

Integración de la
Atención Prenatal
con los Procesos de Detección y
Manejo Clínico del VIH
y de la Sífilis en la
República Dominicana

Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en la República Dominicana

Ministerio de Salud Pública de la Republica Dominicana /
Dirección General de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida
Consejo Presidencial del Sida
Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil
Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard
Organización Panamericana de la Salud
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

2011

Título Original:

"Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en la República Dominicana".

Esta publicación es el resultado de una investigación realizada a fin de apoyar la implementación de la Estrategia Nacional para la Eliminación de Sífilis Congénita y VIH en la República Dominicana.

La elaboración y publicación de este estudio han sido financiadas por el Consejo Presidencial del Sida, (COPRESIDA) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF).

Los planteamientos y opiniones expuestos en esta publicación no necesariamente reflejan las políticas o posiciones de UNICEF.

Autores:

Eddy Pérez-Then, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil, CENISMI

Marija Miric, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil, CENISMI

Arachu Castro, Departamento de Salud Mundial y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard

Coordinación:

Luis Ernesto Feliz Báez, DIGECITSS

Claudia Bautista, COPRESIDA

Programa de VIH y SIDA, UNICEF

Revisión y cuidado Editorial:

Oficina de Comunicación – UNICEF Santo Domingo

Diseño y diagramación por:

Lenia Rosario Beltré en

Amigo del Hogar

arte@amigodelhogar.com

Primera edición: julio de 2011.

©Centro Nacional de Investigaciones de Salud Materno Infantil, (CENISMI)

Abraham Lincoln #2, Esq. Ave. Independencia.

Centro de los Héroes

Santo Domingo, República Dominicana

Tel.: (809) 533-5373/2873/ (809) 274-8339/ Fax (809) 532-6450/274-8339

©Harvard Global Health Institute, (HGI)

104 Mt. Auburn Street, 3rd Floor

Cambridge, MA 02138

Estados Unidos de América

©Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, (DIGECITSS), Ministerio de Salud

Avenida John F. Kennedy esq. Ortega y Gasset, Plaza Metropolitana, 3er piso

Santo Domingo, República Dominicana

Tel. 809-472-7580

© Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA)

Avenida Ortega y Gasset, Plaza de la Salud, Edif. CEDERHSA,

Santo Domingo, D.N., República Dominicana

Teléfono: 809-732-7772 / Fax: 809-472-2919

info@copresida.gob.do

http://copresida.gob.do

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF)

Avenida Anacaona N° 9, Casa de las Naciones Unidas, 3er. Piso,

Mirador Sur. Santo Domingo, República Dominicana

Tel. (809) 473-7373

santodomingo@unicef.org

www.unicef.org/repUBLICADOMINICANA

Índice de contenido

Prólogo: Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Integración de la Atención Prenatal con la Detección y el Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis	7
Resumen Ejecutivo	11
Introducción	15
Organización del Sistema de Salud en República Dominicana	19
Normas técnicas para la detección del VIH y de la sífilis y sistema de financiación	23
Indicadores epidemiológicos sobre atención prenatal y sobre el VIH y la sífilis durante el embarazo	33
Debilidades en el sistema de atención:	
Resultados de las entrevistas a personal de salud	77
Problemas en la planificación por falta de datos completos.....	78
Problemas en la gestión y financiamiento de las pruebas diagnósticas.....	79
Problemas en la distribución y compra de medicamentos antirretrovirales.....	79
Problemas en la atención preparto y postparto	79
Desarticulación de la atención durante el control prenatal	80
Problemas en la obtención de los resultados de laboratorio	82
Demoras en el inicio de la profilaxis y el tratamiento durante la gestación.....	82
Problemas en el seguimiento tras el parto a la mujer diagnosticada con VIH o sífilis y al recién nacido expuesto	83
Actitud del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH	83
Luces y sombras de la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis.....	84

Experiencia de la búsqueda de atención prenatal:	
Resultados de la encuesta a mujeres embarazadas	91
Información sociodemográfica	92
Historia obstétrica y embarazo actual	93
Primera visita prenatal	93
Consejería en salud sexual y reproductiva.....	96
Prueba del VIH.....	98
Atención a embarazadas diagnosticadas con VIH	99
Entrega de resultados de la prueba de detección de la sífilis.....	101
Conclusiones del estudio	105
Estrategias sugeridas para la integración de la atención prenatal con el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis en República Dominicana	109
Anexos	
Anexo 1: Listado de entrevistas individuales y grupales realizadas para la Fase 1A	118
Anexo 2: Objetivos del estudio y metodología de la Fase 1B	120
Anexo 3: Formulario de consentimiento informado para la Fase 1B	123
Anexo 4: Formulario de la Encuesta para la Fase 1B	126
Anexo 5: Lista de participantes en las reuniones de consulta	162
Referencias	165
Índice de gráficos y tablas	171

Glosario

AED Academia para el Desarrollo Educativo

ALC América Latina y el Caribe

ARV Medicamentos antirretrovirales

CDC Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos

CENISMI Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil

CLAP/SMR Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva

CNS Consejo Nacional de Salud

CNSS Consejo Nacional de la Seguridad Social

COPRESIDA Consejo Presidencial del Sida

DIGPRES Dirección General de Promoción y Educación de la Salud

DIGECITSS Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida

DIGEMIA Dirección General de Materno Infantil y Adolescentes

ENDESA Encuesta Demográfica y de Salud Republicana Dominicana

HCP Historia Clínica Perinatal

HSH Hombres que tienen sexo con hombres

ILAP Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Integración de la Atención Prenatal con la Detección y el Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis

ITS Infección de transmisión sexual

MSP Ministerio de Salud Pública

OMS Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

OPS Organización Panamericana de la Salud

PLANDES Plan Decenal de Salud

PNRTV Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH

PROCETSS Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida

PRONASICON Programa Nacional de Prevención y Control de la Sífilis Congénita

PTMI Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH

REDOVIH Red Dominicana de Personas con VIH y Sida

SENASA Sistema Nacional de Seguridad Social

SESPAS Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

SC Sífilis Congénita

SIAI Sistema de Información de Atención Integral en VIH y Sida

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIP Sistema Informático Perinatal

SNS Sistema Nacional de Salud

SSR Servicios de Salud Reproductiva

TARV Tratamiento Antirretroviral Combinado de Alta Eficacia

TMI Transmisión Maternoinfantil

UAI Unidades de Atención Integral

UNICEF United Nations Children's Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

VDRL Venereal Disease Research Laboratory test

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Prólogo:

Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Integración de la Atención Prenatal con la Detección y el Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis

La Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Integración de la Atención Prenatal con la Detección y el Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis (ILAP) tiene el objetivo de identificar las barreras que existen para acceder al diagnóstico y al tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo en América Latina y el Caribe y de diseñar una intervención con el fin de universalizar la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis y de reforzar los sistemas de salud. El desarrollo de un plan de investigación operativa orientada a incrementar y mejorar el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo tiene el potencial de aportar un gran beneficio para la salud pública. ILAP contribuye al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno del VIH y de la sífilis en mujeres, a la disminución de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, a la mejora de la atención de una población más amplia de mujeres, niñas y niños en la región y al fortalecimiento de los sistemas de salud de un número importante de países de América Latina y el Caribe.

ILAP se desarrolla a través de la colaboración entre los programas nacionales de sida de

los Ministerios de Salud de Brasil, Colombia, Cuba, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, la Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, el Equipo Regional de Apoyo para América de ONUSIDA y la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. Expertos en cada país impulsan la agenda, establecen las metas y comprometen sus recursos nacionales para brindar oportunidades para que las familias accedan a la atención en salud de calidad. Por ser un país con una muy baja transmisión materno-infantil del VIH y cero sífilis congénita, el rol del programa nacional de sida de Cuba consiste en aportar asesoramiento y apoyo técnico a partir de su experiencia en la atención integral al VIH en un contexto de recursos escasos. Las agencias de las Naciones Unidas brindan apoyo técnico y logístico y la Facultad de Medicina de Harvard coordina el desarrollo metodológico y analítico y brinda apoyo de investigación a solicitud de los equipos nacionales.

Cuando se lanzó ILAP en Ciudad de Panamá (Panamá) en noviembre de 2007, los equipos nacionales y las instituciones se comprometieron a apoyarse y a compartir

resultados y estrategias. El grupo esbozó un plan de trabajo y un cronograma con una metodología común. En la segunda reunión, realizada en Colombia en marzo de 2008, cada equipo nacional presentó su línea de acción detallada junto con las áreas prioritarias de cada país. Cada país está representado por un coordinador o coordinadora que trabaja en estrecha colaboración con el director o directora del Programa Nacional de Sida. Cada equipo nacional seleccionó un número de regiones en su país con el fin de incluir variabilidad en cuanto al acceso diferencial a la atención prenatal, a la epidemiología del VIH y de la sífilis, y a los factores sociales, económicos y políticos. En cada país, la investigación comenzó con un análisis situacional sobre las barreras actuales en la integración de la atención prenatal con la atención del VIH y de la sífilis (Fase 1A), a partir del cual los equipos nacionales y la Facultad de Medicina de Harvard desarrollaron un instrumento de investigación para mujeres embarazadas (Fase 1B). El instrumento es un cuestionario que incluye un componente central para todos los países y una parte adicional que se adapta a la situación de cada país.

La investigación operativa de la Fase 2 tiene el objetivo de informar, acompañar y monitorear los cambios necesarios para alcanzar la integración de la atención prenatal con el diagnóstico y manejo clínico del VIH y de la sífilis.

Equipo de ILAP en la República Dominicana:

En la República Dominicana, la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS) del Ministerio de Salud Pública (MSP; hasta 2010 conocido como Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social o SESPAS) delegó la coordinación nacional de ILAP en el Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA), entidad que contrató al Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI) para realizar el

análisis situacional. COPRESIDA, UNICEF y la Universidad de Harvard respaldaron el estudio de forma técnica y económica y lo desarrollaron en colaboración estrecha con la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud del MSP.

El Dr. Eddy Pérez Then, director del CENISMI, fue el investigador principal de la Fase 1 en la República Dominicana y el responsable de vigilar todo el proceso de investigación, monitorear el cumplimiento del calendario de actividades, la recolección de los datos; participó en los grupos de discusión, en el análisis de la información y en la presentación y publicación del informe. Durante el desarrollo de la investigación, estuvo en contacto permanente con la Dra. Claudia Bautista de COPRESIDA y coordinadora nacional de ILAP, con la Dra. Sara Menéndez de UNICEF y con la Dra. Arachu Castro de la Universidad de Harvard y directora de ILAP. La Lic. Marija Miric, coinvestigadora principal de la Fase 1A e investigadora principal de la Fase 1B, fue responsable de coordinar todas las actividades de campo relacionadas con el componente etnográfico y el componente cualitativo, así como de informar de forma periódica al investigador principal sobre los avances en la investigación; participó en los grupos de discusión, en el análisis y en la presentación de los informes. La Dra. Arachu Castro contribuyó en todas las etapas del análisis situacional, incluyendo el diseño, el análisis de la información, la presentación de los informes y la edición del informe final. Otras personas que participaron en el estudio son el Dr. Roberto Espinal, el Lic. Edward Martínez, la Dra. Yadira Medina, Mildred Martínez (entrevistadora), Irene Mera (transcriptora), Judith de La Rosa (facilitadora) y Edward Martínez (facilitador y entrevistador).

El informe se benefició de los comentarios realizados durante una serie de reuniones convocadas por el MSP y por COPRESIDA que tuvieron lugar en Santo Domingo en octubre y noviembre de 2009 y en mayo de 2010 con motivo de la presentación de la versión preliminar de este informe y en la que

participaron representantes del Ministerio de Salud Pública, de sus direcciones generales DIGECITSS, Dirección General de Materno Infantil y Adolescentes (DIGEMIA) y Dirección General de Promoción y Educación de la Salud (DIGPRES), de sus establecimientos de salud (la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina), de COPRESIDA, de CENISMI, de la Red Dominicana de Personas con VIH/sida (REDOVIH), de UNICEF, de la

Organización Panamericana de la Salud, de la Fundación Clinton, de Facilitadores Asociados, del Banco Interamericano de Desarrollo, de la Academia para el Desarrollo Educativo (AED), de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y de la Universidad de Harvard (ver Anexo 1 para la lista de personas participantes).

*La desarticulación del PNRTV
con el manejo de la sífilis hace
que se pierda la oportunidad
de integrar las acciones de
prevención y tratamiento.*

Resumen Ejecutivo

Este informe situacional se realizó para la primera fase en la República Dominicana de la Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Atención al VIH y a la Sífilis durante el Embarazo (ILAP), colaboración entre los Programas Nacionales de Sida de Brasil, Colombia, Cuba, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNICEF, el Equipo de Apoyo Regional de América Latina de ONUSIDA, la Organización Panamericana de la Salud y la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. En la República Dominicana, ILAP es un proyecto de colaboración entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA), UNICEF y la Universidad de Harvard.

ILAP tiene el objetivo de identificar las barreras que existen para acceder al diagnóstico y al tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo en América Latina y el Caribe y de diseñar intervenciones con el fin de universalizar la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis y de reforzar los sistemas de salud. ILAP se inició en la República

Dominicana con un análisis situacional sobre las barreras que existen en la integración de la atención prenatal con la atención del VIH y de la sífilis (Fase 1A) y con la realización de una encuesta a mujeres embarazadas para comprender el sistema de salud desde su perspectiva y, en particular, los obstáculos que existen para acceder a los servicios de salud del país (Fase 1B). Este informe reúne los resultados de la Fase 1A y de la Fase 1B, el cual se llevó a cabo con el objetivo de recopilar información y generar un análisis situacional sobre las fortalezas y debilidades de los procesos de detección y manejo del VIH y de la sífilis durante el embarazo y proponer áreas de intervención para mejorar la calidad de la atención y reforzar la atención prenatal como punto de entrada para el manejo del VIH y de la sífilis en la mujer dominicana.

Para la Fase 1A, el equipo investigador realizó, desde abril hasta septiembre de 2009, una búsqueda exhaustiva de información y revisiones bibliográficas para conocer el contexto histórico del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV), además de una investigación epidemiológica que incluyó la

información disponible en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica y de diferentes instituciones de salud sobre el acceso a la atención prenatal y las pruebas de detección del VIH y de la sífilis durante el embarazo. El análisis también incluyó un componente etnográfico mediante el cual se realizaron observaciones directas de los servicios prenatales de atención a la embarazada y a las Unidades de Atención Integral (UAI) para el manejo del VIH y del sida de cinco centros de salud de tercer nivel, localizados dos de ellos en la ciudad de Santo Domingo, capital de la República Dominicana, y los demás en las regiones Norte (Santiago de los Caballeros), Este (San Pedro de Macorís), Sur (Barahona) y Nordeste (Samaná). El componente etnográfico incluyó también 12 entrevistas en profundidad y cuatro entrevistas de grupo con actores clave en el área del VIH y sífilis en la República Dominicana.

Para la Fase 1B, se administró una encuesta a 200 mujeres embarazadas usuarias de establecimientos de salud de dos áreas de salud de Santo Domingo (Área II y Área V). El diseño de esta fase del estudio, incluyendo el cálculo muestral y el instrumento de recopilación de datos empleado, se basó en la experiencia previa en otros países que forman parte de ILAP, con cambios mínimos para asegurar su adaptación y relevancia local.

La redacción del informe siguió el modelo de análisis y presentación del informe ILAP del Perú ¹, al cual se añadieron los resultados de la Fase 1B. Se presenta primero un resumen del sistema de atención en salud de la República Dominicana, la revisión de las normas técnicas para la atención prenatal, del VIH y de la sífilis y una descripción de datos epidemiológicos por región de salud y por provincias. En segundo lugar, en el informe se exponen las debilidades detectadas en el sistema de atención relacionadas con problemas en la planificación por falta de datos completos, problemas en la gestión y financiamiento de las pruebas diagnósticas, problemas en la distribución y compra de medicamentos, desarticulación de la atención

durante el control prenatal, problemas en la obtención de los resultados de laboratorio, demoras en el inicio de la profilaxis y el tratamiento durante la gestación, problemas en el seguimiento tras el parto a la mujer diagnosticada con VIH o sífilis y al recién nacido expuesto, así como actitud del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH.

En tercer lugar, se presentan los resultados de la encuesta con mujeres embarazadas, que indican que, aunque los servicios públicos de atención prenatal están disponibles y, en gran parte, accesibles para la población de mujeres de bajos ingresos económicos, su calidad es cuestionable. También muestran que existen varios obstáculos que limitan el acceso a estos servicios, desde el costo de otras pruebas analíticas sistemáticas de la atención prenatal, a las irregularidades en la provisión de la consejería preprueba y postprueba, al enfoque exclusivo al VIH de esta consejería, que deja de lado otras infecciones de transmisión sexual (ITS) como la sífilis, y a la necesidad de realizar varias visitas al centro de salud para completar el proceso de consejería y prueba del VIH.

En cuarto lugar, el informe presenta las luces y sombras observadas en el PNRTV y en el manejo de la sífilis en la República Dominicana. Dentro de las luces del PNRTV se encuentran su contexto histórico de nueve años de labores ininterrumpidas. En cuanto a la cascada de servicios, se cuenta con personas que ofrecen consejería en todas las UAI donde opera el programa, muchas de las cuales prestan el servicio de consejería de par. Ha habido un aumento en el número de sesiones de consejería y no se reportan casos de embarazadas que hayan rechazado hacerse la prueba del VIH. Se cuenta con pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH durante el embarazo, con terapia triple para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la cesárea se incluye dentro de las estrategias de prevención del VIH. En el componente postparto, se cuenta con fórmulas infantiles para la prevención de la transmisión postparto del VIH y algunos centros de salud han desarrollado un componente comunitario para

el seguimiento de la madre y el niño o la niña. Se cuenta además con pruebas como CD4 y carga viral para el seguimiento postparto de los niños y niñas expuestos al VIH y para medir el impacto de las estrategias de prevención. Ha habido una mejoría en la distribución de los medicamentos antirretrovirales (ARV) y en el sistema de información de recolección de datos. El equipo humano se siente muy motivado a trabajar en la prevención del VIH y existe la percepción por parte de las usuarias del PNRTV que el estigma y la discriminación es mucho menor en la actualidad que cuando inició el programa sus labores de prevención.

Dentro de las sombras del PNRTV, se incluye la percepción de una brecha de captación de las mujeres embarazadas asociada a un sistema de salud que no responde a las necesidades de la gestante que atiende los servicios de salud de la República Dominicana. El contexto de pobreza extrema en el cual se ven inmersas muchas de las usuarias que acuden a los centros de salud para recibir la atención prenatal limita su acceso a estos servicios. La desarticulación de los servicios

prenatales con el PNRTV promueve la iniciación tardía de la atención integral a la embarazada y, al no existir la contrarreferencia de casos de un nivel de mayor complejidad a uno menor, la embarazada se pierde y no se conoce su estado final. Las dificultades en el suministro de insumos como reactivos, fórmulas infantiles y utensilios para realizar cesáreas (guantes, mascarillas o gafas) incrementan el número de oportunidades perdidas para prevenir la transmisión perinatal del VIH. Al ser el PNRTV un reflejo de las deficiencias del sistema de salud de la República Dominicana, la sífilis tampoco escapa a las dificultades observadas en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. La desarticulación del PNRTV con el manejo de la sífilis hace que se pierda la oportunidad de integrar las acciones de prevención y tratamiento.

Por último, el informe presenta las áreas que se identificaron durante un proceso de alta participación institucional para fortalecer la integración de la atención prenatal con el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis en la República Dominicana.

Un estudio centinela realizado en 2006 en 13 centros de salud de todo el país encontró una prevalencia de sífilis materna del 1.38 por ciento. Estos datos reflejan que el problema de la sífilis podría estar tan presente como el del VIH pero que estaría subestimada por no existir una detección sistemática de los casos.

Introducción

La salud está ligada de forma inextricable a las grandes transformaciones sociales de nuestros tiempos. Más allá de su interés intrínseco, el campo de la salud ofrece un punto de observación desde el cual se examinan los procesos económicos, políticos, culturales, demográficos, científicos y tecnológicos que caracterizan cada época ². Las condiciones de salud de la población y los arreglos institucionales para la atención en salud revelan los aspectos más profundos de la estructura social en la que el campo de la salud se encuentra inmerso. En consecuencia, el campo de la salud, determinado por el sistema social que condiciona el proceso salud-enfermedad, refleja aspectos esenciales de cada sociedad en particular ³.

Si el proceso salud-enfermedad es dinámico, los cambios en los sistemas de salud deben ser constantes y acordes con las necesidades de la población. De hecho, los sistemas de salud han cambiado de forma dramática durante la década anterior en respuesta a las necesidades percibidas de las poblaciones y de la preocupación inminente de contener los costos. Los cambios resultantes incluyen modificaciones en la atención

de las personas desde una perspectiva que asegure el costo-beneficio y el costo-efectividad de las acciones, lo cual puede comprometer la calidad de la atención.

La República Dominicana no escapa a esta realidad. Numerosos estudios han identificado una serie de factores que reflejan la baja calidad de la atención de los servicios de salud, la falta de información a las personas usuarias, el escaso monitoreo de las actividades, la poca planificación, la ausencia de retroalimentación a las personas prestadoras de la atención en salud y muy pocas evaluaciones de las actividades realizadas dentro y fuera del centro de salud ^{4,5}. Los estudios más recientes señalan una baja captación de mujeres embarazadas por el PNRTV, con un número bajo de pruebas del VIH realizadas y de resultados entregados, lo que se traduce en una pérdida de oportunidades para iniciar el tratamiento o la profilaxis antirretroviral en mujeres embarazadas y en una capacidad reducida del sistema para prevenir el sida pediátrico ⁶⁻⁸. No obstante, algunos puntos luminosos se reportan en las últimas encuestas nacionales, tal como la disminución en la mortalidad infantil y la tendencia hacia la

estabilización de los índices del VIH tanto en las zonas rurales como en las urbanas ^{9, 10}.

En la República Dominicana se notificaron a ONUSIDA 1,649 mujeres embarazadas con VIH ¹¹; la prevalencia nacional estimada del VIH en mujeres embarazadas en 2006 fue de 2.3 por ciento ¹² y se estima una cobertura de la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH del 41 por ciento ^{13, 14}. En 2005, los datos de vigilancia del VIH proporcionados por nueve hospitales muestran una prevalencia de mujeres embarazadas primíparas con VIH que varió desde un hospital con 4.1 por ciento (municipio de Boca Chica en Santo Domingo), a cinco hospitales con una prevalencia entre el 2 y el 3 por ciento y tres hospitales con una prevalencia menor del 2 por ciento ¹⁵. Aunque el 98 por ciento de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal, los esfuerzos de prevención del VIH están enfocados en la PTMI con una dosis única de nevirapina—sin seguimiento de las mujeres con VIH ^{16, 17}. En el año 2000, en un esfuerzo para reducir la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH, el Ministerio de Salud Pública introdujo la PTMI en todas las instituciones materno-infantiles del país. Los dos obstáculos principales que se encontraron fueron la baja frecuencia de sesiones de consejería voluntaria (28 por ciento de mujeres embarazadas) y el número inadecuado de pruebas rápidas del VIH efectuadas (al 54 por ciento de las mujeres que recibieron atención prenatal se les tamizó para el VIH) ¹⁷. En 2005, el Ministerio de Salud estableció la meta de 0 por ciento de casos de TMI del VIH. Sin embargo, entre 2005 y 2006, de todas las gestantes con VIH estimadas en el país, el 25.4 por ciento se hicieron la prueba del VIH y el 9.6 por ciento recibieron profilaxis antirretroviral con una dosis única de nevirapina, la medida profiláctica recomendada en ese momento en las normas nacionales, mientras que se calcula que entre 1,558 y 3,896 recién nacidos nacieron con VIH o adquirieron VIH de forma perinatal ¹².

En cuanto a la sífilis, un estudio realizado en 2006 encontró que, sobre el total de mujeres embarazadas en la República Dominicana,

sólo se realizaron 107 pruebas de tamizaje de la sífilis, en comparación con 22,800 pruebas de tamizaje del VIH ¹². Un estudio centinela realizado en 2006 en 13 centros de salud de todo el país encontró una prevalencia de sífilis materna del 1.38 por ciento en mujeres cuyas edades variaron entre los 15 y los 24 años y del 1.43 por ciento entre aquéllas entre los 25 y los 49 años ^{14, 18}. Estos datos reflejan que el problema de la sífilis podría estar tan presente como el del VIH pero que estaría subestimada por no existir una detección sistemática de los casos. No obstante, hasta la fecha no se han realizado estudios específicos en el país para conocer las barreras que una mujer embarazada encuentra para acceder al diagnóstico y al tratamiento oportuno de la sífilis, así como las maneras en que este acceso queda integrado en otros servicios de salud dirigidos a esta población, incluyendo el PNRTV.

Este informe situacional se realizó para la primera fase en la República Dominicana de la Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Atención al VIH y a la Sífilis durante el Embarazo (ILAP) ¹⁴, colaboración entre los Programas Nacionales de Sida de Brasil, Colombia, Cuba, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNICEF, el Equipo de Apoyo Regional de América Latina de ONUSIDA, la Organización Panamericana de la Salud y la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. En la República Dominicana, ILAP es un proyecto de colaboración entre el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Presidencial del Sida, UNICEF y la Universidad de Harvard.

ILAP tiene el objetivo de identificar las barreras que existen para acceder al diagnóstico y al tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo en América Latina y el Caribe y de diseñar una intervención con el fin de universalizar la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis y de reforzar los sistemas de salud. ILAP se inició en la República Dominicana con un análisis situacional sobre las barreras que existen en la integración de

la atención prenatal con la atención del VIH y de la sífilis (Fase 1A) y con la realización de una encuesta a mujeres embarazadas para comprender el sistema de salud desde su perspectiva y, en particular, los obstáculos que existen para acceder a los servicios de salud del país (Fase 1B). Este informe reúne los resultados de la Fase 1A y de la Fase 1B, el cual se llevó a cabo con el objetivo de

recopilar información y generar un análisis situacional sobre las fortalezas y debilidades de los procesos de detección y manejo del VIH y de la sífilis durante el embarazo y proponer áreas de intervención para mejorar la calidad de la atención y reforzar la atención prenatal como punto de entrada para el manejo del VIH y de la sífilis en la mujer dominicana.

El MSP, como ente regulador del sistema que incluye la habilitación de los centros de salud y el otorgamiento de los permisos de apertura y de clausura de las instituciones de salud que no cumplan con los requisitos establecidos por consenso, tiene la responsabilidad de la formulación de las políticas de salud, de monitorear y evaluar el sistema de salud, así como la vigilancia y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública y la promoción de la salud, entre otras.

Organización del Sistema de Salud en República Dominicana

La República Dominicana ocupa las tres cuartas partes de la isla de la Española o Kiskeya, localizada entre el mar Caribe y el océano Atlántico; Haití ocupa el otro cuarto de la isla. La extensión del territorio dominicano es de unos 48,442 Km² y está dividido en 31 provincias y un Distrito Nacional (asiento de Santo Domingo, la capital de la República Dominicana), 155 municipios, 228 distritos municipales, 1,171 secciones y 10,187 parajes ⁹. La población total dada por el último Censo Nacional de Población y Vivienda, realizado por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) del 18 al 20 de octubre del año 2002, fue de 8,562,541 personas, distribuidas en 49.8 por ciento de hombres y 50.2 por ciento de mujeres ⁹.

El sistema de salud de la República Dominicana está compuesto de dos subsectores: el sector público y el sector privado. El Ministerio de Salud Pública, denominado hasta 2010 Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), provee la rectoría de los dos subsectores y suministra servicios para el 75 por ciento de la población. El sector

privado provee servicios mayormente a la clase de estratos sociales medio y alto ⁹.

El proceso de reforma del sector salud en la República Dominicana, iniciado desde hace cerca de dos décadas con el objetivo de mejorar la equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud, inauguró una nueva etapa en el año 2001 con la aprobación y promulgación de un nuevo marco legal: la Ley General de Salud (No. 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (No. 87-01) ¹⁹. Ambas leyes se complementan y contienen en su articulado los lineamientos para el proceso de descentralización de las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud: rectoría, financiamiento y provisión, las cuales hasta ese momento estaban concentradas en la SESPAS ¹⁹.

La aplicación de ambas leyes se inicia con la conformación y puesta en operación de dos consejos, creado cada uno por una de las dos leyes. La Ley 42-01 crea el Consejo Nacional de Salud (CNS) como un organismo de cogestión de la salud pública que tiene la función de

apoyar y asesorar en la formación y evaluación de las políticas y estrategias de salud y en el desarrollo de los planes nacionales de salud ¹⁹. Por otra parte, en el marco de la Ley 87-01, se crea el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), que es el ente rector del Sistema Dominicano de Seguridad Social y como tal tiene a su cargo la dirección y conducción del sistema, así como establecer las políticas, regular su funcionamiento y garantizar el equilibrio financiero del sistema ¹⁹. Ambos consejos son entidades multisectoriales y de concertación, en los que convergen gremios de profesionales de la salud, organizaciones no gubernamentales, sector empresarial y sector público, entre otros sectores.

En el esquema nuevo que plantea el marco legal vigente, el MSP debe fortalecer su rol de rectoría y promover de forma gradual la separación de las funciones de regulación, provisión de servicios y financiamiento, para lo cual el CNS aprobó el reglamento "Rectoría y Separación de las Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud", promulgado mediante el Decreto Número 635-03 de fecha 7 de agosto de 2003. El MSP, como ente regulador del sistema (que incluye la habilitación de los centros de salud y el otorgamiento de los permisos de apertura y

de clausura de las instituciones de salud que no cumplan con los requisitos establecidos por consenso), tiene la responsabilidad de la formulación de las políticas de salud, de monitorear y evaluar el sistema de salud, así como la vigilancia y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública y la promoción de la salud, entre otras ⁹.

En los momentos en los que se realiza este informe, el sistema de salud de la República Dominicana, incluidos los servicios relacionados con la salud maternoinfantil, se encuentra en proceso de transformación. La reforma del sistema de salud se realiza a través de la creación de redes de servicios con las que se intenta mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, de suministros y de información, para lo cual el MSP ha replanteado su estructura con miras a conseguir la descentralización de los recursos humanos y económicos en todo el país ²⁰. La conformación de estos servicios se está llevando a cabo de manera escalonada, aprovechando las experiencias en áreas de salud intervenidas que sirven de piloto para continuar con el proceso de ejecución en otras áreas de salud del país y garantizando la calidad de la atención mediante la integración de todo el personal de salud del MSP ²¹.

Se adolece de un sistema de registro estandarizado que especifique la condición de embarazada para poder dimensionar la magnitud de la sífilis y de notificación y análisis de los datos de sífilis materna.

Normas técnicas para la detección del VIH y de la Sífilis y Sistema de Financiación

Desde que en 1983 se diagnosticaron los primeros casos de sida en la República Dominicana, una larga cadena de acciones y eventos han ocurrido hasta llegar a lo que hoy en día se conoce como el Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA), que es la estructura gubernamental que rige las políticas y actividades de todo lo relacionado a reducir la carga de la enfermedad en el país.

La década de los años 80 se caracterizó por estudios epidemiológicos en comportamiento y riesgo de infección así como en el entendimiento de cómo reducir el riesgo personal. En 1987 se concretó la respuesta nacional al VIH y al sida con la creación del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS). En 1991 se instaló el Sistema de Vigilancia Centinela que, desde entonces, ha permitido la implementación anual de las encuestas de seroprevalencia de infección por VIH. Estas encuestas se utilizan para la confección de los Planes Estratégicos Nacionales 2000/2003 y 2007-2015, así como para el Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006- 2015 y para elaborar las estimaciones y proyecciones de la infección por VIH en la población dominicana.

Se observa que, a medida que se mejora la información obtenida de los datos de estas encuestas de seroprevalencia, hay una disminución progresiva en dichas estimaciones (5.4 por ciento en 1994, 4.6 ciento en 1996 y 2.8 por ciento en 1998) ²².

En la década de los 90 se realizaron también múltiples encuestas relacionadas con la prevalencia del VIH en grupos de alta exposición al VIH, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales y población haitiana residente en zonas rurales aisladas de la República Dominicana (en particular en los bateyes). La prevalencia observada en estos grupos de riesgo fue desproporcionadamente alta en comparación con lo reportado en la población nacional: 11 por ciento en HSH ²³, 6 por ciento en trabajadoras sexuales y 15 por ciento en la población haitiana residente en los bateyes ²⁴. En 1998 se llevó a cabo el primer Análisis de Situación y Respuesta en la República Dominicana ²⁵.

Ya para finales de la década de los noventa, como parte de la estrategia gubernamental para prevenir y contener la diseminación de la infección por VIH, el Ministerio de Salud

Pública, con el auspicio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), diseñó un plan de acción para implementar un paquete integrado de intervenciones con la finalidad de reducir la transmisión maternoinfantil del VIH que incluía la consejería y prueba voluntaria del VIH (con la prueba ELISA), la administración de una dosis única de nevirapina a la embarazada al inicio de la labor de parto u ocho horas antes de la realización de la cesárea, una cesárea electiva, administración de nevirapina al neonato de 8 a 72 horas después del parto y un método alternativo a la lactancia materna (fórmulas infantiles) para prevenir la transmisión postparto del VIH²⁶. La decisión de utilizar un sólo antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH se fundamentó en estudios de costo-beneficio^{27, 28} realizados por el PNRTV previo a la implementación de las estrategias y ante la coyuntura de que el Gobierno de La Rioja (España) donó todas las dosis necesarias para reducir esta forma de transmisión del VIH en la República Dominicana.

Este paquete integrado de intervenciones se diseñó para ser implementado a través de las dependencias del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por fases, según la disponibilidad de los recursos y de las lecciones aprendidas en el proceso de implementación, con un apoyo importante de agencias internacionales y organismos gubernamentales interesados en reducir los casos de sida pediátrico en la República Dominicana²⁹. La implementación del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH se inició formalmente el 15 de mayo del año 2000, con una donación de tres años de nevirapina del gobierno de La Rioja, cuyo diseño incluía su realización en tres fases. La primera fase o piloto incluyó cuatro hospitales maternoinfantiles, la segunda fase se inició en el año 2001 e incluyó otros nueve hospitales provinciales maternoinfantiles donde se llevaba a cabo la vigilancia centinela para VIH²⁶. Para finales de 2002, se llevó a cabo la tercera fase de implementación, en la cual se incluyeron los 32 hospitales provinciales maternoinfantiles. La operatividad

y financiamiento de estas actividades del PNRTV se efectuaba primordialmente por el Ministerio de Salud Pública²⁶.

En los primeros años de implementación del PNRTV se observó un número bajo de pruebas de laboratorio realizadas, un porcentaje alto de sesiones de consejerías preprueba pero un porcentaje bajo de consejería postprueba impartidas, lo que sugería, por un lado, que no a todas las mujeres que asistían a los hospitales se les realizaba la prueba y, por el otro, que una gran cantidad de mujeres a quienes se les indicaba la prueba no estaban recibiendo sus resultados en las secciones de consejería postprueba²⁶.

Como consecuencia de las oportunidades perdidas de no realizar la prueba del VIH en todas las mujeres embarazadas, de que las que se realizaban la prueba no regresaban a por sus resultados y desconocían sus estatus de seropositividad al VIH y de la posibilidad de que alguna mujer se presentara en labor de parto en emergencias y no se realizara la prueba, la cascada de servicios lucía que perdía fuerzas al haber una realización menor de cesáreas en las mujeres embarazadas identificadas con VIH en el programa y una menor cantidad de mujeres, niños y niñas a quienes se les administraban antirretrovirales para prevenir esta forma de transmisión del virus.²⁰ La poca integración del Programa Nacional Materno, Infantil y de Adolescentes del Ministerio de Salud Pública, la verticalización de las actividades relacionadas con la prevención de la transmisión maternoinfantil y la poca interacción con la comunidad, entre otros factores, limitaban la posibilidad de tamizar y tratar a todas las mujeres embarazadas con VIH de la República Dominicana²⁶. La caracterización de la epidemia en la década de los 90, la creación del PNRTV y algunas intervenciones puntuales del Estado, como por ejemplo la transformación en 1998 del PROCETSS a Dirección General para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida, para ir acorde con los cambios iniciados por el proceso de reforma del sector salud, reflejan el cambio en la visión de abordar el problema para la década

siguiente, en la que ya se requería una franca participación del Estado y de la colaboración internacional para dar respuesta al VIH.

El 8 de enero de 2001 se creó, a través del Decreto Presidencial número 32-01, el COPRESIDA, conformado por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el Secretariado Técnico de la Presidencia, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Educación Superior Ciencia y Tecnología, el Cuerpo Médico y Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, representantes del sector no gubernamental como la Red de Personas que Viven con VIH/ Sida (REDOVIH), el Consejo Nacional de la Empresa Privada y la Coalición de ONGSIDA. Dentro de las funciones que se le asignaron al COPRESIDA estaban la de gestionar la política en respaldo a la DIGECITSS, promocionar la participación multisectorial, crear un marco legal para actuar en la reducción de la epidemia, articular los esfuerzos nacionales y gestionar recursos financieros y técnicos.

La ocurrencia de diferentes eventos de forma concomitante a la creación del COPRESIDA merecen ser enunciados. El país, bajo la diligencia del COPRESIDA, optó por un préstamo del Banco Mundial de 25 millones de dólares para la lucha contra el sida. Para ese entonces, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria aportaron 48 millones de dólares más para reducir la carga de la enfermedad en República Dominicana. Adicionalmente, el país se comprometió con UNGASS, los Objetivos del Milenio, la iniciativa de Acceso Acelerado, los Tres Unos y otras iniciativas internacionales que orientaban la respuesta frente a las ITS y el VIH/sida en los primeros años del siglo XXI ³⁰. Como resultado de esta relación pública-privada entre el Estado dominicano, formado por COPRESIDA y su brazo ejecutor DIGECITSS, ONGs y agencias internacionales: 1) para finales de 2002 se rediseñan las normas nacionales para la consejería en ITS/VIH/sida; 2) durante el periodo 2004-2006 se triplica la cantidad de personas con VIH captadas por el sistema (de 5,041 en 2004 a 14,050 en 2006); 3) en 2005

se inicia el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TARV) con el apoyo del Fondo Mundial; 4) la cantidad de personas con VIH que reciben TARV aumentó en casi un 500 por ciento entre 2004 y 2006 (de 956 personas a 5,001); 5) el número de centros de salud que ofrecen atención integral a las personas que viven con VIH se incrementó de 14 a 46 entre 2004 y 2006; y 6) se logró incrementar de 22 a 122 los establecimientos de salud que cuentan con recursos capacitados e insumos para las intervenciones del PNRTV. Desde 2004 se incluyen sífilis y hepatitis B en los grupos de alta exposición al VIH y se mide coinfección entre los tres eventos. La canasta básica del Sistema Nacional de Seguridad Social (SENASA), sin embargo, no incluye medicación para las personas con VIH.

En 2008 se publicó el Protocolo de uso de terapia combinada con antirretrovirales en gestantes que viven con el VIH/SIDA, en el que se establecen varias modalidades de tratamientos (ver Tabla 1) ³¹. Toda mujer embarazada con infección por VIH y sin TARV previo debe recibir el mismo monitoreo clínico, inmunológico y virológico que la mujer no embarazada. Las recomendaciones para la iniciación y elección de TARV se deben basar en los mismos parámetros utilizados para mujeres no gestantes. Se deben discutir los riesgos teóricos y beneficios conocidos de la terapia para la mujer y el recién nacido durante el embarazo, enfatizando los beneficios de la reducción de riesgo de transmisión materno-infantil, ya que el seguimiento extenso de niñas y niños expuestos in útero a antirretrovirales (excepto efavirenz) indica que son de poco riesgo teratogénico. Se debe recomendar TARV a mujeres infectadas cuyo estado clínico, inmunológico o virológico indican la necesidad de tratamiento. En mujeres que cursan el primer trimestre del embarazo, se puede considerar la demora en la iniciación de la terapia hasta después de la semana 10-12 de gestación si no requieren TARV de forma inmediata ³¹.

Para una mujer que recibe TARV, ya sea por hallazgos clínicos de inmunosupresión o por

conteo de CD4 < 250 cels/uL, que se embaraza y se identifica durante el primer trimestre, se le aconseja con respecto a los beneficios y riesgos potenciales de administración de estos fármacos durante este período y los riesgos confirmados de la discontinuación de la terapia en la progresión o recurrencia de inmunodeficiencia o muerte, aún si se vigila cuidadosamente el conteo de CD4. Las mujeres con VIH que reciben TARV y que se identifican después del primer trimestre del embarazo deben continuar con el tratamiento.

Si se discontinúa TARV, todas las drogas análogas a nucleósidos (NRTI) deben suspenderse y reintroducirse de forma simultánea para evitar el desarrollo de resistencia; los inhibidores no análogos a nucleósidos (NNRTI), como la nevirapina, se deben discontinuar 48-72 horas antes de suspender los análogos a nucleósidos, debido a la persistencia mucho más prolongada de la nevirapina. Si el régimen terapéutico corriente no contiene AZT, se recomienda después de la semana 14 de gestación la adición de AZT o la sustitución de AZT por otro antirretroviral análogo de los nucleósidos. Para el recién nacido, con independencia del régimen antirretroviral preparto, se recomienda seis semanas de AZT.

Para la mujer con VIH en trabajo de parto que no ha recibido tratamiento previo se disponen de algunos regímenes como la dosis única de nevirapina al comienzo del trabajo de parto seguido por una dosis de nevirapina para el recién nacido antes de las 72 horas de vida; AZT y 3TC oral a la madre durante el trabajo de parto seguido por una dosis de nevirapina para el recién nacido antes de las 72 horas de vida, seguido de AZT/3TC una semana por vía oral para el recién nacido; y régimen de 2 dosis de nevirapina (una a la madre y otra al recién nacido) y 6 semanas de AZT al recién nacido. En el período postparto inmediato la mujer debe ser evaluada de forma apropiada (con CD4 y carga viral) para determinar si TARV está recomendada para su estado ³¹.

La realización de pruebas de carga viral y CD4 debe contemplarse para todas las mujeres gestantes con VIH que llegan a los servicios y la realización de estas pruebas durante el embarazo debe priorizarse en el Laboratorio Nacional. La realización de la carga viral y los CD4 son guía para el inicio de TARV si el valor de carga viral es mayor a 1,000 copias/ml y el CD4 es menor de 250 células /uL. También se plantea la necesidad de no dar un compás de espera mayor a siete días para contar con los resultados de estas pruebas ³¹.

A la mujer embarazada diagnosticada con VIH deben realizarse las pruebas de carga viral, conteo de CD4 y pruebas paraclínicas complementarias de transaminasas, hemograma, creatinina (pruebas mínimas para inicio de tratamiento antirretroviral), más la toma de la prueba VDRL para sífilis, hepatitis B y C, tipificación y RH ³¹. A las 34 semanas de embarazo, a la gestante con VIH en TARV se le debe tomar una muestra para carga viral para el VIH siempre y cuando el período transcurrido entre la muestra inicial y la de seguimiento no sea menor a 12 semanas. A los seis meses después del embarazo se recomiendan las pruebas de CD4 y carga viral a la mujer.

En lo que respecta al tratamiento para recién nacidos expuestos al VIH ³¹, se les debe administrar cualquiera de los siguientes esquemas antirretrovirales:

- 1.** AZT en solución 2 mg/kg de peso cada 6 horas por un período de 6 semanas. El AZT debe administrarse dentro de las primeras 72 horas postparto, inmediatamente tolere el recién nacido (de 6-8 horas).
- 2.** Nevirapina en solución de 2 mg/kg de peso (dosis única) + AZT en solución de 4mg/kg de peso cada 12 horas + Lamivudina en solución de 2 mg/kg de peso cada 12 horas.

En caso de un recién nacido de bajo peso y prematuro, la dosis de AZT varía:

- 1.** Prematuro de menos de 30 semanas de gestación: 2mg/kg de peso cada

12 horas, durante las primeras 4 semanas de vida y luego 2 mg/kg de peso cada 8 horas por vía oral.

2. Prematuro de más de 30 semanas de gestación: 2mg/kg de peso cada 12 horas, vía oral, durante las primeras 2 semanas y luego 2mg/kg de peso cada 8 horas por vía oral.
3. Recién nacido a término: 2mg/kg de peso cada 6 horas por vía oral ³².

El seguimiento de niñas y niños expuestos al VIH incluye un monitoreo longitudinal durante los primeros dos años de vida, con una prueba de carga viral por el método PCR ARN ultrasensible o PCR ADN en la octava semana con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz de su estatus virológico; si resulta indetectable se realizará una segunda prueba a los 6 meses de vida (ver Tabla 2 y Gráficos 1 y 2). En caso de que no haya disponibilidad para realizar PCR ADN o PCR ARN, se recomienda realizar seguimiento con una prueba de anticuerpos después de los seis meses de vida. Si se reportan dos pruebas de anticuerpos negativas con un intervalo mayor de un mes, se considera al recién nacido sin VIH.

Para el tratamiento de niñas y niños expuestos al VIH, se recomienda también tratamiento profiláctico con Trimetroprim-Sulfa (cotrimoxazol) de 5mg/kg de peso cada 24 horas por vía oral tres veces por semana, iniciado a la sexta semana y hasta descartar el diagnóstico del VIH. De igual

forma, se recomienda en estos niños y niñas el esquema de inmunización según el protocolo de guía de Atención Integral Pediátrica ³².

En cuanto a la notificación y diagnóstico de la sífilis, se notifica como síndrome de úlcera genital y no en base a la serología. Se adolece de un sistema de registro estandarizado que especifique la condición de embarazada para poder dimensionar la magnitud de la sífilis y de notificación y análisis de los datos de sífilis materna ³³. La normativa para la atención maternoinfantil incluye de manera no consistente el tamizaje de sífilis en embarazadas y parturientas y en determinadas condiciones perinatales. Sin embargo, en los procedimientos de atención se considera un VDRL durante la primera visita prenatal o antes de las 20 semanas de gestación ³⁴.

Aunque se cuenta con una cobertura alta de atención prenatal y parto institucional, no se disponen de datos de cobertura de tamizaje para sífilis en embarazadas provenientes de registros rutinarios ya que el tiempo de entrega de los resultados no está establecido, existe desabastecimiento frecuente de reactivos en el sector público, falta un control de calidad externo (no se confirma con el FT-ABS a las mujeres embarazadas, lo cual da lugar a interpretación errónea y a falsos positivos del VDRL) y el manejo clínico de la infección está limitado por el no establecimiento de responsabilidades según niveles de atención y por la falta de compromiso de los recursos humanos para el seguimiento del tratamiento durante el embarazo y al recién nacido ³³.

Tabla 1. Escenario clínico del manejo del VIH en gestionantes para la PTMI en República Dominicana, 2008.

Conteo de CD4	Esquema de Tratamiento	Observaciones
< de 250cels/uL	<p>Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP).</p> <p>Dosificación:</p> <p>Inducción (primeras 2 semanas): 1 tableta AZT (300 Mg)/3TC (150Mg)/NVP (200Mg) por la mañana y 1 tableta AZT (300Mg)/3TC (150Mg) por la tarde. VO;</p> <p>Luego: 1 tableta de AZT (300Mg)/ 3TC (150Mg) /NVP (200Mg) c/12 horas, VO. A partir de la 3ra. Semana y hasta 6 meses después del parto (previa evaluación por el SAI).</p> <p>En caso de intolerancia o reacciones adversas a Nevirapina se recomienda sustituirla por:</p> <p>Lopinavir/ritonavir 200Mg/50Mg 2 tabletas c/12 horas, VO.</p>	<p>NO utilizar si:</p> <p>Hemoglobina < de 8.2 gr/dl.</p> <p>Si Transaminasas >de 3.5 veces/normal.</p> <p>Seguimiento:</p> <p>Realizar hemograma y transaminasas a las 4 semanas de iniciado el tratamiento.</p>
< de 250cels/uL	<p>En caso de anemia</p> <p>Estavudina (D4T) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)</p> <p>Dosificación:</p> <p>Inducción (primeras 2 semanas): 1 tableta D4T (30Mg)/3TC (150Mg)/NVP (200Mg) por la mañana y 1 tableta D4T(30Mg)/3TC (150Mg) por la tarde. VO.</p> <p>Luego: 1 tableta de D4T (30Mg)/ 3TC (150Mg) / NVP (200Mg) c/12 horas, VO. A partir de la 3ra. Semana y hasta 6 meses después del parto (previa evaluación por el SAI).</p> <p>En caso de intolerancia o reacciones adversas a Nevirapina se recomienda sustituirla por:</p> <p>Lopinavir/ritonavir 200Mg/50Mg 2 tabletas c/12 horas, VO.</p>	<p>Seguimiento:</p> <p>Vigilar datos de acidosis láctica (fatiga, mialgias severas, náuseas y vómitos incontrolables) realizar gases arteriales y Lactato en sangre si mayor de 2.5mmol/l (referir a centros de atención especializada).</p> <p>*Realizar transaminasas a las 4 semanas de iniciado el tratamiento.</p> <p>*Recordar que el D4T (EEstavudina) se asocia a neuropatía periférica.</p>
> de 250cels/uL	<p>Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (Lop/R)</p> <p>Dosificación:</p> <p>1 tableta de AZT (300 Mg)/3TC (150Mg) c/12 horas + 2 tabletas de Lopinavir/ritonavir (200Mg/50Mg) c/12 horas. VO, hasta 6 meses después del parto (previa evaluación por el SAI)</p>	<p>NO utilizar si:</p> <p>Hemoglobina < de 8.2 gr/dl.</p> <p>Si Transaminasas >de 3.5 veces/normal.</p> <p>Seguimiento:</p> <p>El Lopinavir/Ritonavir se asocia a niveles de glicemia aumentado (realizar glicemia c/mes).</p> <p>*Realización de perfil lipídico y pruebas de función hepática de manera rutinaria.</p>

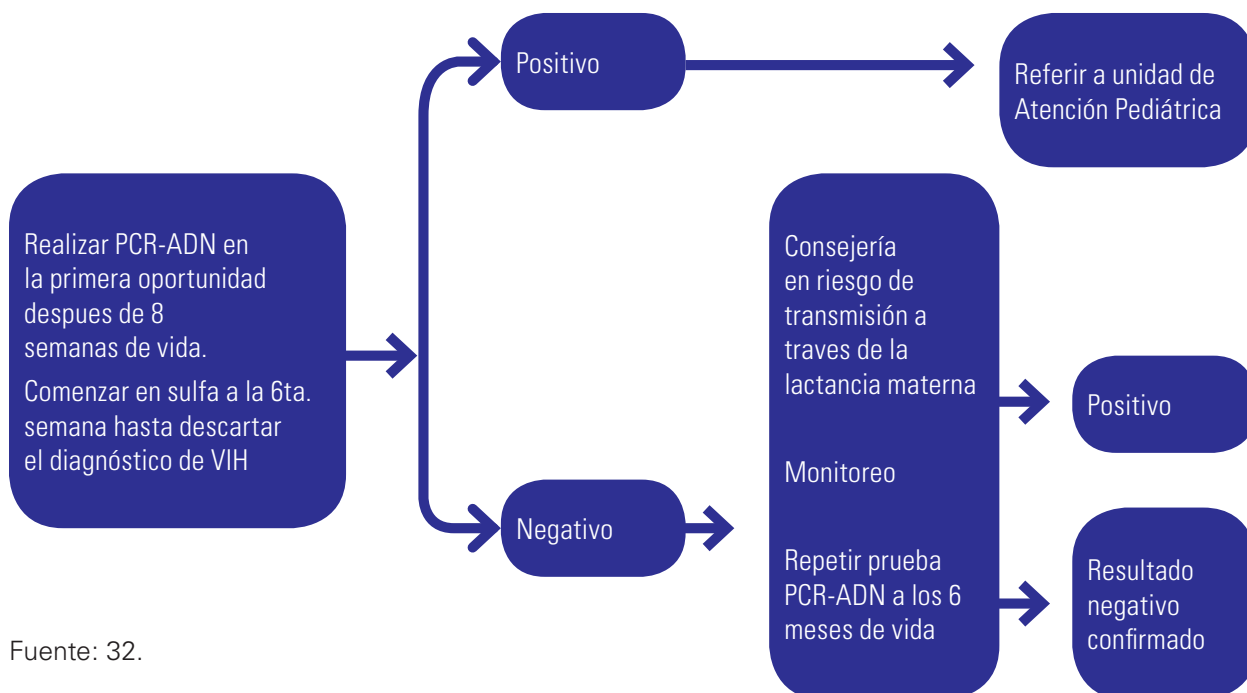
Conteo de CD4	Esquema de Tratamiento	Observaciones
> de 250 cels/uL	<p>En caso de anemia</p> <p>EEstavudina (D4T) + Lamivudina (3TC) + Lopinavir/Ritonavir(Lop/R)</p> <p>Dosificación:</p> <p>1 tableta de D4T (30Mg)/ 3TC (150Mg), c/12 horas, VO; + 2 tabletas de Lopinavir/Ritonavir (200Mg/50Mg) c/12 horas. VO, hasta 6 meses después del parto (previa evaluación por el SAI).</p>	<p>*El Lopinavir/Ritonavir se asocia a niveles de glicemia aumentado (realizar glicemia c/mes).</p> <p>*Realización de perfil lipídico y pruebas de función hepática de manera rutinaria.</p> <p>*Vigilar datos de acidosis láctica (fatiga, mialgias severas, náuseas y vómitos incontrolables), realizar gases arteriales y Lactato en sangre si mayor de 2.5 mmol/l (referir a centros de atención especializada)</p> <p>*Recordar que el D4T (Estavudina) se asocia a neuropatía periférica.</p>
< de 250cels/uL	<p>En caso de anemia</p> <p>Estavudina (D4T) + Lamivudina (3TC) + Nevirapine (NVP)</p> <p>Dosificación:</p> <p>Inducción (primeras 2 semanas):</p> <p>1 tableta D4T (30Mg)/3TC (150Mg)/NVP (200Mg) por la mañana y 1 tableta D4T(30Mg)/3TC (150Mg) por la tarde. VO</p> <p>Luego: 1 tableta de D4T (30Mg)/ 3TC (150Mg) /NVP (200Mg). C/12 horas, VO. A partir de la 3ra. Semana y hasta 6 meses después del parto (previa evaluación por el SAI).</p> <p>En caso de intolerancia o reacciones adversas a Nevirapina se recomienda sustituirla por:</p> <p>Lopinavir/ritonavir 200Mg/50Mg 2 tabletas c/12 horas.</p>	<p>Seguimiento:</p> <p>*Vigilar datos de acidosis láctica (fatiga, mialgias severas, náuseas y vómitos incontrolables) realizar gases arteriales y Lactato en sangre si mayor de 2.5mmol/l (referir a centros de atención especializada).</p> <p>*Recordar que el D4T (EEstavudina) se asocia a neuropatía periférica.</p> <p>*Realizar transaminasas a las 4 semanas de iniciado el tratamiento.</p>

Conteo de CD4	Esquema de Tratamiento	Observaciones
> de 250cels/uL	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC Con o sin Lopinavir/Ritonavir (introducir Lopinavir/Ritonavir lo mas pronto posible) Dosificación: 1 tableta de AZT (300 Mg)/3TC (150Mg) c/12 horas + 2 tabletas de Lopinavir/ritonavir (200Mg/50Mg) c/12 horas. VO, hasta 6 meses después del parto (previa evaluación por el SAI)	NO utilizar si: *Hemoglobina < de 8.2 gr/dl. *Si Transaminasas >de 3.5 veces/normal.
	En caso de anemia Estavudina (D4T) + Lamivudina (3TC) con o sin Lopinavir/Ritonavir (introducir Lopinavir/Ritonavir lo más pronto posible) Dosificación: 1 tableta de D4T (30Mg)/ 3TC (150Mg), c/12 horas, VO; + 2 tabletas de Lopinavir/Ritonavir (200Mg/50Mg), c/12 horas. VO, hasta 6 meses después del parto (previa evaluación por el SAI). Lopinavir/Ritonavir (200Mg: 50Mg) 2 cápsulas c/12 horas, VO	*Vigilar datos de acidosis láctica (fatiga, mialgias severas, nauseas y vómitos incontrolables) realizar gases arteriales y Lactato en sangre si mayor de 2.5mmol/l (referir a centros de atención especializada). *Recordar que el D4T (Eestavudina) se asocia a neuropatía periférica.
No importa	Nevirapina (NVP) dosis única + Zidovudina/ Lamivudina (AZT/3TC) por 7 días. Dosificación: 1 tableta de NVP (200Mg), dosis única, 8 horas antes de la Cesárea + 1 tableta de AZT (300Mg)/3TC (150Mg), c/12 horas, VO, por 7 días.	Evitar si la persona con VIH presenta una hemoglobina menor a 8.2gr/dl. En tan corto tiempo poca probabilidad de anemia asociada a Zidovudina. Riesgo teórico (bajo) de acidosis láctica.

Tabla 2: Escenario clínico de la PTMI en niños y niñas expuestos al VIH en República Dominicana, 2009.

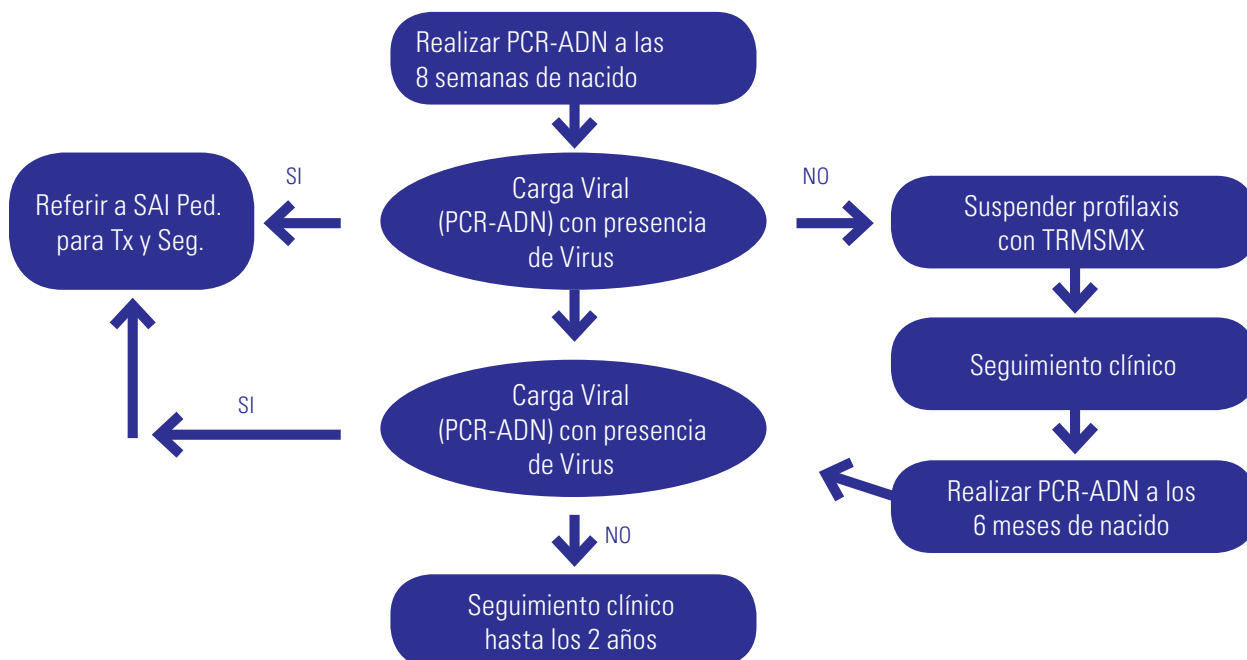
Conteo de CD4	Esquema de Tratamiento	Observaciones
Opción No. 1	Zidovudina (AZT) en solución - 2mg/kg de peso cada 6 horas por un período de 6 semanas.	Administrar dentro de las primeras 72 horas post-parto, inmediatamente tolere el Recién Nacido (de 6-8 horas).
Opción No. 2	Nevirapina 2mg/kg de peso (dosis única) + Zidovudina 4mg/kg c/12 horas por 7 días Lamivudina 2mg/kg c/12 horas por 7 días	Administrar dentro de las primeras 72 horas post-parto. Esta opción se recomienda en madres que han recibido tratamiento antirretroviral previo. Inmediatamente tolere el Recién Nacido (de 6-8 horas).

Gráfico 1: Flujograma para el diagnóstico del VIH en niños y niñas de madres con VIH en República Dominicana, 2009.



Fuente: 32.

Gráfico 2: Flujograma para el diagnóstico del VIH y seguimiento de niños y niñas de madres con VIH en República Dominicana, 2009.



El control proporcionado por el especialista es significativamente mayor en las mujeres de educación superior (86 por ciento) y las ubicadas en el quintil de riqueza superior (87 por ciento). En cambio, la menor cobertura de atención por especialista se produjo en las mujeres sin instrucción (40 por ciento).

Indicadores Epidemiológicos sobre atención Prenatal y sobre el VIH y la Sífilis durante el Embarazo

En 2007 hubo un total de 124,018 nacimientos vivos registrados en la República Dominicana ³⁵, de los cuales el 97.5 por ciento ocurrieron en establecimientos de salud. El sector público concentra el 77.2 por ciento de los nacimientos mientras que el 20.3 por ciento restante sucede en establecimientos privados ⁹. La ENDESA 2007 ofrece la información sobre el lugar de ocurrencia del parto para los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta (Tabla 3) y la información sobre la persona que asistió durante el parto (Tabla 4). Como se observa en ambas tablas, no existen grandes diferencias en el tipo de persona que proporcionó la atención al parto por edad, orden de nacimiento y zona. Las mayores diferencias se observan en la regiones IV y en las provincias de Elías Piña y Pedernales, donde es más alto el porcentaje de partos sin atención del personal de salud (16 por ciento y 14 por ciento, respectivamente), situación que se explica porque tienen un porcentaje importante de partos domiciliarios (14 por ciento y 11 por ciento, respectivamente) ⁹.

Según la ENDESA 2007, prácticamente todas las mujeres recibieron algún tipo de atención prenatal y dicha atención provino básicamente

de personal médico. El 32 por ciento de las mujeres con un nacimiento en los cinco años antes de la ENDESA 2007 recibieron atención prenatal de médico general (inferior a la registrada al 39 por ciento de 2002) ⁹ y el 67 por ciento de médico ginecólogo y/o obstetra ⁹.

En todos los grupos de edad, orden de nacimiento y características socioeconómicas la atención provista por médico ginecólogo obstetra es mayor que la recibida por médico general (Tabla 5). La atención prenatal por médico ginecólogo obstetra alcanza cerca del 70 por ciento entre las mujeres mayores de 20 años y con nacimientos de orden 2 y 3 y es mayor del 70 por ciento en las mujeres con nacimientos de primer orden y en las residentes en la zona urbana, las regiones 0 y II, el Distrito Nacional y en las provincias de Santo Domingo, Santiago, La Romana, La Vega y Hermanas Mirabal. El control proporcionado por el especialista es significativamente mayor en las mujeres de educación superior (86 por ciento) y las ubicadas en el quintil de riqueza superior (87 por ciento). En cambio, la menor cobertura de atención por especialista se produjo en las mujeres sin instrucción (40 por ciento) ⁹.

La Tabla 6 muestra la distribución de los nacimientos en los últimos cinco años según las visitas prenatales y tiempo de la primera visita. El 95 por ciento recibió atención prenatal con cuatro o más visitas al proveedor, sin diferencias por zona urbana o rural. Además, el 82 por ciento acudió a su primera visita prenatal antes de los cuatro meses de embarazo y un 13 por ciento adicional en el cuarto y quinto mes, resultados similares a los observados por ENDESA 2002.⁶ En la zona urbana, el porcentaje de mujeres que acudió a su primera visita prenatal antes de los cuatro meses de embarazo fue del 84 por ciento y en la zona rural del 77 por ciento. La mediana nacional de meses de embarazo a la primera visita es de 2.6, cifra menor en la zona urbana que en la zona rural (2.5 y 2.9, respectivamente)⁹.

A pesar de esta alta cobertura de atención prenatal, la República Dominicana presenta tasas altas de mortalidad materna. Con la información obtenida en la ENDESA 2007 puede estimarse la mortalidad materna de forma indirecta a partir de la supervivencia de las hermanas o de forma directa mediante la información adicional recolectada sobre la edad de las hermanas sobrevivientes, edad en el momento de la muerte y fecha de la defunción, al igual que la paridad a la que las hermanas murieron. La forma directa de estimar la mortalidad materna permite hacer estimaciones para varios períodos, incluyendo el quinquenio anterior a la encuesta. Los resultados de la mortalidad materna se detallan en la Tabla 7. Para expresar el nivel de mortalidad materna, no en términos de mujeres, sino de nacidos vivos, se divide la tasa de mortalidad materna ajustada en mujeres de 15 a 49 años (expresada por 1,000 mujeres) por la tasa de fecundidad general ajustada (por 1,000 mujeres) y se multiplica por 100,000. Así se obtiene la razón de mortalidad materna, interpretada como el número de defunciones maternas por cada 100,000 nacimientos, que para el período 1997-2007 fue de 159⁹.

El valor correspondiente a la ENDESA 2002 había sido de 178 por cada 100,000 nacimientos¹⁰. Sin embargo, las estimaciones

sobre los niveles y tendencias de la mortalidad materna se ven afectadas por altos errores de muestreo e imprecisión estadística, a lo que deben agregarse los efectos más o menos importantes de algunas deficiencias registradas en la declaración de la información. Por consiguiente, si se toma en cuenta el error muestral para la estimación de la tasa de mortalidad materna en la ENDESA 2007 de 159 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, el intervalo de confianza es de 105 a 213. Este intervalo amplio incluye la estimación de la ENDESA 2002 (178 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) y por eso la ENDESA 2007 no proporciona evidencia de que la razón de mortalidad materna haya bajado entre las dos encuestas⁹.

Que más del 98 por ciento de la atención prenatal se realice en establecimientos y por un personal calificado contrasta con elementos tales como un coeficiente de mortalidad materna de 159 por 100,000 nacidos vivos, una mortalidad neonatal de la niñez (0 a 5 años) de 38 a 36 por 1,000 nacidos vivos, sin muchas variaciones en los últimos diez años (1997-2007) y prácticas de lactancia materna exclusiva (8 por ciento) de las más bajas de América Latina, con una reducción de un 13 por ciento con respecto a las reportadas en la ENDESA 2002, y refleja una baja calidad de la atención para las mujeres embarazadas y sus hijos e hijas en los centros de salud de la República Dominicana.

Ante esta paradoja de altas tasas de cobertura prenatal y altas tasas de mortalidad materna, el Centro Nacional de Investigación en Salud Materno Infantil (CENISMI) realizó una investigación para evaluar la calidad de los proveedores en centros de salud del primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud del país, en cuatro regiones de salud de la República Dominicana (Región III, IV, V, VI). La calidad de la atención se evaluó mediante la valoración del conocimiento del personal de salud en los contenidos de las normas y guías de atención elaborados por el MSP⁵. Con la investigación se intentó también determinar la correspondencia entre el nivel

de conocimiento y la práctica del personal de salud, así como las características operativas de los establecimientos seleccionados. La investigación incluyó la evaluación de 66 médicos y se observó que sólo un 8 por ciento de las y los médicos reunió todos los criterios para considerar una calidad adecuada de atención de la mujer embarazada y ninguno pudo conseguir los requerimientos necesarios para considerar una atención adecuada del menor de 1 año según las guías nacionales del primer nivel de atención. Con estos resultados se evidencia la necesidad de mejorar la calidad de la atención a partir de una supervisión adecuada. Esta supervisión se debe realizar con supervisores recertificados de forma periódica, utilizando herramientas diseñadas en consonancia con la medicina basada en la evidencia y realizando entrenamientos sistemáticos de las y los proveedores que se encuentran en los establecimientos de salud de la República Dominicana.

En lo que respecta a la prevalencia del VIH, las estimaciones de la DIGECITSS se basan en las encuestas centinelas de seroprevalencia, en las que se observa que en 2006 la prevalencia fue de 1.6 por ciento, con una razón de 1.2 varones por mujer (menos de la mitad que en 1983, cuando la razón era de 3.6 y un poco menos que la observada en 1993, que fue de 1.8)³⁶. Desde 1983, cuando se notificaron los primeros casos de sida, hasta diciembre de 2008 un total de 10,530 personas viven con VIH (5,086 infecciones y 5,444 casos de sida), de las cuales el 62 por ciento son hombres y 32 por ciento son mujeres; la transmisión heterosexual fue el factor de riesgo más reportado. Los casos de sida se distribuyen mayormente entre las edades de 25 a 45 años, que en su mayoría (45 por ciento) residen en la ciudad de Santo Domingo y el Distrito Nacional. La XV encuesta de vigilancia centinela reportó valores de coinfección VIH-sífilis en mujeres embarazadas de la ciudad de Santo Domingo de 0.3 por ciento (Centro Materno Infantil de Villa Mella) y de 0.4 por ciento en el Noroeste del país (Hospital Padre Fantino, Montecristi)³⁷. En una encuesta reciente sobre vigilancia de comportamiento con vinculación serológica

en poblaciones vulnerables, se observó que en hombres que tienen sexo con hombres, trans, trabajadoras sexuales y personas usuarias de drogas la prevalencia de coinfección VIH-sífilis fue del 20.7 por ciento, 10.9 por ciento y 19.5 por ciento, respectivamente³⁸.

A partir de las estimaciones de la DIGECITSS en mujeres embarazadas, que se obtienen a través de las encuestas centinelas para VIH, hepatitis B y sífilis, se han podido conocer tendencias en la prevalencia del VIH en este grupo de población (0.52 por ciento en 1992, 2.86 por ciento en 1995, 1.73 por ciento en 1999 y 1.8 por ciento en 2006)³⁹. Las encuestas de vigilancia centinela también han permitido conocer las estimaciones en embarazadas de la hepatitis B (0 a 5.2 por ciento en 2006, con una prevalencia puntual de 2 por ciento) y la sífilis (0 a 4.4 en el año 2006, con una prevalencia puntual de 0.9 por ciento). Esta fuente es la única información fiable con la que se cuenta en el país para estas dos infecciones⁴⁰.

Las encuestas centinelas han permitido también conocer los valores de prevalencia de hepatitis B y sífilis en trabajadoras sexuales. En 2006, en puestos seleccionados de la ciudad de Santo Domingo, el norte (Puerto Plata) y el Este del país, se obtuvo una prevalencia de sífilis en trabajadoras sexuales de 1.9 por ciento (1.4 a 5.5 por ciento), mientras que para la hepatitis B, en los mismos puestos, la prevalencia en este grupo de población fue de 3.8 por ciento (2.4 a 4.5 por ciento)³⁷.

Las Encuestas Demográficas de Salud han venido a llenar un vacío existente en lo que concierne a los datos poblacionales de prevalencia del VIH. Previa a estas encuestas (ENDESA 2002 y ENDESA 2007)^{9, 10}, la estimación de casos del VIH en el país estaba basada en sistemas de vigilancia centinela enfocadas sólo en la población de mujeres embarazadas. Su uso era mayormente para evaluar cambios en la tendencia de la infección por VIH en grupos de alta exposición al VIH y en diferentes zonas geográficas del país. La ENDESA 2002, por ejemplo, suministró

al país datos con base poblacional sobre prevalencia del VIH, que encontraron que el 1 por ciento de la población nacional en edades de 15 a 49 años fue positiva al VIH en el momento de implementación de la encuesta. La ENDESA 2007 identificó una prevalencia menor del VIH (0.8 por ciento) de entre las personas que se hicieron la prueba, tanto para hombres como para mujeres (Tabla 8). En comparación con la ENDESA 2002, no se observaron cambios significativos en las estimaciones de prevalencia por edad (Tabla 8). Los resultados de la ENDESA 2007 tampoco indican cambios significativos en la prevalencia del VIH por región de salud (Tabla 9) en comparación con la ENDESA 2002, debido al traslape de los intervalos de confianza para las estimaciones de ambas encuestas en todas las regiones de salud. En la ENDESA 2007, sin embargo, se observa una diferencia entre las regiones de salud por prevalencia del VIH, que es más pronunciada para la región de salud VII (Tabla 10) ⁹.

Otros aspectos importantes que arroja la ENDESA 2007 en lo que concierne a la prevalencia del VIH es que las personas divorciadas, separadas o viudas tienen mayor probabilidad de tener VIH que las personas nunca casadas o aquellas personas casadas o unidas. Un 1.6 por ciento de las personas entrevistadas separadas o divorciadas tienen VIH (1.2 por ciento en las mujeres y 2.1 por ciento en los hombres) en comparación con 4 por ciento entre las personas entrevistadas que son viudas (3.8 por ciento en las mujeres y 4.9 por ciento en los hombres). De manera particular, el 0.3 por ciento de los hombres que nunca han tenido relaciones sexuales fue positivo al VIH, lo que puede indicar que algunos hombres no reportaron su actividad sexual o que su situación es el resultado de otros modos de transmisión del VIH, tales como inyecciones con agujas no estériles ⁹.

Otros aspectos que cabe resaltar de la ENDESA 2007 son la relación de los viajes fuera del país, la circuncisión masculina, el comportamiento sexual, la prevalencia del VIH por síntomas de ITS y la prevalencia del VIH

entre las parejas. Los viajes fuera del país se asociaron a una mayor prevalencia del virus en ambos sexos. Hubo mayor prevalencia del VIH en hombres no circuncidados, aunque la diferencia no fue significativa en comparación con aquellos circuncidados ⁹.

En cuanto al comportamiento sexual, hombres y mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 16 años de edad tuvieron una prevalencia mayor al VIH que quienes iniciaron las relaciones sexuales a mayor edad, en especial en el caso de las mujeres. En los hombres se observó que quienes tuvieron la primera relación sexual a los 20 años o después también tuvieron una prevalencia elevada, mayor incluso que la observada en los menores de 16 años ⁹. El uso del condón con la pareja de no convivencia ha aumentado de manera significativa entre las dos encuestas, tanto para hombres como para mujeres (Tabla 11) ^{9,10}.

En lo que respecta a la prevalencia del VIH por síntomas de ITS, en las mujeres no hay casi variación en la prevalencia del VIH según hayan experimentado o no síntomas de una ITS. Sin embargo, en los hombres, los que informaron tener una ITS o sus síntomas tuvieron una prevalencia del VIH mayor que los que no tuvieron una ITS (1.7 por ciento y 0.7 por ciento respectivamente). Se destaca también que en la mayoría de las parejas con por lo menos una persona infectada, el hombre y la mujer tuvieron un estatus del VIH discordante (1 por ciento zona urbana, 2 por ciento zona rural) ⁹.

La prevalencia en mujeres embarazadas y en las no embarazadas fue del 0.8 por ciento. Cuando se analizó la prevalencia del VIH por fuente de atención prenatal, se observó que las mujeres con un nacimiento en los tres años anteriores a la encuesta que acudieron a establecimientos privados para atención prenatal tuvieron una prevalencia menor (0.1 por ciento) que las mujeres que recibieron atención prenatal en establecimientos públicos (1.0 por ciento) ⁹.

En lo que concierne a la transmisión vertical del VIH, el PNRTV ha sido evaluado en diferentes ocasiones por agencias internacionales tales como UNICEF y la OPS e internamente a

través del proyecto CENISMI-Glaser. UNICEF realizó la primera evaluación ⁸, mediante la cual se valoraron las actividades realizadas por el PNRTV en el año 2003. El informe arrojó datos muy importantes para la planificación del programa, sobre todo para la reestructuración de algunos componentes de la cascada de servicios como la consejería preprueba y postprueba, la realización de la prueba del VIH, así como también la realización de cesáreas y administración de antirretrovirales a la madre y al recién nacido. La cobertura de todos estos componentes, en base al número de partos estimados en el sector público y asumiendo la prevalencia del VIH de ONUSIDA de un 1.5 por ciento en 2003, estaba muy por debajo de lo esperado. Sólo un 15 por ciento de la población estimada de recién nacidos expuestos al VIH en 2003 recibieron nevirapina y el número de mujeres embarazadas positivas notificadas al PNRTV fue muy bajo.

Otra de las evaluaciones de la efectividad del PNRTV en la reducción de la transmisión perinatal del VIH fue la realizada por el Proyecto CENISMI-Glaser ⁷, que se inició durante la expansión del PNRTV de 9 a 31 hospitales maternoinfantiles. Su objetivo principal fue acompañar a la DIGECITSS en la consolidación de las estrategias de reducción de la transmisión del VIH en 12 hospitales de referencia nacional, localizados en las provincias con los valores más altos de prevalencia del VIH en el país. La consolidación pretendía fortalecer los servicios relacionados con la cascada de servicios para reducir la transmisión vertical del VIH: consejerías, administración de nevirapina, realización de cesáreas, suministro de fórmulas infantiles y seguimiento postparto. Las consejerías se ofrecieron en los 12 hospitales de referencia nacional. Cada uno de los 12 hospitales tenía cuatro consejeras para las mujeres embarazadas: dos trabajaban en el hospital en la mañana y dos estaban disponibles en la tarde. Las consejeras recibían salarios del Ministerio de Salud Pública y un incentivo de parte del proyecto para extender sus horarios de trabajo en la institución. Como la República Dominicana, cuyo idioma oficial es el español, comparte la isla de la Española

con Haití y a sabiendas de la gran afluencia de embarazadas proveniente de Haití hacia la República Dominicana, el proyecto incluyó a consejeras de pares¹ haitianas para las mujeres embarazadas que sólo hablaran creole.

La consejería de par es la estrategia que incluye a mujeres con VIH para realizar consejería preprueba y postprueba del VIH a las mujeres embarazadas que acuden a los hospitales a su chequeo prenatal.

La finalidad de la consejería de par es que, si alguna embarazada sale positiva al virus, se sienta más cómoda tratando su condición del VIH con una mujer de igual estatus serológico. Aunque el objetivo principal del proyecto fue la consolidación del PNRTV, los resultados finales del estudio se podrían considerar como una evaluación operativa de las acciones del programa que monitoreó la cascada de servicios por tres años consecutivos (2003-2005) en diferentes zonas del país. El proyecto CENISMI-Glaser concluyó que de las 90,868 mujeres que asistieron a la consulta prenatal durante el período de junio de 2003 a diciembre de 2005, el 100 por ciento recibió una consejería preprueba, al 99 por ciento se le realizó una prueba del VIH y el 66 por ciento recibió sus resultados en una sesión de consejería postprueba (ver Tabla 12) ⁷.

La experiencia de 30 meses de implementación ininterrumpida del Proyecto CENISMI-Glaser arrojó un porcentaje bajo de consejerías postprueba en relación a la cantidad de embarazadas que se tamizaron para VIH, lo cual se asoció a que a las mujeres embarazadas se les realizaba una prueba rápida para VIH, pero el resultado no se les entregaba el mismo día sino que se citaba a la mujer para que regresara a buscarlo con posterioridad. Un gran porcentaje de las mujeres embarazadas no regresaban a buscar sus resultados por falta de dinero para transporte o porque regresaban al hospital ya en labor de parto, entre otras causas. Esto impedía que la embarazada conociera su estatus de VIH antes de la labor de parto y se pudieran tomar acciones específicas (como invitar a la pareja a realizarse

la prueba o realizar una cesárea electiva) y, si regresaba en labor de parto, se perdía la oportunidad de que la mujer exigiera en el área de emergencias que se le administrara nevirapina para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y para que la mujer embarazada conociera su estatus de VIH.

Dentro de las recomendaciones de esta evaluación se incluyó incrementar el número de mujeres que recibían sus resultados en postconsejería, ya sea realizando las pruebas rápidas de VIH el mismo día en que la mujer recibe su atención prenatal o valiéndose de una o un promotor de salud que pueda realizar visitas domiciliarias e invitar a las mujeres embarazadas a que retornen al hospital para obtener los resultados prescritos en la consulta prenatal (hemograma, VDRL, VIH y otros). Dentro de las limitaciones de esta evaluación está que no incluyó todos los hospitales de la República Dominicana ni incluyó una evaluación cualitativa que permitiera conocer en detalle las intrínsecas relacionadas con la situación intra y extrahospitalaria y la percepción del personal proveedor de salud sobre la integración de las estrategias de prevención de la transmisión vertical y el sistema de asistencia hospitalaria para la atención de la mujer embarazada.

La valoración más reciente realizada al PNRTV la desarrolló la OPS en colaboración con el MSP, DIGECITSS, UNICEF, COPRESIDA, USAID, Proyecto CONECTA, REDOVIH(+) y la Coalición ONGSIDA, y fue parte de una evaluación de la respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en la República Dominicana⁶. Esta evaluación dirigida por la OPS reportó, al igual que las anteriores, brechas altas en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Se estimó que entre 2005 y el mes de octubre de 2006 sólo se captó en los servicios de salud y ofreció protección completa de acuerdo al protocolo establecido al 9 por ciento de las mujeres embarazadas con VIH (9.5 por ciento en 2005 y 8.8 por ciento en 2006).

Un punto novedoso de esta evaluación fue la estimación de los costos de atender los casos prevenibles de transmisión materno-infantil, comparando el costo de prevenir versus el

costo de tratar a las personas con VIH por las brechas inherentes al PNRTV y al Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Para estas estimaciones se plantearon dos escenarios posibles. Un escenario mejor, en el que los costos de asumir una carga financiera de los niños y niñas que no se beneficiaron de las estrategias de reducción del VIH se estimaron en 13.5 millones de dólares y un escenario peor en el que el tratamiento con antirretrovirales se incrementaba a 44.5 millones, lo cual es equivalente al monto de dos préstamos del Banco Mundial, sólo para dar atención a estos casos de infección en los últimos tres años y que en su mayoría se hubieran podido prevenir.

Sin embargo, los datos actuales del PNRTV reflejan que algunos de los indicadores de la cascada de servicios lucen haber mejorado de manera sustancial entre 2006 y 2008. La Tabla 13 muestra los datos recogidos en los años 2006, 2007 y 2008 sobre varios indicadores de atención prenatal y de detección y manejo clínico del VIH por provincia en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública. En esta tabla se observa que en estos tres años ha habido una mejoría en la captación y reporte de datos, aunque siguen faltando algunos indicadores en algunas provincias y existen algunas inconsistencias (como porcentajes por encima de 100 por ciento y provincias con 0 por ciento de administración de antirretrovirales aunque se hayan identificado a embarazadas seropositivas).

El gráfico 3 muestra la ampliación de cobertura de tamizaje para el VIH (o de captación y reporte de datos) de un promedio de 24.6 por ciento en 2006, a 26 por ciento en 2007 y 25.5 por ciento en 2008, con una diversidad amplia por provincia. Sin embargo, aunque la ampliación en cobertura luce haber mejorado en los últimos dos años, sólo en dos provincias el tamizaje para VIH se realizó en más del 50 por ciento de las gestantes en el control prenatal. Estos valores contrastan con lo observado por la DIGEPI y el Sistema de Recolección de Información "Tolerancia Cero", que reporta un aumento del 87.2 por ciento en 2007 al 95.1 por ciento en 2008

en el porcentaje de embarazadas con VIH captadas en base a las esperadas ⁴¹.

El gráfico 4 muestra que de las 31 provincias, 17 ofrecen mayor cobertura de consejería preprueba que postprueba. Por evaluaciones previas al programa, ⁸⁻¹⁰ es muy probable que la consejería postprueba no se realice porque la mujer embarazada no recibe sus resultados el mismo día y por razones económicas o geográficas no regrese por sus resultados y desconozca su estatus de VIH en el momento de la labor de parto. De hecho, siete provincias tuvieron más resultados positivos que consejería preprueba y postprueba realizadas, lo que pudiera sugerir que estas mujeres embarazadas están ingresando por emergencias desconociendo su estatus de VIH. Otro punto a resaltar de este gráfico es el número bajo de sesiones de consejería preprueba y postprueba y de pruebas de tamizaje para VIH realizadas. Se observa que en 23 de las 31 provincias (74 por ciento) estos indicadores de la cascada de servicios se realizaron en menos del 40 por ciento de las mujeres embarazadas. No obstante, el porcentaje de consejería preprueba aumentó desde 2006 a 2008 (60 por ciento en 2006, 66 por ciento en 2007 y 74 por ciento en 2008) al igual que la consejería postprueba del VIH (19.9 por ciento en 2006, 22.5 por ciento en 2007 y 23.4 por ciento en 2008). Existen provincias como San Juan de La Maguana y María Trinidad Sánchez en las que los porcentajes de consejería preprueba y postprueba y de tamizaje para VIH exceden el 100 por ciento.

El gráfico 5 muestra la regresión lineal que existe entre la consejería preprueba y el tamizaje del VIH. Se observa que, en las provincias con mayor porcentaje de mujeres que reciben consejería preprueba, existe una relación directamente proporcional al porcentaje de mujeres gestantes tamizadas ($R^2 = 0.92$). El gráfico 6 muestra que el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH que recibe antirretrovirales para profilaxis o tratamiento durante la gestación ha aumentado del 60 por ciento en 2007 al 78 por ciento en 2008. Sólo dos provincias (Pedernales e Independencia) no reportaron datos durante

estos dos años. Los datos reportados no permiten distinguir si los antirretrovirales se utilizaron para profilaxis o para tratamiento.

En el gráfico 7 se presentan los datos reportados en 2008 por provincias sobre el porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas para el VIH y el de aquellas con un resultado positivo al VIH confirmado que reciben antirretrovirales para profilaxis o tratamiento durante la gestación. Se observa la disparidad entre el número de pruebas realizadas y el número de mujeres embarazadas que reciben antirretrovirales, lo cual puede sugerir que la mayor parte de las mujeres embarazadas reciben sus antirretrovirales en la labor de parto al entrar por los servicios de emergencias.

Al desagregar los datos por provincia (Gráfico 8) se observa una asociación débil ($R^2 = 0.017$) e inversamente proporcional entre el porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas para el VIH y el porcentaje de las que reciben un resultado positivo del VIH confirmado que reciben antirretrovirales para profilaxis o tratamiento durante la gestación. El gráfico 9 muestra, sin embargo, que al utilizar los datos agregados a nivel nacional, a medida que aumenta el tamizaje del VIH durante el embarazo aumenta también el número de embarazadas diagnosticadas con VIH que reciben profilaxis o tratamiento con antirretrovirales, lo que refleja la importancia de monitorear y evaluar los datos e información epidemiológica a nivel provincial. Estos datos también reflejan que no existe un sistema de monitoreo de la mujer embarazada que permita conocer qué pasó con aquella mujer que se tamizó para VIH y no se desembarazó en el centro de salud donde se le realizó la prueba. De ahí que si no sabemos si a la embarazada se le suministró antirretrovirales no podemos conocer el impacto real del PNRTV ni qué estrategias tienen un mayor efecto según el contexto estructural donde se implementan.

En lo que respecta a los conocimientos de la transmisión postparto del VIH, aproximadamente ocho de cada diez mujeres y siete de cada diez hombres conocen que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia. Alrededor de la mitad de las

mujeres (48 por ciento) y un poco menos de la tercera parte de los hombres (31 por ciento) respondió de manera afirmativa a la pregunta de que existen medicamentos que si se toman durante el embarazo pueden reducir la probabilidad de transmitir el virus que causa el sida al recién nacido. El conocimiento bajo de este tema es preocupante, incluso en las mujeres embarazadas, pues menos de la mitad dijo conocer este medio de transmisión del VIH y la existencia de medicamentos que protegen al recién nacido (Tabla 14).

En lo que concierne a los casos de sífilis congénita, no se cuenta a nivel nacional con

un sistema de información que permita evaluar la situación de manera sistemática. Para tener una idea aproximada de la situación actual, se recolectaron los datos de los últimos diez años del Servicio de Neonatología y de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del hospital infantil de referencia nacional más importante del país, el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Como se presenta en las Tablas 15 y 16, el porcentaje total de casos, tanto en el Servicio de Neonatología como en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de este hospital, en el período 1998 a 2008 fue de 0.7 por ciento y 0.4 por ciento, respectivamente.

Tabla 3: Distribución porcentual de nacimientos en los 5 años que precedieron la ENDESA 2007 por lugar de ocurrencia del parto y porcentaje de partos en establecimientos de salud según características seleccionadas, República Dominicana 2007

Característica	Establecimiento de salud					Porcentaje de partos en establecimiento de salud			Número de nacimientos
	Del sector público	Del sector privado	En la casa	En otro lugar	Sin información	Total			
Edad de la madre al nacimiento									
<20	87.9	10.4	0.8	0.3	0.6	100.0	98.3	2,460	
20-34	74.0	23.2	1.3	0.6	0.9	100.0	97.2	7,309	
35-49	73.1	24.0	1.7	0.7	0.5	100.0	97.1	774	
Orden de nacimiento									
1	74.1	24.2	0.4	0.6	0.7	100.0	98.4	3,528	
2-3	75.3	22.2	1.1	0.6	0.8	100.0	97.5	4,981	
4-5	86.4	9.9	2.1	0.3	1.3	100.0	96.3	1,538	
6+	89.1	5.5	4.4	0.3	0.7	100.0	94.6	495	
Visitas para atención prenatal¹									
Ninguna	81.5	0.0	18.4	0.1	0.0	100.0	81.5	39	
1-3	89.8	4.6	3.4	2.2	0.0	100.0	94.4	246	
4+	75.9	22.7	0.8	0.6	0.1	100.0	98.5	7,755	
Zona de residencia									
Urbana	74.8	23.3	0.6	0.5	0.8	100.0	98.1	7,114	

Rural	82.2	14	2.4	0.6	0.8	100.0	96.2	3,429
Región de salud								
0	79.2	19.5	0.5	0.3	0.5	100.0	98.7	3,747
I	85.0	11.5	1.3	0.4	1.8	100.0	96.6	1,254
II	67.4	29.4	1.1	1.5	0.5	100.0	96.8	1,657
III	71.2	27.3	0.6	0.4	0.5	100.0	98.5	648
IV	88.5	4.8	3.5	0.6	2.6	100.0	93.3	507
V	76.7	21.1	1.5	0.2	0.4	100.0	97.8	1,046
VI	86.3	6.9	5.1	0.0	1.7	100.0	93.2	325
VII	70.8	25.5	2.1	0.4	1.2	100.0	96.3	487
VIII	74.4	23.6	0.9	0.6	0.5	100.0	98.0	871
Provincia								
0. Distrito Nacional	73.8	23.2	0.9	0.8	1.2	100.0	97.0	1,001
Santo Domingo	80.2	19.2	0.2	0.1	0.3	100.0	99.4	2,516
Monte Plata	91.6	7.1	1.2	0.0	0.0	100.0	98.8	231
1. Azua	84.6	9.1	3.8	0.4	2.1	100.0	93.8	270
Peravia	87.1	11.3	0.0	0.5	1.2	100.0	98.4	232
San Cristóbal	83.7	13.1	0.8	0.4	1.9	100.0	96.9	696
San José de Ocoa	94.5	4.1	0.6	0.0	0.8	100.0	98.6	56
2. Espaillat	76.4	21.7	0.7	0.6	0.6	100.0	98.1	282

Puerto Plata	70.0	28.5	1.3	0.0	0.2	100.0	98.4	339
Santiago	64.1	31.9	1.2	2.3	0.6	100.0	95.9	1,037
3. Duarte	63.5	35.4	0.3	0.4	0.4	100.0	98.9	257
Maria Trinidad Sánchez	73.2	25.1	0.9	0.3	0.5	100.0	98.3	175
Hermanas Mirabal	68.6	30.7	0.3	0.0	0.4	100.0	99.3	79
Samaná	84.9	12.7	0.8	0.8	0.7	100.0	97.7	136
4. Bahoruco	88.9	4.0	4.7	0.1	2.3	100.0	92.9	183
Barahona	89.5	5.7	1.1	0.8	2.8	100.0	95.2	241
Independencia	88.0	2.7	5.6	1.0	2.7	100.0	90.7	53
Pedernales	78.7	6.2	10.7	1.1	3.2	100.0	85.0	30
5. El Seibo	87.3	8.8	3.1	0.0	0.8	100.0	96.1	98
Hato Mayor	86.0	12.9	0.7	0.0	0.4	100.0	98.9	84
La Altagracia	64.5	34.9	0.0	0.4	0.2	100.0	99.3	255
La Romana	76.1	21.2	1.2	0.6	1.0	100.0	97.2	254
San Pedro de Macorís	80.8	16.6	2.6	0.0	0.0	100.0	97.4	356
6. Elías Piña	79.4	4.0	14.3	0.2	2.2	100.0	83.3	74
San Juan	88.4	7.7	2.4	0.0	1.6	100.0	96.1	252
7. Dejábón	85.6	7.1	5.1	0.0	2.1	100.0	92.8	64
Monte Cristi	74.1	20.5	4.3	0.2	0.9	100.0	94.6	101
Santiago Rodríguez	83.0	15.7	0.9	0.0	0.4	100.0	98.7	60

Valverde	63.2	34.1	0.8	0.6	1.3	100.0	97.3	262
8. La Vega	73.5	24.4	0.6	1.0	0.5	100.0	97.9	498
Monseñor Nouel	75.3	23.3	0.7	0.0	0.8	100.0	98.6	246
Sánchez Ramírez	76.1	21.3	2.6	0.0	0.0	100.0	97.4	127
Educación de la madre								
Sin educación	86.3	2.9	9.1	0.3	1.3	100.0	89.2	559
Primaria 1-4	89.5	5.7	3.2	0.5	1.1	100.0	95.3	1,153
Primaria 5-8	89.0	9.2	0.7	0.3	0.7	100.0	98.2	3,274
Secundaria	74.8	23.3	0.3	0.6	1.0	100.0	98.1	3,934
Superior	47.0	51.7	0.0	1.0	0.3	100.0	98.7	1,623
Quintil de riqueza								
Inferior	91.5	3.1	4.0	0.4	1.1	100.0	94.5	2,645
Segundo	88.3	10.2	0.4	0.3	0.8	100.0	98.5	2,460
Intermedio	82.0	16.7	0.2	0.5	0.7	100.0	98.7	2,159
Cuarto	66.0	32.4	0.0	0.7	0.8	100.0	98.5	1,814
Superior	39.4	58.7	0.3	1.1	0.6	100.0	98.0	1,466
Total 2007	77.2	20.3	1.2	0.5	0.8	100.0	97.5	10,543
Total 2002	76.4	21.5	1.5	0.2	0.4	100.0	97.9	10,850
Nota: El total incluye 164 casos sin información sobre número de visitas para atención prenatal. ¹ Incluye sólo el nacimiento más reciente en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.								

Fuente: 9.

Tabla 4: Distribución porcentual de nacidos vivos en los últimos 5 años anteriores a la ENDESA 2007 por la persona que proporcionó asistencia al parto, porcentaje de nacimientos asistidos por un profesional de la salud calificado y porcentaje de nacimientos por cesárea, según características seleccionadas, República Dominicana 2007.

Persona que proporcionó la atención del parto											
Característica	Médico ¹	Ginecólogo/ Obstetra	Enfermera	Comadrona/ Partera	Familiar	Nadie	No sabe/ sin información	Total	Porcentaje de partos por profesional de la salud calificado ²	Procen- taje de nacimientos por cesárea	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacimiento											
<20	67.1	30.6	0.6	0.4	0.0	0.0	0.9	100.0	98.3	37.2	2,460
20-34	64.5	32.5	0.7	0.6	0.0	0.0	1.2	100.0	97.7	43.3	7,309
35-49	64.7	32.8	0.6	1.0	0.3	0.1	0.5	100.0	98.1	43.6	774
Orden de nacimiento											
1	66.3	32.0	0.3	0.3	0.2	0.0	0.9	100.0	98.6	46.4	3,528
2-3	64.2	33.2	0.7	0.5	0.5	0.0	1.0	100.0	98.0	45.8	4,981
4-5	65.5	29.4	1.4	0.9	0.7	0.1	2.1	100.0	96.2	25.4	1,538
6+	65.6	28.8	0.9	2.6	1.1	0.2	0.7	100.0	95.3	21.0	495
Lugar de parto											
Establecimiento de salud	66.3	32.6	0.6	0.0	0.1	0.0	0.4	100.0	99.5	43.0	10,275
Otro lugar	27.3	13.3	1.6	31.8	23.6	1.2	1.2	100.0	42.3	0.0	181
Zona de residencia											
Urbana	65.3	32.7	0.5	0.2	0.3	0.0	1.1	100.0	98.4	44.9	7,114

Rural	64.9	30.8	1.1	1.5	0.7	0.1	1.0	100.0	96.7	35.7	3,429
Región de salud											
0	63.7	34.7	0.2	0.1	0.3	0.0	1.1	100.0	98.5	39.4	3,747
I	65.6	31.0	0.3	0.9	0.3	0.1	1.8	100.0	96.9	37.0	1,254
II	68.4	29.4	0.7	0.6	0.4	0.0	0.5	100.0	98.5	54.5	1,657
III	66.4	30.7	1.9	0.2	0.2	0.0	0.6	100.0	99.1	48.8	648
IV	59.0	32.3	2.8	2.1	1.2	0.2	2.4	100.0	94.1	27.1	507
V	65.1	32.6	0.3	0.4	0.8	0.1	0.8	100.0	98.0	37.7	1,046
VI	65.4	25.3	2.7	3.7	1.2	0.0	1.7	100.0	93.4	21.5	325
VII	66.5	29.0	1.1	1.0	0.9	0.0	1.5	100.0	96.6	45.5	487
VIII	66.5	31.5	0.5	0.6	0.1	0.0	0.8	100.0	98.5	49.4	871
Provincia											
0. Distrito Nacional	67.1	29.7	0.6	0.2	0.6	0.0	1.8	100.0	97.4	38.6	1,001
Santo Domingo	62.8	36.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.8	100.0	99.0	41.2	2,516
Monte Plata	58.4	39.9	0.3	0.5	0.4	0.0	0.5	100.0	98.6	24.1	231
1. Azua	61.6	31.8	0.5	2.8	0.6	0.3	2.3	100.0	94.0	29.8	270
Peravia	65.5	32.8	0.3	0.0	0.2	0.0	1.2	100.0	98.6	44.7	232
San Cristóbal	67.1	30.0	0.2	0.5	0.3	0.0	1.8	100.0	97.4	37.5	696

San José de Ocoa	66.4	30.6		0.3	0.0		0.6	0.0	2.2	100.0	97.2	35.0	56
2. Espaillat	61.5	35.3		2.3	0.4		0.0	0.0	0.6	100.0	99.0	53.2	282
Puerto Plata	64.9	32.9		1.0	0.2		0.7	0.0	0.4	100.0	98.8	41.5	339
Santiago	71.4	26.6		0.2	0.8		0.4	0.0	0.6	100.0	98.2	59.1	1,037
3. Duarte	64.0	33.1		2.6	0.0		0.0	0.0	0.4	100.0	99.6	50.7	257
Maria Trinidad Sánchez	70.8	25.2		2.2	0.4		0.5	0.0	0.9	100.0	98.2	46.0	175
Hermanas Mirabal	67.0	31.8		0.9	0.0		0.0	0.0	0.4	100.0	99.6	53.8	79
Samaná	65.3	32.5		1.0	0.3		0.2	0.0	0.7	100.0	98.8	45.9	136
4. Bahoruco	60.2	31.6		2.0	2.2		1.4	0.5	2.1	100.0	93.8	24.7	183
Barahona	59.1	32.7		4.1	1.5		0.3	0.0	2.3	100.0	95.9	29.0	241
Independencia	54.3	37.0		0.4	2.4		2.1	0.3	3.6	100.0	91.7	29.3	53
Pedernales	59.6	25.5		1.1	5.7		4.6	0.1	3.2	100.0	86.3	23.0	30
5. El Seibo	83.1	12.2		0.5	1.6		0.4	0.5	1.7	100.0	95.8	28.2	98
Hato Mayor	63.3	34.6		0.4	0.2		0.7	0.0	0.8	100.0	98.3	28.8	84
La Altagracia	67.6	30.7		0.0	0.0		0.2	0.0	1.5	100.0	98.3	50.4	255
La Romana	64.2	33.5		0.4	0.0		1.0	0.1	0.7	100.0	98.1	41.0	254
San Pedro de Macorís	59.4	38.5		0.2	0.6		1.3	0.0	0.0	100.0	98.1	31.1	356
6. Elías Piña	62.7	20.7		1.0	9.9		3.6	0.0	2.1	100.0	84.4	9.4	74
San Juan	66.2	26.6		3.2	1.8		0.5	0.0	1.6	100.0	96.1	25.0	252
7. Dajabón	64.7	28.4		0.7	3.0		1.1	0.0	2.1	100.0	93.8	37.2	64
Monte Cristi	62.1	31.8		0.9	2.3		2.0	0.0	0.9	100.0	94.8	55.5	101
Santiago Rodríguez	73.6	24.2		0.0	0.9		0.0	0.0	1.3	100.0	97.8	43.0	60

Valverde	67.0	29.1		1.5	0.0	0.7	0.0	1.7	100.0	97.7	44.2	262
8. La Vega	63.4	35.6		0.2	0.3	0.0	0.0	0.5	100.0	99.2	52.6	498
Monseñor Nouel	71.3	26.1		0.2	0.7	0.0	0.0	1.8	100.0	97.6	43.3	246
Sánchez Ramírez	69.3	26.0		2.0	1.6	0.7	0.0	0.4	100.0	97.3	48.8	127
Educación de la madre												
Sin educación	64.6	25.1		1.3	5.1	2.5	0.1	1.4	100.0	91.0	25.2	559
Primaria 1-4	64.7	29.8		1.2	1.5	1.5	0.0	1.3	100.0	95.7	28.5	1,153
Primaria 5-8	68.9	28.9		0.6	0.4	0.4	0.0	0.9	100.0	98.3	35.9	3,274
Secundaria	63.0	34.7		0.6	0.1	0.1	0.0	1.5	100.0	98.3	45.0	3,934
Superior	63.3	35.9		0.4	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0	99.7	61.6	1,623
Quintil de riqueza												
Inferior	63.1	30.6		1.3	2.1	1.4	0.1	1.5	100.0	95.0	25.8	2,645
Segundo	66.1	31.7		0.8	0.1	0.3	0.0	0.9	100.0	98.6	36.4	2,460
Intermedio	64.1	33.9		0.5	0.1	0.2	0.0	1.2	100.0	98.5	44.2	2,159
Cuarto	68.2	30.7		0.2	0.1	0.0	0.0	0.8	100.0	99.1	52.4	1,814
Superior	65.0	34.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	100.0	99.1	63.6	1,466
Total	65.1	32.0		0.7	0.6	0.5	0.0	1.1	100.0	97.8	41.9	10,543
<p>Nota: Si la mujer mencionó más de una persona, solamente la más capacitada se considera en el cuadro. El total incluye 87 casos sin información sobre lugar del parto.</p> <p>1 Incluye médico general y médicos especializados, excepto ginecólogo/obstetra.</p> <p>2 Incluye médico, ginecólogo/obstetra y enfermera.</p>												

Fuente: 9.

Tabla 5: Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años que precedieron a la ENDESA 2007 por persona que proporcionó la atención prenatal durante el embarazo del nacimiento más reciente y porcentaje que recibió atención prenatal de un profesional de la salud calificado, según características seleccionadas, República Dominicana 2007.

Característica	Médico ¹	Ginecólogo/ Obstetra	Enfermera	Comadrona/ Partera	Otra	No recibió atención prenatal	Sin información	Total	Porcentaje que recibió atención prenatal de proveedor de salud calificado ²	Número de mujeres
Edad de la madre al nacimiento										
<20	38.0	60.8	0.2	0.0	0.0	0.6	0.4	100.0	99.0	1,737
20-34	29.6	69.1	0.2	0.1	0.1	0.4	0.6	100.0	98.8	5,783
35-49	30.4	68.5	0.0	0.0	0.0	0.5	0.6	100.0	98.9	683
Orden de nacimiento										
1	29.0	70.5	0.1	0.0	0.1	0.2	0.2	100.0	99.5	2,685
2-3	29.4	69.2	0.1	0.1	0.1	0.4	0.7	100.0	98.7	3,886
4-5	38.4	59.9	0.3	0.1	0.0	0.7	0.6	100.0	98.6	1,239
6+	47.2	49.1	0.4	0.1	0.2	2.0	1.0	100.0	96.7	394
Zona de residencia										
Urbana	27.1	71.9	0.0	0.0	0.0	0.4	0.5	100.0	99.0	5,620
Rural	41.0	57.1	0.4	0.1	0.1	0.7	0.6	100.0	98.5	2,584
Región de salud										
0	26.5	72.9	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	100.0	99.4	2,957
I	36.1	61.7	0.1	0.0	0.3	1.0	0.9	100.0	97.9	940
II	26.6	72.6	0.1	0.1	0.0	0.2	0.3	100.0	99.3	1,327

III	37.5	60.6	0.6	0.1	0.0	0.4	0.9	100.0	98.7	505
IV	44.5	51.7	0.7	0.2	0.0	1.5	1.4	100.0	96.9	382
V	34.8	64.0	0.2	0.0	0.0	0.4	0.6	100.0	99.0	800
VI	59.7	36.5	0.9	0.1	0.4	1.5	0.8	100.0	97.1	236
VII	32.7	66.1	0.1	0.0	0.0	0.7	0.4	100.0	98.9	380
VIII	30.1	68.8	0.0	0.0	0.2	0.6	0.2	100.0	98.9	676
Provincia										
0. Distrito Nacional	24.8	73.8	0.0	0.0	0.0	0.7	0.7	100.0	98.6	784
Santo Domingo	26.5	73.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	100.0	99.6	2,004
Monte Plata	34.2	65.1	0.4	0.0	0.0	0.3	0.0	100.0	99.7	169
1. Azua	42.0	53.2	0.0	0.0	0.3	2.2	2.3	100.0	95.2	207
Peravia	36.9	61.5	0.0	0.0	0.4	0.8	0.3	100.0	98.4	180
San Cristóbal	32.2	66.4	0.0	0.0	0.3	0.6	0.5	100.0	98.6	509
San José de Ocoa	50.1	48.3	1.1	0.0	0.0	0.0	0.5	100.0	99.5	45
2. Espailat	32.0	67.4	0.0	0.0	0.0	0.3	0.4	100.0	99.4	225
Puerto Plata	33.7	66.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	264
Santiago	22.9	76.1	0.0	0.2	0.0	0.3	0.4	100.0	99.1	838
3. Duarte	35.0	62.2	1.1	0.0	0.0	0.6	1.0	100.0	98.4	202
Maria Trinidad Sánchez	39.0	59.5	0.4	0.0	0.0	0.0	1.0	100.0	99.0	140

Hermanas Mirabal	29.4	70.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	100.0	99.5	64
Samaná	45.4	52.5	0.4	0.3	0.0	0.0	0.6	0.7	100.0	98.3	100	100
4. Bahoruco	48.3	47.0	1.7	0.0	0.0	0.0	1.6	1.3	100.0	97.1	130	130
Barahona	38.2	58.9	0.2	0.4	0.0	0.0	0.9	1.5	100.0	97.2	192	192
Independencia	53.6	42.3	0.4	0.0	0.0	0.0	2.4	1.3	100.0	96.2	38	38
Pedernales	61.8	32.7	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	1.2	100.0	94.5	22	22
5. El Seibo	55.0	43.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.4	100.0	98.4	73	73
Hato Mayor	39.5	58.5	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	100.0	98.6	65	65
La Altagracia	42.2	56.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	100.0	98.4	200	200
La Romana	23.1	76.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0	99.7	196	196
San Pedro de Macoris	31.1	67.6	0.5	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	100.0	99.2	266	266
6. Elías Piña	62.9	31.6	2.1	0.6	0.0	0.0	2.6	0.2	100.0	96.6	52	52
San Juan	58.8	37.9	0.6	0.0	0.0	0.5	1.2	1.0	100.0	97.3	184	184
7. Dajabón	47.0	49.5	0.5	0.0	0.0	0.0	2.7	0.3	100.0	97.1	47	47
Monte Cristi	32.2	65.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.6	100.0	97.6	79	79
Santiago Rodríguez	30.5	69.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	47	47
Valverde	30.1	69.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	100.0	99.6	207	207
8. La Vega	28.1	70.8	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8	0.0	100.0	98.9	391	391
Monseñor Nouel	29.5	69.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	100.0	99.0	186	186

Sánchez Ramírez	39.2	59.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.5	100.0	99.1	98
Educación de la madre												
Sin educación	54.6	39.9	0.5	0.7	0.4	3.0	0.9	100.0	95.1	388		
Primaria 1-4	47.4	50.6	0.4	0.1	0.2	1.1	0.3	100.0	98.4	840		
Primaria 5-8	41.3	57.4	0.3	0.0	0.0	0.6	0.4	100.0	99.0	2,459		
Secundaria	24.5	74.5	0.0	0.0	0.0	0.1	0.8	100.0	99.1	3,164		
Superior	13.2	86.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0	99.6	1,353		
Quintil de riqueza												
Inferior	49.0	48.3	0.6	0.2	0.1	1.5	0.4	100.0	97.8	1,864		
Segundo	38.7	60.4	0.0	0.0	0.1	0.2	0.5	100.0	99.2	1,878		
Intermedio	27.1	71.9	0.0	0.0	0.0	0.2	0.7	100.0	99.1	1,702		
Cuarto	22.0	77.3	0.0	0.0	0.1	0.2	0.4	100.0	99.4	1,512		
Superior	11.7	87.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	100.0	99.1	1,248		
Total	31.5	67.3	0.1	0.0	0.1	0.5	0.5	100.0	98.9	8,203		
1 Incluye médico general y médicos especializados, excepto ginecólogo/obstetra.												
2 Incluye médico, ginecólogo/obstetra y enfermera.												

Fuente: 9.

Tabla 6: Nacimientos en los últimos cinco años previos a la ENDESA 2007 según visitas prenatales y tiempo de la primera visita.

Número de visitas y meses de embarazo a la primera visita	Zona de residencia		Total
	Urbana	Rural	
Número de visitas para atención prenatal			
Ninguna	0.4	0.7	0.5
1	0.5	0.6	0.5
2-3	2.2	3.1	2.5
4+	94.7	94.2	94.5
No sabe/Sin información	2.3	1.4	2.0
Total	100.0	100.0	100.0
Meses de embarazo a la primera visita			
Ninguna visita de control	0.4	0.7	0.5
Menos de 4 meses	84.0	77.2	81.9
A los 4-5 meses	11.7	17.3	13.4
A los 6-7 meses	2.9	3.6	3.1
A los 8 meses o más	0.4	0.2	0.3
No sabe/Sin información	0.7	0.9	0.8
Total	100.0	100.0	100.0
Número de mujeres	5,620	2,584	8,203
Mediana de meses de embarazo a la primera visita prenatal	2.5	2.9	2.6
Número de mujeres con atención prenatal	5,569	2,551	8,120

Fuente: 9.

Tabla 7: Estimaciones directas de las tasas de mortalidad materna y la razón para el periodo de 10 años antes de la ENDESA 2007, República Dominicana 2007.

Grupos de edad	Muertes maternas	Años-mujer de exposición	Tasas de mortalidad
15-19	13	69,488	0.19
20-24	15	82,356	0.18
25-29	14	87,594	0.16
30-34	20	86,048	0.23
35-39	8	73,716	0.10
40-44	4	54,578	0.07
45-49	1	34,600	0.02
15-49	73	488,377	0.15 ^a
Tasa de fecundidad general			92 ^a
Razón de mortalidad materna			159 ^b
Nota: Las tasas se refieren al periodo de 10 años antes de la encuesta.			
a) La tasa de mortalidad para 15-49 años y la tasa de fecundidad general se obtienen ajustando (ponderando) las tasas específicas por edad con la distribución por edad de las mujeres entrevistadas. Están expresadas por 1.000 mujeres.			
b) Por 100,00 nacidos vivos; equivale a la tasa de mortalidad materna ajustada dividida por la tasa de fecundidad general ajustada.			

Fuente: 9.

Tabla 8: Población adulta con VIH según la ENDESA Plus 2002 y la ENDESA 2007.

Grupo de edad	ENDESA Plus 2002		ENDESA 2007	
	Porcentaje de mujeres con VIH (n=10,732)	Porcentaje de hombres con VIH (n=10,707)	Porcentaje de mujeres con VIH (n=24,564)	Porcentaje de hombres con VIH (n=23,513)
15-19	0.4	0.3	0.2	0.1
20-24	1.1	0.6	0.7	0.4
25-29	1.1	1.2	0.9	1.2
30-34	1.2	2.7	1.4	1.3
35-39	0.6	1.2	1.0	1.6
40-44	0.8	1.1	0.7	1.1
45-49	1.5	1.7	0.7	0.7
Total	0.9	1.1	0.8	0.8

Fuente: 9, 10.

Tabla 9: Porcentaje de personas con VIH de 15 a 49 años a quienes se les hizo la prueba del VIH, por sexo y características socioeconómicas, República Dominicana 2007.

Característica	Mujeres		Hombres		Total	
	Porcentaje VIH positiva	Número	Porcentaje VIH positivo	Número	Porcentaje VIH positivo	Número
Zona de residencia						
Urbana	0.7	17,526	0.7	16,221	0.7	33,747
Rural	1.0	7,038	1.0	7,292	1.0	14,330
Región de salud						
0	0.7	9,112	0.5	8,398	0.6	17,510
I	0.6	2,562	0.6	2,528	0.6	5,090
II	0.8	4,197	1.0	3,829	0.9	8,025
III	0.6	1,565	0.9	1,576	0.8	3,141
IV	1.2	894	0.7	919	0.9	1,812
V	1.1	2,407	1.3	2,343	1.2	4,751
VI	0.3	617	0.5	675	0.4	1,292
VII	1.5	1,157	1.7	1,217	1.6	2,374
VIII	0.6	2,053	0.6	2,028	0.6	4,081
Condición de empleo (últimos 12 meses)						
No empleada	0.8	12,188	na	na	na	na
Empleada	0.7	12,370	na	na	na	na

Educación									
Sin educación/preescolar	3.7	1,076	1.6	1,169	2.6	2,245			
Primaria 1-4	1.3	2,882	1.6	3,202	1.5	6,085			
Primaria 5-8	1.0	6,819	0.8	7,821	0.9	14,640			
Secundaria	0.3	9,500	0.5	8,576	0.4	18,077			
Superior	0.3	4,286	0.5	2,745	0.4	7,031			
Quintil de riqueza									
Inferior	1.8	3,923	1.7	5,080	1.7	9,003			
Segundo	1.1	4,837	1.1	4,703	1.1	9,539			
Intermedio	0.7	5,189	0.6	4,777	0.6	9,966			
Cuarto	0.1	5,229	0.1	4,667	0.1	9,896			
Superior	0.4	5,386	0.5	4,286	0.4	9,672			
Total 15-49	0.8	24,564	0.8	23,513	0.8	48,077			
50-59	na	na	0.6	3,032	0.6	3,032			
Hombres 15-59	na	na	0.8	26,545	0.8	26,545			
Nota: El total incluye 5 casos sin información sobre condición de empleo.									
na= No aplica									

Fuente: 9.

Tabla 10: Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años y de los hombres de 15 a 59 años elegibles para la prueba del VIH por situación de la prueba, según características seleccionadas (sin ponderar), República Dominicana 2007.

Situación de la prueba de VIH										
Características	Muestra analizada ¹		Rechazó dar sangre		Ausente al momento de la visita		Otros/sin información ²			
	Entrevistado (a)	No entrevistado (a)	Entrevistado (a)	No entrevistado (a)	Entrevistado (a)	No entrevistado (a)	Entrevistado (a)	No entrevistado (a)	Número	
MUJERES 15-49										
Edad										
15-19	88.8	0.4	4.1	1.3	0.2	3.1	0.8	1.2	100.0	6,219
20-24	87.0	0.7	3.9	2.0	0.1	4.1	0.7	1.5	100.0	4,749
25-29	87.3	0.5	4.8	1.8	0.2	3.6	0.5	1.3	100.0	4,222
30-34	87.8	0.5	5.1	1.7	0.1	3.2	0.5	1.2	100.0	3,986
35-39	85.9	0.4	6.9	1.7	0.2	2.8	0.6	1.5	100.0	3,813
40-44	86.2	0.4	6.0	2.1	0.3	2.8	0.7	1.5	100.0	3,401
45-49	85.5	0.4	6.4	2.1	0.2	3.3	0.7	1.4	100.0	2,813
Educación										
Sin educación/ preescolar	92.0	0.8	3.8	0.2	0.1	1.4	0.8	0.9	100.0	1,689
Primaria 1-4	89.4	1.3	3.8	1.0	0.1	2.2	0.5	1.7	100.0	3,976
Primaria 5-8	89.3	0.4	4.1	1.5	0.2	2.6	0.6	1.4	100.0	8,284

Secundaria	87.5	0.2	5.4	1.9	0.2	3.1	0.7	1.0	100.0	10,567
Superior	80.0	0.2	8.1	2.9	0.3	6.1	0.8	1.6	100.0	4,622
Sin información	0.0	7.7	0.0	18.5	0.0	52.3	0.0	21.5	100.0	65
Quintil de riqueza										
Inferior	90.4	0.9	2.9	0.8	0.2	2.6	0.7	1.7	100.0	7,189
Segundo	90.6	0.5	4.0	1.0	0.3	2.5	0.4	0.8	100.0	6,212
Intermedio	88.2	0.4	5.4	1.3	0.2	2.6	0.6	1.2	100.0	6,014
Cuarto	85.1	0.2	6.5	2.3	0.2	3.5	0.7	1.5	100.0	5,322
Superior	78.2	0.1	8.3	4.5	0.2	6.2	0.9	1.5	100.0	4,466
Total	87.2	0.5	5.1	1.8	0.2	3.3	0.6	1.3	100.0	29,203
HOMBRES 15-59										
Edad										
15-19	83.9	0.3	4.2	2.1	0.2	6.8	0.8	1.9	100.0	6,485
20-24	77.6	0.5	5.5	3.0	0.1	9.8	0.9	2.6	100.0	4,878
25-29	76.1	0.7	6.3	3.4	0.3	10.7	0.6	2.0	100.0	4,234
30-34	75.3	0.4	6.4	3.7	0.1	11.2	0.7	2.1	100.0	3,628
35-39	75.5	0.4	6.6	3.6	0.1	10.8	0.6	2.4	100.0	3,444
40-44	74.9	0.6	6.5	3.5	0.2	11.1	0.7	2.4	100.0	3,405
45-49	77.4	0.6	6.9	3.2	0.2	8.7	1.1	1.9	100.0	2,797
50-54	74.6	0.4	7.8	3.5	0.2	10.1	0.9	2.5	100.0	2,390

55-59	78.3	0.2	6.6	2.7	0.1	7.9	1.9	2.3	100.0	1,767
Educación										
Sin educación/ preescolar	87.3	0.5	4.7	1.2	0.2	4.0	0.7	1.4	100.0	2,424
Primaria 1-4	78.5	0.7	4.2	3.1	0.3	10.1	1.0	2.1	100.0	6,310
Primaria 5-8	79.1	0.4	5.7	2.8	0.2	8.8	0.8	2.2	100.0	10,914
Secundaria	78.4	0.4	6.5	3.1	0.1	8.7	0.7	2.1	100.0	9,899
Superior	68.0	0.3	10.5	4.2	0.3	13.0	1.0	2.7	100.0	3,224
Sin información	0.0	2.3	0.0	21.0	0.0	65.4	0.0	11.3	100.0	257
Quintil de riqueza										
Inferior	82.1	0.6	4.2	1.7	0.2	8.6	0.7	1.9	100.0	10,448
Segundo	79.7	0.4	5.2	3.0	0.1	8.6	0.9	2.1	100.0	6,989
Intermedio	77.9	0.3	5.9	3.0	0.2	9.4	0.9	2.4	100.0	6,124
Cuarto	74.4	0.5	7.7	4.3	0.2	9.9	0.9	2.2	100.0	5,267
Superior	67.3	0.5	9.9	5.3	0.3	13.1	0.9	2.7	100.0	4,200
Total	77.7	0.5	6.0	3.1	0.2	9.5	0.8	2.2	100.0	33,028
1 Incluye todas las Muestras de Sangre Seca (MSS) analizadas en el laboratorio para las cuales existe un resultado (ej.: positivo, negativo o indeterminado). Indeterminado significa que la MSS pasó por todo el proceso definido en el protocolo de análisis, pero no se pudo determinar el resultado final.										
2 Incluye : 1) Otros resultados de la recolección de la sangre (Ej. Problemas técnicos en el campo), 2) MSS perdida, 3) código de barra inconsistentes, y 4) otros resultados del laboratorio como: la muestra no pudo ser analizada por razones técnicas, no había suficiente sangre para completar el algoritmo, etc.										

Fuente: 9.

Tabla 11: Uso del condón con la última pareja de no convivencia por sexo. República Dominicana 2002 y 2007.

ENDESA	Mujeres (15-49 años)	Hombres (15-59 años)
2002	25%	40%
2007	51%	69%

Fuente: 9, 10.

Tabla 12: Indicadores de la cascada de servicios para la PTMI según el semestre de intervención en 12 hospitales de referencia nacional de la República Dominicana. Proyecto CENISMI-Glaser. Junio 2003 – Diciembre 2005.

Indicadores de la cascada de servicios para la reducción de la transmisión vertical del VIH	Período de intervención					TOTAL
	Junio-Diciembre 2003	Enero-Junio 2004	Julio-Diciembre 2004	Enero-Junio 2005	Julio-Diciembre 2005	
Embarazadas en Cuidado prenatal	18,801	17,738	16,846	19,804	17,679	90,868
Consejería Preprueba de VIH ¹	18,801(100%)	17,738 (100%)	16,846(100%)	19,804(100%)	17,679(100%)	90,868(100%)
Pruebas de VIH realizadas ²	18,140(96%)	15,589(88%)	16,075(95%)	17,704(89%)	22,378(100%)	89,886(99%)
Consejería Postprueba ³	10,640(59%)	11,213(72%)	11,570(72%)	12,538(71%)	12,992(58%)	58,953(66%)
Pruebas VIH (+) ³	300(1.7%)	244(1.6%)	265(1.6%)	255(1.4%)	332(1.5%)	1,396(1.6%)
Embarazadas que recibieron nevirapine ⁴	162(54%)	126(52%)	133(50%)	150(59%)	206(62%)	777(56%)
Niños que recibieron nevirapina ⁴	184(61%)	137(56%)	153(58%)	180(70%)	259(78%)	913(65%)
Total de Cesáreas ⁴	162(54.4%)	96(39%)	114(43%)	134(43%)	176(54%)	684(49%)
Suministro de Formulas Infantiles a las madres positivas al VIH ⁵	184(100%)	112(82%)	107(70%)	167(93%)	220(85%)	777(85%)

Fuente: 41.

1 Denominador = Embarazadas en cuidado prenatal.

2 Denominador = Consejería preprueba del VIH.

3 Denominador = Pruebas del VIH realizadas.

4 Denominador = Pruebas del VIH con resultado positivo.

5 Denominador = Niños y niñas que recibieron nevirapina

Españat	2008	1,730	21.2%	15.9%	109.6%	1.7%	75.0%	953	87.5%
	2007	1,650	21.0%	81.8%	61.3%	2.7%	60.2%	2,866	65.9%
	2006	961	18.0%	20.0%	82.6%	1.9%	52.6%	956	63.2%
Puerto Plata	2008	6,835	12.2%	18.6%	51.3%	1.9%	68.5%	3,071	74.2%
	2007	6,176	13.1%	18.6%	61.3%	2.7%	60.2%	2,866	65.9%
	2006	3,242	18.1%	20.1%	57.0%	2.7%	47.3%	36	61.2%
Santiago	2008	18,724	14.3%	12.7%	91.8%	1.2%	84.1%	6,897	92.5%
	2007	15,536	14.7%	15.9%	78.0%	0.9%	76.6%	6,606	85.1%
	2006	14,189	11.3%	13.9%	64.9%	1.1%	52.8%	6,544	64.0%
Duarte	2008	2,882	25.8%	24.4%	91.2%	0.8%	73.7%	1,219	73.7%
	2007	344	25.5%	25.9%	87.6%	1.4%	29.2%	1,218	29.2%
	2006	1,537	19.5%	20.3%	35.7%	0.9%	23.1%	1,344	23.1%
María Trinidad Sánchez	2008	1,909	39.6%	38.5%	90.8%	1.4%	20.6%	940	32.4%
	2007	2,242	49.3%	47.1%	104.8%	1.7%	46.2%	747	46.2%
	2006	784	23.7%	28.1%	71.7%	1.3%	100.0%	769	110.0%
Salcedo	2008	2,252	16.8%	18.9%	75.7%	0.7%	37.5%	445	37.5%
	2007	1,742	11.5%	17.5%	18.5%	0.2%	50.0%	309	50.0%
	2006	455	0.0%	24.3%	0.0%	1.1%	25.0%	15	50.0%

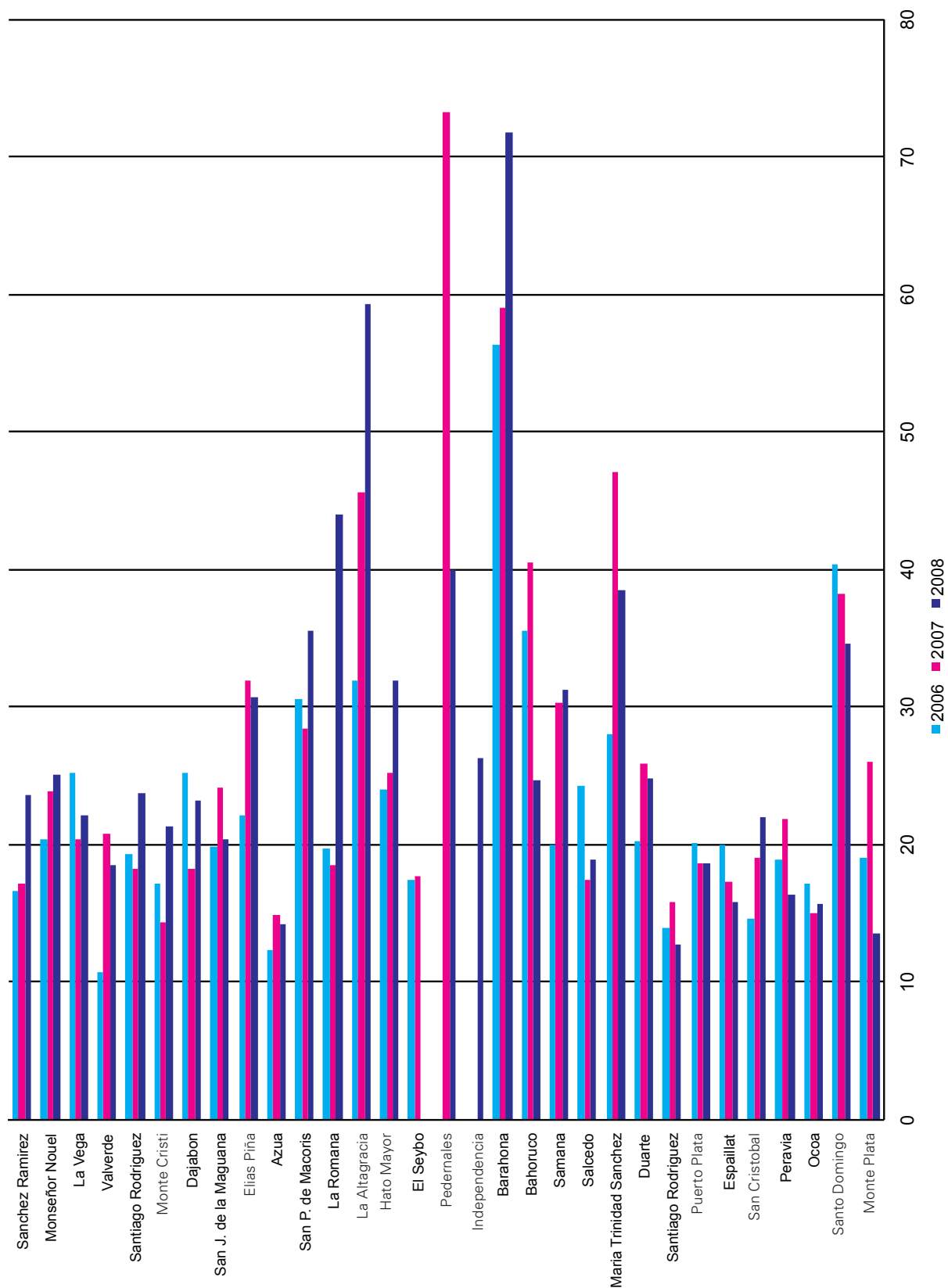
Samaná	2008	1,364	18.2%	31.3%	53.3%	1.5%	54.1%	629	56.8%
	2007	1,397	18.0%	30.3%	60.0%	1.4%	50.0%	529	50.0%
	2006	1,431	19.2%	20.0%	74.2%	2.9%	35.1%	375	35.1%
Bahoruco	2008	806	33.1%	24.7%	132.9%	0.7%	128.6%	732	128.6%
	2007	970	29.0%	40.5%	69.7%	1.0%	25.0%	1,088	31.3%
	2006	883	24.3%	35.6%	70.8%	1.4%	38.5%	741	38.5%
Barahona	2008	897	63.9%	71.8%	56.5%	1.7%	34.0%	1,902	47.2%
	2007	406	52.8%	59.0%	81.0%	1.4%	54.8%	2,013	77.4%
	2006	472	42.9%	56.4%	68.6%	1.3%	46.9%	1,848	65.6%
Independencia	2008	269	32.6%	26.3%	84.8%	0.0%	0.0%	81	0.0%
	2007	61	97.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%
	2006	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%
Pedernales	2008	105	36.1%	40.0%	90.0%	0.9%	0.0%	229	0.0%
	2007	0	76.0%	73.3%	104.8%	3.0%	0.0%	113	0.0%
	2006	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%
El Seybo	2008	1,182	18.9%	17.7%	95.6%	1.8%	73.3%	671	40.0%
	2007	1,469	20.3%	17.4%	98.0%	1.9%	170.0%	578	170.0%
	2006	611	19.8%	16.6%	76.4%	3.1%	46.2%	305	30.8%
Hato Mayor	2008	1,022	31.5%	31.9%	73.2%	1.1%	50.0%	860	57.1%
	2007	1,163	24.7%	25.2%	81.7%	1.6%	37.5%	606	31.3%
	2006	624	25.5%	24.0%	96.5%	1.5%	77.8%	453	77.8%

La Altagracia	2008	2,700	60.3%	59.3%	90.8%	2.0%	75.4%	1,767	78.9%
	2007	1,990	41.9%	45.6%	90.1%	2.3%	89.8%	1,304	95.9%
	2006	1,108	29.5%	31.9%	86.7%	2.6%	75.6%	1,326	88.9%
La Romana	2008	2,742	46.5%	44.0%	91.2%	2.0%	62.8%	2,381	46.8%
	2007	4,453	18.6%	18.5%	92.9%	1.9%	108.8%	1,970	94.1%
	2006	2,109	21.5%	19.7%	82.3%	1.7%	112.9%	1,053	112.9%
San Pedro de Macoris	2008	1,121	45.8%	35.6%	112.9%	1.6%	60.0%	3,015	75.0%
	2007	1,672	33.9%	28.4%	106.0%	1.7%	52.3%	1,724	54.5%
	2006	1,501	20.1%	30.6%	52.3%	2.1%	40.3%	2,682	48.1%
Azua	2008	3,594	14.7%	14.2%	89.4%	0.3%	283.3%	2,314	216.7%
	2007	4,364	18.2%	14.9%	105.5%	0.8%	50.0%	2,364	57.1%
	2006	2,694	12.7%	12.4%	85.9%	1.0%	50.0%	1,138	41.7%
Elias Piña	2008	749	37.3%	30.7%	105.4%	1.3%	56.3%	447	56.3%
	2007	749	37.5%	31.9%	90.9%	1.4%	23.1%	520	23.1%
	2006	946	24.9%	22.0%	69.4%	2.9%	10.5%	440	5.3%
San Juan de la Maguana	2008	2,189	28.4%	20.4%	119.4%	1.1%	132.0%	2,023	56.0%
	2007	2,417	30.6%	24.1%	80.8%	1.1%	6.9%	2,263	6.9%
	2006	1,681	17.2%	19.9%	80.9%	1.1%	5.9%	1,782	5.9%
Dajabón	2008	1,858	27.2%	23.2%	106.9%	1.3%	42.9%	671	42.9%
	2007	751	15.7%	18.3%	72.9%	1.4%	27.3%	472	27.3%
	2006	979	16.3%	25.2%	58.6%	1.5%	43.8%	519	43.8%

Montecristi	2008	1,663	23.4%	21.4%	97.2%	5.1%	38.3%	770	42.6%
	2007	1,356	15.7%	14.3%	101.9%	5.8%	34.2%	652	42.1%
	2006	890	12.5%	17.2%	71.4%	5.6%	37.7%	652	54.1%
Santiago Rodríguez	2008	892	15.5%	23.8%	62.1%	1.4%	73.3%	466	80.0%
	2007	1,731	25.8%	18.2%	139.3%	2.4%	79.2%	446	79.2%
	2006	629	19.1%	19.3%	97.3%	2.1%	180.0%	264	180.0%
Valverde	2008	2,805	18.5%	18.5%	94.9%	4.5%	63.0%	1,693	66.7%
	2007	2,280	18.8%	20.8%	52.9%	5.3%	41.2%	1,344	42.2%
	2006	2,216	10.8%	10.8%	73.9%	4.6%	60.0%	1,314	66.2%
La Vega	2008	5206	20.3%	22.1%	77.9%	1.3%	93.6%	2678	93.6%
	2007	3264	17.5%	20.4%	90.9%	1.5%	66.0%	1905	48.9%
	2006	2788	22.6%	25.2%	80.8%	1.7%	34.0%	1898	35.8%
Monseñor Nouel	2008	3686	23.4%	25.1%	84.0%	0.9%	112.5%	1650	112.5%
	2007	3378	18.0%	23.9%	63.9%	1.0%	95.8%	1483	95.8%
	2006	2454	12.0%	20.4%	45.4%	1.1%	94.1%	1239	100.0%
Sánchez Ramírez	2008	3010	31.8%	23.6%	103.3%	0.8%	92.9%	744	64.3%
	2007	2213	15.9%	17.2%	47.4%	0.8%	62.5%	646	62.5%
	2006	2147	21.4%	16.7%	50.1%	1.4%	57.1%	865	57.1%

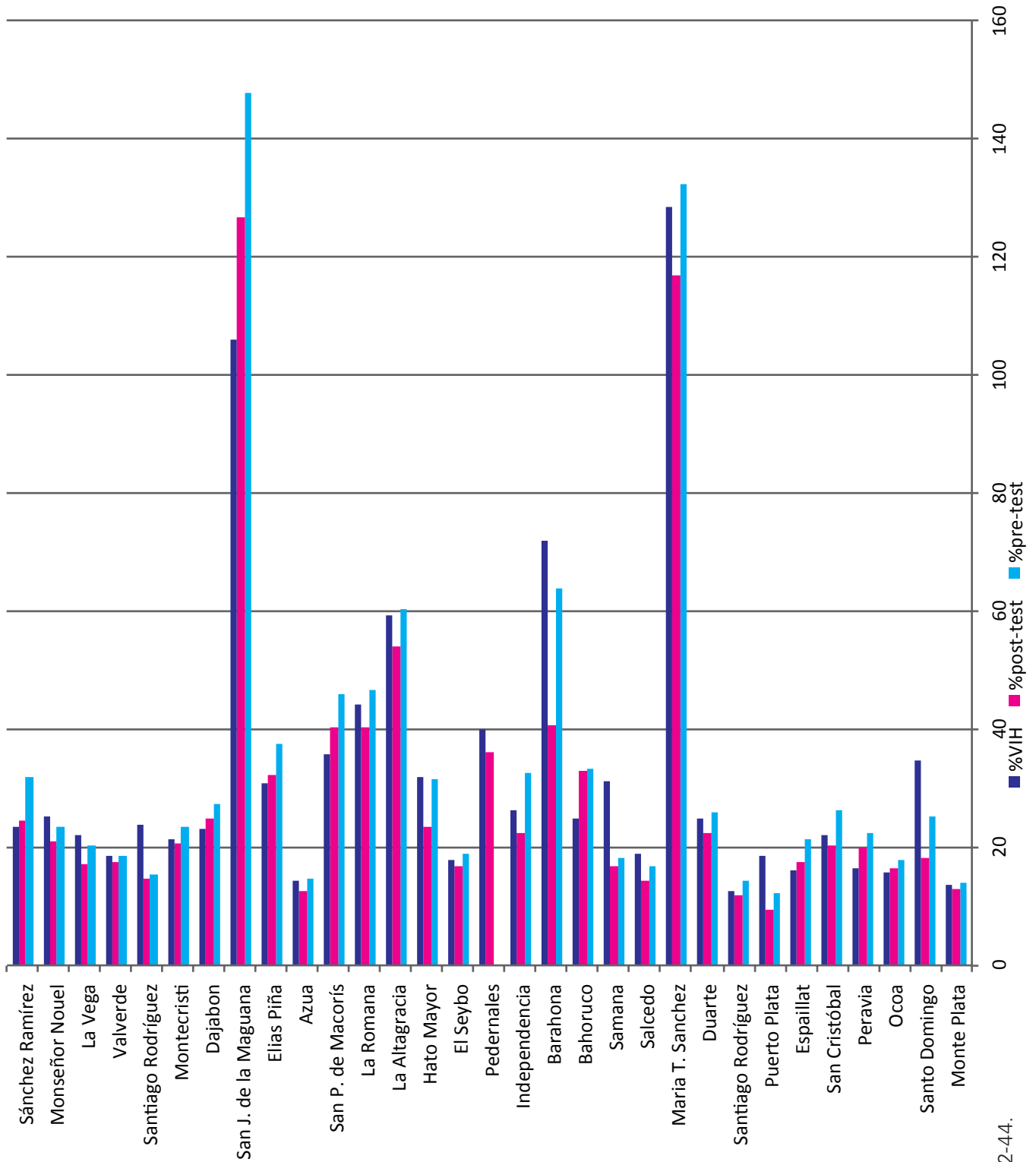
Fuente: 38.

Gráfico 3: Porcentaje de mujeres atendidas en control prenatal tamizadas para el VIH en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2006-2008.



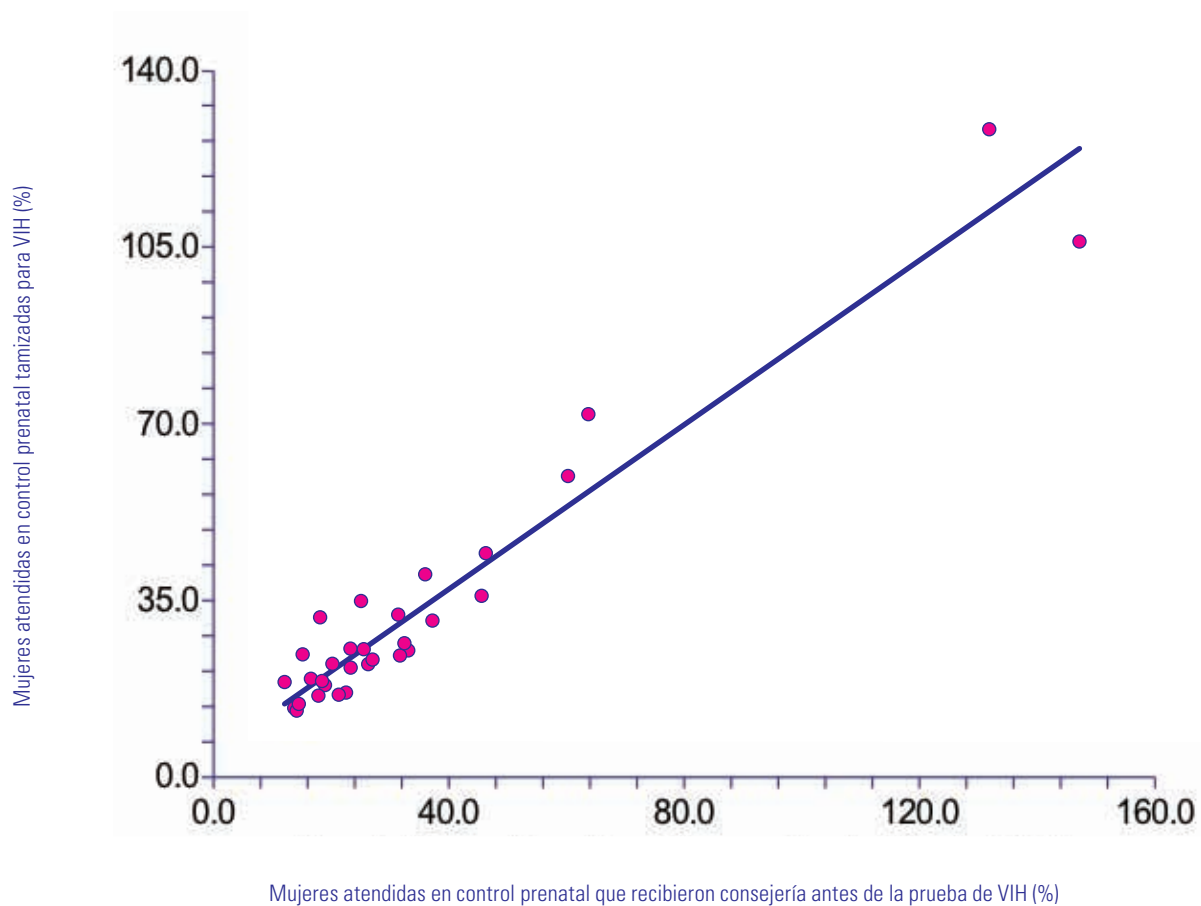
Fuente: 42-44.

Gráfico 4: Porcentaje de consejería preprueba y postprueba en mujeres embarazadas tamizadas para el VIH en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2006-2008.



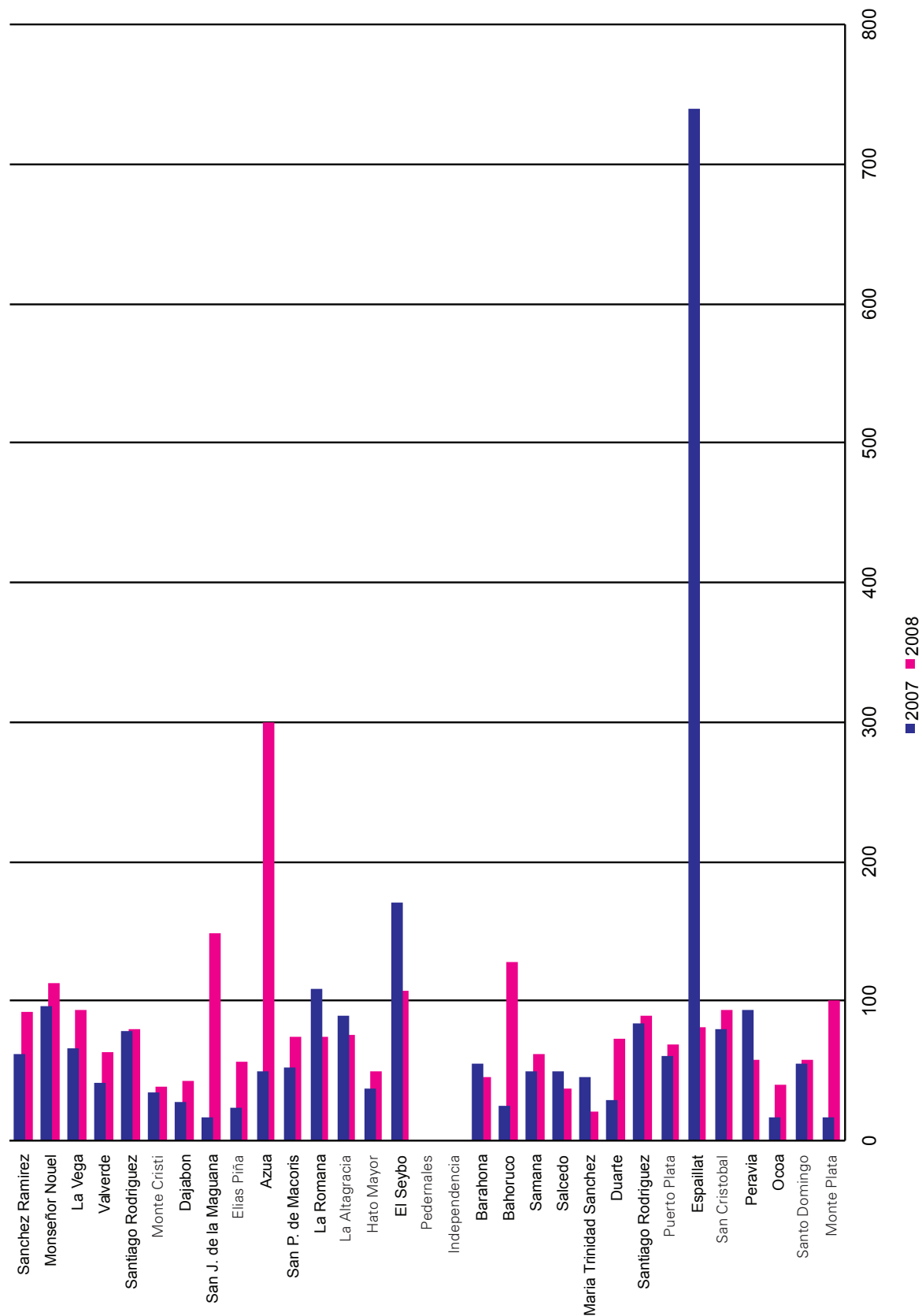
Fuente: 42-44.

Gráfico 5: Regresión lineal entre el porcentaje de mujeres gestantes que reciben consejería preprueba y el porcentaje de mujeres tamizadas para el VIH en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana, 2008.



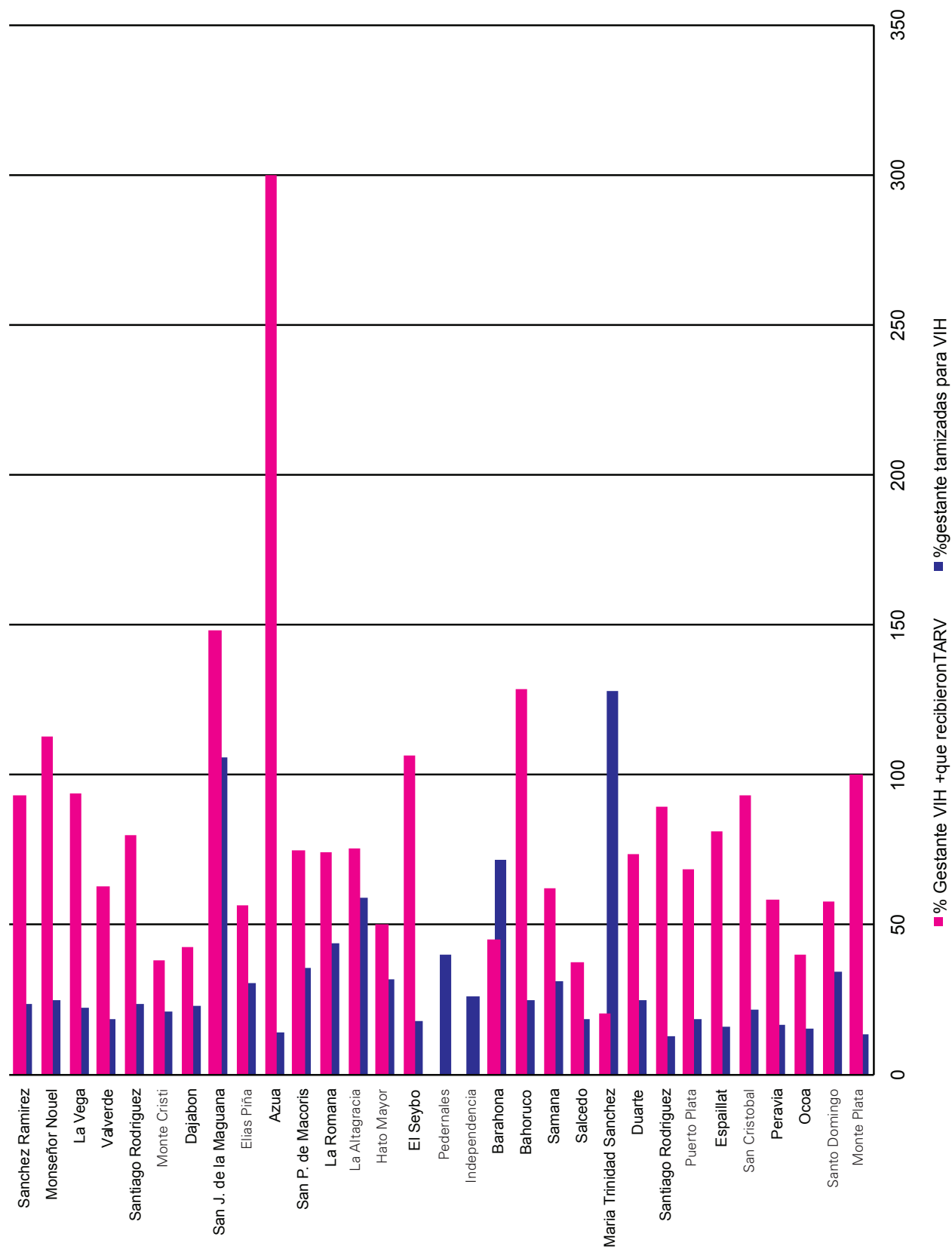
Fuente: 44.

Gráfico 6: Porcentaje de mujeres gestantes con resultado positivo y confirmado para el VIH que recibieron antiretrovirales para profilaxis o tratamiento en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2007-2008.



Fuente: 43, 44.

Gráfico 7: Porcentaje de mujeres atendidas en control prenatal tamizadas para VIH y porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico del VIH que recibieron profilaxis o tratamiento antirretroviral en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2008.



Fuente: 44.

Gráfico 9: Evolución de la cobertura de tamizaje para VIH en mujeres gestantes y de la cobertura de profilaxis con antirretrovirales durante la gestación en establecimientos del MSP. República Dominicana, 2006-2008.

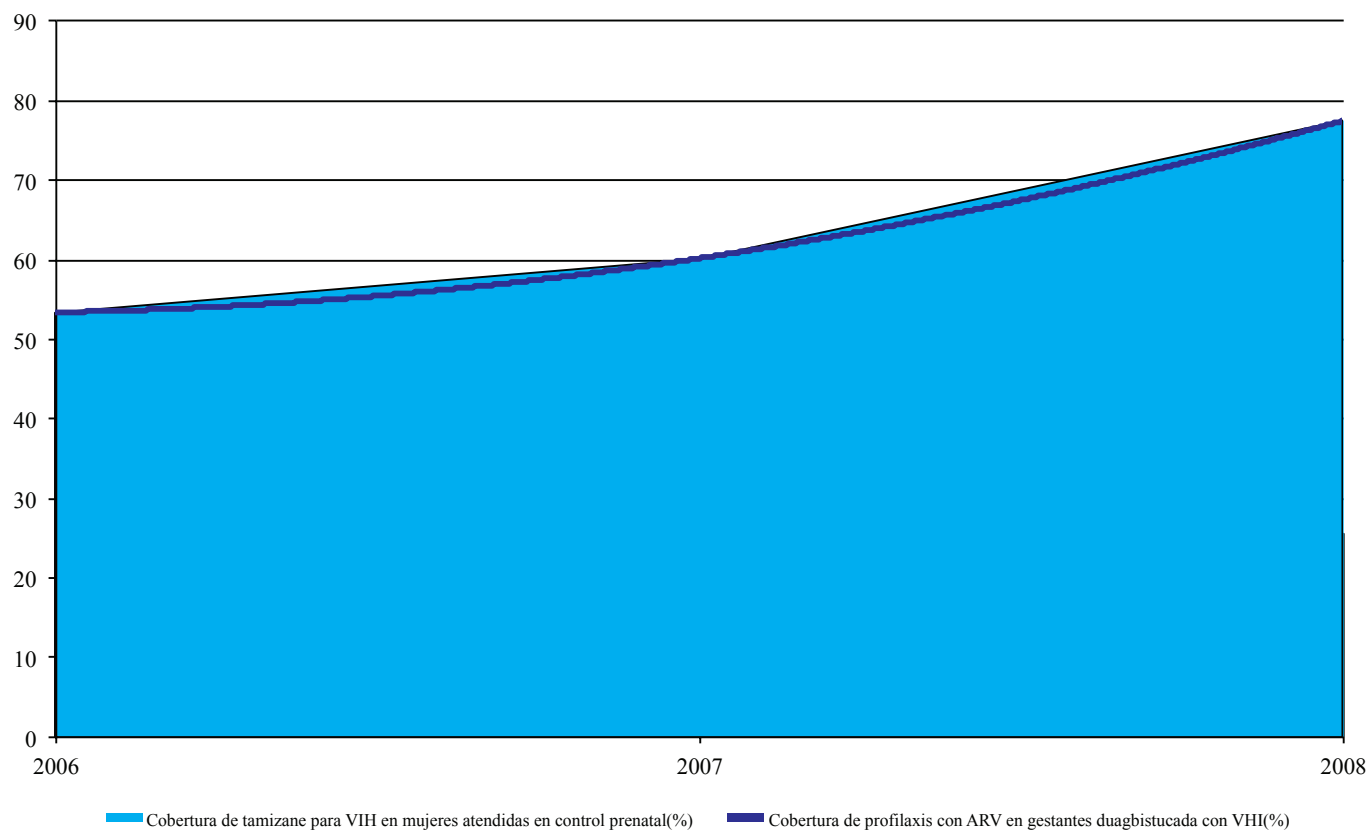


Tabla 14: Conocimiento por sexo de la transmisión materno-infantil del VIH según la ENDESA 2007.

Edad	El VIH/sida puede ser transmitido durante la lactancia		El riesgo de la transmisión del sida de la madre al hijo puede ser reducido si la madre toma medicamentos especiales durante el embarazo		El VIH/sida puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo puede ser reducido si la madre toma medicamentos especiales	
	F	M	F	M	F	M
15-24	78.6	66.4	47.5	31.5	40.8	24.3
15-19	77.4	64.0	45.8	31.4	39.0	23.6
20-24	80.1	69.7	49.8	31.8	42.9	25.3
25-29	81.8	69.1	50.2	29.4	44.8	23.4
30-39	79.6	71.2	47.0	31.8	41.5	24.8
40-49	81.0	68.6	46.0	29.0	40.6	22.4

Fuente: 9.

Tabla 15: Sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, 1998-2008

Año	Número de ingresos en neonatología	Número de casos con sífilis congénita	Porcentaje de casos de sífilis congénita sobre los ingresos
1998	518	4	0.7
1999	559	4	0.7
2000	726	2	0.3
2001	538	3	0.6
2002	546	5	0.9
2003	710	1	0.1
2004	523	2	0.4
2005	519	3	0.6
2006	548	5	0.9
2007	700	10	1.4
2008	730	5	0.7
TOTAL	6,617	44	0.7

Tabla 16: Sífilis congénita en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, 1998-2008

Año	Número de ingresos en cuidados intensivos neonatales	Número de casos con sífilis congénita	Porcentaje de casos de sífilis congénita sobre los ingresos
1998	167	2	1.2
1999	203	2	0.9
2000	230	1	0.4
2001	218	1	0.5
2002	230	1	0.4
2003	180	0	0
2004	175	1	0.6
2005	202	1	0.5
2006	199	1	0.5
2007	301	0	0
2008	344	1	0.3
TOTAL	2,449	11	0.4

Aunque la República Dominicana cuenta con altas tasas de atención prenatal, varios factores se reconocen como barreras para una atención adecuada de la mujer embarazada que asiste a los centros de salud.

Debilidades en el sistema de atención: Resultados de las entrevistas a personal de salud

Aunque la República Dominicana cuenta con altas tasas de atención prenatal, varios factores se reconocen como barreras para una atención adecuada de la mujer embarazada que asiste a los centros de salud. Los problemas principales encontrados a través de las entrevistas y de los documentos revisados van desde la violación y desconocimiento de las normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, hasta una falta de competencia del personal proveedor de salud que impide la traducción del conocimiento al manejo de condiciones que atentan a la salud de la mujer embarazada y del recién nacido. De igual forma, la falta de articulación entre los centros de distinta complejidad, las múltiples fallas operativas y la inconstancia en la provisión de insumos, el reembolso desigual de las pruebas del VIH y de sífilis, así como la carencia de monitoreo y evaluación sistemático de la atención prenatal no permite que el sistema de salud de la República Dominicana pueda responder de manera integral a las necesidades de las usuarias. Estos factores generan una falta de continuidad de las acciones que se traduce en una baja calidad operativa de todos los programas que se implementan a través del SNS y en concreto de aquellos

encargados del diagnóstico oportuno y del tratamiento inmediato de la mujer gestante con VIH o sífilis, con la consecuente pérdida de oportunidades para tratar a la mujer por su propia salud y para prevenir la transmisión vertical y sexual de estas enfermedades.

No existe en los momentos actuales una actividad conjunta en la República Dominicana para la integración de la atención prenatal con la atención al VIH y a la sífilis. Aunque se trabaja para la prevención del VIH, la sífilis se ve como algo aparte de las estrategias de atención prenatal para las mujeres usuarias de los servicios. La DIGECITSS es la que ha tenido la responsabilidad de recolectar datos a través de las encuestas de vigilancia centinela y de proveer la información sobre el manejo sindrómico de las ITS, incluyendo la sífilis, sin estar integrado de manera formal con el PNRTV³³. Existen planes de desarrollar un Programa Nacional de Prevención y Control de la Sífilis Congénita (PRONASICON) en República Dominicana por parte de la DIGECITSS en colaboración con las agencias internacionales relacionadas con el tema. Con esta estrategia se pretende implementar por fases un programa de detección y tratamiento de la sífilis

y de integrar los servicios de ITS y VIH para el manejo conjunto de ambas condiciones ³³.

Problemas en la planificación por falta de datos completos

Uno de los grandes problemas de la República Dominicana, en lo que concierne a programación presupuestaria y reconocimiento oportuno de limitaciones para mejorar la efectividad de la red de servicios, es que el país no cuenta con un sistema unificado de recopilación de datos y que existe una negligencia por parte del personal proveedor de salud a registrar los datos o a enviarlos al próximo nivel de complejidad ⁴⁵. Además, la gran mayoría de las y los proveedores desconocen cómo debe fluir la información; para un mismo programa existe un flujo diferente de comunicación por provincia o región de salud ⁴⁶. El subregistro sigue siendo de más de un 30 por ciento, con lo cual es difícil utilizar los datos epidemiológicos existentes para establecer alguna proyección o desarrollar una programación a nivel nacional. La debilidad del sistema de información se vislumbra de forma más clara cuando existe la necesidad en el país de realizar encuestas demográficas para monitorear los avances en los indicadores de salud de la República Dominicana, ya que no existe un sistema fiable y unificado de registro de información.

Cada uno de los programas que se implementa a través del MSP cuenta con un sistema de información. La información de atención prenatal se registra a través de la Historia Clínica Materna Perinatal, desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ⁴⁵. La captación de datos de la historia está diseñado para que se integre con el Sistema Informático Perinatal (SIP), administrado por el CLAP, pero que en la práctica no se utiliza en la República Dominicana.

El Sistema de Información de Atención Integral en VIH y Sida (SIAI) ⁴⁷ es un instrumento de apoyo para cada proceso asistencial de las

personas con VIH y sida que busca facilitar y mejorar la atención integral en cada unidad de atención. El SIAI pretende ser la herramienta integradora de toda la información clínica y de gestión necesaria para el área médica y de la investigación y, por tanto, ser la principal fuente de información para las personas tomadoras de decisiones y para la elaboración de planes. Con el SIAI se pretende fortalecer y apoyar el monitoreo y la atención de las personas con VIH y el desempeño de los programas nacionales y de las iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil, a nivel de indicadores de proceso, resultado, cobertura y futuro impacto, así como ofrecer a la persona usuaria información en línea del avance de su estado de salud.

Algunos avances son notorios en materia del VIH y sida. Por ejemplo, la creación del SIAI ha permitido una mayor rapidez en la obtención de datos para la planificación y la toma de decisiones, ya que la información se obtiene en línea desde el nivel local al nivel central. Pero como los establecimientos de menor complejidad no suelen contar con computadoras, los datos destinados a la DIGECITSS suelen enviarse en formato físico hasta las cabeceras de microrredes o redes (Direcciones Provinciales) donde se digitalizan; de allí se envían vía internet o en soporte magnético al siguiente nivel de complejidad del sistema de atención (a la Dirección de Área o al nivel central de la DIGECITSS). Esto retrasa la captación rápida y oportuna de datos para tomar acciones y se relaciona con el alto subregistro de casos reportados y con el registro tardío de la información. El SIAI tampoco incluye información sobre sífilis y otras ITS, aunque ya se plantea una nueva versión (SIAI+) que incluirá estas y otras patologías asociadas con la infección por VIH que se registran en el formulario EPI-I del sistema de notificación de enfermedades obligatorias de la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) del MSP.

No caben dudas de que sin un sistema unificado de recopilación y registro de datos, la República Dominicana seguirá inmersa en un letargo de planificación y de

toma de acciones necesarias para reducir el impacto de las enfermedades de mayor prevalencia, incluyendo el VIH y la sífilis.

Problemas en la gestión y financiamiento de las pruebas diagnósticas.

En el momento en el que se realiza este informe, la DIGECITSS es la responsable de manejar todo el sistema de distribución de las pruebas diagnósticas desde el nivel central. No queda claro, sin embargo, si existe una estandarización en los centros de diagnósticos de todas las provincias y regiones de salud en cómo y cuando reportar, así como la forma de retroalimentación y distribución de las pruebas diagnósticas. Luce ser que el mecanismo está muy claro para las y los administradores de servicio al nivel central y las personas encargadas de los centros de salud, que se comporta como un “código interno” entre estas personas. El mecanismo de compra lo establece el Fondo Mundial a través de COPRESIDA por proyecciones anuales que realiza la DIGECITSS, que a su vez sule a los centros de salud a contrademanda. La centralización de las pruebas hace que en algunas ocasiones los establecimientos se queden sin pruebas del VIH con la consecuente pérdida de oportunidades para el diagnóstico de las mujeres embarazadas que acuden a su consulta prenatal ⁴⁶. En muchas ocasiones, los reactivos se cambian de casa comercial y no existe un control de calidad sistemático en la realización de las pruebas.

Problemas en la distribución y compra de medicamentos antirretrovirales

Al igual que la compra de pruebas diagnósticas, el mecanismo de compra de los antirretrovirales lo establece el Fondo Mundial a través de COPRESIDA por proyecciones anuales que realiza la DIGECITSS, que a su vez sule a los centros de salud a contrademanda. Luce ser que también el mecanismo de retroalimentación para la demanda de los antirretrovirales por

los centros de salud a la DIGECITSS está muy claro para las personas administradoras de servicio al nivel central y las encargadas de los centros de salud, pero no se tiene nada escrito de cómo se realiza el proceso. La forma de distribución de los antirretrovirales se realiza a través de una empresa privada (Yobel Supply Chain Management) que se encarga de distribuirlos a todas las Unidades de Atención Integral que funcionan en el territorio nacional. Al ser los costos de esta empresa muy altos para garantizar la sostenibilidad, se ha decidido que un organismo del Ministerio de Salud Pública, PROMESE, sea el que tome las riendas para llevar a cabo el proceso de distribución de estos medicamentos.

Problemas en la atención preparto y postparto

Uno de los puntos principales de los problemas que se presentan en la atención preparto y postparto de las mujeres embarazadas que reciben atención en centros de salud de la República Dominicana es que el SNS no conoce cuáles son las características de las mujeres usuarias que demandan el servicio ⁴⁸. El contexto de pobreza extrema en el cual se ven inmersas muchas de las usuarias limita su acceso a estos servicios. La falta de dinero para el pasaje, debilidades de alimentación o factores como la necesidad de cocinarle al marido para que su comida esté lista al mediodía, hacen que muchas mujeres prefieran irse del centro de salud sin ser atendidas o asistidas a medias, con lo cual se pierde la oportunidad de atender a la embarazada con calidad y calidez.

La procedencia de la mujer es un dato que se registra a la entrada del centro, más no se toma en cuenta por el personal de salud. Según se observó durante las visitas a establecimientos, la procedencia de la mujer no se toma en cuenta en ningún momento o procedimiento. Más importante aún es que la motivación y decisión de la mujer a acceder al servicio no responde a la referencia de otro centro ni al lugar de procedencia de la mujer, como se observó durante el trabajo

de campo. La mujer decide motivada por la cultura familiar a la hora de escoger a qué centro se dirige para demandar servicio y, con frecuencia, su primera referencia es saber cuál es la tradición familiar para buscar respuestas a sus situaciones de salud.

La mujer llega a los centros en horas de la madrugada, cuando la atención es en la mañana, y sale a las 2 de la tarde, mientras que para la tanda vespertina llega alrededor del mediodía y sale a las 5 de la tarde. Esto significa que la mujer que decide asistir a la tanda matutina pasa entre siete y ocho horas en los procedimientos para recibir el servicio, pero la que acude en horas de la tarde pasa alrededor de cinco horas. Como se observó durante las visitas, es en este contexto de quejas y hastío que las mujeres embarazadas reciben las informaciones, muchas de las cuales se hacen de manera dispersa, fragmentada y desvinculada de su realidad.

Otro punto crítico es que no se toma en cuenta cómo y cuándo la mujer incorpora una información y la diferencia que existe entre que una persona escuche una información y en que la persona se aprenda la información que se le ha servido. A mujeres consultadas después de una sesión de consejería postprueba del VIH se les indagó sobre la información que había sido suministrada en dicha sesión sobre el VIH y formas de contagio y en su mayoría mencionaron ideas dispersas; una de cada cinco mujeres respondió no haber recordado nada de lo que se le había explicado ⁴⁸. En este sentido, una de las informaciones que salió a relucir en uno de los grupos focales realizados con mujeres con VIH fue que las usuarias del PNRTV no tienen la suficiente base educativa para asimilar los mensajes que se les proveen. Se percibió que algunas no le dan la importancia al tratamiento y seguimiento por parte del programa.

Más aún, no es cultura del SNS de la República Dominicana realizar visitas domiciliarias para aquellas mujeres que no regresan a su chequeo prenatal y por tanto se pierde la oportunidad de reforzar el mensaje en una segunda visita.

Esto es similar para las mujeres embarazadas con VIH o las que se les tamiza para VIH y no regresan por sus resultados, que permanecen en el centro de atención sin que exista un mecanismo para visitarlas y hacerle saber de su estatus del VIH, por lo que se pierde la oportunidad de iniciarle la TARV de manera pronta o de que en el momento de la labor de parto se le dé profilaxis con nevirapina ⁴¹.

Otro punto importante a tomar en cuenta es que pueden presentarse barreras administrativas, como el cobro de la prueba de sífilis y el manejo de ambas infecciones en lugares separados (VIH en las UAI y sífilis en la consulta prenatal), que pueden, por un lado, disminuir la accesibilidad de la atención en zonas de mayor pobreza, en las que con frecuencia los establecimientos cuentan con poco personal de salud, alta rotación y falta de capacitación sostenida en las normas de atención prenatal y, por el otro, una pérdida de oportunidad para ofrecer a la usuaria del servicio una atención integral para la detección y manejo del VIH y la sífilis en el embarazo ⁵. Al no contar con estas pruebas en centros de primer nivel de atención, la mujer tiene que trasladarse a otros lugares más lejanos, lo cual puede ocasionar el retraso en la búsqueda de atención prenatal y, por consiguiente, una pérdida de oportunidad para manejar la sífilis o el VIH durante el embarazo.

Desarticulación de la atención durante el control prenatal

El sistema de salud de la República Dominicana no permite una atención integral de la mujer gestante en lo que respecta a la atención del VIH y la sífilis. La probabilidad de desarticulación es mayor en el gran número de establecimientos que no cuentan con personal capacitado o con la infraestructura necesaria para realizar todos los análisis de rigor, lo cual genera la derivación de la embarazada hacia un establecimiento de mayor nivel de complejidad.

A nivel intrahospitalario también se percibe una desarticulación entre los programas de prevención del VIH y los relacionados con la

salud materna e infantil. En un estudio reciente realizado por Facilitadores Asociados sobre la ruta crítica de la embarazada en centros de salud de la República Dominicana ⁴⁸, en el 100 por ciento de los casos consultados el personal vinculado al PNRTV sólo identifica a DIGECITSS y COPRESIDA como las instituciones que tienen que ver con el PNRTV. Por otra parte, en el 100 por ciento de los casos consultados el personal de atención a embarazadas y vinculado al PNRTV no se identifican como parte de una Red de Servicios Regionales.

Es muy llamativo en la atención prenatal la disparidad existente entre los servicios de atención relacionados con VIH y los destinados a la consulta de mujeres negativas al VIH. Las áreas de atención prenatal no cuentan con las facilidades que tienen las unidades donde opera el PNRTV, lo cual da la impresión de que se trata de lugares diferentes para el cuidado de la salud de la mujer embarazada. En una gran parte de los centros de salud de tercer nivel, los espacios para las consultas prenatales tienen la particularidad de que las mujeres embarazadas son atendidas a libre demanda sin importar procedencia ni semanas de gestación, ni si tiene o no referencia de algún otro centro. Se les realiza la batería de exámenes de rigor para embarazadas el mismo día de la consulta, el personal de laboratorio viene a buscarlas y las van llevando en bloque para la toma de sus muestras (después de recibir la consejería preprueba para el VIH). El resultado de sus exámenes de laboratorio se entrega tardíamente y el del VIH, a pesar de contarse con pruebas rápidas, se entrega hasta una semana después.

Para llegar al plantel del PNRTV, a las usuarias las llevan en grupo hacia el plantel donde se les dará la consejería previa a la prueba del VIH por un personal designado para tales fines, que incluye, en algunos centros, a las personas encargadas de la seguridad de las áreas de emergencias. Este personal de seguridad del área de emergencias muchas veces es el que decide de forma arbitraria quién entra primero a la sala de atención de las usuarias.

Existen también diferencias en la infraestructura del PNRTV según zona geográfica. En las UAI de Santo Domingo, las mujeres embarazadas esperan hasta que una enfermera las llame por su nombre para ser atendidas. Están ubicados en un plantel muy bien acondicionado, hay varios consultorios para la atención de las mujeres embarazadas y existe un consultorio pediátrico para la atención de sus hijos e hijas. Son consultorios cerrados, totalmente privados, higiénicos, con acondicionadores de aire, equipados de forma adecuada con escritorio y silla para usuarias y acompañante. En el interior del país, sin embargo, algunos centros no presentan la comodidad de los centros ubicados en la capital de la República Dominicana. El espacio es estrecho, poco ventilado y poco equipado. En un solo consultorio se tiene que realizar todo el trabajo de consejería, preprueba y postprueba, sin la privacidad ni la confidencialidad que ésta demanda. La consejería preprueba se realiza en la modalidad grupal, luego se le realiza la toma de muestra de la prueba, que incluye VIH y VDRL. Aunque se realizan pruebas rápidas, los resultados no se entregan el mismo día sino que suelen entregarse en el próximo chequeo médico, es decir, un mes después. No pueden efectuar la confirmación de las pruebas del VIH, pues no cuentan con los reactivos para ello, ni tienen equipos de Elisa.

El PNRTV no es uniforme en todo el país. Mientras que en uno de los hospitales materno infantiles de la zona este y en otro de la zona sur del país se cuenta con material didáctico sobre prevención del VIH/sida y otras ITS, afiches y folletos, en un hospital localizado en la región noroeste del país el programa no cuenta con materiales educativos para realizar sus tareas y la consejería se realiza en un espacio que no garantiza la confidencialidad ni la interacción de las usuarias con la consejera.

Se destaca también que en algunos períodos ocurre desabastecimiento de reactivos y otros insumos para realizar pruebas del VIH y de sífilis, lo cual se convierte en una barrera administrativa para el tamizaje de las usuarias de los servicios de atención

prenatal en el país. La falta de planificación y de descentralización del PNRTV hace que el desabastecimiento de pruebas y de insumos, así como la colaboración con la embarazada en su transporte y alimentación se conviertan en barreras operativas que limitan la efectividad del programa para tratar y prevenir esta forma de transmisión del VIH y de diagnosticar y tratar casos de sífilis en República Dominicana.

En general, tanto para los centros de la capital como para los del interior del país, la comunicación entre el Programa de Lactancia Materna y el PNRTV es casi inexistente, lo que afecta las acciones de prevención postparto. La falta de personal que traduce al creole en una gran parte de los centros donde opera el PNRTV se convierte en una barrera para prevenir la transmisión vertical del VIH y el tamizaje de la sífilis en las usuarias que provienen de Haití y no hablan español.

Problemas en la obtención de los resultados de laboratorio

Uno de los grandes problemas que se ha venido observando a través de los años en la efectividad del PNRTV es la realización de pruebas del VIH y la obtención de los resultados. Si bien es cierto que muchas de las limitaciones observadas en los primeros años de actividad del PNRTV, como la falta de prescripción de las pruebas del VIH y el desabastecimiento marcado de reactivos, se han ido reduciendo, no menos cierto es que permanecen otras debilidades del sistema, como la entrega tardía de los resultados. Aún contándose con pruebas rápidas para el tamizaje del VIH en todo el país, sólo dos centros, ambos en la capital de la República Dominicana, realizan la prueba del VIH y entregan los resultados el mismo día. Muchas veces la entrega de los resultados se realiza en una semana en el mejor de los casos o un mes después. En algunas ocasiones la mujer no regresa por sus resultados y sólo regresa a dar a luz en el centro de salud, por lo que, si no le realizan la prueba del VIH en la emergencia se pierde la oportunidad de prevenir la

transmisión materno-infantil del VIH y de encaminarla a la atención para su propia salud.

De igual forma, no existe como norma el tamizaje repetitivo para VIH y sífilis en el último trimestre del embarazo cuando se realiza una prueba un trimestre antes y, aunque se reporta cada vez menos, persiste el fallo en reconocer el estatus del VIH en mujeres embarazadas que se presentan a los servicios de emergencias sin una prueba de que el tamizaje para VIH fue realizado.

Otro aspecto preocupante es el control de calidad para las pruebas de laboratorio. En muchas ocasiones, los resultados del VIH se confirman con dos pruebas rápidas de casas comerciales distintas pero no de principios activos diferentes. Más preocupante es el hecho de que se cambian de forma constante las marcas de los reactivos, lo cual no se acompaña de un entrenamiento al personal de laboratorio y se asume que la realización de las pruebas lleva el mismo procedimiento que las pruebas que se utilizaban con anterioridad en los laboratorios del MSP.

Demoras en el inicio de la profilaxis y el tratamiento durante la gestación

El retraso en la obtención de los resultados de laboratorio repercute en el inicio de la profilaxis o en la aplicación de TARV en las gestantes positivas al VIH y en los casos de sífilis se pierde la oportunidad de tratar a la mujer embarazada y de prevenir los casos de sífilis congénita. A pesar de la pérdida de oportunidad en la entrega oportuna de los resultados del VIH a las usuarias, se debe señalar que el PNRTV en lo que concierne a la profilaxis y tratamiento de las mujeres embarazadas con VIH tiene puntos positivos como un aumento en el número de cesáreas electivas, administración de TARV a las mujeres embarazadas con VIH (principalmente nevirapina + AZT + 3TC, aunque puede haber combinaciones con inhibidores de proteasa) y profilaxis antirretroviral al recién nacido (AZT por seis semanas en vez de la dosis

única de nevirapina). Se han desarrollado también manuales para los escenarios diferentes de presentación de las mujeres embarazadas infectadas por el virus y hay un suministro casi permanente de fórmulas infantiles para las madres captadas por el programa. En las visitas a algunos centros, sin embargo, se observó que se realiza un manejo inadecuado de los esquemas de TARV y que no se cuenta con un monitoreo estandarizado para la adherencia al tratamiento.

Los marcadores inmunológicos de CD4+ y carga viral para el monitoreo de la mujer embarazada y su recién nacido están financiados por la Fundación Clinton. Al momento en que se realiza este informe, algunos de los centros seleccionados para participar en el estudio reportaron que no se estaban realizando estos marcadores en la forma sistemática en que se venía realizando, lo cual fue relacionado con que la Fundación Clinton estaba por retirar la ayuda a la República Dominicana para la realización de estos marcadores inmunológicos.⁴³ Esto es un reflejo del contexto histórico del PNRTV, el cual ha tenido que depender en gran parte para ser exitoso de la cooperación internacional, lo cual cuestiona la sostenibilidad de las acciones al desaparecer la ayuda extranjera.

Problemas en el seguimiento tras el parto a la mujer diagnosticada con VIH o sífilis y al recién nacido expuesto

El seguimiento postparto es lo que garantiza que las acciones realizadas en la mujer embarazada hayan sido efectivas para darle tratamiento para su propia salud y para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH. Si el seguimiento es inadecuado, todas las acciones realizadas en la embarazada previas al parto pierden su efectividad, lo cual repercute en el costo-beneficio e impacto del programa y, a la vez, compromete la derogación de fondos por los donantes y el Estado dominicano.

Cierto es que se cuenta con fórmulas infantiles para la prevención postparto del VIH y que en

algunos centros de salud se ha desarrollado un componente comunitario que permite el seguimiento de la madre y del niño por lo menos dos años. También es cierto que la DIGECITSS ha desarrollado flujogramas para establecer el monitoreo de la infección en niños y niñas, lo cual permite medir el impacto del PNRTV y que se cuenta con una base de datos del SIAI para medir el impacto del programa. No obstante, el componente postparto del programa presenta múltiples debilidades: el poco seguimiento después del parto, el que las mujeres se atienden en unidades diferentes a sus hijos e hijas (lo cual representa dificultades relativas a tiempo y costo para la atención a ambos) y la dificultad en la obtención de las fórmulas infantiles por no contarse con los insumos a la hora de una madre ir a retirar los puede provocar desconfianza de las mujeres recién integradas al programa en este servicio e inclinarse por la lactancia materna. Al no tenerse certeza de que la mujer fue incluida en el PNRTV y bajo en qué condiciones, los datos de las cargas virales realizadas sólo dan una idea aproximada del impacto de las estrategias.

Actitud del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH

Uno de los puntos donde quizás se pueda enfatizar los aspectos luminosos del PNRTV es que, a través de las estrategias de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, las personas con VIH han podido entrar al sistema de salud de la República Dominicana. Desde sus inicios, el PNRTV ha logrado incluir dentro del recurso humano en salud a personas con VIH en calidad de consejeras de pares. El PNRTV fue la puerta de entrada para que el SNS iniciara con estrategias puntuales el tratamiento de las personas con VIH ²⁹.

Sin embargo, aunque el estigma y la discriminación a las usuarias del PNRTV en los momentos actuales es menor que cuando se inició el paquete integrado de estrategias de PTMI, todavía se percibe por las usuarias del PNRTV algunos aspectos que no favorecen la efectividad del programa.

Mujeres que han tenido la oportunidad de haber sido incluidas dentro de las estrategias de prevención del PNRTV perciben que no se toman en cuenta las opiniones de la mujer con respecto a su propia condición de salud. El médico es quien determina lo que se debe realizar aún cuando la embarazada pudiera opinar diferente. Por consiguiente, se siguen realizando esterilizaciones compulsivas a mujeres con VIH, ya sea sin consentimiento escrito de la usuaria o con el consentimiento obtenido bajo coerción. Más aún, algunas usuarias no son informadas sobre cuáles procedimientos les fueron practicados, incluyendo el caso de la esterilización.

Se percibe además permanencia del estigma y de la discriminación hacia las mujeres con VIH así como una falta de confidencialidad en el contexto hospitalario, con tratos discriminatorios en la provisión de servicios, tanto a nivel público como privado, por parte del personal de salud y otras usuarias.

Otro punto a destacar es que aunque la cesárea ya se considera como una estrategia primordial para la PTMI, en las mujeres embarazadas que califiquen para dicho procedimiento, la falta de medidas de bioseguridad en muchos establecimientos de salud, por falta de insumos (guantes, mascarillas) motiva a que los y las obstetras teman contagiarse al realizar una cesárea, por lo cual el sistema permite que la fecha estimada de parto de las mujeres con VIH se atrase y que la mujer entre al parto sin que le hayan practicado una cesárea (los

resultados se entregan tarde y a las mujeres no se les da el seguimiento adecuado)³³.

Pero quizás el punto más importante en lo que concierne a la actitud del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH es que como nunca se ha tenido una integración adecuada con los servicios de salud materna e infantil, la mujer gestante recibe una atención desproporcionada a favor de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en detrimento de su atención como mujer. El énfasis en la prevención de la transmisión perinatal del VIH puede descuidar el cumplimiento de las normas de atención prenatal de la embarazada y su recién nacido, lo cual puede ser un factor importante en lo que representa una oportunidad unida del PNRTV, no sólo de atender a la embarazada y a su recién nacido, sino también a su pareja, para evitar la transmisión sexual del VIH y de la sífilis o tratando de forma oportuna ambas infecciones en caso de que haya concordancia de seropositividad al virus y al treponema.

Luces y sombras de la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis

La información sobre las luces y sombras del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH y de la atención a la sífilis materna y congénita en la República Dominicana se ilustran en las Tablas 17 y 18.

Tabla 17: Luces y sombras del PNRTV de la República Dominicana. Septiembre de 2009.

Luces	Sombras
CONTEXTO HISTÓRICO	
<p>»El PNRTV tiene labores ininterrumpidas desde el año 2000. Esto ha permitido conocer fortalezas y debilidades en el proceso de implementación.</p>	<p>»Se mantienen muchas de las limitaciones y barreras para la prevención de la transmisión maternoinfantil a pesar de casi una década de experiencia.</p>
CASCADA DE SERVICIOS	
Consejería	
<p>»Existen consejeros en casi todas las UAI.</p> <p>»Aumento de las sesiones de consejerías preprueba y postprueba en los últimos dos años.</p> <p>»Unidades de atención con espacio para la consejería.</p> <p>»Utilización del consentimiento informado para la realización de pruebas, excepto en el área de emergencias.</p> <p>»No se reportan casos de embarazadas que hayan rechazado la prueba del VIH.</p> <p>»Consejería preprueba grupal.</p> <p>»Consejería postprueba individual.</p>	<p>»No se conoce sobre la calidad de las sesiones de consejerías y en qué grado llega el mensaje a las usuarias.</p> <p>»La consejería postprueba sigue siendo baja, lo que refleja que una gran mayoría de las mujeres embarazadas no conocen su resultado antes de la labor de parto o la conocen cuando llegan a los servicios de emergencias.</p> <p>»Algunas unidades no cuentan con espacio para garantizar la confidencialidad en la entrega de resultados, ni con consejeras que hablen creole.</p> <p>»Al realizarse el proceso de consentimiento informado con poco énfasis en la firma y en el entendimiento del proceso como tal, se comporta más como <i>opt out</i>, que como <i>opt in</i>. (El concepto de <i>opt out</i> se refiere a la introducción de un régimen de consejería y pruebas del VIH como parte sistemática de los servicios de salud prenatal en el que a las mujeres se les realiza la prueba del VIH si no la declina de manera explícita, lo cual sustituye el sistema de "prueba con opción de aceptar" (o prueba <i>opt in</i>), donde las mujeres (por lo menos en papel) tienen que consentir a la prueba en lo afirmativo).</p>
Pruebas del VIH	
<p>»Se cuenta con pruebas rápidas para el VIH en los establecimientos de segundo y tercer nivel de salud del país.</p>	<p>»Aunque se observó una mejora en el tamizaje a las mujeres embarazadas, los datos desagregados muestran muy baja cantidad de pruebas del VIH realizadas en comparación con el número de consultas prenatales.</p> <p>»Se cambian constantemente las marcas de los reactivos pero los servicios asumen que la realización de las pruebas lleva el mismo procedimiento.</p> <p>»Solo dos centros realizan las pruebas del VIH y entregan los resultados el mismo día.</p>

TARV	
<p>»Se cuenta con terapia triple para las mujeres embarazadas seropositivas al VIH.</p> <p>»Se han desarrollado manuales para los diferentes escenarios de presentación de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH.</p>	<p>»En algunos centros se percibe un manejo inadecuado de los esquemas de tratamiento y del seguimiento de la embarazada.</p> <p>»No se tiene estandarizado el monitoreo de la adherencia al tratamiento.</p>
Cesáreas	
<p>»Las cesáreas se incluyen como una estrategia de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.</p>	<p>»El sistema permite que pase la fecha estimada de parto de las mujeres con VIH y que la mujer entre al parto sin haberle practicado la cesárea (los resultados se entregan tarde, a las mujeres no se les da el seguimiento adecuado y algunos médicos todavía evitan hacer cesáreas a las mujeres con VIH).</p>
Componente postparto	
<p>»Se cuenta con fórmulas infantiles para la prevención postparto del VIH.</p> <p>»En algunos centros de salud se ha desarrollado un componente comunitario que permite el seguimiento de la madre y del niño y de la niña por lo menos durante dos años.</p>	<p>»El componente postparto del programa presenta múltiples debilidades: poco seguimiento después del parto, las mujeres se atienden en unidades diferentes (dificultades relativas a tiempo y costo para atención a ambos).</p> <p>»La dificultad en la obtención de las fórmulas infantiles, por no contarse con los insumos a la hora de una madre ir a retirarlos, puede provocar desconfianza de las madres recién integradas al programa en este servicio, inclinandolas por la lactancia materna.</p>
MEDICIÓN DEL IMPACTO DEL PNRTV	
<p>»Se han desarrollado flujogramas por la DIGECITSS para establecer el monitoreo de la infección en niños y niñas, lo cual permite medir el impacto del PNRTV.</p> <p>»Se cuenta con una base de datos del SIAI para medir el impacto del programa.</p> <p>»Las ENDESA y las encuestas de vigilancia centinela se podrían utilizar para medir el impacto del programa.</p>	<p>»Las pruebas de cargas virales se realizan con financiamiento internacional (Fundación Clinton).</p> <p>»Al no tenerse certeza de que la mujer fue incluida y bajo qué condiciones en el PNRTV, los datos de las cargas virales realizadas sólo dan una idea aproximada del impacto de las estrategias.</p> <p>»Los indicadores de la cascada de servicio deben ser revisados y es preciso verificar que estén acordes con los resultados esperados para el PNRTV.</p>
INFORMACIÓN A LA USUARIA	
<p>»Se han realizado algunos intentos de comunicar la urgencia en la embarazada de que reclame hacerse la prueba del VIH y de cómo prevenir la transmisión maternoinfantil por medio de afiches para los centros de salud y folletos para entregar a las usuarias.</p>	<p>»Desde el nivel central no existen mensajes de promoción y prevención.</p> <p>»En los hospitales a las usuarias no se les suele informar donde acudir, qué derechos tienen, qué procedimientos se le practica.</p> <p>»A las usuarias no se le provee toda la información individual sobre su condición de salud, opciones de tratamiento y procedimientos.</p>

DERECHOS HUMANOS	
<p>»El PNRTV ha logrado incluir dentro del recurso humano en salud a personas con VIH en calidad de consejera de par.</p> <p>»El PNRTV fue la puerta de entrada para que el Sistema Nacional de Salud iniciara con estrategias puntuales el tratamiento de personas con VIH.</p>	<p>»No se toman en cuenta las opiniones de la mujer con respecto a su propia condición de salud. El médico es quien determina lo que se debe hacer aunque la mujer embarazada pueda opinar de forma diferente.</p> <p>»Se siguen haciendo esterilizaciones compulsivas, ya sea sin consentimiento escrito de la usuaria o con el consentimiento obtenido bajo coerción.</p> <p>»Algunas usuarias no son informadas sobre qué procedimientos se les practicó, incluso en caso de esterilización.</p>
ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	
<p>»El estigma y la discriminación a las usuarias del PNRTV en los momentos actuales es menor que cuando se inició el paquete integrado de estrategias para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.</p>	<p>»Permanencia del estigma y la discriminación de mujeres con VIH en el contexto hospitalario en los ámbitos público y privado.</p> <p>»Tratos discriminatorios en la provisión de servicios, tanto a nivel público como privado, por parte del personal de salud y otras usuarias.</p> <p>»Falta de confidencialidad en el contexto hospitalario.</p>
ASPECTOS OPERACIONALES	
<p>»Mejoría en la distribución de medicamentos antirretrovirales.</p> <p>»Desarrollo de un sistema de información (SIAI) que permite recoger a tiempo los datos de los centros de salud para tomar decisiones oportunas.</p> <p>»Unidades de Atención Integral bien equipadas y amuebladas.</p> <p>»Los informantes coinciden en que las Unidades de PNRTV cuentan con un muy buen equipo humano. En algunos casos, las iniciativas espontáneas del personal promueven la integración con otros servicios en los hospitales y mejoran la calidad de la atención integral a la usuaria.</p>	<p>»Algunas provisiones del programa siguen siendo inestables por momentos (la fórmula escasea por momentos, los reactivos para las pruebas del VIH se acaban en algunas zonas del país).</p> <p>»El SIAI no se encuentra instalado en centros de primer nivel, que es la puerta de entrada al SNS.</p> <p>»Las unidades de atención están tan bien equipadas que se perciben como un programa aparte de los otros servicios de atención de los hospitales. A la vez, no se les permite a las usuarias del PNRTV beneficiarse de las facilidades provistas por otros programas (por "celos" de otros proveedores de salud).</p> <p>»El PNRTV no permite responder de manera integral a las necesidades de las usuarias (falta de dinero para pasaje o apoyo en alimentación). La falta de descentralización (ausencia de caja chica para comprar insumos, transporte a las usuarias) tampoco permite subsanar esta situación.</p>
INTEGRACIÓN DEL PNRTV CON EL SISTEMA DE SALUD	
<p>»El PNRTV ha elaborado normas y manuales con los servicios de Salud Materno Infantil, DIGPRES, DIGEPI y otras instituciones del Ministerio de Salud Pública del país.</p>	<p>»Poca articulación e integración del PNRTV del ámbito hospitalario con los otros componentes del SNS, lo que se percibe como una amenaza importante para su sostenibilidad.</p> <p>»No existe contrarreferencia de casos del nivel terciario al secundario y al primario. A las mujeres embarazadas se las capta en el nivel primario y éste las envía al nivel terciario, pero no se vuelve a tener información sobre la mujer embarazada.</p> <p>»La detección y la atención al VIH en el sector privado no se rigen por los mismos lineamientos que el sector público y existen pocas regulaciones efectivas.</p>

ASPECTOS PERSONALES DE LA MUJER EMBARAZADA Y SU VINCULACIÓN CON EL PNRTV

<p>»El PNRTV representa un escenario único para el manejo integral de la embarazada y su familia.</p> <p>»El PNRTV debe ser visto como el manejo integral para la reducción de la transmisión del VIH del trío madre-padre-hijo.</p>	<p>»Las usuarias del PNRTV no manejan suficiente información sobre el VIH y no tienen la suficiente base educativa para asimilar los mensajes educativos que se les proveen, lo cual interfiere con la efectividad del PNRTV. Algunas no le dan la importancia al tratamiento y seguimiento por el programa.</p> <p>»El contexto de pobreza extrema en el que se ven inmersas muchas de las usuarias del PNRTV limita su acceso a estos servicios (falta de dinero para el pasaje, debilidades de alimentación, necesidad de alimentar otros niños o niñas con la fórmula provista para el recién nacido y combinar la lactancia).</p>
	<p>»La negación del diagnóstico o el temor a la discriminación lleva a las mujeres identificadas con VIH a "desaparecerse" o a volver al centro de salud sólo en el momento del parto, lo cual reduce las posibilidades de una intervención oportuna.</p> <p>»El comportamiento de "víctima" contribuye a reproducir el estigma vinculado al VIH y al sida.</p>

Tabla 18: Luces y sombras en la integración y manejo de la sífilis en la atención prenatal de la embarazada en la República Dominicana. Septiembre de 2009.

LUCES	SOMBRAS
<p>INTEGRACIÓN CON LOS SERVICIOS DE PNRTV Y DE ATENCIÓN PRENATAL</p> <p>» La alta cobertura de atención prenatal representa un escenario favorable para el control y manejo del VIH y de la sífilis en la República Dominicana.</p>	<p>» Aunque los resultados de VDRL en muchos casos se entregan de manera conjunta en unidades del PNRTV, las consejeras no están preparadas para dar consejería en esta área; para esto se refiere a la usuaria al departamento de epidemiología.</p> <p>» No se incluye en las normas nacionales ni en los manuales para el manejo sintromico de las ITS el tratamiento a la mujer embarazada diagnosticada con sífilis.</p> <p>» La gran mayoría de las mujeres embarazadas no se le confirma el diagnóstico con FT-ABS.</p>
<p>CALIDAD DE CONSEJERÍA Y ORIENTACIÓN A LAS USUARIAS EN RELACIÓN CON SÍFILIS Y OTRAS ITS</p> <p>» Existe la oportunidad de entrenar a las mismas consejeras del PNRTV en el manejo integrado de la sífilis.</p>	<p>» Las mujeres con sífilis y otras ITS no están bien informadas con respecto a su condición de salud u opciones de tratamiento, aun en los casos en los que el tratamiento es gratuito.</p>
<p>SISTEMA DE INFORMACIÓN</p> <p>» El SIAI representa una oportunidad para integrar la información de ITS, sífilis y VIH al sistema nacional de información.</p> <p>» Con la inclusión de esta información en el SIAI- se podrán tomar decisiones oportunas y certeras en lo que respecta al diagnóstico y al manejo de las ITS, sífilis y VIH en el binomio madre-hijo.</p>	<p>» La información se limita a encuestas de vigilancia centinela y a estudios puntuales sobre coinfección VIH y sífilis.</p> <p>» No existe información de ámbito nacional sobre sífilis congénita.</p>
<p>ASPECTOS OPERATIVOS</p> <p>La prueba de VDRL se realiza de manera rutinaria a todas las mujeres embarazadas.</p>	<p>» No se realizan pruebas de VDRL en centros de primer nivel de atención.</p> <p>» No se disponen de datos de cobertura de tamizaje para sífilis en embarazadas provenientes de registros sistemáticos ya que el tiempo de entrega de los resultados no está establecido.</p> <p>» Existe desabastecimiento frecuente de reactivos en el sector público.</p> <p>» Falta de un control de calidad externo.</p> <p>» El manejo clínico de la infección está limitado por el no establecimiento de responsabilidades, según niveles de atención y la falta de compromiso de los recursos humanos para el seguimiento del tratamiento durante el embarazo y en recién nacido.</p>

Sólo el 18.0 por ciento de las entrevistadas reportó haber recibido todos los procedimientos estipulados en el contexto de su primera consulta prenatal, incluyendo la recopilación de su historia clínica y de datos gineco-obstétricos, el examen físico, la medición del peso y la evaluación de la tensión arterial.

Experiencia de la búsqueda de atención prenatal: Resultados de la encuesta a mujeres embarazadas

Esta sección presenta la perspectiva de las mujeres embarazadas que acuden a centros de salud de diferentes niveles de atención ubicados en dos áreas de salud de la capital de la República Dominicana, barreras potenciales y oportunidades que pueden mejorar la atención prenatal, incluyendo el tamizaje, la prevención y la atención del VIH y de la sífilis. Con el fin de que estos resultados sean comparables con las iniciativas equivalentes desarrolladas de manera paralela en otros países de América Latina, el instrumento de recopilación de datos empleado en esta fase

del estudio reproduce el formato diseñado para otros países de ILAP⁴⁹ con sólo unos cambios mínimos e imprescindibles para asegurar su relevancia y aplicabilidad local.

Estos resultados parten del análisis de 200 entrevistas con usuarias de centros de salud de diferentes niveles de atención, de las cuales 120 (60 por ciento) se realizaron en el Área II y 80 (40 por ciento) en el Área V de salud de la ciudad de Santo Domingo. La Tabla 19 refleja la distribución de la muestra. Los objetivos y la metodología están en el Anexo 2.

Tabla 19: Distribución de la muestra

Centros de Salud	Nivel de atención	Porcentaje de población que atiende	Muestra
Área de Salud II (n = 8,124)			n = 80
Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina	III	75%	60
Centro de Auxilio Mutuo San Vicente de Paúl	II	15%	12
Unidad de Atención Primaria Los Tres Brazos	I	10%	8

Área de Salud V (n = 11,979)			n = 120
Hospital Materno Infantil Nuestra Señora de La Altagracia	III	75%	90
Sub-Centro de Mata Hambre	II	15%	18
Unidad de Atención Primaria El Manguito	I	10%	12

Información sociodemográfica

La edad de las participantes osciló entre 14 y 47 años, con la media de 24.7 (DE=6.1) y la mayoría (54.6 por ciento) de ellas estaba en el grupo de 15 a 24 años de edad. El 19.1 por ciento de las entrevistadas reportó tener 19 años de edad o menos, lo cual corresponde a la población adolescente en la actual organización de servicios de salud en el país. El 53.5 por ciento de las participantes afirmaron haber nacido en la Provincia Santo Domingo y el Distrito Nacional, mientras que el resto de ellas procedía del interior del país y, en 4 casos (2.0 por ciento), de Haití.

Sólo el 20.5 por ciento de las participantes dijeron tener alguna labor remunerada en el momento de la entrevista. Veintidós de ellas (11.0 por ciento) contaban con un empleo fijo (asalariado). Los ingresos familiares reportados oscilaron entre RD\$ 500 y RD\$ 35,000 mensuales, con la media de RD\$ 6,195.18 (DE=5,807.18), aunque 50 participantes (25.0 por ciento) reportaron no tener ningún ingreso fijo.

El 5.0 por ciento de las participantes (10 mujeres) afirmaron no haber entrado en contacto con la educación formal en ningún

momento de su vida, mientras que 8 de las que sí tuvieron este contacto (4.0 por ciento) no habían aprobado el primer curso de primaria. El resto de las entrevistadas completó por lo menos algún curso de educación primaria (31.8 por ciento), secundaria (46.7 por ciento) o está actualmente cursando alguna carrera universitaria (16.0 por ciento). Estos datos indican un bajo nivel educativo general en la población abordada. Pudiera asumirse que muchas de las mujeres que completaron apenas unos cursos de educación primaria posiblemente también presentan algún grado de analfabetismo funcional.

La mayoría de las entrevistadas (71.0 por ciento) reportó estar en unión libre con su pareja actual y 18 de ellas (9.0 por ciento) dijeron estar casadas por ley. Diez mujeres (5.0 por ciento) dijeron estar separadas de su pareja y 29 de ellas (14.5 por ciento) se describieron como solteras en el momento de la entrevista. El 70.0 por ciento de las participantes dijeron vivir con su familia nuclear (pareja e hijos), mientras que 12.0 por ciento dijo vivir con la familia extensa; 9.0 por ciento de ellas dijo ser cabeza de familia (vivir sola o con sus hijos). Diecisiete mujeres (8.5 por ciento) afirmaron que su pareja actual no era el padre de su futuro hijo o hija.

El 78.4 por ciento de las participantes que tienen pareja afirmaron vivir en la misma casa con él, mientras que en 9.7 por ciento de ellas la pareja visita frecuentemente. Nueve mujeres (5.4 por ciento) dijeron desconocer el nivel educativo de su pareja. El resto de ellas afirmó que su pareja completó por lo menos algún grado de educación primaria (28.9 por ciento), secundaria (43.4 por ciento) o ha ingresado a alguna carrera universitaria (15.7 por ciento).

La gran mayoría de las participantes (87.0 por ciento) no especificaron tener ningún tipo de seguro médico, mientras que 12 de ellas (6.0 por ciento) afirmaron pertenecer al régimen contributivo. Sólo 14 mujeres (7.0 por ciento) dijeron pertenecer al régimen subsidiado, con afiliación, en todos los casos, a la Administradora de Riesgos de Salud del Seguro Nacional de Salud (SENASA).

Historia obstétrica y embarazo actual

Cuarenta mujeres (20.0 por ciento) dijeron estar embarazadas por primera vez en el momento de la entrevista. La mayoría de las participantes con embarazos subsecuentes reportó haber tenido uno (22.5 por ciento), dos (21.5 por ciento) o tres (20.0 por ciento) embarazos previos. No obstante, 17 mujeres (8.5 por ciento) afirmaron haber tenido 5 o más embarazos previos al actual.

La mayoría de las mujeres con embarazos subsecuentes (46.0 por ciento de la muestra total) afirmaron haber tenido por lo menos un parto vaginal previo, mientras que 36 de ellas (18.0 por ciento) dijeron haber tenido uno (11.5 por ciento) o dos (6.5 por ciento) partos por cesárea antes de este embarazo. De las mujeres que han estado embarazadas previamente, 51 (50.5 por ciento de la muestra total) reportaron haber tenido por lo menos un aborto espontáneo, mientras que 5 mujeres (2.5 por ciento de la muestra total) reportaron uno (3 mujeres) o dos (2 mujeres) abortos inducidos en embarazos previos.

La edad gestacional reportada por las participantes osciló entre 5 y 42 semanas,

con la media de 30.0 (DE=8.7). El 59.0 por ciento de las entrevistadas estaba en el tercer trimestre en el momento de la entrevista, mientras que el 31.5 por ciento estaba en el segundo y 8.5 por ciento en el primer trimestre del embarazo actual.

La mayoría de las entrevistadas (49.5 por ciento) afirmó haberse realizado la prueba de embarazo en un hospital u otro centro de salud pública, mientras que 29.0 por ciento lo hizo en un centro de salud o consultorio privado. Sólo quince mujeres (7.5 por ciento) reportaron haberse realizado la prueba de embarazo en sus casas. Este bajo porcentaje de pruebas en los domicilios implica una oportunidad para la realización de las pruebas del VIH y sífilis para las mujeres embarazadas en el contexto de los centros de salud que ofrecen atención prenatal. Sólo el 60.5 por ciento de las participantes pudieron especificar la fecha aproximada en la cual se realizaron la prueba de embarazo. El tiempo transcurrido osciló entre esta fecha y el día de la entrevista entre 0 y 41 semanas, con 23.5 semanas en promedio (DE=10.1).

Primera visita prenatal

El 81.5 por ciento de las participantes pudieron especificar la fecha aproximada de su primera consulta prenatal para el embarazo actual. Trece participantes (6.5 por ciento) fueron entrevistadas en el mismo día de esta consulta, mientras que en las demás el tiempo transcurrido entre la primera consulta prenatal y la entrevista osciló entre 1 y 40 semanas, con la media de 16.2 semanas (DE=10.3). Para las 123 mujeres (61.5 por ciento de la muestra) que pudieron especificar tanto la fecha aproximada de su prueba de embarazo como la de su primera consulta prenatal, el tiempo máximo transcurrido entre estas dos fechas osciló entre 0 y 33 semanas con la mediana de 5.0 semanas (media=8.6, DE=9.5). El 50.4 por ciento de estas participantes afirmó haber acudido a su primera consulta prenatal antes de cumplirse un mes desde su prueba de embarazo positiva. Estos resultados son congruentes con la alta cobertura de atención prenatal en la República Dominicana y la

tendencia de la mujer dominicana a procurar esta atención temprano en el embarazo, reportada en estudios previos^{5, 50}.

Sólo 16 mujeres (8.0 por ciento) reportaron haber tenido su primera consulta prenatal en un centro de salud o consultorio privado, mientras que el resto de ellas dijo haber acudido para estos fines a un hospital (76.5 por ciento) u otro centro de salud pública (12.0 por ciento). El 76.5 por ciento de ellas tuvo su primera consulta prenatal para el embarazo actual en el mismo centro de salud en el que se realizaron las entrevistas. Sólo dos de los centros reportados por las mujeres para su primera consulta prenatal se encuentran en el interior del país (Baní y Monte Plata).

La mayoría de las entrevistadas (68.5 por ciento) especificó que llegó al centro de salud en el cual se hizo su primera consulta prenatal utilizando el transporte público, mientras que el 18.5 por ciento de ellas dijo haberlo hecho caminando; 10.5 por ciento de las mujeres dijeron que las había traído un amigo o familiar. Aquellas mujeres que reportaron haber pagado el transporte hasta este centro de salud requirieron entre RD\$15 y RD\$400 para cubrir este gasto de ida y vuelta. El gasto promedio fue de RD\$70.9 pesos dominicanos (DE=45.7).

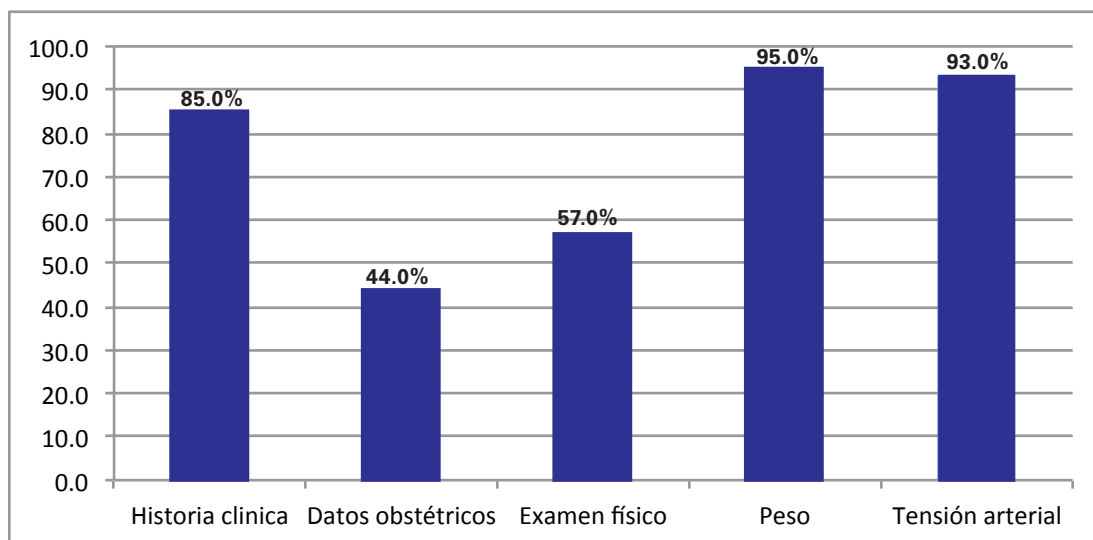
Solamente 18 mujeres (9.0 por ciento) indicaron haber tenido dificultades para llegar al centro de salud en el que recibieron su primera consulta prenatal. Estas dificultades estuvieron relacionadas en su mayoría con obstáculos para conseguir el transporte público hasta el centro de salud y el dinero para cubrir ese gasto, la necesidad de levantarse muy temprano para llegar a tiempo para recibir los tickets y, en el caso de una mujer, a la dificultad de conseguir a alguien que cuide a su otro hijo o hija en el día de la consulta.

El 6.5 por ciento de las participantes dijo haber acudido a su primera consulta prenatal con el

fin de confirmar la existencia del embarazo. No obstante, la gran mayoría de ellas afirmó haberlo hecho cuando ya supo que estaba embarazada, para asegurarse del buen avance de su embarazo (49.0 por ciento) y el bienestar de su futuro hijo o hija (14.5 por ciento). A la vez, 16.0 por ciento de ellas dijo haberlo hecho porque es lo que corresponde hacer cuando una mujer está embarazada. Solamente doce mujeres (6.0 por ciento) dijeron haber ido a su primera consulta prenatal motivadas por un dolor u otra molestia que sentían. Estos datos señalan el reconocimiento de la importancia de la atención prenatal sistemática entre las participantes y que su preocupación por la salud propia y la de su hijo o hija son los motivos más frecuentes para procurarla.

Sólo el 18.0 por ciento de las entrevistadas reportó haber recibido todos los procedimientos estipulados en el contexto de su primera consulta prenatal, incluyendo la recopilación de su historia clínica y de datos gineco-obstétricos, el examen físico, la medición del peso y la evaluación de la tensión arterial. A la vez, según muestra el Gráfico 10, aunque el registro de la historia clínica y la medición del peso fueron reportados por la mayoría de las entrevistadas (87.0 por ciento y 92.5 por ciento, respectivamente), es importante señalar que el 11.5 por ciento de ellas no recordaba el procedimiento de evaluación de la tensión arterial. Asimismo, sólo el 55.5 por ciento de las participantes recordaba que se le hubiera practicado un examen físico en la ocasión de su primera consulta prenatal, mientras que menos de la mitad de ellas (46.5 por ciento) reportaron que les habían solicitado datos gineco-obstétricos. Estos datos son congruentes con los hallazgos de estudios previos que señalan importantes limitaciones en la calidad de la atención prenatal, pese a su alta cobertura en el país⁵.

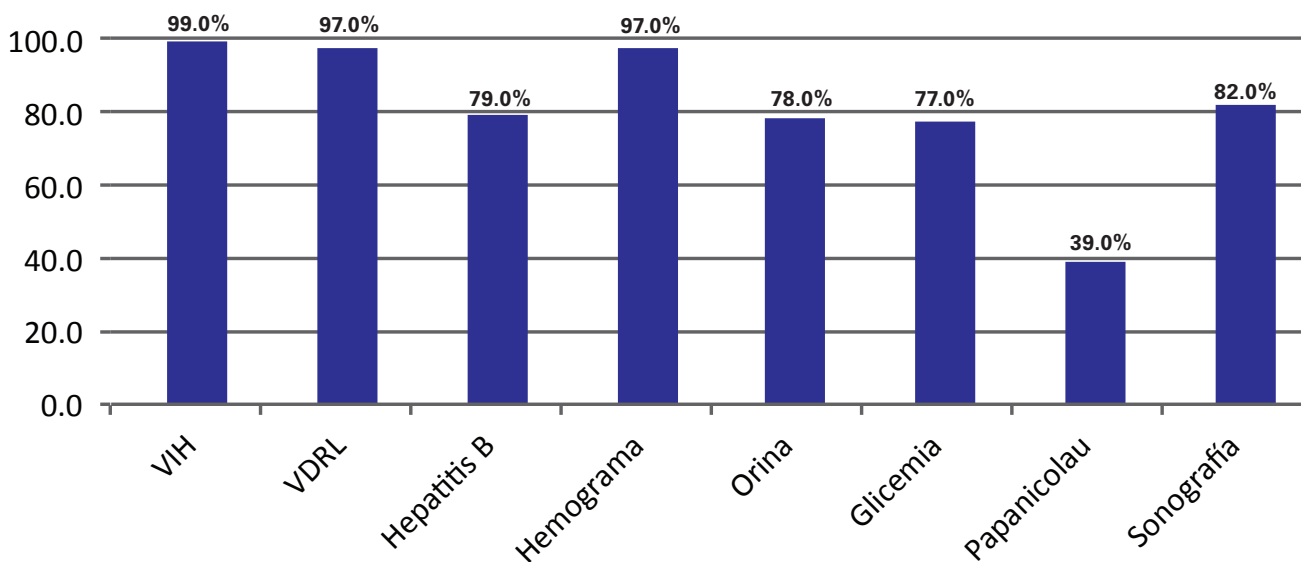
Gráfico 10: Procedimientos durante la primera visita prenatal



Por otro lado, según muestra el Gráfico 11, el 29.2 por ciento de las entrevistadas reportaron haber recibido la indicación de todos los exámenes sistemáticos en el contexto de la primera consulta prenatal,

incluyendo las pruebas de laboratorio (VIH, VRDL, hepatitis B, hemograma, examen de orina y glicemia), la prueba de Papanicolaou y la realización de una sonografía

Gráfico 11: Análisis indicados en la primera consulta prenatal



Entre los análisis más frecuentemente señalados por las entrevistadas como indicados en la primera consulta prenatal figuran la prueba del VIH (98.4 por ciento), la prueba de VDRL (92.2 por ciento) y el hemograma (91.1 por ciento), junto a la sonografía (82.8 por ciento). Las pruebas de hepatitis B, el examen de orina y el de glicemia también fueron mencionadas por la mayoría de las entrevistadas (77.6 por ciento, 76.0 por ciento y 72.9 por ciento, respectivamente). La indicación del examen de Papanicolaou, por otro lado, fue reportada solamente por el 38.0 por ciento de las entrevistadas. Cabe señalar que estos datos parten de la información recordada por las participantes con respecto a su primera consulta prenatal y no necesariamente reflejan la ausencia real de indicación de estos exámenes. Esta observación queda apoyada por la mención más frecuente de las pruebas más visibles y reconocidas por las entrevistadas.

Al ser preguntadas de manera directa sobre la indicación de pruebas de detección de ITS, el 62.0 por ciento de las participantes dijeron que se las habían indicado durante la primera consulta prenatal. El 97.7 por ciento de las mujeres que recordaban esta indicación en el contexto de la primera consulta refirieron que se les indicó la prueba del VIH, mientras que el 25.7 por ciento de ellas señaló también la prueba de VDRL. El 37.5 por ciento de las participantes afirmaron recordar que se les había hablado sobre la sífilis durante la primera consulta prenatal, incluyendo su definición como una infección de transmisión sexual y sus formas de transmisión. Varias entrevistadas mencionaron de manera espontánea el rotafolio empleado en el contexto de la consejería prenatal del VIH desde los inicios del año 2009 como fuente de información específica sobre las diferentes ITS.

Algunas participantes afirmaron haber sido referidas a servicios de laboratorio (97.4 por ciento), Papanicolaou (28.6 por ciento) y sonografía (49.2 por ciento) en el contexto de su primera consulta prenatal. Una parte de ellas (20.4 por ciento, 44.9 por ciento y 45.6

por ciento, respectivamente) acudieron a un centro de salud diferente para acceder a estos servicios. No obstante, la gran mayoría de estas mujeres expresaron no haber encontrado dificultades significativas en este proceso, con excepción de 6 entrevistadas (3.0 por ciento de la muestra total) quienes reportaron problemas de transporte y tiempos largos de espera en los servicios recibidos en los centros de referencia.

El 69.5 por ciento de las participantes incurrió en algún gasto para acudir a servicios de referencia, oscilando el monto invertido entre RD\$ 50 y RD\$ 2,500, con el gasto promedio de RD\$338.9 (DE=320.5). La gran mayoría de estas mujeres (89.9 por ciento) reportaron haber cubierto los costos de estos estudios con recursos propios, aun cuando algunas de ellas afirmaron que los habían cubierto por el seguro médico (13 mujeres, 9.4 por ciento) o por su empleador (1 mujer, 0.7 por ciento).

El 70.5 por ciento de las participantes reportó la asignación de una cita para la consulta de seguimiento en el contexto de la primera visita prenatal. El tiempo para esta cita osciló entre 1 y 20 semanas a partir de la primera consulta, con el promedio de 4.8 semanas (DE=3.9). El 67.7 por ciento de las participantes tenía su segunda cita prenatal programada para menos de un mes a partir de la primera visita. El tiempo real transcurrido entre la primera y la segunda visita de control prenatal reportado por aquellas mujeres que tuvieron ambas consultas fue ligeramente mayor (media 7.0 semanas, DE=6.2 semanas), si bien aun en este caso el 61.8 por ciento de las participantes había asistido a su segunda consulta dentro de un mes a partir de la primera.

Consejería en salud sexual y reproductiva

El 71.5 por ciento de las participantes afirmaron haber sido referidas a la consejería en salud sexual y reproductiva durante su primera consulta prenatal. Según muestran estudios previos conducidos con esta población en el país,⁷ muchas usuarias de servicios públicos de salud no identifican la consejería

grupal implementada por el PNRTV como consejería sino más bien como “charla”, por lo cual podría esperarse que el acceso real de las mujeres embarazadas a este tipo de consejería en la República Dominicana sea más frecuente que el reportado por ellas mismas.

El 15.8 por ciento (n=21) de las mujeres que fueron referidas a la consejería en salud sexual y reproductiva dijeron haberse trasladado a otro centro de salud pública para estos fines. Si bien solamente una de las mujeres que tuvieron que hacer este traslado reportó dificultades relativas a transporte, de manera general este grupo de mujeres presentó un lapso de tiempo mayor entre la primera consulta prenatal y la consejería en salud sexual y reproductiva, que superó los seis meses en tres casos (16.8 por ciento). Este dato señala la importancia de la disponibilidad de servicios de consejería en VIH y otras ITS en el contexto de los mismos centros de salud en los que se provee la atención prenatal, con el fin de facilitar el acceso de las mujeres embarazadas a este servicio y reducir así el tiempo entre su primera consulta prenatal y esta consejería ²¹.

Las mujeres que recibieron consejería en salud sexual y reproductiva afirmaron que les había sido impartida por un médico (48.5 por ciento), una enfermera (7.6 por ciento) o un consejero (43.9 por ciento). Cabe observar que estas afirmaciones de las entrevistadas no necesariamente reflejan la realidad de la consejería en salud sexual y reproductiva en los centros estudiados, ya que en la mayoría de estos centros la consejería es regularmente impartida por consejeras pares. Esta situación podría quedar explicada por la tendencia de muchas usuarias a asumir que todo el personal que labora en los centros de salud, incluyendo el personal involucrado en la consejería, tiene formación médica. Solamente 16 participantes (12.6 por ciento) que acudieron a la primera consulta prenatal en un centro de nivel primario o secundario con una menor demanda de servicios reportaron haber recibido esta consejería de manera individual, mientras que el resto de ellas lo hizo junto con otras gestantes.

El 77.4 por ciento (n=103) de las mujeres que afirmaron haber recibido consejería en salud sexual y reproductiva reportaron haber sido informadas sobre la prueba del VIH durante la consejería. Entre otros aspectos, estas mujeres dijeron haber recibido la información sobre la necesidad de una prueba confirmatoria en el caso de que la primera hubiera salido positiva, así como sobre la existencia del período de ventana y la necesidad de usar condones y de repetir la prueba a los seis meses siguientes para asegurarse el seroestatus negativo, en el caso de que la primera prueba haya sido negativa. Asimismo, las mujeres han reportado estar al tanto sobre la existencia del tratamiento antirretroviral a través de pastillas, señalando también otros procedimientos para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, incluyendo la realización de una cesárea electiva. Muchas mujeres también destacaron la importancia de autocuidados para las personas con VIH, así como su capacidad de vivir una vida normal con el tratamiento adecuado.

Entre los conocimientos nuevos adquiridos durante la consejería en salud sexual y reproductiva, las participantes destacaron las diferentes formas de transmisión del VIH, así como las posibilidades de prevenir la transmisión materno-infantil de este virus y la disponibilidad de tratamiento antirretroviral para las personas con el VIH y el sida. Algunas mujeres también señalaron el cambio de actitudes hacia las personas que viven con esta condición de salud a partir de la información provista en la consejería.

Es importante tomar en cuenta, no obstante, que el 65.6 por ciento de las entrevistadas afirmó haber tenido información sobre la prueba del VIH para las mujeres embarazadas previo a su primera consulta prenatal. Entre las principales fuentes de esta información destacan los servicios de atención prenatal (88.4 por ciento), televisión (37.7 por ciento), prensa (34.8 por ciento) y radio (28.9 por ciento). Estos resultados indican la relevancia de los servicios de atención prenatal para la transmisión de la información relativa al VIH y al sida a la población dominicana.

Prueba del VIH

El 87.2 por ciento (n=171) de las entrevistadas dijo haberse realizado una prueba del VIH en el embarazo actual, mientras que 13 de ellas (6.6 por ciento) fueron entrevistadas en el momento de su primera consulta prenatal, antes de poder realizarse esta prueba. El 23.9 por ciento (n=41) de las entrevistadas que se realizaron la prueba del VIH afirmaron haberlo hecho en otro centro de salud, de las cuales 14 mujeres (34.1 por ciento) lo hicieron en una fecha diferente a la de la consejería en salud sexual y reproductiva.

La mayoría de estas mujeres reportaron haberse hecho la prueba del VIH en un lapso de tiempo menor de 2 semanas a partir de la consejería recibida. No obstante, 3 (7.3 por ciento) participantes dijeron haberse hecho la prueba del VIH, respectivamente, 3, 4 y 6 meses después de haber recibido la consejería. Este dato indica, una vez más, la importancia de la disponibilidad de servicios integrales de consejería y prueba del VIH (prueba y entrega de resultados el mismo día) en los mismos centros de salud en los que se provee la atención prenatal, con el fin de reducir el tiempo requerido para el acceso a cada servicio individual por parte de las usuarias.

El 91.9 por ciento de las participantes que se realizaron la prueba del VIH dijeron haberlo hecho debido a la indicación médica, aun cuando 5 (3.9 por ciento) de ellas también afirmaron haber tenido curiosidad con respecto al resultado de la misma; tres mujeres (2.3 por ciento) afirmaron haberse realizado la prueba porque “tenían dudas” o “tenían síntomas extraños”. Es interesante observar que ninguna de las participantes señaló un acuerdo con su pareja como el motivo principal de su prueba del VIH.

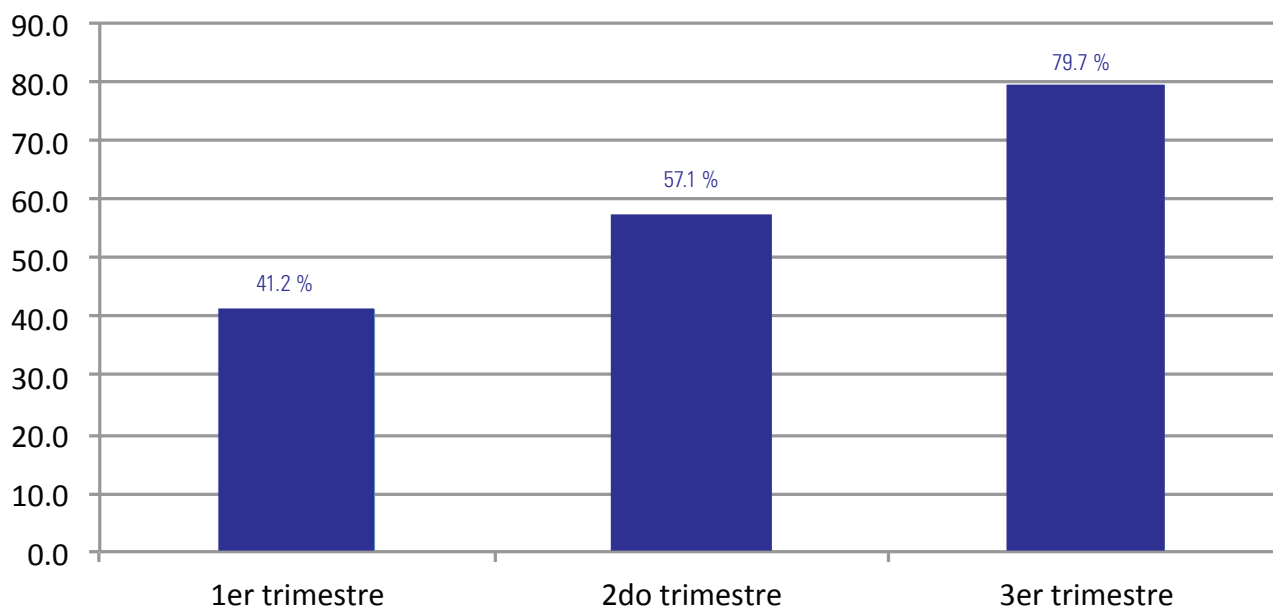
Por otro lado, 29 mujeres (16.9 por ciento) que se realizaron la prueba del VIH dijeron no haber otorgado su consentimiento para la misma o no poder recordar si lo habían hecho, mientras que otras 24 (14.0 por ciento) reportaron no haber firmado un

documento para estos fines. Estos datos indican la importancia de reforzar el proceso de consentimiento informado para la prueba del VIH en el contexto de la consejería prenatal del VIH en los servicios públicos de salud.

Muchas participantes reconocieron el carácter gratuito de la prueba del VIH, si bien algunas de ellas destacaron los costos de las otras pruebas prenatales realizadas de manera conjunta con la del VIH, que oscilan entre RD\$ 100 y RD\$ 1,600 de costo directo para la embarazada. El 76.6 por ciento (n=91) de las entrevistadas que afirmó haber incurrido en algún tipo de gasto para realizarse la prueba del VIH reportó también haberlo cubierto con sus propios recursos o los de alguien de su hogar, mientras que sólo 8 personas (6.7 por ciento) dijeron haber contado con el apoyo de algún seguro médico, público o privado, para estos fines. Este procedimiento podría implicar un obstáculo para el acceso de las mujeres embarazadas a las pruebas gratuitas del VIH, dado que, con frecuencia, necesitan reunir el monto requerido para los otros análisis antes de la toma de sangre. De manera congruente con esta hipótesis, dos (16.6 por ciento) de las 12 participantes que no se han realizado la prueba del VIH hasta la fecha señalaron de manera espontánea el costo de las otras pruebas como la razón que explica por qué todavía no han accedido a este servicio.

El 80.1 por ciento (n=137) de las entrevistadas que se habían hecho la prueba del VIH previo a la entrevista afirmaron también haber recibido sus resultados. Este número equivale al 68.5 por ciento de la muestra total del estudio, lo cual deja en evidencia que un 31.5 por ciento de las mujeres embarazadas entrevistadas no contaban con este resultado en la fecha de la entrevista. No obstante, según muestra el Gráfico 12, el porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido los resultados de la prueba del VIH aumenta de manera notable a medida en que se acerca el momento del parto.

Gráfico 12: Porcentaje de embarazadas con resultados del VIH por trimestre de embarazo



Entre las mujeres que pudieron especificar una fecha aproximada de la entrega de resultados ($n=120$), el 86.7 por ciento afirmó haberlos recibido el mismo día de la prueba y otro 9.1 por ciento dijo haber tenido estos resultados en la fecha de su segunda visita prenatal o antes de ésta. A la mayoría de las entrevistadas (54.7 por ciento) que recibieron el resultado de su prueba del VIH, éste se lo entregó un consejero, mientras que el resto lo recibió de una enfermera (33.6 por ciento) o un médico (9.4 por ciento).

La mayoría de las mujeres (94.9 por ciento) que recibieron sus resultados de la prueba del VIH expresaron que la forma de entrega les pareció "bien", mientras que siete de ellas (5.1 por ciento) expresaron críticas relativas a este proceso, referidas de manera general a la falta de orientación y consejería en el mismo. No obstante, al preguntarlas de forma directa sobre la orientación recibida en torno al significado de sus resultados y

las medidas a tomar en el futuro, el 39.4 por ciento y el 44.5 por ciento de las entrevistadas, respectivamente, expresaron no haber recibido ninguna. Esto en cierta forma refleja la baja calidad de la consejería y de su rol importante en aspectos preventivos. Algunas participantes, sin embargo, reportaron haber recibido orientaciones sobre el uso del condón como una forma de prevención del VIH y sobre la importancia de la prueba del VIH para su pareja con el fin de conocer su estatus serológico.

Atención a embarazadas diagnosticadas con VIH

Diecisiete mujeres de la muestra total (8.5 por ciento), todas en el segundo y tercer trimestre del embarazo en el momento de la entrevista, afirmaron que su prueba del VIH resultó positiva. No obstante, sólo 4 (23.5 por ciento) de ellas dijeron que les había sido indicada una prueba confirmatoria y apenas 2 (11.7 por ciento) de ellas se hicieron esta

prueba. Una de las personas que no se hizo la prueba confirmatoria a pesar de la indicación afirmó que “no quiso hacérsela”, mientras que otra de ellas no dio explicaciones al respecto. Ambos resultados de la prueba confirmatoria, también positivos, les fueron entregados a las entrevistadas por un médico y un consejero, respectivamente. Las orientaciones recibidas en esa ocasión, según las entrevistadas, estuvieron centradas en explicarles que las personas con VIH pueden llevar una vida normal, a la vez que les repitieron “lo mismo que les habían dicho antes”.

De las mujeres que se identificaron con VIH, 8 (47.1 por ciento) afirmaron que les fue indicada la prueba de CD4, mientras que 11 (64.7 por ciento) dijeron que les indicaron la prueba de carga viral. Si bien todas las mujeres con la indicación de la prueba de CD4 dijeron habérsela realizado, solamente 5 mujeres (29.4 por ciento) con la indicación de la prueba de carga viral afirmaron lo mismo. De manera importante, tres de las mujeres que no se habían hecho la prueba de carga viral a pesar de la indicación explicaron esta situación por la falta de reactivos en el laboratorio al que fueron referidas. Este dato es congruente con los hallazgos de la Fase IA de este estudio, que señalan las dificultades originadas en el desabastecimiento temporal de los reactivos para la respuesta adecuada a las necesidades de las mujeres embarazadas diagnosticadas con el VIH.

Por otro lado, varias entrevistadas con VIH no supieron decir si les fueron indicadas las pruebas de CD4 y de carga viral durante el embarazo (23.5 por ciento y 29.4 por ciento de este grupo de entrevistadas, respectivamente) y otras afirmaron que no les habían hablado de estas pruebas. Este dato indica la presencia de debilidades en la orientación y consejería de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH como una herramienta fundamental para su empoderamiento frente a su condición de salud.

Todas las mujeres que han tenido acceso a las pruebas de CD4 y carga viral afirmaron

que se las han realizado sin costo alguno, aunque algunas de ellas señalaron haber tenido dificultades para cubrir los gastos de pasaje para acudir al laboratorio. Estos gastos oscilaron entre RD\$ 40 y RD\$ 300, dependiendo de la distancia entre la residencia de la entrevistada y el laboratorio al que fueron referidas. Dos participantes señalaron que les fue difícil encontrar el laboratorio, por lo cual tuvieron que caminar mucho y se perdieron en el camino.

A 14 de las 17 entrevistadas con VIH (82.4 por ciento) les indicaron antirretrovirales, en su mayoría (n=7, 53.8 por ciento) con el objetivo de prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH. Tres mujeres (23.1 por ciento) señalaron que les indicaron los antirretrovirales para proteger su propia salud, mientras que otras dos refirieron haberlos recibido para prevenir la transmisión perinatal y proteger su salud (15.4 por ciento). Tres mujeres a quienes se les indicó TARV, todas ellas en el tercer trimestre del embarazo, no la habían iniciado en el momento de la entrevista. Estas mujeres, a la vez, no han tenido acceso a la prueba de carga viral a pesar de su indicación. Dos de ellas explicaron que esto se debía a que el médico todavía no les había dado el esquema para esta terapia, mientras que la tercera no sabía cómo explicar este retraso en el inicio de tratamiento. Esta situación pone de manifiesto debilidades en la cascada de servicios de PNRTV que en ocasiones conducen al atraso en el inicio de TARV en las mujeres embarazadas con VIH, aun en los casos en los que el diagnóstico de su condición de salud haya sido realizado temprano en la gestación.

Todas las mujeres que estaban recibiendo la terapia antirretroviral en el momento de la entrevista (n=11, 64.7 por ciento) afirmaron que se la estaban suministrando de manera gratuita y sin obstáculos burocráticos, con el único compromiso de acudir a la consulta con regularidad para retirar los medicamentos. No obstante, cuatro mujeres señalaron tener dificultades para cubrir los gastos de transporte y expresaron la necesidad de recibir ayuda con estos gastos para poder acudir a sus

citas con regularidad. A la vez, una de las entrevistadas explicó su falta de adherencia al tratamiento antirretroviral por razones fundamentadas en el estigma vinculado al VIH: al trabajar en una casa de familia no se atrevía a tomarse los medicamentos que le entregaron porque sus empleadores se “iban a dar cuenta” y se iba a quedar sin empleo. Estas circunstancias referidas por las participantes con VIH refuerzan los hallazgos de la Fase IA de este presente estudio, al destacar la importancia de ajustar la organización de servicios de PNRTV al perfil de sus usuarias y las condiciones socio-económicas y culturales de cada grupo poblacional.

Por otro lado, sólo 8 de las entrevistadas con VIH (47.1 por ciento) afirmaron que han recibido orientaciones con respecto a la prevención secundaria del VIH. Señalaron que les han hablado de la importancia de pruebas del VIH para sus hijos e hijas, parejas actuales y otros contactos sexuales. No obstante, la mayoría de ellas reportó que no les han revelado el diagnóstico del VIH a sus parejas o que no sabían si la pareja se había realizado la prueba o no. Sólo dos mujeres conversaron con su pareja de manera abierta sobre este tema: en un caso, el compañero de la mujer decidió no hacerse la prueba del VIH porque “él no le da mente a eso” y en otro caso los resultados de la prueba del compañero resultaron negativos. Estos datos reiteran las debilidades previamente señaladas en el ámbito de la consejería a las mujeres embarazadas con VIH y ponen de manifiesto la necesidad de ajustar esta consejería a las necesidades individuales de cada mujer, de manera enfocada en las destrezas de comunicación y el involucramiento

de sus compañeros en el proceso de prevención de la transmisión materno-infantil y sexual del VIH en el contexto de la pareja.

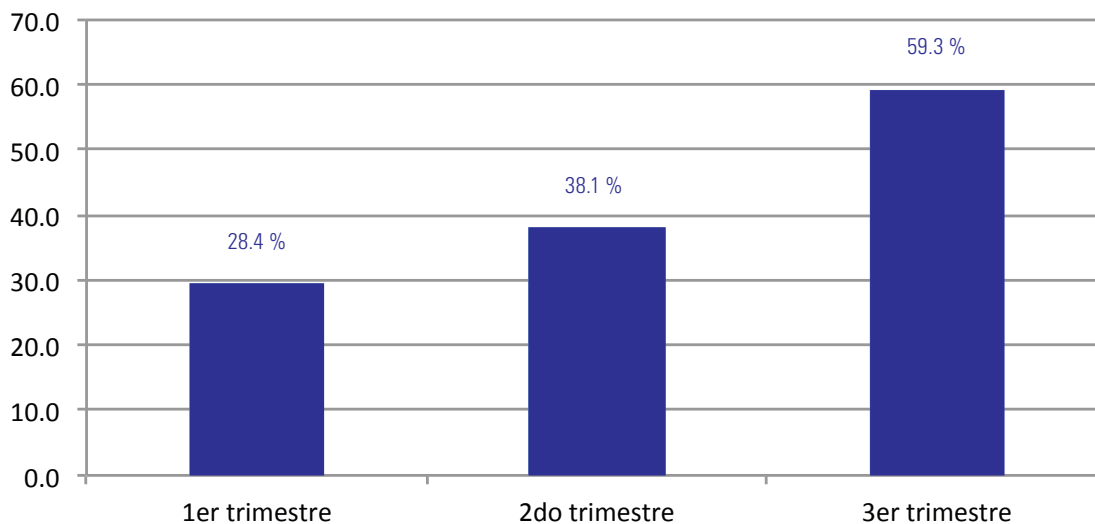
Sólo dos de las mujeres embarazadas que conocían su estatus serológico previo al embarazo actual afirmaron haberlo planificado. Una de ellas tenía dos hijas y estaba deseando tener un niño en esta ocasión y otra, con 6 hijos e hijas, afirmó que decidió tener este embarazo para tener el parto por cesárea y “prepararse”. Ninguna de ellas conocía sus valores de CD4 y carga viral antes de quedarse embarazadas.

Entrega de resultados de la prueba de detección de la sífilis

De las mujeres que reportaron haberse realizado una prueba de VDRL (n=166), el 59.6 por ciento afirmó haber recibido los resultados de esta prueba. De ellas, el 42.4 por ciento dijo haberlos recibido en la fecha de su segunda visita prenatal o previo a ésta, mientras que el 19.1 por ciento tuvo acceso al resultado en fechas posteriores; el restante 38.5 por ciento de las entrevistadas que recibieron sus resultados de VDRL no pudieron especificar la fecha de esta entrega.

De manera similar a lo observado en el caso de la prueba del VIH, el porcentaje de embarazadas que disponen de los resultados de su prueba de VDRL incrementa de manera notable en la medida en que se acerca la fecha de parto de la mujer (ver Gráfico 13). Pero a diferencia de los resultados de la prueba del VIH, aun entre las mujeres que estaban en el tercer trimestre del embarazo en el momento de la entrevista la disponibilidad de los resultados de la prueba de VDRL no superó el 59.3 por ciento.

Gráfico 13: Porcentaje de embarazadas con resultados de VDRL por trimestre de embarazo



El 50.5 por ciento de las mujeres entrevistadas recibieron sus resultados de la prueba de VDRL de un o una laboratorista, mientras que el resto de ellas dijo que se los entregó una enfermera (36.4 por ciento) o médico (13.1 por ciento). La mayoría de las mujeres que recibieron los resultados de VDRL afirmaron que la forma en que éstos les fueron entregados les parecía “bien”; sólo 4 personas (4.0 por ciento) expresaron de manera espontánea críticas relativas a la falta de orientación y a la poca eficiencia del personal involucrado en este proceso.

Al preguntarse de manera directa sobre estos aspectos, muchas entrevistadas reportaron no haber recibido ninguna orientación en torno a su resultado (51.5 por ciento por ciento) ni en cuanto a las acciones a seguir a partir de éste (49.4 por ciento por ciento). Sólo 9 mujeres (9.1 por ciento) afirmaron de manera espontánea que las informaron sobre la necesidad de “protegerse” para prevenir la sífilis en el momento de la entrega de sus resultados de VDRL. Tres de ellas (3.0 por ciento) señalaron el uso del condón como una forma específica de protección.

Una de las entrevistadas (0.5 por ciento de la muestra total), de 20 años de edad y residente en Santo Domingo Este, reportó que el resultado de su prueba de VDRL realizada en otro centro de salud pública fue positivo y que, a pesar de haber recibido la consejería postprueba del VIH, no recibió orientación alguna con respecto a su estatus VDRL y afirmó que en el momento de la entrevista no estaba recibiendo ningún tipo de tratamiento para la sífilis.

Este dato refleja la relevancia de oportunidades perdidas en el contexto del PNRTV para la prevención y el tratamiento de la sífilis y otras ITS en el embarazo. Asimismo, de manera general, los resultados de esta fase de estudio indican la presencia de debilidades importantes en el proceso de la consejería y la prueba prenatal de VDRL en los servicios públicos de salud, en particular en el ámbito de las orientaciones provistas a las usuarias. Estas debilidades son mucho más notables en el área de la sífilis en comparación con el proceso de prueba y consejería del VIH en el mismo contexto de la atención prenatal.

Aunque los servicios públicos de salud relevantes para la atención prenatal parecen estar disponibles y, en gran parte, accesibles para la población de mujeres de bajos ingresos económicos, la calidad de la atención es cuestionable.

Conclusiones del estudio

1. Tal y como muestran estudios previos sobre este tema, las mujeres priorizan la atención prenatal a partir de su importancia para la salud propia y la de su futuro hijo o hija. La atención prenatal se entiende como una responsabilidad de la mujer.
2. Aunque los servicios públicos de salud relevantes para la atención prenatal parecen estar disponibles y, en gran parte, accesibles para la población de mujeres de bajos ingresos económicos, la calidad de la atención es cuestionable.
3. La consejería y la prueba del VIH durante la atención prenatal funciona como parte del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical. La gran mayoría de las mujeres embarazadas se realiza la prueba del VIH durante la atención prenatal, pero se destacan varias limitaciones en este proceso:
 - Aun cuando la prueba del VIH es gratuita, el hecho de que sea realizada con otras pruebas sistemáticas indicadas en el embarazo, muchas de las cuales tienen un costo muy alto para la población de bajos ingresos, interfiere con el acceso real de las mujeres embarazadas a este servicio.
 - Existen irregularidades en la provisión de la consejería preprueba y postprueba del VIH. La consejería de tipo grupal se confunde con frecuencia con una simple “charla” por parte de las usuarias. A la vez, muchos de los mensajes impartidos en este tipo de consejería no son captados por las mujeres embarazadas, quienes en ocasiones entienden que no han recibido orientación alguna en este proceso.
 - La consejería provista como parte del PNRTV suele estar limitada al tema de la prueba del VIH, lo cual constituye una oportunidad perdida para el abordaje de otros temas de salud sexual y reproductiva relevantes para las mujeres embarazadas y sus parejas ⁵¹. Estas sesiones deben también aprovecharse para hablar de otros aspectos relacionados con la salud de la mujer y del niño o de la niña, como la lactancia materna, la prevención y tratamiento de la tuberculosis, el dengue y la malaria y la importancia de la vacunación.
 - La necesidad de volver en varias ocasiones para recibir los resultados

de la prueba del VIH, y ante la posibilidad de que se tenga que acudir a otro centro de salud para realizarse esta prueba, podría impedir que una mujer complete todo el proceso de consejería y prueba voluntaria del VIH, incrementando, a la vez, el lapso de tiempo necesario para completarlo.

4. De manera congruente con los hallazgos de la Fase IA, los servicios provistos a las mujeres embarazadas con VIH presentan múltiples debilidades:
 - El desabastecimiento temporal de los reactivos para la respuesta adecuada a las necesidades de las mujeres embarazadas diagnosticadas con el VIH.
 - Las dificultades logísticas vinculadas a las pruebas de CD4 y carga viral retrasan el inicio del tratamiento antirretroviral y, por ende, su impacto.
 - Las actividades educativas y de consejería a las mujeres embarazadas con VIH no logran transmitir la información suficiente para que las usuarias de estos servicios comprendan adecuadamente su condición de salud y se empoderen.
 - La consejería provista a las mujeres embarazadas con VIH no da suficiente énfasis a la prevención secundaria, en particular las habilidades de la mujer para comunicarle el diagnóstico a su pareja e involucrarlo en el proceso de prevención de la transmisión vertical del VIH.
 - La organización de servicios de PNRTV no toma en cuenta el perfil de sus usuarias en el proceso de diseño de las intervenciones, tales como sus

dificultades para cubrir el traslado al centro de salud, su situación laboral o el impacto del estigma sentido.

5. Aunque la prueba de VDRL forma parte de los análisis sistemáticos indicados a las mujeres embarazadas durante la atención prenatal, la parte de consejería – incluyendo los aspectos de información y orientación a la usuaria – presenta limitaciones todavía más marcadas que lo observado en el caso de la prueba del VIH. En este sentido:
 - Muchas embarazadas se realizan la prueba de VDRL sin darse cuenta de hacerlo, lo cual constituye una oportunidad perdida para la orientación y la concientización de las mujeres con respecto a la importancia y las medidas de prevención de la sífilis en el embarazo.
 - No existen procedimientos establecidos con claridad para la consejería vinculada a la sífilis y otras ITS durante la atención prenatal. La información provista a las usuarias depende de la iniciativa y el tiempo disponible de cada proveedor o proveedora de salud.
6. Los resultados de la Fase IB del presente estudio indican la falta actual de integración y coordinación de los servicios correspondientes a la consejería y la prueba voluntaria del VIH y la de VDRL (entre otras ITS), que funcionan de manera relativamente independiente.
7. El servicio de consejería y prueba voluntaria del VIH provisto por el PNRTV constituye una oportunidad para la integración de la consejería relativa a la sífilis y otras ITS y para el acceso a las pruebas de detección para las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal.

El Sistema de Información en Atención Integral (SIAI) es el sistema electrónico creado para proveer atención integral al VIH y ha agilizado la recolección de datos para la planificación y la toma de decisiones relacionadas al VIH.

Estrategias sugeridas para la integración de la atención prenatal con el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis en República Dominicana

A partir de la discusión de los puntos anteriores, en las reuniones que se celebraron en Santo Domingo en octubre y noviembre de 2009 generamos la Tabla

20, que resume los problemas principales y las estrategias que deberían seguirse para integrar la atención prenatal con la detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis.

Tabla 20: Áreas identificadas para fortalecer la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis en la República Dominicana

Brechas Principales Identificadas	Alternativas de Solución
1. Planificación Con Datos Incompletos	
<ol style="list-style-type: none"> 1. »No hay un registro de información de salud que sea unificado y confiable en el país. 2. »Los diferentes departamentos de la SESPAS usan un sistema informático, pero sólo un 30 por ciento de los departamentos lo utilizan correctamente. 3. »Los clínicos no entienden cómo funciona el flujo de información: existen diferentes flujos de información en las diferentes provincias y regiones. 4. »El Sistema de Información en Atención Integral (SIAI) es el sistema electrónico creado para proveer atención integral al VIH y ha agilizado la recolección de datos para la planificación y la toma de decisiones relacionadas al VIH. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. »Crear un sistema único de información en salud que integre los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), del SIAI y de otros mecanismos existentes de datos de salud. 2. »Coordinar las responsabilidades de cada institución y asignar las funciones y los datos que manejará cada una. 3. »Mejorar los sistemas de información a niveles estratégicos, incluyendo el apoyo de actividades de datos administrativos en áreas de servicios de salud que puedan coordinar y recolectar datos entre programas (por ejemplo, VIH, Salud Materno Infantil). 4. »Consolidar los formularios que se utilizan en la atención clínica para simplificar su uso y crear reportes estandarizados.

<p>Sin embargo:</p> <ol style="list-style-type: none"> Funciona en paralelo y no recoge datos de salud materna e infantil. Los centros de atención primaria, en donde los datos no se recolectan con computadoras, no pueden enviar información. Tampoco incluye la información relacionada a la sífilis ni a ninguna otra ITS. 	<ol style="list-style-type: none"> »Capacitar al personal de la atención primaria para que la presentación de datos sea precisa y oportuna y aumentar la supervisión para dicho fin. »Asegurar que el expediente de la embarazada esté completo, que sea recuperable y que sus datos sean entendibles y estandarizados, en particular para que puedan utilizarse cuando llega a emergencias o al parto, para evitar que el carnet prenatal (si está disponible) sea la única fuente de información clínica y para evitar tratar a la mujer parturienta como paciente nueva. »Establecer sistemas de información para centralizar los datos en los establecimientos secundarios y terciarios a través de los departamentos de salud provinciales. »Crear un mecanismo de registro oficial de recolección de los datos sobre los resultados de las pruebas de la sífilis que permita captar de forma estandarizada el sexo y la condición de embarazada así como la entrega del resultado o la anotación en el expediente.
2. Gestión y financiamiento de las pruebas diagnósticas	
<ol style="list-style-type: none"> »No está claro si existe un proceso estándar entre las provincias y regiones para determinar cómo y cuándo solicitar, obtener y distribuir las pruebas diagnósticas. »El proceso está muy claro para administradores a nivel central y directores de los centros de salud – aunque lo mantienen como un código entre ellos. »La administración centralizada de las pruebas (Fondo Mundial – COPRESIDA – DIGECITSS) resulta con frecuencia en la carencia de pruebas del VIH en los centros de salud. »Los reactivos se producen de manera comercial, sin un control de calidad sistemático en el país, y se presupone que la producción de pruebas es idéntica. 	<ol style="list-style-type: none"> »Crear un sistema centralizado para obtener y distribuir pruebas diagnósticas a partir de las proyecciones estimadas identificadas a nivel provincial. »Estandarizar los procedimientos definidos para comprar, adquirir y distribuir las pruebas diagnósticas. »Estandarizar los tipos de pruebas diagnósticas que se pueden comprar y mantener un criterio de calidad y de especificaciones técnicas que debe guiar la decisión de compra de pruebas diagnósticas en el país. »Incrementar fondos para asegurar un suministro constante de equipos de pruebas e instrumentos. »Adquirir equipos de laboratorio para realizar conteos de CD4 para establecimientos de salud estratégicos en el país. »Asignar una fuente sostenible de fondos para adquirir equipos para realizar conteos de CD4. »Incluir la proyección de incidencia de sífilis en la adquisición de penicilina benzatínica. »Mejorar el control de calidad y la capacitación del personal técnico de laboratorio. Realizar controles de calidad externos e internos en cada laboratorio.
3. Distribución y compra de antirretrovirales y penicilina benzatínica	
<ol style="list-style-type: none"> »Los ARV están provistos por el Fondo Mundial por medio de COPRESIDA a partir de los estimados anuales hechos por DIGECITSS, la cual suministra a los centros de salud a partir de las solicitudes que éstos realizan. »No hay un registro escrito ni instrucciones para el proceso sobre cómo los centros de salud deben solicitarle los ARV a la DIGETISS. Al parecer, el proceso está claro para los administradores a nivel central y los directores de los centros de salud. »Los ARV se distribuyen por medio de una compañía privada, a través de la cual cuesta mucho garantizar la fiabilidad. »La adquisición de penicilina benzatínica no se planifica de manera específica para el tratamiento de la sífilis materna y congénita ni para el tratamiento de los contactos sexuales. 	<ol style="list-style-type: none"> »Crear un sistema unificado que refuerce la obtención y la distribución de medicamentos, reactivos y suministros. »Mejorar los sistemas de inventarios para evitar que los medicamentos, reactivos y suministros se queden almacenados en Yobel y que los establecimientos se queden desabastecidos. »Transferir la responsabilidad de la distribución de los ARV al Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE). »Incrementar fondos para garantizar el suministro constante de ARV. »Asignar penicilina benzatínica para su uso en atención prenatal y neonatal, incluyendo a contactos sexuales. »Crear un mecanismo para que los medicamentos, reactivos y suministros se utilicen por orden de caducidad.

4. Acceso a la atención prenatal y postnatal

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. »El Sistema Nacional de Salud (SNS) no toma en cuenta las características de las mujeres que requieren atención prenatal en el país. Como resultado, la planificación no toma en cuenta: <ol style="list-style-type: none"> a. »El origen de las mujeres y los factores que intervienen en sus decisiones de asistir a un centro de salud determinado (por ejemplo, el nivel de familiarización con el centro). b. »El perfil sociocultural de las mujeres, tal como la pobreza y el nivel de educación. c. »Las prácticas y normas culturales, incluyendo la función social de las mujeres (por ejemplo, preparar el almuerzo para la familia). 2. »Periodos largos de espera para recibir atención en salud. 3. »Deficiencias en la facilitación de información, educación y comunicación (IEC) a las mujeres; los mensajes no siempre se comunican de forma correcta. 4. »Las visitas en el hogar no son parte de la cultura del SNS, lo que disminuye las oportunidades para proveer atención prenatal y para el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical (PRTV). 5. »Existen varios obstáculos administrativos: <ol style="list-style-type: none"> a. Cobrar por las pruebas serológicas para la sífilis (VRDL) y otras pruebas de rutina durante el embarazo. b. »Atención individual para el VIH y la sífilis. c. »Las pruebas no se registran en el primer nivel de atención. d. »Hay falta de personal, alta rotación de personal y falta de capacitación en las regiones más pobres. | <ol style="list-style-type: none"> 1. »Reforzar la División de Promoción de la Salud y sus campañas de información y educación, tomando en cuenta el bajo nivel de alfabetización de la población y usando los datos socioeconómicos recolectados durante la atención prenatal. 2. »Sensibilizar a profesionales y administradores de servicios de salud sobre la importancia de realizar cambios en la organización de las instalaciones de salud para disminuir los períodos de espera, sobre todo en el nivel secundario y terciario—en específico por las dificultades que los períodos largos de espera causan a las mujeres que viven en la pobreza. 3. »Promover visitas en el hogar, lo cual requeriría ampliar el número de personal de salud. 4. »Fortalecer la atención primaria para facilitar la captación más temprana de las mujeres embarazadas y reforzar su confianza en el establecimiento más próximo a su hogar. 5. »Asegurar que en casos de referimiento la embarazada llega al establecimiento al que la refieren y que recibe la atención que requiere. Referir a pacientes no consiste sólo en rellenar la ficha de referencia sino en garantizar el seguimiento clínico adecuado. 6. »Definir el papel del personal médico, enfermería y consejería para que cada quien entienda sus responsabilidades técnicas en el seguimiento de la embarazada. |
|--|--|

5. Articulación de la atención durante el control prenatal

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. »El SNS no ofrece un programa integral para la atención del VIH y de la sífilis para las mujeres embarazadas, especialmente en los centros de salud con personal e infraestructura limitada. 2. »Falta de coordinación y desigualdad en tratamientos entre el programa de PRTV y otros programas de atención materno infantil en diferentes hospitales. 3. »Demoras en la entrega de pruebas de laboratorio; aun cuando se utilizan las pruebas rápidas, los resultados llegan una semana después de haber extraído la sangre para el análisis. 4. »Cierta personal no cualificado toma decisiones sobre el orden de prioridad en la atención prenatal. 5. »Existen disparidades en la infraestructura y en las operaciones del programa de PRTV en diferentes áreas del país. 6. »Ciertos obstáculos operacionales limitan la eficacia del programa de PRTV: <ol style="list-style-type: none"> a. »Insuficiencia de suministros de equipos de pruebas e instrumentos b. »Falta de ayuda para el transporte y la comida de mujeres embarazadas. c. »Comunicación limitada con el Programa de Lactancia Materna. d. »Incluso con las grandes cifras de población haitiana que no habla español, las personas que realizan la consejería no hablan creole haitiano, excepto en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. | <ol style="list-style-type: none"> 1. »Sensibilizar a los profesionales de salud sobre la relevancia de realizar pruebas sistemáticas del VIH y de sífilis a todas las mujeres embarazadas o puérperas—sin importar si presentan síntomas o características de alto riesgo. 2. »Desarrollar estrategias de capacitación que superen las dificultades presentadas por la rotación de los médicos de plantilla del hospital—en especial de los médicos residentes en el servicio rural. 3. »Promover la retroalimentación continua al personal de la atención en salud sobre sus procedimientos para garantizar el cumplimiento de las normas y los protocolos. 4. »Capacitar al personal administrativo para garantizar el buen flujo de la embarazada dentro del establecimiento de salud y evitar que se pierda o que no llegue al servicio donde tiene que recibir atención especializada. 5. »Mejorar la calidad de la consejería preprueba y postprueba del VIH y que además incluya información sobre temas más amplios de salud sexual y reproductiva y que incluya el tema de la alimentación infantil. Todas las consejerías deberían incluir una información básica común y estandarizada. |
|--|--|

	<ol style="list-style-type: none"> 6. »Cuando se puedan realizar las pruebas del VIH y de sífilis en el mismo establecimiento en el que se ofrece atención prenatal, promover la realización de las pruebas y la entrega de resultados ese mismo día sin que la mujer embarazada tenga que presentarse en ayunas para realizar las otras pruebas prenatales. 7. »Cambiar el horario de la toma de muestra y del análisis en el laboratorio para que concuerde con el horario de la atención prenatal y se elimine la necesidad de programar otra cita para la mujer embarazada. 8. »Promover sólo una extracción de sangre en los puestos y centros de salud y el transporte de muestras de sangres—en lugar de transportar a la mujer embarazada para realizar las pruebas de sangre. 9. »Realizar una segunda prueba del VIH y de sífilis para poder diagnosticar a las mujeres que tuvieron resultados negativos en las primeras pruebas y tal vez sufren una seroconversión o se hayan infectado durante el embarazo. 10. »Mejorar el monitoreo del resultado de cada embarazada a la que se diagnostica con sífilis. 11. »Capacitar al personal del hospital sobre la prevención de la transmisión vertical y mejorar la comunicación entre el programa de PNRTV y el personal general del hospital, incluyendo el personal del departamento de emergencias. 12. »Coordinar el servicio de emergencias con el de laboratorio para vincular la realización y los resultados de las pruebas a la atención de emergencias. 13. »En embarazadas con VIH, realizar las pruebas de CD4 y carga viral de manera sistemática, pero con justificación clínica, e incluirlas en el esquema de pruebas que se indican durante el embarazo. 14. »Asegurar que el momento del parto no es cuando termina la atención a la mujer diagnosticada con VIH o sífilis.
6. Obtención de los resultados de laboratorio	
<ol style="list-style-type: none"> 1. »Existen muchas limitaciones que se observaron en los primeros años del programa de PRTV que han mejorado, pero aun persisten algunas. 2. »Existen demoras en el tiempo de procesamiento de los resultados de laboratorio (sólo hay dos centros de salud en la capital que entregan los resultados en el mismo día en que se realizan las pruebas). 3. »En algunos casos, las mujeres no regresan para recibir los resultados de las pruebas, sólo regresan para dar a luz. 4. »No existen leyes para repetir la detección sistemática del VIH y de la sífilis durante el último trimestre del embarazo. 5. »No hay consistencia en la verificación del estado del VIH de las mujeres embarazadas que reciben atención en el departamento de emergencias. 6. Los resultados del VIH se comprueban con dos pruebas en paralelo provistas por compañías diferentes, que sin embargo no utilizan principios activos diferentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. »Realizar la consejería y la prueba del VIH con comunicación de los resultados en el mismo día con el fin de reducir el tiempo de procesamiento para las pruebas del VIH, tal como se está haciendo en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. 2. »Desarrollar una estrategia para introducir la detección rápida para la sífilis y procesar las muestras al mismo tiempo en que se procesan las pruebas del VIH. 3. »Mejorar la comunicación y coordinación entre los laboratorios de los hospitales, los departamentos de epidemiología y los departamentos de emergencias para un entendimiento más completo de los resultados positivos de pruebas y el número de mujeres que necesitan seguimiento durante el embarazo. 4. »Garantizar que se siguen las normas técnicas existentes para que se realicen los resultados de las pruebas del VIH y sífilis durante el tercer trimestre del embarazo. 5. »Crear un mecanismo de control entre las unidades de atención primaria (UNAP) y los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención para establecer en qué punto se deberían realizar las pruebas diagnósticas y la entrega de los resultados. 6. »Asegurar que los establecimientos en los que se van a realizar las pruebas cuentan con los instrumentos necesarios para indicar, procesar y entregar los resultados.

7. Tiempo de inicio de la profilaxis y el tratamiento antirretroviral durante el embarazo

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. »La demora en la entrega de los resultados de laboratorio tiene consecuencias en la inicialización de la profilaxis antirretroviral (PAR) y del tratamiento antirretroviral (TARV) en las mujeres con VIH, así como en las oportunidades para proveer tratamiento para la sífilis materna y prevenir la sífilis congénita. 2. »En algunos centros de salud, no se administran los programas de TARV de forma apropiada y falta un sistema de monitoreo estándar de cumplimiento. 3. »Existe inestabilidad financiera en la obtención de indicadores inmunológicos para el conteo de CD4 y la carga viral para monitorear a las mujeres embarazadas y a sus recién nacidos. | <ol style="list-style-type: none"> 1. »Crear un proceso para incluir los resultados de pruebas del VIH y sífilis en la historia clínica de las mujeres embarazadas sin tener que esperar a que recojan los resultados en el laboratorio. 2. »Si las mujeres con resultados positivos al VIH o a la sífilis no regresan para recibir tratamiento, crear un proceso con trabajadores comunitarios de atención primaria para ubicarlas y motivarlas a que reciban tratamiento (sin revelar su estado). 3. »Agrupar a todas las mujeres con resultados positivos en la categoría de alto riesgo obstétrico y crear un método de notificación rápida para poder agilizar la comunicación de los casos sospechosos al departamento de epidemiología—para facilitar su seguimiento de acuerdo a las normas técnicas. 4. »Asegurar que los protocolos nacionales contengan las directrices consensuadas con las recomendaciones de la OMS/OPS para que garanticen las buenas prácticas en la atención a la embarazada y recién nacido expuesto al VIH o a la sífilis. 5. »Proveer profilaxis antirretroviral (PAR) a las mujeres con resultados positivos al VIH sin tener que esperar los conteos de CD4 y las pruebas de cargas virales. 6. »Sistematizar la entrega de ARV y su registro para facilitar los mecanismos de monitoreo de la adherencia al tratamiento o a la profilaxis. 7. »Seguir las normas técnicas en todas las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH de forma individual y completa y llevar a cabo estudios de casos. 8. »Utilizar el proceso de seguimiento habilitado gracias al método de notificación rápida para garantizar que todas las mujeres diagnosticadas con VIH reciban PAR o TARV, tal como está indicado en las normas técnicas. 9. »Utilizar este proceso para mejorar el reporte de datos sobre el número real de mujeres que reciben PAR o TARV tal como está indicado en las normas técnicas. |
|---|---|

8. Seguimiento tras el parto a la mujer diagnosticada con VIH o sífilis y al recién nacido expuesto

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. »Seguimiento de atención débil para las mujeres y sus recién nacidos. 2. »Las mujeres permanecen en diferentes unidades que los recién nacidos. 3. »Existen dificultades en la obtención de fórmulas lácteas. 4. »Se desconocen la atención provista bajo el programa de PRTV, sólo los datos de las pruebas de cargas virales proveen una idea aproximada sobre el impacto de las estrategias. | <ol style="list-style-type: none"> 1. »Fortalecer los vínculos entre los hospitales en donde las mujeres dan a luz y las redes de atención primaria en donde ellas residen para promover la continuidad de la atención después del parto. 2. »Realizar pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en recién nacidos de madres con VIH y reforzar que la prueba forme parte del procedimiento estándar. 3. »Incrementar la asignación de recursos para reforzar el seguimiento postparto de las mujeres y sus hijos. 4. »Garantizar que los niños expuestos al VIH tienen acceso gratuito a la fórmula láctea y al agua potable y que la mujer puérpera entiende bien el riesgo que conlleva la alimentación infantil que mezcla la lactancia materna con la fórmula láctea. 5. »Asegurar que la mujer puérpera con VIH tiene opciones de planificación familiar que respondan a sus necesidades y su voluntad y sin demoras. 6. »Integrar los servicios de atención prenatal con la atención pediátrica para garantizar el seguimiento al recién nacido expuesto al VIH y a la sífilis. |
|---|---|

9. Actitud del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. »Existen informes constantes sobre las prácticas que violan los derechos humanos: <ol style="list-style-type: none"> a. »Las opiniones de las mujeres hacia su propio estado de salud no se toman en cuenta; los doctores toman las decisiones. b. »Existen esterilizaciones obligatorias, incluso sin el consentimiento de la mujer o con consentimiento forzado. c. »A algunas mujeres no se les informa sobre las intervenciones que se les realiza, incluyendo las esterilizaciones. 2. »La falta de confidencialidad y las prácticas discriminatorias resaltan el estigma y la discriminación hacia las mujeres con VIH. 3. »La falta de equipos motiva el miedo de contagio en el personal de salud y resulta en la práctica de negarles a las mujeres con VIH la opción de recibir una cesárea. 4. »Existen falencias en la integración con otros servicios de salud materno infantil: se otorga una atención desproporcionada a la prevención de la transmisión materno infantil a expensas de la atención a la madre. | <ol style="list-style-type: none"> 1. »Promover la necesidad de universalizar medidas de bioseguridad en los establecimientos de salud como fin propio y para mejorar la calidad de la atención de las personas con VIH. 2. »Capacitar al personal de salud en todas sus etapas de formación, desde las facultades de medicina y enfermería, sobre las interacciones entre pacientes y médicos. 3. »Identificar indicadores para evaluar el trato humanizado del personal médico hacia las mujeres embarazadas. 4. »Crear mecanismos que promuevan el compromiso de todo el personal de salud y administrativo con la atención de calidad de la mujer embarazada. |
|--|---|



Anexos

Anexo 1:

Listado de entrevistas individuales y grupales realizadas para la Fase 1A

Entrevistas			
	Nombre	Posición / perfil	Fecha
1	Dr. Luis Peña	Encargado VIH/sida ITS, Hospital Jaime Mota, Barahona	22 de abril de 2009
2	Dr. Bienvenido Vera	Epidemiólogo y Coordinador PNRTV Cabral y Báez, Santiago	23 de abril de 2009
3	Dr. Luis Rivera	Director del Departamento de Neonatología, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	29 de abril de 2009
4	Dr. Osvaldo Lorenzo	Encargado PNRTV, DIGECITSS	20 de mayo, 20 de agosto, 21 de septiembre y 25 de septiembre de 2009
5	Dra. Mayra García	Encargada Unidad de ITS, DIGECITSS	25 de mayo, 30 de junio, 20 de agosto, 22 de septiembre y 25 de septiembre de 2009.
6	Dra. Marisol Peña	Epidemiología	26 de mayo de 2009
7	Mujer embarazada	San Lorenzo de Los Mina	22 de mayo de 2009

8	Mujer embarazada	Sabana Perdida	22 de mayo de 2009
9	Mujer embarazada	Villa Faro	23 de mayo de 2009
10	Mujer embarazada	San Lorenzo de Los Mina	23 de mayo de 2009
11	Dr. Chevalier	Encargado de Programa Transmisión Vertical Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	15 de junio de 2009
12.	Dra. Claudia Bautista	Punto Focal COPRESIDA Transmisión Vertical	26 de mayo, 29 de junio, 10 de agosto, 22 de septiembre y 25 de septiembre de 2009.

Entrevistas grupales

	Nombre	Fecha
1	Tomadores de decisiones	29 de abril de 2009
2	Consejeras pares	30 de abril de 2009
3	Trabajadores comunitarios (visitadores domiciliarios)	5 de mayo de 2009
4	Proveedores de servicios de salud de tercer nivel	7 de mayo de 2009

Anexo 2:

Objetivos del estudio y metodología de la Fase 1B

El objetivo general es determinar las barreras socioeconómicas y estructurales en la integración de la atención prenatal con el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis, así como el perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres embarazadas que acuden a la consulta prenatal de hospitales, subcentros y unidades de atención primaria en salud de dos áreas de salud de la capital de la República Dominicana.

Los objetivos específicos son:

1. Identificar las barreras socioeconómicas y estructurales en la integración de la atención prenatal con el diagnóstico y el tratamiento del VIH y la sífilis que perciben las mujeres embarazadas que acuden a la consulta prenatal de centros de diferentes niveles de atención de dos áreas de salud de la capital de la República Dominicana.
2. Explorar la relación entre lo observado en la evaluación etnográfica (Fase 1a) con lo reportado por las mujeres embarazadas sobre la atención integral del VIH y la detección de la sífilis en centros de diferentes niveles de atención de dos áreas de salud de la capital de la República Dominicana (Fase 1B).
3. Describir posibles perfiles sociodemográficos y clínicos de embarazadas que acceden a las pruebas del VIH y sífilis en centros de

diferentes niveles de atención en la capital de la República Dominicana.

Se trata de un diseño descriptivo, observacional y transversal. El cálculo muestral se realizó tomando como referencia las estimaciones realizadas para otros países de ILAP. En República Dominicana se decidió tomar una muestra de 200 mujeres embarazadas para realizar las encuestas y se eligió como unidad primaria el hospital de tercer nivel y, dependiendo de su localización, se seleccionó un centro de atención de segundo y primer nivel localizados en la misma área de acción. De esta forma, se eligieron los dos hospitales materno infantiles más importantes de la República Dominicana, la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia y el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, ubicados en las Áreas V y II de salud de la ciudad de Santo Domingo, respectivamente. De estas mismas áreas se seleccionaron dos subcentros de salud y dos unidades de atención primaria para distribuir la muestra de embarazadas en centros de segundo y primer nivel de atención. La muestra se distribuyó de manera proporcional, dependiendo del número de mujeres embarazadas que se atendieron en estas áreas de salud y del porcentaje de mujeres embarazadas atendidas en estos centros durante el año 2008, según se presenta en la Tabla 17.

Para el cálculo muestral, se partió de las 200 embarazadas que eran necesarias para

llevar a cabo la Fase Ib. Luego, se calculó el porcentaje que representaba por áreas de salud la estimación de estas 200 embarazadas. Es decir, si el área de salud II atendió 8,124 y el área V unas 11,979 embarazadas, esto hace un total de pacientes atendidas de 20,103, correspondiéndole al área II el 40 por ciento y al área V el 60 por ciento de las mujeres embarazadas atendidas en esas dos áreas de salud en 2008. Al utilizar estos porcentajes para la distribución de las 200 embarazadas, el 40 por ciento ($n = 80$) corresponde al área II y el 60 por ciento ($n = 120$) corresponde al área V de salud.

Una vez conocida la muestra total por áreas de salud, se distribuyó de manera proporcional el número de embarazadas según el nivel de atención del centro de salud. Para el tercer, segundo y primer nivel de atención, el porcentaje de asistencia a las mujeres embarazadas reportadas para 2008 fue del 75 por ciento, 15 por ciento y 10 por ciento, respectivamente (ver Cuadro 1). Por consiguiente, la distribución de 80 embarazadas en el área II fue de 75 por ciento para el hospital de tercer nivel ($n = 60$), 15 por ciento para el centro de salud de segundo nivel de atención ($n = 12$) y 10 por ciento para la Unidad de Atención Primaria ($n = 8$). De igual forma, la distribución de 120 embarazadas en el área V fue de 75 por ciento para el hospital de tercer nivel ($n = 90$), 15 por ciento para el centro de salud de Segundo nivel de atención ($n = 18$) y 10 por ciento para la Unidad de Atención Primaria ($n = 12$).

Las participantes en el estudio fueron reclutadas de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: 1) toda embarazada que asistió a los centros de salud seleccionados fue invitada a participar en la encuesta; 2) toda embarazada que aceptó llenar la encuesta, luego de participar en un proceso de consentimiento informado y haber firmado por escrito el formulario de consentimiento, fue incluida en el estudio. Como criterios de exclusión, toda embarazada que no aceptó o no pudo participar en el proceso de consentimiento informado fue excluida del estudio.

Esta fase se realizó desde una perspectiva fundamentalmente cuantitativa, empleando como la principal técnica de recopilación de datos un cuestionario estructurado que sigue el mismo formato que el de otros países que forman parte de ILAP⁴⁹. Este instrumento, junto al formulario diseñado para la obtención del consentimiento informado de las participantes, fue revisado y aprobado por el Comité de Ética Independiente del CENISMI previo a su administración en el proceso de recopilación de datos.

La investigadora principal y el coordinador de investigación se dirigieron a los centros de salud escogidos para analizar su disponibilidad de participar en el estudio. Todas las instituciones abordadas estuvieron de acuerdo con participar. Se pidió permiso a las autoridades y proveedores de servicios de los centros de salud para conocer su infraestructura laboral y desarrollar los procesos logísticos pertinentes para la realización de las encuestas. Posteriormente se realizó un entrenamiento a los encuestadores en torno a los procedimientos de administración del cuestionario, el proceso de consentimiento informado y otros aspectos logísticos y éticos relevantes para el proceso de recopilación de datos. La primera semana de estudio se condujo una prueba piloto para evaluar el tiempo que tomaban las entrevistas, factores logísticos y la comodidad de los encuestadores en el proceso de implementación de la encuesta. Los datos de esta prueba piloto no están incluidos en el análisis final de los datos.

Los datos se recolectaron mediante visitas diarias del equipo encuestador a los centros de salud incluidos en la investigación. Se abordaron mujeres embarazadas identificadas en las áreas de espera de los diferentes servicios de estos centros, incluyendo el seguimiento al embarazo normal, de alto riesgo y embarazo en adolescentes. Los y las encuestadores administraron los cuestionarios a las mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, previa autorización mediante la firma de un consentimiento informado.

Al final de cada encuesta se le entregó un lapicero a cada embarazada encuestada como muestra de agradecimiento por el tiempo empleado en la realización de la encuesta.

El equipo encuestador completó los formularios y los depositó en el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil todos los viernes. Las y los encuestadores se reunieron en múltiples ocasiones con la investigadora principal y el coordinador del proyecto para evaluar los procedimientos logísticos y los avances del proceso de recopilación de datos. Previo a su inclusión en la base de datos, el coordinador del proyecto codificó los formularios con fecha y número y los revisó para garantizar la calidad de la información. Los formularios se digitaron en duplicado en el CENISMI y se produjeron frecuencias simples para su análisis estadístico posterior y evaluación. Los miembros del equipo de recopilación de datos participaron en la revisión y retroalimentación del informe preliminar de la Fase IB; sus observaciones y comentarios fueron integrados en el informe final.

Los datos obtenidos en las encuestas se manejaron bajo completa discreción por parte del personal encuestador. Los datos personales de las mujeres embarazadas, como nombre o dirección exacta de residencia, no se registraron en los cuestionarios administrados. La confidencialidad de los datos se garantizó utilizando códigos en vez de los nombres de los participantes. Sólo estos números identificaron los formularios administrados en la investigación. La confidencialidad y la seguridad del dato fue preservada en las computadoras por el uso de contraseñas. La información se mantendrá disponible para revisión por las autoridades competentes hasta dos años después de concluir la investigación.

El Comité de Ética de Investigación del CENISMI revisó y aprobó el proyecto como complemento de la Fase IA de la misma iniciativa. Esta fase fue diseñada y ejecutada dentro de los principios bioéticos de respeto a las personas, incluyendo el consentimiento, la no maleficencia y los valores de solidaridad y respeto a la diversidad profesional y cultural. Este estudio no expuso a sus participantes a riesgos significativos de carácter psicológico, físico o social, aun cuando se anticipó que algunas participantes entrevistadas pudieron sentirse incómodas al conversar sobre algunos de los tópicos estipulados en el cuestionario. Con el fin de prevenir y/o aliviar este tipo de reacciones, a todas las participantes se les informó previamente de su derecho a rehusarse a responder a cualquier pregunta formulada durante la entrevista o a retirarse cuando así lo deseara sin que le fuera solicitado explicar su decisión al respecto, y se les garantizó la confidencialidad de la información compartida.

Por otro lado, buscando proteger los derechos humanos de las participantes, se solicitó de manera escrita el consentimiento informado de todas las personas que aceptaron participar en el estudio. Se presentó y explicó el formulario de consentimiento informado a cada participante en el momento de su reclutamiento y se aseguró la plena comprensión de sus derechos y los compromisos asumidos con el estudio. Antes de otorgar el consentimiento, a las participantes se les permitió el tiempo suficiente para leer el formulario de manera detenida o, de no poder hacerlo, la o el entrevistador se lo leyó y la participante lo firmó en presencia de una persona testigo. La presencia y la firma del testigo en el proceso de consentimiento informado también fueron requeridas en el caso de reclutarse a participantes menores de 18 años.

Anexo 3: Formulario de consentimiento informado para la Fase 1B

Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA)
Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI)
Formulario de Consentimiento para Entrevistar a Mujeres Embarazadas Adultas
INTEGRACION DE LA ATENCION PRENATAL CON EL DIAGNÓSTICO Y EL
TRATAMIENTO DEL VIH Y LA SÍFILIS EN REPÚBLICA DOMINICANA
Propuesta para la Fase 1B

PROPOSITO

Estamos realizando un estudio que busca identificar posibles barreras para la atención de las embarazadas de la República Dominicana, y para la identificación de la infección por VIH (el virus que causa el sida) y la sífilis. A usted se le invitará a participar en una entrevista que nos permitirá conocer mejor las vías de acceso a los centros de salud del país y las fortalezas y limitaciones que se presentan cuando se atiende una embarazada.

ALTERNATIVA

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. También puede negarse a responder cualquier pregunta o de no participar en la entrevista. No hay penalidad por rechazar o detener la entrevista.

PROCEDIMIENTO

Si acepta participar en el estudio, usted se le realizará una entrevista que dura aproximadamente 40 minutos. La entrevista incluirá preguntas relacionadas con la atención que se le da a usted en el hospital y la realización de análisis como el del VIH y la sífilis al momento de su consulta en el centro de salud. Toda la información que usted nos brinde será tratada de forma confidencial y no figurará en su expediente médico ni en ningún otro documento de este hospital.

CONFIDENCIALIDAD

Yo garantizaré la confidencialidad de la información acorde con lo establecido por la ley y no publicare ninguna información que pueda identificarla, como nombre o dirección de su residencia. Sus respuestas pudieran ser revisadas para auditoría por personal autorizado del CENISMI, o por cualquier otra entidad internacional o de la República Dominicana que cumpla con las mismas reglas de confidencialidad.

COSTOS, RIESGOS & BENEFICIOS

Su participación en este estudio no requiere incurrir en costo alguno. Su participación en la entrevista no representa riesgo físico. Si se siente incomoda con algún aspecto incluido en la misma, tiene toda la libertad de no contestarla. Tampoco existe ningún beneficio directo por su participación en las entrevistas. Como compensación por el tiempo que nos dedicará se le entregará un lapicero al final de la entrevista.

OTROS PUNTOS PERTINENTES

a) Dr. Eddy Pérez Then (809)533-2873/5373 será la persona a contactar para cualquier pregunta que tenga sobre su participación en el estudio.

b) Usted puede conservar una copia de este informe de consentimiento para su propia información. Usted puede utilizar este documento para consultarlo con familiares, otros profesionales, o amigos antes de firmarlo.

c) Si lo desea, una vez haya concluido el estudio, a usted se le podría informar sobre los resultados obtenidos.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos en esta investigación, usted puede llamar al Presidente del Comité de Bioética del CENISMI, el Dr. Rodolfo Núñez Musa, al (809)533-5373/2873.

He recibido una copia de este informe de consentimiento, el cual he leído y entendido, con lo cual consiento participar en el estudio.

Entrevistador (Nombre)

Participante (Nombre)

Entrevistador (Firma)

Participante (Firma)

Fecha

Si la paciente es menor de 18 años:

Entrevistador (Nombre)

Participante (Nombre)v

Entrevistador (Firma)

Participante (Firma)

Testigo (Nombre)

Testigo (Firma)

Fecha

Anexo 4: Formulario de la encuesta para la Fase 1B

Detección prenatal de VIH y sífilis en REP. DOM.

**Investigación realizada por la DIGECITSS, el COPRESIDA y el CENISMI
en colaboración con UNICEF, ONUSIDA, OPS y Universidad de Harvard (versión 1).**

La información solicitada es confidencial

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1. Código entrevista:
2. Fecha: día mes año
3. Entrevistador/a_____
4. Municipio_____
5. Departamento:

Santo Domingo D.N.	1	<input type="checkbox"/>
Santo Domingo Este	2	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

6. Fecha de nacimiento:

Día	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	no sabe	<input type="checkbox"/>
Mes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	no sabe	<input type="checkbox"/>
Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	no sabe	<input type="checkbox"/>
7. Lugar de nacimiento:

- Provincia _____ no sabe
- Municipio _____ no sabe
8. Actualmente desempeña alguna labor remunerada Si No
 ¿Cual?
 Asalariado _____ Independiente _____
9. Ingresos mensuales en pesos:
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Personales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familiares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Total (verificar quesuma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
10. Asistió a escuela, colegio o universidad
- Sí 1
- No 2 ▶ 12
11. Último año de estudios aprobado
- Ninguno 1
- Preescolar 2
- Primaria 3
- Secundaria 4
- Técnico/tecnológico 5
- Universidad 6
- Postgrado 7
12. Estado civil actual
- Casada 1
- Unida 2
- Separada 3
- Viuda 4
- Soltera 5
13. Composición familiar
- Familia nuclear con pareja 1

- Mujer es cabeza de familia 2
- Familia extensa 3
- Otra composición 4
14. Si tiene pareja, ¿es el padre del embarazo actual?
- Sí 1
- No 2
15. Si tiene pareja, ¿forma parte de la vida familiar?
- Vive en la casa 1
- No, pero visita con frecuencia 2
- No, pero visita algunas veces 3
- No y visita raras veces 4
- No tiene información 5
16. Si tiene pareja, último año de estudios aprobados de la pareja
- Ninguno 1
- Preescolar 2
- Primaria 3
- Secundaria 4
- Técnico/tecnológico 5
- Universidad 6
- Postgrado 7
- No sabe 8
17. ¿Cuál es su color de piel? _____
18. ¿Su familia es así como usted o cómo es?

ASEGURAMIENTO

19. Tipo de aseguramiento
- Subsidiado 1

Contributivo 2 ▶ 22

No aplica (no tiene seguro) 3 ▶ 22

20. Afiliada o beneficiaria de una entidad del Sistema de Seguridad Social en Salud

ARS SENASA

ARS salud segura (IDSS)

ARS FFAA O Policía

ARS CMD

ARS SEMA

ARS Humano

ARS Palic-Salud

ARS servicios Dominicanos de Salud (SDS)

ARS Universal

OTRAS ARS

21. Nombre de la entidad: _____

22. Nombre del hospital o centro de salud que visita: _____

HISTORIA CLÍNICA GINECOBSTÉTRICA

23. Número de gestaciones previas

24. Número de partos vaginales

25. Número de partos por cesárea

26. Número de abortos espontáneos

27. Número de abortos inducidos

EMBARAZO ACTUAL

28. Número de semanas de embarazo

29. Lugar donde se hizo la prueba del embarazo

Hospital o clínica del gobierno 1

Centro o puesto de salud del gobierno 2

- Hospital o clínica privada 3
- Consultorio o médico particular 4
- En el hogar 5
- En otro lugar_____ 6

30. Fecha de la prueba del embarazo

Día mes año

PRIMER CONTROL PRENATAL

31. Fecha del primer control prenatal

Día mes año

32. Lugar donde se hizo el primer control prenatal

Hospital o clínica del gobierno 1

Centro o puesto de salud del gobierno 2

Clínica privada 3

Centro de atención de una SENASA/ARS 4

Consultorio o médico particular 5

En el hogar 6

En otro lugar_____ 7

33. Nombre del hospital o centro de salud:

34. Nombre del municipio del hospital o centro de salud:

35. ¿Cómo llegó hasta ahí?

Andando 1 ▶37

En transporte público 2

Familiar o conocido me llevó 3

Otro:_____ 4

36. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?

Pesos:

37. ¿Qué dificultades tiene para llegar hasta su centro de control prenatal?

38. ¿Por qué se hizo el control prenatal?

39. ¿Por qué se hizo el primer control prenatal solamente hasta esa fecha?

40. ¿Qué exámenes le hicieron en el primer control prenatal? (marcar todas las mencionadas)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| Historia clínica | 1 <input type="checkbox"/> |
| Datos gineco-obstétricos | 2 <input type="checkbox"/> |
| Valoración órganos | 3 <input type="checkbox"/> |
| Peso | 4 <input type="checkbox"/> |
| Tensión arterial | 5 <input type="checkbox"/> |
| Otros: _____ | 6 <input type="checkbox"/> |

41. En el primer control prenatal, ¿qué exámenes de cumplimiento obligatorio le formularon?

(marcar todas las mencionadas)

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Serología para VIH (elisa) | 1 <input type="checkbox"/> |
| Serología para sífilis (VDRL) | 2 <input type="checkbox"/> |
| Serología para hepatitis B | 3 <input type="checkbox"/> |
| Cuadro hemático | 4 <input type="checkbox"/> |
| Parcial de orina | 5 <input type="checkbox"/> |
| Glicemia | 6 <input type="checkbox"/> |
| Citología vaginal | 7 <input type="checkbox"/> |

Ecografía 8

Otros: _____ 9

42. ¿Para cuándo le dieron la segunda cita?

Día mes año

No le dieron cita 1

Razón por la que no le dieron cita:

43. Durante el primer control prenatal, ¿a qué consultas le remitieron? (marcar todas)

Laboratorio 1

Citología 2

Radiología 3

Otros: _____ 4

44. Durante el primer control prenatal, ¿le ordenaron alguna prueba para infecciones de transmisión sexual?

Sí 1

Indique cuáles: _____

No 2

No recuerda 3

45. ¿Le hablaron de la prueba para la sífilis?

Sí 1

¿Qué le dijeron? _____

No 2

No recuerda 3

46. El laboratorio donde le tomaron la prueba de sangre, ¿está en el mismo lugar en el que la atendieron para el primer control prenatal?

Sí 1 ▶ 50

Día mes año

No 2

Publico_____ Privado_____

Municipio: _____

No fui 3

Razón: _____ ▶ 51

47. ¿Cómo llegó hasta ahí?

Andando 1 ▶ 49

En transporte público 2

Familiar o conocido me llevó 3

Otro: _____ 4

48. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?

Pesos:

49. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?

50. ¿Volvió ahí para recoger los resultados?

Sí 1

Día mes año

No, porque los mandaron a mi
centro de control prenatal 2

No pude ir 3

Razón: _____

51. El centro donde le hicieron la citología, ¿está en el mismo lugar en el que la atendieron para el primer control prenatal?

Sí ▶ 55 Día mes año

No 2

Nombre del centro: _____

Municipio: _____

No fui 3

Razón: _____ ▶ 56

52. ¿Cómo llegó hasta ahí?

- Andando 1 ▶ 54
- En transporte público 2
- Familiar o conocido me llevó 3
- Otro: _____ 4
53. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?
- Pesos:
54. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?
-
-
55. ¿Volvió ahí para recoger los resultados?
- Sí 1
- Día mes año
- No, porque los mandaron a mi centro de control prenatal 2
- No pude ir 3
- Razón: _____
56. El centro donde le hicieron la ecografía, ¿está en el mismo lugar en el que la atendieron para el primer control prenatal?
- Sí 1 ▶ 60
- Día mes año
- No 2
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____
- No fui 3
- Razón: _____ ▶ 61
57. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando 1 ▶ 59
- En transporte público 2
- Familiar o conocido me llevó 3
- Otro: _____ 4

58. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?

Pesos:

59. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?

60. ¿Volvió ahí para recoger los resultados?

Sí 1

Día mes año

No, porque los mandaron a mi centro de control prenatal 2

No pude ir 3

Razón: _____

61. ¿Qué pagos tuvo que realizar para ser atendida para todas estas pruebas?

62. ¿Quién pagó la mayor parte de los gastos?

SENASA/ARS u otra entidad de seguridad social 1
 Seguro médico privado, medicina prepagada
 o plan complementario de salud 2

Secretaría de salud / alcaldía (vinculadas) 3

Usted o alguien de su hogar con recursos
 propios 4

Patrón o empleador 5

No se requirió pago 6

Entidad por fuera del sistema de seguridad
 social (ONG) 7

No sabe 8

CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

63. En el primer control prenatal, ¿la refirieron para la consejería en salud sexual y reproductiva?

Sí 1

- No ▶77
- No sabe
64. La consejería en salud sexual y reproductiva, ¿se la hicieron en el mismo lugar en el que la atendieron para el primer control prenatal?
- Sí ▶68
- No
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____
- No se la hizo ▶77
65. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando ▶67
- En transporte público
- Familiar o conocido me llevó
- Otro: _____
66. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?
- Pesos:
67. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?
- _____
- _____
- _____
68. La consejería en salud sexual y reproductiva, ¿se la hicieron el mismo día en el que la atendieron para el primer control prenatal?
- Sí
- No
69. Fecha de la consejería en salud sexual y reproductiva
- Día mes año
70. Durante la consejería de salud sexual y reproductiva, ¿le hablaron de la prueba de elisa o de la prueba rápida para detectar el VIH, el virus que causa el sida?
- Sí
- No

No sabe 3

71. ¿Conversaron sobre lo que implicaba una prueba de elisa positiva o negativa? ¿Qué le dijeron?

72. ¿Conversaron sobre que debía hacer en caso que la prueba del VIH saliera positiva? ¿Qué le dijeron?

73. ¿Le hablaron del tratamiento al cual usted podría optar en caso de necesitarlo? ¿Qué le dijeron?

74. ¿Quién le hizo la asesoría?

Médico/a 1

Enfermero/a 2

Otra persona: _____ 3

75. La asesoría, ¿cómo se la hicieron?

A usted sola 1

Con más gestantes 2

76. ¿Qué aprendió nuevo durante la asesoría?

77. Antes de la consejería, ¿tenía información sobre la prueba del VIH para las mujeres gestantes?

Sí 1

No 2 ▶79

78. ¿Por qué medio tenía información?

Radio 1

- Prensa 2
- TV 3
- Servicio de Salud Prenatal 4
- Otro, ¿cuál? _____ 5

PRUEBA DE ELISA O PRUEBA RÁPIDA

79. ¿Se realizó la prueba del VIH?
- Sí 1
- No 2 ▶95
80. La prueba del VIH, ¿se la hicieron el mismo día en el que le dieron la consejería?
- Sí 1 ▶82
- No 2
81. Fecha de la prueba del VIH
- Día mes año
82. ¿Recuerda qué tipo de prueba fue?
- Prueba de elisa 1
- Prueba rápida 2
- No recuerda 3
83. ¿Cuál es la razón principal por la que se realizó la prueba del VIH?
- Tenía dudas 1
- Lo concertó con su pareja 2
- Tenía síntomas extraños 3
- El doctor se lo ordenó 4
- Por curiosidad 5
- Otra razón: _____ 6
84. ¿Dio su autorización para la prueba del VIH?
- Sí y firmé un documento 1
- Sí pero no firmé 2
- No 3

- No recuerdo 4
85. ¿Dónde se realizó la toma de sangre para la prueba del VIH?
 En el mismo lugar que la consejería 1
 En otro lugar: 2
 Nombre del centro: _____
 Municipio: _____
86. ¿Cómo llegó hasta ahí?
 Andando 1 ▶ 88
 En transporte público 2
 Familiar o conocido me llevó 3
 Otro: _____ 4
87. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?
 Pesos:
88. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?

89. Antes de realizarse la prueba del VIH, ¿tuvo que pedir autorización de su entidad aseguradora?
 Sí 1
 No 2 ▶ 93
 No aplica (no está asegurada) 3 ▶ 93
90. ¿A dónde tuvo que ir para pedir la autorización?
 Nombre del centro: _____
 Municipio: _____
91. ¿Cómo llegó hasta ahí?
 Andando 1
 En transporte público 2
 Familiar o conocido me llevó 3
 Otro: _____ 4

92. ¿Cuántos días se demoraron en darle la autorización?

Número de días:

93. ¿Qué pagos tuvo que realizar para ser atendida para todas estas pruebas?

94. ¿Quién pagó la mayor parte de los gastos?

- SENASA/ARS u otra entidad de seguridad social 1
- Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2
- Secretaría de salud / alcaldía (vinculadas) 3
- Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4
- Patrón o empleador 5
- No se requirió pago 6
- Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7
- No sabe 8

95. Si no se realizó la prueba, ¿cuáles fueron las razones?
(marcar todas las mencionadas)

- El lugar donde lo hacen es muy lejano 1
- No tenía medio de transporte para llegar 2
- Después que llegó a la institución demoraron mucho la atención 3
- El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4
- Le da miedo el resultado 5
- El examen es muy caro o no ha tenido dinero 6
- Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 7
- Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 8
- No confía en los médicos 9
- No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 10
- No sabía que tenía derecho 11
- No sabía dónde hacerse la prueba 12
- No cree que sea necesario 13

- No ha sacado el tiempo para hacerlo 14
- Se ha sentido bien 15
- Otra razón: _____ 16

SEGUNDO CONTROL PRENATAL

96. Fecha del segundo control prenatal
 Día mes año
97. Lugar donde se hizo el segundo control prenatal
 Mismo lugar que el primer control 1
 Otro: _____ 2
 ¿Por qué cambió de lugar? _____

ENTREGA DEL RESULTADO DE SÍFILIS

98. ¿Le dieron los resultados de la prueba de la sífilis?
 Sí 1
 No ▶106
 No recuerda ▶106
 No aplica (no se ha hecho prueba VDRL) ▶106
99. Fecha de la entrega de resultados de sífilis
 Día mes año
100. ¿Quién le entregó los resultados?
 Médico/a 1
 Enfermero/a 2
 Otra persona: _____ 3
101. ¿Le dijeron que tenía sífilis?
 Sí 1
 No 2
 No sabe 3

102. ¿Cómo le pareció la forma en que le dieron los resultados? _____
103. ¿Cómo la orientaron después de darle el resultado? _____

104. ¿Qué orientación recibió sobre las acciones a seguir a partir de su resultado? _____

105. ¿Cuál es la situación actual frente a la infección por sífilis?
- Terminó el tratamiento 1
- Tratamiento aún en curso 2
- Suspendió el tratamiento 3
- Razón: _____ 4
- No se ha realizado el tratamiento
- Razón: _____ 5
- _____

ENTREGA DEL RESULTADO DE ELISA O PRUEBA RÁPIDA

106. ¿Le dieron los resultados de la prueba del VIH?
- Sí 1
- No 2 ▶113
- No recuerda 3 ▶113
107. Fecha de la entrega de resultados de la prueba
- Día mes año
108. ¿Quién le entregó los resultados?
- Médico/a 1
- Enfermero/a 2
- Otra persona: _____ 3
109. ¿Le dijeron que el resultado de la prueba del VIH era positivo?
- Sí 1

- No 2
- No sabe 3
110. ¿Cómo le pareció la forma en que le dieron los resultados? _____
111. ¿Cómo la orientaron después de darle el resultado? _____

112. ¿Qué orientación recibió sobre las acciones a seguir a partir de su resultado? _____

113. ¿Le dijeron que tenía que repetir la prueba del VIH?
- Sí 1
- No 2 ▶ 158

114. ¿Se hizo la segunda prueba del VIH?
- Sí 1
- No 2 ▶128
115. La segunda prueba del VIH, ¿se la hicieron el mismo día en el que se lo ordenaron?
- Sí 1
- No 2
116. Fecha de la segunda prueba del VIH
- Día mes año
117. ¿Recuerda qué tipo de prueba fue? (marcar todas las indicadas; pueden haberle tomado sangre para dos pruebas: elisa o rápida más Western Blot)
- Prueba de elisa 1
- Prueba rápida 2
- Prueba Western Blot 3
- No recuerda 4
118. ¿Dónde se realizó la toma de sangre para la segunda prueba del VIH?
- En el mismo lugar que la primera 1
- En otro lugar: 2
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____
119. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando 1 ▶121
- En transporte público 2
- Familiar o conocido me llevó 3
- Otro: _____ 4
120. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?
- Pesos:
121. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?
- _____
- _____

122. Antes de realizarse la segunda prueba del VIH, ¿tuvo que pedir autorización de su entidad aseguradora?
- Sí 1
- No ▶126
- No aplica (no está asegurada) ▶126
123. ¿A dónde tuvo que ir para pedir la autorización?
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____
124. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando 1
- En transporte público 2
- Familiar o conocido me llevó 3
- Otro: _____ 4
125. ¿Cuántos días se demoraron en darle la autorización?
- Número de días:
126. ¿Qué pagos tuvo que realizar para ser atendida para todas estas pruebas?
- _____
- _____
127. ¿Quién pagó la mayor parte de los gastos?
- EPS/ARS u otra entidad de seguridad social 1
- Seguro médico privado, medicina prepagada lan complementario de salud 2
- Secretaría de salud / alcaldía (vinculadas) 3
- Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4
- Patrón o empleador 5
- No se requirió pago 6
- Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7
- No sabe 8
128. Si no se realizó la prueba, ¿cuáles fueron las razones? (marcar todas las mencionadas)
- El lugar donde lo hacen es muy lejano 1

- No tenía medio de transporte para llegar 2
- Después que llegó a la institución demoraron mucho la atención 3
- El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4
- Le da miedo el resultado 5
- El examen es muy caro o no ha tenido dinero 6
- Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 7
- Mucho trámite en EPS/ARS/IPS 8
- No confía en los médicos 9
- No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 10
- No sabía que tenía derecho 11
- No sabía dónde hacerse la prueba 12
- No cree que sea necesario 13
- No ha sacado el tiempo para hacerlo 14
- Se ha sentido bien 15
- Otra razón: _____ 16

ENTREGA DEL RESULTADO DE LA SEGUNDA PRUEBA DEL VIH

129. ¿Le dieron los resultados de la segunda prueba del VIH?
- Sí 1
- No 2 ▶136
- No recuerda 3 ▶136
130. Fecha de la entrega de resultados de la segunda prueba del VIH
- Día mes año
131. ¿Quién le entregó los resultados?
- Médico/a 1
- Enfermero/a 2
- Otra persona: _____ 3
132. ¿Le dijeron que el resultado de la segunda prueba del VIH era positivo?
- Sí 1

- No 2
- No sabe 3
133. ¿Cómo le pareció la forma en que le dieron los resultados? _____
134. ¿Cómo la orientaron después de darle el resultado? _____

135. ¿Qué orientación recibió sobre las acciones a seguir a partir de su resultado? _____

136. ¿Le dijeron que tenía que realizarse una prueba confirmatoria?
- Sí 1
- No 2 ▶158
- No, porque el resultado ya estaba confirmado 3 ▶158
137. ¿Se hizo la prueba confirmatoria?
- Sí 1
- No 2 ▶150
138. La prueba confirmatoria, ¿se la hicieron el mismo día en el que se lo ordenaron?
- Sí 1
- No 2
139. Fecha de la prueba confirmatoria
 Día mes año
140. ¿Dónde se realizó la toma de sangre para la prueba confirmatoria?
- En el mismo lugar que la prueba de elisa 1
- En otro lugar: 2
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____
141. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando 1 ▶143

En transporte público 2

Familiar o conocido me llevó 3

Otro: _____ 4

142. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?

Pesos:

143. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?

144. Antes de realizarse la prueba confirmatoria, ¿tuvo que pedir autorización de su entidad aseguradora?

Sí 1

No 2 ▶148

No aplica (no tiene seguro) 3 ▶148

145. ¿A dónde tuvo que ir para pedir la autorización?

Nombre del centro: _____

Municipio: _____

146. ¿Cómo llegó hasta ahí?

Andando 1

En transporte público 2

Familiar o conocido me llevó 3

Otro: _____ 4

147. ¿Cuántos días se demoraron en darle la autorización?

Número de días:

148. ¿Qué pagos tuvo que realizar para ser atendida para todas estas pruebas?

149. ¿Quién pagó la mayor parte de los gastos?

SENASA/ARS u otra entidad de seguridad social

1

- Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2
- Secretaría de salud / alcaldía (vinculadas) 3
- Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4
- Patrón o empleador 5
- No se requirió pago 6
- Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7
- No sabe 8
150. Si no se realizó la prueba, ¿cuáles fueron las razones? (marcar todas las mencionadas)
- El lugar donde lo hacen es muy lejano 1
- No tenía medio de transporte para llegar 2
- Después que llegó a la institución demoraron mucho la atención 3
- El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4
- Le da miedo el resultado 5
- El examen es muy caro o no ha tenido dinero 6
- Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 7
- Mucho trámite en SENASA/ARS 8
- No confía en los médicos 9
- No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 10
- No sabía que tenía derecho 11
- No sabía dónde hacerse la prueba 12
- No cree que sea necesario 13
- No ha sacado el tiempo para hacerlo 14
- Se ha sentido bien 15
- Otra razón: _____ 16

ENTREGA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA CONFIRMATORIA

151. ¿Le dieron los resultados de la prueba confirmatoria?
- Sí 1
- No 2 ▶ 158

No recuerda 3 ▶158

152. Fecha de la entrega de resultados de la prueba confirmatoria

Día mes año

153. ¿Quién le entregó los resultados?

Médico/a 1

Enfermero/a 2

Otra persona: _____ 3

154. ¿Le dijeron que el resultado de la prueba confirmatoria era positivo?

Sí 1

No 2

No sabe 3

155. ¿Cómo le pareció la forma en que le dieron los resultados? _____

156. ¿Cómo la orientaron después de darle el resultado? _____

157. ¿Qué orientación recibió sobre las acciones a seguir a partir de su resultado? _____

PRUEBA DE CD4

158. ¿Le dijeron que tenía que realizarse una prueba de CD4?

Sí 1

No 2 ▶174

No recuerda 3 ▶174

159. ¿Se hizo la prueba de CD4?

Sí 1

No 2 ▶172

160. La prueba de CD4, ¿se la hicieron el mismo día en el que se lo ordenaron?
- Sí 1
- No 2
161. Fecha de la prueba CD4
- Día mes año
162. ¿Dónde se realizó la toma de sangre para la prueba de CD4?
- En el mismo lugar que la prueba confirmatoria 1
- En otro lugar: 2
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____
163. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando 1 ▶165
- En transporte público 2
- Familiar o conocido me llevó 3
- Otro: _____ 4
164. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?
- Pesos:
165. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?
- _____
- _____
- _____
166. Antes de realizarse la prueba de CD4, ¿tuvo que pedir autorización de su entidad aseguradora?
- Sí 1
- No 2 ▶170
- No aplica (no tiene seguro) 3 ▶170
167. ¿A dónde tuvo que ir para pedir la autorización?
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____

168. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando 1 ▶170
- En transporte público 2
- Familiar o conocido me llevó 3
- Otro: _____ 4
169. ¿Cuántos días se demoraron en darle la autorización?
- Número de días:
170. ¿Qué pagos tuvo que realizar para ser atendida para la prueba de CD4?
-
-
171. ¿Quién pagó la mayor parte de los gastos?
- SENASA/ARS u otra entidad de seguridad social 1
- Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2
- Secretaría de salud / alcaldía (vinculadas) 3
- Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4
- Patrón o empleador 5
- No se requirió pago 6
- Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7
- No sabe 8
172. Si no se realizó la prueba, ¿cuáles fueron las razones? (marcar todas las mencionadas)
- El lugar donde lo hacen es muy lejano 1
- No tenía medio de transporte para llegar 2
- Después que llegó a la institución demoraron mucho la atención 3
- El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4
- Le da miedo el resultado 5
- El examen es muy caro o no ha tenido dinero 6
- Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 7
- Mucho trámite en SENASA/ARS 8

- No confía en los médicos 9
- No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 10
- No sabía que tenía derecho 11
- No sabía dónde hacerse la prueba 12
- No cree que sea necesario 13
- No ha sacado el tiempo para hacerlo 14
- Se ha sentido bien 15
173. Otra razón: _____ 16

PRUEBA DE CARGA VIRAL

174. ¿Le dijeron que tenía que realizarse una prueba de carga viral?
- Sí 1
- No 2 ▶189
- No recuerda 3 ▶189
175. ¿Se hizo la prueba de carga viral?
- Sí 1
- No 2 ▶187
176. La prueba de carga viral, ¿se la hicieron el mismo día en el que se lo ordenaron?
- Sí 1 ▶179
- No 2
177. Fecha de la prueba de carga viral
- Día mes año
178. ¿Dónde se realizó la toma de sangre para la prueba de carga viral?
- En el mismo lugar que la prueba de CD4 1
- En otro lugar: 2
- Nombre del centro: _____
- Municipio: _____
179. ¿Cómo llegó hasta ahí?
- Andando 1 ▶181

En transporte público 2

Familiar o conocido me llevó 3

Otro: _____ 4

180. ¿Cuánto le costó llegar hasta ahí, ida y vuelta?

Pesos:

181. ¿Qué dificultades tuvo para llegar hasta ahí?

182. Antes de realizarse la prueba de carga viral, ¿tuvo que pedir autorización de su entidad aseguradora?

Sí 1

No 2 ▶185

No aplica (no tiene seguro) 3 ▶185

183. ¿A dónde tuvo que ir para pedir la autorización?

Nombre del centro: _____

Municipio: _____

184. ¿Cómo llegó hasta ahí?

Andando 1 ▶186

En transporte público 2

Familiar o conocido me llevó 3

Otro: _____ 4

185. ¿Cuántos días se demoraron en darle la autorización?

Número de días:

¿Qué pagos tuvo que realizar para ser atendida para la prueba de carga viral?

186. ¿Quién pagó la mayor parte de los gastos?

- SENASA/ARS u otra entidad de seguridad social 1
 Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud 2
 Secretaría de salud / alcaldía (vinculadas) 3
 Usted o alguien de su hogar con recursos propios 4
 Patrón o empleador 5
 No se requirió pago 6
 Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) 7
 No sabe 8
187. Si no se realizó la prueba, ¿cuáles fueron las razones? (marcar todas las mencionadas)
- El lugar donde lo hacen es muy lejano 1
 No tenía medio de transporte para llegar 2
 Después que llegó a la institución demoraron mucho la atención 3
 El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba 4
 Le da miedo el resultado 5
 El examen es muy caro o no ha tenido dinero 6
 Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo 7
 Mucho trámite en SENASA/ARS 8
 No confía en los médicos 9
 No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana 10
 No sabía que tenía derecho 11
 No sabía dónde hacerse la prueba 12
 No cree que sea necesario 13
 No ha sacado el tiempo para hacerlo 14
 Se ha sentido bien 15
188. Otra razón: _____ 16

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (PROFILAXIS O TRATAMIENTO)

189. ¿Le aconsejaron que empezara a tomar antirretrovirales?
- Sí 1

No 2

190. ¿Qué razones le dieron? (marcar todas las indicadas)

Para la salud de la gestante 1

Para prevenir la transmisión del VIH al feto o recién nacido 2

Otras: _____ 3

191. Fecha en que le aconsejaron empezar a tomar antirretrovirales

Día mes año

192. Fecha en la que empezó a tomar antirretrovirales

Día mes año

193. ¿Qué tipo de antirretrovirales toma?

194. ¿Con cuánta frecuencia?

195. Si no ha empezado a tomar antirretrovirales, ¿cuáles son las razones?

196. ¿Qué pasos o trámites le tocó hacer para que le suministraran los medicamentos ARV?

197. ¿Cuál es su situación actual? (marcar todas)

Tiene tratamiento en curso para prevenir la transmisión materno infantil 1

Tiene tratamiento en curso para el control de su infección 2

No ha iniciado el tratamiento 3

Razón: _____

Ha suspendido el tratamiento 4

Razón: _____

198. ¿Tiene algo que quiere añadir sobre su situación?

PREVENCIÓN SECUNDARIA

199. ¿Le han sugerido hacer la prueba a otras parejas sexuales y otros miembros de la familia, incluyendo los otros hijos e hijas?

Sí 1

¿A quiénes? (no escriba nombres, sino tipo de relación o parentesco)

No 2 ▶ 202

200. ¿Sabe si se han hecho la prueba y por qué razones?

201. En caso de saberse resultados, ¿puede contarnos lo que ha sucedido?

PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE VIH ANTERIOR A LA GESTACIÓN

202. ¿Planeó el embarazo?

Sí 1

Razones: _____

No 2

203. ¿Tienes hijos o hijas con diagnostico de VIH?
 ¿Cuántos con VIH? 1
 Edades y sexo: _____
 ¿Cuántos sin VIH? 2
 Edades y sexo: _____
 ¿Cuántos en observación? 3
 Edades y sexo: _____
204. ¿Había iniciado tratamiento antirretroviral?
 Sí 1
 No 2 ▶207
205. Fecha de inicio del tratamiento antirretroviral
 Día mes año
 Medicamentos que componen su tratamiento antirretroviral:

206. ¿Ha tenido algún problema con el tratamiento?

207. ¿Ha tenido infecciones oportunistas? _____

208. ¿Sabía los valores de su CD4 y carga viral al inicio del embarazo?
 Sí 1
 Valor CD4:
 No 2
209. ¿Sabe los valores actuales de CD4?
 Sí 1
 Valor CD4:

No 2

210. ¿Sabe los valores actuales de carga viral?

Sí 1

Valor carga viral:

No 2

211. ¿Hay algo más que quiera añadir?

PMTCT

212. Si una embarazada tiene VIH, ¿cree que su hijo también lo tendrá?

Verdadero 1

Falso 2

Depende 3

No Sabe 8

No Respuesta 9

213. ¿Conoces las formas de prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo? (Marcas todas las mencionadas)

Cesárea electiva 1

Tratamiento de ARV 2

Una formula de reemplazo 3

Otro (_____) 4

No Sabe 8

No Respuesta 9

214. Si alguien tiene VIH, ¿de que manera podemos reducir la transmisión de madre a hijo durante el parto?

Por cesárea electiva 1

Por parto vaginal 2

No Sabe 8

- No Respuesta 9
215. Si la alimentación exclusiva con formula de reemplazo no es posible, ¿qué es preferible?
- La alimentación con lactancia exclusiva 1
- Una combinación entre la alimentación lactancia y formula de reemplazo 2
- Otro (_____) 3
- No Sabe 8
- No Respuesta 9
216. ¿Existe alguna medicación que evite la transmisión del virus VIH de madre a hijo?
- Si 1
- No 2 ▶218
- No Sabe 8 ▶218
- No Respuesta 9 ▶218
217. ¿Cómo se llaman los medicamentos que evitan la transmisión del virus VIH de madre a hijo?
- Antirretrovirales 1
- Nevirapina 2
- Otro (_____) 3
- No Sabe 8
- No Respuesta 9
218. Si una mujer tiene VIH, ¿es posible pasar el virus al bebe por medio de la lactancia?
- Sí 1
- No 2
- No Sabe 8
- No Respuesta 9
219. Si usted fuese portadora del virus VIH o del SIDA, ¿como alimentaría a su bebe?
- Lactancia exclusiva 1
- Formula de reemplazo exclusiva 2
- Una combinación de lactancia y formula de reemplazo 3
- Otro (_____) 4
- No Respuesta 9

220. ¿Planearía usted quedar embarazada aún sabiendo que estaba infectada con VIH?

Sí 1

No 2

No Respuesta 9

221. Si usted se da cuenta durante su embarazo que tiene VIH, ¿que haría primero?

222. En términos de la alimentación, ¿que vas a hacer con su bebe cuando nazca?

Lactancia Exclusiva 1

Formula de reemplazo exclusiva 2

Una combinación de lactancia y formula de reemplazo 3

Otro (_____) 4

No Respuesta 5

223. Después del último parto, ¿que hizo en términos de la alimentación? (en los primeros tres meses de vida del bebé)

Lactancia exclusiva 1

Formula de reemplazo exclusiva 2

Una combinación de lactancia y formula de reemplazo 3

Otro (_____) 4

No Respuesta 9

Anexo 5:

Lista de participantes en las reuniones de consulta

Reuniones de Discusión de los Resultados del Informe Preliminar del Estudio.

Consejo Presidencial del Sida y UNICEF (9 de octubre de 2009 y 3 de noviembre de 2009)

Robert Adames	Facilitadores Asociados
Dulce Almonte	REDOVIH
Claudia Bautista	COPRESIDA
Arachu Castro	Universidad de Harvard
Georgina Durán	DIGPRES
Ana Delia Figueroa	DIGECITSS
Mayra García	DIGECITSS
Laura Guzmán	Facilitadores Asociados
Ydelsi Hernández	DDF-SRS SESPAS
Luis Américo Lara	CMISLLM
José A. Ledesma	Fundación Clinton
Thomas Light	Fundación Clinton
Osvaldo Lorenzo	DIGECITSS
Sara Menéndez	UNICEF República Dominicana
Marija Miric	CENISMI
Martha Nina	DIGEMIA
Eddy Pérez-Then	CENISMI
Kamila Przytula	Universidad de Harvard
Cecilia Sánchez	UNICEF Oficina Regional
Donatilo Santos	DIGEMIA
Alexander Suazo	SESPAS
Gisela Ventura	DIGECITSS
Florentina Villanueva	Facilitadores Asociados

Taller sobre Servicios de Salud Materno Infantil y la Prevención del VIH y de la Sífilis. Ministerio de Salud Pública (27 de mayo de 2010)

José Almonte	Región VII
Ada M. Abreu	Región II
Luis Américo Lara	CMISLLM
Randy Baldera	DIGECITSS
Joaquín Blaya	Universidad de Harvard
Myrna Barinas	Región I
Claudia Bautista	COPRESIDA
María Castillo	USAID República Dominicana
Arachu Castro	Universidad de Harvard
Dulce Chahín	AED
Juan Cid Troncoso	HMNSA
Pura Cordero	HMNSA
José de Lancer	DIGEMIA
Ana Delia Figueroa	DIGECITSS
Luzircamia Frías	Región V
Ydelsi Hernández	MSP
Oswaldo Lorenzo	DIGECITSS
Consuelo Matos	HMNSA
Sara Menéndez	UNICEF
Héctor Mercedes	HMNSA
Dayena Montos	Región VI
José Mordan	DIGEMIA
Oliver Morgan	CDC
Angel Moquete	SRSM
Roberto Peguero	Viceministro Redes de Servicios Regionales de Salud /MSP
Eddy Pérez Then	CENISMI
Kamila Przytula	Universidad de Harvard
Gregorio Rivas	Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina
José A. Román	AED/USAID
Erick Rousellin	OPS/OMS
Cecilia Sánchez	Oficina Regional UNICEF
Jorge O. Torres	BID
María Tucarez	Región VI
Jolanis Vásquez	CMISLLM



Referencias

1. Castro A, Sandesara U. Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en el Perú / Integration of Prenatal Care with the Testing and Treatment of HIV and Syphilis in Peru. Lima: Socios En Salud, Ministry of Health of Peru, UNAIDS, UNICEF.; 2009.
2. Frenk J, Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., McGuinness, M.J., Knaul, F. The future of world health: The new world order and international health. *British Medical Journal*. 1997; 314(791): 1404-7.
3. Smith R. The future of health care systems. *British Medical Journal*. 1997; 314(7093): 1495-7.
4. Mendoza H. Mortalidad Materna en la República Dominicana. Serie de Publicaciones Técnicas V. Santo Domingo: CENISMI; 1990.
5. Pérez-Then E. Calidad de la atención de la embarazada y al niño sano en centros de primer nivel de atención de la regiones III, IV, V y VI de la República Dominicana. Serie de Publicaciones Técnicas IV. Santo Domingo: CENISMI; 2008.
6. OPS. Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana: Una herramienta política, gerencial y técnica para avanzar hacia el acceso universal. Santo Domingo: OPS, UNICEF; 2008.
7. Pérez-Then E. Consolidación de las estrategias de reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana en la República Dominicana. Santo Domingo: CENISMI; 2008.
8. SESPAS. Evaluación del Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH-SIDA en República Dominicana. Resultados de la evaluación realizada por el Dr. Claudio Betts. Versión Preliminar. Santo Domingo: SESPAS / COPRESIDA / DIGECITSS / UNICEF; 2004.
9. CESDEM, Macro International Inc. República Dominicana. Encuesta demográfica y de salud 2007. Santo Domingo: CESDEM, Macro International Inc.; 2008.
10. CESDEM S, CERSS, USAID, Banco Mundial/CERSS, BID/CERSS, Programa DHS+/Macro International Inc. República Dominicana. Encuesta demográfica y de salud 2002. Santo Domingo: CESDEM, SESPAS, CERSS, USAID, Banco Mundial/CERSS, BID/CERSS, Programa DHS+/Macro International Inc.; 2003.

11. UNAIDS. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS; 2008.
12. PAHO. Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH/SIDA en la República Dominicana: Una herramienta política, gerencial y técnica para avanzar hacia el acceso universal. Santo Domingo: Pan American Health Organization, UNICEF; 2007.
13. UNAIDS. Keeping Score II: A progress report towards universal access to HIV prevention, care, treatment and support in the Caribbean. Geneva: UNAIDS; 2008.
14. Castro A. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. In: Castro A, editor. Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009. Lima: OPS, UNICEF y ONUSIDA; 2009. p. 57-77.
15. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. Sistema de Vigilancia VIH/ITS primera (1991-2000) y segunda (2001-2004) generación. Santo Domingo: SESPAS-DIGECITSS; 2007.
16. Khouri S. Propuesta de la República Dominicana para la calidad de vida de las madres y los niños que viven con el VIH. In: Holt J, editor. Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA: Actuales Desafíos y Perspectivas de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe Eschborn, Germany: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ); 2005. p. 24.
17. Pérez-Then E, Peña R, Tavarez-Rojas M, Peña C, Quiñonez S, Buttler M, et al. Preventing Mother-to-Child HIV Transmission in a Developing Country: The Dominican Republic Experience. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003; 34(5): 506-11.
18. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. Resultados de la XV Encuesta Serológica de Vigilancia Centinela Segunda Generación, Año 2006. Santo Domingo: Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 2007.
19. Pimentel RD. La gestión hospitalaria para el personal de salud: FUNDIMESO; 2008.
20. Báez J, Pérez-Then, E. Situación de los servicios de salud materno infantil en la República Dominicana. Santo Domingo: CENISMI; 2009.
21. Báez-Tellerías J, Pérez-Then E. Situación de los servicios de salud materno infantil en República Dominicana. Santo Domingo: CENISMI; 2009.
22. DIGECITSS. Datos anuales de seroprevalencia del VIH en la República Dominicana: 1991-2000. Santo Domingo: DIGECITSS; 2000.
23. Tabet SR, de Moya EA, Holmes KK, Krone MR, de Quiñones MR, de Lister MB, et al. Sexual behaviors and risk factors for HIV infection among men who have sex with men in the Dominican Republic. *AIDS*. 1996; 10(2): 201-6.
24. Capellán M. Prevalencia de Infecciones por VIH y HTLV1 en bateyes dominicanos. Tesis de Medicina. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 1992.
25. Cáceres F, Duarte I., de Moya E., Pérez-Then, E., Hasbún, J., Tapia, M. Análisis de la situación y la respuesta al VIH/SIDA en República Dominicana: Informe final. Santo Domingo: CONASIDA, ONUSIDA, Acción SIDA, UNESCO; 1998.
26. Pérez-Then E, Peña, R., Tavarez-Rojas, M., Peña, C., Quiñonez, S., Buttler, M., Ammann, A., Hernández, W., Goyanes, M., Miguez, M.J., Shor-Posner, G., the PMTCT Group. Preventing mother-to-child HIV transmission in a developing country: The Dominican Republic experience. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2003; 34(5): 506-11.
27. Butler M, Pérez-Then, E., Guerrero, E., Quiñonez, S., Calventi, V. Mother-to-child transmission of HIV in the Dominican Republic:

Estimated population attributable risk and cost of the integrated preventive package. Presented at Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal. 1999.

28. Butler M, Pérez, E., Bollinger, L., Colvin, C. Cost and benefits of a vertical transmission prevention program in the Dominican Republic. . Int Conf AIDS 2000 Jul 9-14; 13: abstract no WeOrC616. 2000.
29. Pérez-Then E. Monitoreo de las estrategias de reducción de la transmisión vertical del VIH en República Dominicana. Santo Domingo: CENISMI; 2002.
30. COPRESIDA S. Marco estratégico nacional multisectorial: República Dominicana 2007. Santo Domingo: COPRESIDA, SESPAS; 2007.
31. SESPAS. Protocolo de uso de terapia combinada con antirretrovirales en gestantes que viven con el VIH/SIDA. Santo Domingo: SESPAS, DIGECITSS, PNRTV; 2008.
32. SESPAS. Protocolo de uso de terapia combinada con antirretrovirales en gestantes que viven con el VIH/SIDA. Santo Domingo: SESPAS, DIGECITSS, PNRTV; 2009.
33. Entrevista a Osvaldo Lorenzo, encargado del Programa Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical. Santo Domingo. 2009.
34. SESPAS. Normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Santo Domingo: SESPAS; 2001.
35. DIGEPI. Base de datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo: SESPAS; 2007.
36. DIGECITSS. Estadísticas Nacionales de VIH y SIDA. Datos facilitados por Osvaldo Lorenzo, encargado del PNRTV ante la DIGECITSS. Santo Domingo: SESPAS; 2008.
37. DIGECITSS. Resultados de la XV encuesta serológica de vigilancia centinela segunda generación, año 2006: Informe final. Santo Domingo: SESPAS; 2007.

38. COPRESIDA. 1era Encuesta de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica en poblaciones vulnerables: Gay, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres (GTH), trabajadoras sexuales (TRSX) y usuarios de drogas (UD); República Dominicana, año 2008. Santo Domingo: COPRESIDA; 2009.

39. DIGECITSS. Bases de datos del sistema de vigilancia centinela. Años 1992, 1995, 1999 y 2006. Santo Domingo: SESPAS; 2006.
40. DIGECITSS. Base de datos del sistema de vigilancia centinela. Año 2006. Santo Domingo: SESPAS; 2006.
41. DIGEPI. Base de datos "Tolerancia Cero". Santo Domingo: SESPAS; 2008.
42. DIGECITSS. Base de datos del Programa Nacional de Transmisión Vertical. Año 2006. Santo Domingo: SESPAS; 2007.
43. DIGECITSS. Base de datos del Programa Nacional de Transmisión Vertical. Año 2007. Santo Domingo: SESPAS; 2008.
44. DIGECITSS. Base de datos del Programa Nacional de Transmisión Vertical. Año 2008. Santo Domingo: SESPAS; 2009.
45. Connolly M, Bautista C, Castro A. Utilización del Formulario de la Historia Clínica Perinatal y Neonatal en República Dominicana. Boletín del Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil. 2009; 19(3): 17-23.
46. Entrevista a Experto (Luis Rivera) y a Encargado de Servicio (Bienvenido Vera). Santo Domingo. 2009.
47. DIGECITSS S, COPRESIDA, USAID, OPS, CLINTON HIV-AIDS INITIATIVE. Sistema de Información de atención integral en VIH/ SIDA: Manual del usuario: DIGECITSS, SESPAS, COPRESIDA, USAID, OPS, CLINTON HIV-AIDS INITIATIVE; 2007.
48. Facilitadores Asociados. Ruta de la mujer embarazada hacia los hospitales de referencia nacional y regional: Informe final. Santo Domingo: UNICEF, DIGECITSS, SESPAS y Facilitadores Asociados; 2009.

49. Castro A. Integración de la atención prenatal con el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis: Formulario ILAP de encuesta para mujeres embarazadas. Boston: Harvard Medical School; 2008.
50. Pérez-Then E, Miric, M., Santos, L., Mendoza, R., Sehuoerer, J.A., Bautista, C., Martínez, M., Díaz, L., Rosario, M.L., Fernández, B., Orne-Gliemann, Tchendjou, P., Dabis, F., Shor-Posne, G. Impacto de la consejería prenatal de VIH centrada en parejas en la salud pública en países con baja y mediana prevalencia del VIH: Informe de la fase de factibilidad. Santo Domingo: CENISMI; 2009.
51. Valderrama J. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C.: OPS; 2005.
52. Pérez-Then E dM, A., Beier, J., Shor-Posner, G., Porcelain, S., McCollyster, K., Metsch, L., McCoy, C.B., Ammann, A. Abordaje "ecológico" para reducir desigualdades en salud de bateyes seleccionados del suroeste de la República Dominicana. Boletín CENISMI. 2009; 19(2): 14-6.



Índice de Gráficos y Tablas

Tabla 1:	Escenario clínico del manejo del VIH en gestionantes para la PTMI en República Dominicana, 2008.....	28
Tabla 2:	Escenario clínico de la PTMI en niños y niñas expuestos al VIH en República Dominicana, 2009.....	30
Gráfico 1:	Flujograma para el diagnóstico del VIH en niños y niñas de madres con VIH en República Dominicana, 2009.....	31
Gráfico 2:	Flujograma para el diagnóstico del VIH y seguimiento de niños y niñas de madres con VIH en República Dominicana, 2009.....	31
Tabla 3:	Distribución porcentual de nacimientos en los 5 años que precedieron la ENDESA 2007 por lugar de ocurrencia del parto y porcentaje de partos en establecimientos de salud según características seleccionadas, República Dominicana 2007.....	41

Tabla 4:	Distribución porcentual de nacidos vivos en los últimos 5 años anteriores a la ENDESA 2007 por la persona que proporcionó asistencia al parto, porcentaje de nacimientos asistidos por un profesional de la salud calificado y porcentaje de nacimientos por cesárea, según características seleccionadas, República Dominicana 2007.	45
Tabla 5:	Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años que precedieron a la ENDESA 2007 por persona que proporcionó la atención prenatal durante el embarazo del nacimiento más reciente y porcentaje que recibió atención prenatal de un profesional de la salud calificado, según características seleccionadas, República Dominicana 2007.	49
Tabla 6:	Nacimientos en los últimos cinco años previos a la ENDESA 2007 según visitas prenatales y tiempo de la primera visita.	53
Tabla 7:	Estimaciones directas de las tasas de mortalidad materna y la razón para el periodo de 10 años antes de la ENDESA 2007, República Dominicana 2007.	54
Tabla 8:	Población adulta con VIH según la ENDESA Plus 2002 y la ENDESA 2007.	55
Tabla 9:	Porcentaje de personas con VIH de 15 a 49 años a quienes se les hizo la prueba del VIH, por sexo y características socioeconómicas, República Dominicana 2007.	56
Tabla 10:	Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años y de los hombres de 15 a 59 años elegibles para la prueba del VIH por situación de la prueba, según características seleccionadas (sin ponderar), República Dominicana 2007.	58
Tabla 11:	Uso del condón con la última pareja de no convivencia por sexo. República Dominicana 2002 y 2007.	61
Tabla 12:	Indicadores de la cascada de servicios para la PTMI según el semestre de intervención en 12 hospitales de referencia nacional de la República Dominicana. Proyecto CENISMI-Glaser. Junio 2003 – Diciembre 2005.	61

Tabla 13:	Datos epidemiológicos sobre la detección y el manejo clínico del VIH durante la gestación en establecimientos de la MSP. RD, 2006-2008.	62
Gráfico 3:	Porcentaje de mujeres atendidas en control prenatal tamizadas para el VIH en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2006-2008.	67
Gráfico 4:	Porcentaje de consejería preprueba y postprueba en mujeres embarazadas tamizadas para el VIH en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2006-2008.	68
Gráfico 5:	Regresión lineal entre el porcentaje de mujeres gestantes que reciben consejería preprueba y el porcentaje de mujeres tamizadas para el VIH en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana, 2008.	69
Gráfico 6:	Porcentaje de mujeres gestantes con resultado positivo y confirmado para el VIH que recibieron antirretrovirales para profilaxis o tratamiento en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2007-2008.	70
Gráfico 7:	Porcentaje de mujeres atendidas en control prenatal tamizadas para VIH y porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico del VIH que recibieron profilaxis o tratamiento antirretroviral en establecimientos del MSP por provincias. República Dominicana 2008.	71
Gráfico 8:	Regresión lineal entre el porcentaje de mujeres gestantes tamizadas para VIH y el porcentaje de aquellas con resultado positivo y confirmado del VIH que reciben antirretrovirales para profilaxis o tratamiento durante la gestación en establecimientos del MSP, por provincias. República Dominicana, 2008.	72
Gráfico 9:	Evolución de la cobertura de tamizaje para VIH en mujeres gestantes y de la cobertura de profilaxis con antirretrovirales durante la gestación en establecimientos del MSP. República Dominicana, 2006-2008.	73
Tabla 14:	Conocimiento por sexo de la transmisión maternoinfantil del VIH según la ENDESA 2007.	73

Tabla 15:	Sífilis congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, 1998-2008	74
Tabla 16:	Sífilis congénita en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, 1998-2008.....	75
Tabla 17:	Luces y sombras del PNRTV de la República Dominicana. Septiembre de 2009.....	85
Tabla 18:	Luces y sombras en la integración y manejo de la sífilis en la atención prenatal de la embarazada en la República Dominicana. Septiembre de 2009.....	89
Tabla 19:	Distribución de la muestra.....	91
Gráfico 10:	Procedimientos durante la primera visita prenatal.....	95
Gráfico 11:	Análisis indicados en la primera consulta prenatal	95
Gráfico 12:	Porcentaje de embarazadas con resultados del VIH por trimestre de embarazo	99
Gráfico 13:	Porcentaje de embarazadas con resultados de VDRL por trimestre de embarazo	102
Tabla 20:	Áreas identificadas para fortalecer la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis en la República Dominicana.....	109

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF)
Avenida Anacaona N° 9, Casa de las Naciones Unidas, 3er. Piso,
Mirador Sur. Santo Domingo, República Dominicana
Tel. (809) 473-7373
santodomingo@unicef.org
www.unicef.org/republicadominicana

