS/VIH y SIDA mediante la prestación de servicios de calidad y calidez, acorde al cumplimiento de las normas y protocolos nacionales	Detección y captación de personas VIH +	Porcentaje de población sexualmente activa (15-49 años) con prueba de VIH realizada con pre y post consejería en los últimos 12 meses (Desagregada por Embarazada, Clave y General)	A DETERMINAR	PG: 50%; GH: 70%; TRANS: 70%; TRXS: 90%; UD: 50%; bateyes: 40% y migrantes: 30%; PPL: 40%; Mujeres en vulnerabilidad social 50%;	Sistema único de Reporte de Laboratorio (SURLAB)	MSP	Centros de Salud, Públicos y Privados- OSC-Cooperación Internacional	
	Acceso universal, oportuno a atención y tratamientos antiretroviral y pruebas de monitoreo.	Porcentaje del total de PVIH con carga viral suprimida	27%	85%	Sistema único de Reporte de los Servicios de Atención Integral (SURSAI) (Cascada de atención de los PVIH en República Dominicana 2014)	MSP	Centros de Salud, Públicos y Privados- OSC-Cooperación Internacional	
		Porcentaje de adultos y niños diagnosticados con VIH que continúan en tratamiento con ARV de primera línea 12 meses después de haber iniciado la terapia antiretroviral		82%	90%	Sistema único de Reporte de los Servicios de Atención Integral (SURSAI)	MSP	Centros de Salud, Públicos y Privados- OSC-Cooperación Internacional
		Porcentaje de personas con co-infección TB-VIH		21%	10%	Sistema único de Reporte de los Servicios de Atención Integral (SURSAI)	MSP	Centros de Salud, Públicos y Privados- OSC-Cooperación Internacional

**Eje Estratégico 3: Derechos Humanos**

Garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y de las poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, mediante el desarrollo de sistemas de promoción, protección y tutela de derechos humanos

**Objetivo Estratégico 3**

Resultados	Línea de acción	Indicador	Línea base	Metas	Fuente de Verificación	Responsables	Involucrados
Garantizado el respeto de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y de las poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, mediante el desarrollo de sistemas de promoción, protección y tutela de derechos humanos.	Ambiente libre de estigma y discriminación para el acceso a servicios de salud y educación.  Fortalecimiento de la participación social	Porcentaje de las PVVIH y grupos vulnerables que perciben que han sido discriminados en los servicios de salud	PVVIHND	10% bajo línea de base	Reporte de Encuesta de Percepción y BSS	CONAVIHSIDA	OSC
		Porcentaje de grupos vulnerables que han sido discriminados en los servicios de salud	GTH: 20.42% (2012) Migrantes: ND Bateyes: ND UD: ND TS: 91.8% (2012)	10% bajo línea de base	Reporte de Encuesta de Percepción y BSS	CONAVIHSIDA	OSC
		Porcentaje de la población que no discrimina a los grupos vulnerables	ND	10% sobre línea de base	Informe de Sondeo de Opinión	CONAVIHSIDA	MSP y OSC
		Porcentaje de la PVVIH que perciben que han sido rechazados, expulsado o impedido de asistir una institución educativa	PVVIH: 2.9% (2009)	5% bajo línea de base	Estigma INDEX, BSS y encuestas de percepción	MINERD y CONAVIHSIDA	OSC y Agendas de Cooperación Internacional
		Porcentaje de grupos vulnerables que perciben que han sido rechazados, expulsado o impedido de asistir una institución educativa	GTH: 42.2% (2012) Migrantes: ND Bateyes: ND UD: ND TS: ND	5% bajo línea de base	Estigma INDEX, BSS y encuestas de percepción	MINERD y CONAVIHSIDA	OSC y Agendas de Cooperación Internacional
		Porcentaje de la población que expresa aceptación hacia las PVVIH	Hombre: 15.2% Mujer: 23.5%	10% sobre línea de base	ENDESA	CONAVIHSIDA	OSC y Agendas de Cooperación Internacional
		Número de OSC que trabajan en abogacía y veeduría de DDHH para PVVIH y grupos vulnerables	ND	10% sobre línea de base	Reportes de observatorios de DDHH y de OSC	OSC	CONAVIHSIDA

**Eje Estratégico 4: Fortalecimiento a la Respuesta Nacional**

**Objetivo Estratégico 4** Asegurar la sostenibilidad de la Respuesta Nacional a las ITS y al VIH y el Sida y el suministro de información confiable para la toma de decisiones, mediante el incremento de la inversión, la mejora de los sistemas de información y el fortalecimiento de la coordinación y la capacidad de respuesta de los actores.

Resultados	Línea de acción	Indicador	Línea base	Metas	Fuente de Verificación	Responsables	Involucrados
Asegurar la sostenibilidad de la Respuesta Nacional a las ITS y al VIH y el Sida y el suministro de información confiable para la toma de decisiones, mediante el incremento de la inversión, la mejora de los sistemas de información y el fortalecimiento de la coordinación y la capacidad de respuesta de los actores	Sostenibilidad de la Respuesta Nacional	Gastos de la Respuesta Nacional al VIH y el SIDA Proveniente del Sector Público	26.10%	60%	Presupuesto General del Estado y Medición de Gasto en Sida (MEGAS)	CONAVIHSIDA	MEFYD y MH
		Porcentaje de ministerios e instituciones del Estado Dominicano que ejecutan intervenciones de ITS y/o VIH con presupuesto propio	A DETERMINAR	90%	Presupuestos Nacionales e informes de ejecución presupuestaria	CONAVIHSIDA	Ministerio e instituciones del Estado Dominicano
		Porcentaje de gastos de la Respuesta Nacional al VIH y al SIDA ejecutado por OSC	A DETERMINAR	ND	Presupuestos Nacionales e informes de ejecución presupuestaria	CONAVIHSIDA	OSC de la RN
		Porcentaje de OSC con capacidades de gestión para la implementación de acciones de prevención de las ITS y el VIH	A DETERMINAR	90%	Estudio de medición de capacidades de OSC	CONAVIHSIDA	OSC de la RN
		Porcentaje de instituciones Gestoras que reportan al SUME	A DETERMINAR	80%	Reporte del SUME	CONAVIHSIDA	Instituciones Gestoras
		Porcentaje de subsistemas de información implementados	A DETERMINAR	80%		MSP- CONAVIHSIDA	OSC y Agencias de Cooperación Internacional



**MATRICES DE MARCO LÓGICO:  
PRODUCTOS, INDICADORES Y ACTIVIDADES**



## **Eje estratégico 1: Educación y prevención**



Resultado 1	Reducida las nuevas infecciones en grupos vulnerables y poblaciones priorizadas, mediante la implementación de estrategias de educación y prevención de las ITS/VIH
-------------	---

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	AÑOS				
							LÍNEA DE BASE	2015	2016	2017	2018
Implementación del currículo de educación sexual con enfoque de género y derechos humanos en los centros de educación básica y media	Porcentaje de centros educativos donde se implementa el currículo con enfoque de género y derechos humanos	10%	Curriculo e informes de evaluación	MINERO y MESCCT	1. Realizar abogacía para favorecer la inclusión del enfoque de la diversidad y la aplicación de las políticas y del currículo con enfoque de género y derechos humanos	EDUCA, OSC, Asociaciones de Padres y Amigos de la Escuela, FLACSO, DIGECTSS y ADP	ND	2,50%	5,00%	7,50%	10,00%
	Porcentaje de estudiantes alcanzados en el año escolar en cada uno de los centros educativos donde se implementa el currículo con enfoque de género y derechos humanos	10%				2. Articular instancia del MSP con las intervenciones de educación sexual en el sistema educativo 3. Fortalecer la unidad ejecutora del Programa de educación sexual 4. Crear y/o readecuar los materiales de apoyo didáctico, asegurando el enfoque de género y diversidad 5. Producir los materiales educativos 6. Formar a los docentes en ejercicio y en proceso de formación en el manejo del currículo y materiales didácticos 7. Fortalecer la implementación del currículo 8. Supervisar la implementación del currículo 9. Evaluar el efecto del currículo		2%	5%	8%	10%
Realización de intervenciones para CCC en GH	Porcentaje de GH que afirma haber utilizado preservativo en su última relación de sexo anal con otro hombre	60%	Encuesta de vigilancia de comportamiento	OSC	1. Revisar, adecuar e implementar una estrategia nacional para GH que incluya intervenciones específicas y el abordaje para el cambio de comportamiento de uso de condón por tipo de pareja 2. Fomentar el seguimiento de organizaciones y fortalecer existentes 3. Crear y promover espacios de interacción que permitan un abordaje más efectivo 4. Implementar un esquema de monitoreo en el que miembros de la comunidad dan seguimiento a las intervenciones de manera continua y tienen intercambios con los implementadores 5. Fomentar redes de GTB con intervenciones de igual a igual 6. Captar y formar red de multiplicadores pares de GH 7. Realizar actividades educativas individuales 8. Realizar actividades educativas grupales 9. Realizar encuentros regionales y nacionales (Foros, talleres, intercambio culturales, etc.) 10. Realizar actividades educativas de seguimiento o reforzamiento 11. Supervisar las actividades 12. Distribuir condones 13. Realizar evaluación de efectos o resultados	CONAVHSIDA	39,6%	50%			60%
	Porcentaje de la población GH alcanzada por programas de Prevención del VIH a través de intervenciones individuales o para grupos reducidos	75%	Informes de resultados de proyectos				15%	20%	50%	70%	75%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LÍNEA DE BASE	AÑOS					
								2015	2016	2017	2018		
Realización de intervenciones para CCC en TRANS	Porcentaje de TRANS que afirman haber utilizado un preservativo en su última relación sexual	10% sobre línea de base	Encuestas de comportamiento	OSC	1. Realizar estudio de línea base	CONAVHSIDA	ND						
	Porcentaje de la población transgénero alcanzada por programas de Prevención del VIH a través de intervenciones individuales o para grupos reducidos	70%	Informes de resultados de proyectos		2. Elaborar materiales educativos 3. Captar y formar red de multiplicadores pares de TRANS 4. Realizar actividades educativas individuales 5. Realizar actividades educativas grupales 6. Realizar actividades comunitarias 7. Realizar actividades con pareja TRANS 8. Realizar actividades educativas de seguimiento o reforzamiento 9. Crear acceso a condones, lubricantes y gel de mano 10. Supervisar las actividades 11. Realizar evaluación de efectos o resultados intervención								
Realización de intervenciones para CCC en UD	Porcentaje de UD que afirma haber utilizado un preservativo en su última relación sexual	65%	Encuestas de comportamiento	OSC	1. Elaborar materiales educativos	CONAVHSIDA	50%						
	Porcentaje de la población UD alcanzada cada año con estrategias para el cambio de comportamiento en uso de condón	60%	Informes de resultados de proyectos		2. Captar y formar red de multiplicadores pares de UD 3. Realizar actividades de prevención de VIH en uso de drogas espacio de consumo 3. Realizar actividades educativas individuales 4. Realizar actividades educativas grupales 5. Realizar actividades educativas de reforzamiento 6. Distribuir condones, lubricantes, jeringas y vaselina 7. Realización de supervisión de las actividades 8. Realizar evaluación de efectos o resultados								
Realización de intervenciones de CCC en TRSX	Porcentaje de trabajadores del sexo que dicen haber utilizado preservativo con su último cliente	90%	Encuestas de comportamiento	OSC	1. Elaborar materiales educativos	CONAVHSIDA	82.0%						
	Porcentaje de TRSX que declara haber utilizado un condón con su pareja de confianza	23%	Encuestas de comportamiento		2. Diseño e implementación de estrategia de abordaje integral de cliente de los TRSX para cambio del comportamiento								

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LINEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
Realización de intervenciones de CCC en TRSX	Porcentaje de la población de trabajadores del sexo alcanzada por programas de prevención del VIH con intervenciones individuales o para grupos reducidos	85%	Informes de resultados de proyectos	OSC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Captar y formar red de multiplicadores pares de TRSX</li> <li>2. Realizar actividades educativas individuales</li> <li>3. Realizar actividades educativas grupales en negocio</li> <li>4. Realizar actividades educativas grupales en espacios abiertos</li> <li>5. Realizar actividades educativas grupales con clientes e intermediario de TRSX</li> <li>6. Realizar actividades educativas individuales con parejas de confianza de TRSX</li> <li>7. Realizar actividades educativas grupales con dueños de negocio e intermediarios de TRSX</li> <li>8. Realizar actividades educativas de reforzamiento</li> <li>9. Distribuir condones femeninos y masculinos (Esto incluye el mecanismo para promoción para facilitar la accesibilidad)</li> <li>10. Realización de supervisión de las actividades</li> <li>11. Realizar evaluación de efectos o resultados</li> </ol>	CONAVHSIDA	42%	65%	75%	80%	85%
Realización de intervenciones de CCC en población migrante haitiana	<p>Porcentaje de la población migrante que utilizó condón en su última relación sexual</p> <p>Porcentaje de población migrante alcanzada por programas de prevención del VIH con intervenciones individuales o de grupos reducidos</p>	<p>5%</p> <p>30%</p>	<p>Encuestas de comportamiento</p> <p>Encuestas de comportamiento</p>	<p>OSC</p> <p>OSC</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistematizar las informaciones socio-demográfica de la población migrante</li> <li>1. Mapear la población</li> <li>2. Definir criterios de abordaje</li> <li>3. Integrar y capacitar red de capacitadores</li> <li>4. Realizar intervención comunitaria de IEC</li> <li>5. Distribuir condones</li> <li>6. Dar seguimiento a las intervenciones</li> <li>7. Realizar estudio de medición de impacto</li> </ol>	<p>CONAVHSIDA</p> <p>CONAVHSIDA</p>	<p>3%</p> <p>ND</p>	<p>3.5%</p> <p>9%</p>	<p>4%</p> <p>15.0%</p>	<p>4.5%</p> <p>25%</p>	<p>5%</p> <p>30.0%</p>

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LÍNEA DE BASE	AÑOS		
								2015	2016	2017
Realización de intervenciones de CCC en población que habita en bateyes	Porcentaje de la población que habita en bateyes que utilizó condón en su última relación sexual	Mujeres: 39.4% Hombres: 49.2%	Encuestas de comportamiento	OSC	1. Mapear la población 2. Definir criterios de abordaje 3. Integrar y capacitar red de capacitadores 4. Realizar intervención comunitaria de IEC 5. Distribuir condones 6. Dar seguimiento a las intervenciones 7. Realizar estudio de medición de impacto	CONAVHSIDA	Mujeres: 29.4% Hombres: 39.2%	Mujeres: 34.4% Hombres: 44.2%	Mujeres: 39.4% Hombres: 49.2%	
	Porcentaje de población que habita en bateyes alcanzado con la estrategia nacional para esta población clave	30%	Encuestas					40%	60%	70%
Realización de intervenciones de CCC para PPL	Porcentaje de PPL que afirma haber utilizado un preservativo en su última relación sexual	10% sobre línea de base	Encuestas de comportamiento	OSC	1. Realizar estudio de línea base 2. Formar multiplicadores pares 3. Realizar talleres de prevención 4. Distribuir condones	CONAVHSIDA	ND	5% sobre línea de base		10% sobre línea de base
	Porcentaje de población PPL alcanzada con estrategias para esta población clave	25%	Encuestas	OSC	1. Realizar diagnóstico sociodemográfico y comportamiento de la población 2. Diseñar estrategia de prevención 3. Implementar campaña 4. Evaluar efecto de la campaña	CONAVHSIDA	6%	15%	20%	25%
Realización de intervenciones de CCC para mujeres de baja escolaridad	Porcentaje de mujeres de baja escolaridad que dicen haber utilizado preservativo en su última relación sexual.	40%	Encuestas de comportamiento	OSC	1. Definir criterios de abordaje priorizando el enfoque de género y de derechos 2. Integrar y capacitar red de capacitadores 3. Diseñar e implementar un programa de educación sexual a nivel comunitario en coordinación con el programa de alfabetización "Quisqueya Aprende" y otros programas sociales educativos 4. Mantener acceso permanente de condones femeninos y masculinos 5. Dar seguimiento a las intervenciones 6. Realizar estudio de medición de impacto semestralmente 7. Realizar mapeo de la población	CONAVHSIDA	32.9%	38%	39%	40%
	Porcentaje de población de mujeres de baja escolaridad alcanzada con la estrategia nacional para esta población clave	40%	Informes de resultados de proyectos	OSC	1. Definir criterios de abordaje priorizando el enfoque de género y de derechos 2. Integrar y capacitar red de capacitadores 3. Diseñar e implementar un programa de educación sexual a nivel comunitario en coordinación con el programa de alfabetización "Quisqueya Aprende" y otros programas sociales educativos 4. Mantener acceso permanente de condones femeninos y masculinos 5. Dar seguimiento a las intervenciones 6. Realizar estudio de medición de impacto semestralmente	CONAVHSIDA	54%	65%	75%	80%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LINEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
Realización de intervenciones de IEC para población general dirigida a aumentar la percepción de riesgo y promoción de los servicios de salud	Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 49 años que ha tenido más de una pareja en los últimos 12 meses y que declara haber utilizado un condón en su última relación sexual	50%	Encuestas	CONAVHSIDA	1. Diseñar campaña de Medios Masivos 2. Realizar distribución de condiciones	OSC	44.6.6%	45%	47%	49%	50%
	Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 49 años que afirma haber escuchado los mensajes colocados a través de medios masivos de comunicación: radio, TV y prensa escrita	9%	Encuestas	CONAVHSIDA	1. Desarrollar campaña de mensajes en medios masivos de comunicación: radio, TV y prensa escrita 2. Realizar encuestas	OSC	ND	3%	5%	7%	9%
Tamizaje de sangre para VIH en el contexto de sangre segura para toda la población	Porcentaje de unidades de sangre donada tamizado de acuerdo al protocolo	100%	Informe de la Dirección General de Bancos de Sangre (DGBS)	MSP	1. Articular las intervenciones para el tamizaje de todas las unidades de sangre en VIH 2. Participar en la elaboración de los reglamentos, guías y protocolos para el tamizaje de las unidades de sangre 3. Asegurar la existencia y gestión adecuada de los insumos y reactivos necesarios para el tamizaje de las unidades de sangre 4. Apoyar la gestión los recursos necesarios y las capacidades en los bancos de sangre para la realización del tamizaje a las unidades de sangre 5. Vigilar, monitorear y evaluar la implementación de los reglamentos, guías y protocolos relacionados al tamizaje de VIH y sangre segura	Bancos de sangre públicos y privados	86.0%	100%	100%	100%	100%
Tratamiento oportuno y estandarizado a las personas que demandan atención por ITS en los centros de salud	Porcentaje de la población captada que fue tratada con manejo sindrómico desglosado por tipo de síndrome	80%	SINAVE (PR 1) y el registro de la terapia pre-empacada que se entrega al paciente (OIGECTSS)	MSP	1. Implementar el Plan de capacitación en prevención, atención a las ITS/VIH dirigido al personal tratante y no tratante de salud de los EESS del sistema nacional 2. Adquirir y distribuir terapia pre-empacada 3. Elaborar y distribuir materiales de información y promoción para el manejo sindrómico y terapia pre-empacada 4. Elaborar y distribuir los instrumentos de control y registro de la terapia pre-empacada 5. Registrar los datos y notificación informes 6. Realizar supervisiones capacitantes	OSC	ND	50%	60%	70%	80%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LINEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
	Porcentaje de la población con tratamiento etiológico de ITS en los puestos centineles por tipo de población	100%	Reportes de los puestos centineles	MSP	<p>1. Adquirir insumo para la realización de pruebas diagnósticas de ITS en los puestos fijos centineles de ITS (gonorrea, clamidia, sífilis, hepatitis B, C, linfogranuloma venéreo, tricomonas, gardnerella, candida, chancro blando, herpes genital, VPH, etc.)</p> <p>2. Imprimir, reproducir y distribuir guías, manuales, documentos técnicos y de registros, brochures, afiches de ITS y litografía de cajas para la Terapia Preemptiva</p> <p>3. Promover de los servicios de ITS para la población sexualmente activa</p> <p>4. Adquirir y distribuir paquetes de Terapia Preemptiva para el manejo sintomático de las ITS en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud</p>	OSC	ND	70%	80%	90%	100%
Implementación de la estrategia nacional para el abordaje vinculante entre violencia contra mujeres y niñas y el VIH/Sida	Porcentaje de mujeres víctimas de violencia alcanzadas con la estrategia nacional para el abordaje vinculante entre violencia contra mujeres y niñas y el VIH/Sida	10% sobre línea de base	ENDESA	MSP, Procuraduría General de la República y OSC	<p>1. Realizar estudio de línea de base</p> <p>2. Educar a las personas en el ámbito comunitario e implicar a las autoridades locales sobre la importancia de las relaciones basadas en la igualdad y equidad de género y la prevención de la VCMN y el VIH</p> <p>3. Implementar campañas educativas de incentivo a la responsabilidad y el involucramiento masculino en los temas asociados a la VCMN y el VIH</p> <p>4. Diseñar y difundir metodologías educativas que incorporen el tratamiento del vínculo del VIH y la VCMN, según necesidades de los distintos grupos poblacionales</p> <p>5. Impulsar y monitorear, a nivel local y nacional, el cumplimiento de la Norma Nacional para Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y VCMN en el Área de Salud, en particular en lo que se refiere a la incorporación del vínculo VCMN y VIH</p> <p>6. Impulsar y monitorear, a nivel local y nacional, el cumplimiento de los protocolos nacionales para la Prevención, Atención y Sanción de la Violencia Intrafamiliar</p> <p>7. Ejecutar estudios sobre el impacto de la violencia, VIH y el Sida, y su tratamiento vinculante, en las mujeres en todos sus ciclos de vida</p> <p>8. Realizar campañas en medios masivos de comunicación, nacionales y locales, para la prevención de la violencia contra la mujer y la niñez y del VIH</p>	Ministerio de la Mujer	ND	2% sobre línea de base	4% sobre línea de base	8% sobre línea de base	10% sobre línea de base

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LINEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
	Porcentaje de víctimas de violencia que tienen percepción de riesgo vinculado a VIH	10% sobre línea de base	ENDESA y estudios específicos	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar encuesta</li> <li>2. Realizar estudios específicos</li> </ol>	Procuraduría General de la República	ND	4% sobre línea de base	6% sobre línea de base	8% sobre línea de base	10% sobre línea de base
Servicio de profilaxis post exposición para la prevención de las VIH/ITS en víctimas de violencia sexual	Porcentaje de víctimas de violencia sexual tratadas con profilaxis post exposición según protocolo de atención	95%	Informes de la Procuraduría General de la República	Organizaciones que trabajan con Personas con víctimas de violencia sexual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar estudio de línea base</li> <li>2. Realizar campañas de información y concientización</li> <li>3. Definir responsabilidades de las instituciones y articulación entre ellas</li> <li>4. Actualizar e implementar la guía de atención en la profilaxis post-exposición A víctima de violencia</li> <li>5. Capacitar al personal de salud e involucrado</li> <li>6. Integrar la atención a víctimas de violencia sexual a los Programas de ITS/VIH y Sida</li> <li>7. Extender los servicios de PPE-VS a todos los establecimientos de salud, priorizando las emergencias</li> <li>8. Facilitar Acceso a medicamento para la profilaxis post-exposición</li> <li>9. Diseñar e implementar sistema de información sobre casos de violación sexual y aplicación de PPE-VS y articularlo con la Procuraduría</li> <li>10. Realizar vigilancia Sanitaria a la aplicación de la PPE-VS</li> <li>11. Adecuar reporte del sector Justicia sobre violaciones sexuales contra personas adultas y menores de edad</li> <li>12. Realización de pruebas de VIH y aplicación de tratamiento en violencia contra mujeres y niños huérfanos.</li> <li>13. Dar seguimiento a proceso de atención a sobrevivientes de violencia sexual</li> </ol>	MSP y Procuraduría General de la República	ND	65%	75%	85%	95%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LINEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
Atención con profilaxis post-exposición a personal de salud con exposición laboral al VIH según protocolo nacional	Porcentaje de personal de salud con exposición laboral al VIH captadas y atendidas según protocolo nacional	100%	Informes de DIGECITSS	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar estudios de línea base</li> <li>2. Realizar campañas de información y concientización</li> <li>3. Definir responsabilidades de las instituciones y articulación entre ellas</li> <li>4. Actualizar e implementar la guía de atención en la profilaxis post-exposición</li> <li>5. Capacitar al personal de salud involucrado</li> <li>6. Facilitar Acceso a medicamento para la profilaxis post-exposición</li> <li>7. Diseñar e implementar sistemas de información sobre casos de exposición laboral</li> </ol>	OSC	ND	85%	90%	95%	100%
Prevención de la transmisión materno infantil	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas al VIH que reciben ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.	95%	Reportes del programa	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar prueba de VIH.</li> <li>2. Aplicar tratamiento de acuerdo a protocolo nacional</li> <li>3. Registro y notificación de los casos tratados</li> <li>4. Capacitar al personal involucrado en la estrategia del PTMI en todos los niveles</li> <li>5. Adquirir materiales, insumos y medicamentos según requerimientos del protocolo nacional</li> <li>6. Adecuar la infraestructura física para la prestación del servicio</li> <li>7. Equipar los servicios de salud para la atención de las embarazadas y sus recién nacidos</li> <li>8. Atender a las embarazadas y sus niños de acuerdo al protocolo nacional</li> <li>9. Supervisar el cumplimiento de guías y protocolos del PTMI</li> <li>10. Realizar evaluación operativa del PTMI</li> </ol>	CONAVHISIDA	83%	84%	87%	90%	95%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LINEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
Prevención de la transmisión materno infantil	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que son tratadas por Sífilis para la reducción de la transmisión materno-infantil según el protocolo	95%	Reportes del programa	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar prueba de VIH.</li> <li>2. Aplicar tratamiento de acuerdo a protocolo nacional</li> <li>3. Registrar y notificación de los casos tratados</li> <li>4. Capacitar al personal involucrado en la estrategia del PTMI en todos los niveles</li> <li>5. Adquirir materiales, insumos y medicamentos según requerimientos del protocolo nacional</li> <li>6. Adecuar la infraestructura física para la prestación del servicio</li> <li>7. Equipar los servicios de salud para la atención de las embarazadas y sus recién nacidos</li> <li>8. Atender a las embarazadas y sus niños de acuerdo al protocolo nacional</li> <li>9. Supervisar el cumplimiento de guías y protocolos del PTMI</li> <li>10. Realizar evaluación operativa del PTMI</li> </ol>	CONAVIHSIDA	83%	84%	87%	90%	95%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LÍNEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
	Porcentaje de niños hijos de madre VIH+ que reciben profilaxis de ARV para reducción del riesgo de la transmisión materno infantil	100%	DIAGECTSS	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitar al personal involucrado en la estrategia del PTMI en todos los niveles</li> <li>2. Asegurar carga viral o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cualitativa en los primeros dos meses:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Carga viral o PCR cualitativa después de los dos meses</li> <li>b) Prueba inicial de anticuerpos entre los 9 y 12 meses</li> </ol> </li> <li>2. Adquirir materiales, insumos y medicamentos según requerimientos del protocolo nacional</li> <li>3. Adecuar la infraestructura física para la prestación del servicio</li> <li>4. Equipar los servicios de salud para la atención de las embarazadas y sus recién nacidos</li> <li>5. Atender a las embarazadas y sus niños de acuerdo al protocolo nacional</li> <li>6. Supervisar el cumplimiento de guías y protocolos del PTMI y las pediatras</li> <li>7. Realizar evaluación operativa del PTMI</li> <li>8. Fortalecer la Red de Toma y Transporte de muestras biológicas</li> <li>9.- Fortalecer el vínculo con el nivel comunitario para el desarrollo de la estrategia</li> </ol>	CONAVHNSIDA	83.7%	85%	90%	95%	100%

## **Eje estratégico 2: Atención Integral**



<b>Resultado 2</b>	Reducida la morbilidad y la mortalidad por las ITS/VIH y SIDA mediante la prestación de servicios de calidad y calidad, acorde al cumplimiento de las normas y protocolos nacionales					
--------------------	--	--	--	--	--	--

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LÍNEA DE BASE			
							2015	2016	2017	2018
Asegurado el acceso a las pruebas de tamizaje con pre y post consejería en población general y población vulnerable para la detección precoz del VIH	Porcentaje de población general sexualmente activa (15-49 años) con prueba de VIH realizada con pre y post consejería en los últimos 12 meses.	50%	ENDESA u otras encuestas de comportamiento	PSS	<ol style="list-style-type: none"> <li>Asegurar la existencia y gestión adecuada de insumos y reactivos para la realización de pruebas en población general</li> <li>Ampliar la oferta de servicios de consejería en todas las redes de prestadores de servicios de salud</li> <li>Asegurar el acceso a servicios de laboratorio en todas las redes de prestadores de servicios de salud con base en la productividad esperada</li> <li>Fortalecer los sistemas de información nominales para monitoreo y evaluación del tamizaje en población general</li> <li>Realizar encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en población general para conocer el avance hacia la meta</li> <li>Realizar las pruebas de VIH en la población general</li> </ol>	MSP y OSC	Mujeres: 20.5% y hombres: 19%	35%		50%
	Porcentaje de población de 15 a 49 años con prueba de VIH realizada con pre y post consejería que conoce su resultado	GH: 70%; TRANS: 70%; TRSX: 90%; UD: 50%; Bateyes: 40% y migrantes: 30%; PPL: 40%; Mujeres en vulnerabilidad social: 50%; víctimas de violación sexual: 95%	Sistema de información de reporte de poblaciones alcanzadas	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>Asegurar la existencia y gestión adecuada de insumos y reactivos para la realización de pruebas en población vulnerable</li> <li>Asegurar el acceso a los servicios de consejería en las redes de prestadores de servicios de salud que trabajan con poblaciones vulnerables</li> <li>Asegurar el acceso a servicios de laboratorio en todas las redes de prestadores de servicios de salud que trabajan con poblaciones claves con base en la productividad esperada</li> <li>Fortalecer los sistemas de información nominales para monitoreo y evaluación del tamizaje en población clave</li> <li>Realizar las pruebas de VIH en población clave captadas a través de las estrategias de detección y abordaje de esta población</li> </ol>	OSC, MINERD, Procuraduría General de la República y Consejo Nacional de Drogas	GH: 45.54%; GH: ND TRANS: ND TRXS: 85.1%; UD: 23.9%; Bateyes: ND; Migrantes: ND; PPL: ND; Mujeres en vulnerabilidad social: 19.4% y Víctimas de violación sexual: ND	GH: 50%; TRANS: 60%; TRSX: 86%; UD: 40%; Bateyes: 20%; Migrantes: 15%; PPL: 20%; Mujeres en vulnerabilidad social: 25% y Víctimas de violación sexual: 35%	GH: 65%; TRANS: 65%; TRSX: 88%; UD: 50%; Bateyes: 30%; Migrantes: 25%; PPL: 25%; Mujeres en vulnerabilidad social: 35% y Víctimas de violación sexual: 80%	GH: 70%; TRANS: 70%; TRSX: 90%; UD: 50%; Bateyes: 30%; Migrantes: 30%; PPL: 40%; Mujeres en vulnerabilidad social: 50% y Víctimas de violación sexual: 95%
	Porcentaje de PVIH incorporados a servicios de atención y tratamiento	85%	Ficha Única de Registro de PVIH	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar las pruebas de VIH en población clave captadas a través de las estrategias de detección y abordaje de esta población</li> <li>Implementar un plan de incremento progresivo de la captación de pacientes VIH+</li> </ol>	OSC	73%	75%	83%	85%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	AÑOS				
							LÍNEA DE BASE	2015	2016	2017	2018
Asegurado el acceso a servicios con calidad a todas las PVVH de acuerdo a la estrategia establecida por el Programa Nacional	Porcentaje de PVVH que se mantienen en servicios de atención	100%	Informes rutinarios de los sistemas de información y Ficha Única de Registro de PVVH	MSP	<p>1. Adecuar y asegurar la implementación de los reglamentos técnicos, guías y protocolos de atención al VIH progresivamente alineados a las recomendaciones internacionales basadas en evidencia científica, a través de la supervisión capacitante y la vigilancia sanitaria</p> <p>2. Asegurar el acceso a los Servicios de Atención Integral a través de la adecuación de la oferta bajo un modelo de atención que fomente la equidad, solidaridad y universalidad en el sistema para todos los PVVH adecuado a sus factores de vulnerabilidad</p> <p>3. Asegurar el acceso a los servicios de laboratorios para la realización de las pruebas rutinarias y especiales para la atención integral de los PVVH</p> <p>4. Implementar una estrategia de monitoreo y evaluación basada en sistemas de información y subsistemas nominales que permitan el registro electrónico de las atenciones prestadas a los PVVH</p> <p>5. Garantizar la profilaxis, detección y el tratamiento de las infecciones oportunistas, de acuerdo a las normas del programa nacional, realizando el diagnóstico y seguimiento clínico del PVVH y asegurando la disponibilidad de los medicamentos e insumos necesarios</p> <p>6. Promover los servicios de salud para los PVVH</p>	OSC	ND	40%	60%	90%	100%
	Porcentaje de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral del total estimado de PWS	85%	Reportes de los servicios y encuestas de medición de conocimientos, actitudes y prácticas	MSP	<p>1. Asegurar la disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios para el cumplimiento de las estrategias, reglamentos, guías y protocolos del programa nacional</p> <p>2. Fortalecer la gestión de los medicamentos e insumos bajo el Sistema Único de gestión de Medicamentos (SUGEM) para toda la red de prestadores de servicios integrales</p> <p>3. Implementar un plan de fortalecimiento de las redes de laboratorio en VIH y ampliar la cobertura de pruebas rutinarias y especiales</p>	CONAVIHSA y OSC	72%	75%	80%	83%	85%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	AÑOS			
							2015	2016	2017	2018
Asegurado el acceso a servicios con calidad a todas las PVVIH de acuerdo a la estrategia establecida por el Programa Nacional	Porcentaje de PVVIH alcanzado con la estrategia de fomento de prácticas de autocuidado y estilo de vida saludable	85%	Reportes de los servicios y encuestas de medición de conocimientos, actitudes y prácticas	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar y adecuar la estrategia nacional de promoción de estilo de vida y prácticas de autocuidado</li> <li>2. Gestionar y asignar los recursos para la implementación de la estrategia en todas las redes de prestadores de Servicios de Atención Integral</li> <li>3. Monitorear y evaluar la implementación de la estrategia y sus resultados</li> <li>4. Crear las competencias y redes de apoyo para la implementación de la estrategia</li> </ol>	CONAVIHSIDA y OSC	10% (IDCP)	30%	60%	85%
	Porcentaje de PVVIH alcanzado con por lo menos una de las intervenciones del paquete y que cumple con criterios de adherencia	85%	Sistemas de información de los servicios de salud y de las OSC	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar estudio cualitativo de la adherencia de los pacientes en tratamiento vinculado a la efectividad del tratamiento</li> <li>2. Diseñar el paquete de intervenciones bajo una estrategia nacional para mejora de la adherencia de los pacientes, considerando las condiciones de vulnerabilidad de los individuos</li> <li>3. Incluir un paquete de intervenciones que contengan apoyo y suplementos nutricionales, visitas domiciliarias, gastos de transporte, entrega de condiciones</li> <li>4. Monitorear y evaluar la adherencia al tratamiento de los PVVIH</li> <li>5. Gestionar y asignar recursos para la implementación del paquete de intervenciones</li> <li>6. Crear las competencias y redes de apoyo para la implementación de la estrategia</li> </ol>	CONAVIHSIDA y OSC (especialmente las de PVVIH)	ND	10%	30%	60%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	AÑOS				
							2015	2016	2017	2018	
Asegurado el tamizaje y la terapia preventiva para Tuberculosis	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0-17 años cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	80%	Sistemas de información de las redes de servicios de salud y de las OSC	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Difundir la política nacional de protección de niños, niñas y adolescentes en situación de orfandad y vulnerabilidad por el VIH/Sida</li> <li>2. Monitorear el cumplimiento de la política nacional de protección de niños, niñas y adolescentes en situación de orfandad y vulnerabilidad por el VIH/Sida</li> <li>4. Crear un mecanismo de referencia de NNA a CONANI y a las Estancias Infantiles</li> <li>5. Difundir la Guía Nacional de Consejería de Apoyo Psicológico a NNA</li> <li>6. Dar asistencia técnica para establecer mecanismos legales de apoyo a padres/madres y tutores</li> <li>7. Dar asistencia técnica para apoyar las familias en el mejoramiento de su capacidad de generar ingresos</li> <li>8. Crear redes de apoyo social y comunitario de apoyo a NNA</li> </ol>	CONANI, Redes de servicios de salud y OSC	ND	50%	60%	70%	80%
	Porcentaje de adultos y niños incorporados en atención para VIH que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida	70%	Sistemas de información de las redes de servicios	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Garantizar la entrega de la terapia preventiva con Isoniazida (PI), el tamizaje oportuno de la tuberculosis y el tratamiento de la infección TB/VIH a todos los PWVIH</li> <li>2. Garantizar el tamizaje de VIH en todos los pacientes con tuberculosis para la detección precoz de la infección TB/VIH</li> <li>3.- Capacitar personal de salud en la aplicación de las Guías de infección TB/VIH</li> </ol>	CONAVHSIDA	ND	45%	55%	65%	70%
	Porcentaje de PWVIH retenido en seguimiento o TARV que es tamizado para TB incluyendo las pruebas bacteriológicas y moleculares a todos los sintomáticos respiratorios	60%					ND	20%	35%	45%	60%



PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LINEA DE BASE				
							2015	2016	2017	2018	
Fortalecidas las capacidades de las OSC, Organizaciones de PVWH y grupos vulnerables para ejercer acciones de abogacía y vigilancia que garanticen el respeto de los DDHH	Porcentaje de OSC que trabajan en la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVWH y grupos vulnerables con habilidades para desarrollar acciones de abogacía y vigilancia	30% sobre línea de base	Levantamiento de datos en OSC que trabajan en la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVWH y grupos vulnerables	OSC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear currículo educativo para fomento de habilidades de abogacía y veeduría para ejercer que los líderes y activistas de las OSC ejerzan acciones de abogacía y vigilancia sobre la gestión pública y privada para la efectiva aplicación de los DDHH sobre los servicios en la gestión pública y privada y los derechos humanos de los PVWH y grupos vulnerables, en los líderes y activistas de las OSC</li> <li>2. Realizar capacitación continua de líderes y activistas de las OSC basada en la currículo educativa</li> <li>3. Hacer un levantamiento y evaluación de las OSC para caracterizar y describir sus atribuciones y cumplimiento de criterios a fin de fortalecerlas en el ejercicio de abogacía y veeduría sobre la gestión pública y privada</li> <li>4. Diseñar e implementar planes de trabajo en redes para ejercer la abogacía y veeduría de manera articulada y sistemática sobre la gestión pública y privada</li> <li>5. Monitorear y evaluar el trabajo de veeduría y abogacía de las OSC y su contribución con la promoción de los derechos humanos de las PVWH y grupos vulnerables</li> </ol>	MSP y CONAVHSIDA	ND	10% sobre línea de base	20% sobre línea de base	25% sobre línea de base	30% sobre línea de base
Creados y en funcionamiento mecanismos de veeduría y abogacía para la protección de los derechos de las PVWH y grupos vulnerables	Número de mecanismos creados para la veeduría y abogacía en los sectores: salud, educación, trabajo, justicia y cuerpos castrenses	6	Documentos de creación de mecanismos	OSC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conformar equipos de veedores</li> <li>2. Capacitar equipo de veedores</li> <li>3. Crear planes de veeduría y abogacía</li> <li>4. Implementar planes de veeduría y abogacía, incluyendo la preparación de informes, socialización del mismo y seguimiento</li> <li>5. Promover y fomentar alianzas estratégicas con organizaciones y mecanismos de DDHH Regionales e Internacionales</li> <li>6. Realizar encuentros con tomadores de decisión para promover iniciativas especiales y proteger los DDHH para las PVWH y grupos vulnerables</li> <li>7. Elaborar y presentar informes alternos y seguimiento a los procesos de revisión de los Exámenes Periódicos Universales de la ONU y del Comité de Derechos Civiles y Políticos de la ONU y del Plan de Acción de Durban, entre otros</li> </ol>	MSP, MINERO, Ministerio de Trabajo, MEPYD, Procuraduría General de la República, FFAA y PN	1	3	4	5	6

## **Eje estratégico 4: Fortalecimiento de la Respuesta Nacional**



Resultado 4 Asegurar la sostenibilidad de la respuesta nacional a las ITS y al VIH y el SIDA y el suministro de información confiable para la toma de decisiones, mediante el incremento de la inversión, la mejora de los sistemas de información y el fortalecimiento de la coordinación y la capacidad de respuesta de los actores

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	AÑOS				
							2015	2016	2017	2018	
Implementados los mandatos de la Ley 135-11	Número de mandatos de la Ley 135-11 implementados	10	Reglamento, informes de ejecución y actas de reuniones	Consejo del CONAVHSIDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar inventario de mandatos de la Ley 135-11</li> <li>Implementar los mandatos de la Ley 135-11</li> <li>Elaborar agenda de seguimiento al cumplimiento de los mandatos emanados por el Consejo de CONAVHSIDA</li> <li>Elaborar reporte o informe de ejecución de los mandatos</li> </ol>	Dirección Ejecutiva del CONAVHSIDA, y Organizaciones miembros de la Respuesta Nacional	0	4	4	2	
Implementadas acciones coordinadas entre los actores de la RN para el acceso a servicios de atención y prevención requeridas para la ejecución del PEN	Número de acciones del PEN que requieren coordinación entre OSC e instituciones del Estado implementadas	100%	Agenda de reuniones, memorandums de entendimiento e Informes de ejecución	CONAVHSIDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar en el PEN las acciones que requieren coordinación entre OSC y las instituciones del Estado</li> <li>Conformar la estructura de coordinación</li> <li>Implementar las acciones acordadas</li> <li>Monitorear las acciones acordadas</li> <li>Elaborar informes de resultados</li> </ol>	0%	100%	100%	100%	100%	
Implementadas las intervenciones binacionales de ITS y VIH	Porcentaje del total de intervenciones binacionales de ITS y VIH coordinadas que han sido implementadas	100%	Agenda binacional, memoria de reuniones e informes de ejecución de planes y proyectos	CONAVHSIDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar encuentros binacionales de activistas para el intercambio de experiencias</li> <li>Realizar un mapeo de organizaciones y actores activistas que trabajan en VIH</li> <li>Crear protocolo de procedimiento para el apoyo en protección de los/as defensoras de DDHH de grupos vulnerables</li> <li>Crear un sistema de comunicación binacional y multilateral efectivo para la promoción de actividades y situaciones que ponen en riesgo a personas e instituciones GLBT</li> <li>Implementar talleres binacionales realizados para afinar la estrategia de intervención en base a la focalización en jóvenes, TRSX, transmisión materno-infantil</li> <li>Realizar intercambio de protocolos de atención y su socialización en los dos países</li> <li>Conformar células técnicas multisectoriales para colocar y legitimar la agenda binacional</li> <li>Incorporar el tema VIH/SIDA en la agenda de la Comisión Mixta Bilateral del MIREX</li> <li>Conmemoración de días mundiales del SIDA, entre IRD y Haití en ciudades fronterizas</li> <li>Implementar proyecto de prevención del VIH y violencia contra mujeres y niñas en la frontera</li> </ol>	MSP, Ministerio de Relaciones Exteriores, OSC y agencias de cooperación	ND	100%	100%	100%	100%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	LÍNEA DE BASE	AÑOS			
								2015	2016	2017	2018
Implementadas las estrategias para la sostenibilidad financiera de la RN	Porcentaje de la inversión en Respuesta Nacional al VIH que proviene de fondos públicos	70%	Medición de Gasto en Sida (MEGAS)	CONAVHSIDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar y costear necesidades de la RN</li> <li>2. Identificar fuentes de financiamiento para las partidas de la RN</li> <li>3. Negociar el incremento de la inversión con actores claves</li> <li>4. Elaborar presupuesto de inversión</li> <li>5. Ejecutar y dar seguimiento al presupuesto</li> <li>6. Elaborar informe de ejecución presupuestaria</li> </ol>	MEPYD, MH y CVSS	24.1%	35%	45%	60%	70%
Implementado un programa anual de desarrollo institucional de las OSC de la RN	Porcentaje de OSC de la Respuesta Nacional que han participado en programa anual de desarrollo institucional	80%	Informes de fortalecimiento institucional de ONG-Sida	OSC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar y priorizar las necesidades de desarrollo organizacional</li> <li>2. Elaborar y socializar el plan de fortalecimiento institucional</li> <li>3. Implementar el plan de fortalecimiento institucional</li> <li>4. Monitorear y evaluar el plan de fortalecimiento institucional</li> </ol>	MSP y CONAVHSIDA	ND	30%	50%	70%	80%
Habilitadas las OSC de prevención y atención de la RN	Porcentaje de OSC de prevención y atención de la RN habilitadas según normas nacionales	60%	Licencias de habilitación	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar diagnóstico situacional para determinar las condiciones para la prestación de servicios de las OSC acorde a las normas de habilitación</li> <li>2. Diseñar e implementar el plan para la habilitación</li> </ol>	OSC y CONAVHSIDA	ND	15%	30%	45%	60%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	AÑOS			
							2015	2016	2017	2018
Alimentado el sistema de información de ITS y VIH/Sida mediante el reporte de sus indicadores	Porcentaje de unidades notificadoras que reportan sus informes acorde a los requerimientos establecidos	100%	Informes de monitoreo y evaluación	CONAVIHSIDA	<p>1. Vincular las autoridades nacionales para lograr el funcionamiento del Sistema de Monitoreo y evaluación.</p> <p>2. Implementar un plan de fortalecimiento del sistema de información de ITS/VIH</p>	MSP y OSC	100%	100%	100%	100%
	Porcentaje de evaluaciones anuales realizadas de las programadas por el Grupo Técnico de M&E (GRUTEME)	100%	Informes de las Unidades notificadoras	CONAVIHSIDA	<p>1. Elaborar plan de monitoreo y evaluación del PEN</p> <p>2. Revisar, readecuar y articular la estructura operativa del sistema de monitoreo y evaluación de las ITS y el VIH, incluyendo las redes de servicios, alineados al marco de M&amp;E de la OMS y al cumplimiento de los compromisos nacionales</p> <p>3. Revisar y estandarizar las guías e instrumentos utilizados para realizar monitoreo y evaluación incluida la Ficha Única para constituir la fuente primaria de información para el Plan de M&amp;E</p> <p>4. Desarrollar interfaces con los diferentes componentes del sistema de vigilancia, Monitoreo y evaluación.</p> <p>5. Capacitar a los equipos técnicos de monitoreo y evaluación</p> <p>6. Elaborar reportes de monitoreo y evaluación consolidados</p> <p>7. Divulgar los informes de monitoreo y evaluación</p> <p>8. Implementar un plan de auditoría clínica y de monitoreo de la atención a personas VIH+</p> <p>9. Elaborar los informes anuales de análisis de situación de las ITS y el VIH y el SIDA.</p> <p>10. Elaborar los reportes semestrales de monitoreo y las evaluaciones bianuales del PEN</p> <p>11. Elaborar los reportes semestral de monitoreo de los indicadores nacionales de ITS y VIH/SIDA</p>	MSP, OSC y la agencias de cooperación	100%	100%	100%	100%

PRODUCTOS	INDICADOR	META AL 2018	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS	AÑOS				
							LÍNEA DE BASE	2015	2016	2017	2018
Ampliada la cobertura del sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación	Número de estudios realizados sobre las ITS y el VIH	7	Informes de investigaciones	CONAVHSIDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>Elaborar plan y cronograma de investigación y/o estudios.</li> <li>Licitación investigación</li> <li>Dar seguimiento al desarrollo de las investigaciones</li> <li>Socializar y divulgar los resultados de las investigaciones</li> </ol>	Todas las instituciones y organizaciones de la RN	0	1	2	2	2
	Porcentaje de casos notificados de ITS	100%	Formulario único de notificación de casos	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>Capacitar al personal involucrado en la notificación</li> </ol>	CONAVHSIDA	ND	100%	100%	100%	100%
	Porcentaje de casos notificados de VIH	100%	Formulario único de notificación de casos	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mantener la infraestructura física relacionada a la notificación de casos</li> <li>Supervisar al personal involucrado en la notificación de casos</li> </ol>	CONAVHSIDA	ND	100%	100%	100%	100%
	Porcentaje de servicios de salud que notifican sistemáticamente los casos de VIH, ITS y comportamientos sexuales de riesgo	80%	Reportes de los sistemas de información	MSP	<ol style="list-style-type: none"> <li>Completar el diseño de los protocolos de vigilancia epidemiológica del VIH</li> <li>Asignar recursos a los servicios de epidemiología de los centros de salud para el funcionamiento del sistema</li> <li>Capacitar el personal de salud en todas las redes de prestadores de servicios de salud con base en los protocolos de vigilancia de segunda generación</li> <li>Monitorear y evaluar el funcionamiento del sistema</li> <li>Analizar de forma participativa y difundir los resultados de la vigilancia del VIH</li> </ol>	OSC	80%	80%	80%	80%	80%

# **CAPITULO V**

## **COSTEO PEN 204-2015**



**Resumen Costos Plan Estratégico Nacional ITS/VIH y SIDA 2015-2018**  
**República Dominicana**

<b>Eje estratégico</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>2018 Total</b>	
Educación y Prevención	RD\$ 1,144,205,615.26	RD\$	1,070,188,148.51	RD\$	1,062,579,879.34	RD\$	1,049,207,218.48	RD\$ 4,326,180,861.60
Atención Integral	RD\$ 1,468,488,266.61	RD\$	1,173,543,833.79	RD\$	1,306,854,609.50	RD\$	1,474,076,019.00	RD\$ 5,422,962,728.90
Derechos Humanos	RD\$ 320,317,886.49	RD\$	243,457,643.77	RD\$	217,052,157.05	RD\$	215,962,926.00	RD\$ 996,790,613.32
Fortalecimiento de la Respuesta	RD\$ 131,094,538.41	RD\$	86,768,926.46	RD\$	74,313,166.97	RD\$	73,329,499.37	RD\$ 365,506,131.20
<b>Totales</b>	<b>RD\$ 3,064,106,306.78</b>	<b>RD\$</b>	<b>2,573,958,552.52</b>	<b>RD\$</b>	<b>2,660,799,812.87</b>	<b>RD\$</b>	<b>2,812,575,662.85</b>	<b>RD\$ 11,111,440,335.02</b>



## **Eje estratégico 1: Educación y prevención**



		2015		2016		2017		2018		Total
<b>Líneas de Acción</b>										
Fortalecimiento de los programas de educación y prevención de las ITS/VIH/Sida	RD\$	142,558,024.49	RD\$	130,804,291.85	RD\$	127,305,045.36	RD\$	125,443,632.02	RD\$	526,110,993.72
Implementación de programas de comunicación para el cambio de comportamiento en poblaciones más expuestas.	RD\$	562,179,140.52	RD\$	508,558,734.90	RD\$	509,405,877.12	RD\$	525,803,090.94	RD\$	2,105,946,843.48
Implementación de programas de apoyo a víctimas de Violencia y exposición laboral	RD\$	261,130,825.02	RD\$	256,166,170.46	RD\$	253,863,833.74	RD\$	225,772,535.61	RD\$	996,953,364.83
Implementación de programas de sangre segura y de diagnóstico de ITS	RD\$	178,337,625.22	RD\$	174,658,951.30	RD\$	172,003,123.12	RD\$	172,187,959.92	RD\$	697,189,659.57
<b>Total</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,144,205,615.26</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,070,188,148.51</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,062,579,879.34</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,049,207,218.48</b>	<b>RD\$</b>	<b>4,326,180,861.60</b>
<b>Indicadores</b>										
Porcentaje de centros educativos donde se implementa el currículum con enfoque de género y derechos humanos	RD\$	34,246,869.87	RD\$	24,236,165.69	RD\$	21,633,403.20	RD\$	19,724,437.62	RD\$	99,840,876.38
Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 49 años que afirma haber escuchado los mensajes colocados a través de medios masivos de comunicación: radio, TV y prensa escrita	RD\$	66,741,508.62	RD\$	66,771,542.30	RD\$	66,801,589.50	RD\$	66,831,650.21	RD\$	267,146,290.63
Porcentaje de embarazadas VIH+ y sus recién nacidos que reciben el paquete de intervenciones de la estrategia de PTMI	RD\$	108,311,154.62	RD\$	106,568,126.16	RD\$	105,671,642.16	RD\$	105,719,194.40	RD\$	426,270,117.33
Porcentaje de la población captada que fue tratada con manejo sintómico desglósado por tipo de síndrome	RD\$	173,123,892.73	RD\$	173,633,326.34	RD\$	170,978,036.18	RD\$	171,160,410.79	RD\$	688,894,666.05
Porcentaje de trabajadores del sexo cubiertos por programas de prevención del VIH; paquete de servicios definido	RD\$	33,172,616.86	RD\$	28,619,230.88	RD\$	28,632,109.54	RD\$	33,971,946.36	RD\$	124,395,903.63
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres cubiertos por programas de prevención del VIH (paquetes definidos de servicios)	RD\$	107,798,498.23	RD\$	99,508,666.35	RD\$	99,553,445.25	RD\$	99,670,191.53	RD\$	406,530,801.36
Porcentaje de personas transgénero cubiertas por programas de prevención del VIH; paquete definido de servicios	RD\$	101,628,195.10	RD\$	98,974,620.90	RD\$	99,031,445.21	RD\$	99,192,231.81	RD\$	398,826,493.01
Porcentaje de la población UD alcanzada cada año con estrategias para el cambio de comportamiento en uso de condón contra mujeres y niñas y el VIH/Sida	RD\$	122,584,037.07	RD\$	121,717,066.09	RD\$	121,771,838.77	RD\$	122,180,837.84	RD\$	488,253,773.77
Porcentaje de personal de salud con exposición laboral al VIH captadas y atendidas según protocolo nacional	RD\$	149,554,802.79	RD\$	146,086,335.93	RD\$	144,674,602.75	RD\$	144,774,851.15	RD\$	585,090,592.61
Porcentaje de mujeres víctimas de violencia alcanzadas con la estrategia nacional para el abordaje vinculante entre violencia contra mujeres y niñas y el VIH/Sida	RD\$	43,261,729.59	RD\$	43,784,850.44	RD\$	43,368,115.31	RD\$	28,069,954.84	RD\$	158,484,650.18
Porcentaje de personal de salud con exposición laboral al VIH captadas y atendidas según protocolo nacional	RD\$	9,456,695.29	RD\$	5,948,624.18	RD\$	3,819,908.48	RD\$	4,098,347.55	RD\$	23,323,575.50
Porcentaje de migrantes haitianos de 15 a 49 años en 9 provincias de regiones de mayor prevalencia y mayor concentración de migrantes cubiertos por programas de prevención del VIH; paquete de servicios definido	RD\$	22,676,618.76	RD\$	19,588,378.89	RD\$	19,597,193.66	RD\$	24,982,154.32	RD\$	86,844,345.63
Porcentaje de población PPL alcanzada con estrategias para esta población clave	RD\$	37,762,881.88	RD\$	13,927,305.07	RD\$	13,933,572.36	RD\$	14,691,884.38	RD\$	80,315,643.69
Porcentaje de población que habita en bateyes alcanzado con la estrategia nacional para esta población clave	RD\$	60,358,088.71	RD\$	53,503,300.24	RD\$	56,264,774.37	RD\$	60,183,846.94	RD\$	230,310,010.25
Porcentaje de unidades de sangre donada tamizada de acuerdo al protocolo	RD\$	5,213,732.49	RD\$	1,026,624.96	RD\$	1,027,086.94	RD\$	1,027,549.13	RD\$	8,294,993.52
Porcentaje de víctimas de violencia sexual tratadas con profilaxis post exposición según protocolo de atención	RD\$	68,314,292.65	RD\$	66,294,984.09	RD\$	65,821,115.68	RD\$	52,927,729.62	RD\$	253,358,122.04
<b>Total</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,144,205,615.26</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,070,188,148.51</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,062,579,879.34</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,049,207,218.48</b>	<b>RD\$</b>	<b>4,326,180,861.60</b>

	2015	2016	2017	2018 Total
<b>Productos</b>				
Atención con profilaxis postexposición a personal de salud con exposición laboral al VIH según protocolo nacional	RD\$ 43,261,729.59	RD\$ 43,784,850.44	RD\$ 43,368,115.31	RD\$ 28,069,954.84
Implementación de la estrategia nacional para el abordaje vinculante entre violencia contra mujeres y niñas y el VIH/Sida	RD\$ 149,554,802.79	RD\$ 146,086,335.93	RD\$ 144,674,602.75	RD\$ 144,774,851.15
Implementación del currículum de educación sexual con enfoque de género y derechos humanos en los centros de educación básica y media	RD\$ 34,246,869.87	RD\$ 24,236,165.69	RD\$ 21,633,403.20	RD\$ 19,724,437.62
Prevención de la transmisión materno infantil	RD\$ 108,311,154.62	RD\$ 106,566,126.16	RD\$ 105,671,642.16	RD\$ 105,719,194.40
Realización de intervenciones de CCC en Población bateyana	RD\$ 60,358,088.71	RD\$ 53,503,300.24	RD\$ 56,264,774.37	RD\$ 60,183,846.94
Realización de intervenciones de CCC para PPL	RD\$ 37,762,881.88	RD\$ 13,927,305.07	RD\$ 13,933,572.36	RD\$ 14,691,884.38
Realización de intervenciones de CCC para mujeres en Vulnerabilidad Social	RD\$ 9,456,695.29	RD\$ 5,948,624.18	RD\$ 3,813,908.48	RD\$ 4,098,347.55
Realización de intervenciones para CCC en TRANS	RD\$ 101,628,195.10	RD\$ 98,974,620.90	RD\$ 99,031,445.21	RD\$ 99,192,231.81
Realización de intervenciones para CCC en TRSX	RD\$ 33,172,616.86	RD\$ 28,619,230.88	RD\$ 28,632,109.54	RD\$ 33,971,946.36
Realización de intervenciones para CCC en UD	RD\$ 122,584,037.07	RD\$ 121,717,066.09	RD\$ 121,771,838.77	RD\$ 122,180,837.84
Realización de intervenciones para CCC en GH	RD\$ 107,798,498.23	RD\$ 99,508,666.35	RD\$ 99,553,445.25	RD\$ 99,670,191.53
Realización de intervenciones de CCC en población migrante haitiana	RD\$ 22,676,618.76	RD\$ 19,588,378.89	RD\$ 19,597,193.66	RD\$ 24,982,154.32
Realización de intervenciones de IEC para población general dirigida a aumentar la percepción de riesgo y promoción de los servicios de salud	RD\$ 66,741,508.62	RD\$ 66,771,542.30	RD\$ 66,801,589.50	RD\$ 66,831,650.21
Servicio de profilaxis post exposición para la prevención de las VIH/ITS en víctimas de violencia sexual	RD\$ 68,314,292.65	RD\$ 66,294,984.09	RD\$ 65,821,115.68	RD\$ 52,927,729.62
Tamizaje de sangre para VIH en el contexto de sangre segura para toda la población	RD\$ 5,213,732.49	RD\$ 1,026,624.96	RD\$ 1,027,086.94	RD\$ 1,027,549.13
Tratamiento oportuno y estandarizado a las personas que demandan atención por ITS en los centros de salud	RD\$ 173,123,892.73	RD\$ 173,632,326.34	RD\$ 170,978,036.18	RD\$ 171,160,410.79
<b>Total</b>	<b>RD\$ 1,144,205,615.26</b>	<b>RD\$ 1,070,188,148.51</b>	<b>RD\$ 1,062,579,879.34</b>	<b>RD\$ 1,049,207,218.48</b>
<b>Categoría de Gastos</b>				
ASISTENCIA TÉCNICA Y GERENCIAL	RD\$ 30,745,916.16	RD\$ 14,365,360.64	RD\$ 7,320,008.96	RD\$ 7,285,749.85
AYUDA A LOS CLIENTES / POBLACION META	RD\$ 198,503.88	RD\$ -	RD\$ -	RD\$ -
CAPACITACION	RD\$ 132,270,903.34	RD\$ 109,313,215.03	RD\$ 108,151,836.21	RD\$ 94,507,340.88
COSTOS DE GESTION DE SUMINISTROS Y ADQUISICIONES	RD\$ 4,334,434.26	RD\$ 4,529,483.80	RD\$ 4,733,310.57	RD\$ 4,946,309.55
GASTOS GENERALES	RD\$ 185,754,635.11	RD\$ 165,809,280.63	RD\$ 165,883,894.81	RD\$ 165,958,542.56
INFRAESTRUCTURA Y OTROS EQUIPOS	RD\$ 27,169,696.05	RD\$ 22,960,829.44	RD\$ 20,233,764.16	RD\$ 23,130,125.17
MATERIAL DE COMUNICACION	RD\$ 88,152,765.65	RD\$ 83,132,055.76	RD\$ 83,264,249.24	RD\$ 82,625,395.52
MONITOREO Y EVALUACION	RD\$ 230,224,225.76	RD\$ 230,327,826.66	RD\$ 230,431,474.19	RD\$ 230,535,168.35
PRODUCTOS DE SALUD Y EQUIPOS DE SALUD	RD\$ 131,145,964.48	RD\$ 131,204,980.17	RD\$ 131,264,022.41	RD\$ 131,323,091.22
PRODUCTOS FARMACEUTICOS	RD\$ 207,456,125.30	RD\$ 207,549,480.56	RD\$ 207,642,877.82	RD\$ 207,736,317.12
RECURSOS HUMANOS	RD\$ 106,752,445.26	RD\$ 100,995,635.83	RD\$ 103,654,440.96	RD\$ 101,159,178.27
<b>Total</b>	<b>RD\$ 1,144,205,615.26</b>	<b>RD\$ 1,070,188,148.51</b>	<b>RD\$ 1,062,579,879.34</b>	<b>RD\$ 1,049,207,218.48</b>

## **Eje estratégico 2: Atención Integral**



Líneas de Acción						
	2015	2016	2017	2018	Total	Total
Detección y captación de personas VIH +	RD\$ 616,516,139.15	RD\$ 302,904,251.37	RD\$ 306,231,863.35	RD\$ 309,406,417.99	RD\$ 1,535,058,671.85	
Acceso universal, oportuno a atención y tratamientos antirretroviral y pruebas de monitoreo.	RD\$ 851,972,127.47	RD\$ 870,639,582.42	RD\$ 1,000,622,746.16	RD\$ 1,164,669,601.00	RD\$ 3,887,904,057.05	
<b>Total</b>	<b>RD\$ 1,468,488,266.61</b>	<b>RD\$ 1,173,543,833.79</b>	<b>RD\$ 1,306,854,609.50</b>	<b>RD\$ 1,474,076,019.00</b>	<b>RD\$ 5,422,962,728.90</b>	
Indicadores						
	2015	2016	2017	2018	Total	Total
Porcentaje de adultos y niños que han iniciado TARV con una carga viral indetectable a 12 meses (<1000 copias/ml)	RD\$ 16,807,255.51	RD\$ 16,814,818.78	RD\$ 16,822,385.45	RD\$ 16,829,955.52	RD\$ 67,274,415.26	
Porcentaje de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH *	RD\$ 660,336,866.50	RD\$ 724,031,611.25	RD\$ 855,577,774.07	RD\$ 1,017,282,284.97	RD\$ 3,257,228,536.79	
Porcentaje de fármacos priorizados a los que se monitorea el nivel y tipo de resistencia	RD\$ 21,288,279.17	RD\$ 5,520,896.71	RD\$ 6,782,642.57	RD\$ 4,984,838.47	RD\$ 38,576,656.92	
Porcentaje de centros de salud que administran terapia antirretroviral y han experimentado desabastecimiento de al menos un medicamento antirretroviral necesario en los últimos 12 meses	RD\$ 20,786,823.06	RD\$ 13,196,464.71	RD\$ 12,615,372.67	RD\$ 12,621,049.58	RD\$ 59,219,710.02	
Porcentaje de población de 15 a 49 años con prueba de VIH realizada con pre y post consejería que conoce su resultado	RD\$ 269,741,699.50	RD\$ 267,378,537.18	RD\$ 269,964,736.34	RD\$ 273,309,765.01	RD\$ 1,080,394,738.03	
Porcentaje de población vulnerable de 15 a 49 años con prueba de VIH realizada con pre y post consejería que conoce su resultado	RD\$ 318,709,778.15	RD\$ 13,373,239.70	RD\$ 13,802,001.15	RD\$ 14,249,978.99	RD\$ 360,134,997.99	
Porcentaje de PVVH incorporados a servicios de atención y tratamiento	RD\$ 36,293,484.86	RD\$ 30,155,349.02	RD\$ 30,482,513.49	RD\$ 33,769,668.36	RD\$ 130,701,015.72	
Porcentaje estimado de los casos incidentes de TB seropositivos al VIH que reciben tratamiento tanto para la TB como para el VIH+.	RD\$ 18,502,294.34	RD\$ 18,800,268.94	RD\$ 19,111,411.82	RD\$ 19,295,943.05	RD\$ 75,709,918.14	
Porcentaje de PVVS alcanzado con la estrategia de fomento de prácticas de autocuidado y estilo de vida saludable	RD\$ 6,848,153.44	RD\$ 4,512,182.10	RD\$ 2,406,711.47	RD\$ 2,407,794.49	RD\$ 16,174,841.51	
Porcentaje de PVVS alcanzado con por lo menos una de las intervenciones del paquete y que cumple con criterios de adherencia	RD\$ 99,173,632.07	RD\$ 79,760,465.41	RD\$ 79,289,060.48	RD\$ 79,324,740.56	RD\$ 337,547,898.52	
<b>Total</b>	<b>RD\$ 1,468,488,266.61</b>	<b>RD\$ 1,173,543,833.79</b>	<b>RD\$ 1,306,854,609.50</b>	<b>RD\$ 1,474,076,019.00</b>	<b>RD\$ 5,422,962,728.90</b>	

Productos		2015	2016	2017	2018	Total
Ampliada la cobertura del sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación	RD\$	10,215,727.60	2,397,568.88	3,806,468.73	2,007,325.35	18,427,090.57
Apoyo a las familias de NNA (0-17 años) VIH+ para fomentar autocuidado, protección social y adherencia al tratamiento.	RD\$	21,453,341.45	2,477,208.08	2,478,322.82	2,479,438.06	28,888,310.41
Asegurado el acceso a las pruebas de tamizaje con pre y post. consejería en población general y población vulnerable para la detección precoz del VIH	RD\$	1,268,427,513.64	1,031,952,723.11	1,166,839,667.31	1,332,654,944.30	4,799,874,848.35
Asegurado el acceso a servicios con calidad a todas las PVIH de acuerdo a la estrategia establecida por el Programa Nacional	RD\$	32,910,038.72	19,249,052.46	19,257,714.53	19,266,380.51	90,683,186.23
Asegurado el tamizaje y la terapia preventiva para Tuberculosis	RD\$	19,053,826.50	19,352,049.29	19,663,440.47	22,816,271.09	80,885,587.36
Desarrollada la vigilancia de la fármaco resistencia a los ARV	RD\$	2,334,874.25	-	-	-	2,334,874.25
Desarrollado el sistema de vigilancia de las reacciones adversas a los ARV	RD\$	8,737,677.33	3,123,327.82	2,976,173.84	2,977,513.12	17,814,692.10
Garantizada la vigilancia sanitaria para los fármacos utilizados en el tratamiento del VIH.	RD\$	20,786,823.06	13,196,464.71	12,615,372.67	12,621,049.58	59,219,710.02
PVIH alcanzados con un paquete de intervenciones para promover la adherencia al tratamiento	RD\$	77,720,290.63	77,283,257.33	76,810,737.66	76,845,302.49	308,659,588.11
PVIH alcanzados por la estrategia nacional que promueve estilo de vida saludable y prácticas de autocuidado	RD\$	6,848,153.44	4,512,182.10	2,406,711.47	2,407,794.49	16,174,841.51
<b>Total</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,468,488,266.61</b>	<b>1,173,543,833.79</b>	<b>1,306,854,609.50</b>	<b>1,474,076,019.00</b>	<b>5,422,962,728.90</b>

Categorías de Gastos		2015	2016	2017	2018	Total
ASISTENCIA TECNICA Y GERENCIAL	RD\$	13,839,323.40	2,045,365.50	1,574,066.09	2,519,639.07	19,978,394.07
AYUDA A LOS CLIENTES / POBLACION META	RD\$	35,475,492.96	16,003,199.04	16,010,400.48	16,017,605.16	83,506,697.64
CAPACITACION	RD\$	20,795,439.87	11,113,601.32	8,888,729.55	11,709,491.35	52,507,262.09
COSTOS DE GESTION DE SUMINISTROS Y ADQUISICIONES	RD\$	268,518,160.31	94,733,277.02	98,989,831.71	103,437,928.46	565,679,197.50
GASTOS GENERALES	RD\$	2,137,748.09	2,138,710.07	2,139,672.49	2,140,635.35	8,556,766.00
INFRAESTRUCTURA Y OTROS EQUIPOS	RD\$	19,431,539.49	17,805,329.18	26,306,028.66	10,027,296.41	73,570,193.73
MATERIAL DE COMUNICACION	RD\$	40,645,102.86	40,663,393.16	40,681,691.69	40,699,998.45	162,690,186.16
MONITOREO Y EVALUACION	RD\$	55,783,234.36	35,834,556.55	37,041,108.82	34,628,955.02	163,287,854.74
PRODUCTOS DE SALUD Y EQUIPOS DE SALUD	RD\$	304,302,361.86	197,313,364.07	197,402,155.08	197,490,986.05	896,508,867.06
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (Medicamentos)	RD\$	646,118,047.13	712,919,209.58	835,414,788.86	1,012,978,264.85	3,207,430,310.43
RECURSOS HUMANOS	RD\$	61,441,816.28	42,973,828.30	42,406,136.07	42,425,218.83	189,246,999.48
<b>Grand Total</b>	<b>RD\$</b>	<b>1,468,488,266.61</b>	<b>1,173,543,833.79</b>	<b>1,306,854,609.50</b>	<b>1,474,076,019.00</b>	<b>5,422,962,728.90</b>

## **Eje estratégico 3: Derechos Humanos**



<b>Líneas de Acción</b>		<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>2018 Total</b>		
Ambiente libre de estigma y discriminación para el acceso a servicios de salud y educación	RD\$	305,329,627.30	RD\$	234,906,115.60	RD\$	213,530,715.04	RD\$	212,439,899.35	RD\$	966,206,357.29
Fortalecimiento de la participación social	RD\$	14,988,259.19	RD\$	8,551,528.17	RD\$	3,521,442.01	RD\$	3,523,026.66	RD\$	30,584,256.02
<b>Total</b>	<b>RD\$</b>	<b>320,317,886.49</b>	<b>RD\$</b>	<b>243,457,643.77</b>	<b>RD\$</b>	<b>217,052,157.05</b>	<b>RD\$</b>	<b>215,962,926.00</b>	<b>RD\$</b>	<b>996,790,613.32</b>
<b>Indicadores</b>										
Número de denuncias de violencia contra personas de grupos vulnerables por razones de género, identidad sexual, trabajo sexual, consumo de drogas, migrantes, realizadas a través de los sistemas establecidos	RD\$	45,985,717.85	RD\$	36,650,479.10	RD\$	36,666,971.81	RD\$	36,683,471.95	RD\$	155,986,640.71
Número de leyes, reglamentos y normativas punitivos modificados y/o creadas para garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía de las PVVIH y grupos vulnerables	RD\$	12,993,896.56	RD\$	1,147,168.87	RD\$	1,019,483.87	RD\$	-	RD\$	15,160,549.29
Número de mecanismos creados para la veeduría y abogacía en los sectores: salud, educación, trabajo, justicia y cuerpos castrenses	RD\$	4,061,823.92	RD\$	4,063,651.74	RD\$	1,028,331.58	RD\$	1,028,794.33	RD\$	10,182,601.58
Número de organizaciones con políticas de Sida en el lugar de trabajo	RD\$	31,261,449.69	RD\$	27,281,210.77	RD\$	25,965,689.70	RD\$	25,977,374.26	RD\$	110,485,724.43
Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años alcanzados a través de campañas de comunicación sobre estigma y discriminación	RD\$	59,212,455.52	RD\$	34,717,620.94	RD\$	34,733,243.87	RD\$	34,748,873.83	RD\$	163,412,194.15
Porcentaje de declaraciones favorables emitidas por líderes de opinión y/o sectores de opinión pública sobre las PVVIH y grupos vulnerables	RD\$	3,642,172.24	RD\$	3,643,811.22	RD\$	3,645,450.94	RD\$	3,647,091.39	RD\$	14,578,525.79
Porcentaje de instituciones académicas que implementan políticas de no exclusión de PVVIH o grupos vulnerables por sus condiciones de vulnerabilidad, de sus programas educativos.	RD\$	44,576,776.82	RD\$	33,374,953.81	RD\$	30,616,273.06	RD\$	30,630,050.38	RD\$	139,198,054.07
Porcentaje de miembros de cuerpos castrenses en formación que han sido alcanzados con capacitación en las guías para la no violencia a grupos vulnerables por razones de género, identidad sexual, trabajo sexual, consumo de drogas y condición de migrante	RD\$	10,485,052.04	RD\$	5,360,138.32	RD\$	1,368,973.29	RD\$	1,369,595.33	RD\$	18,583,764.98
Porcentaje de OSC que trabajan en la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVVIH y grupos vulnerables con habilidades para desarrollar acciones de abogacía y vigilancia	RD\$	10,926,435.26	RD\$	4,487,876.43	RD\$	2,493,110.43	RD\$	2,494,232.33	RD\$	20,401,654.45
Porcentaje de PVVIH y personas de grupos vulnerables incluidas en los programas de protección social del Estado	RD\$	12,453,846.94	RD\$	9,784,509.74	RD\$	6,256,527.04	RD\$	6,092,380.59	RD\$	34,587,264.32
Porcentaje de reglamentos técnicos, guías y protocolos de atención para enfermedades relacionadas a las condiciones de vulnerabilidad de los PVVIH y poblaciones clave que han sido adaptados para incluir las necesidades de atención de los PVVIH y grupos vulnerables.	RD\$	84,718,259.66	RD\$	82,946,222.82	RD\$	73,258,095.46	RD\$	73,291,061.60	RD\$	314,213,639.54
<b>Total</b>	<b>RD\$</b>	<b>320,317,886.49</b>	<b>RD\$</b>	<b>243,457,643.77</b>	<b>RD\$</b>	<b>217,052,157.05</b>	<b>RD\$</b>	<b>215,962,926.00</b>	<b>RD\$</b>	<b>996,790,613.32</b>

	2015	2016	2017	2018	2018 Total
<b>Productos</b>					
Aumentado el acceso a los servicios de justicia y defensoría como garantía y protección de los DDHH de las PVIH y grupos vulnerables	RD\$ 45,985,717.85	RD\$ 36,650,479.10	RD\$ 36,666,971.81	RD\$ 36,683,471.95	RD\$ 155,986,640.71
Aumentado el acceso de PVIH, grupos vulnerables y afectados a los programas de protección social	RD\$ 12,453,846.94	RD\$ 9,784,509.74	RD\$ 6,256,527.04	RD\$ 6,092,380.59	RD\$ 34,587,264.32
Creados y en funcionamiento mecanismos de veeduría y abogacía para la protección de los derechos de las PVIH y grupos vulnerables	RD\$ 4,061,823.92	RD\$ 4,063,651.74	RD\$ 1,028,331.58	RD\$ 1,028,794.33	RD\$ 10,182,601.58
Disminuida la violencia por parte de los cuerpos castrenses hacia los grupos vulnerables por razones de género, identidad sexual, trabajo sexual, consumo de drogas y condición de migrante	RD\$ 10,485,052.04	RD\$ 5,360,138.32	RD\$ 1,368,979.29	RD\$ 1,369,595.33	RD\$ 18,583,764.98
Disminuido el estigma y discriminación hacia PVIH y Grupos Vulnerables en líderes de opinión y población general	RD\$ 62,854,627.76	RD\$ 38,361,432.16	RD\$ 38,378,694.80	RD\$ 38,395,965.22	RD\$ 177,990,719.94
Disminuido el estigma y discriminación laboral hacia las PVIH en las instituciones del estado, sector privado y OSC	RD\$ 31,261,449.69	RD\$ 27,281,210.77	RD\$ 25,965,689.70	RD\$ 25,977,374.26	RD\$ 110,485,724.43
Fortalecidas las capacidades de las OSC. Organizaciones de PVIH y grupos vulnerables para ejercer acciones de abogacía y vigilancia sobre la gestión pública y privada para la efectiva aplicación de los DDHH	RD\$ 10,926,435.26	RD\$ 4,487,876.43	RD\$ 2,493,110.43	RD\$ 2,494,232.33	RD\$ 20,401,654.45
Garantizado el derecho a la educación con calidad, libre de estigma y discriminación a las PVIH y grupos vulnerables.	RD\$ 44,576,776.82	RD\$ 33,374,953.81	RD\$ 30,616,273.06	RD\$ 30,630,050.38	RD\$ 139,198,054.07
Garantizado el derecho a la salud con calidad, libre de estigma y discriminación a las PVIH y grupos vulnerables.	RD\$ 84,718,259.66	RD\$ 82,946,222.82	RD\$ 73,258,095.46	RD\$ 73,291,061.60	RD\$ 314,213,639.54
Marcos legales creados y/o modificados garantizando el ejercicio pleno de la ciudadanía de las PPVIH y grupos vulnerables	RD\$ 12,993,896.56	RD\$ 1,147,168.87	RD\$ 1,019,483.87	RD\$ -	RD\$ 15,160,549.29
<b>Total</b>	<b>RD\$ 320,317,886.49</b>	<b>RD\$ 243,457,643.77</b>	<b>RD\$ 217,052,157.05</b>	<b>RD\$ 215,962,926.00</b>	<b>RD\$ 995,790,613.32</b>
<b>Categorías de Gastos</b>					
ASISTENCIA TECNICA Y GERENCIAL	RD\$ 24,050,344.86	RD\$ 4,076,570.63	RD\$ 3,058,921.22	RD\$ 2,040,355.10	RD\$ 33,226,191.81
AYUDA A LOS CLIENTES / POBLACION META	RD\$ 3,818,777.44	RD\$ 3,820,495.89	RD\$ 3,822,215.11	RD\$ 3,823,935.11	RD\$ 15,285,423.53
CAPACITACION	RD\$ 79,644,263.05	RD\$ 53,096,025.67	RD\$ 30,914,175.89	RD\$ 30,761,125.38	RD\$ 194,415,589.99
GASTOS GENERALES	RD\$ 552,470.04	RD\$ 552,718.65	RD\$ 552,967.38	RD\$ 553,216.21	RD\$ 2,211,372.29
INFRAESTRUCTURA Y OTROS EQUIPOS	RD\$ 2,046,831.55	RD\$ 1,689,590.71	RD\$ 1,174,234.71	RD\$ 1,174,763.12	RD\$ 6,085,420.09
MATERIAL DE COMUNICACION	RD\$ 146,073,821.33	RD\$ 117,476,410.01	RD\$ 114,755,574.91	RD\$ 114,807,214.92	RD\$ 493,113,021.18
MONITOREO Y EVALUACION	RD\$ 35,160,867.46	RD\$ 33,762,284.72	RD\$ 33,777,477.74	RD\$ 33,792,677.61	RD\$ 136,493,307.53
PLANIFICACION Y ADMINISTRACION	RD\$ 188,160.48	RD\$ 188,245.15	RD\$ 188,329.86	RD\$ 188,414.61	RD\$ 753,150.11
RECURSOS HUMANOS	RD\$ 28,782,350.28	RD\$ 28,795,302.34	RD\$ 28,808,260.23	RD\$ 28,821,223.94	RD\$ 115,207,136.79
#N/A	RD\$ -				
<b>Total</b>	<b>RD\$ 320,317,886.49</b>	<b>RD\$ 243,457,643.77</b>	<b>RD\$ 217,052,157.05</b>	<b>RD\$ 215,962,926.00</b>	<b>RD\$ 995,790,613.32</b>

## **Eje estratégico 4: Fortalecimiento de la Respuesta Nacional**



		2015		2016		2017		2018		Total	
<b>Líneas de Acción</b>											
Fortalecimiento del sistema de información de ITS y VIH/Sida para la toma de decisiones basadas en evidencias		RD\$	45,914,320.11	RD\$	26,009,189.34	RD\$	21,438,683.87	RD\$	20,818,421.50	RD\$	114,180,614.82
Sostenibilidad de la Respuesta Nacional		RD\$	85,180,218.30	RD\$	60,759,737.11	RD\$	52,874,483.11	RD\$	52,511,077.86	RD\$	251,325,516.38
<b>Total</b>		RD\$	<b>131,094,538.41</b>	RD\$	<b>86,768,926.46</b>	RD\$	<b>74,313,166.97</b>	RD\$	<b>73,329,499.37</b>	RD\$	<b>365,506,131.20</b>
<b>Indicadores</b>											
Número de estudios sobre las ITS y el VIH realizados		RD\$	1,043,963.98	RD\$	1,044,433.76	RD\$	1,044,903.76	RD\$	1,045,373.96	RD\$	4,178,675.46
Número de acciones del IPEN que requieren coordinación entre OSC e instituciones del Estado implementadas		RD\$	10,665,864.38	RD\$	9,308,732.23	RD\$	9,312,921.16	RD\$	9,317,111.97	RD\$	38,604,629.74
Número de acciones implementadas		RD\$	17,791,753.16	RD\$	12,641,623.29	RD\$	12,647,312.02	RD\$	12,273,131.38	RD\$	55,353,819.84
Porcentaje de casos notificados de ITS		RD\$	2,259,811.81	RD\$	2,260,828.72	RD\$	1,002,593.22	RD\$	1,003,044.39	RD\$	6,526,278.14
Porcentaje de casos notificados de VIH		RD\$	1,703,202.25	RD\$	1,175,547.22	RD\$	1,176,076.22	RD\$	1,176,605.45	RD\$	5,231,431.13
Porcentaje de evaluaciones anuales realizadas de las programadas por el Grupo Técnico de M&E (GRUTEME)		RD\$	33,892,348.86	RD\$	20,095,980.92	RD\$	16,782,067.37	RD\$	16,159,709.53	RD\$	86,930,106.67
Porcentaje de intervenciones binacionales de ITS y VIH implementadas de las coordinadas		RD\$	27,744,636.96	RD\$	12,641,098.19	RD\$	10,214,280.73	RD\$	10,211,550.33	RD\$	60,811,566.21
Porcentaje de la inversión en respuesta Nacional al VIH que proviene de fondos públicos		RD\$	9,136,951.92	RD\$	8,258,965.06	RD\$	8,262,681.60	RD\$	8,266,399.80	RD\$	33,924,998.38
Porcentaje de OSC de la Respuesta Nacional fortalecidas institucionalmente		RD\$	17,901,262.78	RD\$	17,909,318.34	RD\$	12,437,287.60	RD\$	12,442,884.38	RD\$	60,690,753.10
Porcentaje de OSC habilitadas según normas nacionales		RD\$	1,939,749.11	RD\$	-	RD\$	-	RD\$	-	RD\$	1,939,749.11
<b>Total</b>		RD\$	<b>7,014,993.22</b>	RD\$	<b>1,432,398.73</b>	RD\$	<b>1,433,043.30</b>	RD\$	<b>1,433,688.17</b>	RD\$	<b>11,314,123.42</b>
		RD\$	<b>131,094,538.41</b>	RD\$	<b>86,768,926.46</b>	RD\$	<b>74,313,166.97</b>	RD\$	<b>73,329,499.37</b>	RD\$	<b>365,506,131.20</b>



**ANEXO I**  
**METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PEN**  
**2015-2018**



## **ABORDAJE METODOLOGICO DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL PEN 2015-2018**

La elaboración del Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y VIH-SIDA 2015-2018 se desarrolló en tres fases: a) Análisis de Situación, b) Planeación Estratégica y c) Costeo de Intervenciones. El Análisis de Situación consistió en un diagnóstico de la epidemia y de la Respuesta Nacional a la misma. Contempló dos partes. La primera, el análisis del contexto de la epidemia. La segunda, el análisis de la Respuesta Nacional. El análisis del contexto comprendió la situación de la epidemia más los principales factores nacionales e internacionales que condicionan y determinan la respuesta al VIH y al Sida en el país. El análisis de la respuesta, incluyó las principales intervenciones de la Respuesta Nacional ejecutadas del 2007 al 2013. Se desarrolló y presentó a partir de los ejes estratégicos y las líneas de acción del PEN 2007-2015. Igualmente, analizó los ejes transversales de Derechos Humanos y Género. Adicionalmente, se abordó en esta parte el tema del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional. Todo el Análisis de Situación concluyó con la identificación de brechas estratégicas y de intervención, las cuales sirvieron de base para los trabajos de Planeación Estratégica de la fase siguiente.

La planeación estratégica fue la fase central de la formulación del PEN. Para su desarrollo se utilizó una metodología participativa de planificación por resultados que armonizó los preceptos del Sistema Nacional de Planificación del Estado Dominicano, con los requerimientos de instancias internacionales como ONUSIDA y el Fondo Mundial. Partió de las brechas estratégicas y de intervención que se identificaron en el Análisis de Situación. A partir de la misma se precisó una visión, que estableció una imagen objetiva a ser alcanzada cuando concluya la realización del PEN.

Luego se definieron cuatro ejes estratégicos para alcanzarla; a) Educación y prevención, b) Atención integral, c) Derechos humanos y d) Fortalecimiento de la Respuesta Nacional. Los ejes estratégicos son los grandes ámbitos de acción de todas las iniciativas del Plan. Agrupan uno o más objetivos, los cuales definen los grandes resultados deseables que se alcanzarán con la implementación. Así mismo, se escogieron las poblaciones vulnerables y claves del PEN mediante dinámica colectiva.

Posteriormente, con la participación de las autoridades correspondientes y los representantes de los actores nacionales, se establecieron: estrategias, resultados, actividades e indicadores y se identificaron las líneas de bases disponibles. Las estrategias son el conjunto de acciones que articuladas crean los valores que se entregarán como servicios a la población beneficiaria. Los resultados, son los estados futuros de las variables seleccionadas luego de las intervenciones realizadas. Se miden y valoran en función de cómo impactarán o repercutirán en la población destinataria de las acciones. Los productos son los servicios que entregarán a partir de las actividades seleccionadas. Los indicadores son variables que medirán el nivel de logro de los resultados y productos alcanzado durante la implementación del PEN. Las líneas de base representan el estado inicial de los indicadores. A partir de las mismas se sabrá cómo estos se modificarán en el tiempo. El resultado de la planeación estratégica se expresa en una serie de matrices preparada especialmente para los fines.

La tercera fase consistió en el costeo de las intervenciones propuestas. Se realizó por producto, a partir del dimensionamiento y la determinación de los costos de las distintas actividades que componen cada uno. Además, arrojó un resultado global, para todo el PEN, así como el correspondiente a cada uno de los 4 años de su ejecución.

Una de las principales utilidades del PEN, será servir como referencia para la formulación de los Planes Operativos Anuales (POA) correspondientes a cada año del cuatrienio 2015-2018. Los POA serán la expresión anual del desarrollo del Plan Estratégico. De la ejecución de sus actividades y de la obtención de los resultados esperados dependerá el logro de los objetivos y visión del PEN al final de los 4 años contemplados.

### **Proceso participativo**

La elaboración del PEN 2015-2018 fue un ejercicio participativo que contó con la presencia de representantes de los principales actores del sector. La dinámica seguida consistió en el desarrollo de cuatro (4) grandes talleres, de amplia convocatoria y participación abierta, que luego fueron seguidos de una serie de encuentros de un “Pettit Comité”, integrado por un grupo de especialistas seleccionados en las actividades ampliadas. Finalmente un grupo de técnicos escogidos por CONAVIHSIDA realizó una revisión final en la que introdujeron ajustes para adaptarlo a las necesidades nacionales y los compromisos internacionales.

Las metodologías propuestas para la preparación del Análisis de Situación y para la Planeación Estratégicas fueron presentadas y aprobadas por cada una de las fases de elaboración del PEN fueron por el Equipo Multisectorial de Coordinación y Seguimiento a la Consultoría (ECIS). Luego se trabajó en Mesas de Concertación integradas por representantes de los actores públicos y de las instituciones de la sociedad civil del sector, de las agencias de cooperación internacional y de las Personas Viviendo con el VIH (PVVIH).

El trabajo estuvo apoyado por equipos técnicos integrados por especialistas en temas específicos de la Respuesta Nacional.

### **Abordaje metodológico de la elaboración del PEN 2015-2018**

El abordaje metodológico respondió a los siguientes principios:

Un marco analítico bien estructurado y fundamentado en la Planeación por Resultados-PpR, basando el análisis en la relación entre las fuentes de financiamiento, asignación de recursos y resultados (productos, efectos e impactos). La actualización, supuso asegurar la generación de valor en la producción de servicios de todos los actores y grupos de intereses involucrados en el PEN. Se establecieron resultados articulados a estrategias, objetivos, ejes estratégicos y a la Visión del PEN. Para los resultados se definieron indicadores de medición. Además, se definieron actividades que servirán para el costeo del PEN y para los Planes Operativos Anuales (POA), que se deriven del mismo.

Un trabajo por etapas. Definiendo en cada una de ellas, productos entregables que faciliten el logro y avance en la consecución de los objetivos fundamentales del mismo.

Un enfoque práctico y operacional. Que permitió tener resultados concretos útiles para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Un enfoque de rigor. Que armonizara y tomara en cuenta las leyes, reglas y estándares de planificación y presupuesto del PEN, así como los estándares internacionales de gestión orientada a resultados. Igualmente, los referentes regionales y de los organismos de cooperación internacional en materia de PEN para ITS, VIH y SIDA.

Un enfoque participativo. Que incorporó a la mayoría de los actores y grupos de intereses involucrados en todas las etapas del proceso de generación de los entregables: actores gubernamentales, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) dedicadas a la prevención y atención de las ITS, VIH y SIDA, organismos de cooperación internacional y beneficiarios directos del PEN.

La planeación estratégica partió del diagnóstico o Análisis de Situación de la epidemia y la Respuesta Nacional que fue preparado previamente para estos fines. El documento fue el insumo fundamental de la Planeación Estratégica. Arrojó suficiente información para determinar, ente otros aspectos:

**La adecuación del marco estratégico del PEN, esto es, Visión, Ejes estratégicos, Objetivos y estrategias, así como las acciones programáticas del PEN.**

La determinación de la población objetivo del PEN y su priorización.

**La revisión y actualización del marco estratégico del PEN supuso:**

Consensuar la metodología y el esquema anterior con los representantes de los actores y grupos de intereses involucrados en el PEN.

**Realizar una serie de talleres con todos los representantes de los grupos de intereses.**

Aunque en el PEN 2007-2015 estos elementos estaban de alguna forma definidos, el diagnóstico situacional determinó el alcance, la amplitud y profundidad de los cambios a ser incorporados en el marco estratégico.

La creación de un “Petite Comité” con una representación de los grupos de intereses para dar forma a los resultados producidos en el marco de los talleres ampliados.

El marco estratégico del PEN fue articulado y alineado con la Estrategia Nacional del Desarrollo (EDN), particularmente con su eje estratégico 2, así como a la visión del Plan Decenal de Salud (PLANDES). Para tales fines se realizó un ejercicio utilizando como instrumento la siguiente matriz.

MATRIZ DE ALINEAMIENTO ESTRATEGICO SUPERIOR		
Visión de la END	Visión del Plan Decenal de Salud	Visión del PEN
<b>Eje Estratégico 2</b>		

Además del alineamiento estratégico superior precedente se elaboró un marco estratégico interno, con la matriz a continuación.

<b>MATRIZ DE ALINEAMIENTO ESTRATEGICO INTERNO DEL PEN</b>			
<b>Visión del PEN 2014-2017</b>	<b>Ejes Estratégicos del PEN</b>	<b>Objetivos Estratégico por Ejes</b>	<b>Estrategias por Objetivos</b>

Estas matrices fueron trabajadas con la metodología de taller, acorde a lo establecido en la fase 1.

La revisión y adecuación de los resultados, indicadores y metas del PEN se trabajaron con las matrices de resultado y producción. Dicha matriz también se trabajaron con la metodología de taller involucrando a todos los grupos de intereses.

Finalmente, por decisión del “Pettit Comité”, los datos de las matrices anteriores fueron llevados a otras construidas bajo el esquema de marco lógico. Esto obedeció a una decisión del “Pettit Comité” que considero que el último esquema era más familiar y más afín a los actores del sector

## **ANEXO II**



**Lista de Participantes Mesas Técnicas y colaboradores para la Construcción Colectiva del Plan Estratégico Nacional (PEN) para la prevención de las ITS, el VIH y el SIDA**

<b>NOMBRE</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
1 Adela Ramírez	DIGECITSS
2 Alexander Suazo	MSP
3 Alina Ramírez M.	Alianza de Género
4 Ana Gloria García	PROFAMILIA
5 Ana Maria de la Rosa	MODEMU
6 Angela De León	CONAVIHSIDA
7 Angela Polanco	UNPFA
8 Annelice Roa	DGP
9 Antonio de Moya	CONAVIHSIDA
10 Arelis Batista	DIGECITSS
11 Aurora Rodríguez	IDCP
12 Bayardo Gómez	CEPROSH
13 Bethania Betances	ONUSIDA
14 Carlos Adon	IDEV
15 Carmen Lorenzo	COIN/MODEMU
16 Cesar Castellanos	Future Group
17 Christian King	COTRAVE
18 Clara Báez	CONSAD
19 Clarissa Valdez	CDC
20 Claudia Bautista	UNICEF
21 Claudia Valdez	MSH
22 Claudina Valdez	SOLIDARIDAD
23 Cristina Luis Francisco	MUDHA
24 Damani Goldsteing	USAID
25 Daniel Odefa	CCDH
26 Darío García	COALICION ONG-SIDA
27 David Losk	PEPFAR
28 Deivis Ventura	REVASA
29 Dolly C. Graciano	UTELAIN
30 Dulce Almonte	REDOVIH
31 Elba Franco	UNFPA
32 Elena Fernández	PROMESE-CAL
33 Erick Chaer	Red Nacional de Jóvenes
34 Erick Rousselin	OPS/OMS
35 Evelyn Peña	Fundación con Derecho de Saber
36 Fátima Peña	MODEMU

37	Federico Mercado	FUNDOREDA
38	Felipa Garcia	ASOLSIDA
39	Félix Reyes	REDNAJ CER
41	Francis Taylor	COIN
42	Francis Victoria	Colegio Médico Dominicano
43	Francisco Altagracia	Este Amor
44	Gabriel del Rio	CASC
45	George Slujarkovsky	IDCP
46	Gersy Mateo	CONAVIHSIDA
47	Gilbert Feliz	Este Amor
48	Gisela Ventura	DIGECITSS
49	Giselle Vásquez	Cicatelli
50	Gissel Scalon	INSALUD
51	Glennys Romero	CNSS
52	Gloria Ortega	CONSAD
53	Gloria Peña	CONAVIHSIDA
54	Gregory García	RNJ
55	Guillermo Peña	COIN
56	Hanoy Vargas	VOLVER
57	Héctor Vásquez	ASOLSIDA
58	Hilda Cruz	SENASA
59	Indiana Barinas	MINISTERIO DE LA MUJER
60	Ingrid Melo	CONAVIHSIDA
61	Ivelisse Sabbagh	CONAVIHSIDA
62	Jacqueline Montero	MODEMU
63	Jafmary Feliz	ONE
64	Jeannette Tineo	FG-USAID
65	Jeffrey Lizardo	MEPID
66	Jesús Andújar	MINERD
67	Jhonson Hemdry	HTSH
68	Jodi Cepeda Vásquez	Ministerio de Trabajo
69	Jorge Jiménez	CONAVIHSIDA
70	Jorge Luis Amador Amparo	MSP
71	José Ledesma	DIGECITSS
72	José Moldan	DIGEMIA (MSP)
73	Juan Gomera	CONTRAVETD
74	Juana Gonzalez	CNSS
75	Judit Astacio	OASIS Prosalud
76	Karen Cuevas	PROFAMILIA

77	Kiara Mariano	REDJNACER
78	Leonardo Martínez	CONAVIHSIDA
79	Leonardo Sanchez	ASA
80	Leticia Cuzzo	Heartland Alliance Internacional
81	Lilian Reneau-Vernon	OPS/OMS
82	Lino Castro	FURJUG
83	Loddys Abreu	PSI
84	Lourdes Contreras	INTEC
85	Lucas Lo Conte	CONSAD
86	Luis Bonilla	CDC
40	Luis Ernesto Feliz Báez	DIGECITSS
87	Luis Moreno	IDCP
88	Luna Beras	COTRAVE
89	Magali Caram	PROFAMILIA
90	Magino Corporan	CONADIS
91	Maria Nurys Amador	CONAVIHSIDA
92	Marisol Jimenez	DIGECITSS
93	Martha Rodríguez	DIGECITSS
94	Mary Mateo	ASOLSIDA
95	Mayra Pichardo	MCP
96	Mercedes Betania Leger	MINERD
97	Michelle Cornielle	TRANSSA
98	Miguel Angel Rosa	Heartland Alliance Internacional
99	Miguel Angel Valdez	CMD
100	Miguel de León	MJ
101	Minerva Pérez	MINERD
102	Modesto Elías Parra Rodríguez	ASODIFMO
103	Nairobi Castillo	COTRAVE
104	Nelsa Baldayac	MSP
105	Nelson Belisario	CONAVIHSIDA
106	Nelson Rodríguez	DDF-DPS (MSP)
107	Nícida Beltré	MINISTERIO DE LA MUJER
108	Nicomedes Castro	Centro de Investigación y apoyo Cultural (CIAC)
109	Nilo Mercedes	Mesón de Dios
110	Nínive Peláez	Este Amor
111	Noemí Lara	DIGECITSS
112	Nora Suarez	COIN
113	Nurys Vargas	DIGECITSS
114	Oliver Morgan	CDC

115	Orfa González	CONAVIHSIDA
116	Patricia García	MUDE
117	Pedro Mercedes	GAYP
118	Rafael Alcántara	IDCP
119	Rafael Isa Isa	IDCP
120	Rafael Mena	ANDECLIP
121	Ramón Acevedo	CONAVIHSIDA
122	Ramón Alvarado	DDFDPS (MSP)
123	Rosa Céspedes	MESCYT
124	Rosa Margarita Aybar	COIN
125	Rosa Sánchez	DDFDPS (MSP) / CONAVIHSIDA
126	Rubecinda Valdez Solis	ADEG
127	Ruth Fernández	PNUD
128	Sabrina Gil	CONAVIHSIDA
129	Santo Rosario	COIN
130	Santo Rosario	COALICION ONG-SIDA
131	Sara Menéndez	UNICEF
132	Sarah Julia Jorge	MUDE
133	Sergia Galván	CMS
134	Shakira Reyes	TRANSSA
135	Sheila Almonte	MSP
136	Sheila Báez	Foro Feminista
137	Sherlo Otniel	FUNDOREDA
138	Sofía Khouri	UASD
139	Teresa Rodríguez	REDOVIH
140	Tessie Caballero	DIGECITSS
141	Thalia Almendares	TRANSSA
142	Vicente Ruíz	IDCP
143	Victor Hidalgo Jiménez	MSP
144	Victor Suero	ANDECLIP
145	Víctor Terrero	CONAVIHSIDA
146	Wendy Alba	PSI
147	Yaneiris Jiménez	CONAVIHSIDA
148	Ydelsi Hernandez	MSP
149	Yira Tavares	DDFDPS (MSP)
150	Yordana Dolores	ONUSIDA
151	Ysidora Zabala	DIGECITSS

Plan Estratégico Nacional (PEN) 2015-2018

Consejo Nacional para el VIH y el SIDA



# Plan Estratégico Nacional (PEN)

para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA  
2015-2018

