



Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

APLICACIÓN DEL MARCO  
DE ACELERACIÓN DE LOS ODM  
EN REPÚBLICA DOMINICANA

# PLAN DE ACCIÓN PARA LAS METAS 6A Y 6B



**OBJETIVOS**  
**DE DESARROLLO**  
DEL MILENIO

[www.ODM.gob.do](http://www.ODM.gob.do)



Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

---



**- Coordinación General:**

Viceministerio de Planificación, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo  
Viceministerio de Planificación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA).

**- Equipo de Coordinación:**

Dirección General de Desarrollo Económico y Social, MEPyD

**- Agencias del Sistema de las Naciones Unidas:**

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

---

**- Equipo de Técnico:**

- Diseño y diagramación: DanielleWest.Arte&Diseño.

---

Esta publicación se desarrolló en el marco del proyecto "Promoción de Políticas Públicas relevantes para impulsar el logro de los ODM", con el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD) y la asistencia técnica ha sido del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

"Las opiniones expresadas en esta publicación son las del (de los) autor(es) y no representan necesariamente la opinión de las Agencias de las Naciones Unidas participantes."



PROYECTO PROMOCIÓN DE  
POLÍTICAS PÚBLICAS RELEVANTES  
PARA IMPULSAR EL LOGRO DE LOS ODM



Aplicación del Marco de Aceleración de los ODM  
en República Dominicana

# PLAN DE ACCIÓN PARA LAS METAS 6A Y 6B



República Dominicana

Marzo 2014



- Abreviaturas .....	9
- Presentación .....	13
- <b>I Introducción</b> .....	19
- 1.1 Avance en el logro de los ODM 6A y 6B en el país. Retos pasados y emergentes.....	22
- 1.2 Plan de Acción. Enfoque del proceso e identificación del problema central .....	23
- 1.3 El proceso consultivo. Actores clave involucrados y enlace con los planes actuales. ....	24
- <b>II. Avance y retos en el logro de las metas ODM 6A y 6B</b> .....	27
- 2.1 Contexto .....	28
- 2.2 Progreso y tendencia .....	32
- 2.3 Conclusiones principales del análisis de situación.....	36
- <b>III. Intervenciones estratégicas</b> .....	39
- 3.1 Políticas y líneas de acción relacionadas con las metas 6A y 6B en los planes estratégicos y operativos anuales.....	40
- 3.1.1 El ODM 6 en la END y el Plan Plurianual.....	40
- 3.1.2 El marco de políticas del Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA. ....	41
- 3.1.3 Intervenciones normativas: Ley de VIH y SIDA .....	42
- 3.1.4 El Plan Decenal de Salud y el Plan Estratégico Plurianual 2012-2015 .....	43
- 3.1.5 Intervenciones del Plan Operativo 2013. Resultados esperados.....	44
- 3.2 Identificación documental de intervenciones. Lecciones aprendidas.....	46
- 3.2.1 Ampliación y fortalecimiento de la red de servicio.....	47
- 3.2.2 Participación de la sociedad civil .....	48
- 3.2.3 Inclusión de medicamentos ARV en el Plan Básico de la Seguridad Social .....	48

- 3.2.4 Mejoramiento de la práctica clínica y capacitación de personal .....49
- 3.2.5 Fortalecimiento del sistema de adquisición, distribución y Financiamiento de medicamentos.....49
- 3.2.6 Fortalecimiento de los sistemas de información .....50
- 3.2.7 Fortalecimiento de los servicios de protección y tratamiento a embarazadas, niños y niñas..50
- 3.2.8 Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS).....51
- 3.3 Intervenciones seleccionadas por el Grupo de Trabajo interinstitucional .....52
- 3.4 Resultado de la priorización realizada por el Comité Técnico .....53
  
- **IV. Análisis de los obstáculos** .....57
- 4.1 Obstáculos del Programa de Atención Integral a personas con VIH .....58
  - 4.1.1 El tratamiento ARV no incluido en el PBS del SDSS.....58
  - 4.1.2 Limitaciones en la adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos .....59
  - 4.1.3 Debilidades del sistema de información .....62
- 4.2 Obstáculos del Programa de Reducción de la Transmisión Vertical.....63
- 4.3 Obstáculos del Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) del MINERD.....63
- 4.4 Obstáculos de los programas de prevención en poblaciones más expuestas.....64
  
- **V. Identificación de soluciones** .....65
- 5.1 Soluciones a cuellos de botella del Programa de Atención Integral a Personas con VIH. ....66
  - 5.1.1 Estrategias y planes de acción ante el desmonte del Fondo Global .....66
  - 5.1.2 Fortalecimiento de la coordinación entre los actores institucionales.....67
  - 5.1.3 Mejoramiento del sistema de reporte para una adecuada y permanente actualización de las necesidades de los ARV.....67
  - 5.1.4 Establecimiento de un modelo de gestión unificado para la adquisición y distribución de los ARV e insumos. ....67
  - 5.1.5 Inclusión del tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social .....67
- 5.2 Soluciones a cuellos de botella del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV). ....68
- 5.3 Soluciones a cuellos de botella del Programa Educación Afectivo Sexual (PEAS) del MINERD.....68
- 5.4 Soluciones a cuellos de botella de los programas de prevención a poblaciones más expuestas. .69



- <b>VI. Plan de aceleración de las metas ODM 6A y 6B</b> .....	75
- 6.1 Alcance del Plan .....	76
- 6.2 Rol del Gobierno y de otros actores.....	76
- 6.3 Plan de implementación y seguimiento .....	77

## ÍNDICE DE CUADROS

---

- Cuadro 1 Población PVV por sexo 2005-2011 .....	29
- Cuadro 2 Población PVV de 15-49 años de edad y prevalencia en esta población. 2007-2011. ....	29
- Cuadro 3 Muertes por SIDA según rangos de edad. 2007-2011 .....	29
- Cuadro 4 Población de hasta 49 años que necesita ARV por rango de edad. ....	31
- Cuadro 5 Estado actual ODM 6A y 6B y metas a 2015. ....	37
- Cuadro 6 Metas del PNPSP sobre reducción de la propagación del VIH/SIDA. 2013-2016. ....	41
- Cuadro 7 Producción prioritaria proyectada en el área de atención y apoyo a pacientes viviendo con el VIH durante el período 2013-2016 .....	41
- Cuadro 8 Resultados prioritarios esperados en 2013 de intervenciones del MSP relacionadas con las Metas ODM 6A y 6B.....	45
- Cuadro 9 Principales áreas de intervención identificadas en la documentación revisada. ....	46
- Cuadro 10 Intervenciones seleccionadas por el Grupo de Trabajo Interinstitucional para priorización en el taller consultivo del Comité Técnico. ....	52
- Cuadro 11 Intervenciones priorizadas por el Comité Técnico .....	54
- Cuadro 12 Costo anual por persona por tipo de tratamiento, 2002 y 2012 .....	61
- Cuadro 13 Resumen para acelerar el avance hacia las Metas ODM 6A y 6B .....	70
- Cuadro 14 Plan de implementación y seguimiento .....	78

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

- Gráfico 1 Población PVV por sexo. Estimación 2005-2011 y proyección. 2012-2015 .....	32
- Gráfico 2 Población PVV por rangos de edad. Estimación 2005-2011 y Proyección.2012-2015.....	33
- Gráfico 3 Incidencia del VIH en población de 15-49 años. Estimación 2005-2011 y proyección 2012-2015.....	33
- Gráfico 4 Población PVV con infección avanzada con acceso a ARV. ....	34
- Gráfico 5 Población que necesita ARV y recibe el medicamento. 2006-2012.....	35



- **Gráfico 6** Población de 15-49 años que necesita ARV. Estimación 2007-2011 y proyección 2012-2015 .....35
- **Gráfico 7** Costo promedio anual atención a PVV. 2011 .....61
- **Gráfico 8** Costo de adquisición de medicamentos ARV. 2005-2012. ....62
  
- **Referencias bibliográficas** .....83

## ANEXOS

---

- **Anexo 1** Resumen de la identificación documental de intervenciones. Información preliminar para selección de intervenciones por parte del Grupo de Trabajo interinstitucional .....88
- **Anexo 1** Consideraciones sobre el impacto y viabilidad de las intervenciones.....88
- **Anexo 2A** Consideraciones sobre el impacto y viabilidad de las intervenciones relacionadas con la Meta 6 A. Área de prevención. ....89
- **Anexo 2B** Consideraciones sobre el impacto y viabilidad de las intervenciones relacionadas con la Meta 6B. Área de atención. ....91
- **Anexo 3** Resumen de los comentarios y observaciones de los participantes en el taller consultivo del Comité Técnico sobre priorización de intervenciones. ....93
- **Anexo 4** Descripción de métodos de recopilación de datos .....95
- **Anexo 4A** Metodología aplicada en la identificación y priorización de intervenciones .....95
- **Anexo 4B** Metodología para la identificación y priorización de obstáculos .....98
- **Anexo 5** Socios involucrados en cada etapa del proceso de elaboración del Plan de Aceleración.....103
- **Anexo 5A** Grupo de Trabajo que elaboró el listado de intervenciones priorizadas en taller consultivo del Comité Técnico. ....103
- **Anexo 5B** Listado de participantes en el taller de priorización de intervenciones. ....105
- **Anexo 5C** Listado de participantes en el taller de validación y priorización de obstáculos por grupo de trabajo. ....105
- **Anexo 5D** Comité Técnico. Función y composición .....106
- **Anexo 5F** Comité Directivo para el Marco de Aceleración. Función y composición. ....108

# ABREVIATURAS



## ABREVIATURAS

- 3TC Lamivudina
- ARV Antirretrovirales
- AZT Zidovudina
- APMAE Asociación de Padres y Madres Amigos de la Escuela
- ASOLSIDA Alianza Solidaria para la lucha contra el SIDA
- CNSS Consejo Nacional de la Seguridad Social
- CDF Combinaciones de dosis fijas
- CD4 Linfocitos con marcador de superficie CD4
- CONAVIHSIDA Consejo Nacional para el VIH y SIDA
- COPRESIDA Consejo Presidencial de SIDA
- DDF-SRS Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud
- DGEDES Dirección General de Desarrollo Económico y Social del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.
- DIGECITSS Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida
- DIGEMIA Dirección General Materno Infantil y Adolescentes
- DIGEPI Dirección General de Epidemiología
- DIGPRES Dirección General de Promoción y Educación para la Salud
- d4T Estavudina
- END Estrategia Nacional de Desarrollo
- ENDESA Encuesta de Demografía y Salud
- FFAA Fuerzas Armadas
- FM Fondo Mundial/Fondo Global
- GARPR Global Aids Response Progress Reporting
- GTH Gay, trans-sexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres
- HSH Hombres que tienen sexo con otros hombres
- IDDI Instituto Dominicano de Desarrollo Integral
- INDAJOVEN Instituto Dominicano de Apoyo a la Juventud
- INTEC Instituto Tecnológico de Santo Domingo
- ITS Infecciones de transmisión sexual
- LPV/r Lopinavir potenciado con Ritonavir



- MAF MDG Acceleration Framework. (Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio)
- MCP Mecanismo Coordinador de País del Fondo Mundial
- MESCYT Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
- MEPyD Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
- MINERD Ministerio de Educación
- MOSCTHA Movimiento Sociocultural de Trabajadores Haitianos
- MSP Ministerio de Salud Pública
- MUDE Mujeres en Desarrollo
- NVPmd Nevirapina en dosis única
- ONG Organización No Gubernamental
- OIT Organización Internacional del Trabajo
- ONUSIDA Organización de las Naciones Unidas sobre el SIDA
- ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OMS Organización Mundial de la Salud
- OPS Oficina Panamericana de la Salud
- PBS Plan Básico de Salud
- PEN Plan Estratégico Nacional del CONAVIHSIDA
- PEP Profilaxis post exposición (por sus siglas en inglés: Post-exposure prophylaxis)
- PLANDES Plan Nacional Decenal de Salud
- PNCT Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- PNPSP Plan Nacional Plurianual del Sector Público
- PNRTV Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH
- PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- PPL Personas Privadas de su Libertad
- PROMESE/CAL Programa de Medicamentos Esenciales/Central de Apoyo Logístico
- PRONAISA Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes
- PTMI Prevención de la Transmisión Materno infantil del VIH
- PVV Personas que viven con el VIH
- REDOVIH+ Red Dominicana de Personas que viven con VIH y SIDA

## ABREVIATURAS

- SAI Servicio de Atención Integral
- SENASA Seguro Nacional de Salud
- SDSS Sistema Dominicano de Seguridad Social
- SIAI Sistema de Información de Atención Integral en VIH y Sida
- SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SRS Servicio Regional de Salud
- SUME Sistema Único de Monitoreo y Evaluación
- SUGEMI Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos
- TARV Tratamiento antirretroviral
- TB Tuberculosis
- TRSX Trabajadoras Sexuales
- UNAP Unidad de Atención Primaria
- UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas
- UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- USAID United States Agency for International Development  
(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
- VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

# PRESENTACIÓN



**D**e acuerdo a estimaciones recientes del Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA) y la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS), la población viviendo con VIH en el país es de alrededor de 45,000 personas, mientras que la prevalencia del VIH en la población de 15-49 años ha sido estimada en 0.71%, y la incidencia (nuevas infecciones por VIH) en 0.3%. Por otro lado, se calcula que en el período 2007-2011 han fallecido en el país aproximadamente 12,000 personas a causa del SIDA.

Aunque los indicadores sobre la situación del VIH y el SIDA tienden a mejorar a nivel nacional, incluyendo la reducción del número de muertes por SIDA, estimado en 1,700 en 2011, (equivalente a la mitad del año 2007), la prevalencia sigue siendo muy alta en las poblaciones más expuestas, como son los casos de las personas gay, trans-sexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GTH), personas que usan drogas, trabajadoras sexuales y población de los bateyes, alcanzando niveles entre 4.8% y 8%.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el tema del VIH y SIDA el país asumió el compromiso de alcanzar estas dos metas: **“Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015” (Meta 6A)** y **“Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten” (Meta 6B)**.

Para darle un mayor impulso al logro de dichas metas, el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), junto al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA) y otras entidades, han elaborado el presente Plan de Acción. El mismo ha contado con el apoyo del Sistema de las Naciones Unidas, como parte del proyecto “Promoción de Políticas Públicas relevantes para impulsar el logro de los ODM”.

Para la preparación del Plan se utilizó la metodología Marco de Aceleración de los ODM (MAF, por sus siglas en inglés), lo que implicó la realización de un proceso consultivo en el cual estuvieron involucradas decenas de instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales, en cada una de las cuatro siguientes fases: a) Identificación y priorización de la intervención; b) Identificación y priorización de obstáculos; c) Identificación de soluciones, y d) Planificación, implementación y seguimiento.

Como resultado de dicho proceso, fueron priorizadas las siguientes áreas de intervención:

- a) Atención integral a personas viviendo con VIH
- b) Reducción de la transmisión vertical del VIH

- c) Prevención en poblaciones más expuestas
- d) Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD

Para cada una de las citadas áreas se identificaron sus principales obstáculos y las soluciones prioritarias para la aceleración hacia las metas ODM 6A y 6B. El plan de implementación y seguimiento contiene el plazo estimado para la implementación de cada actividad, el indicador de seguimiento y las entidades responsables de su ejecución.

Es importante destacar que no se trata de un nuevo proyecto, sino de la articulación de esfuerzos entre los actores clave, para acelerar la ejecución de iniciativas o intervenciones ya contempladas en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), el Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016 (PNPSP) y los Planes Estratégicos del MSP y del CONAVIHSIDA; en particular aquellas intervenciones con mayor viabilidad y potencial para mejorar los resultados en el corto plazo, es decir, desde el presente año hasta finalizar 2015, cuando vence el periodo establecido para el cumplimiento de las metas ODM.

En efecto, las actividades contempladas en el plan de aceleración están relacionadas con líneas de acción y metas establecidas tanto en la END, como en el PNPSP y los demás instrumentos de planificación mencionados. Nos referimos, por ejemplo, a componentes de los servicios de salud vinculados al VIH y SIDA establecidos en la END, como el acceso a tratamiento antirretroviral, reducción de la transmisión vertical del VIH, prevención de embarazos en adolescentes e incorporación de la educación sexual-reproductiva de los niños, niñas y adolescentes al currículo educativo. Por su parte, en el PNPSP se establece como meta a lograr, durante el período 2013-2016, el acceso universal a los servicios de atención integral a las personas viviendo con VIH-SIDA y de las embarazadas a las pruebas VIH+. Además, duplicar para 2014 y 2015, respecto a 2012, el número anual de casos de VIH-SIDA tratados de acuerdo a protocolos.

El Comité Directivo del MAF, compuesto por las autoridades del Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, establecerá los compromisos políticos e institucionales para la ejecución del plan de aceleración de las metas ODM vinculadas al VIH y SIDA.





**E**n 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y puso a disposición de los estados miembros el “Marco de Aceleración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)”, comúnmente conocido como MAF por su abreviatura en inglés, que es una metodología que permite maximizar los esfuerzos y recursos para desbloquear obstáculos en aquellos ODM que se encuentran más rezagados.

En el marco global de la campaña para acelerar hacia el logro de los ODM antes de 2015, el Sistema de las Naciones Unidas en República Dominicana ha apoyado la iniciativa del Estado Dominicano de aplicar el Marco de Aceleración a dos metas ODM de gran relevancia para el desarrollo humano:

- La Meta 1B “Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes”.
- La Meta 6B “Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”.

Estos dos marcos de aceleración serán una contribución significativa a corto y medio plazo para que las políticas y programas públicos luchen de forma eficiente para romper la exclusión que está en la base de los obstáculos que dificultan la aceleración para la generación de empleo y la consecución del tratamiento universal del VIH y SIDA.

Particularmente, han de servir para superar la exclusión social que sufre gran parte de la juventud dominicana al no poder acceder a un trabajo formal y encontrarse en la situación tristemente conocida de los “NiNi” (ni estudian ni trabajan). Igualmente, han de contribuir a luchar contra la discriminación que todavía experimentan las mujeres en el mercado laboral en el que participan en desigualdad de condiciones. Finalmente, el marco de aceleración para lograr el acceso universal al tratamiento del VIH y SIDA, contribuirá a la realización del derecho fundamental a la salud de las personas afectadas por la enfermedad y garantizando a las mismas un trato digno y humano.

Todo ello son excelentes noticias que nos llenan de esperanza, pero el verdadero desafío empieza hoy con la implementación de estos marcos de aceleración cuando estamos en la recta final hacia 2015. La iniciativa global “Momento ODM”, que acompaña acciones como los marcos de aceleración que a diario contribuyen al logro de los ODM, alertó que quedaban 500 días para conseguir los ODM e hizo un llamado a los gobiernos, la sociedad civil y las agencias de Naciones Unidas a seguir redoblando esfuerzos en pro de su consecución.

En este sentido, quisiera reconocer el compromiso con los ODM y los marcos de aceleración del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, el Ministerio de Trabajo, el Consejo Nacional para el VIH y SIDA, y el Ministerio de Salud Pública, invitándoles, al igual que a todas las instituciones públicas que han participado en estos dos procesos, a mantener dicho compromiso durante la ejecución.

Para ello, el Sistema de Naciones Unidas siempre será un aliado presto para ayudar en el avance hacia el logro de los ODM. Finalmente, aprovecho para reconocer la contribución de la Organización Mundial del Trabajo (OIT) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) que lideraron el debate técnico de ambos marcos de aceleración y cuya contribución ha sido esencial para el resultado final.

**Sr. Lorenzo Jiménez De Luis,**

*Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas*



Marco de Aceleración (MAF) para el Logro del ODM:

*“Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”*

**E**n enero pasado presentamos a la sociedad dominicana el tercer informe de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2013, el cual refleja los logros y rezagos en el cumplimiento de las metas asumidas como nación desde el año 2000.

En este informe, se analiza el proceso de priorización de acciones que han de desarrollar el gobierno y la sociedad dominicana para avanzar en el logro de dos metas, no obstante, ser posible su cumplimiento presentan escasos niveles de avance en los últimos años.

En 2013, como parte de una iniciativa mundial lanzada por el Sistema de Naciones Unidas como último impulso al compromiso con el logro de los ODM, el Estado Dominicano asumió como prioridad acelerar el logro de dos (2) metas consideradas como alcanzables para el país: 1.) La Meta 1B “Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes”. y 2.) La Meta 6B “Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”.

La iniciativa, denominada Marco de Aceleración (MAF) para el Logro de los ODM, persigue la definición de un plan de acción coherente y viable con un horizonte de corto plazo, basado en una metodología que identifica y analiza los obstáculos y las posibles soluciones que tengan un impacto significativo en la consecución de las metas identificadas. La misma se sustenta en procesos en desarrollo a nivel nacional con un abordaje intersectorial y participativo.

Para planificar la aceleración el cumplimiento de ambas metas se constituyeron sendos comités técnicos (uno para cada meta) y un comité directivo, integrado por las instituciones públicas responsable de la meta y las instituciones privadas, sindicatos, ONG y organismos internacionales relacionada con el logro de dichas metas.



El presente documento recoge la aplicación de la metodología del Marco de Aceleración, MAF, por sus siglas en inglés, la cual permitió la identificación de áreas claves en la Meta 6. Se conformaron grupos de trabajo interinstitucionales incorporados en el comité técnico que identificó 16 intervenciones indicativas y agrupadas en las tres primeras en el área de prevención y la cuarta en el área de atención obteniendo como resultado la priorización de: **i)** Fortalecer el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical; **ii)** Ampliación y mejora del Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) del MINERD; **iii)** Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas; y **iv)** Fortalecer el Programa de Atención Integral a personas con VIH.

Finalmente este proceso de consulta permitió la elaboración de un plan de acción en cada meta que contiene un cronograma de implementación con los responsables institucionales, los socios que apoyaran la implementación, los costos estimados y la disponibilidad de recursos financieros para la ejecución.

Esta iniciativa se suma a los esfuerzos que viene realizando el Gobierno Dominicano encabezado por el Presidente Danilo Medina orientado a mejorar los indicadores de salud de los grupos poblacionales más vulnerables del país.

**Ing. Juan Temístocles Montas**

*Ministro de Economía Planificación y Desarrollo*





# 1. Introducción



COMBATIR EL VIH/SIDA,  
EL PALUDISMO Y  
OTRAS ENFERMEDADES

## 1.1 Avance en el logro de los ODM 6A y 6B en el país. Retos pasados y emergentes

Mediante el reciente informe *Seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2013*, el país ha identificado las áreas en las cuales se ha avanzado y aquellas que requieren de mayores esfuerzos para alcanzar las metas establecidas. El informe evalúa a qué distancia se encuentra el país de lograr cada meta, presentando las intervenciones relacionadas con los ODM que forman parte de los planes de gobierno del período 2013-2016.

El análisis de las limitaciones que han impedido un adecuado avance hacia determinadas metas, y la identificación de las soluciones prioritarias, con capacidad para impactar significativamente en los dos años que restan para el 2015, se ha realizado bajo los criterios del Marco de Aceleración de los ODM. Dicha herramienta, desarrollada por el Sistema de las Naciones Unidas, ha sido aplicada en el diseño del plan de acción para acelerar la reducción de la propagación del VIH y el SIDA y el acceso a tratamiento antirretroviral (TARV).

Las estimaciones de CONAVIHSIDA y DIGECITSS muestran que la población viviendo con VIH del país era de unas 49,000 personas en 2005 y que en 2013 es de unas 45,000 personas, de las cuales el 58% son mujeres. La prevalencia del VIH (casos acumulados) en la población de 15-49 años ha sido estimada en 0.82% para el 2007 y en 0.71% para el 2011, tasa mucho más alta en las poblaciones clave (GTH, personas que usan drogas, trabajadoras sexuales, población de los bateyes).

En relación a la detención y reducción de la propagación del VIH-SIDA (Meta 6A), el país se ha comprometido a mantener la tasa de prevalencia entre las personas jóvenes de 15-24 años por debajo de 0.6%<sup>1</sup>, e igualmente, emprender acciones para reducir la misma. Las estimaciones más recientes indican que la prevalencia del VIH en la población de este rango de edad era de 0.48% en 2005, disminuyendo a 0.31% en 2009, mientras que para 2013 se proyectó una tasa de 0.21%<sup>2</sup>.

Por otro lado, la cantidad estimada de nuevas infecciones anuales por VIH por cada 100 personas (incidencia) en el período 2009-2011 fue de 0.3%<sup>3</sup>, lo que representa un descenso respecto al año 2007, para el cual se estimó una incidencia de 0.4%.

---

<sup>1</sup> Tasa de referencia (ENDESA, 2002).

<sup>2</sup> CONAVIHSIDA-DIGECITSS (2011).

<sup>3</sup> Esta tasa de incidencia es igual al promedio registrado en 2010 en los países de América Latina e inferior al promedio de los países del Caribe (0.5%), según reporta Naciones Unidas en el informe sobre los ODM del año 2012.



Respecto al acceso universal al tratamiento ARV (Meta 6B), cabe destacar que ha aumentado la proporción de personas viviendo con el VIH que necesitan antirretrovirales y están recibiendo el tratamiento, proporción que se estimó en 71%<sup>4</sup> en el año 2009 y en 89.8% en 2012. A pesar de este avance, existen factores de vulnerabilidad que ponen en riesgo lograr que para 2015 todas las personas que necesiten el tratamiento, puedan recibirlo. El desmonte de los aportes del Fondo Global impone la necesidad inmediata de un volumen mucho mayor de fondos públicos para mantener y poder aumentar la cobertura del tratamiento ARV.

La necesidad de más recursos aumentará significativamente, en la medida en que el país decida acogerse a un nuevo protocolo de atención, con umbral de aplicación del tratamiento más amplio que el actual, que es de un recuento de células CD4, igual o inferior a 350 mm<sup>3</sup>. Esto daría lugar a un aumento importante de la población a atender con ARV.

En 2011, alrededor de 23,000 personas requirieron ARV, de las cuales 1,800 eran niños/as de 0-14 años, 21,300 eran adultos de 15-49 años y 1,100 eran jóvenes de 15-24 años. Sin cambios en el protocolo actual, se estima que el número de personas con necesidad de tratamiento ARV será de aproximadamente 26,500 al año 2015<sup>5</sup>.

Un punto crítico, resaltado por la evaluación del avance de los ODM realizada en 2010, fue la situación de las mujeres embarazadas con VIH, de las cuales menos de la mitad recibía profilaxis con ARV. CONAVHISIDA y DIGECITSS reportan que en 2011 alrededor de 1,300 madres necesitaban ARV, cifra que para el año 2015, sería de aproximadamente 1,000 madres.

El país enfrenta el reto de continuar disminuyendo las muertes por SIDA, la cuales se estimaron en aproximadamente 12,000 en el período 2007-2011. Entre ellas alrededor de 1,200 fueron de niños y niñas de 0-14 años. En 2011 el número de muertes a causa del SIDA se estimó en cerca de 1,700 personas, la mitad del estimado de 2007.

## **1.2 Plan de Acción. Enfoque del proceso e identificación del problema central**

Para darle un mayor impulso al logro de las metas ODM, relacionadas con el combate del VIH y el SIDA, se ha elaborado el presente Plan de Acción, mediante el cual se procura:

- a)** Acelerar el avance hacia el acceso universal al tratamiento del VIH y el SIDA de todas las personas que lo necesiten, y mejorar la calidad del servicio brindado a la población usuaria de ARV.
- b)** Darle sostenibilidad a la detención y reducción de la propagación del VIH y el SIDA.

<sup>4</sup> De acuerdo al citado informe de Naciones Unidas, la proporción estimada de personas con VIH que reciben tratamiento con antirretrovirales (con recuento de células T-4 (CD4) de nivel igual o por debajo de 350 mm<sup>3</sup>), en América Latina y el Caribe era de 63% en el año 2010, mientras que para el conjunto de países de las regiones en desarrollo era de 48%.

<sup>5</sup> Proyecciones de CONAVHISIDA-DIGECITSS (2011).





El diseño del Plan ha sido el resultado del consenso, para lo cual se llevó a cabo un proceso de consultas con actores clave en el área de prevención y tratamiento del VIH y el SIDA. Dicho proceso se realizó siguiendo los cuatro pasos definidos en la metodología del Marco de Aceleración de los ODM (MAF, por sus siglas en inglés), desarrollada por Naciones Unidas:

- **Paso 1:** Identificación y priorización de la intervención
- **Paso 2:** Identificación y priorización de obstáculos
- **Paso 3:** Identificación de soluciones
- **Paso 4:** Planificación, implementación y seguimiento

En el primer paso se realizó una revisión de los principales documentos sobre la respuesta nacional al VIH y el SIDA y un conjunto de reuniones con especialistas de diferentes instituciones para el levantamiento de informaciones sobre las intervenciones realizadas y las lecciones aprendidas. Este paso culminó con un taller consultivo en el cual se seleccionaron las intervenciones consideradas más relevantes para los objetivos del Plan de Acción, las cuales corresponden a estos programas:

- a) Atención integral a personas con VIH
- b) Reducción de la transmisión vertical del VIH
- c) Prevención en poblaciones más expuestas
- d) Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD

En el paso siguiente se desarrolló un segundo taller consultivo para la validación y priorización de los obstáculos identificados en dichos programas; asimismo, también fueron identificadas las posibles soluciones a estos obstáculos. Este taller contó con el acompañamiento del Buró Regional del PNUD. La priorización de obstáculos fue validada por los Viceministros de los Ministerios de Salud Pública y Educación, organizaciones que tienen bajo su responsabilidad, las áreas de intervención que fueron seleccionadas como prioritarias en el proceso del MAF. Luego se realizaron nuevas reuniones con técnicos de las instituciones involucradas, para completar la identificación de soluciones y de los componentes a incluir en el plan de implementación y seguimiento.

El Comité Directivo del MAF, compuesto por las autoridades del Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, selecciona las soluciones de aceleración propuestas y establece los compromisos políticos e institucionales para su ejecución.

### **I.3 El proceso consultivo. Actores clave involucrados y enlace con los planes actuales.**

La elaboración del Plan de Acción se inició con el lanzamiento del Marco de Aceleración de los ODM, por parte del citado Comité Directivo, con el acompañamiento del Sistema de las Naciones Unidas. Se constituyó un Co-



mité Técnico integrado por representantes de diferentes instituciones, el cual se responsabilizó del seguimiento a la planificación, gestión y coordinación del plan de trabajo<sup>6</sup>.

La labor de dicho Comité fue apoyado por un Grupo de Trabajo, compuesto por 17 técnicos de instituciones clave, el cual tuvo a su cargo la preparación de los insumos básicos para la elaboración de las propuestas técnicas, discutidas durante las cuatro fases o pasos del MAF, incluyendo los talleres consultivos de validación y priorización. La tarea fundamental del Comité Técnico fue la participación en estos talleres. En el taller de priorización de intervenciones participaron 27 especialistas, mientras que en el taller de validación y priorización de obstáculos e identificación de soluciones participaron 34 personas.

Cabe destacar que el plan de aceleración de las metas ODM 6A y 6B propuesto se ha elaborado bajo el criterio de complementar las intervenciones en marcha. En tal sentido, no se proponen nuevas intervenciones, sino que se promueve un mayor impulso de aquellas ya contempladas en los planes actuales del Gobierno, y que tienen mayor potencial de mejorar los resultados esperados al finalizar el año 2015, cuando se evaluará hasta qué punto fueron alcanzadas las metas ODM.

En tal sentido, tanto las intervenciones seleccionadas como prioritarias para acelerar las referidas metas, como las propuestas de solución a los obstáculos identificados, están basadas en las intervenciones estratégicas, líneas de acción y programas específicos que forman parte de la Estrategia Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016, el Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA 2007-2015 del CONAVIHSIDA, el Plan Decenal y el Plan Estratégico Plurianual 2012-2015 del Ministerio de Salud Pública, así como de los planes operativos de estas organizaciones.

---

<sup>6</sup> En la documentación anexa se presenta detalle del proceso de consulta y los actores involucrados (integrantes del Grupo de Trabajo interinstitucional, participantes en los talleres, Comité Técnico y Comité Directivo del MAF).

<sup>7</sup> Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación serológica, COPRESIDA, 2008.





## 2. Avances y retos

En el logro de las metas  
ODM 6A y 6B.



COMBATIR EL VIH/SIDA,  
EL PALUDISMO Y  
OTRAS ENFERMEDADES

## II. Avance y retos en el logro de las metas 6A y 6B

### 2.1 Contexto

De acuerdo a la *Encuesta Demográfica y de Salud* (ENDESA) de 2007 y la Encuesta de comportamiento con vinculación serológica en poblaciones vulnerables (COPRESIDA, 2008), la prevalencia del VIH en la población general era de 0.8%. Particularmente más alta en grupos poblacionales como los siguientes: 6.1% en gay, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres (GTH) y 8% en personas que usan drogas, mientras que para las Trabajadoras Sexuales (TRSX) se encontró una prevalencia del 4.8%<sup>7</sup>.

Asimismo, es importante resaltar la situación epidemiológica de los residentes de bateyes, que a pesar de la reducción significativa en la prevalencia del VIH de 5% en el 2002 a 3.2% en el 2007, ésta última continua siendo elevada, y el uso del condón como medio de prevención, sigue siendo bajo (53.2%). Otro grupo de alta prevalencia está constituido por las mujeres de baja escolaridad o sin educación formal, con una tasa de 2% y 3.7% respectivamente (ENDESA 2007).

Por otro lado, existen marcadas disparidades en la prevalencia del VIH por zona de residencia. En efecto, ENDESA 2007 estimó la prevalencia en la zona urbana en 0.7%, mientras que en la zona rural en 1.0%. En 2002, la estimación fue de 0.9% en la zona urbana y 1.2% en la rural. ENDESA 2007 no encontró diferencia en la prevalencia del VIH por sexo, estimándola en 0.8% tanto para hombres como para mujeres.

De acuerdo a un estudio reciente de CONAVIHSIDA Y DIGECITSS<sup>8</sup>, el número estimado de personas viviendo con el VIH (PVV) en República Dominicana era de 44,234 en 2011 (Cuadro 1). Al grupo de edad entre 15-49 años correspondían 38,628 personas, de las cuales 22,765 (59%) eran mujeres<sup>9</sup> y 15,863 (41%) hombres. En este rango de edad, la prevalencia estimada era de 0.71% (Cuadro 2).

<sup>7</sup> Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación serológica, COPRESIDA, 2008.

<sup>8</sup> El estudio, realizado por CONAVIHSIDA Y DIGECITSS, consiste en un ejercicio de estimaciones y proyecciones realizado "a partir de los datos de vigilancia en puestos centinelas en embarazadas, respondiendo dicho ejercicio a varios años de medición, y en adición a estos resultados, los datos provenientes de las encuestas demográficas y de salud (ENDESA), las cuales sirven de agente calibrador". Esta sección contiene parte de las estimaciones del estudio para el periodo 2005-2011 y en la sección 2.2 sobre progreso y tendencia se presentan algunas de las proyecciones para el período 2012-2015.

<sup>9</sup> A diferencia del país, a nivel mundial la proporción de mujeres y hombres con el VIH es 50%. En el Caribe es 53% (Naciones Unidas, Informe ODM 2012).



CUADRO 1

**Población PVV por sexo 2005 - 2011**

	Hombre	Mujer	Total
2005	21,674	27,675	49,349
2006	21,001	27,212	48,213
2007	20,386	26,714	47,100
2008	19,898	26,292	46,190
2009	19,506	25,930	45,436
2010	19,174	25,618	44,792
2011	18,883	25,351	44,234

Fuente: CONAVIH/SIDA-DIGECITSS.  
Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. Año 2011.

CUADRO 2

**Población PVV de 15 - 49 años de edad y prevalencia en esta población. 2007 - 2011**

Año	Hombre	Mujer	Total	Prevalencia
2007	17,576	24,245	41,821	0.82
2008	17,047	23,793	40,840	0.79
2009	16,596	23,393	39,989	0.76
2010	16,203	23,049	39,252	0.73
2011	15,863	22,765	38,628	0.71

Fuente: CONAVIH/SIDA-DIGECITSS.  
Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. Año 2011.

En 2011 se registraron 1,696 muertes relacionadas con el SIDA (la mitad del año 2007), de las cuales 163 correspondieron a niños y niñas de 0-14 años. Se calcula que en el quinquenio 2007-2011 en el país fallecieron 12,018 personas; entre ellas, 1,232 tenían entre 0-14 años de edad (Cuadro 3) y 305 eran mujeres embarazadas<sup>10</sup>.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el país asumió el compromiso de "Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades" (ODM 6). Entre las metas asumidas se encuentran: "Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015" (Meta 6A) y "Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten" (Meta 6B)<sup>11</sup>.

CUADRO 3

**Muertes por SIDA según rangos de edad. 2007 - 2011**

Año	0-14 años	15-49 años	Mayor de 49 años	Total
2007	326	2,777	285	3,388
2008	283	2,217	217	2,717
2009	247	1,824	170	2,241
2010	213	1,615	148	1,976
2011	163	1,400	133	1,696
<b>Total</b>	<b>1,232</b>	<b>9,833</b>	<b>953</b>	<b>12,018</b>

Fuente: CONAVIH/SIDA-DIGECITSS.  
Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. Año 2011.

<sup>10</sup> El número de muertes por SIDA entre embarazadas también ha ido descendiendo. Para 2007 había sido estimado en 93 y para 2011 en 38.

<sup>11</sup> La otra meta del ODM 6 es "Haber detenido y comenzado a reducir en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves" (Meta 6C).



El informe Objetivos de Desarrollo del Milenio: República Dominicana 2010, consideró probable alcanzar la Meta 6A. No obstante, condicionó su cumplimiento al mantenimiento de “una política de prevención y atención de la población en riesgo, incluyendo una adecuada divulgación de las medidas de prevención”. Señala que se ha registrado un aumento del uso de preservativos en relaciones riesgosas y destaca como un hecho preocupante el escaso conocimiento de las personas jóvenes de ambos sexos sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA<sup>12</sup>.

Respecto a la Meta 6B, el citado informe destaca que la misma no se logrará, a menos que se tomen acciones para modificar la tendencia reciente. Expresa que “el acceso al tratamiento ARV ha aumentado significativamente, pero no al ritmo necesario. Sólo la mitad de las embarazadas viviendo con el VIH está recibiendo profilaxis con antirretrovirales.”

El indicador que se ha utilizado para medir el avance de la Meta 6B es la proporción de la población viviendo con el VIH que necesita y tiene acceso a medicamentos antirretrovirales. Dicho indicador pasó de 23% en 2006 a 71% en 2009. La meta era que al año 2010, el 100% de las personas con infección avanzada estuvieran recibiendo antirretrovirales. Sobre la base del comportamiento observado en el período 2006-2009, se estimó que al finalizar el 2010, alrededor del 90% de las personas con infección avanzada de VIH estaba recibiendo medicamentos ARV.

Un punto crítico en la evaluación del avance de los ODM realizada en 2010, fue la situación de las embarazadas infectadas por el VIH, población que requiere particular atención, ya que cuando ocurre una infección, se ponen en riesgo directo, al menos dos vidas. La proporción de la población de embarazadas con el VIH<sup>13</sup> que recibió profilaxis con ARV en 2009 fue de un 47.4%<sup>14</sup>. En aquel momento, se estimó que si la tendencia del periodo 2006-2009 no variaba, al concluir 2010, alrededor del 54% de las embarazadas tendría acceso a profilaxis con ARV, lo que representa una brecha de 46 puntos porcentuales respecto a la meta de la cobertura total<sup>15</sup>.

El tratamiento ARV es de vital importancia para las personas que viven con el VIH. Mejorar la expectativa y calidad de vida de las personas que viven con el VIH es el principal objetivo que se busca con la provisión de TRAV, con lo cual se reduce la carga viral a niveles indetectables, mejorando el grado de inmunodepresión que se expresa en la elevación de los valores de células CD4.

A partir de 2004, con la introducción de los ARV, la mortalidad por SIDA ha disminuido. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública, a principios de la década de los noventa, la mortalidad anual por SIDA en la población

<sup>12</sup> El principal indicador seleccionado para el seguimiento de dicha meta es la prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años. La Encuesta ENDESA estimó la prevalencia para este grupo poblacional en 0.6% en 2002 y 0.3% en 2003. La meta para 2015 es <0.6%.

<sup>13</sup> De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la población de embarazadas infectadas con VIH se estimó en 1,798 en 2006, 1649 en 2007 y 2030 en 2008 (Exposición en taller sobre ODM 6, julio 2010, durante el proceso de elaboración del Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio: República Dominicana 2010).

<sup>14</sup> Estos porcentajes se refieren a la población de embarazadas portadoras de VIH, sin tomar en cuenta el grado de infección. La otra población a la que se le suministra medicamentos ARV es la PVIH con infección avanzada.

<sup>15</sup> CONAVHISIDA y DIGECITSS reportan que en 2011 alrededor de 1,290 madres necesitaban ARV, cifra que sería de 1,002 para el año 2015.



de 15-49 años era inferior a 500, cifra que se elevó a más de 3,000 en 2005. Como se vio antes, según el informe de CONAVIHSIDA y DIGECITSS, de 2007 a 2011 las muertes anuales a causa del SIDA se han reducido a la mitad.

Alrededor de 23,000 personas requerían ARV en 2011, de las cuales 1,800 eran niños y niñas de 0-14 años<sup>16</sup> y 21,300 adultos de 15-49 años<sup>17</sup>, mostrando un aumento creciente del número anual de personas con necesidad de ARV, como se observa en el Cuadro 4. El informe señala que aunque existe un aumento de la cantidad de personas que viven con VIH que requieren ARV, el significativo incremento que tuvo lugar entre 2009 y 2011 “puede obedecer al cambio de protocolo de tratamiento de conteo CD4 de 200 a 350 según recomienda la OMS”.

En relación al logro de la Meta 6A, “Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015”, el informe presentado por el país en 2010 sobre el avance de los ODM, señala que es probable que se cumpla la meta en 2015, “pero se requiere mantener una política de prevención y atención de la población en riesgo, incluyendo una adecuada divulgación de las medidas de prevención. Un factor positivo es el aumento del uso de preservativos en relaciones riesgosas, aunque es preocupante el escaso conocimiento de las personas jóvenes sobre la transmisión y prevención de la enfermedad.”

De acuerdo a ENDESA (2007), en el período 2002-2007, el uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo aumentó de 35.2% a 62.3%. Con respecto al nivel de conocimiento de las personas jóvenes sobre la transmisión y prevención del VIH, los datos de ENDESA revelaron que en 2007 solo el 38.5% de la población de 15 a 24 años tenía conocimiento integral sobre las vías de transmisión del VIH. Esto, “además de reflejar el bajo nivel educativo que en general tiene la población dominicana, muestra la necesidad de ampliar los programas de divulgación sobre la enfermedad, tanto a nivel de los medios masivos de información como en los centros escolares y otros espacios”<sup>18</sup>.

CUADRO 4

<b>Población de hasta 49 años que necesita ARV por rango de edad</b>			
<b>Año</b>	<b>0-14 años</b>	<b>15-49 años</b>	<b>Total</b>
2007	1,700	10,684	12,384
2008	1,681	11,483	13,164
2009	1,678	12,675	14,353
2010	2,012	20,374	22,386
2011	1,839	21,276	23,115

Fuente: CONAVIHSIDA-DIGECITSS. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. Año 2011.

<sup>16</sup> Se ha estimado que 78 niños y niñas se infectaron en 2011. Es importante señalar que “la evolución del VIH en los niños es mucho más rápida en adultos; por tanto, la mayoría de los niños infectados mueren en los tres primeros años de vida si no son tratados con ARV, de ahí la importancia de que el programa de reducción de la transmisión vertical sea priorizado”.

<sup>17</sup> En el informe de CONAVIHSIDA y DIGECITSS se indica que de acuerdo al Protocolo Nacional de Atención todos los lactantes entre 6 semanas y 1 año de edad nacidos de madres con VIH deben recibir tratamiento ARV, sin tomar en cuenta el porcentaje de células CD4 o su situación clínica.

<sup>18</sup> MEPyD. Informe ODM. República Dominicana 2010.



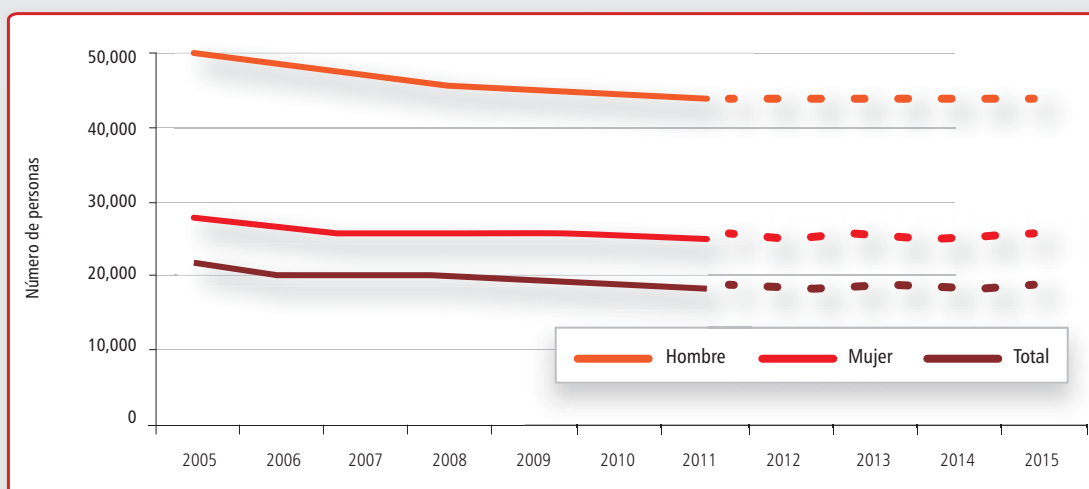


En el país, el VIH es una epidemia estrechamente asociada a la elevada proporción de la población que vive en condiciones de pobreza y a otros factores, incluyendo actividad sexual a temprana edad, sexo comercial, bajo uso de condón, estigma y la discriminación a grupos socialmente excluidos

## II.2 Progreso y tendencia

La población viviendo con el VIH, fue estimada en alrededor de 50,000 personas en 2005. Para 2013, se calculaba en aproximadamente 44 mil personas, de las cuales unas 25,000 (57%) eran mujeres. El informe CONAVIHSIDA-DIGECITSS proyecta que para 2015 la población total viviendo con el VIH variará muy poco, señalando que la epidemia del VIH en la República Dominicana “muestra una aparente tendencia a la estabilidad”, como se muestra en el Gráfico 1.

**Gráfico 1** | Población PVV por sexo. Estimación 2005 - 2011 y proyección 2012 - 2015.

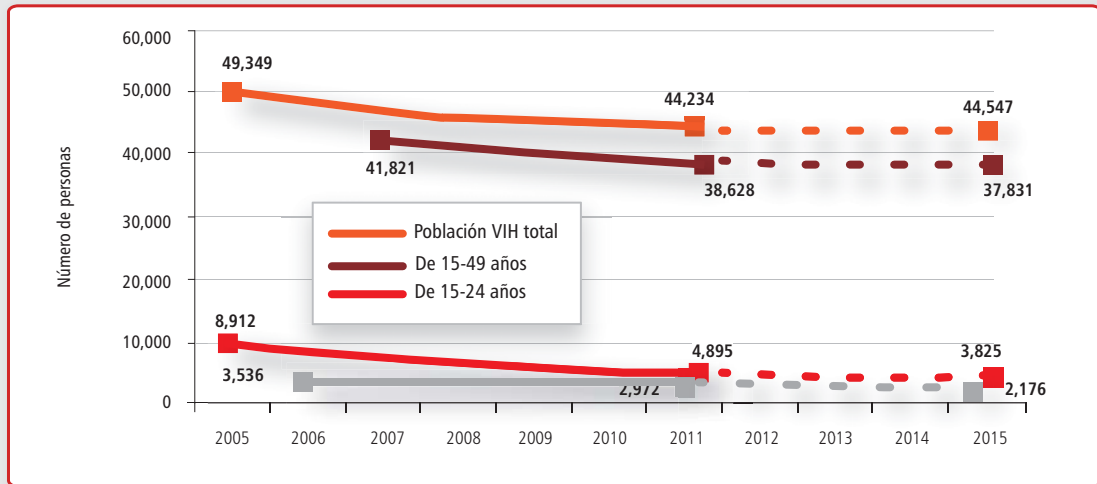


Fuente: CONAVIHSIDA-DIGECITSS. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia del VIH y Carga de Enfermedad. 2011.

En otro orden, se estima que en 2015 la población PVV entre 15-49 años será de alrededor de 38,000 personas; de 15-24 años unas 3,800 y de 0-14 años cerca de 2,200 (Gráfico 2). La incidencia (nuevas infecciones con el VIH por año por cada 100 personas) en la población de 15-49 años fue estimada en 0.04 para 2007, y en 0.02 para 2012 (Gráfico 3). Este nivel de incidencia es similar al promedio registrado en 2010 en América Latina (0.03) y menor al promedio en el Caribe (0.05). En el conjunto de países de las regiones en desarrollo, el promedio es 0.07 y en las regiones desarrolladas 0.04<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Naciones Unidas. Informe sobre los ODM. 2012.

**Gráfico 2 |** Población PVV por rangos de edad. Estimación 2005 - 2011 y proyección 2012 - 2015.



Fuente: CONAVIHSA-DIGECITSS. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia del VIH y Carga de Enfermedad. 2011.

**Gráfico 3 |** Incidencia del VIH en población de 15-49 años. Estimación 2005 - 2011 y proyección 2012 - 2015.

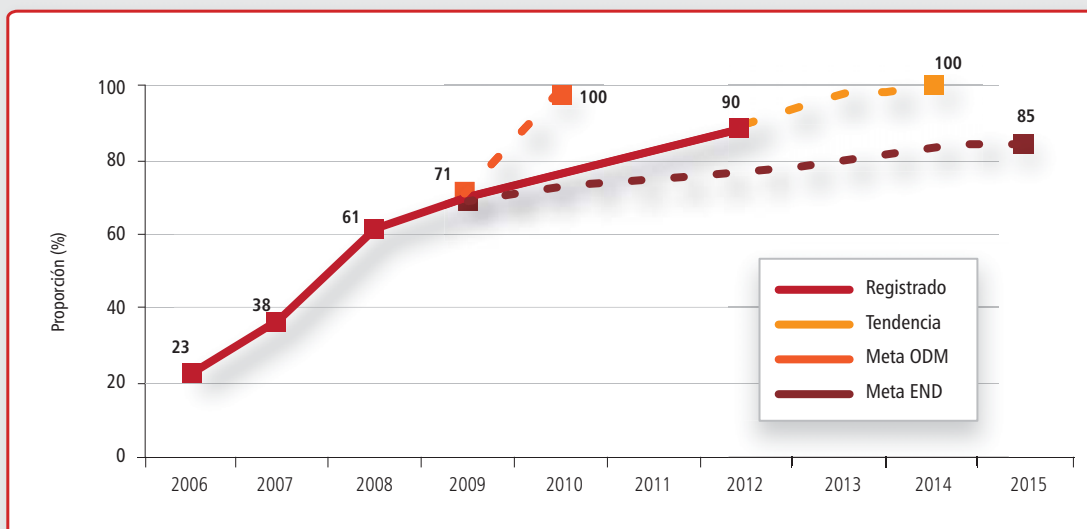


Fuente: CONAVIHSA-DIGECITSS. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia del VIH y Carga de Enfermedad. 2011.



En el gráfico siguiente se observa que de 2006 a 2009 se registró un aumento significativo al acceso a ARV de la población que vive con infección del VIH avanzada. En dicho período la proporción pasó de 23% a 71%, y según el informe Global Aids Response Progress Reporting (GARPR) 2013, al finalizar el pasado año era de 89.78%. Este nivel de cobertura es significativamente superior al promedio de América Latina y el Caribe, estimado para 2012 en 75% y 72% respectivamente<sup>20</sup>. Sobre la cobertura del tratamiento ARV, en el conjunto de países de ingresos bajos y medios, del citado informe, ONUSIDA señala que “conforme a las guías de la OMS de 2010, un 61 % (57 %-66 %) de todas las personas elegibles para el tratamiento contra el VIH en países de ingresos bajos y medios, recibieron tratamiento antirretroviral en 2012”

**Gráfico 4** | Población PPV con infección avanzada con acceso a ARVs. (%).



Fuente: Informe ODM: República Dominicana 2010 (datos 2006-2009), Informe GARPR 2013 (Dato 2012) y END (dato 2015).

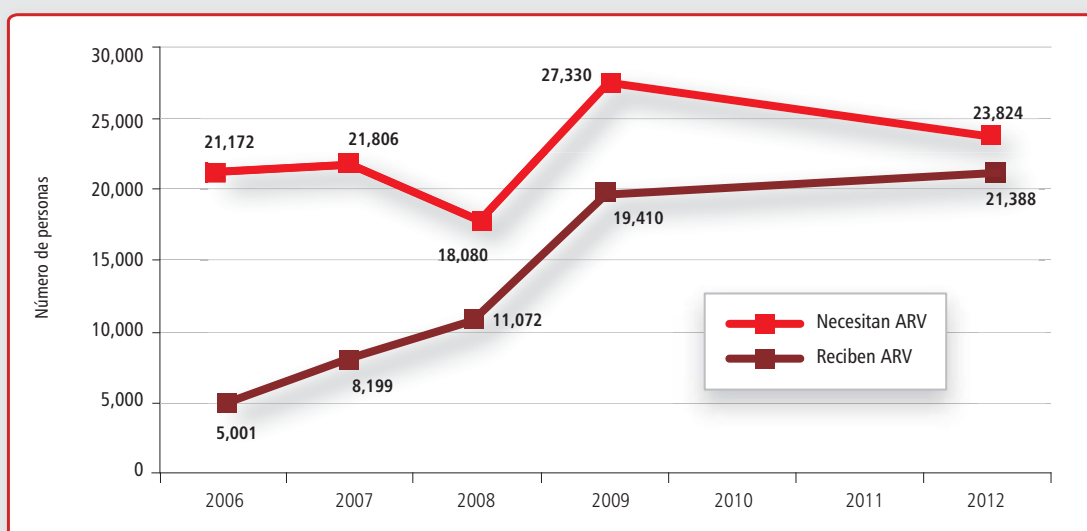
Si el acceso continúa aumentando al ritmo registrado en los últimos tres años (2009-2012), en 2013 la cobertura podría alcanzar el 100%, que es la meta teórica cuyo cumplimiento estaba previsto para 2010<sup>21</sup>. En la END se previó un menor ritmo de aumento en la cobertura de tratamiento ARV y se estableció una meta de 85%, la cual, conforme a los registros recientes, fue superada en 2012.

<sup>20</sup> ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del sida 2013.

<sup>21</sup> Es necesario reflexionar sobre el concepto de acceso universal. ¿Implica que el 100% de las personas que necesitan ARV estén recibiendo el tratamiento? Naciones Unidas, en su Informe 2012 sobre los ODM, señala que en 10 países, donde la epidemia es generalizada, “han logrado acceso universal al tratamiento con antirretrovirales (definido como una cobertura de por lo menos un 80% de la población que lo necesita.” pág. 42. (Subrayado nuestro). ONUSIDA refiere que el término acceso universal “implica la máxima cobertura a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, para todas las personas que los necesiten. Entre los principios básicos para que el acceso sea universal, se requiere que los servicios sean equitativos, accesibles, asequibles, integrales y sostenibles a largo plazo. Debido a que cada escenario suele tener distintas necesidades, los objetivos para el acceso universal se fijan a nivel nacional”. ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf))

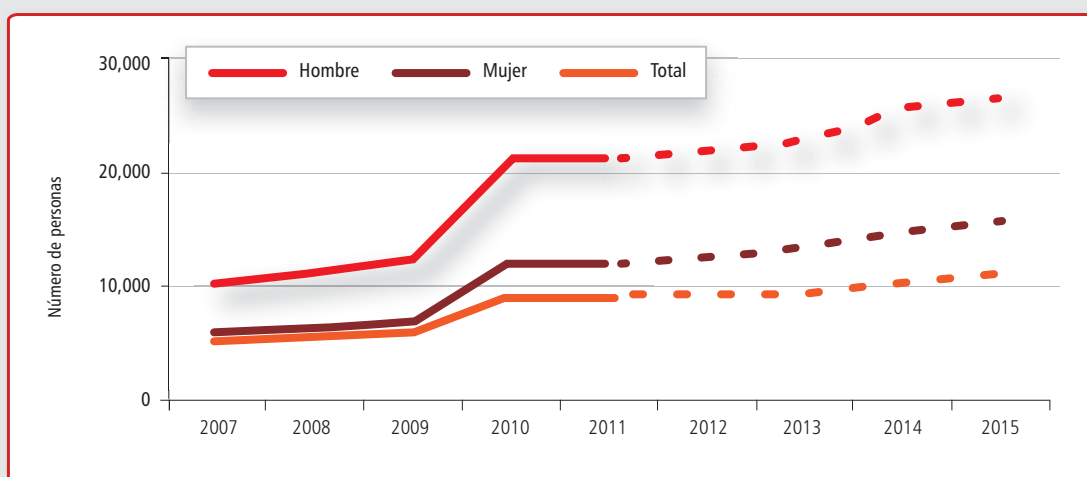
El nivel de cobertura señalado se refiere a la población con infección avanzada que ha sido identificada. Sin embargo, es probable que el acceso esté desigualmente distribuido y que determinado segmento poblacional tenga un acceso a ARV bastante por debajo del promedio estimado, lo cual requeriría un esfuerzo especial de

**Gráfico 5** | Población que necesita ARV y recibe el medicamento. (2006 - 2012).



Fuente: Elaborado con datos (2006-2009) del Informe ODM, República Dominicana 2010, y para 2012 informe GARPR 2013.

**Gráfico 6** | Población de 15-49 años que necesita ARV. (Estimación 2007 - 2011 y proyección 2012-2015).



Fuente: CONAVIHSIDA-DIGECITSS. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia del VIH y Carga de Enfermedad. Año 2011.



intervención. Por otro lado, es pertinente indicar que la tendencia favorable observada podría variar. Un cambio de la guía de atención clínica, que implique la entrada de pacientes a TARV con CD4 más alto, ampliaría la población que necesita el tratamiento. Esto, junto a la disminución de los fondos de la cooperación internacional, destinados a la respuesta nacional al VIH/SIDA, hará necesario que el país asuma el creciente requerimiento de recursos, tanto para prevención como para tratamiento<sup>22</sup>.

### II.3 Conclusiones principales del análisis de situación

La prevalencia del VIH en el país disminuye lentamente. Para 2013 se estimaba en 0.71% de la población entre 15-49 años, siendo muy superior en la población de los bateyes y en los grupos poblacionales clave, como trabajadoras sexuales, GTH y personas que usan drogas. El número de muertes anuales, aunque disminuye cada año, para el 2011 se estimó en alrededor de 1,700 personas. La proporción estimada de mujeres con VIH (59%) es muy superior a la de los hombres (41%).

Si bien el país ha mantenido la prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años por debajo de 0.6% (tasa de referencia de la meta 6A), continuar la reducción de la propagación del VIH y el SIDA está condicionada al sostenimiento de “una política de prevención y atención de la población en riesgo, incluyendo una adecuada divulgación de las medidas de prevención”, como se señaló en el informe nacional sobre los ODM del año 2010. Es pertinente señalar que, de acuerdo a los últimos datos disponibles, el conocimiento de las personas jóvenes de ambos sexos sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA es escaso. Este tema, junto a la alta tasa de embarazo en adolescentes, merece particular atención. Estimaciones de ENHOGAR del año 2006 sitúan dicha tasa en 16.5% para la población de 12 a 19 años; mientras que ENDESA de 2007 la estima en 21.6% para la población de 15 a 19 años<sup>23</sup>.

Alrededor de 23,000 personas requerían ARV en 2011, de las cuales 1,800 eran niños y niñas de 0-14 años. Aunque estimaciones recientes indican que cerca del 90% de las personas que necesitan ARV está recibiendo el tratamiento, se ha considerado probable que, una vez superadas debilidades que se observan en el sistema de información, se identifique un mayor número de personas que necesitan medicamentos ARV y que no lo están recibiendo en la actualidad.

Por otro lado, un cambio de la guía de atención clínica que implique la entrada de pacientes a tratamiento ARV con conteo de células CD4 más elevado, incrementaría de manera significativa la población que necesita el tratamiento, lo que demandaría una mayor disponibilidad de recursos para sostener adecuados niveles de cobertura de los servicios de atención con la calidad requerida.

<sup>22</sup> La brecha estimada entre la población que necesita ARV y la que recibe el tratamiento en base al protocolo de atención vigente, así como la proyección de la población de 15-49 años que necesitaría tratamiento ARV en los próximos tres años, se muestran en los gráficos 5 y 6, respectivamente.

<sup>23</sup> Profamilia y CENISMI. Embarazo en Adolescentes: Una realidad en transición? Marzo 2011.



La atención a embarazadas requiere de mejoría para disminuir la transmisión vertical del VIH. Aunque la prevalencia del VIH ha disminuido y ha aumentado la cobertura del TARV, aún la prevalencia es alta y no se ha logrado el acceso universal a los medicamentos ARV. Además, existen riesgos de que la situación no mejore, e incluso se deteriore, si no se intensifican los esfuerzos tanto en el área de prevención, como en el área de atención.

CUADRO 5

Estado actual ODM 6A y 6B y metas a 2015				
Meta ODM	Indicador	Rereferencia	Estado actual	Meta de 2015
<b>Meta 6A:</b> Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.	Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años (%).	0.3 (2007, ENDESA)	.21 (2013, CONAVIHSIDA - DIGECITSS)	< 0.6
	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (%).	62.3 (2007, ENDESA)	No disponibles datos recientes	No se fijó valor meta
	Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (%).	38.5 (2007, ENDESA)	No disponibles datos recientes	No se fijó valor meta
	Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años (%).	16.4 (2006, ENDESA)	No disponibles datos recientes	No se fijó valor meta
<b>Meta 6B:</b> Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten".	Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.	71.0% (2009, MSP)	89.8% (2012, Informe GARPR)	100%





# 3. Intervenciones estratégicas



COMBATIR EL VIH/SIDA,  
EL PALUDISMO Y  
OTRAS ENFERMEDADES



## II. Intervenciones estratégicas

### 3.1 Políticas y líneas de acción relacionadas con las metas 6A y 6B en los planes estratégicos y operativos actuales

#### 3.1.1 El ODM 6 en la END y el Plan Plurianual

La Ley END establece un marco de políticas que comprende varias líneas de acción y metas relacionadas con el ODM 6. Respecto al tratamiento ARV, la meta establecida en dicha ley es lograr que a 2015, el 85% de la población que vive con infección de VIH avanzada tenga acceso a tratamiento ARV, es decir, 15 puntos porcentuales por encima a la cobertura registrada en 2009 (71%). En la END se estima que dicha proporción aumentará a 90% en 2020, 95% en 2025 y se alcanzará la cobertura total de 100% en 2030.

La línea de acción 2.2.1.2 de la END se refiere al fortalecimiento de los servicios de salud colectiva, con énfasis en salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos en adolescentes, del VIH y SIDA y de otras enfermedades transmisibles, como tuberculosis, dengue y malaria. Mientras que la línea de acción 2.3.4.10 establece que se incorporará al currículo educativo la educación sexual-reproductiva de los niños, niñas y adolescentes, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH.

Además de la meta ODM 6B, la END se refiere a la reducción de la proporción de la población de hijos(as) nacidos(as) de madres viviendo con el VIH, que resultan ser positivos(as) al testearse. En tal sentido, la meta establecida es reducir dicha proporción del 10% en 2010 al 5.5% en 2015 y a 1% a partir de 2020.

Dentro de los principales proyectos de inversión pública contemplados en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016, destinados a contribuir a garantizar el acceso a un modelo de atención integral, se encuentra el proyecto "Prevención, Control y Atención del VIH-SIDA en República Dominicana", a través del cual se ha planeado atender en dicho período a 825,000 personas.

Las metas establecidas en el PNPSP en el campo del combate al VIH/SIDA son las presentadas en el Cuadro 6.

Para alcanzar los resultados señalados anteriormente, en el PNPSP 2013-2016 se proyecta que, mediante intervenciones a realizar por el Ministerio de Salud Pública, se logrará alcanzar la producción prioritaria anual que se señala en el Cuadro 7.



CUADRO 6

<b>Metas del PNPS sobre reducción de la propagación del VIH/SIDA. 2013-2016</b>		
<b>Resultados esperados</b>	<b>Línea de base 2012</b>	<b>Meta a 2016</b>
Aumento del porcentaje de la población viviendo con VIH/SIDA con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos ARV	-	85
Aumento del porcentaje de embarazadas con pruebas VIH+	79	100
Aumento del porcentaje de embarazadas con pruebas VIH+ con protocolo completo (2011)	>70	95
Aumento del porcentaje de pacientes viviendo con VIH-SIDA con atención integral	80	100

Fuente: MEPYD. Plan Nacional Plurianual del Sector público 2013-2016.

CUADRO 7

<b>Producción prioritaria proyectada en el área de atención y apoyo a pacientes viviendo con el VIH durante el período 2013-2016</b>						
<b>Productos</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>2012*</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Captación de embarazadas VIH+ y aplicación Profilaxis ARV.	No. de Mujeres embarazadas VIH+ captadas y recibiendo estrategia de atención.	660	990	1,000	1,019	1,038
Ingreso al programa y tratamiento de casos VIH-SIDA.	Casos tratados de acuerdo a Protocolos (miles).	35.7	56.0	56.9	57.7	58.5
	Personas ingresadas (miles).	14.7	16.8	17.1	17.3	17.5

\* Línea Base.  
Fuente: MEPYD. Plan Nacional Plurianual del Sector público 2013-2016.

### 3.1.2 El marco de políticas del Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA

El Plan Estratégico Nacional (PEN) del Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) comprende el período 2007-2015<sup>24</sup>, y se enfoca en cuatro áreas:

<sup>24</sup> En el mes de abril del año en curso ha sido iniciado un proceso de revisión y actualización del PEN.

- 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 multisectoriales basados en evidencias, y
- d) Acceso universal a la atención integral a las PVV y afectados en programas intersectoriales.

El PEN está compuesto por un conjunto de intervenciones mayormente de carácter preventivo, aunque también de carácter curativo, de mitigación, y otras relacionadas con el entorno institucional y de políticas.

Entre las áreas de intervención del PEN se encuentran:

- Comunicación para el cambio de comportamiento
- Asesoramiento y pruebas voluntarias
- Suministro de preservativos
- Prevención y tratamiento de ITS
- Prevención de la transmisión materno infantil
- Seguridad hematológica
- Vigilancia y evaluación
- Vigilancia serológica
- Programa de derechos humanos<sup>25</sup>

### 3.1.3 Intervenciones normativas: Ley de VIH y SIDA.

En el plano institucional y de políticas públicas, referidas al campo del VIH/SIDA, se destaca la promulgación de la Ley 135-11<sup>26</sup> de junio de 2011, con la finalidad de crear un marco jurídico que garantice el pleno ejercicio de los derechos de las personas viviendo con el VIH o con SIDA, “mediante acciones de carácter integral, intersectorial e interdisciplinario”.

---

<sup>25</sup> Este programa se refiere básicamente a la discriminación y estigmatización.

<sup>26</sup> Esta Ley sustituye la No. 55-93, mediante la cual se estableció un marco regulatorio sobre la prevención, la información y contra la discriminación. En la misma se dispuso “notificar a las autoridades de salud pública nacionales, todo lo relacionado con las personas vivas o fallecidas que hayan sido infectadas por el virus del Sida”. En enero de 2001, mediante Decreto 32-01, fue creado el COPRESIDA, cuya función fundamental era velar por el cumplimiento de dicha ley y trazar la política a seguir en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.



Una gran parte de la Ley está dedicada al establecimiento de políticas de prevención, acceso a los servicios de atención y tratamiento, así como a la definición de las responsabilidades de los diferentes actores que deben intervenir en el combate del VIH/SIDA<sup>27</sup>.

Se refiere a la definición de políticas relacionadas con intervenciones en la adquisición y suministro de ARV y otros medicamentos, pruebas de monitoreo, habilitación de laboratorios y bancos de sangre, promoción de la producción de ARV genéricos, normas o protocolos de atención, prevención de la transmisión vertical y seguimiento a las embarazadas y a hijos(as) nacidos(as) de mujeres viviendo con el VIH o con SIDA.

### 3.1.4 El Plan Decenal de Salud y el Plan Estratégico Plurianual 2012-2015

El Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES), como agenda estratégica para el período 2006-2015, incluye de manera expresa el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En efecto, el PLANDES tiene como objetivo general “estructurar el Sector Salud en un Sistema Nacional de Salud, y desarrollar todas sus funciones, orientado prioritariamente a lograr las Metas del Milenio en salud, reducir la deuda social acumulada y las inequidades sociales y de género en salud”<sup>28</sup>.

En relación a las intervenciones para el combate del VIH/SIDA, las áreas prioritarias de intervención identificadas en el PLANDES son: la reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) y entre jóvenes y adolescentes; el manejo de la coinfección VIH/Tuberculosis; la atención integral a las personas VIH+, incluyendo el uso de ARV en los casos necesarios, así como superar su estigmatización y exclusión social.

La “carta de prioridades” del PLANDES y los resultados esperados de las intervenciones a realizar antes de concluir el 2015, comprenden las metas siguientes:

- a) El 95 % de las embarazadas con VIH detectadas, han cumplido el protocolo nacional de prevención de la transmisión vertical.
- b) Al menos el 90% de las personas viviendo con el VIH o con SIDA, reciben atención integral, de acuerdo a los protocolos nacionales.
- c) Se reduce al menos en 50%, los casos de transmisión sexual del VIH en la población femenina, con respecto al 2000.
- d) Se aumenta el porcentaje de embarazadas con pruebas del VIH, de <50% a 100%.

---

<sup>27</sup> El Anexo 2 contiene el listado de actores a que se refiere dicha Ley.

<sup>28</sup> También señala que “El objetivo general asume e incorpora las Metas de Desarrollo del Milenio en salud, las Metas de la Agenda Estratégica de la Reforma del Sector Salud (2004-2008), las Metas de la Movilización Tolerancia Cero y las Metas de desarrollo del Seguro Familiar de salud del Sistema Nacional de Seguridad Social”. Los “proyectos estratégicos” para el período 2006-2015 son, **Reestructuración y Desarrollo Institucional** del MSP, estructuración y desarrollo del **Subsistema de Atención a Personas**, desarrollo del **Subsistema de Salud Colectiva**, aseguramiento universal por el **Seguro Familiar de Salud**, proyecto de aseguramiento del Financiamiento Público del SNS, desarrollo del **Sistema de Información General**, desarrollo de los Recursos Humanos, desarrollo de la **Participación Ciudadana** en salud y transversalización del **Enfoque de género**.



- e) Se aumenta el porcentaje de embarazadas con VIH con protocolo completo de menos de 70% a 95%.
- f) Se aumenta el porcentaje de PVV con atención integral de menos de 20% (2004) a más de 90%.
- g) Prevalencia nacional del VIH+, 1% en 2002, 1% en población de 15-49 años (mantenerla estable)<sup>29</sup>.

A través del Plan Estratégico Plurianual 2012-2015, el MSP procura, entre otras intervenciones, fortalecer los servicios de salud colectiva, con énfasis en salud sexual y reproductiva, “detener y reducir la propagación de VIH/SIDA – ITS, reducción sostenida y progresiva de la incidencia de las enfermedades transmisibles”. Además, fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica; garantizar el acceso a medicamentos de calidad a toda la población y priorizar la disponibilidad de medicamentos genéricos en el mercado nacional.

### 3.1.5 Intervenciones del Plan Operativo 2013. Resultados esperados.

Entre las líneas de acción contenidas en el Plan Operativo del presente año se encuentra la prevención del VIH/SIDA y otras intervenciones de carácter transversal, destinadas al logro del conjunto de objetivos y metas del MSP. No hay especificaciones de acciones concretas o focalizadas al avance hacia las Metas de desarrollo 6A y 6B.

- a) Fortalecimiento de los servicios de salud colectiva, en colaboración con los gobiernos locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles (tuberculosis, paludismo, dengue, malaria).
- b) Articulación de los niveles de atención.
- c) Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, alimentaria y nutricional a nivel comunitario.
- d) Promoción de la capacitación y participación de actores comunitarios en temas de control de epidemias y de enfermedades recurrentes y emergentes.
- e) Impulso del uso adecuado de las tecnologías de información como medio para ampliar el alcance territorial y elevar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Con las intervenciones previstas en el Plan Operativo 2013, en el área del VIH/SIDA, el MSP espera alcanzar los resultados que se describen en el cuadro 8<sup>30</sup>. De acuerdo al referido Plan, el 92% de las PVV con infección avanzada tenía acceso a medicamentos ARV en 2011, proporción que se mantendría sin cambio al finalizar el año 2013. Por otro lado, en atención integral a PVV y en las pruebas del VIH a embarazadas se espera un significativo aumento de la cobertura.

---

<sup>29</sup> Para verificación (discusión en grupo de trabajo, Comité Técnico).

<sup>30</sup> En el Plan de Gobierno se ha priorizado la reducción de la mortalidad materna infantil. En tal sentido, entre las metas prioritarias del Plan Operativo 2013 se encuentran: Reducir la mortalidad materna a menos de 50 por 100,000 nacidos vivos; la mortalidad de menores de 1 año a menos de 16 por mil nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años a menos de 20 por mil nacidos vivos.

CUADRO 8

**Resultados prioritarios esperados en 2013 de intervenciones del MSP relacionadas con las Metas ODM 6A y 6B**

Producto	Indicador	2011	Meta a 2013
Captación de embarazadas VIH+ y Aplicación Estrategia completa de Profilaxis ARV.	Porcentaje de la población portadora del VIH/SIDA con infección avanzada que tiene acceso a	92	92
	Porcentaje de embarazadas con pruebas VIH+	<16.8	95
	Porcentaje de embarazadas con pruebas VIH+ con protocolo completo	>70	95
	Porcentaje de pacientes VIH-SIDA con atención integral	76	90
	Número de mujeres embarazadas VIH+ captadas	-	1,170
	Número de mujeres embarazadas VIH+ recibiendo estrategia de atención	-	1,053
Ingreso al programa y tratamiento de casos VIH/SIDA	Porcentaje de casos de personas VIH tratados de acuerdo a protocolos	-	95
	Porcentaje de personas VIH en seguimiento en los servicios	-	90
Mejorado el acceso de las embarazadas con VIH al Servicio de Atención Integral	Sesiones de asesoramiento y de pruebas voluntarias del VIH en mujeres embarazadas, incluyendo la entrega de los resultados	-	117,597
	Numero de embarazadas VIH+ que reciben ARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	-	1,625
Mejorado el acceso a tratamiento de adultos y niños con la infección avanzada por VIH	Número de sesiones de asesoramiento y de pruebas voluntarias del VIH que se les proporcionó a las mujeres y a los hombres de 15 a 49 años incluyendo la entrega de los resultados	-	308,000
	Número de adultos y de niños/as con la infección avanzada por VIH que reciben actualmente ARV	-	23,746

Fuente: MSP. Plan Operativo Anual 2013.



El número de personas (adultos, niños y niñas) con la infección avanzada por el VIH que recibiría tratamiento ARV en 2013 fue estimado en 23,746<sup>31</sup>. Estos datos sugieren que las intervenciones en implementación, relacionadas con la captación de embarazadas, aplicación de pruebas de VIH y cobertura de tratamiento ARV, a partir del próximo año demandarían esfuerzos adicionales, relativamente modestos, para universalizar la cobertura de dichos servicios. No obstante, conviene analizar la calidad de los mismos y si los pacientes los reciben de manera oportuna. Además, en el caso del tratamiento ARV, un eventual cambio en la norma o protocolo podría elevar significativamente el número de PVV que necesiten ARV. Si la nueva guía de atención estableciera el inicio del tratamiento ARV con un mayor conteo de células CD4 (en 2013 <350), se modificaría la población meta, con repercusiones en la dimensión de la intervención y en los requerimientos de recursos financieros.

#### CUADRO 9

##### Principales áreas de intervención identificadas en la documentación revisada

1. Ampliación y fortalecimiento de la red de servicios.
2. Participación de la sociedad civil y PVV.
3. Inclusión de medicamentos ARV en el Plan Básico de la Seguridad Social.
4. Mejoramiento de la práctica clínica y capacitación de personal.
5. Fortalecimiento del sistema de financiamiento, adquisición y distribución de medicamentos.
6. Fortalecimiento de los sistemas de información.
7. Fortalecimiento de los servicios de protección y tratamiento a embarazadas y niños/as.

### 3.2 Identificación documental de intervenciones. Lecciones aprendidas

En la documentación evaluada se identificó un gran número de intervenciones en el área VIH/SIDA, tanto en prevención como en tratamiento. Dichas intervenciones son de diferente naturaleza: de políticas, leyes y normas; de planificación, seguimiento y evaluación; de servicios de atención y uso de servicios, y otras de carácter transversal.

Esta sección contiene las intervenciones identificadas en la revisión documental. En muchos casos, se trata de políticas y líneas de acción generales. En un primer momento y de manera preliminar, se agruparon en dos categorías, 7 intervenciones “clave” y 16 intervenciones “indicativas” (Anexo 1).

El Grupo de Trabajo tomó como punto de partida esta revisión documental para el análisis y selección de la lista de intervenciones que deberá ser priorizada por el Comité Técnico (taller de validación). En la próxima sección se presenta la selección realizada por el Grupo de Trabajo.

<sup>31</sup> Esta cifra significa que la población que necesita ARV sería de aproximadamente 25,800 personas. De acuerdo a CONAVIHSIDA-DIGECITSS (Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. 2011), se estima que en 2013 había en el país 24,635 personas (23,000 adultos y 1,635 niños/as) con infección avanzada por el VIH. Esto implicaría que si 23,746 recibieran ARV, la cobertura sería de 96%, en lugar de 92% como ha sido proyectado en el Plan Operativo Anual.



A continuación presentamos una breve descripción de las áreas de intervención citadas. En la medida que la información disponible lo ha permitido, se hace referencia a la situación actual y al alcance de las intervenciones identificadas.

### 3.2.1 Ampliación y fortalecimiento de la red de servicios

La atención al VIH se provee en el país a través de 77 unidades de Servicio de Atención Integral (SAI), 20 de las cuales atienden alrededor del 80% de los pacientes. En el manejo de las SAIs participan el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Dominicano de Seguridad Social, entidades castrenses (FFAA) y ONGs. Estas últimas manejan 27 de dichas unidades<sup>32</sup>.

La diseminación de SAIs en diferentes centros de salud ha contribuido a mejorar el acceso de las PVV a los servicios de atención. Existe disparidad en la calidad del servicio de los SAIs, los cuales ofertan el mismo paquete de servicios, con diferente componente del recurso humano<sup>33</sup>.

El MSP procura fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) para todos sus servicios, incluyendo los relativos al VIH/SIDA. Se requiere mayor articulación entre los SAIs y las Unidades de Atención Primaria (UNAPs).

De acuerdo al más reciente informe estadístico de CONAVIHSIDA-DIGECITSS, los centros de salud del país deben atender una población viviendo con el VIH estimada en aproximadamente 44,000 personas, de las cuales cerca de 25,000 necesitan ARV. Esta población se encuentra compuesta por 1,636 niños y niñas de 0-14 años y 23,000 personas de 15-49 años, la mayoría mujeres (13,420), entre ellas 1,616 embarazadas. Se proyecta que para 2015, la red de servicios debería ofrecer tratamiento ARV a 28,735 pacientes (26,536 personas de 15-49 años de edad y a 2,199 niños/as), incluyendo 1,954 embarazadas.

En cuanto a los servicios de laboratorio, el país cuenta con capacidad instalada para el diagnóstico de la infección por VIH y el seguimiento virológico e inmunológico. Sin embargo, el acceso a estos servicios en los puntos de atención es limitado, lo que da lugar a listas de espera, diagnósticos tardíos e inicios de tratamientos ARV con retraso<sup>34</sup>.

Una importante intervención normativa del MSP es la habilitación de laboratorios y de bancos de sangre, a fin de garantizar que los que realicen pruebas para la detección de VIH o de sus anticuerpos cuenten con “personal entrenado, calificado, certificado y/o especializado para brindar consejería previa y posterior a la realización de la prueba” (Ley 135-11).

---

<sup>32</sup> CONAVIHSIDA-DIGECITSS. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. Informe final. 2011.

<sup>33</sup> OPS, Fondo Mundial, ONUSIDA. Informe Misión Técnica Multidisciplinaria para la Socialización de la Estrategia de Tratamiento 2.0 en República Dominicana. Febrero 2013.

<sup>34</sup> OPS, Fondo Mundial, ONUSIDA. Informe Misión Técnica. Febrero 2013.





### 3.2.2 Participación de la sociedad civil

Una de las políticas del Plan Estratégico Nacional (PEN 2007-2015) para el fortalecimiento de la respuesta nacional, corresponde a la movilización de la sociedad civil, en el marco de la cual se ha promovido la participación de la comunidad “en la provisión de servicios de atención integral al VIH con consejeros pares contratados por el MSP o a través de acuerdos locales.”<sup>35</sup>

Un amplio grupo de instituciones de la sociedad civil, incluyendo representaciones de PVV, ha participado tanto en intervenciones de prevención como de atención. En proyectos enfocados en la movilización social y comunitaria, para promover el cambio de comportamiento, han participado, entre otras entidades, Coalición ONG/SIDA, REDOVIIH+, ASOLSIDA, Colectiva Mujer y Salud, MUDE, MOSCTHA, INDAJOVEN, IDDI y Red Nacional de Jóvenes.

### 3.2.3 Inclusión de medicamentos ARV en el Plan Básico de la Seguridad Social<sup>36</sup>

Se han realizado esfuerzos para que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) incluya el tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud, pero el proceso no se ha completado. En 2009 el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) autorizó a SENASA a “afiliar directamente como beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado a las personas discapacitadas y VIH Positivas que cumplan con los parámetros legalmente establecidos para el Régimen Subsidiado”<sup>37</sup>. El 1ro de diciembre del 2009, el gobierno formalizó la entrega de siete mil carnets de SENASA a personas con VIH y SIDA.

Para 2013 existían alrededor de 5,500 personas con VIH/SIDA afiliadas a SENASA, a través del régimen subsidiado, de una meta de 10,000 personas. Entre las limitaciones que no han permitido avanzar más en la afiliación de las PVV a SENASA se encuentran dificultades relacionadas con la documentación y el proceso de verificación para la afiliación<sup>38</sup>.

En 2013, el tratamiento ARV ha continuado excluido: en abril de 2012 el CNSS emitió otra resolución, mediante la cual designaba una Subcomisión que “deberá estudiar a profundidad los aspectos técnicos, financieros y operativos”<sup>39</sup> para facilitar la atención de las PVV y la inclusión de ARV en el SDSS. Entre los asuntos que habría

---

<sup>35</sup> OPS, Fondo Mundial, ONUSIDA. Informe Misión Técnica. Febrero 2013.

<sup>36</sup> Iniciativa que ha estado en discusión en el seno del Consejo de la Seguridad Social. El Grupo de Trabajo la ha identificado como propuesta de intervención, por considerarla relevante para el aumento del acceso a ARV, la cual requeriría de un conjunto de acciones, previo a su eventual puesta en marcha antes de 2015.

<sup>37</sup> CNSS. Resolución 212-20, de fecha 9 de julio de 2009.

<sup>38</sup> Entrevista al Director de Planificación de SENASA. Manifestó que la afiliación se realiza a través de CONAVIHSIDA, que envía a SENASA el listado de PVV solicitantes antes de afiliación. La decisión (envío de carnet, en caso de aprobación) se le notifica a la persona interesada a través de CONAVIHSIDA. El proceso de verificación enfrenta dificultades, tales como, cédulas que no aparecen en la Junta Central Electoral; solicitantes que se encuentran en nómina de instituciones o empresas; entre otras. En otro orden, considera que la inclusión del tratamiento ARV en el PBS depende, esencialmente, de la disponibilidad de financiamiento, y de las prioridades de las políticas públicas. Es un problema de costo. La inclusión de tratamiento ARV implica una cobertura adicional al PBS, que está basada en un listado de medicamentos y un tope anual de RD\$3,000.

<sup>39</sup> CNSS. Resolución 292-01, de fecha 26 de abril de 2012.



que resolver para viabilizar esta iniciativa del CNSS se encuentran: la aprobación de las guías clínicas de atención a pacientes viviendo con el VIH, la mejora de la documentación (base de datos), entre otros.

### 3.2.4 Mejoramiento de la práctica clínica y capacitación de personal

Por intervención normativa de la Ley de VIH/SIDA, el MSP “debe establecer, actualizar y promover el cumplimiento del protocolo nacional” para fines de suministro de ARV, medicamentos para infecciones oportunistas, para condiciones relacionadas y para pruebas de monitoreo<sup>40</sup>.

El tratamiento ARV en el país se caracteriza por la “coexistencia de aspectos innovadores y aspectos desactualizados: Inicio de TAR con 350 CD4; migración a esquema preferente en pacientes con estavudina y algunos pacientes nuevos; uso de combinaciones de dosis fijas (CDF) extendido en el país, multiplicidad de esquemas ARV y conteniendo d4T; esquemas con fuerte impacto en secuenciación (AZT+3TC+LPV/r, NVPmd)”<sup>41</sup>.

Existe una nueva guía en proceso de aprobación, lo que ofrecerá al médico una mejor referencia para la toma de decisiones en la aplicación de los esquemas de tratamiento ARV y contribuirá a facilitar toda la gestión clínica.

### 3.2.5 Fortalecimiento del sistema de adquisición, distribución y financiamiento de medicamentos

Esta es una de las principales intervenciones de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA, comprendida en el marco de políticas, establecido por la Ley 135-11. La misma establece que el Estado, a través del MSP, “está en la obligación de adquirir, mantener en existencia y garantizar el acceso y suministro oportuno de los medicamentos antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas, para condiciones relacionadas y las pruebas de monitoreo del VIH, cuando la condición de salud de la persona con el VIH o con el SIDA lo requiera, bajo la supervisión y seguimiento del médico o tratante”<sup>42</sup>.

Existe un Sistema Único de Gestión de medicamentos e Insumos: SUGEMI, PROMESE/CAL y un laboratorio de control de calidad. Además, se cuenta con la experiencia consolidada de CONAVIHSIDA en la adquisición de medicamentos. No obstante, el Laboratorio Nacional no está habilitado para certificar la calidad de los medicamentos. Para 2013, se encontraba en proceso de precalificación por la OMS. Los servicios de farmacia tienen participación limitada en la dispensación de los ARV<sup>43</sup>.

Una alta proporción del financiamiento para el combate al VIH/SIDA proviene de fuentes externas de financiamiento, especialmente del Fondo Mundial. Para 2013 el Fondo Mundial aportaría un total de US\$10.6 millones,

---

<sup>40</sup> Artículo 63, Ley de VIH/SIDA.

<sup>41</sup> OPS, Fondo Mundial, ONUSIDA. Informe Misión Técnica. Febrero 2013.

<sup>42</sup> Artículo 61, Ley 135-11.

<sup>43</sup> OPS, Fondo Mundial, ONUSIDA. Informe Misión Técnica. Febrero 2013.



mientras que los recursos internos provenientes del Presupuesto Nacional serían equivalentes a alrededor de US\$3.5 millones como subvención y contrapartida, monto que incluía RD\$79 millones (US\$1.9 millones) como aporte del Gobierno para el desmonte del financiamiento del Fondo Mundial, que concluirá en 2015. Para 2013, se requerían alrededor de US\$12 millones para medicamentos e insumos de VIH, incluyendo ARV, reactivos para pruebas CD4 y carga viral y medicamentos para enfermedades oportunistas. De dicha suma, US\$6.3 millones (52%) sería cubierta por el Fondo Mundial.

En general, los medicamentos ARV se adquieren en la forma de genéricos, lo que ha contribuido a la reducción de costos<sup>44</sup>. No obstante algunos ARV tienen un costo elevado, condicionado por patentes y acuerdos comerciales. Fabricantes de medicamentos han estado realizando gestiones para patentizar determinados ARV.

La Ley de VIH/SIDA plantea la necesidad de intervenciones para “definir políticas que promuevan la producción nacional de medicamentos antirretrovirales genéricos, medicamentos para infecciones oportunistas y condiciones relacionadas, y su adquisición en mercado local, para favorecer la disminución de los costos y garantizar la adherencia de los usuarios”<sup>45</sup>.

### 3.2.6 Fortalecimiento de los sistemas de información

Se dispone de un sistema de información para aplicación en los Servicios de Atención Integral (SAI), el cual ha sido utilizado parcialmente.

El levantamiento realizado por DIGECITSS y CONAVIHSIDA, en 21 centros de servicios priorizados, que reúnen más del 80% de los pacientes en tratamiento (junio 2010) reveló entre otras debilidades: falta de información oportuna; nuevos esquemas de tratamientos sin notificar; crecimiento en el ingreso de pacientes por encima de las estimaciones, retraso de los informes locales (en los servicios) y falta de actualización de su vínculo con el sistema de información. La Ficha de información para pacientes con el VIH, validada recientemente, está en proceso de implementación.

### 3.2.7 Fortalecimiento de los servicios de protección y tratamiento a embarazadas y niños y niñas

La aplicación de los mecanismos de prevención de la transmisión materno infantil del VIH es una intervención de particular interés del MSP, orientada a “todos los establecimientos que presten servicios de ginecología y

---

<sup>44</sup> Se evidencia una reducción en los precios de adquisiciones de los ARV entre el 2005 y el 2012. En efecto, los precios de 17 medicamentos ARV en 2012 eran en promedio, un 66% inferior a los precios de 2005. En el año 2012 el costo promedio anual de atención a PVV ha sido estimado en RD\$16,315, de los cuales RD\$10,567 (64%) corresponden a ARV, RD\$2,985 a pruebas complementarias (3 por año), RD\$1,507 a tratamiento de infecciones oportunistas, RD\$1,032 a pruebas de carga viral y RD\$224 a pruebas CD4 (2 por año).

<sup>45</sup> Artículo 62.

obstetricia, conforme a las normas nacionales e internacionales establecidas<sup>46</sup>. Esto implica dar seguimiento y atención integral adecuada de por vida, a las mujeres con el VIH o con SIDA, que durante el embarazo o el parto recibieron tratamiento preventivo para la transmisión materno infantil del VIH<sup>47</sup>.

Otra línea de acción en este campo es el seguimiento a los(as) hijos(as) nacidos(as) de mujeres con el VIH o con SIDA. Para esto el MSP y el SDSS deben garantizar que los hijos(as) nacidos(as) de madres con el VIH o con SIDA, reciban la fórmula infantil o sucedáneo de la leche materna por un período no menor de seis meses, y el seguimiento integral durante el tiempo necesario<sup>48</sup>.

Es importante continuar los esfuerzos para lograr el necesario mejoramiento de los servicios de prevención del VIH madre-hijo en los hospitales<sup>49</sup>.

La atención pediátrica se encuentra altamente centralizada en la ciudad de Santo Domingo. A nivel nacional, el porcentaje de niños y niñas elegibles que reciben terapia ARV es muy inferior al de los adultos. Se estima que de los niños y niñas que necesitaban tratamiento ARV en 2011 solo lo recibieron el 54%, proporción que fue de 44% en 2010; mientras que para los adultos la cobertura estimada fue de 92% y 65%, respectivamente.

La END ha establecido la meta de reducir la proporción de la población de niños(as), hijos(as) de madres VIH positivas que resultan ser positivos al testarse, de 10% (2010) a 5.5% en 2015 y a 1% a partir de 2020.

### 3.2.8 Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS)<sup>50</sup>

Este programa es ejecutado por el Ministerio de Educación (MINERD) a través de la Dirección de Orientación y Psicología. Está destinado a estudiantes del segundo ciclo de nivel básico (a partir de 4to de primaria) y de nivel medio, niveles para los cuales la orientación sexual es parte del currículo. Cuenta con 4,364 orientadores y psicólogos. El programa presta particular atención a la orientación sobre la prevención del embarazo temprano y el VIH. La capacitación de profesores, directores y coordinadores constituye una actividad medular.

En el MINERD opera una mesa técnica del Programa, en la cual participa el Ministerio de Salud Pública y otras entidades. Es necesario mejorar la articulación entre las entidades que conforman la mesa técnica y fortalecer los servicios del Programa en determinadas Direcciones Regionales.

En noviembre de 2012 concluyó un plan de cooperación de la USAID, desarrollado durante cuatro años en seis Regionales: Montecristi, Valverde, Puerto Plata, San Francisco de Macorís e Higüey. En tanto, el CONAVIHSIDA presta apoyo para las actividades del Programa en cinco Regionales: Barahona, Neyba, María Trinidad Sánchez,

---

<sup>46</sup> Ley 135-11, Artículo 64.

<sup>47</sup> Artículo 65.

<sup>48</sup> Artículo 66.

<sup>49</sup> Uno de los objetivos prioritarios del Plan de Gobierno en el sector salud es la reducción de la mortalidad materno infantil. El reforzamiento de las intervenciones destinadas a dicho objetivo contribuirían también a la reducción de la transmisión vertical del VIH.

<sup>50</sup> Informaciones obtenidas a partir de entrevista con la Directora de la Dirección de Orientación y Psicología y la Encargada del PEAS del MINERD.



Santo Domingo y Santiago. En mayo de 2013 terminarían las operaciones con CONAVIHSIDA, correspondientes al año escolar 2012-2013.

### 3.3 Intervenciones seleccionadas por el Grupo de Trabajo interinstitucional

El Grupo de Trabajo (Anexo 5A) seleccionó las intervenciones a ser evaluadas y priorizadas por el Comité Técnico mediante el proceso siguiente:

- a) Análisis del listado preliminar de intervenciones identificadas previamente mediante revisión documental (Anexo 1).
- b) Una primera ronda de discusión en la cual los participantes realizaron propuestas de exclusión, inclusión o modificación de dicho listado.
- c) Una segunda ronda de discusión para, sobre la base de las propuestas de la primera ronda, consensuar la lista de intervenciones que se someterían al Comité Técnico Interinstitucional para validación en el taller consultivo.

El Cuadro 10 contiene la lista de intervenciones consensuadas por el Grupo de Trabajo, la cual fue sometida al Comité Técnico para la selección de las intervenciones prioritarias y continuar con los siguientes pasos del Marco de Aceleración de las Metas ODM 6A y 6B.

CUADRO 10

Intervenciones seleccionadas por el Grupo de Trabajo interinstitucional para priorización en el taller consultivo del Comité Técnico	
Atención. Meta 6B	1. Asegurar la sostenibilidad del suministro de fondos para compras de ARV mediante: a) Aumento de los fondos para adquisición de ARV en el presupuesto anual del MSP, bajo la categoría de fondos protegidos, para cubrir la brecha dejada por el desmonte de los aportes del Fondo Mundial. b) Inclusión del tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social.
	2. En el marco del plan de fortalecimiento del sistema de información, aplicar aplicación de la ficha de información de PVV a nivel nacional.
	3. Monitoreo y evaluación de los servicios de atención a las PVV.
	4. Publicación y capacitación sobre las normas establecidas en la Guía Técnica.
	5. Fortalecimiento de la gestión de medicamentos ARV e insumos.
Prevención. Meta 6A	6. Fortalecer el Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD, para ampliar y mejorar la prevención en las escuelas.
	7. Fortalecer el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical.

### 3.4 Resultado de la priorización realizada por el Comité Técnico

Como resultado de las discusiones en el taller, la matriz inicial de intervenciones preparada por el Grupo de Trabajo fue ampliada. Las principales modificaciones se realizaron en el área de prevención, correspondiente a la Meta 6A, en la cual fueron sometidas a discusión dos intervenciones, que fueron aumentadas a ocho.

Los anexos 2A y 2B contienen las intervenciones con las modificaciones introducidas en el taller, así como breves notas sobre el impacto y viabilidad de cada intervención, preparadas con informaciones del documento base que recibieron los participantes<sup>51</sup> y los comentarios de éstos en el proceso de discusión (anexo 3)<sup>52</sup>. Luego de los comentarios y ponderaciones sobre cada intervención, se procedió a la votación siguiendo la metodología descrita en el anexo 4, basada fundamentalmente en la valoración de la viabilidad y el nivel de impacto esperado.

Se evaluaron doce intervenciones, cuatro para la Meta 6B (área de atención) y ocho para la Meta 6A (área de prevención). La puntuación promedio obtenida por cada intervención se presenta en el Anexo 8, colocadas en orden descendente de puntuación dentro del área de intervención correspondiente. Para obtener la puntuación total de cada intervención, se calculó el promedio de puntuación de la viabilidad y del impacto sobre la base de una ponderación de 40% y 60% respectivamente.

Se consideró apropiado incluir las tres acciones del área de atención, calificadas como prioritarias por el Comité Técnico, como parte del fortalecimiento del Programa de Atención Integral, intervención a la que se hace referencia en la sección 5.1. Dichas acciones, más que intervenciones, constituyen soluciones a determinados obstáculos o limitaciones, como el desmonte del financiamiento del Fondo Mundial, para la adquisición de medicamentos y la falta de cobertura del tratamiento ARV por el SDSS, temas a los que se deberá prestar atención en los próximos dos pasos del MAF.

El cuadro 11 contiene las intervenciones que obtuvieron una puntuación de 0.80 o más, consideradas prioritarias dentro del conjunto evaluado por el Comité Técnico. Como se observa, se trata de cuatro intervenciones, una perteneciente al área de atención y tres al de prevención.

A continuación se describen brevemente las intervenciones priorizadas.

- **Fortalecer el Programa de Atención Integral a personas con VIH.** Esto implica mejorar los servicios de atención; en 2013 cubiertos a través de 77 unidades del Servicio de Atención Integral (SAI), de las cuales 27 son manejadas por ONGs. Al propio tiempo, aumentar la capacidad para brindar tratamiento ARV con la calidad y oportunidad requerida por la población que lo necesita, estimada en 2013 en 25,000 personas y cerca de 29,000 para 2015, de acuerdo a proyecciones de CONAVIHSIDA Y DIGECITSS. Se prestará particular atención a:
  - a) *Inclusión de medicamentos ARV en el Plan Básico de la Seguridad Social:* Culminar con los esfuerzos iniciados para definir los mecanismos que permitan el acceso al tratamiento ARV a través del Sistema de

<sup>51</sup> Los anexos 5B y 5C contienen los listados de las personas participantes en los talleres de priorización de intervenciones y priorización de obstáculos, respectivamente.

<sup>52</sup> En el anexo 2 se presenta un resumen de las observaciones y comentarios expuestos en el taller sobre priorización de intervenciones.



CUADRO 11

Intervenciones priorizadas por el Comité Técnico				
Atención. Meta 6B	Intervenciones por área	Puntuación		
		Viabilidad	Impacto	Total Ponderación: V=40%, I=60%
Atención. Meta 6B	Fortalecer el Programa de Atención Integral a personas con VIH, con énfasis en:			
	a) Inclusión del tratamiento ARV en el PBS del SDSS	0.893	0.941	0.921
	b) Adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos	0.845	0.869	0.860
	c) Fortalecimiento del sistema de información	0.821	0.786	0.800
Prevención. Meta 6A	Fortalecer el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical.	0.913	0.900	0.905
	Ampliar y mejorar el Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD en las escuelas, e incorporar las instancias vinculadas del Ministerio de salud (DIGEMIA: PRONAIISA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES, Salud Mental, Unidad de Equidad de género, TB, otras).	0.881	0.893	0.888
	Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas (GTH, PPL, HSH, TRSXs, usuarios/as de drogas, migrantes, mujeres de baja escolaridad, mujeres víctimas de violencia, entre otras).	0.850	0.850	0.850

Seguridad Social, para lo cual es necesario identificar las fuentes de financiamiento de la cobertura de los afiliados y superar las dificultades relacionadas con el proceso de documentación y verificación para la afiliación.

- b) *Adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos.* Fortalecimiento del sistema de adquisición, distribución de medicamentos e insumos, en el cual participan actualmente SUGEMI, PROMESE/CAL, CONAVIHSIDA y los Servicios de Farmacia. Definir y poner en marcha la estrategia para la cobertura de la brecha de financiamiento por el desmonte de la cooperación del Fondo Global.
- c) *Fortalecimiento de los sistemas de información.* Dotar a los Servicios de Atención Integral de la capacidad para disponer de información completa y oportuna. Completar la implementación de la ficha de información cuyo uso fue iniciado recientemente.
- **Fortalecer el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical.** Seguimiento y atención integral permanente a las mujeres con el VIH o con SIDA que durante el embarazo o el parto recibieron tratamiento preventivo para la transmisión materno infantil del VIH. Suministro de la fórmula infantil o sucedáneo de la leche materna por un período no menor de seis meses a los hijos(as) nacidos(as) de mujeres con el VIH o con SIDA.



- **Ampliar y mejorar del Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS).** Aumentar las actividades de capacitación del personal docente y directivo de los centros educativos, para incrementar la cobertura de orientación sobre prevención del embarazo temprano y el VIH, a la población estudiantil del segundo ciclo de nivel básico y del nivel medio. Fortalecer la articulación de las entidades que integran la mesa técnica del PEAS.
- **Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas.** Ampliación de programas de prevención, con la activa participación de instituciones de la sociedad civil, incluyendo representaciones de las PVV. Acciones enfocadas en promover los servicios comunitarios y del 1er nivel de atención.

Como se ha señalado, la priorización de las intervenciones se realizó sobre la base de los criterios de viabilidad e impacto, definidos en el Anexo 4 A. En los Anexos 2A y 2B se presentan un conjunto de informaciones relacionadas con dichos criterios, que en gran medida sintetizan la justificación de la priorización de las intervenciones.

Entre los elementos de carácter general que han servido de base para la selección de las citadas intervenciones se encuentran que:

- Forman parte de políticas, programas o proyectos contenidos en los planes vigentes del MSP y CONAVI-HSIDA y en el PNPSP.
- Se desarrollan bajo los programas definidos prioritarios en el PNPSP.
- Cuentan con financiamiento protegido en el marco del Presupuesto General del Estado, en atención a lo que establece la END sobre los programas prioritarios (tal es el caso de las intervenciones relacionadas con el Programa de Atención Integral a personas viviendo con VIH).

Entre los factores específicos tomados en cuenta para priorizar las intervenciones se encuentran:

- **La reducción de la transmisión vertical** contribuiría a mejorar la salud materno infantil. Uno de los objetivos del Gobierno es disminuir las elevadas tasas de mortalidad materna y mortalidad de la niñez que se registran en el país. Se estima que en el quinquenio 2007-2011, más de 1,500 personas de 0-14 años y embarazadas fallecieron por causas relacionadas con el SIDA.
- **La ampliación y mejora del Programa de Educación Afectivo Sexual** tiene potencial para incidir directamente en un amplio segmento de la población joven, estimado en más de 1.3 millones de estudiantes. La inclusión de la educación sexual en el currículo es una de las líneas de acción contemplada en la END, la cual no ha sido todavía implementada.
- **El fortalecimiento de la prevención en la población más expuesta**, mejoraría significativamente la prevalencia del VIH en este grupo poblacional, la cual es muy alta (alrededor de seis veces la media nacional). Existe experiencia de trabajo con la población más expuesta que puede ser bien aprovechada.
- **La inclusión del tratamiento ARV en el Sistema Dominicano de Seguridad Social**, mejoraría significativamente el acceso al tratamiento y contribuiría a sus sostenibilidad. El CNSS dispuso estudiar la viabilidad de esta intervención, iniciativa que se mantiene inconclusa.





- **El aumento de los fondos para adquisición de medicamentos antirretrovirales** es de vital importancia para mejorar y darle sostenibilidad a los servicios de atención a las PVV, sobre todo por el desmonte de la cooperación que ha estado recibiendo el país a través del Fondo Global.
- **Un sistema de información** con mayor capacidad que el actual para suministrar información oportuna, completa y confiable facilitaría el acceso de la PVV al tratamiento ARV y la incorporación de éste al PBS del SSSD.



# 4. Análisis de los obstáculos



COMBATIR EL VIH/SIDA,  
EL PALUDISMO Y  
OTRAS ENFERMEDADES

## IV. Análisis de los obstáculos

Los actores consultados identificaron quince obstáculos para los cuales es necesario procurar soluciones o disminuir su impacto, a los fines de acelerar el logro de las metas 6A y 6B en el período 2013-2015. De dichos obstáculos, diez están relacionados con la Meta 6A: *“Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015”*, y cinco con la Meta 6B: *“Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”*.

### 4.1 Obstáculos del Programa de Atención Integral a personas con VIH

Fortalecer el Programa de Atención Integral es la intervención que se ha considerado prioritaria para la aceleración de la Meta 6B: *“Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”*. La identificación de los cuellos de botella de dicha intervención estuvo focalizada en las limitaciones que impiden a las 77 unidades de Servicio de Atención Integral (SAI)<sup>53</sup>, prestar un mejor servicio a las personas que viven con el VIH y SIDA.

Existe mucha disparidad en el componente de personal y la calidad del servicio de dichas unidades. El 80% de los pacientes están concentrados en 20 de los referidos centros de atención. La articulación entre los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) es débil para todos sus servicios, incluyendo los relativos al VIH/SIDA. Por otro lado, si bien el país cuenta con capacidad instalada para el diagnóstico de la infección por el VIH, y seguimiento virológico e inmunológico, el acceso a los servicios de laboratorio en los puntos de atención es limitado, lo que genera diagnóstico tardío e inicio del tratamiento ARV con retraso.

Sin desconocer la importancia de los problemas señalados anteriormente, los principales cuellos de botella para la Meta 6B que han sido identificados, se refieren a la exclusión del tratamiento ARV del sistema de seguridad social, a limitaciones en la adquisición de ARV y otros medicamentos e insumos, y a debilidades del sistema de información.

#### 4.1.1 El tratamiento ARV no incluido en el PBS del SDSS

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.

---

<sup>53</sup> De estas unidades, 50 están a cargo del sector público y 27 son manejadas por ONGs.

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 destinados a facilitar la atención de las PVV y la inclusión del tratamiento ARV en el SDSS. No obstante, dicho tratamiento continúa excluido del SDSS, basado en lo que al respecto dispone el Reglamento del Plan Básico de Salud.

En efecto, el Artículo 17, literal n, del citado reglamento, dispone la exclusión de los medicamentos antirretrovirales, salvo en los casos de prevención de la transmisión vertical madre - recién nacido. El reglamento también señala que el manejo de los medicamentos antirretrovirales corresponde a COPRESIDA<sup>54</sup> y al MSP, “ya que la primera constituye la más alta instancia del Estado, con carácter permanente, en los asuntos de VIH-SIDA y la segunda tiene la responsabilidad del control y manejo de las epidemias”.

Importantes actores de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA sustentan el criterio de que la referida disposición reglamentaria entra en contradicción con la Ley 135-11 sobre VIH/SIDA y con la Ley 87-01 sobre el SDSS. Argumentan que el SDSS es un sistema de cobertura universal, destinado a dar protección en los casos de riesgos sociales, como lo constituye esta epidemia. Además, que la inclusión de las personas viviendo con el VIH, en la seguridad social es una de las principales vías para asegurar la sostenibilidad del Programa de Atención Integral destinado a dicha población.

Entre los asuntos que obstaculizan esta iniciativa del CNSS se encuentran: la inexistencia de una guía clínica de atención a personas viviendo con el VIH actualizada, así como de un cuadro básico de medicamentos al día, y debilidades de la documentación (base de datos) requerida para viabilizar el ingreso de dichas personas al SDSS.

Se ha señalado que el alto costo del tratamiento del SIDA es uno de los principales obstáculos para su inclusión en el Plan Básico de Salud, aunque otros tratamientos con un costo superior, se encuentran incluidos, como es el caso de la diabetes<sup>55</sup>.

#### 4.1.2 Limitaciones en la adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos

Existe un sistema de gestión compuesto por SUGEMI, PROMESE/CAL; se cuenta con la experiencia de CONAVIHSIDA en la adquisición de medicamentos y se dispone de un laboratorio de control de calidad<sup>56</sup>; pero la coordinación entre los actores es débil, lo que impide aprovechar las sinergias que se derivarían de una mejor articulación interinstitucional. Los procesos administrativos utilizados son lentos, lo que impide la compra oportuna de los ARV y otros medicamentos e insumos<sup>57</sup>.

---

<sup>54</sup> Actual CONAVIHSIDA.

<sup>55</sup> De acuerdo a la exposición del Dr. Leonardo Martínez, de CONAVIHSIDA, para 2009 el costo del tratamiento del SIDA se estimó en \$367.23, mientras que para la diabetes se calculó en \$888.00, haciendo notar que la prevalencia del SIDA (0.8%) es muy inferior a la prevalencia de la diabetes (4.67%). Por otro lado, el tratamiento del SIDA se realiza en el primer y segundo nivel de atención y el de la diabetes en el primer nivel.

<sup>56</sup> OPS, Fondo Mundial, ONUSIDA. Informe Misión Técnica. Febrero 2013.

<sup>57</sup> ARV para adultos, pediátricos y para transmisión vertical; medicamentos para infecciones oportunistas, y productos no farmacológicos (insumos para la prevención de la transmisión vertical, insumos de laboratorio y equipos).



En otro orden, los servicios de farmacia participan de manera limitada en la distribución de los ARV y el Laboratorio Nacional no está habilitado para certificar la calidad de los medicamentos; en 2013 se encuentra en proceso de precalificación por la OMS<sup>58</sup>.

De acuerdo a los actores consultados, el principal obstáculo para el fortalecimiento del Programa de Atención Integral está relacionado con presupuesto y financiación. Existe una marcada preocupación entre los diferentes actores por las implicaciones que podría tener el desmonte del financiamiento del Fondo Global<sup>59</sup>, que ha sido la principal fuente de recursos con que ha contado la Respuesta Nacional al VIH/SIDA, cuyos aportes concluirán en 2015.

Las últimas compras de antirretrovirales con recursos del Fondo Global se llevaron a cabo durante 2013<sup>60</sup> y abarcarían provisiones hasta mayo 2014. A partir de esta fecha, no se adquirirán más medicamentos ARV mediante esta fuente de financiamiento.

En el presupuesto del 2013 se asignó al MSP un monto de RD\$79 millones para compras de ARV, pero en las consultas se señaló que la asignación presupuestaria para adquisición de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA era insuficiente en relación a la demanda estimada.

La gran mayoría de los medicamentos ARV se adquieren en forma de genéricos, lo que ha contribuido a la reducción de costos, pero determinados ARV tienen un costo elevado, debido a que su comercialización está sujeta a patentes y acuerdos comerciales<sup>61</sup>.

Como se observa en el Gráfico 7, el costo promedio anual de atención a una persona viviendo con el VIH en 2012 ha sido estimado en RD\$16,635 (US\$423), del cual RD\$10,567 (65%) corresponde a ARV y RD\$2,985 (18%) a pruebas complementarias (tres por año). Los restantes RD\$2,763 se distribuyen en tratamiento de infecciones oportunistas, prueba de carga viral y pruebas CD4 (2 por año).

---

<sup>58</sup> OPS, Fondo Mundial, ONUSIDA. Informe Misión Técnica. Febrero 2013.

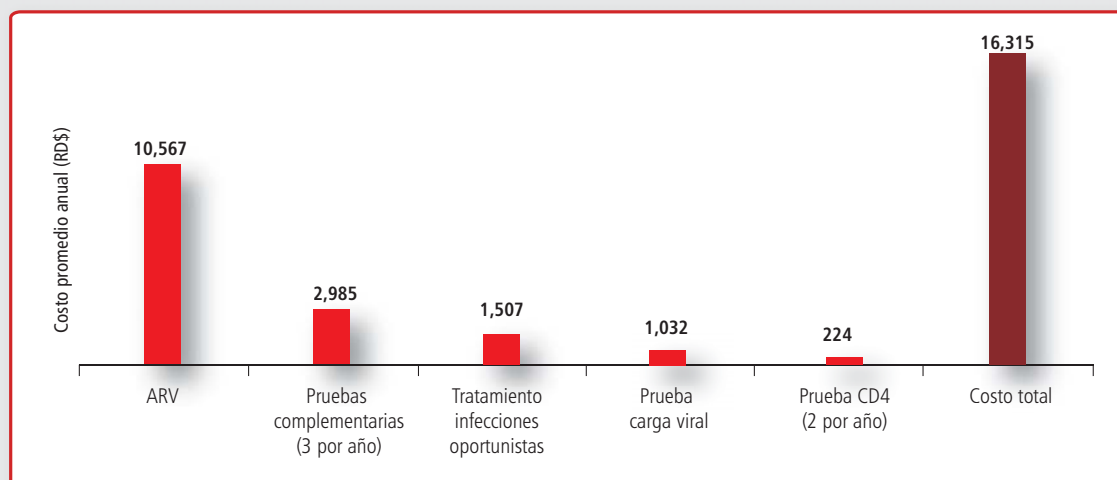
<sup>59</sup> La preocupación por la alta dependencia de los servicios de salud destinados a las personas VIH+ del financiamiento internacional y el poco apoyo del presupuesto nacional a dichos servicios, ha estado presente desde el inicio de la Respuesta Nacional. A este tema hace referencia el informe Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) correspondiente a 2008. Este estudio estimó que el gasto nacional en SIDA ascendió en el año 2008 a RD\$1,077 millones, equivalentes a US\$31.3 millones, de los cuales, el 49% fue financiado con fondos internacionales, el 26% con fondos privados y el 25% con fondos públicos. El informe reportó que en dicho año “el 95% de los fondos internacionales (y el 40% del total), fue aportado por el Fondo Mundial; el 98% de los fondos privados (y 25% del total), correspondió a los hogares, y el 62% de los fondos públicos (y 16% del total), fue aportado por el gobierno central, el resto correspondió a un préstamo del Banco Mundial”.

<sup>60</sup> Como se señala en el Informe sobre el Paso 1 del Marco de Aceleración: Identificación de Intervenciones (junio 2013), los aportes presupuestados por el Fondo Mundial para 2013 ascendían a US\$10.6 millones, mientras que los recursos internos provenientes del Presupuesto Nacional se aproximaban a los US\$3.5 millones como subvención y contrapartida, monto que incluía RD\$79 millones (US\$1.9 millones). Para 2013, se requerían alrededor de US\$12 millones para medicamentos e insumos de VIH, incluyendo ARV, reactivos para pruebas CD4 y carga viral y medicamentos para enfermedades oportunistas. De dicha suma, US\$6.3 millones (52%) sería cubierto por el Fondo Mundial.

<sup>61</sup> De acuerdo a la Ley de VIH/SIDA, Artículo 62, es necesario “definir políticas que promuevan la producción nacional de medicamentos antirretrovirales genéricos, medicamentos para infecciones oportunistas y condiciones relacionadas, y su adquisición en mercado local, para favorecer la disminución de los costos y garantizar la adherencia de los usuarios”.



**Gráfico 7** | Costo promedio anual atención a PVV. (2012).



Fuente: Elaborado con información de CONAVIHSIDA. Exposición del Dr. Leonardo Martínez, Modalidad de Costeo sobre Acceso a Tratamiento.

El costo difiere significativamente en función del tipo de tratamiento. Para el tratamiento “combinación 1”, el costo anual por persona para 2012 se estimó en RD\$9,155, mientras que para la “combinación 2” se estimó en RD\$19,250. Se resalta el hecho de la reducción de costos registrada de 2002 a 2012 (Cuadro 12).

CUADRO 12

**Costo anual por persona por tipo de tratamiento,  
2002 y 2012  
RD\$ a precios corrientes**

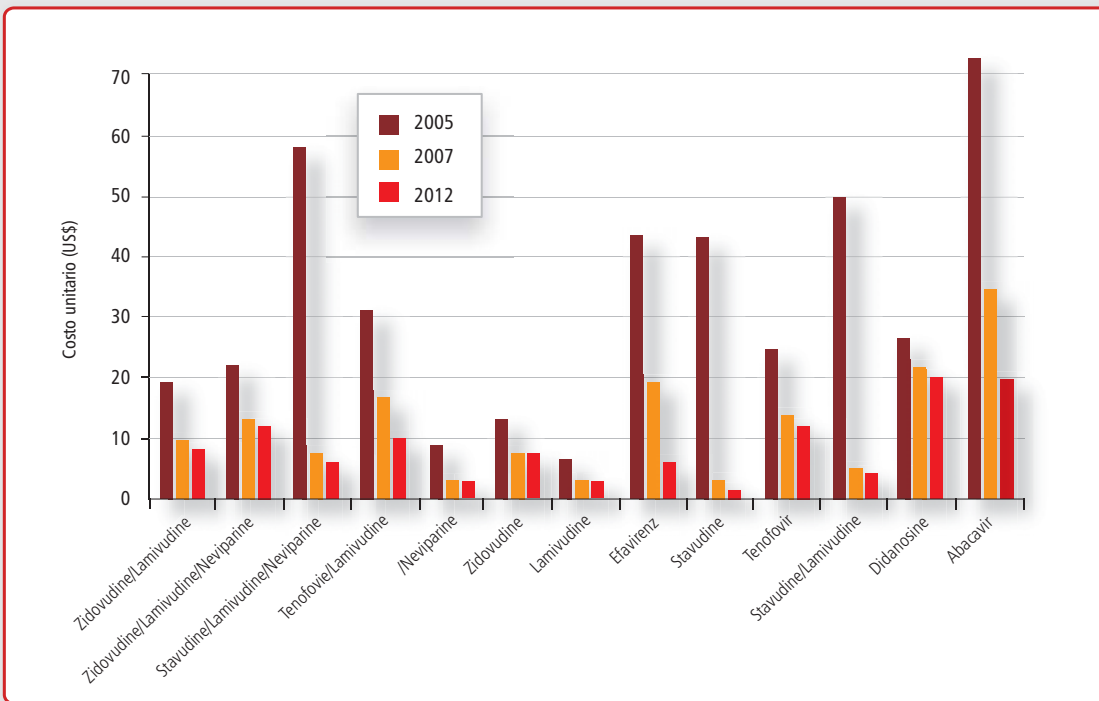
Tipo de tratamiento	2002	2012
Medicamentos ARV combinación 1	28,800 (US\$1,637)	9,155 (US\$233)
Medicamentos ARV combinación 2	50,400 (US\$2,864)	19,250 (US\$490)

Fuente: Elaborado con información de CONAVIHSIDA. Exposición del Dr. Leonardo Martínez, Modalidad de Costeo sobre Acceso a Tratamiento.

El incremento del costo de ARV y otros medicamentos para las PVV podría afectar su disponibilidad. Se informó que en el mercado internacional ha ido disminuyendo la oferta de ARV pediátricos.

En general, se evidencia una disminución de los precios de los ARV. El Gráfico 8 muestra el comportamiento anual de los costos de adquisición de 15 medicamentos ARV durante el período 2005-2012.

**Gráfico 8** | Costo de adquisición de medicamentos ARV. (2005 - 2012).



**Nota:** No incluidos en el gráfico, Atazavir y Lopinavir/Ritonavir. El primero costaba US\$330 en 2007 y US\$20 en 2012. Mientras que el segundo, bajó de US\$110 en 2005 a US\$36 en 2012.  
**Fuente:** CONAVIHSIDA.

#### 4.1.3 Debilidades del sistema de información

El actual sistema de información no permite una efectiva actualización de las necesidades de ARV por paciente y esquema de tratamiento. Existe un débil flujo de información entre los diferentes niveles.

Entre las debilidades encontradas en la cadena del sistema de información se encuentran las siguientes<sup>62</sup>:

- Falta de información oportuna.
- Nuevos esquemas de tratamiento sin notificar.
- Retraso de los reportes locales (en los servicios) y falta de actualización de su vínculo con el sistema de información.
- Confusión de los roles y responsabilidades en el proceso de gestión de la información.

<sup>62</sup> Datos del levantamiento realizado por DIGECITSS y CONAVIHSIDA en 21 centros de servicios priorizados, que reúnen más del 80% de los pacientes en tratamiento (junio 2010).

## 4.2 Obstáculos del Programa de Reducción de la Transmisión Vertical

Como se dijo antes, la atención pediátrica se encuentra altamente centralizada en la ciudad de Santo Domingo. El porcentaje de niños y niñas elegibles, que recibe terapia ARV es muy inferior al de los adultos<sup>63</sup>. El acceso de las embarazadas a servicios en el primer nivel de atención es muy limitado.

Entre las limitaciones que impiden lograr mayor avance en la reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo(a), se encuentra la falta de cumplimiento de las normas, guías y protocolos, lo que ha dado lugar a una aplicación incompleta de la movilización Tolerancia Cero.

Por otro lado, es muy débil la integración entre los servicios Materno Infantil y el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical. Existe muy poco conocimiento de este Programa en los establecimientos de salud. Ni la población usuaria ni el personal del centro de atención consideran el acceso a dichos servicios de salud como un derecho.

Al igual que para el funcionamiento del Programa de Atención Integral y su componente de adquisición de ARV y otros medicamentos, los actores consultados destacan que el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical ha tenido una insuficiente asignación de recursos locales y su financiamiento ha dependido fundamentalmente de fuentes externas.

## 4.3 Obstáculos del Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) del MINERD

Aunque en el MINERD opera una mesa técnica del PEAS, en la cual participan el Ministerio de Salud Pública y otros organismos, no existe una adecuada articulación entre las entidades que conforman dicha mesa<sup>64</sup>. En determinadas Direcciones Regionales del Ministerio el Programa opera con muchas debilidades.

A fines del 2012, concluyó la cooperación que recibía el MINERD de la USAID, asistencia que recibía la institución desde hacía cuatro años para el desarrollo del Programa en las seis Regionales de Educación siguientes: Montecristi, Valverde, Puerto Plata, San Francisco de Macorís e Higüey. En otras cinco Regionales (Barahona, Neyba, María Trinidad Sánchez, Santo Domingo y Santiago) las actividades del programa han dependido de aportes del CONAVIHSIDA, recursos provenientes del Fondo Global.

A través de las iniciativas de USAID y CONAVIHSIDA, el PEAS cubrió una población de 199,526 estudiantes en el año lectivo 2011-2012<sup>65</sup>, equivalente aproximadamente al 10% del número de estudiantes inscritos en las escuelas públicas.

---

<sup>63</sup> Se estima que de los niños y niñas que necesitaban tratamiento ARV en 2011, solo lo recibieron el 54%, mientras que para los adultos la cobertura estimada fue de 92% (Informe sobre Identificación de Intervenciones. Paso 1 del Marco de Aceleración de las metas ODM 6A y 6B. Junio 13, 2013).

<sup>64</sup> Se considera que los resultados esperados del PEAS en su conjunto y de manera particular, de su componente de prevención de VIH/SIDA en la población escolar y su entorno familiar más cercano, se ven limitados por la escasa coordinación y articulación entre el Programa y las instancias vinculadas del Ministerio de salud mas vinculadas al tema, tales como DIGEMIA: PRONASIA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES, Salud Mental, y Unidad de Equidad de Género.

<sup>65</sup> UNFPA. Educación sexual en la escuela como base para la equidad social y de género. Agosto 2012. <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/EstadodelaeducsexualyVBGenlasescuelas310812.pdf>





Como en los temas anteriores, los actores consultados identifican como un obstáculo o riesgo importante la fuerte dependencia del PEAS de donaciones de organismos internacionales.

El Programa aún no forma parte del currículo, aunque ya se cuenta con una propuesta que ha sido sometida por la dirección del PEAS a las autoridades del Ministerio, para su consideración en el rediseño curricular. Otra importante limitación es que los docentes no están debidamente formados para integrar transversalmente los temas del Programa al plan curricular. Parte de los docentes no están en capacidad de abordar la educación sexual de la forma prevista en el Programa debido a barreras culturales y religiosas.

#### **4.4 Obstáculos a los programas de prevención en poblaciones más expuestas**

Las actividades de prevención del VIH/SIDA en la población más vulnerable a la epidemia no ha sido una prioridad para el Estado. En efecto, las estrategias han estado dirigidas a la población general, sin líneas de acción y programas específicos hacia los grupos GTH, PPL, HSH, TRSXs, personas que usan drogas, migrantes, mujeres de baja escolaridad, mujeres víctimas de violencia, entre otros.

Las intervenciones en prevención destinadas a estos grupos son limitadas. Las entidades llamadas a trabajar con estos grupos desarrollan sus actividades de manera dispersa, aplicando intervenciones coyunturales, no integrales y/o de forma sostenida. El PEN no prioriza estas poblaciones; no cuenta con metas claras a las cuales referirse en el monitoreo, evaluación y rendición de cuentas sobre la Respuesta Nacional al VIH.

En general, los tomadores de decisiones no tienen una adecuada comprensión de la problemática de salud de las citadas poblaciones, y la definición del tipo de epidemia en el país (generalizada o generalizada con focos de concentración) limita el enfoque hacia la población clave. Se realizan intervenciones poco efectivas, como ocurre con la ley de drogas, que criminaliza a las personas usuarias de drogas, lo que impide el desarrollo de estrategias de prevención basadas en evidencias.

El personal de los centros de atención y de los programas de prevención no está capacitado para trabajar con esta población. Se observa una marcada desigualdad, limitado acceso a los servicios y trato con estigma y discriminación. Es baja la implementación de las guías, normas y protocolos existentes para la atención a los grupos vulnerables. Las personas víctimas de violaciones sexuales tienen poco acceso a terapia profiláctica para prevenir el VIH.

Nuevamente, la mayoría de las personas consultadas identifica como un obstáculo importante el bajo aporte del Estado Dominicano a los servicios de prevención y atención del VIH a la población más expuesta y la elevada dependencia de dichos servicios de la cooperación internacional. Resaltaron que el Estado no invierte lo suficiente en insumos (condones masculinos y femeninos, lubricantes, PEP, etc.), ni provee materiales educativos o promueve la prevención en poblaciones clave.



# 5. Identificación de soluciones



COMBATIR EL VIH/SIDA,  
EL PALUDISMO Y  
OTRAS ENFERMEDADES

## V. Identificación de soluciones

### 5.1 Soluciones a cuellos de botella del Programa de Atención Integral a personas viviendo con el VIH

Como ya se ha señalado, los principales obstáculos para el avance hacia la Meta 6B se refieren, a limitaciones en la adquisición de ARV y otros medicamentos e insumos, a la exclusión del tratamiento ARV del sistema de seguridad social y a debilidades del sistema de información. Para mejorar la Atención Integral a las personas que viven con el VIH y SIDA, también hay que remover limitaciones relacionadas con la disponibilidad de personal y calidad del servicio de las 77 unidades de atención en operación en 2013, y fortalecer la articulación entre los niveles de atención (primario, secundario y terciario). A continuación se describen las soluciones indicativas para los principales obstáculos al servicio de Atención Integral.

#### 5.1.1 Estrategias y planes de acción ante el desmonte del Fondo Global

Para el aumento de la cobertura y la calidad del tratamiento ARV es necesario disponer de un mayor volumen de fondos provenientes del presupuesto nacional, para compensar el desmonte de los aportes del Fondo Global.

Se estima que para cubrir la brecha de financiamiento resultante de dicho desmonte, los aportes del Gobierno, a través del presupuesto del Ministerio de Salud Pública para la compra de ARV deberían ser de alrededor de RD\$258 millones (US\$6 millones) para el año 2014 y RD\$559 millones (US\$13 millones) para el año 2015.

El proceso para la integración de estas partidas al presupuesto del MSP debe iniciarse a la brevedad, con acciones o pasos como los siguientes:

- a) Reunión del Comité Directivo del MAF, con la participación del Ministerio de Hacienda y el Mecanismo Coordinador de País (MCP), para dejar consolidado, a nivel político el compromiso de inclusión de ARV dentro del presupuesto del MSP, como un rubro permanente.
- b) Comunicación del CONAVIHSIDA al MSP solicitando los fondos de contrapartida para el Fondo Global.
- c) Mesa de medicamentos del MSP reúne la documentación requerida.
- d) Inclusión del monto solicitado al presupuesto del MSP.
- e) Seguimiento, por parte del Ministro de Salud, al proceso de negociación del presupuesto anual. Procurar que eventuales recortes al presupuesto del Ministerio no afecten la partida destinada a la compra de ARV.



### 5.1.2 Fortalecimiento de la coordinación entre los actores institucionales

Se requiere aprovechar las sinergias que se derivarían del fortalecimiento de la coordinación entre CONAVIHSIDA, el Ministerio de Salud: Servicios Regionales de Salud, Salud Colectiva, DIGETCISS, PROMESE/CAL, SUGEMI, entre otras entidades. Al propio tiempo, agilizar los procesos administrativos y así facilitar la compra oportuna de los ARV y otros medicamentos e insumos. Para tal fin se propone:

- a) Incluir de manera permanente el tema de la coordinación en la agenda del MCP, como parte de la vigilancia al cumplimiento del Plan de Acción para la Aceleración de las Metas ODM 6A y 6B.
- b) Preparación, por parte de Salud Colectiva, REDES y Dirección de Planificación del MSP, de informes periódicos de seguimiento del Plan de Acción, propuestas de puntos agenda y otros insumos para las actividades del MCP.

### 5.1.3 Mejoramiento del sistema de reporte para una adecuada y permanente actualización de las necesidades de los ARV

Para disponer, desde cada área de servicio, de reportes oportunos, con datos precisos sobre cada paciente y esquema, se consideró que la acción más relevante es poner en funcionamiento la ficha única de los SAI.

Para tal fin se requiere que las áreas con capacidad de decisión sobre este asunto se reúnan y adopten las medidas necesarias para la implementación del Sistema de Información. Se propone que esta acción sea promovida a través del Viceministerio de Planificación del MSP, como medio de coordinación de las instancias vinculadas al tema.

### 5.1.4 Establecimiento de un modelo de gestión unificado para la adquisición y distribución de los ARV e insumos

Para la adquisición de medicamentos existe un sistema de gestión, compuesto por SUGEMI, PROMESE/CAL, y que cuenta con la experiencia de CONAVIHSIDA, el cual proporciona mayor coordinación e integración, para operar con mayor eficiencia y eficacia.

Se propone la definición de un procedimiento para las compras, almacenamiento y distribución de los medicamentos e insumos en el marco de la disposición que encarga a PROMESE-CAL de las compras y del proceso de desmonte del Fondo Global.

### 5.1.5 Inclusión del tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Se ha considerado pertinente continuar los esfuerzos para la inclusión del tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud (PBS) del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), medida que constituye una de las principales vías para asegurar la sostenibilidad del Programa de Atención Integral a las personas VIH+.

Se recomienda crear los mecanismos necesarios para la incorporación del tratamiento ARV en el PBS, enfocada no solo como medio de ampliación del acceso al tratamiento, sino también como instrumento de sostenibilidad financiera del programa de Atención Integral.

## **5.2 Soluciones a cuellos de botella del Programa de Reducción de la Transmisión Vertical**

- a) Fortalecer la autoridad sanitaria para el cumplimiento de normas, guías y protocolos.
  - Monitoreo sistemático del nivel de cumplimiento de las estrategias de la PTMI
  - Auditoría de casos de nacimientos de niños hijos de madres VIH sin intervención
  - Aplicación de reglamentos disciplinarios
- b) Aumentar el acceso de las embarazadas a las estrategias de PTMI en el 1er nivel de Atención.
- c) Fortalecer la integración de los servicios Materno Infantil y el Programa Nacional de Transmisión Vertical del VIH.

## **5.3 Soluciones a cuellos de botella del Programa Educación Afectivo Sexual (PEAS) del MINERD**

- a) Para viabilizar la ampliación, mejora e impacto del Programa en las escuelas es necesario incorporar las instancias del Ministerio de Salud vinculadas al tema del VIH: DIGEMIA, PRONAIISA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES, Salud Mental, Unidad de Equidad de Género, TB, entre otras).
- b) Integrar la propuesta curricular del PEAS al rediseño curricular, en el marco de la actualización de la Ordenanza 1-95 del Consejo Nacional de Educación, que establece el currículo para la Educación Inicial, Básica, Media, Especial y de Adultos, a partir del año lectivo 1995-1996.
- c) Socializar el documento marco "Lineamientos del Sistema Educativo para el Programa de Educación Afectivo Sexual- PEAS", con las diferentes instancias del MINERD y de la sociedad civil relacionadas con el tema.
- d) Mejorar la planeación presupuestaria. Incluir en el presupuesto del MINERD las partidas requeridas para el funcionamiento del PEAS y así reducir la dependencia del funcionamiento del Programa, de la disponibilidad de donaciones internacionales.
- d) Mejorar la formación de los docentes, con énfasis en la eliminación de barreras culturales, actitudinales y religiosas, que limitan la integración transversal de los temas de educación afectivo sexual.



**5.4 Soluciones a cuellos de botella de los programas de prevención a poblaciones más expuestas** (GTH, PPL, TRSX, personas que usan drogas, migrantes, mujeres de baja escolaridad, mujeres víctimas de violencia, entre otras)

- a) Ampliar las intervenciones del Estado para prevención en población clave, incluyendo más inversión en insumos (condones masculinos y femeninos, lubricantes, materiales educativos).
- b) Ampliación de los programas de prevención, a través de la oferta de servicios comunitarios de prevención del MSP, con énfasis en el primer nivel de atención.
- c) Campaña educativa realizada desde el Estado, con participación de la sociedad civil. Diseño, validación e impresión de materiales educativos focalizados en los distintos grupos de población vulnerable.
- d) Garantizar que los programas del MSP incluyan en su presupuesto la adquisición de condones para la prevención del VIH.
- e) Diseño y puesta en marcha de una estrategia de distribución de condones con la participación de las organizaciones que trabajan directamente con grupos vulnerables, mediante mecanismos que garanticen que dicho insumo llegue a esta población.
- f) Acciones contra el estigma y la discriminación para facilitar el acceso a los servicios de salud
  - Sensibilización y capacitación al personal de servicios de atención (incluye la elaboración de pautas básicas para la atención).
  - Asegurar a través de los Servicios Regionales de Salud que en las encuestas de satisfacción de usuarios se incluya el tema de estigma y discriminación.
  - Desarrollar campaña educativa sobre acceso a servicios y derechos de los usuarios.
- g) Mejorar el acceso de las personas víctimas de violaciones sexuales a terapia profiláctica para prevenir el VIH
  - Aumentar la disponibilidad de los Kits de profilaxis en los centros de servicios.
  - Aprobar y publicar el protocolo de atención a las víctimas de violación.
  - Capacitar sobre normas (norma de violencia contra la mujer y norma de salud) y protocolos.
  - Fortalecer el vínculo entre los sectores Justicia y Salud.
  - Desarrollar campaña de orientación al público sobre tratamiento después de exposición (PEP: Post-exposure prophylaxis).



**Resumen para acelerar el avance hacia las Metas ODM 6A y 6B**

ODM prioritario (Metas)	Indicador	Intervenciones prioritarias	Obstáculos prioritarios	Soluciones indicativas de aceleración 2014-2015	Financiación de soluciones	Socios potenciales
Meta 6B. Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan.	1. Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.	Fortalecer el Programa de Atención Integral a personas con el VIH, con énfasis en: a) Inclusión del tratamiento ARV en el PBS del SDSS. b) Adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos. c) Fortalecimiento del sistema de información.	1. Falta de estrategias y planes de acción ante el desmonte del Fondo Global.  2. Débil coordinación de los actores institucionales.	Definir estrategias y planes de acción ante el desmonte del Fondo Global.	Inclusión en presupuesto MSP de alrededor de RD\$258 millones en 2014 y RD\$559 millones en 2015 para cubrir brecha de financiamiento.  Sin costo adicional relevante.	MSP, MCP, CONAVIHSIDA Presidencia de la República.  Ministerio de Finanzas, DIGEPRES, MSP, MCP, PROMESE/CAL, SUGEMI, CONAVIHSIDA
			3. El sistema de reporte no permite una efectiva actualización de las necesidades de los ARV.  4. El Art. 17, literal n, del reglamento del PBS excluye el TARV.	Implementación del Sistema de Información (ficha única de los SAL).	Sin costo adicional relevante.	DIGECITSS, CONAVIHSIDA, REDES, SRS
				Crear los mecanismos necesarios para inclusión del tratamiento ARV en el PBS.	Año 2014 Se asumen costos no relevantes para concluir la identificación de mecanismos y puesta en marcha a fin de año. Año 2015 RD\$148 millones (US\$3.44 millones).	DIGECITSS, CONAVIHSIDA, REDES, SRS



CUADRO 13

**Resumen para acelerar el avance hacia las Metas ODM 6A y 6B**

ODM prioritario (Metas)	Indicador	Intervenciones prioritarias	Obstáculos prioritarios	Soluciones indicativas de aceleración 2014-2015	Financiación de soluciones	Socios potenciales
Meta 6A. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.	1. Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años (%).	Ampliación y mejora del Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD.	1. El programa no forma parte del rediseño curricular.  2. Presupuesto del PEAS no es predecible. Mucha dependencia de fondos internacionales.		Estimado para cubrir TARV a 10,422 adultos y 700 pediátricos, más seguimiento a 4,286 y 302 respectivamente (Ver Tabla 11 del "Informe sobre viabilidad financiera de incluir personas viviendo con VIH en el SFS, de Levine y Ledesma, 2012).	MINERD, Consejo Nacional de Educación, MSP, Salud Escolar  MINERD Dirección del PEAS Viceministerio de Planificación y Presupuesto del MINERD.
				Integrar la propuesta curricular del PEAS al rediseño curricular.	Sin costo adicional relevante.	
				Incluir en el presupuesto del MINERD, fondos para el funcionamiento del PEAS.	En adición a los gastos de personal y otros gastos fijos, en 2014 el MINERD destinará RD\$17.7 millones (US\$412 mil) a monitoreo de la incorporación de la educación sexual en el currículo.	





CUADRO 13

**Resumen para acelerar el avance hacia las Metas ODM 6A y 6B**

ODM prioritario (Metas)	Indicador	Intervenciones prioritarias	Obstáculos prioritarios	Soluciones indicativas de aceleración 2014-2015	Financiación de soluciones	Socios potenciales
Meta 6A. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.	3. Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.	2. Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (%).	3. Existen barreras culturales, actitudinales y religiosas para la integración de los temas de educación sexual. 4. Débil articulación con los espacios de servicios de salud pública.	Mejorar la formación de los docentes, con énfasis en la eliminación de las citadas barreras. Articular instancias del MSP al PEAS.	Capacitación del personal y de las APMAE y otras actividades, con énfasis en prevención de embarazos en adolescentes y prevención del VIH.	Dirección del PEAS.
		Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas.	1. Las intervenciones del Estado para prevención en población clave son limitadas.	Ampliación de programas de prevención, a través de servicios comunitarios en 1er nivel de atención.	Se requiere: a) En el presupuesto 2014 aprobado para el MSP, identificar las partidas vinculadas a las intervenciones priorizadas, para articular el seguimiento a las actividades de aceleración.	DIGEMIA; PRONAISA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES, SRS, REDES, DIGECITSS, DIGPRES, PRONAISA
			2. Estigma y discriminación limita el acceso a los servicios de salud.	Sensibilización y capacitación al personal de servicios y campaña educativa.	b) Identificar las necesidades de financiamiento para 2015 y gestionar su inclusión en el presupuesto del MSP de dicho año.	OSC, MSP, MINERD MESCyT, OSC, MSP PGR.

CUADRO 13

Resumen para acelerar el avance hacia las Metas ODM 6A y 6B						
ODM prioritario (Metas)	Indicador	Intervenciones prioritarias	Obstáculos prioritarios	Soluciones indicativas de aceleración 2014-2015	Financiación de soluciones	Socios potenciales
	4. Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años (%).	Fortalecer el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Falta de autoridad sanitaria para el cumplimiento de Normas, Guías y Protocolos.</li> <li>Falta de Acceso de las embarazadas a las estrategias de PTMI en el 1er nivel de Atención.</li> <li>Falta de integración de los servicios Materno Infantil y el Programa Nacional de Transmisión Vertical del VIH.</li> </ol>	<p>Aumentar la disponibilidad de los Kits de profilaxis en los centros de servicios.</p> <p>Aprobar protocolo de atención a las víctimas y fortalecer el vínculo Justicia y Salud.</p>	<p>Parte de las soluciones propuestas consisten en medidas de carácter administrativo o gerencial sin implicaciones de costos adicionales relevantes.</p> <p>Se requiere: a) En el presupuesto 2014 aprobado para el MSP, identificar las partidas vinculadas a las intervenciones priorizadas, para articular el seguimiento a las actividades de aceleración.</p>	<p>Redes, Salud colectiva - DIGEPI, DIGECITSS.</p> <p>Redes, Salud colectiva - DIGEPI, DIGECITSS.</p> <p>Redes, Salud colectiva - DIGEPI, DIGECITSS.</p>





# 6. Plan de aceleración de las metas ODM 6A y 6B.



COMBATIR EL VIH/SIDA,  
EL PALUDISMO Y  
OTRAS ENFERMEDADES

## VI. Plan de aceleración de las metas ODM 6A y 6B

### 6.1 Alcance del Plan

En el ámbito de las dos metas del ODM 6, el Plan de Acción propuesto procura:

- a) Acelerar el avance hacia el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten, y mejorar la calidad del servicio brindado a la población usuaria de ARV.
- a) Darle sostenibilidad a la detención y reducción de la propagación del VIH/SIDA.

El diseño del Plan ha sido el resultado del consenso, para lo cual se llevó a cabo un proceso de consultas con actores clave del ámbito público y de la sociedad civil, a través de reuniones de especialistas, talleres y entrevistas. El análisis partió de las evaluaciones y propuestas existentes y se prestó especial atención a la articulación del Plan de Acción con las políticas y líneas de acción definidas en la END y en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016, así como con el Plan Estratégico del CONAVIHSIDA 2007-2015<sup>66</sup>.

En vista de que queda poco tiempo para terminar el plazo de los ODM, se ha propuesto un conjunto de intervenciones con capacidad potencial de arrojar resultados a corto plazo, articuladas a las estrategias de mediano y largo plazo.

El Plan contempla la implementación de diez propuestas de soluciones a igual número de obstáculos prioritarios (Cuadro 13), para lo cual se desarrollará el conjunto de actividades señaladas más adelante (Cuadro 14).

### 6.2 Rol del Gobierno y de otros actores.

Los retos que representa impactar de manera significativa la cobertura y calidad del tratamiento ARV, así como los resultados de las intervenciones relacionadas con la prevención del VIH-SIDA, requieren de un activo involucramiento de las entidades gubernamentales relacionadas con esta área del sector salud, así como de las organizaciones de la sociedad civil.

---

<sup>66</sup> Durante 2013, el Plan Estratégico Nacional 2007-2015 para el Control de las ITS y VIH/SIDA fue objeto de revisión y actualización por parte del CONAVIHSIDA.



Si bien la puesta en marcha y seguimiento al Plan de Acción es responsabilidad del Gobierno, la participación de organizaciones de la sociedad civil es de vital importancia, sobre todo de aquellas que trabajan con los grupos más vulnerables al VIH-SIDA y que ya han demostrado tener experiencia y capacidad en la prestación de servicios de atención y actividades de prevención.

El Plan de Acción se ejecutará bajo el criterio de responsabilidad mutua entre las instituciones del Gobierno y organizaciones no gubernamentales, con el acompañamiento de las agencias del Sistema de las Naciones Unidas relacionadas con el tema.

Esto implica firmes compromisos políticos e institucionales para que los actores responsables de poner en marcha el Plan de Acción dispongan de los medios necesarios para intervenir con la debida oportunidad y eficacia. En el Cuadro 14 se identifican las entidades responsables de la implementación de las diferentes actividades que integran el Plan de Acción.

### **6.3 Plan de implementación y seguimiento**

Las intervenciones que comprende el Plan de Acción propuesto para acelerar las metas 6A y 6B se enmarcan en las políticas y compromisos asumidos por el Gobierno mediante los dos principales instrumentos de planificación del país: la Estrategia Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público.

Como señalamos en el Capítulo III del presente documento, la Ley END establece un marco de políticas que comprende varias líneas de acción y metas relacionadas con el ODM 6. Entre ellas:

- a) Fortalecimiento de los servicios de salud colectiva, con énfasis en salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos en adolescentes, del VIH y SIDA.
- b) Lograr que a 2015, el 85% de la población que vive con infección del VIH avanzada tenga acceso a tratamiento ARV.
- c) Reducción de la proporción de la población de hijos (as) nacidos (as) de madres VIH positivas que resultan ser positivos(as) al testarse. La meta establecida es reducir dicha proporción de 10% (2010) a 5.5% en 2015.
- d) Incorporar al currículo educativo la educación sexual-reproductiva de los niños, niñas, adolescentes, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la prevención del VIH.

Por otra parte, cabe destacar que dentro de los principales proyectos de inversión pública en el área de salud, que forman parte del Plan Plurianual 2013-2016, se encuentra el proyecto Prevención, Control y Atención del VIH-SIDA en República Dominicana.

Para dicho período, el Gobierno se ha comprometido con la implementación de acciones que permitan al 100% de la población viviendo con el VIH-SIDA tener acceso a servicios de atención integral, así como acceso universal de las embarazadas a las pruebas VIH+, proporción que se estima era 79% en 2012. El número anual de casos VIH-SIDA tratados de acuerdo a protocolos se estima que serían de aproximadamente 57,000, tanto en 2014 como en 2015, un incremento de más de 50% respecto a 2012; mientras que el número anual de personas



ingresadas sería de 17,000, cerca de 17% superior al número correspondiente a 2012.

Los fondos adicionales que se requieran para implementar las soluciones de aceleración propuestas proven- drán, al igual que las intervenciones en marcha, en el marco del PNPSP, del presupuesto nacional, sobre la base de los instrumentos de planificación del gasto e inversión pública que coordina el MEPyD.

El MEPyD, a través de la Dirección de Desarrollo Económico y Social del Viceministerio de Planificación, y el MSP, a través su Viceministerio de Planificación, velarán por la oportuna y adecuada aplicación de las soluciones y actividades del presente Plan de Aceleración, cuyos plazos de ejecución, indicadores de monitoreo y entidades responsables están contenidos en el Cuadro 14.

CUADRO 14

Plan de implementación y seguimiento				
Intervención	Actividad	Plazo de implementación	Indicador de seguimiento	Entidades responsables
<b>Meta 6B:</b> <i>Lograr para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten</i>				
<b>Fortalecer el Programa de Atención Integral a personas con VIH, con énfasis en:</b> a) <i>Adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos;</i> b) <i>Inclusión del tratamiento ARV en el PBS del SDSS;</i> c) <i>Fortalecimiento del sistema de información.</i>	1. Inclusión en presupuesto de MSP de alrededor de RD\$258 millones en 2014 y RD\$559 en el 2015, para cubrir la brecha de financiamiento generada por el desmonte de las donaciones del Fondo Global, bajo la categoría de proyecto prioritario.	Junio -agosto 2013.	Monto requerido incluido en propuesta de presupuesto del MSP del año 2014, con categoría de partida protegida, prevista en el PNPSP.	MSP
		Septiembre - Octubre 2014	Partida presupuestaria protegida prevista en el PNPSP y en:	Seguimiento/coord. del MSP con: Presidencia de la República/ Consejo de Ministros.
		Octubre - Diciembre 2014	a) Proyecto de presupuesto de 2015 aprobado por el Consejo de Ministros.	Congreso Nacional.
		Enero - diciembre 2014	b) Ley de Presupuesto General del Estado de 2015.  2. Asignación y entrega de las cuotas presupuestarias correspondientes.	DIGEPRES y Tesorería Nacional.



CUADRO 14

Plan de implementación y seguimiento				
Intervención	Actividad	Plazo de implementación	Indicador de seguimiento	Entidades responsables
<b>Meta 6B:</b> <i>Lograr para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten</i>				
<b>Fortalecer el Programa de Atención Integral a personas con VIH, con énfasis en:</b>  a) <i>Adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos;</i>  b) <i>Inclusión del tratamiento ARV en el PBS del SDSS;</i>  c) <i>Fortalecimiento del sistema de información.</i>	2. Decisión sobre la implementación del Sistema de Información (ficha única en los SAL).	Enero 2014.	Acta o memoria de las reuniones.	MSP / Viceministerio de Planificación convoca reunión con los tomadores de decisión.
	3. Definición del procedimiento de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos en el marco de la disposición que encarga a PROMESE-CAL de las compras.	6 meses.	Acta o memoria de las reuniones.	MSP: DIGECITSS, REDES y CONAVIHSIDA
	4. Discusión y decisión sobre el plan de sostenibilidad de adquisición de ARV y la incorporación del tratamiento ARV en el PBS.	6 meses.	Acta o memoria de las reuniones.	MSP: DIGECITSS, REDES y CONAVIHSIDA, promueven incorporación del tema en la agenda del MCP.
<b>Meta 6A:</b> <i>Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015</i>				
<b>Fortalecer el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical</b>	5. Monitoreo permanente del cumplimiento de las estrategias de la PTMI.	Mensual	Informes de auditorías	Redes, Salud colectiva-DIGECITSS
	6. Auditoría de casos de nacimientos de niños hijos(as) de madres VIH+ sin intervención.	Permanente. Reporte de cada caso.	Acta o memoria de las reuniones.	Redes, Salud colectiva-DIGEPI, DIGECITSS.





CUADRO 14

Plan de implementación y seguimiento				
Intervención	Actividad	Plazo de implementación	Indicador de seguimiento	Entidades responsables
<b>Meta 6A:</b> <i>Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015</i>				
Fortalecer el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical.	7. Aplicación de reglamentos disciplinarios.	Enero 2014.	Acta o memoria de las reuniones.	Redes.
Ampliación y mejora del Programa de Educación Afetivo Sexual del MINERD en las escuelas e incorporación de las instancias vinculadas al Ministerio de Salud.	8. Integrar la propuesta del PEAS al rediseño curricular, en el marco de la actualización de la Ordenanza 1-95 sobre currículo de cada nivel de enseñanza.	Enero - junio 2014.	Ordenanza del Consejo Nacional de Educación.	MINERD Consejo Nacional de Educación.
	9. Mejorar la formación de los docentes en educación sexual. Articular instancias del MSP al PEAS.	Permanente. Reporte trimestral.	Reportes sobre número de adiestramientos y de participantes. Reportes sobre actividades realizadas de manera conjunta entre PEAS y entidades del MSP.	MINERD: Dirección del PEAS MSP: DIGEMIA, PRONAISA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES.
Fortalecer los programas de prevención a poblaciones más expuestas.	10. Ampliación de programas de prevención, a través de servicios comunitarios y 1er nivel de atención.	Permanente. Reporte trimestral.	Reportes sobre actividades de prevención realizadas.	SRS, REDES DIGECITSS, DIGPRES PRONAISA OSC
	11. Sensibilización y capacitación al personal de servicios y campaña educativa sobre acceso a servicios y derechos.	Permanente. Reporte trimestral.	Reportes sobre actividades de sensibilización al personal	MSP, MINERD MESCyT, OSC



CUADRO 14

Plan de implementación y seguimiento				
Intervención	Actividad	Plazo de implementación	Indicador de seguimiento	Entidades responsables
<b>Meta 6A:</b> <i>Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015</i>				
Fortalecer los programas de prevención a poblaciones más expuestas.	12. Mediante los Servicios Regionales de Salud garantizar que en las encuestas de satisfacción de usuarios se incluya el tema de estigma y discriminación.	Al momento de cada encuesta.	Preguntas sobre estigma y discriminación incluidas en los cuestionarios.	MSP, OSC.
	13. Aumentar la disponibilidad de los Kits de profilaxis en los centros de servicios. Aprobar protocolo de atención a las víctimas y fortalecer el vínculo Justicia y Salud.	Reporte semestral.	Reportes sobre acceso de las personas víctimas de violaciones sexuales a terapia profiláctica y a los servicios judiciales.	MSP, PGR.
<b>Actividades transversales (Metas 6A y 6B)</b>				
	14. Incluir de manera permanente, en la agenda del MCP el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción para la Aceleración de las Metas ODM 6A y 6B.	Mensual.	Tema incluido en agenda de cada reunión del MCP.  Acta o memoria de cada reunión (Será enviada por la Dirección Ejecutiva del MCP al Viceministerio de Planificación del MSP para fines de seguimiento).	REDES, DIGECITSS y Dirección Ejecutiva del MCP.
	15. Informes de seguimiento, propuestas de puntos de agenda y otros insumos para las actividades del MCP.	Permanente. Mínimo, un informe trimestral.	Informes de seguimiento y otros reportes sobre el desarrollo del Plan de Aceleración de las Metas ODM entregados.	Salud Colectiva, REDES y Dirección de Planificación del MSP.





# BIBLIOGRAFÍA



- CONAVIHSIDA-DIGECITSS (2011). Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad. República Dominicana. 2011. Santo Domingo.
- Congreso Nacional (2011). Ley de VIH/SIDA de la República Dominicana. Santo Domingo. Disponible en [http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/Ley\\_VIH\\_SIDA\\_la\\_Republica\\_Dominicana\\_No\\_135\\_11.pdf](http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/Ley_VIH_SIDA_la_Republica_Dominicana_No_135_11.pdf)
- Congreso Nacional (2012). Ley Orgánica Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Santo Domingo. Disponible en <http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/end/marco-legal/ley-estrategia-nacional-de-desarrollo.pdf>
- Consejo Nacional de la Seguridad Social (2012). Resolución 292-01 de fecha 26 de abril 2012. Santo Domingo. Disponible en file:///C:/Users/Francisco/Downloads/resoluciones%20sesion%20292%20vf.pdf
- COPRESIDA (2007). Plan Estratégico Nacional 2007-2015. Santo Domingo. Disponible en [http://www.conavihsida.gob.do/index.php?option=com\\_content&view=article&id=101&Itemid=656](http://www.conavihsida.gob.do/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=656)
- COPRESIDA. Plan Operativo Bienal 2007-2008. Santo Domingo. Disponible en [http://www.copresida.gob.do/downloads/Vol4\\_POB\\_2007-2008.pdf](http://www.copresida.gob.do/downloads/Vol4_POB_2007-2008.pdf)
- COPRESIDA (2009). Plan Operativo Bienal 2009-2011. Santo Domingo. Disponible en [http://www.conavihsida.gob.do/index.php?option=com\\_content&view=article&id=133:plan-operativo-bienal-2009-2011&catid=9:uncategorised](http://www.conavihsida.gob.do/index.php?option=com_content&view=article&id=133:plan-operativo-bienal-2009-2011&catid=9:uncategorised)
- COPRESIDA, DIGECITSS, ONUSIDA (2010). Modelos de Transmisión del VIH. Análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH y recomendaciones para prevención en la República Dominicana. Noviembre 2010. Santo Domingo.
- COPRESIDA-ONUSIDA-Fundación Plenitud (2010). Medición del Gasto en SIDA en República Dominicana 2008. Informe final, Julio 2010. Santo Domingo. Disponible en <http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/Megas2008.pdf>
- COPRESIDA-SESPAS (2007). Análisis de Situación y Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA. República Dominicana 2007. Disponible en [http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/additional\\_resources/Dominican%20Republic%202007\\_0.pdf](http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/additional_resources/Dominican%20Republic%202007_0.pdf)



- MEPYD (2011). Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2011-2014. República Dominicana. Diciembre 2011. Santo Domingo. Disponible en [http://www.minerd.gob.do/idec/Docs10/Plan%20Nacional%20Plurianual%20del%](http://www.minerd.gob.do/idec/Docs10/Plan%20Nacional%20Plurianual%20del%20)
- MEPYD (2012). Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016. República Dominicana. Diciembre 2012. Santo Domingo. Disponible en <http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/libros/pnpsp-2013-2016-diciembre-14-2013.pdf>
- MEPYD (2010). Objetivos de Desarrollo del Milenio: República Dominicana. Informe de Seguimiento 2010. Noviembre de 2010. Santo Domingo
- Ministerio de Salud Pública (2006). Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006-2015. Un Acuerdo Nacional por la Excelencia de la Salud. Documento para consulta nacional. Noviembre 2006. Actualizado 19 de febrero 2008. Disponibles en [http://reformaonline.cerss.gov.do/download/documentos/planes/plandes\\_integrado.pdf](http://reformaonline.cerss.gov.do/download/documentos/planes/plandes_integrado.pdf) y en <http://www.cerss.gov.do/pdfs/transparencia/plandes.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2011). Memoria anual 2010. República Dominicana. Disponible en <http://salud.gob.do/download/docs/Memorias/Memorias2010.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2012). Plan Estratégico Plurianual 2012-2015. República Dominicana. Enero 2012. Santo Domingo. Disponible en [http://salud.gob.do/informes/informes\\_detalle.asp?ID\\_Tipo=25](http://salud.gob.do/informes/informes_detalle.asp?ID_Tipo=25)
- Ministerio de Salud Pública (2012). Plan Operativo Anual 2012. Enero de 2012. Santo Domingo, D.N. Disponible en <http://salud.gob.do/download/docs/planes/PlanOperativo2012.pdf>
- ONUSIDA (2013). Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Disponible en [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf)
- ONUSIDA. Inversión y Necesidades: ¿La Respuesta Nacional está invirtiendo en los grupos prioritarios?. República Dominicana. 30 de noviembre, 2011.
- Profamilia y Centro Nacional de Investigaciones de Salud Materna Infantil-CENISMI. Embarazo en Adolescentes: Una realidad en transición. República Dominicana. Marzo 2011. Santo Domingo. Disponible en [http://www.profamilia.org.do/media/embarazo\\_adolescentes\\_rd.pdf](http://www.profamilia.org.do/media/embarazo_adolescentes_rd.pdf)



## BIBLIOGRAFÍA

- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). Marco para Acelerar el Logro de los ODM: Nota Operacional. Octubre 2011. New York.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. MDG Acceleration Framework. November 2011. Disponible en [http://www.undg.org/docs/11788/MAF\\_Toolkit\\_Dec%202011.pdf](http://www.undg.org/docs/11788/MAF_Toolkit_Dec%202011.pdf)
- Naciones Unidas (2012). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. New York,
- UNFPA (2012). Educación sexual en la escuela como base para la equidad social y de género (Línea base sobre la Educación Sexual y VBQ en las escuelas del Sector Público de República Dominicana). Informe elaborado por Elsa Alcántara Z. Agosto, 2012. Disponible en <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/EstadodelaeducsexualyVBGenlasescuelas310812.pdf>



# ANEXOS





### Resumen de la identificación documental de intervenciones

#### Información preliminar para selección de intervenciones por parte del Grupo de Trabajo interinstitucional

Intervenciones claves		Intervenciones indicativas	
1	Ampliación y fortalecimiento de la red de servicios.	1	Adaptación y accesibilidad de los servicios (actualización y simplificación de los programas de atención y tratamiento).
		2	Articulación de los servicios de VIH/SIDA en los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario).
		3	Fortalecimiento de la Red de laboratorios y bancos de sangre.
		4	Expansión de las pruebas de monitoreo a las PVV.
2	Participación de la sociedad civil y de PVV.	5	Articulación de los trabajos de las organizaciones comunitarias con los de la red de atención hospitalaria (fortalecimiento de los Comités de Salud).
3	Inclusión de medicamentos ARV en el Plan Básico de la Seguridad Social.	6	Terminación de estudio técnico, financiero y operativo dispuesto por el CNSS.
4	Mejoramiento de la práctica clínica y capacitación de personal.	7	Fortalecimiento de la aplicación de protocolos de atención en VIH y SIDA.
		8	Mejoramiento del entrenamiento de personal de servicio en los centros de atención y de los Comités de Salud.
5	Fortalecimiento del sistema financiamiento, adquisición y distribución de medicamentos.	9	Aumento y sostenibilidad de financiamiento de ARV.
		10	Mejoramiento del sistema de gestión y control de calidad de medicamentos.
		11	Reducción de costos de los ARV.
6	Fortalecimiento de los sistemas de información.	12	Plena aplicación del SIAI.
		13	Implementación de nueva ficha de información para pacientes viviendo con el VIH.
7	Fortalecimiento de los servicios de protección y tratamiento a embarazadas y niños/as.	14	Fortalecimiento del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH.
		15	Ampliación y mejoramiento de los servicios pediátricos en VIH.
		16	Fortalecimiento de estrategias de abordaje en niños/as y jóvenes.

Fuente: Elaborado con informaciones: END, PNPSP 2013-2016, Ley de VIH/SIDA 135-11, PEN CONAVIH/SIDA 2007-2015, PLANDES 2006-2015, Plan Estratégico Plurianual del MSP 2012-2015, Plan Operativo Anual del MSP 2013. Para la preparación de la tabla se tomó como referencia el modelo del anexo 4 de la guía Marco para Acelerar el Logro de los ODM: Nota Operacional.



## ANEXO 2

### Consideraciones sobre impacto y viabilidad de las intervenciones relacionadas con la Meta 6A

#### Área de Prevención

Intervenciones	Impacto	Viabilidad
<p>1 Fortalecer el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical.</p>	<p>El mejoramiento de los servicios de prevención VIH madre-hijo(a) en los hospitales reducirá los riesgos de esta población, en la cual, cuando ocurre una infección, se ponen en riesgo directo, por lo menos dos vidas. Una intervención de esta naturaleza disminuirá el número de muertes por SIDA. Se estima que en el quinquenio 2007-2011 ocurrieron 1,232 muertes relacionadas con SIDA de niños y niñas de 0-14 años y 305 de embarazadas.</p>	<p>Existen disposiciones de políticas para la protección de la salud materno infantil. La END ha establecido la meta de reducir la proporción de la población de niños(as) hijos (as) de madres VIH positivas que resultan ser positivos al testarse de 10% (2010) a 5.5% en 2015. Por otro lado, uno de los objetivos prioritarios del Plan de Gobierno en el sector salud es la reducción de la mortalidad materna infantil; las intervenciones destinadas a dicho objetivo contribuirían también a la reducción de la transmisión vertical del VIH. Para viabilizar esta intervención, entre otros asuntos, hay que prestar atención a la mejoría y ampliación del servicio de pediatría, el cual se encuentra altamente centralizado en la ciudad de Santo Domingo.</p>
<p>2 Ampliación y mejora del Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD en las escuelas e incorporación de las instancias vinculadas del Ministerio de salud (DIGEMIA: PRONAI-SA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES, Salud Mental, Unidad de Equidad de género, TB, otras).</p>	<p>Este programa está destinado a estudiantes de segundo ciclo de nivel básico y de nivel medio. A través del mismo, el MINERD ofrece orientación sobre la prevención del embarazo temprano, el VIH y diversos temas vinculados a la actividad sexual. Tiene potencial para incidir directamente en un amplio segmento de la población joven, estimada en más de 1.3 millones de personas (alrededor de 740 mil estudiantes de 4to a 8vo grado y cerca de 600 mil de nivel medio y educación de adultos).</p>	<p>La legislación vigente establece que los centros educativos públicos y privados deben implementar "programas educativos para la prevención, modos de transmisión, medidas de bioseguridad, acceso a servicios de salud, estigma, discriminación hacia las personas con el VIH y con el SIDA" (Ley 135-11). El MINERD cuenta con 4,364 orientadores y psicólogos. En el Ministerio opera una mesa técnica del programa, en la cual participa el MSP y otras entidades. Es necesario fortalecerla articulación entre las entidades que conforman la mesa técnica para darle mayor viabilidad al fortalecimiento de esta intervención.</p>



### Consideraciones sobre impacto y viabilidad de las intervenciones relacionadas con la Meta 6A

#### Área de Prevención

Intervenciones		Impacto	Viabilidad
3	Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas (GTH, PPL, HSH, TRSXs, usuarios/as de drogas, Migrantes, Mujeres de baja escolaridad, mujeres víctimas de violencia, otras).	En la mayoría de estos grupos poblacionales el nivel de prevalencia del VIH supera el 5%, lo que equivale a cerca de seis veces la media nacional (0.71% en 2011). La amplia brecha de prevalencia, indica que intervenciones focalizadas en esta población tendrán un efecto significativo.	Existe experiencia acumulada de trabajo con la población más expuesta al VIH y el SIDA, especialmente desde organizaciones de la sociedad civil, incluyendo entidades representantes de PVV. Es posible mejorar la coordinación entre estas organizaciones y las instituciones gubernamentales.
4	Programas de acceso a condones masculinos y femeninos.	Existe espacio para aumentar la tasa del uso de preservativos. El uso de condones en las relaciones sexuales de alto riesgo aumentó en la pasada década, pero los niveles registrados son aún bajos (43.9% en mujeres y 70% en hombres (ENDESA 2007). En 2008, 80.8% de las trabajadoras sexuales y 43.8% de los GTH, según informe ONUSIDA 2010).	La promoción del acceso a condones es una obligación del Estado. La Ley 135-11 otorga el mandato de garantizar su distribución, disponibilidad y fomento a nivel nacional. Existe la experiencia de este tipo de intervención en el marco del programa del FM. Acelerar el acceso implicará establecer estrategias para disminuir la actitud de un segmento de la población que rechaza programas de este tipo, por factores culturales o por criterios basados en la fe.
5	Incorporar la participación social y comunitaria como eje transversal.	Lograr una mayor participación de las organizaciones de la sociedad civil contribuirá a hacer más eficaces las intervenciones, tanto en el área de prevención como en la de atención. Las intervenciones focalizadas en los grupos más vulnerables han estado lideradas por organizaciones sociales.	Una de las políticas del PEN para el fortalecimiento de la respuesta nacional es la movilización de la sociedad civil. Es posible mejorar la articulación entre las organizaciones sociales y comunitarias que participan en diferentes tipos de intervenciones, así como la coordinación de esfuerzos entre dichas organizaciones y las entidades gubernamentales.
6	Profilaxis a víctimas post-exposición de violencia (Integración MSP, Procuraduría general de la RD, Unidades de Violencia de la Fiscalía).	Intervención concentrada en un grupo muy específico. Impacto esperado relativamente reducido.	Es posible su implementación, con determinado esfuerzo de coordinación entre las entidades involucradas.



**Consideraciones sobre impacto y viabilidad de las intervenciones relacionadas con la Meta 6A**

**Área de Prevención**

Intervenciones		Impacto	Viabilidad
7	Prevención en adolescentes y jóvenes no escolarizados	Intervención concentrada en un grupo muy específico. Impacto esperado relativamente reducido. El costo por beneficiario de la intervención probablemente sea muy alto.	La puesta en práctica de la intervención requeriría un esfuerzo especial de identificación de esta población.
8	Programas de prevención con población universitaria (Acuerdo CONAVIHSI-DA-MESCYT).	Se ha avanzado poco en su ejecución. Es una población de interés a los fines de los programas de prevención.	Se requiere de un esfuerzo mucho mayor de articulación y coordinación del que ha predominado hasta el momento. La Ley 135-11 incluye a los centros de educación superior para la implementación de programas educativos para la prevención.

## ANEXO 2B

**Consideraciones sobre impacto y viabilidad de las intervenciones relacionadas con la Meta 6B**

**(Área de Atención)**

Intervenciones		Impacto	Viabilidad
1	Inclusión del tratamiento ARV en el Plan Básico de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social.	Contribuiría a aumentar significativamente el acceso a tratamiento ARV, sobre todo a los grupos más vulnerables. Aunque no ha sido aplicada, existe consenso, entre los actores consultados, de que impactaría positivamente la meta 6B en poco tiempo. Apoyaría la sostenibilidad del tratamiento ARV a largo plazo.	Se han realizado esfuerzos para que el SDSS incluya el tratamiento en el PBS, pero el proceso no se ha completado. En 2012 el CNSS dispuso "estudiar a profundidad los aspectos técnicos, financieros y operativos" de esta intervención. Entre los asuntos para viabilizar esta intervención, se encuentran: el aumento de la cápita, aprobación de las guías clínicas de atención, mejora de la documentación (base de datos), entre otros. "No existe obstáculo legal para que el Estado dominicano asuma la integración de las PVV en el SDSS" (PNUD, OPS-OMS, UNICEF y ONUSIDA). El reglamento del SFS y el PBS excluye los ARV.



**Consideraciones sobre impacto y viabilidad de las intervenciones relacionadas con la Meta 6B**

**(Área de Atención)**

Intervenciones	Impacto	Viabilidad
2	<p>Aumentar los fondos para la adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos en el presupuesto anual del MSP, bajo la categoría de fondos protegidos, para cubrir la brecha dejada por el desmonte de los aportes del Fondo Mundial.</p> <p>(Más que intervención en sí, considerar esta propuesta como vía para lograr el fortalecimiento y sostenibilidad de los servicios de atención).</p>	<p>La Ley 135-11 establece que el Estado, a través del MSP, "está en la obligación de adquirir, mantener en existencia y garantizar el acceso y suministro oportuno de los medicamentos antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas, para condiciones relacionadas y las pruebas de monitoreo del VIH..."</p> <p>El Gobierno ha iniciado el aporte de fondos de recursos internos para adquisición de ARV y otros medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA. En el presupuesto del MSP de 2013 se incluyó un monto de RD\$79 millones (US\$1.9 millones) para estos fines. 2013, el Fondo Mundial aportaría US\$10.6 millones para las actividades de la Respuesta Nacional.</p>
3	<p>Plan de Fortalecimiento del Sistema de Información y aplicación de la ficha de información a nivel nacional.</p>	<p>Se dispone de un sistema de información para aplicación en los Servicios de Atención Integral (SIAI), el cual ha sido utilizado parcialmente. La Ficha de información para pacientes con VIH, validada recientemente, está en proceso de implementación.</p>
4	<p>Monitoreo y Evaluación de los servicios de atención a las PVV a través del cumplimiento de la Norma, Guías y Protocolos.</p>	<p>Los servicios de atención relacionados con el VIH se proveen a través de 77 unidades de Servicio de Atención Integral, de las cuales 27 son manejadas por entidades de la sociedad civil. El fortalecimiento del monitoreo y evaluación de dichas unidades, así como de los laboratorios y bancos de sangre, posibilitaría la inclusión oportuna al tratamiento ARV de un mayor número de PVV y mejoraría la calidad de la atención en sentido general.</p> <p>Existe un conjunto de normativas sobre el monitoreo y evaluación de los servicios. Se requiere más esfuerzo para su adecuada aplicación. La Ley sobre VIH/SIDA establece que el MSP deber aplicar un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación (SUME), supervisar el correcto funcionamiento de los establecimientos públicos y privados y vigilar para la adecuada notificación de detección de VIH o de sus anticuerpos y ocurrencia de muerte asociada con el SIDA.</p>



## ANEXO 3

**Resumen de los comentarios y observaciones de los participantes en el taller consultivo del Comité Técnico sobre priorización de intervenciones.**

- 1.** Para facilitar la comprensión del documento, explicar algunos conceptos. Por ejemplo: CD4 y epidemia generalizada.
- 2.** Es necesario identificar lo que se hará en el nivel de atención primaria.
- 3.** Identificar vínculos del VIH con otras enfermedades y procurar sinergias entre las intervenciones.
- 4.** En las declaraciones de grupo de países acerca de la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, se identifican intervenciones puntuales que sería conveniente tomar en cuenta.
- 5.** En grupos vulnerables se debe incluir a las mujeres violadas.
- 6.** Para priorizar intervenciones de alto impacto hay que identificar la población a impactar (personas que viven en bateyes, población vulnerable, población joven, mujeres embarazadas, población rural).
- 7.** En vista de que el trabajo con los grupos vulnerables se realiza fundamentalmente a través de organizaciones de la sociedad civil, es importante fortalecer la coordinación y articulación entre estas y el MSP.
- 8.** No se ha considerado a los jóvenes fuera de las aulas como parte de población vulnerable.
- 9.** Si se trata de acelerar el avance hacia las metas, por qué pensar en acciones universales? Deben ser acciones aceleradoras concretas. Por ejemplo, en lugar de “Promover la participación de organizaciones sociales”, plantear “articular el trabajo de las organizaciones sociales con los hospitales”.
- 10.** El financiamiento y mejoramiento de la información no son acciones aceleradoras, son insumos para determinadas intervenciones de aceleración.
- 11.** No se ha tomado muy en cuenta a los grupos vulnerables, tampoco el uso de condones y la participación de la sociedad civil.
- 12.** Hay debilidades en los datos que hay que superar.
- 13.** Hay estadísticas en proceso para incluir información más actualizada sobre poblaciones específicas. Se espera que estén disponibles antes de concluir el MAF.
- 14.** En las escuelas públicas tenemos una población cautiva en las edades clave para ampliar e intensificar la prevención. El MINERD cuenta con un grupo de formadores para la prevención e información sobre acceso a servicios. Se necesita fortalecer la articulación con el MSP (PRONAISA, DIGECITSS, DIGPRES, entre otras) y con organizaciones no gubernamentales.
- 15.** El PEAS debe realizar acciones de prevención en el marco del vínculo comunidad-escuela y recibir apoyo tanto del MSP como del MEPyD.
- 16.** Hay que salir más de los hospitales e ir a la población en riesgo.



- 17.** Se debe prestar particular atención a la de transmisión vertical. Ayuda tanto a la Meta B como a la Meta A.
- 18.** Contemplar articular los programas de protección social (Solidaridad) con las intervenciones aceleradoras.
- 19.** Explicar por qué se seleccionaron las intervenciones que se proponen priorizar.
- 20.** Tomar en cuenta que la priorización se debe focalizar en aquellas intervenciones que están en curso, que pueden impactar en corto plazo, y que tienen obstáculos.
- 21.** Excluir la intervención relativa a supervisión, ya que puede considerarse parte de monitoreo y evaluación.
- 22.** La intervención relacionada con la gestión de medicamentos, se puede fusionar con la de suministro de fondos para asegurar el acceso a ARV.
- 23.** No se tiene seguridad de que el tratamiento ARV se incluya en el SDSS antes de 2015.
- 24.** Para materializar la inclusión de los ARV en la seguridad social es necesario que previamente se publique la guía clínica. Además, esta es necesaria para mejorar el monitoreo.
- 25.** La gestión de medicamentos es una intervención muy amplia.
- 26.** El documento debe reorganizarse en relación a tres temas: Prevención, atención (dos estrategias clave del PEN) y sostenibilidad (tercer tema que debe incluir la participación social).
- 27.** Prestar atención al problema de desarticulación en los servicios de salud.
- 28.** Debe visibilizarse más la participación social, que existe a nivel primario, pero muy poco a nivel hospitalario.
- 29.** Hay cifras que se pueden actualizar con el informe de Encuesta Serológica.
- 30.** Tener cuidado con la incorporación de nuevos registros en la ficha de información de las PVV. A corto plazo, esto puede retrasar en lugar de acelerar.
- 31.** Las Unidades de Atención Primaria deben mejorar la prestación de servicios a PVV, tanto en prevención como en tratamiento, aunque sería una intervención con efecto a largo plazo.
- 32.** Las intervenciones que se proponen priorizar están muy centradas en atención. La atención es un derecho, pero es muy cara. Se requiere más prevención, focalizada en población más vulnerable.
- 33.** Mejorar o fortalecer la gestión es un concepto que comprende todo. No focaliza. Capacitación adecuada de personal abarca todo el proceso.
- 34.** Atender la sostenibilidad debe quedar como prioridad, por lo que implica el retiro del FM, cuyos aportes terminarán en 2015. Es positivo que en presupuesto del MSP 2013 se lograra alrededor de RD\$80 millones para cubrir la brecha que viene dejando el desmonte del financiamiento del FM.
- 35.** Además de la inclusión de los fondos necesarios en el presupuesto anual del MSP, también incluirlos en el Plan Plurianual.
- 36.** Se requieren intervenciones más concretas, más puntuales, para incidir en solo 18 meses. Excluir el componente de capacitación de las intervenciones prioritarias, ya que tiene efecto a un plazo más largo.



37. Hay que publicar la guía clínica. Entre otras cosas, es necesaria para hacer el costeo que forma parte del proceso para la inclusión de ARV en SDSS.

## ANEXO 4

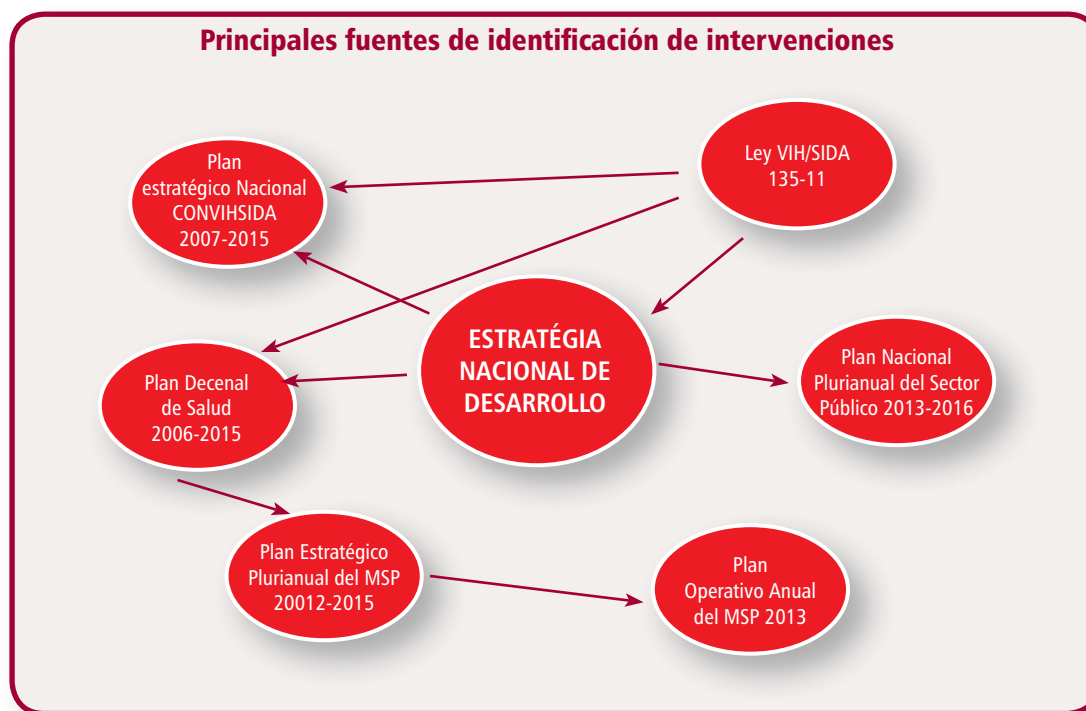
## Descripción de métodos de recopilación de datos.

## ANEXO 4A

## Metodología aplicada en la identificación y priorización de intervenciones.

Para la preparación del presente informe se realizó una revisión de los principales documentos sobre la respuesta nacional al VIH/SIDA disponibles, relacionados tanto con políticas, estrategias, planes operativos y programas, así como con informes sobre resultados de las intervenciones realizadas.

Los documentos básicos utilizados en el proceso de identificación de las áreas estratégicas y las principales líneas de acción que han sido implementadas para el combate al VIH/SIDA fueron: Estrategia Nacional de Desarrollo; Plan Nacional Plurianual del Sector Público; Plan Decenal y Plan Operativo del Ministerio de Salud, así como en el Plan Estratégico Nacional y el Plan Operativo Bienal del CONAVIHSIDA, entre otros documentos (Diagrama 1).





En vista del gran número de actores que integran el Comité Técnico<sup>67</sup>, se decidió conformar un Grupo de Trabajo con técnicos de instituciones clave, con el propósito de proveer al referido Comité de los insumos básicos para cumplir con su responsabilidad de la coordinación y preparación técnica de las propuestas correspondientes a los productos de las cuatro fases del MA<sup>68</sup>, los cuales deben ser presentados al Comité Directivo<sup>69</sup>.

Durante el desarrollo del Paso 1 de la metodología del Marco de Aceleración del ODM6 se realizó un conjunto de reuniones de coordinación, seguimiento, análisis de intervenciones realizadas y lecciones aprendidas, en las que participó un amplio grupo de funcionarios y técnicos de instituciones estrechamente vinculadas al tema del VIH. La preparación del listado final de intervenciones, a someter al Comité Técnico (anexo 5D), para la selección de las intervenciones prioritarias en el taller consultivo fue preparado por el Grupo de Trabajo interinstitucional, cuya composición se presenta en el anexo 5A.

Junto a la convocatoria al taller, a los miembros del Comité Técnico se les remitió la primera versión de este documento (“documento base”, contentivo de los capítulos I al V), además de la metodología a seguir en el taller para la priorización de las intervenciones.

Al inicio del taller se presentó un resumen del documento base y se recibieron comentarios y observaciones de los participantes. Luego se procedió a presentar las intervenciones preliminares identificadas por el Grupo de Trabajo y a explicar los criterios para su priorización, basados en la valoración del impacto y la viabilidad de cada intervención por parte de cada participante.

**Los criterios de valoración de impacto y viabilidad:** Para cada intervención, cada participante emitió dos valoraciones, una para el criterio de viabilidad y otra para el criterio de impacto. Para facilitar la valoración, se ofreció a manera de orientación, una serie de sub-criterios a considerar para ayudar a definir el impacto y viabilidad de cada intervención:

IMPACTO	VIABILIDAD
Tiene impacto sobre el indicador de ODM.	Coordinación: Coordinación y compromiso de las instituciones.
La población meta incluye población vulnerable.	Capacidades: El gobierno y los socios están en capacidad de planear, implementar y monitorear la intervención
Tiene alto beneficio por cada unidad de recursos invertida en la intervención.	Existen los fondos para financiar la intervención
El impacto de la intervención se percibe rápidamente.	Otros factores: tiempo disponible, aspectos legales.
Existe evidencia del impacto.	

<sup>67</sup> Este Comité está compuesto por un total de 43 instituciones: 15 instituciones oficiales, 6 organismos del Sistema de las Naciones Unidas y 22 entidades del sector privado, sociedad civil y comunidad internacional. Los miembros del Comité Directivo son: MEPYD, Ministerio de Trabajo, Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Sistema de las Naciones Unidas (PNUD, OIT, ONUSIDA). Ambos Comités son coordinados por MEPYD a través de la Dirección General de Desarrollo Económico y Social.

<sup>68</sup> Fases: 1) Identificación y priorización de intervenciones; 2) Identificación y priorización de obstáculos; 3) Identificación y secuencia de soluciones, y 4) Implementación, planificación y seguimiento.

<sup>69</sup> El Comité Directivo tiene la responsabilidad final de aprobación y validación de los productos finales del proceso de aceleración de hacia las metas ODM.



La puntuación a emitir por cada persona participante se basó en una valoración entre 1 (muy alto) y 0.25 (valor bajo/nulo), tal y como se describe en la matriz siguiente.

<b>MUY ALTO</b>	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO/NULO</b>
<b>1.00</b>	<b>0.75</b>	<b>0.50</b>	<b>0.25</b>
Potencial alto	Podría tener alto potencial/ Tiene potencial medio	Limitado potencial	Potencial bajo o inexistente

El resultado de la valoración del impacto y la viabilidad asignada por el Comité Técnico a cada una de las intervenciones evaluadas se presenta en siguiente cuadro. Se consideraron prioritarias, las intervenciones que obtuvieron una puntuación total de 0.80 o más, sobre la base de una ponderación de 40% para el criterio de viabilidad y 60% para el criterio de impacto.

<b>Puntuación de las intervenciones evaluadas por el Comité Técnico</b>			
<b>Intervenciones por área</b>	<b>Puntuación</b>		
	<b>Viabilidad</b>	<b>Impacto</b>	<b>Total Ponderación: V=40%, I=60%</b>
Programa de Atención Integral a personas con VIH, con énfasis en:			
a) Inclusión del tratamiento ARV en el PBS del SDSS	0.893	0.941	0.921
b) Adquisición de ARV e insumos	0.869	0.860	0.845
c) Fortalecimiento del sistema de información	0.821	0.786	0.800
Monitoreo y Evaluación de los servicios de atención a las PVV a través del cumplimiento de la Norma, Guías y Protocolos.	0.762	0.786	0.776
Fortalecer el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH.	0.913	0.900	0.905
Ampliación y mejora del Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD en las escuelas e incorporar las instancias vinculadas del Ministerio de salud (DIGEMIA: PRONAIISA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES, Salud Mental, Unidad de Equidad de género, TB, otras).	0.881	0.893	0.888
Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas (GTH, PPL, HSH, TRSXs, usuarios/as de drogas, migrantes, mujeres de baja escolaridad, mujeres víctimas de violencia, entre otras).	0.850	0.850	0.850
Programas de acceso a condones masculinos y femeninos.	0.813	0.789	0.799



### Puntuación de las intervenciones evaluadas por el Comité Técnico

Intervenciones por área	Puntuación		
	Viabilidad	Impacto	Total Ponderación: V=40%, I=60%
Incorporar la participación social y comunitaria como eje transversal.	0.750	0.816	0.789
Profilaxis a víctimas post-exposición de violencia (Integralidad MSP, Procuraduría general de la RD, Unidades de Violencia de la Fiscalía).	0.726	0.738	0.733
Adolescentes y Jóvenes no escolarizados.	0.714	0.726	0.721
Programas de prevención con población universitaria (acuerdo CONAVIHSIDA-MESCYT).	0.675	0.711	0.696

## ANEXO 4B

### Metodología para la identificación y priorización de obstáculos

#### Identificación de obstáculos

Al igual que la fase 1, sobre identificación de las intervenciones, la fase 2 del Marco de Aceleración de las Metas ODM 6A y 6B, se basó en consultas a actores clave, incluyendo un taller de validación y priorización de cuellos de botella.

Se identificaron y analizaron los principales obstáculos que impiden una adecuada ejecución de las intervenciones prioritarias identificadas en el Paso 1, contenidas en el cuadro siguiente. Dicho análisis se inició con la revisión de documentos<sup>70</sup> y consultas a diversos actores, especialmente a los involucrados desde la primera fase del Marco de Aceleración.

<sup>70</sup> En adición al Informe sobre Identificación de Intervenciones y parte de la documentación citada en el mismo, fueron consultados otros documentos recientes, relacionados con las Metas ODM 6A y 6B. En particular, el "Análisis de Situación y de la Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el sida en República Dominicana", informe borrador de fecha 3 de julio de 2013, preparado por la empresa consultora CONSAD para el CONAVIHSIDA, en el marco de la actualización del PEN. Además, fue consultado el "Informe Aporte cualitativo de la consulta a grupos vulnerables", uno de los insumos del citado informe de CONSAD.



### Intervenciones priorizadas por el Comité Técnico por área de atención y prevención

Atención. Meta 6B	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer el Programa de Atención Integral a personas con VIH, con énfasis en:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Inclusión del tratamiento ARV en el PBS del SDSS</i></li> <li>b) <i>Adquisición de ARV, otros medicamentos e insumos</i></li> <li>c) <i>Fortalecimiento del sistema de información</i></li> </ol> </li> </ol>
Prevención. Meta 6A	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fortalecer el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH.</li> <li>3. Ampliación y mejora del Programa de Educación Afectivo Sexual del MINERD en las escuelas e incorporar las instancias vinculadas del Ministerio de salud (<i>DIGEMIA: PRONAISA, Salud Escolar, DIGECITSS, DIGPRES, Salud Mental, Unidad de Equidad de género, TB, otras</i>).</li> <li>4. Fortalecer los Programas de prevención a poblaciones más expuestas (<i>GTH, PPL, HSH, TRSXs, usuarios/as de drogas, migrantes, mujeres de baja escolaridad, mujeres víctimas de violencia, entre otras</i>).</li> </ol>

Para la identificación de cuellos de botella de las intervenciones priorizadas se tomaron como referencia las pausas indicadas en el gráfico siguiente. En tal sentido, el análisis comprendió diversas categorías de obstáculos: políticas y planificación, presupuesto y financiación, prestación de servicios, uso de servicios, y otras de carácter transversal.



### Categorías y sub categorías de cuellos de botella<sup>71</sup>



Se hizo hincapié en la focalización de limitaciones, que constituyen barreras importantes a la implementación de las intervenciones priorizadas, pero que tienen soluciones factibles en el corto plazo. No obstante, en el proceso de consultas se señalaron determinados obstáculos que, aunque relevantes, son de carácter sistémico o solo tienen posibilidad de ser removidos en el mediano o largo plazo y consecuentemente, no aplican para el Marco de Aceleración. Se planteó que los obstáculos de este tipo fueran analizados en el marco de la actualización del PEN, a fin de identificar políticas o líneas de acción relacionadas con la solución de tales cuellos de botella, más allá de 2015.

#### Taller para priorización de obstáculos

El taller para validar y priorizar los cuellos de botella a las 4 intervenciones que fueron priorizadas en el Paso 1, para acelerar los ODM 6A y 6B fue organizado en coordinación con el Buró Regional del PNUD y tuvo una duración de dos días. La convocatoria estuvo a cargo del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

<sup>71</sup> PNUD, Marco de Aceleración de los ODM. Noviembre 2011.

En el mismo participaron 35 representantes de entidades públicas, del Sistema de las Naciones Unidas, incluyendo dos técnicos de la sede de Nueva York<sup>72</sup>, y organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA.

La agenda del taller se desarrolló de la manera siguiente.

a) **Presentación de los resultados del Paso 1: Identificación y priorización de intervenciones.**

Luego de la explicación de los objetivos del taller y las intervenciones de los representantes del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, del Ministerio de Salud, Pública, del CONAVHISIDA y del PNUD, fue presentada una breve descripción del contexto actual del VIH/SIDA en el país y los resultados de la identificación y priorización de las intervenciones en el Paso 1 del Marco de Aceleración.

b) **Presentación de la metodología del Paso 2: Identificación y priorización de cuellos de botella.**

Se explicó a los participantes el proceso metodológico diseñado por Naciones Unidas para la segunda fase del Marco de Aceleración de los ODM<sup>73</sup>. Los principales contenidos de la presentación fueron los siguientes:

- Categorías y subcategorías de cuellos de botella en materia de políticas y planificación, de presupuesto y financiación, de prestación de servicios (oferta) y del uso de los servicios (demanda), etc.
- Limitaciones inmediatas.
- ¿Cómo priorizar cuellos de botella?
- Medición de impacto y factibilidad de solución.
- Ejemplos de cuellos de botella de intervenciones prioritarias.
- Ejemplo de método de puntuación para priorizar cuellos de botella.

c) **Trabajo en grupos.**

Luego de las explicaciones de la metodología descrita anteriormente, se organizaron grupos de trabajo, divididos por intervención prioritaria, a cada uno de los cuales se le asignó la tarea de identificar y priorizar los cuellos de botella de las respectivas intervenciones.

Se constituyeron 4 grupos de trabajo, distribuidos de la manera siguiente:

- Programa de Atención Integral a personas con VIH
- Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH.
- Programa de Educación Afectivo Sexual.
- Programas de prevención en poblaciones más expuestas.

<sup>72</sup> PNUD, Marco de Aceleración de los ODM. Noviembre 2011. Se contó con la presencia de los señores Brian Lutz y Gonzalo Pizarro. Además, con apoyo técnico adicional desde la oficina regional del PNUD en Panamá.

<sup>73</sup> Esta presentación estuvo a cargo de Gonzalo Pizarro.



Para cada una de las citadas intervenciones, los grupos de trabajo evaluaron diferentes categorías de cuellos de botella (política y planeación, presupuesto y financiación, oferta de servicios, demanda de servicios, otros). La preparación de la lista de cuellos de botella implicó justificar cada propuesta y luego se procedió a consensuar en el grupo el orden de prioridad asignado a cada obstáculo, tomando en cuenta su impacto o capacidad de limitar el avance hacia la meta ODM y la factibilidad (disponibilidad de solución).

En cada grupo se seleccionó un relator o relatora, persona que tuvo a cargo la presentación a la plenaria de los cuellos de botella identificados en su mesa de discusión, a fin de recibir retroalimentación y de que la priorización de obstáculos quedara validada por el conjunto de participantes.

#### **d) Presentación de la metodología de los Pasos 3 y 4**

Al concluir la plenaria sobre identificación y priorización de obstáculos, se procedió a explicar la metodología de los dos últimos pasos del Marco de Aceleración: la identificación de soluciones y secuencia de soluciones (Paso 3) y la implementación, planificación y seguimiento (Paso 4).

Cada grupo realizó un ejercicio de identificación preliminar de soluciones, aplicado al cuello de botella, que en cada intervención fue calificado de mayor prioridad. Las soluciones identificadas por cada grupo fueron presentadas en plenaria.

En reuniones posteriores con técnicos de las instituciones involucradas en el proceso del MAF se completó la identificación de soluciones y los elementos fundamentales para la implementación y seguimiento del Plan de Acción.

## ANEXO 5A

**Socios involucrados en cada etapa del proceso de elaboración del Plan de Aceleración**

**Anexo 5A**  
**Marco de Aceleración del ODM6A y 6B**

**Grupo de Trabajo que elaboró el listado de intervenciones priorizadas  
en taller consultivo del Comité Técnico**

Nombre	Cargo	Institución
1. Luis Encarnación	Subdirector	DIGPRES
2. Belkis Marcelino	Directora	PNCT/MSP
3. Ydelsi Hernández	Técnica DDF-SRS/MSP	DDF-SRS/MSP
4. Arelis Batista	Coordinadora de Atención Integral	DIGECITSS
5. Ysidora Zabala	Enlace Comunitario	DIGECITSS
6. Bethania Betances	Oficial de programa	ONUSIDA
7. Yordana Dolores	Info Estrategia	ONUSIDA
8. Noemí T. Lara L.	Coordinadora de Planificación	MSP/DIGECITSS
9. Ana Delia Figueroa	Coordinadora de P.T.M.I	MSP/DIGECITSS
10. Lidia Nina	Coordinadora Unidad ASIs	DIGEPI/MSP
11. Sarah Acosta	Encargada de RRHH	DIGPRES
12. Elva Mercedes	Analista	DGEDES/MEPYD
13. Teresita González	Coordinador Planificación Estratégica	CONAVIHSIDA
14. Francisco Checo	Consultor	PNUD-MEPyD
15. Patricia Lahoz	Encargada de Programación	MSP
16. Sheila E. Almonte	Analista Asistente Técnico	Planificación/MSP
17. Leonardo Martínez	Coordinador de la Unidad de Fortalecimiento de la Gestión de Servicios de Salud	CONAVIHSIDA





## ANEXO 5B

**Listado de participantes en el taller de priorización de intervenciones**

<b>Nombre</b>	<b>Institución</b>
1. Ruth Fernández	PNUD
2. Elba Mercedes	MEPyD
3. Tatyana Osoria	Oficina Nacional de Estadísticas
4. Ilsa Nina	Ministerio de Economía
5. Clara Báez	CONSAD
6. Gloria Ortega	CONSAD
7. Tomasa Lara	DIGECITSS
8. Arisa Hernández	Ministerio de Educación
9. Mayra Pichardo	MCP
10. Rosly Cruz	Colectiva Mujer y Salud
11. Yeordana Dolores	ONUSIDA
12. Sheyla Almonte	Ministerio de Salud Pública
13. Aurora Rodríguez	Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel
14. Luca Lo Conte	CONSAD
15. Mirna Flores Chan	Pro-Familia
16. Luis Rafael Pérez Bidó	Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel
17. Isidora Zabala	DIGECITSS - MSP
18. Gilberto Vásquez	UCE
19. Bethania Betances	ONUSIDA
20. Nicida Beltré	Ministerio de la Mujer
21. María Altagracia Mendoza	MEPYD
22. Maritza Martínez	INTEC - Proiss
23. Francisca Ferreira	Ministerio de Educación
24. Lidia Nina	DIGEPI-MSP
25. Luis Encarnación	DIGPRES-MSP
26. Angela Polanco	UNFPA
27. Ingrid Melo	CONAVIHSIDA



## ANEXO 5C

## Listado de participantes en el taller de validación y priorización de obstáculos por grupo

Nombre del participante y Grupo de Trabajo	Institución
<b>Poblaciones Vulnerables</b>	
Myrna Flores Chang	PROFAMILIA
María Altagracia Mendoza	MEPyD. UAES
Marino Fuentes	DIGEPRES
Ruth Fernández	PNUD
Francis Taylor	COIN
Deivis Ventura	ASA-REVASA
Luca Lo Conte	CONSAD
Yordana Dolores	ONUSIDA
Sheila Almonte	MSP. Planificación
H. Ciprián	-
<b>Programa de Atención Integral</b>	
Clara Báez	CONSAD
Bethania Betances	ONUSIDA
Leonardo Martínez	CONAVIHSIDA
Ana Gloria Bidó Feliz	CONSAD
Gloria Ortega	CONSAD
<b>Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH</b>	
Ilsa Nina	MEPYD/UAES
Noemi Lara Lucas	MPS/DIGECITSS. Planificación
Ana Delia Figueroa	MSP
Gisela Ventura	MSP/DIGECITSS
Luca Lo Conte	CONSAD
<b>Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS)</b>	
Clara Báez	CONSAD
Arisa Hernández	MINERD
Francisca Ferreira	MINERD
Elva Mercedes	MEPYD/DGDES
Bienvenida Burgos	MINERD
Elisa González	MINERD, consultora
Bellalina Raposo	MINERD



## CONTINUACIÓN - ANEXO 5C

**Listado de participantes en el taller de validación y priorización de obstáculos por grupo**

Nombre del participante y Grupo de Trabajo	Institución
<b>Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS)</b>	
Mayra Pichardo	
<b>Otros participantes</b>	
Carlos Fernández	PNUD
Francisco Checo	PNUD
Francisco Cueto	MEPYD
María Santana	MEPYD
Brian Lutz	PNUD, sede Nueva York
Gonzalo Pizarro	PNUD, sede Nueva York

## ANEXO 5D

**Comité Técnico. Función y composición****Función del Comité Técnico (CT)**

El CT será responsable de la coordinación técnica de la implementación del MAF en sus cuatro fases, dando seguimiento a la planificación, gestión y coordinación del plan de trabajo y prestando especial atención a la articulación con iniciativas relativas a las siguientes Metas ODM: Meta 6A: "Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015", y Meta 6B: "Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten".

El CT tiene la responsabilidad de la coordinación y preparación técnica de las propuestas correspondientes a los productos de las cuatro fases del MAF que habrán de ser presentados al Comité Directivo.

**Estructura y Composición**

El CT estará coordinado por MEPYD a través de la Dirección General de Desarrollo Económico y Social que asimismo realizará las labores de facilitación y secretariado. Por parte del Sistema de las Naciones Unidas, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) actuaron como agencias líderes.



Miembros invitados a participar:

## CONTINUACIÓN - ANEXO 5C

### Listado de participantes en el taller de validación y priorización de obstáculos por grupo de trabajo

#### Gobierno Dominicano

- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD)
- Ministerio de Salud Pública:
  - Dirección General de Materno Infantil y Adolescentes (DIGEMIA)
  - Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)
- Ministerio de la Presidencia
- Ministerio de la Mujer
- Ministerio de la Juventud
- Ministerio de Trabajo
- Ministerio de Hacienda
- Consejo Nacional de para el VIH/SIDA (CONAVISIDA)
- Consejo de la Seguridad Social
- Comisión de Reforma del Sector Salud (CERS)
- PROMESE-CAL

#### Sistema de las Naciones Unidas

- El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
- Otras agencias interesadas en el proceso

#### Sector Privado, Sociedad Civil y Comunidad Internacional

- Patronal
- Sindicatos
- Academia
- ONGs
- Comunidad Internacional



## ANEXO 5F

## Comité Directivo para el Marco de Aceleración. Función y composición

**Función del Comité Directivo (CD)**

El CD asume la responsabilidad final de aprobación y validación de los dos productos finales del proceso de aceleración de los ODM:

- El Plan de Aceleración de la Meta 1B “Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes”.
- El Plan de Aceleración de la Meta 6B “Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”.

Además asume la orientación estratégica del proceso, aprobando y validando los productos resultantes de las cuatro fases del MAF.

**Estructura y Composición**

El CD estará coordinado por MEPYD a través de la Dirección General de Desarrollo Económico y Social, que realizará asimismo las labores de facilitación y secretariado. El CD estará compuesto por las instituciones del Gobierno y del Sistema de las Naciones Unidas que participan a nivel ejecutivo en ambos procesos de aceleración para ambas metas ODM, 1B y 6B.

Miembros: Los miembros del CD incluirán a:

**Gobierno**

- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD)
- Ministerio de Trabajo
- Ministerio de la Presidencia
- Ministerio de Salud Pública

**Sistema de Naciones Unidas**

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y SIDA (ONUSIDA).





Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

# APLICACIÓN DEL MARCO DE ACELERACIÓN DE LOS ODM EN REPÚBLICA DOMINICANA



## PLAN DE ACCIÓN PARA LAS METAS 6A Y 6B

