

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA ELIMINACIÓN
DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH
Y LA SÍFILIS CONGÉNITA - ENETMI



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Informe
Situación de País
REPÚBLICA DOMINICANA





ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA ELIMINACIÓN
DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH
Y LA SÍFILIS CONGÉNITA - ENETMI

Informe
Situación de País
REPÚBLICA DOMINICANA



Junio 2016

® Ministerio de Salud Pública

Título original:

Informe Situación de País, República Dominicana

Coordinación técnica:

Dr. Jose A. Ledesma

Dr. Osvaldo Lorenzo

Dra. Ana Delia Figueroa

Coordinación editorial:

Dr. Jose A. Ledesma

Dr. Osvaldo Lorenzo

Ministerio de Salud Pública

Santo Domingo, República Dominicana, 2016

ISBN: 978-9945-591-47-7

Diagramación:

Kaamla Solutions

Impresión:

Impresora Kelvis

Primera edición:

500 ejemplares

Impreso en República Dominicana
con Apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)



Autoridades

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud Pública

Dr. Nelson Rodríguez Monegro
Director de Salud Colectiva

Dr. Francisco Neftalí Vásquez
Viceministro de Garantía de la Calidad

Dra. Mercedes Rodríguez Silver
Viceministra de Planificación y Desarrollo

Dr. Ramón Alvarado
Director General Servicio Nacional de Salud

Dr. Víctor Terrero
Director Ejecutivo CONAVISIDA

Dr. Luís Ernesto Feliz Báez
Director General de la Dirección de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA

EQUIPO RESPONSABLE

Consultor:

Licdo. Jaime De La Rosa

Equipo de Colaboradores

Viceministerio de Salud Colectiva

Karla Mercedes

Dra. Mercedes Jiménez

Dirección General del Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)

Dr. Osvaldo Lorenzo

Dr. José Ledesma

Dra. Ana Delia Figueroa

Dra. Irma Alexandra Guzman Santanta

Dra. Marisol Jiménez

Dra. Arelis Batista

Licda. Noemi Lara

Licda. Xiomara Aquino

Licda. Gisela Ventura

Licda. Rachel Adames

Dra. Angela Moreno

Dra. Santa Fernandez

Licda. Sobeida Quezada

Licda. Isidora Sabala

Licdo.. Yoan Ferreiras

Ministerio de Salud Pública (MSP)

Dra. Emiliana Pena

A las instituciones que conforman el Comité Nacional de Evaluación de la ENETMI

Vice Ministerio de Salud Colectiva.
Servicio Nacional de Salud
Dirección General de Atención a la Salud de la Población.
Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención
a la Salud (DGCSS).
Dirección General de Epidemiología.
Dirección de Análisis de Situación de Salud y Monitoreo de Resultados.
Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de las DPS.
Dirección General Materno Infantil y Adolescentes.
Vice Ministerio de Garantía de la Calidad.
Programa Nacional de Tuberculosis.
Programa Nacional de Salud Mental.
Dirección General de Promoción y Educación para la Salud.
Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA.
Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH.

Organismos de Cooperación

Oficina Panamericana de la Salud (OPS)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Programa Conjunto de Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	1
2. SITUACIÓN DEL PAÍS	3
3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN	9
4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LA SÍFILIS EN EL PAÍS	21
5. DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES PROGRAMÁTICOS DE LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN	29
6. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN GENERAL Y EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN	39
7. SISTEMA Y SERVICIOS DE LABORATORIOS CON ENFOQUE EN VIH Y SÍFILIS	41
8. DERECHOS HUMANOS, IGUALDAD DE GÉNERO E INVOLUCRAMIENTO DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN A LA ENETMI	43
9. CONCLUSIONES	46
10. BIBLIOGRAFÍA	49

DEFINICIONES Y SIGLAS

AL	América Latina
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
BCG	Bacilus Calmette-Guerin (vacuna)
CD4	Carga viral
CDC	Control Diseases Center (Centro para el Control de Enfermedades)
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
COIN	Centro de Orientación e Investigación Integral
CONANI	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional para el VIH y el SIDA
COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA
DAS	Dirección de Área de Salud
DGCSS	Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
DIGECITSS	Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
DIGEMIA	Dirección General Materno Infantil y Adolescentes
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DPS	Dirección Provincial de Salud
DPT	Difteria, Tétanos y Tosferina (Vacuna)
DRS	Dirección Regional de Salud
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
ENETMI	Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis
ENIEC	Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación
EVC	Encuesta de Vigilancia Centinela
FAA	Fuerzas Armadas
FAPSS	Ficha de Aplicación a Programas de Políticas Sociales de Salud
GTH	Gay, Trans, Hombres que Tienen Sexo con Hombres
IDSS	Instituto Dominicano del Seguro Social
IEC	Información, educación y comunicación
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública

OBMM	Observatorio de Mortalidad Materna
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPV	Oral Polio Vaccine (Vacuna anti polio)
PBI	Producto Bruto Interno
PCR-ADN	Técnica de biología molecular para la detección del VIH en niños/as
PEEC	Programa de Evaluación Externa de la Calidad
PLANDES	Plan Decenal de Salud 2006-2015
PN	Policía Nacional
PNRTV	Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH
PROFAMILIA	Profamilia
PSS	Prestador de Servicios de Salud
PTMI	Programa de Transmisión Materno Infantil
PVVIH	Persona viviendo con VIH
RD	República Dominicana
RN	Recién nacido/a
RPR	Examen de reagina plasmática rápida
SC	Sífilis congénita
SEMMA	Seguro médico para maestros
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SIAI	Sistema de Información de Atención Integral
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISALRIL	Superintendencia de Riesgos de Salud y Riesgos Laborales
SNS	Servicio Nacional de Salud
TB	Tuberculosis
TRSX	Trabajadora sexual
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
UNAP	Unidad de Atención Primaria de Salud
UNFPA	Programa de Población de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
USR	Antígeno de cardioplipina
VDRL	Prueba serológica para sífilis
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

1. PRESENTACIÓN

El presente documento es el instrumento de referencia para la Evaluación de Mediano Plazo de la estrategia ENETMI Nacional de Eliminación de la transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita, prevista para el último cuatrimestre del 2015. Este contiene los datos más actualizados sobre la situación de los indicadores y los distintos aspectos del Sistema Sanitario Nacional relacionados con la incidencia y el manejo del VIH y Sífilis en el marco del sector de salud pública.

Este documento incluye aspectos relacionados con la situación socio-económica del país, la Política Nacional de Salud, la estructura y reforma sectorial en curso, así como con el sistema de provisión de servicios colectivos y de atención a las personas. A pesar de la amplitud de cada uno de estos tópicos, hemos intentado apegarnos lo más posible a los aspectos directamente vinculados con el desempeño de la estrategia de Eliminación y los de mayor interés a los fines de la evaluación. También se incluye una revisión de los indicadores nacionales de los programas de prevención, control y atención al VIH y sífilis.

Este documento ha sido revisado continuamente por parte del staff técnico de la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -DIGECITSS-, una socialización y consulta con el Comité Técnico Ampliado para el seguimiento a la Evaluación de la ENETMI en el Ministerio de Salud Pública y presentación y consulta con técnicos representantes de las agencias de cooperación que apoyan la Estrategia de Eliminación.

La elaboración de este documento es parte de los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud -OPS- para apoyar técnicamente el proceso de evaluación bajo la responsabilidad del Viceministerio de Salud Colectiva y la DIGECITSS.

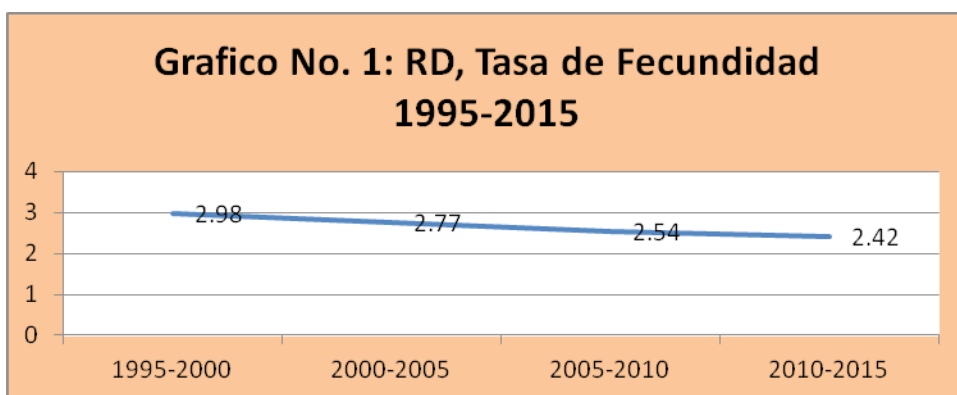
2. SITUACIÓN DEL PAÍS

2.1. Organización política y datos demográficos

La República Dominicana se encuentra dividida en un Distrito Nacional y 31 provincias, 154 municipios y 232 distritos municipales. A los fines de la estructura sectorial y de servicios de salud el país se divide en 9 regiones, como se verá más adelante.

La población del país estimada al 2015 es de 9,980, 243, manteniendo el equilibrio en su composición por sexo, pues 4,991,398 son hombres y 4,988,845 mujeres . Es una población fundamentalmente joven, los menores de 15 años representan el 29.3%, los de 15 a 59 años un 61.2% y las personas de 60 años en adelante apenas alcanzan el 9.5%. En el área urbana reside 7,9 millones de personas (78.7%) y 2.1 millones en la zona rural (21.3 %). La tasa de crecimiento medio anual es de 1.2% en el período 2011 al 2015 con una expectativa de vida al nacer de 72.3 años, siendo este indicador más amplio para las mujeres para un 74.8, que en los hombres con un 70. El país posee una densidad población alta, 215 habitantes por km² en 2014 .

La República Dominicana registra en el 2014 una tasa global de fecundidad en mujeres de 15 – 49 años equivalente a 2.5 , y una reducción sistemática de la tasa global de fecundidad en los últimos 20 años, como se observa en el gráfico siguiente:



Fuente: ONE. Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100.

2.2. Contexto socioeconómico

En los últimos veinte años la República Dominicana ha sido una de las economías de más alto crecimiento en Latinoamérica, con un promedio del PIB en torno al 5.4 anual entre 1992 y 2014, lo que le ha abierto un lugar en el grupo de países de ingreso medio. A pesar de este fenomenal desempeño económico, la pobreza actualmente es más alta que en el año 2000, ya que aumentó del 32% de la población en 2000 a casi un 50% en el 2004 tras la crisis financiera y económica del 2003, para descender gradualmente al 41% en 2013. La data más reciente indica una reducción al 35.8% del PIB en 2014.

El costo estimado de la canasta familiar es de RD\$27,887.64 a mayo de 2014, mientras que el salario mínimo oscila entre RD\$11,292 y RD\$6,880 según la actividad económica del empleador, con lo que se accedería solo al 32% de la canasta aproximadamente.

La tasa de desempleo fue de 14.7% en 2012 según los datos del Banco Central de la República. En el informe se resalta que el alto desempleo en el sector formal ha llevado a un aumento de la informalidad. En 2013 había un estimado de 2,3 millones de puestos de trabajo informales equivalente al 56% de la fuerza laboral.

Los principales obstáculos para el avance se ubican tanto la baja calidad del gasto público en su conjunto como el monto también bajo del gasto público social, cuyo promedio fue de 8.7 en 2013. El gasto social como porcentaje del gasto del Gobierno Central es de 44.3% (2013). A partir del 2012, según la Ley del Presupuesto Nacional, el presupuesto del Sector Educación pasa del 2.4% al 4% del PID.

El 2.5% de la población no sabe leer ni escribir y por otro lado, el 8.1% de la población es analfabeta. A partir del año 2012, en el marco de las acciones contra la pobreza, la Presidencia de la República creó la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia, la que emprendió un Plan Nacional para alfabetizar 700,000 personas en un período de dos años.

El 65.9% de la población nacional, con edades comprendidas entre los 5 y los 29 años de edad, asiste a la escuela o colegio, presentando la zona urbana un porcentaje mayor que la rural, con un 67.3% y 62.9% respectivamente.

La proporción de mujeres que asiste a clases es superior a la de hombres en todos los niveles educativos, siendo el nivel superior el que presenta el índice más alto, con un valor de 1.63%.

Se estima que solo el 15.4% de quienes participan en el sistema escolar ingresan a la universidad. La mayor deserción, alrededor de un 45.9%, se da en el nivel básico: un 37.5% deserta antes de concluirlo y un 8.4% lo termina pero no continúa la educación media. En el nivel medio el porcentaje de alumnos que desertan antes de concluirlo es menor, aproximadamente un 16.0%, sin embargo, es más elevado los que lo concluyen y no continúan los estudios universitarios, representando un 17.7%.

La pobreza y la inequidad de género son motivos importantes que conducen a la deserción; el 64% de los hombres que desertó lo hizo por razones económicas, mientras que las mujeres desertan un poco menos que los hombres. Un Estudio realizado por CONANI señala que el embarazo es la principal causa de deserción escolar (44%) en adolescentes .

Entre agosto y septiembre del 2015 se desarrolla un debate público en el país en torno a un proyecto de ley mediante el que se procura instituir la educación sexual en las escuelas. Este debate es librado entre algunas ONG y varias organizaciones tradicionales, principalmente religiosas. La tendencia es que los legisladores respalden las posiciones tradicionales.

El 97 por ciento de los hogares dispone de electricidad, 99% en las áreas urbanas y 92% en las rurales, sin embargo, entre otros medios de alumbrado usados regularmente, el de mayor frecuencia son las velas o velones, empleados en el 54% de los hogares ; esto en razón del problema histórico de los apagones.

El 90% de los hogares del país tiene como fuente principal de agua para otros usos la red pública de abastecimiento. En el 78% de los hogares se utiliza el agua embotellada para beber y en sólo el 11% se recurre para estos fines al agua proveniente de la red pública. Los hogares que no utilizan agua embotellada para beber, en más de la mitad (57%) no hierven ni usan cloro. El 67% de los hogares disponen de inodoro privado y otro 6% de inodoro compartido (ENDESA 2013). Para el 72% de los hogares la recolección de la basura es llevada a cabo por el Ayuntamiento Municipal.

En torno a la inversión en salud, al 2013 el gasto público representó el 31.4% del gasto total en salud, un 2.8% del PBI . En términos per cápita, el gasto en salud para el año citado fue de 281 dólares (OMS 2014) o RD\$12,645. El gasto de bolsillo de los hogares en salud representó el 39% en este mismo año. Según la misma fuente, en el año 2013 el MSP destinó alrededor del 60% de sus recursos para atenciones curativas (45% para atenciones hospitalarias y 15% para atenciones ambulatorias). En los servicios de prevención y salud pública se gastó un 3%, el gasto administrativo fue de un 13%; para la provisión de medicamentos a pacientes ambulatorios se destinó un 8% y a los servicios de rehabilitación un 1%.

2.3. Indicadores básicos de salud

Según la Encuesta Demográfica de Salud, ENDESA 2013, en la República Dominicana la cobertura de atención prenatal es casi universal llegando al 99.5% de las mujeres. El 75% de las que acudieron a realizarse control prenatal fue atendido por un ginecólogo obstetra, mientras que el 24% fue atendido por un médico general o de otra especialidad. El 95% de las embarazadas tuvo 4 o más controles prenatales y el 83% tuvo su primera visita antes de los cuatro meses; la mediana de edad estacional al primer chequeo fue de 2.6 meses.

El 99% de los partos tuvo lugar en un establecimiento de salud, observándose una disminución en los ocurridos en establecimiento público (72%) y un aumento en los ocurridos en clínicas privadas (27%) con relación a la encuesta anterior. El 88% de las mujeres recibieron al menos dos dosis de la vacuna toxoide contra el tétanos (TT) dentro del intervalo apropiado antes de dar a luz en 2014.

La tasa de mortalidad materna (100,000 nacidos vivos) según certificados de defunción al 2011 fue de 97.3, según el Sistema de Vigilancia al 2013 fue de 91.3 y la ajustada por sub registro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica al 2012 fue de 109.7.

De las causas de muerte materna, la enfermedad hipertensiva del embarazo representa el 26.8% y el aborto 8.5%. Otro factor importante de riesgo en la mortalidad materna lo constituyen los embarazos a temprana edad, el 20% de esta mortalidad ocurre en el grupo de edad de 13-19 años.

Un aspecto importante relacionado con la mortalidad materna lo constituyen las cifras de embarazos en adolescentes. Un documento elaborado por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y el CONANI, con el apoyo de UNICEF, indica que el 33.2% de las adolescentes y mujeres jóvenes de las familias más pobres “se habían embarazado antes de cumplir 20 años”. Un estudio realizado por PROFAMILIA reveló que el 19% de las muertes maternas relacionadas al embarazo, el parto y el posparto en el país ocurren entre las adolescentes.

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos) registrada para el 2013 según el sistema de vigilancia fue de 16.5, y la estimada fue de 25.1 . El total de muertes en recién nacidos fue de 3,450 y la de menores de 5 años fue de 5,065 , lo que indica que la probabilidad de morir antes del primer año es 68% frente al 32% correspondiente a los de 1 a 5 años. A su vez, se ha estimado que el 80% de la mortalidad de niños y niñas menores de un año ocurre durante el periodo neonatal (primeros 28 días de vida).

Según ENDESA 2013, el 100% de mujeres en edad fértil conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos. Un 72% de las casadas o unidas utilizaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es de un 11% de mujeres casadas o unidas, con un interés mayor en espaciar los nacimientos más que para limitarlos. Las mujeres más jóvenes son quienes presentan los mayores niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos: 27% en las mujeres de 15-19 años y 21% en las mujeres de 20-24 años, contra solo 5% en las mayores de 35 años.

La cobertura de inmunización completa alcanza el 41.7%; esto es aquellas suministradas antes del año de edad en el esquema nacional de vacunación como son BCG, Polio3, DPT3, y contra el sarampión suministrada antes de los 2 años de edad. De forma individual, la cobertura de vacunación contra la tuberculosis (BCG) alcanzo un 93.9% y el antipolio (OPV3) un 71.2%, el país está declarado como libre de poliomielitis; la cobertura de vacunación contra la difteria, la tosferina y el tétanos (DPT) es de un 63.6%, contra el sarampión con un 77.3%.

El VIH y la sífilis continúan siendo problemas que traspasan el ámbito del sector salud, como se verá más adelante.

Los grandes desafíos del Sistema Sanitario Nacional están planteados en el Plan Decenal de Salud 2006–2015 con el que se pretende superar la deuda social acumulada y las inequidades sociales y de género en la situación de salud, asegurar la prevención y el control de los problemas y riesgos prioritarios de salud, así como expandir las diferentes funciones y componentes del Sistema Nacional de Salud con base en un enfoque de derechos, equidad social y de género y con participación ciudadana.

Los mecanismos de seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como el Plan Nacional para la Eliminación del VIH Materno Infantil y la Sífilis Congénita, entre otras iniciativas, son parte de los esfuerzos por alcanzar los propósitos del Plan Decenal de Salud.

3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN

3.1. Gobernanza y liderazgo

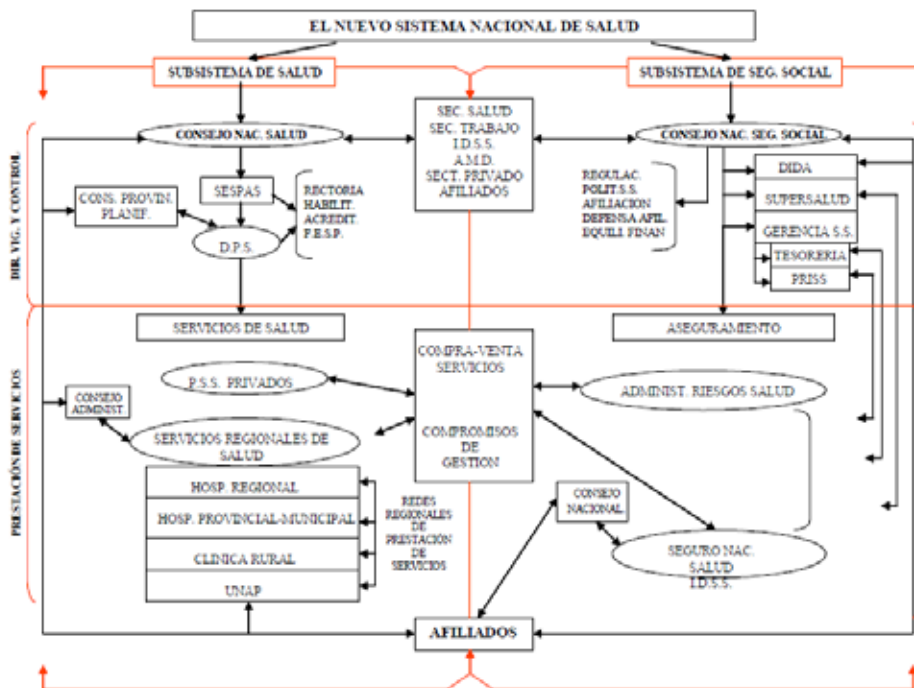
El Sistema Nacional de Salud se rige por dos leyes principales: la Ley General de Salud No. 42-01 y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01. Ambas leyes formalizan el proceso de reforma sectorial a partir del 2001 y contienen en su articulado los lineamientos para el proceso de separación y descentralización de las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud: rectoría, financiamiento y provisión.

Las leyes anteriormente mencionadas ponen en funcionamiento dos consejos, uno por cada ley. La No. 42-01 crea el Consejo Nacional de Salud (CNS) como un organismo de cogestión de la salud pública con la función de apoyar y asesorar en la elaboración y evaluación de las políticas y estrategias; está organizado con miembros de las instituciones más representativas del sector salud, públicas, gremiales, privadas y de la sociedad civil. A partir de las decisiones que se toman en este consejo se ejerce el rol de rectoría del sector salud, liderada por el Ministerio de Salud Pública a través de sus distintos niveles gerenciales, incluyendo las Direcciones Provinciales de Salud (DPS).

Por su parte, la Ley No. 87-01 crea el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) organizado de forma multisectorial para dirigir el Sistema Dominicano de Seguridad Social, con funciones de conducción del sistema, establecimiento de políticas, regulación del funcionamiento y garantía del equilibrio financiero del mismo.

Con estas dos leyes nacen la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales –SISALRIL-, la Tesorería de la Seguridad Social –TSS-, la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados –DIDA- y las Administradoras de Riesgos de Salud –ARS-, encabezadas por el Seguro Nacional de Salud –SENASA-. En sus funciones operativas asumen la gobernanza sectorial junto al MSP y sus instancias gerenciales. A partir de estas reformas se da paso a la estructura sectorial siguiente (Gráfico No. 2):

Grafico No. 2: RD. Estructura del Sector Salud 2015.



A partir de esta estructura, el MSP desarrolla un proceso de transición hacia la separación y especialización de funciones a través de procesos de desconcentración y descentralización; para ello, implementa un plan de transformación de sus expresiones centrales y territoriales, caracterizado por un reordenamiento de las funciones de los viceministerios, mientras que en los niveles territoriales se despliegan esfuerzos para dotar a las Direcciones Provinciales de Salud, representantes locales de la rectoría y la salud colectiva y a las Direcciones Regionales de Salud, responsables de la organización y gestión de las Redes de Servicios de Salud, de las capacidades y recursos que les permitan cumplir a cabalidad sus respectivas funciones .

La Política Nacional de Salud se orienta al aumento del acceso de la población a los servicios y a la reorganización de los servicios por niveles de atención, priorizando el primer nivel basado en la estrategia de atención primaria, también a la mejora del acceso a medicamentos de bajo costo y calidad y al aumento de las coberturas de aseguramiento en salud. Como ejes transversales de ese marco se establecen la transformación de los recursos humanos a través de sistemas de capacitación, incentivos y nuevas formas de contratación y el fortalecimiento de los sistemas de información que contribuyan a transparentar las acciones del sector.

Para el seguimiento a la respuesta nacional al VIH/SIDA, en el año 2001, mediante el Decreto No. 32-01, se creó el Consejo Presidencial del SIDA – COPRESIDA-, el cual fue instituido en el año 2011 como Consejo Nacional para el VIH y el SIDA –CONAVIHSIDA- mediante la Ley No. 135-11. Este se define como un organismo autónomo, colegiado, multisectorial y de carácter estratégico, adscrito al Ministerio de Salud Pública. En lo operativo, el CONAVIHSIDA es el encargado de la coordinación de la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA mediante la definición de un Plan Estratégico, concertación multisectorial y gestión de financiamiento.

Desde la estructura formal del Ministerio de Salud Pública, el Viceministerio de Salud Colectiva tiene la responsabilidad, a través de la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual -DIGECITSS-, de conducir los diferentes aspectos de atención a la epidemia de VIH/SIDA, incluyendo la coordinación de la Estrategia de Eliminación del VIH Materno Infantil y la Sífilis Congénita; mientras que la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes -DIGEMIA-, se encarga de los diferentes programas de salud materno infantil y salud de los y las adolescentes.

En cumplimiento con lo establecido por la Ley General de Salud No.42-01, a partir del 10 de octubre del 2014, mediante el Decreto No. 379-14 se ordenó la desconcentración administrativa, funcional y territorial del Viceministerio de Atención a las Personas y todas sus instancias organizativas correspondientes, convirtiéndolo en Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSS). Este organismo tiene el objetivo de fortalecer el proceso de separación de las funciones de provisión de servicios de salud, de la de rectoría y la salud colectiva en el Ministerio de Salud Pública, incluye la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud e incorpora las Direcciones Regionales de salud -DRS-.

3.2. Financiación y aseguramiento sanitario

El Sistema Nacional de Salud tiene un financiamiento mixto basado en los impuestos generales del Estado y en los aportes y contribuciones al Sistema de Seguridad Social, que incluye la participación de seguros de salud públicos y privados . El financiamiento de los servicios de atención a la salud contemplados en el marco del aseguramiento del Sistema de Seguridad Social, definido por el Art. 7 de la Ley No. 87-01, se estructura en tres regímenes diferentes y complementarios:

- a) Un régimen contributivo para trabajadores asalariados públicos y privados.
- b) Un régimen subsidiado, financiado fundamentalmente por el estado, que da cobertura a desempleados, discapacitados e indigentes.
- c) Un régimen contributivo-subsidiado previsto para proteger a profesionales y técnicos independientes y trabajadores por cuenta propia con ingresos medios iguales o superiores a un salario mínimo nacional.

El conjunto de estos regímenes constituye el Seguro Familiar de Salud, cuyo desempeño a diciembre del 2014 se puede observar en la tabla siguiente:

Tabla No. 1: Afiliados al Seguro Familiar de Salud 2014					
Régimen Subsidiado			Régimen Contributivo		
Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
3,015,646	1,615,128	1,400,518	3,141,599	1,563,274	1,578,325

Fuente: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Informaciones Estadísticas. www.sisalril.gob.do.

Este nivel de afiliación es sostenido por 26 Aseguradoras de Riesgos de Salud -ARS-, de las cuales 4 son públicas: SENASA, Salud Segura (IDSS), ARS-FA y ARS-PN; las restantes son gestionadas por el sector privado e incluyen la ARS del Banco Central y la de los maestros, ARS-SEMMA. Todas han debido pasar por un proceso de habilitación bajo la responsabilidad de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

El régimen subsidiado es provisto por SENASA. La afiliación en este régimen al 2014 fue de 3,015,646 personas, lo que representa el 73% de la población pobre del país estimada según los indicadores de pobreza del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, organismo que la ubica en cuatro millones 126 mil 478 personas.

Se prevé que el régimen subsidiado tenga un impacto positivo en la población de la ENETMI, pues hasta el momento el mismo ha captado jefes o titulares de familias y mujeres.

Al momento de elaborar el presente documento, el régimen contributivo subsidiado, que no ha iniciado aun su aplicación, es motivo de análisis respecto de su viabilidad financiera.

Las intervenciones preventivas de carácter poblacional y colectivo son explícitamente excluidas del Plan Básico de Salud de la Seguridad Social, por entenderse que son responsabilidades del estado que deben financiarse con otros fondos del sector. Esta exclusión afecta en forma directa el Programa Nacional de VIH/SIDA pues deja fuera de financiamiento la mayoría de las acciones de prevención primaria.

En cuanto a la prestación de servicio individual, el Plan Básico de Salud provee todos los componentes de atención materno-infantil, incluyendo los paquetes básicos de reducción de la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis congénita; no obstante, es necesario actualizar los esquemas de ARV en el Plan Básico, ya que en el momento en que estos se incluyeron el esquema era distinto al recomendado actualmente.

Además de las disponibilidades del Plan Básico, la iniciativa de eliminación ha contado con la colaboración de varias agencias de cooperación técnica, quienes han hecho contribuciones importantes en aspectos de investigación, monitoreo, capacitación e implementación, especialmente en su fase inicial. Las más importantes contribuciones han sido facilitadas por Fondo Mundial contra el VIH, TB y Malaria, UNICEF, USAID y OPS.

Dado que el Plan Básico de Salud deja fuera de financiamiento gran parte de las acciones de prevención, investigación, carga viral, CD4 y ARV para la atención integral de las PVVIH, entre otros aspectos, mediante el esfuerzo sectorial, se ha articulado una serie de fuentes para financiar el Programa Nacional de VIH/SIDA, como se describe en tabla que sigue (Tabla No. 2):

Tabla No. 2:
RD. Diferentes fuentes de financiamiento del Programa Nacional de VIH/SIDA.

Área Programática	Promedio sector público 2015-2017	Promedio sector privado 2015-2016	Promedio FM 2015-2016 (solo RCC actual en 2015)	Promedio otras agencias internacionales 2015-2016	Promedio todos los sectores, 2015-2017	Porcentaje sector público, 2015-2017
Prevención	34,434,469	301,961,081	9,543,215	40,645,775	386,584,540	9%
Atención y tratamiento	418,427,794	122,382,178	35,382,418	10,490,754	586,683,144	71%
Huérfanos y niños vulnerables	-	-	440,802	-	440,802	0%

Tabla No. 2: RD. Diferentes fuentes de financiamiento del Programa Nacional de VIH/SIDA.						
Gestión y admin. de programas	80,989,703	-	26,814,000	40,784,712	148,588,416	55%
Protección y servicios sociales	11,677,247	-	1,193,147	-	12,870,394	91%
Entorno favorable	-	-	1,909,570	2,095,763	4,005,333	0%
Investigación relacionada a VIH	-	-	105,299	1,285,210	1,390,509	0%
Total	545,529,214	424,343,260	75,388,450	95,302,214	1,140,563,137	48%

El crecimiento sistemático del Producto Bruto Interno –PBI- registrado en los últimos años, como se explicó antes, ha hecho que el país pase de la categoría de bajo ingreso a ingreso medio, lo cual tiene un impacto directo en el financiamiento al Programa Nacional de VIH/SIDA. Los donantes tradicionales suspenderán o reducirán sus programas de apoyo al país a partir del 2015.

3.3. Recursos humanos en salud del sector público

El cuadro siguiente (Tabla No. 3) describe la cantidad de recursos humanos en salud de todas las categorías del sector público disponibles a marzo del 2015.

Tabla No. 3: Recursos humanos del MSP, 2015	
Categoría empleado	Cantidad
Administrativo	22253
Auxiliar de enfermería	11247
Ayudantes	120
Banco de sangre	38
Diagnóstico	43
Personal enfermería graduado	3554
Farmacéuticos	946
Jefe de servicio	300
Laboratorio	1311
Médico asistente	217

Tabla No. 3: Recursos humanos del MSP, 2015	
Categoría empleado	Cantidad
Médico especialista	5463
Médico general	4003
Médicos c/cargo administrativo	767
Médicos pasantes de post-grado	937
Médicos residentes	3135
N/d	917
Odontólogos	2166
Otro personal de salud	1627
Pasantes de ley	1758
Personal de nutrición	176
Promotores de la salud	6083
Psicólogos	470
Rayos x	272
Total	66,886

Este cuadro expresa la totalidad de los recursos humanos del Ministerio de Salud Pública disponibles para cubrir la demanda de servicios en todos los niveles y programas.

Tabla No. 4: describe la proporción de recursos disponibles en los servicios de salud de la República Dominicana contrastando con la media de los países de América Latina y el Caribe.

Tabla No. 4: RD Indicadores de recursos del sector público		
Razón de médicos (por 10,000 hab.)	15.3	17.2
Razón de enfermeras profesionales (por 10,000 hab.)	3.3	13.8
Número de establecimientos de atención ambulatoria	5,700	10,171
Razón de camas hospitalarias (por 1,000 hab.)	1.6	2.0
Razón de atenciones ambulatorias (por 1,000 hab.)	1,453.5	2,955

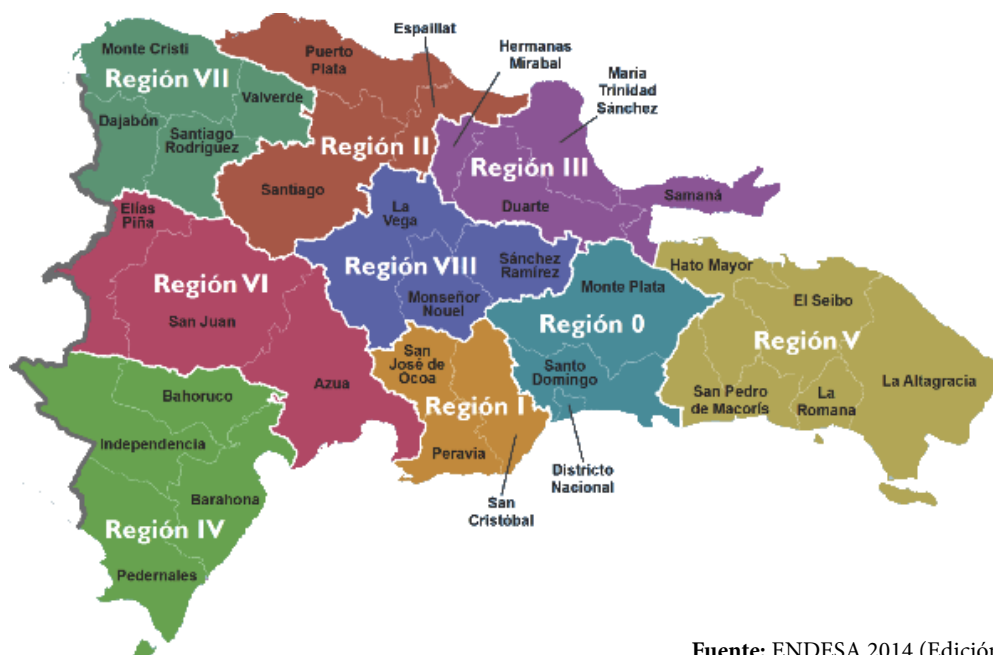
3.4. Descripción de las Direcciones Regionales y Provinciales de Salud

El Ministerio de Salud Pública administrativa y operativamente cuenta con 9 Direcciones Regionales de Salud (DRS), las que aglutinan la estructura de provisión de servicios de salud en el total de provincias del país, incluyendo Santo Domingo y el Distrito Nacional. Esta estructura regional se detalla a continuación:

Región	Provincias
0	Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata
I	San Cristóbal, Peravia y San José de Ocoa
II	Santiago de los Caballeros, Puerto Plata y Espaillat
III	Duarte, María Trinidad Sánchez y Samaná
IV	Barahona, Bahoruco, Independencia, Pedernales
V	San Pedro de Macorís, La Romana, La Altagracia, Hato Mayor y El Seibo
VI	Azua, San Juan y Elías Piña
VII	Valverde, Monte Cristi, Dajabón y Santiago Rodríguez
VIII	La Vega, Monseñor Noel, Sánchez Ramírez

En 28 de las 30 provincias en que se divide el país, funciona una Dirección Provincial de Salud -DPS-. La provincia Santo Domingo incluyendo el Distrito Nacional, Región 0, esta subdividida en ocho (8) Direcciones de Áreas de Salud -DAS-, y la provincia Santiago de los Caballeros, Región II, recientemente fue subdividida en tres (3). Las DPS y las DAS cumplen el rol de rector del Ministerio en sus localidades y son responsables de la coordinación sectorial provincial y de los programas de salud colectiva, por tanto el seguimiento a la ejecución de la ENETMI en sus demarcaciones son parte de sus funciones.

El siguiente mapa muestra la distribución de las 9 regiones de salud y las 30 provincias que las componen.



Fuente: ENDESA 2014 (Edición)

A partir del Decreto No. 379-14, el conjunto de establecimientos de salud de los distintos niveles de atención, los laboratorios y centros diagnósticos dependientes del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Dominicano del Seguro Social –IDSS-, de las Fuerzas Armadas –FFAA- y la Policía Nacional, así como los establecimientos de salud de las ONG's, se encaminan a constituir la red pública de atención a las personas, cuya autonomía deberá redundar en lo inmediato en el mejoramiento de la provisión de los servicios de salud a los y las usuarias y la integración horizontal de los servicios de atención al VIH/SIDA, incluyendo los de la iniciativa de eliminación del VIH materno infantil y la sífilis congénita.

Los establecimientos de provisión de servicios de salud pertenecen al Ministerio de Salud Pública, Instituto Dominicano de la Seguridad Social, Sanidad Militar y Policial y la estructura de servicios de las diferentes Organizaciones No Gubernamentales, incluyendo las de las instituciones religiosas y el sector privado. El conjunto de estructuras del sector público funciona en forma relativamente articulada, aunque en relación con el resto de los prestadores hay una importante fragmentación que contribuye a la ineficiencia y a un reducido impacto de las acciones de salud.

Para la prestación de servicios a la población, la estructura de salud pública se organiza en tres niveles de atención definidos por su complejidad y por la capacidad de internamiento:

- a) Las estructuras de primer nivel o Unidades de Atención Primaria –UNAPS- deben garantizar la atención de menor complejidad sin internamiento.
- b) Las estructuras de nivel especializado básico corresponden al segundo nivel de atención e incluyen hospitales generales, municipales y/o provinciales y los sub centros, y deben garantizar la atención especializada de menor complejidad con régimen de internamiento. Los llamados hospitales generales de este nivel son los responsables de completar la cartera de servicios de las UNAPS en relación a las especialidades básicas, servicios de apoyo diagnóstico y algunas subespecialidades críticas.
- c) El tercer nivel de atención incluye los hospitales regionales, los centros de referencia nacional, los centros especializados de atención y los centros diagnósticos de complejidad.

Tabla No. 5: Distribución de los establecimientos públicos de salud por región y sus totales				
Región	1er. nivel	2do. nivel	3er. nivel	TOTAL
Región 0 - Metropolitano	362	25	10	397
Región I - Valdesia	137	10	1	148
Región II - Cibao norte	158	26	2	186
Región III - Nordeste	136	14	1	151
Región IV - Enriquillo	65	12	1	78
Región V - Este	153	13	1	167
Región VI - Del valle	133	10	2	145
Región VII - Cibao occidental	100	12	1	113
Región VIII - Cibao central	131	12	2	145
Total	1,375	134	21	1,530

Fuente: Base de datos Servicios Regionales de Salud.

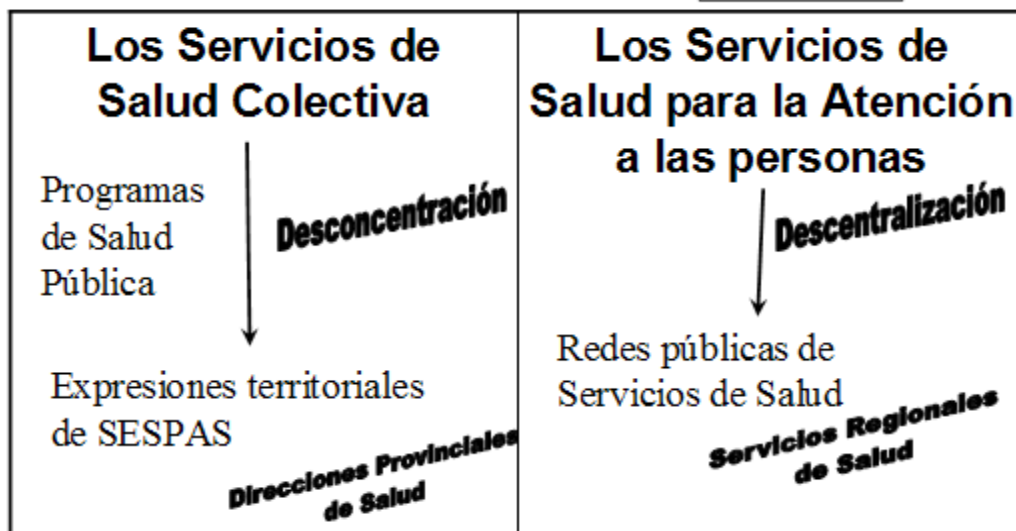
Además de esta cobertura de establecimientos por niveles de atención distribuidos en las 9 regiones de salud del país, en tres de ellas funciona igual número de centros integrales o centros intermedios donde se realizan diagnósticos básicos, entre ellos pruebas de VIH y sífilis, que sirven de apoyo a números determinados de UNAP lejanas a sus hospitales de referencia. En esta estructura de establecimientos también funcionan 54 centros diagnósticos y 31 gerencias de salud .

Los servicios de salud de que dispone el sector privado a nivel nacional incluyen establecimientos que agotarían la nomenclatura de niveles de atención arriba descrita, y aunque existen asociaciones de clínicas y hospitales de este sector, los mismos no funcionan en forma articulada.

3.5. Provisión de servicios

Conforme a la separación de funciones establecida por la Ley No. 42-01, el proceso de provisión de servicios de salud se efectúa mediante el funcionamiento del Subsistema de Atención a las Personas y el Subsistema de Salud Colectiva .

De acuerdo a los tipos de servicios (individuales o colectivos), las prestaciones de salud ofrecidas por el Sistema Nacional de Salud se organizan en dos subsistemas:



Fuente: MSP, Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud. 2005.

La provisión de servicios de salud colectiva o programas de salud pública se realiza a través del MSP y sus instancias técnicas centrales y las Direcciones Provinciales de Salud como expresiones territoriales desconcentradas, que son depositarias del rol rector del MSP en sus jurisdicciones.

El Subsistema de Atención a las Personas está conformado por el conjunto de prestadores de servicios de salud públicos y privados, estructurados en redes de servicios articulados por niveles de complejidad, debidamente acreditadas a través de las ARS y reguladas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Según datos proporcionados por la ENDESA 2007, el 63% de las consultas por problemas de salud corresponden al sector público (MSP 57%, IDSS 5% y centros de FFAA y Policía 1%), mientras que el sector privado atiende el 29% de las consultas, y las ONGs, iglesias y patronatos le dan servicios al 2% de la población.

En relación a la provisión de servicios brindados por la red de prestadores públicos gerenciada por los SRS, aunque el Ministerio de Salud Pública se rige por un modelo de atención y oferta de servicios de salud que está implementado obligatoriamente en todos los servicios regionales de salud, existen variaciones entre las regiones que dependen de la priorización de las estrategias y las decisiones políticas tomadas por los directores regionales.

Esto ha llevado a situaciones de inequidad en el acceso a servicios entre regiones, por ejemplo, una mujer embarazada podrá acceder a la prueba de VIH directamente en su centro de atención primaria si pertenece a la Región VII, pero no en la Región VI.

Por otro lado, se ha observado que las personas que resultan positivas al VIH en los servicios de salud privados, especialmente las embarazadas, en la mayoría de los casos son referidas al sector público, sin notar diferencias entre regiones.

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LA SÍFILIS EN EL PAÍS

4.1. Tendencia de la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en la población general, por grupos de edad y sexo.

Según el Informe de Estimaciones y Proyecciones de la Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad 2013, la epidemia del VIH en la República Dominicana muestra una tendencia a la estabilidad. Se estima que para ese año unos 43,681 dominicanos adultos y niños viven con VIH, de los cuales 23,195 son mujeres y 35,258 están comprendido entre los grupos de edades de 15 a 49 años de edad, lo que representa una prevalencia de 0.65% en esta población.

En cuanto a los jóvenes de 15 a 24 años de edad, se estima que 2,600 están infectados, lo que equivale a una prevalencia de 0.14%. Se percibe una tendencia ascendente para este grupo de edad a partir del inicio de la epidemia en el país hasta el año 1998. A partir de ese año inicia una tendencia descendente hasta el año 2013, posiblemente producto de las intervenciones de prevención del VIH dirigidas a este grupo de población.

A partir del año 2006 la tendencia del total de niños que viven con VIH en la República Dominicana ha sido la disminución. Se estima que para el año 2013 el número de niños de 0 a 14 años de edad que viven con VIH es de 2,550. Las nuevas infecciones en este grupo de edad muestran su pico en el 1999, año en el que se introduce el Programa Nacional de la Reducción de la Transmisión Vertical como un programa piloto, y desde entonces muestran una tendencia descendente. Se estima que para el año 2013 se produjeron 37 nuevas infecciones en niños de 0 a 14 años.

Como expresamos anteriormente, los datos sobre casos, tratamiento y prevalencia de la de sífilis son muy escasos en el país. El enfoque de manejo sindrómico para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- que adoptó el país desde años en que la sífilis es manejada como úlcera genital, ha podido tener incidencia en que el personal de salud no haga un registro sistemático de informaciones sobre el particular. La prevalencia de VIH se ha mantenido estable con una tendencia decreciente; las personas de 15 – 49 años que se hicieron la prueba resultaron positivas en un 0.8%, con una proporción ligeramente superior en los hombres (0.9%) que en las mujeres (0.7%). La prevalencia es menor en jóvenes que en adultos; en jóvenes de 15 – 24 años, el 0.4% en las mujeres y el 0.2% de los hombres resultaron positivos al VIH.

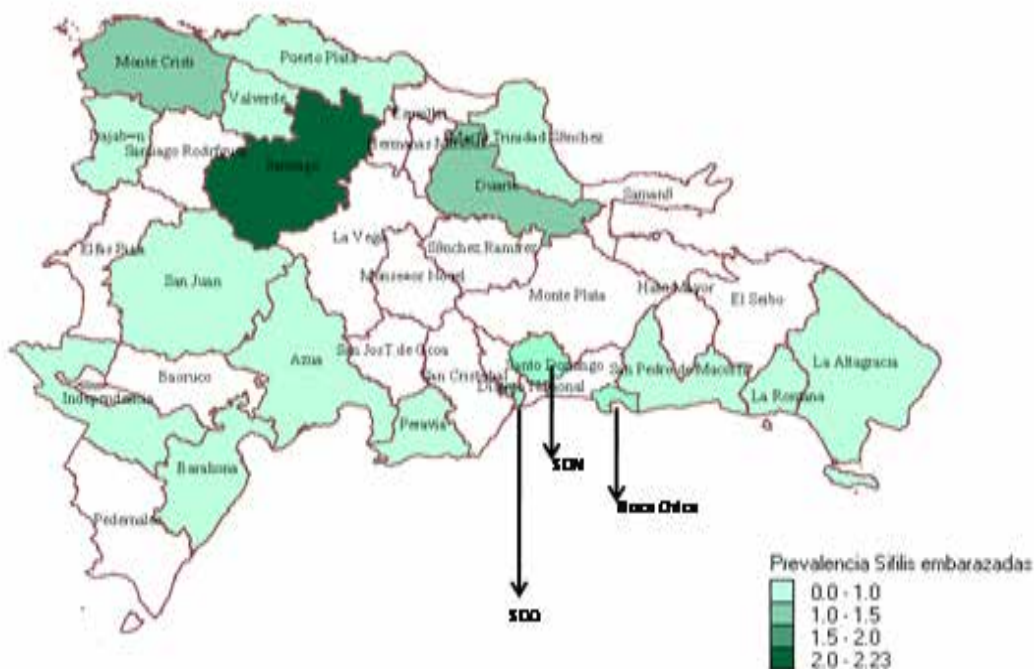
En términos absolutos, el Reporte Global de ONUSIDA del 2013 estimó que las nuevas infecciones anuales de VIH pasaron de 5,900 personas en el año 2001 a menos de 500 en 2012. Las estimaciones de CONAVIHSIDA y DIGECITSS muestran que la población viviendo con VIH del país era de 49,000 personas en 2005 y que en 2013 es de 45,000, de las cuales el 58% son mujeres.

La detención y reducción de la propagación del VIH/SIDA en República Dominicana ha traído como consecuencia un descenso sostenido en el número estimado de muertes por esta causa. En 2011 fallecieron 1,696 personas por VIH/SIDA, la mitad de los fallecimientos que hubo en 2007. El número anual de muertes de niños y niñas, por su parte, se redujo 50% durante el período. Tanto CONAVIHSIDA como DIGECITSS proyectan que en 2015 el número de muertes por SIDA se reduzca en alrededor de 400.

4.2. Tendencia de la Prevalencia de la infección por el VIH y la Sífilis en la Población Prenatal por Grupos de Edad y Sexo.

En la ENDESA del 2013, al igual que en el 2007, se les preguntó a las mujeres que tuvieron hijos o hijas en los dos años previos a la encuesta si se le había practicado una prueba de VIH y sífilis como parte de su control prenatal, si recibió consejería antes de realizarle la prueba y si recibió los resultados en una sesión de consejería; solo un 55% de las mujeres encuestadas afirmaron haber recibido consejería sobre VIH durante una visita prenatal y un porcentaje parecido (54%), recibió consejería y se hizo la prueba. Sólo al 33% de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los últimos doce meses, se les hizo la prueba de sífilis a los cinco meses de gestación o antes y al 12% se les hizo después de la edad gestacional recomendada.

Los grupos de mujeres con más baja cobertura oportuna de la prueba de sífilis son las que residen en las regiones de salud IV (20%) y VI (23%), las de ningún nivel educativo (17%) y las del segundo quintil de riqueza (26%); el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron los resultados de la prueba de sífilis es más bajo aún (26%). El 19 % de mujeres sin escolaridad recibió los resultados de la prueba de sífilis, incrementando hasta un 31% de las que tienen mayor nivel de escolaridad. Como en VIH, la sífilis es una enfermedad con alta prevalencia en los grupos más vulnerables, por ejemplo en homosexuales y transexuales la incidencia es de un 7.1% y en trabajadoras sexuales alcanza el 11.3%. Los datos de vigilancia centinela de DIGECITSS muestran en el gráfico siguiente la Prevalencia Nacional de Infección por Sífilis en Embarazadas, 2009.



Fuente: DIGECITSS, datos de vigilancia centinela 2009.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia global de sífilis para los grupos de 15 a 24 años de edad y las embarazadas entre las edades de 25 a 49 años de edad, las embarazadas de 15 a 49 años de edad presentan niveles de prevalencia inferiores a las embarazadas jóvenes. Tabla No. 6.

Tabla No. 6:
Prevalencia global de la infección de sífilis en embarazadas por grupo de edad, EVC 2009

Grupos de Edad	Prevalencia	Intervalos de confianza %
15 - 24 años	0.44	0.28, 0.65
25 - 49 años	0.34	0.15, 0.66

Fuente: DIGECITSS. Encuesta de Vigilancia Centinela, 2009.

Según la encuesta de vigilancia centinela 2009, la prevalencia de punto más alta obtenida para sífilis en embarazadas fue para la provincia Santiago con un 2.23%, con intervalos de confianza al 90% de la prevalencia real de la población representada por los intervalos de confianza entre 1.11% -3.98%. La prevalencia de la infección más baja observada es de 0.0% para varios puestos: Distrito Nacional, Puerto Plata, Barahona, San Juan, Dajabón,

Valverde, El Seibo, La Romana, Santo Domingo Norte, La Altagracia, Boca Chica y Santo Domingo Oeste, con distintos intervalos de confianza.

Como parte de la puesta en marcha del Plan Nacional de Eliminación del VIH Materno Infantil y la Sífilis Congénita, en fecha 17 de enero 2013 por Resolución MSP 00004/13, se actualizaron las enfermedades y eventos de notificación obligatoria y se incluyó la sífilis congénita en RN (nacido vivo o muerto) como evento de notificación inmediata dentro de las primeras 24hs del diagnóstico y a la sífilis, incluyendo a las embarazadas, como evento de notificación individual diferida semanal, lo cual está permitiendo la recolección y sistematización de datos sobre sífilis como se verá más adelante.

4.3. Definición de casos de Sífilis.

4.3.1. Sífilis materna:

Según la Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual, se considera como caso de sífilis materna a toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas las pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación .

4.3.2. Sífilis congénita:

Se define como caso de sífilis congénita a todo niño con:

- a) Evidencia clínica de sífilis congénita.
- b) Asintomático, pero la madre no recibió un tratamiento adecuado para la sífilis materna.
- c) Asintomático, donde la madre fue tratada adecuadamente para sífilis materna, pero presenta títulos de VDRL, USR o RPR, cuatro veces superior a los de la madre.
- d) Asintomático, cuya madre fue tratada adecuadamente, pero no se dispone de títulos cuantificados para comparar con la madre.

4.4. Prevalencia de la infección por VIH y sífilis por regiones.

La prevalencia de VIH en la población general, según ENDESA 2013, es de 0.8% a nivel nacional, encontrándose prevalencias por encima del 1% en la región VII: Monte Cristi, Dajabón, Valverde y Santiago Rodríguez; y en la Región V: La Altagracia, La Romana, San Pedro, Hato Mayor y El Seibo.

Se observa que el mayor porcentaje de positividad en embarazadas de centros de salud, con reporte regular al PNRTV desde el 2008, son los ubicados en la Región VII, en la Región V: La Altagracia, y en las provincias de La Vega, Santiago y Elías Piña.

Las encuestas en población general y de puestos centinelas en embarazadas disponibles a la fecha, junto a la información del PNRTV permiten identificar escenarios de epidemia generalizada de VIH de manera consistente en la población de las provincias de la Región VII, Elías Piña (Región VI) y La Vega (Región VIII).

4.5. Modalidades de transmisión del VIH.

Un estudio sobre modos de transmisión CONAVIHSIDA-DIGECITSS señala que la mayoría de las nuevas infecciones para el 2010 ocurren en dos grupos poblacionales: gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres, con un 33.3%, y la parte de la población general que tiene relaciones sexuales solo con la persona con quien convive o relaciones sexuales de “bajo riesgo”, con un 31.9%. Estos son seguidos por otros grupos de poblaciones de mayor riesgo como son los residentes de bateyes con un 9.1%, los clientes de TRSX con un 5.6% y por la otra parte de la población general que reporta tener relaciones sexuales casuales, un 8.3%. Los residentes de bateyes y los clientes de TRSX son poblaciones a las que se les debería prestar mucha atención. En el caso de bateyes, aunque se ha sabido que la prevalencia es más del triple que en la población general, no se conocen todas las razones específicas que colocan a estas personas en mayor riesgo. Hay muchas posibilidades que pudieran estar poniendo a los residentes de estas zonas en riesgo, las cuales podrían estar asociadas a su nivel de movilidad, si son migrantes o residentes permanentes y a su comportamiento sexual en sí. Igualmente, los clientes de TRSX no se han considerado como prioridad para el país en términos de prevención de ITS, VIH/SIDA y, al igual que los residentes de bateyes, amerita más estudio e investigación para determinar su rol en la expansión de la epidemia.

El mismo estudio indica que, aunque no se pudo agregar a las mujeres que no han accedido a educación como grupo separado en el modelo, para evitar un doble conteo de estas mujeres dentro de los otros grupos incluidos en el estudio, se hizo un análisis para aproximar la cantidad de nuevas infecciones que será representado por este grupo dentro de la incidencia de mujeres. Las mujeres sin acceso a educación representarían un 19% de la incidencia del VIH en mujeres.

La transmisión del VIH en los niños y niñas se debe a la transmisión materno-infantil. A pesar de que en el país se viene implementando el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical (madre a hijo) del VIH, el mismo no ha llegado a tener la cobertura universal deseada, quedando alrededor de la mitad de las embarazadas sin que se les realice el test de VIH, y otra parte muy significativa de las mujeres positivas y sus hijos no reciben el tratamiento con antirretrovirales (ARV).

4.6. Tendencia de la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en grupos de población específicos por grupos de edad y sexo.

En los grupos de población específicos (GTH, TRSX), al igual que en la población general, se observa una tendencia a la disminución de la incidencia de VIH en los últimos 10 años, pasando de 3,978 nuevos infectados en el año 2003 a un estimado de 294 en el año 2013 en población de 15 a 49 años, siendo el 33% de estas en población de GTH .

- 4.6.1. Trabajadoras sexuales (TSX): la prevalencia se ha observado por encima de un 5% en Santiago, Barahona y La Altagracia al 2012, lo que sugiere un escenario de epidemia concentrada para estas provincias, mientras que Puerto Plata y la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, presentaron cifras menores pero que superan entre 2 y 5 veces la prevalencia en la población general .

La población de TSX presenta elevadas prevalencias de sífilis en todas las provincias (entre 6% y 12%). Otra condición de riesgo a destacar es bajo nivel de uso de condón en con parejas consideradas estables y de confianza, en relación a su uso mayor con parejas con quienes tienen sexo comercial. En Barahona y Santo Domingo prevalece un uso menor del condón en sexo comercial.

- 4.6.2. Gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres (GTH): existen tres estudios en esta población; el primero con una prevalencia de VIH de 11% utilizó la metodología de bola de nieve y se desarrolló en tres provincias del país en el 2004, Santo Domingo, Santiago y Samaná. Se realizaron dos encuestas de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica, una en el 2008 y otra en el 2012, con prevalencias por encima de 5%. La encuesta del 2012 presenta niveles de prevalencia de VIH mayores al 5% en Barahona y en Santo Domingo, lo que representa para estas provincias epidemias concentradas. Las tasas de prevalencia de VIH fueron menores en las demás provincias, pero entre 4 y 6 veces mayores a lo observado en la población general.

En cuanto a la sífilis, se observan tasas de prevalencia mayores de un 5% en todas las provincias, siendo los valores más altos en Santiago y Santo Domingo. Esta situación sugiere, al igual que en las trabajadoras sexuales, una alta vulnerabilidad. Otra condición de riesgo es la prevalencia de uso de condón por debajo del 50% en esta población, siendo todavía más bajo en Barahona. Se observó en esta población, al igual que en las trabajadoras sexuales, un uso mayor de preservativos con parejas con sostienen relaciones sexuales de forma comercial.

- 4.6.3. **Usuarios de drogas:** se dispone de dos encuestas de comportamiento con vinculación serológica en esta población. La última encuesta en el 2012 reporta en una estimación de prevalencia de VIH en Santo Domingo de un 4.8%, seguido por Santiago y Barahona con un 3.3%; La Altagracia y Puerto Plata presentaron porcentaje menores. Ellos presentan prevalencias de sífilis mayores al 5% en todas las provincias de la encuesta.
- 4.6.4. **Otros grupos poblacionales:** en años anteriores, un estudio de comportamiento entre personal militar de puesto en lugares fronterizos entre la República Dominicana y Haití (Dajabón, Elías Piña y Jimaní), evidenció comportamiento de riesgo en esta población, donde el 41% reportó haber tenido relaciones sexuales casuales durante los últimos 12 meses, y el 37% de los hombres dijo haber tenido relaciones sexuales con una trabajadora del sexo comercial (19% en los últimos 12 meses). Durante el 2010, mediante una encuesta de comportamiento con vinculación serológica se obtuvo una estimación de la prevalencia del VIH en la población de las FFAA de un 0.6%.

Otro grupo poblacional de interés para la epidemia de VIH son los residentes de los bateyes: comunidades en donde residen trabajadores de los ingenios azucareros, entre los que se encuentran inmigrantes de Haití que buscan trabajo estacional en la República Dominicana. La prevalencia de VIH en esta población fue de 3.2%, según la ENDESA Especial del 2007.

4.7. **Morbilidad y mortalidad relacionadas con la infección por el VIH, por grupos de edad y sexo.**

Se observa que a medida que se introducen los ARV en el país, la mortalidad por SIDA disminuye. Para el año 2013 se estimó que ocurrieron 1,111 muertes de adultos entre 15 a 49 años de edad a causa del SIDA. Las estimaciones de mortalidad relacionada a SIDA tienen un gran valor debido

a que la misma se enmascara como causa básica de muerte. Según las estimaciones en el año 2013 alrededor de 1,412 son las muertes relacionadas al SIDA en adultos y niños, (1,308 adultos y 104 niños), lo que representa una importante disminución de personas que mueren a causa de la enfermedad.

El comportamiento de la mortalidad en jóvenes de 15-24 años de edad es similar al descrito para la prevalencia del VIH en este mismo grupo: aumento constante año a año en el número de defunciones hasta finales de los años 90; después las defunciones decaen desde el 2003 hasta el año 2017.

4.8. Otras Informaciones.

- 4.8.1. Tendencias y tasas de embarazos en adolescentes: una de cada 5 mujeres de 15-19 años ha tenido hijos o ha estado embarazada. La prevalencia del embarazo y la maternidad adolescente se asocian directamente a la pobreza y la baja educación. El riesgo de una adolescente de quedar embarazada es 6 veces superior en las mujeres de educación primaria respecto a las de educación superior y de 4 veces superior cuando se relacionan las mujeres del quintil más pobre con las del quintil más rico.
- 4.8.2. Tendencias de mortinatos y factores contribuyentes: el valor estimado de la mortalidad neonatal, de 21 por mil según la ENDESA 2013, ha permanecido bastante estable en las últimas tres encuestas ENDESA, alrededor de 21-23 por mil, en tanto se ha venido produciendo un descenso en la mortalidad post neonatal (10 por mil a 6 por mil entre la ENDESA de 2007 y 2013). Finalmente, la mortalidad post-infantil (entre las edades exactas 1 y 5 años), sigue disminuyendo ligeramente pero de forma sostenida y ha alcanzado valores por debajo de 5 por mil.

5. DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES PROGRAMÁTICOS DE LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN

5.1. Aspectos generales

Desde 1987, los primeros esfuerzos regulares contra el VIH fueron acciones de prevención primaria principalmente, por actividades de información, educación y comunicación (IEC).

En 1993 se propone la ejecución de una Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ENIEC) y fue renovada en el 2010. En esta Estrategia se hizo una segmentación de audiencias en: hombres y mujeres sexualmente activos, embarazadas, trabajadoras de zonas francas y trabajadoras sexuales. Para cada una de estas audiencias se identificaron abordajes específicos, incluyendo promoción y entrega de condones.

El principal esfuerzo nacional de prevención de la infección por VIH dirigido a mujeres es el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV), el cual, después de un ejercicio piloto en el año 2001, se extendió a las 32 provincias del país en el año 2002.

El objetivo general del Programa es “reducir la transmisión madre hijo a través de la implementación de las estrategias y acciones de promoción, prevención y control dentro de las instancias del Sistema Nacional de Salud del país”.

A partir del 2012 el país asume programáticamente la Estrategia de Eliminación del VIH Materno Infantil y la Sífilis Congénita (ENETMI); este proceso inicio con la instalación de una mesa técnica de seguimiento (Comité Técnico), de un piloto en 16 de los principales hospitales que atienden las embarazadas en el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical, la elaboración y publicación del Plan Nacional para la Eliminación del VIH Neonatal y la Sífilis Congénita, así como la articulación de un Plan Operativo para la ejecución del Plan Nacional de Eliminación. Como ya se ha dicho, por primera vez se incluye la sífilis como uno de temas prioritarios de salud pública. A marzo del 2014, se extendió a 34 establecimientos de primer y segundo nivel de atención, para un total de 50 establecimientos ejecutando la ENETMI.

Con esta iniciativa se modifica la acción programática del PNRTV y al componente clínico se le adiciona la realización de una prueba rápida (treponémica) de sífilis y las embarazadas positivas reciben tratamiento con penicilina benzatínica y seguimiento serológico con prueba de VDRL no treponémica, además de seguimiento al recién nacido, quien también recibe una dosis de penicilina.

A propósito de la ENETMI y partiendo de la experiencia acumulada en el país en la ejecución de acciones de IEC, la DIGECITSS, con el apoyo principal de CDC-PEPFAR, desde el 2011 planificó y tiene en ejecución una Estrategia de Comunicación para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil por VIH y Sífilis Congénita con los siguientes propósitos:

- a) **Objetivo general:** concienciar a la población embarazada y su pareja sobre la prevención de la transmisión materno-infantil por VIH y por sífilis congénita, mediante el desarrollo e implementación de una estrategia de comunicación.
- b) **Objetivo de mercado:** crear un ambiente favorable para la comunicación que permita posicionar el tema sobre las pruebas de VIH y SC gratuita en las embarazadas.
- c) **Objetivos específicos:**
 - Desarrollar una campaña de comunicación en medios masivos de promoción de las pruebas de VIH y SC voluntaria y gratuita en la primera consulta prenatal.
 - Concienciar a prestadores de servicios de salud en apoyo al cumplimiento de las estrategias del PNRTV.
 - Desarrollar un plan de movilización comunitaria en torno a la promoción de los servicios de salud con énfasis en el PNRTV.

Por otro lado, la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes –DIGEMIA- lanzó el Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2012-2016. Este Plan tiene el propósito de garantizar el derecho a la salud y de manera particular, el derecho a la prestación de servicios de calidad para una maternidad y un nacimiento en un contexto seguro.

El mismo identificó los hospitales y regiones con más responsabilidad en su vinculación con mortalidad materna e infantil: 10 nacionales y regionales asociados a otros 26 hospitales, para un total de 36. Se fortalecerá las políticas de salud sexual y salud reproductiva, incrementando la intervención de prevención primaria, garantizando la calidad de atención prenatal.

Este lanzamiento se realizó en el Palacio Nacional. En esta ocasión los directores de los diez hospitales con mayor índice de muertes maternas e infantiles durante el 2012 firmaron 12 pautas éticas frente al Presidente de la República, las cuales los comprometen con el objetivo de la meta. Entre los compromisos asumidos por los directores de los hospitales se encuentran garantizar la atención humanizada y disminuir en un 30% por cierto el número de muertes maternas e infantiles.

Finalmente, desde la organización del primer departamento de VIH en el Ministerio de Salud llamado PROCETS, han actuado concomitantemente un número de organizaciones de la sociedad civil (ONGs) que han realizado una importante contribución en la prevención primaria del VIH. Sus principales esfuerzos se han centrado en la atención a los llamados grupos especiales, compuesto por personas viviendo con VIH, trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, jóvenes, entre otros. Estas organizaciones tradicionalmente han tenido apoyo técnico y financiero de diferentes agencias de cooperación externa, algunas han conseguido apoyo de fuentes gubernamentales.

A continuación se describen dos de los acuerdos más recientes:

- 1) El firmado entre DIGECITSS y el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), en fecha 23 de octubre del 2013, con el objetivo de: "...trabajar juntos en el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015 detener y comenzar a revertir la propagación del VIH, así como las ITS mediante la provisión de acceso universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento". Este convenio involucra a CEPROSH que es una organización de la misma naturaleza que COIN.
- 2) El firmado entre DIGECITSS y ENTRENA en fecha 01 de julio del 2014, con el objetivo de: "...trabajar juntos para detener y comenzar a revertir la propagación del ITS/VIH/SIDA, en las áreas geográficas de implementación del Proyecto ALERTA JOVEN mediante capacitación, campañas de promoción y prevención a tracas de los diferentes socios implementadores del Proyecto".

El Análisis de Situación de Salud Consolidado de las Tres Regiones de Salud de Frontera indica que en las mismas funcionan 21 organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios de salud en los temas de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA. Estas organizaciones son las responsables principales de la realización de las actividades de prevención primaria a nivel comunitario.

El estudio “Diagnostico del PNRTV en 4 provincias de frontera y de la capacitación del personal de salud en dichas Provincias” del 2011 realizado con el objetivo de obtener un diagnóstico situacional de la estructura de servicios de primer y segundo nivel de atención sanitaria para viabilizar el fortalecimiento del PNRTV, incluyendo la prevención de sífilis congénita en 4 provincias de la franja fronteriza entre Haití y República Dominicana, identificó la infraestructura relacionada con el programa en los dos niveles de atención, los recursos humanos disponibles y verifico la existencia de intervenciones para la prevención de la sífilis congénita e la capacidad local para la realización de pruebas de VIH y sífilis. Este estudio encuestó 69 UN-APs y 9 hospitales de segundo nivel.

De los 69 entrevistados en primer nivel, 58 afirmaron no estar ejecutando el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH; en torno al segundo nivel los 9 establecimientos encuestados ejecutan el PNRTV, sin embargo, en parte de estos últimos no están en ejecución algunos de sus componentes, por falta de RRHH o por no dispensación de ARV. De las 11 UNAPs que ejecutan el programa, 10 refieren a un hospital de segundo nivel la toma de la muestra y la realización de los test para VIH y Sífilis y todas refirieron no recibir la contra referencia de las embarazadas cuyas muestras resultan +.

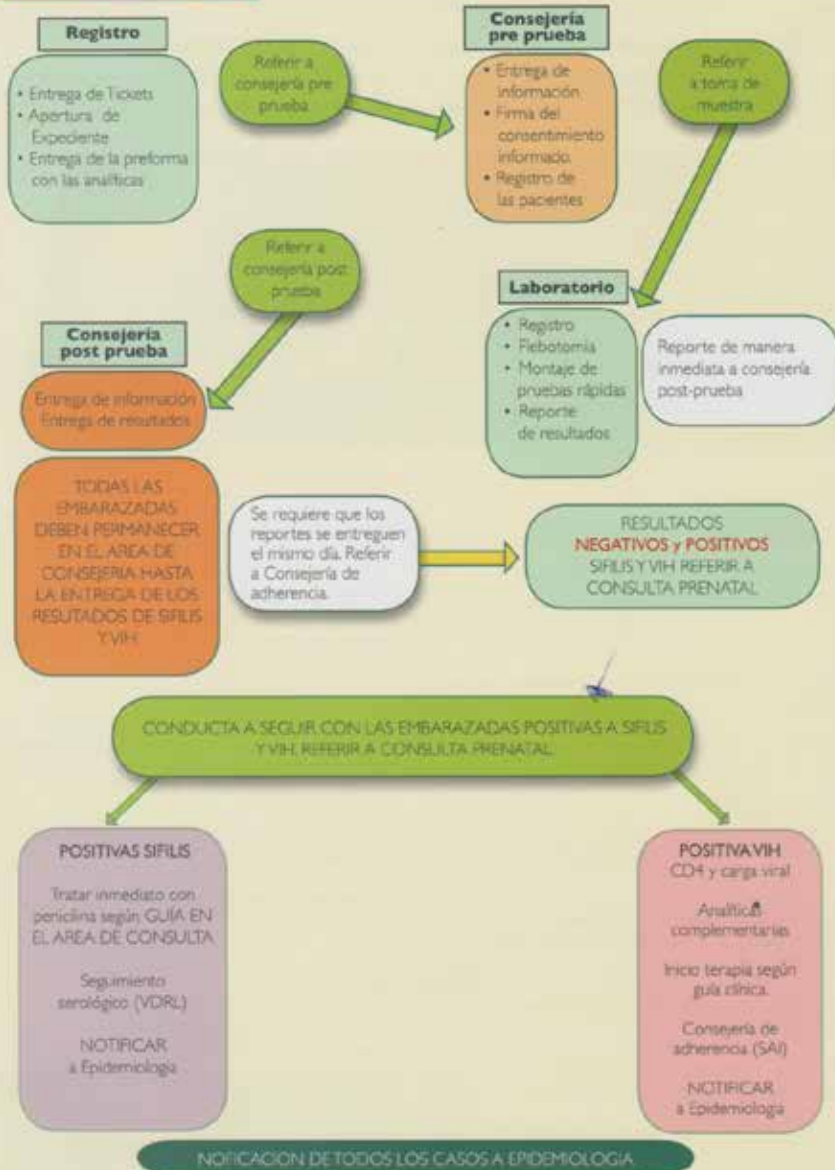
Ninguna de las UNAPS cumple protocolo ni modalidad alguna de administración de ARV a las embarazadas del PNRTV, profilaxis con ARV del niño, ni entregan fórmulas de alimentación alternativa. En relación al tratamiento de la sífilis en las 11 UNAPS operativas, sólo 6 tratan a las pacientes +.

5.2. Pruebas de detección de la infección por el VIH y la sífilis durante el embarazo incluyendo las parejas sexuales.

El gráfico que sigue muestra el proceso que sigue la embarazada desde que asiste a la consulta prenatal hasta que es descartada o declarada positiva a las pruebas de VIH y/o sífilis.



FLUJOGRAMA PARA LA CAPTACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS EMBARAZADAS POSITIVAS A SÍFILIS Y VIH



Fuente: ENETMI – DIGECITSS, 2015.

Las normas y guías nacionales para la atención de las infecciones de transmisión sexual y SIDA establecen que a toda mujer embarazada se le deben realizar las pruebas rápidas de VIH y sífilis en la primera consulta prenatal con entrega de resultados de forma inmediata y repetirla en el tercer trimestre o próximo al parto. En el caso de que la prueba se reporte positiva se debe dar tratamiento y seguimiento a ella y su (s) pareja (s) sexuales.

El Programa de Transmisión Materno Infantil (PTMI) de la DIGECITSS, en los años 2013 y 2014 reportó los siguientes datos (Tabla No. 7):

Tabla No. 7: Pruebas de VIH con consejería a embarazadas según resultado de la prueba, 2013-2014						
Años	Pruebas de VIH con consejería previa a embarazadas			Consejerías post prueba de VIH con entrega de resultados a embarazadas		
	Positivas	Negativas	Total	Positivas	Negativas	Total
2013	886	69,652	70,640	897	49,938	50,835
2014	1,126	78,755	79,881	1,636	63,542	65,178

Fuente: Base de datos PTMI, DIGECITSS, MSP, 2013, 2014

En el cuadro anterior se observa una cantidad de resultados positivos entregados con consejería post prueba mayor que las pruebas positivas realizadas, lo que puede deberse a que algunas usuarias llegan a consejería post pruebas provenientes de laboratorios privados que aun no reportan al sistema de información las pruebas realizadas, o bien a duplicación de la sesión de consejería a embarazadas positivas.

La tabla no. 8 muestra el número de embarazadas a las que se les realizó pruebas de VIH con consejería, las que resultaron VIH positivas y las que recibieron su resultado acompañado de consejería, durante el año 2014.

Tabla no. 8: Pruebas de VIH con consejería a embarazadas, 2014.			
Años	Pruebas de VIH con consejería previa a embarazadas	Pruebas de VIH positivas en embarazadas	Consejerías post prueba de VIH con entrega de resultados
2014	174,358	2,712	152,365

Fuente: Información electrónica, Informe GARR 2014, CONAVIH/SIDA, DIGECITSS, ONUSIDA.

Existe una diferencia tanto en el número de pruebas de VIH realizadas a embarazadas como en las que resultaron positivas conforme los cuadros 7 y 8; esto se debe a que el cuadro no. 7 resume la información programática de los lugares donde se implementa el PTMI, mientras que el cuadro no. 8 recoge información del Servicio Nacional de Salud (SNS) que incluye una mayor cantidad de centros.

La tabla no. 9 muestra el total de pruebas de sífilis realizadas a embarazadas antes y después de las 20 semanas en los años 2013 y 2014 y los números de resultados positivos y negativos que fueron entregados con consejería. Los números del año 2014 reflejan un avance significativo con relación a la información del año 2013. Ver tabla no.9.

Tabla No. 9: Prueba de sífilis en embarazadas según edad gestacional y resultado de la prueba						
Años	Pruebas de sífilis realizadas a embarazadas			Consejerías post prueba con entrega de resultados		
	Total	Edad gesta- cional de 20 sem<as	Edad gesta- cional 20 sema>as	Negativas	Positivas	Total
2013	38,244	12,102	26,142	35,222	896	36,118
2014	45,338	21,932	23,406	49,293	1005	50,298

Fuente: base de datos PTMI, DIGECITSS, MSP, 2013, 2014

Llama la atención que se reporta un número mayor de resultados de pruebas de sífilis entregados con consejería que la cantidad de pruebas realizadas, lo que puede deberse a sesgo de la información reportada.

5.3. Tratamiento relacionado con la infección por el VIH y sífilis.

El Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis Congénita establece que a toda mujer embarazada en su primera visita prenatal o que acude a desembrazarse, se le debe realizar pre-consejería sobre VIH y sífilis, realizarle una prueba de VIH y sífilis y entregarle los resultados de ambas pruebas en una sesión de consejería.

Desde el año 2013, con la publicación de la “actualización programática sobre el uso de antirretrovirales para tratar a las embarazadas y prevenir la infección por el VIH en los lactantes” el país inició un proceso de adaptación de las normativas vigentes para la adopción de la opción B+ y el tratamiento simplificado.

En la actualidad, las normas y guías de manejo vigentes establecen que a toda mujer embarazada con VIH se le inicie terapia antirretroviral inmediatamente se conozca su condición, independientemente de los valores de CD4, carga viral y presencia o no de signos y síntomas sugestivo de SIDA y que el mismo se mantenga el resto de la vida. De igual manera, establece el uso de Tenofovir + Lamivudina+ Efavirens como esquema de primera línea de tratamiento, preferiblemente en dosis fijas simplificadas.

La utilización de dosis fijas simplificadas aún no ha sido ampliamente utilizada, debido a que, aunque se realizaron los procesos de adquisición, todavía no llegan las partidas de medicamentos (octubre del 2015).

En cuanto al tratamiento de la embarazada con sífilis, las mencionadas guías establecen que “todas las embarazadas sean tamizadas con pruebas rápidas y a las positivas se le administre la primera dosis de penicilina y se le realice prueba no treponémica para cuantificar los niveles de anticuerpos”.

Según reporte de la Ficha de Aplicación a Programas de Políticas Sociales de Salud (FAPSS) en el año 2014, 119 embarazadas entraron a esquema de terapia combinadas en los diferentes centros de salud, aunque hay que destacar que esta herramienta solo monitorea la actividad de los Servicios de Atención Integral, por lo que no incluye a la mayoría de los centros con atención prenatal.

La tabla no. 10 muestra el número de embarazos con VIH, el total de embarazadas que recibieron ARV y las que no lo recibieron. Estos eventos son presentados por tipo de embarazo en los años 2013 y 2014.

Tabla no. 10: Desembarazos VIH+ con y sin ARV, 2013-14									
Años	Desembarazos con VIH			Desembarazadas que recibieron ARV			Desembarazadas sin medicación ARV		
	Cesáreas	Partos	Total	Cesáreas	Partos	Total	Cesáreas	Partos	Total
2013	641	187	828	599	124	723	42	63	105
2014	666	200	866	622	138	760	44	62	106

Fuente: base de datos PTMI, DIGECITSS, MSP, 2013, 2014

La tabla no. 11 presenta las embarazadas positivas a sífilis y las que por esta condición recibieron tres (3) dosis de penicilina en edad gestacional por debajo de 20 semanas en los años 2013 y 2014. Ver Tabla No. 11.

Tabla no. 11: Embarazadas positivas a sífilis que recibieron penicilina 2013-2014.						
Años	Embarazadas positivas a sífilis.			Embarazadas que recibieron 3 dosis de penicilina.		
	Total	Edad gestacional de 20 semanas	Edad gestacional 20 semanas	Total	Edad gestacional de 20 semanas	Edad gestacional 20 semanas
2013	906	490	416	668	329	339
2014	836	324	512	571	332	239

Fuente: base de datos PTMI, DIGECITSS, MSP, 2013, 2014

La disminución en las cifras del año 2014 con relación al año 2013 expresada en el cuadro anterior no obedece necesariamente a pérdidas de oportunidades, sino más bien a corrección de sesgo en la recolección de información.

5.4. Seguimiento de los lactantes expuestos.

El seguimiento del niño expuesto se realiza como parte de la atención pediátrica, donde se incluye el control de niño sano, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones comunes de la infancia y las inmunizaciones sistemáticas.

Los principales elementos a considerar en un niño expuesto están relacionados con el diagnóstico temprano, la alimentación, el seguimiento al crecimiento y desarrollo y la identificación de los potenciales efectos secundarios de los antirretrovirales, ya sean los administrados en la madre o en el niño/a. En cuanto a la alimentación, se recomienda la sustitución de la lactancia materna por fórmulas de alimentación de reemplazo .

El seguimiento se realiza en los siguientes momentos:

1) Al momento del nacimiento :

- Pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical.
- Reducir al mínimo la aspiración en cuanto sea posible.
- Bañar al recién nacido con agua tibia para evitar la hipotermia.
- Recomendar la sustitución de la lactancia materna.

- Iniciar la profilaxis con ARV en las primeras ocho horas de vida tan pronto como el recién nacido tolere la alimentación y la medicación oral, con zidovudina 2mg/kg cada 6 horas por 6 semanas.

2) De 7 a 14 días de nacido:

- Ofrecer cuidados generales del niño/a, así como comprobar su peso y estado nutricional.
- Dar consejería sobre alimentación con fórmula láctea, para asegurar que la preparación es adecuada.
- Comprobar y reforzar la adherencia al tratamiento.
- Evaluar la presencia de posibles efectos secundarios, especialmente los síntomas y signos relacionados con anemia y toxicidad mitocondrial.
- Ajustar dosis de ARV al peso.

3) A las 4 semanas:

- Ofrecer cuidados generales del niño/a, comprobar su peso y estado nutricional. (crecimiento y desarrollo).
- Dar consejería a las madres sobre la alimentación con fórmula láctea para asegurar que la preparación es adecuada en cuanto a su concentración e higiene.
- Cita de evaluación del niño/a a las seis semanas enfatizando importancia de toma de PCR-ADN al VIH.

4) A las 6 semanas:

- Ofrecer cuidados generales del niño/a; comprobar su peso y estado nutricional.
 - Dar consejería a las madres sobre la alimentación con fórmula láctea, para asegurar que la preparación es adecuada en cuanto a su concentración e higiene.
 - Comprobar posibles efectos secundarios, especialmente los signos y síntomas relacionados con anemia y toxicidad.
 - Suspender profilaxis (AZT).
 - Inicio de profilaxis de neumonía por *Pneumocystis Jiroveci Carinii* (PCP), con trimetoprim sulfá.
 - Realizar la primera toma de muestra de PCR-ADN del VIH:
- a) Si esta resulta negativa, realizar una segunda toma a los 6 meses de edad y dar seguimiento longitudinal hasta los 2 años.

- b) Si la primera muestra resultase positiva, se le realizará una segunda muestra confirmatoria inmediatamente, si es positiva se referirá al Servicio de Atención Integral Pediátrico. Ver Guía de Diagnostico Temprano y Atención Clínica en VIH/SIDA Pediátrico.

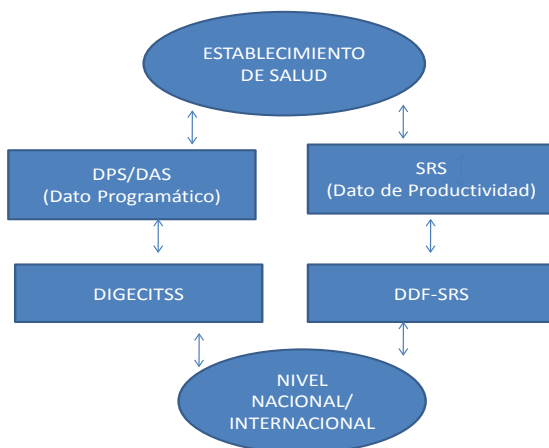
A pesar de la claridad con que estas Guías expresan el seguimiento al recién nacido expuesto, existen grandes dificultades, ya que un número importante de niños se pierden durante este proceso. Probablemente, la tranquilidad que proporciona a la madre la obtención de una prueba de PCR-ADN negativa a la sexta semana, pudiera estar contribuyendo a esta dificultad de seguimiento.

6. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN GENERAL Y EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN

6.1. Descripción del Flujo de Datos.

Gráfico no. 3: Flujo de información del PNRTV.

Flujo de Información PNRTV



La información es generada en diferentes servicios del centro hospitalario (laboratorio, consejería, sala de partos, servicio de atención integral VIH, consulta prenatal, etc), es consolidada y enviada a las Direcciones Provinciales y Direcciones Regionales de Salud vía los coordinadores de programas y los gerentes estratégicos respectivamente. Desde las DPS y

las Gerencias de Salud la información pasa al nivel central (DIGECITSS y SNS) y desde la DIGECITSS es enviada a la Dirección General de Epidemiología –DIGEPI-, al CONAVIHSIDA y las diferentes agencias de cooperación. Ver gráfico No. 5.

La información se recoge mensualmente a través del “formulario de reporte mensual del PTMI” y tanto la Direcciones Provinciales como las Gerencias de Aéreas deben realizar un primer nivel de análisis. En el caso de las Direcciones Provinciales de salud, deben integrar esas informaciones a su sala situacional donde se exponen todos los eventos de salud de las provincias.

La DIGECITSS consolida toda la informaron recibida en el Sistema de Información de Atención Integral (SIAI) y proporciona información al CONAVIHSIDA, DIGEPI y agencias de cooperación para alimentar los indicadores nacionales e internacionales.

7. SISTEMA Y SERVICIOS DE LABORATORIOS CON ENFOQUE EN VIH Y SÍFILIS

La red de servicios de laboratorio funciona para realización de CD4, carga viral y PCR-ADN en papel de filtro, siendo el Laboratorio Dr. Defilló el de referencia nacional para el sector público. Los establecimientos programan la toma de muestra para ser enviadas al laboratorio de referencia. Los CD4 y carga viral son realizados también en los laboratorios privados, los cuales han establecido su propia red de referencia interna.

Para la realización de las prueba de VIH y sífilis no existe una red de laboratorios, pues en cada laboratorio se concluye el diagnóstico con dos pruebas de diferentes principios antigénicos, técnicas o fundamentos y es el que se implementa en todos los laboratorios, a excepción de los centros del primer nivel de atención, donde algunos refieren a los pacientes a otros de mayor complejidad (hospitales y CPN). El sector privado tampoco funciona en red para la realización de estas pruebas.

Las pruebas están garantizadas en el sector público, pero en ocasiones se presenta desabastecimiento, lo que ocasiona variación de los protocolos establecidos, como es el caso de la prueba rápida de sífilis (treponémica) que cuando se presenta dicho caso, es sustituida por VDRL (no treponémica). En el caso de las pruebas de carga viral y CD4, cuando hay desabastecimiento los usuarios/as son referidos/as al sector privado con cargo al bolsillo del mismo.

Según la Guía de Práctica Clínica de las ITS para sífilis, en las embarazadas se ha establecido, acorde con la OMS, tamizar con una prueba treponémica inmunocromatográfica (IC) y las positivas se las titula con una RPR o USR. Para el caso de los recién nacidos de madres positivas a sífilis se establece que los seropositivos asintomáticos se le realice seguimiento con prueba no treponémica (VDRL) a los 3, 6 y 12 meses de vida.

En relación con los tiempos, la mayoría de los establecimientos afirman entregar los resultados de las pruebas rápidas de VIH y sífilis el mismo día en que son realizadas.

Los laboratorios de la red de servicios reportan la información de su producción al Servicio Nacional de Salud –SNS-, al igual que los Servicios Regionales de Salud –SRS-; dicha información alimenta la base de datos del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos -SUGEMI- para el cálculo de necesidades en la materia.

En torno al personal de laboratorio y ámbitos de realización de pruebas de VIH y sífilis, así como PCR-ADN, CD4 y carga viral, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades en República Dominicana -CDC-RD- han realizado capacitaciones, lo que ha repercutido en calidad de muestras, validación de las diferentes pruebas actualmente en el mercado para VIH, actualización de manuales de normas y procedimientos, actualización de los libros para el registro de pruebas y sistema de información.

El país cuenta con un Programa de Evaluación Externa de la Calidad –PEEC- para prueba de VIH ejecutado por el laboratorio de referencia nacional, el cual está en proceso de implementación y aun no participan todos los laboratorios. Además se recomienda, y así lo hace más del 90% de los laboratorios, procesar muestras conocidas al abrir cada caja de reactivo y al inicio de cada semana.

En relación a la prueba de sífilis aún no se ha implementado PEEC y regularmente no se llevan controles internos, pero se aseguran de los resultados positivos con las confirmaciones.

8. DERECHOS HUMANOS, IGUALDAD DE GÉNERO E INVOLUCRAMIENTO DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN A LA ENETMI

Los términos derechos humanos, equidad e igualdad de género y participación comunitaria abundan en los documentos del sector sanitario; incluso, la última versión de la Constitución de la República Dominicana en su Artículo 55 acápite 6 dice que “la maternidad, sea cual fuere la condición social o el estado civil de la mujer, gozará de la protección de los poderes públicos y genera derecho a la asistencia oficial en caso de desamparo” .

La Ley General de Salud No. 42-01, como la Ley No. 87-01 sobre Seguridad Social hacen menciones generales sobre derechos a servicios, equidad y protección, pero el PLANDES 2006 – 2015, que le sirve de basamento estratégico a estas dos leyes, es el documento que asume estos términos de forma más sistemática. También tenemos grandes brechas de inequidad en la situación de salud, en el acceso a servicios de salud de calidad y en el alto gasto familiar en salud, entre los diferentes sectores sociales, entre géneros y entre diferentes territorios .

Así mismo, el PLANDES también plantea que se debe satisfacer el derecho a la protección social de la salud de toda la población mediante el pleno desarrollo del Sistema Nacional de Salud en forma coherente con el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social y las políticas y estrategias nacionales de desarrollo. Este enfoque de derechos, supera los enfoques predominantemente asistencialistas que históricamente han prevalecido en el desarrollo del sistema público de salud del país y se relaciona con un concepto de ciudadanía, como sujetos de derechos y deberes.

Por su parte la Ley No. 135-11 sobre VIH/SIDA, que surgió a propósito de las constantes manifestaciones de discriminación y rechazo a las PVVIH en diferentes ámbitos de la sociedad, especialmente en los servicios como educación, salud, etc, indica en su artículo 42 sobre promoción de las normas de prevención dice: “la prevención del VIH/SIDA debe ser promovida de manera sistemática por todas las instituciones públicas, las asociaciones sin fines de lucro, de la sociedad civil y empresarial, con un enfoque adecuado de equidad de género y de respeto a la diversidad sexual dentro del marco de los derechos humanos, según la naturaleza de cada institución.

Por su parte, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2015-2018 (PEN), refiriéndose a la participación de los distintos actores en la Organización a la Respuesta Nacional al VIH y SIDA, indica que es muy escasa la presencia de organizaciones de la sociedad civil que trabajen por la defensa de los derechos de las personas, las cuales tendrían un rol importante en enfrentar y erradicar el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos de las personas seropositivas. También apunta que el Plan Operativo se elaboró en respuesta a la necesidad de abordar las desigualdades persistentes de género y las violaciones de los derechos humanos, que colocan a las mujeres y niñas en una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH, pero en su formulación se depuraron y simplificaron las propuestas y recomendaciones que no encontraban acuerdo en nivel superior, manteniendo solo las líneas de acción aceptadas por el nivel más alto, teniendo intervenciones que no se diferenciaban geográficamente, por poblaciones, ni por género. Además, el enfoque de derechos humanos que también se había priorizado resultó diluido.

Las leyes arriba citadas no crean mecanismos específicos para la garantía del ejercicio de derecho de los grupos más vulnerables; en este mismo orden, el PLANDES, el Plan de DIGEMIA (mencionado en un capítulo anterior) y el PEN plantean los temas de derechos humanos y participación comunitaria como temas transversales, lo que limita la planificación e inversión dirigida a que dichos grupos reivindiquen sus necesidades particulares en el ámbito de la salud. La ENETMI apenas hace una mención al tema de derechos humanos y no crea un mecanismo que permita vigilar los aspectos accesibilidad universal, garantía de calidad en la entrega de servicios, desabastecimiento de ARV y otros medicamento, etc.

Como reacción a todas estas declaraciones relacionadas al tema de derechos humanos, algunas ONGs y varias organizaciones comunitarias, en el Marco de la Mesa de Grupos Vulnerables, realizaron el Foro de Grupos Vulnerables al VIH en República Dominicana en febrero del 2010 “Conversando con el corazón”, con los auspicios de UNFPA y ONUSIDA. Uno de los propósitos principales del foro fue argumentar que una respuesta orientada a la población general no representa un uso óptimo de los escasos recursos. Los grupos participantes específicos en este evento fueron la población LGBT, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas y migrantes. Posterior a este Foro fueron publicados documentos de IEC sobre la prevención de la violencia basada en género, incluyendo una Guía de Capacitación para estos grupos.

De igual modo, se creó el Observatorio de Derechos Humanos para Grupos Vulnerabilizados, que es un mecanismo mediante el cual se canalizan denuncias y se proporciona acompañamiento a la defensoría de casos de discriminación por diferentes causas. Este mecanismo cuenta con el auspicio de 27 instituciones, algunas gubernamentales, y funciona en el Centro de Orientación e Investigación Integral –COIN- que es una de las principales organizaciones de la sociedad civil especializada en aspectos de prevención y atención al VIH/SIDA, con enfoque en trabajadoras sexuales. Según encuentro con su Coordinador, este centro está en funcionamiento desde hace dos años y ha atendido 95 denuncias y seguimiento a actos de violación de los derechos humanos, entre ellos tres casos de discriminación por VIH y dentro de estas, una condena judicial en favor del discriminado. Ninguno de estos casos ha sido por inequidad o violencia de género o por negación al acceso a servicios de atención al embarazo.

También se creó el Observatorio de Mortalidad Materna –OBMM-, que tiene como objetivo general incidir en el cumplimiento de las políticas para la reducción de la mortalidad materna, a través de mecanismos de exigibilidad, monitorio y difusión de información estratégica en salud materna para la toma de decisiones, con participación social y a nivel nacional. Este mecanismo funciona en el Instituto Nacional de la Salud –INSALUD-, con el auspicio de Family Care International, UNICEF, MSP, UNFPA, USAID y SIPS. Según la Directora Ejecutiva de INSALUD, el OBMM no es necesariamente un mecanismo de defensa de los derechos humanos de las embarazadas, sin embargo, tiene como áreas de trabajo la incidencia, monitoreo y seguimiento, investigación y comunicación para visibilizar la problemática de la mortalidad materna.

Una investigación realizada por el OBMM señala que: las maternidades del país con una mayor tasa de mortalidad materna carecen de suficientes medicamentos obstétricos e insumos de planificación familiar, así como de un sistema de alerta contra desabastecimiento, lo que afecta la calidad de la atención a las embarazadas y parturientes que allí acuden, además, se realizan cesáreas en cantidades que superan la media nacional y, aunque reportan una mejora en la cobertura terapéutica a las embarazadas con el VIH, es casi nulo el tratamiento oportuno a bebés con sífilis congénita.

9. CONCLUSIONES

- 9.1. Las debilidades del sistema de información de salud y sus diferentes componentes constituyen un importante obstáculo para el seguimiento a los indicadores de progreso de los programas, especialmente los ligados a la ENETMI.
- 9.2. A lo interno del Ministerio se observa una cohesión-coordinación en el nivel político de la gestión del Programa Nacional de SIDA (CONAVIHSIDA-Viceministerio de Salud Colectiva), no así entre sus gestores programáticos (DIGECITSS, DIGEMIA, DIGEPI). Esta falta de cohesión es una debilidad que se refleja a nivel de coordinación local, prestación de servicios, monitoreo y evaluación y desarrollo de sistemas de información.
- 9.3. Las enfermedades y eventos de salud que tienen solución a partir de medidas preventivas básicas son los que principalmente muestran las ineficiencias de la gestión sanitaria nacional. La inversión del presupuesto de salud pública, en donde se muestra claramente la baja inversión en prevención frente a una alta inversión en medidas curativas, explican principalmente las causas de dichas ineficiencias.
- 9.4. Los indicadores básicos de salud muestran un importante contraste: existe suficiente oferta y suficiente demanda en los servicios de atención prenatal, parto institucional y seguimiento post parto, y unos débiles resultados en embarazadas y recién nacidos que se expresan en alta morbilidad y alta mortalidad.
- 9.5. Los datos sobre mortalidad materna e infantil no solo cuestionan la calidad de los servicios y la actitud del personal frente al respeto de los derechos humanos de la mujer bajo el concepto de la maternidad segura; sino también cuestionan el conjunto de la estructura de salud pública, así como, el hecho de que en los niveles de atención se deja de lado el uso de guías, protocolos y normas de atención y monitoreo de las gestantes durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, los niveles gerenciales de la salud pública también dejan de lado los mecanismos definidos para el monitoreo, seguimiento a la entrega de servicios a las usuarias y operación del sistema de información.

- 9.6. El PLANDES, como principal instrumento de planificación estratégica del sector salud para el periodo 2006 – 2015, ha debido estar más presente en la rutina de planificación y gestión de los programas de salud pública, esto hubiera ayudado en la distribución de los recursos presupuestarios y tenido un impacto, por ejemplo, en los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las metas de la ENETMI, entre otros.
- 9.7. Es apreciable el esfuerzo por continuar mejorando el acceso de la población a los servicios de salud, lo que se evidencia en los procesos de descentralización, desconcentración y organización en redes de los servicios, mediante el Decreto 379-14. Además, esto contribuirá a que los servicios de atención al VIH/SIDA, incluyendo los de la ENETMI, hasta ahora muy verticales, se integren con el resto de los servicios en cada establecimiento.
- 9.8. La disminución de recursos financieros provenientes de la cooperación externa a partir del 2015, demanda de un esfuerzo proveniente del lobby político y de una importante movilización por parte de las organizaciones del sector para lograr la inclusión completa del paquete de servicios de atención integral al VIH/SIDA en el Plan Básico de Salud.
- 9.9. La descentralización y expansión del paquete básico de atención al VIH/SIDA hacia las UNAP incrementará las acciones de prevención directa con los grupos más vulnerables, incrementará el acceso a servicios y tendrá un impacto en la disminución de nuevas infecciones.
- 9.10. Una ganancia de la ENETMI es la inclusión de sífilis dentro las enfermedades y eventos de notificación obligatoria, según la Resolución del MSP 00004/13.
- 9.11. Las estadísticas sobre nuevas infecciones de VIH e ITS están permitiendo doblar los esfuerzos preventivos en población LGTB, pero demandan un enfoque preventivo en población de “Bajo Riesgo” (parejas estables con predilección al sexo casual).
- 9.12. Un plan de trabajo bien coordinado entre la DIGEMIA, la DIGECITSS y la Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud –DGCSS-, podría dinamizar las acciones de mejoramiento de la atención a la embarazada a nivel nacional y darle continuidad o fortalecer los propósitos de la ENETMI.

- 9.13. Los retos de la epidemia y el mejoramiento en la organización de los servicios demandan una mejor integración de los proveedores, incluyendo las ONGs, y un fortalecimiento de la referencia y contra referencia con enfoque en las embarazadas y el resto de los grupos más vulnerables.
- 9.14. Es urgente el funcionamiento de un mecanismo de captación intra-servicios de embarazadas para disminuir las oportunidades perdidas de provisión de consejería, realización de pruebas de VIH y sífilis, entrega de resultados e inicio de terapia.
- 9.15. No existe una organización ni mecanismos para realizar en forma específica la vigilancia y protección a los derechos de las embarazadas, dando seguimiento a indicadores sobre la aplicación de protocolos de atención al embarazo, parto y post parto como elementos esenciales de garantía de calidad en la provisión de estos servicios al binomio madre-hija/o.
- 9.16. Si bien el Observatorio de Derechos Humanos puede recibir denuncias y dar seguimiento a casos de negación de servicios de salud a las mujeres VIH+ y especialmente a las embarazadas con esta condición, su existencia y sus servicios están siendo poco difundidos, por tanto muy limitado su acceso para las embarazadas.
- 9.17. La elaboración de este documento ha pasado por la limitación de contar con una base de datos sectorial poco articulada y una diversidad de actores, cada uno de los cuales produce informaciones válidas que en general no son difundidas, por tanto se dificulta acceder a ellas en forma oportuna. Sin embargo, el hecho de haber expuesto en diferentes reuniones de socialización y consulta los datos contenidos en los sucesivos borradores del documento, ha permitido superar parte de estas dificultades.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 10.1. Ministerio de Salud Pública. ENDESA 2007. República Dominicana, 2008.
- 10.2. Fundación Plenitud. Crisis económica financiera global y el impacto sobre los programas y servicios de VIH/SIDA: el caso dominicano. Santo Domingo, República Dominicana, septiembre 2009.
- 10.3. Consejo Presidencial para el SIDA. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, año 2009. Santo Domingo, República Dominicana, marzo 2010.
- 10.4. .IX Censos Nacionales de Población y Vivienda 2010. Republica Dominicana, 2010.
- 10.5. CONAVIHSIDA-DIGECITSS. Modelo de modos de transmisión del VIH: Análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH y recomendaciones para prevención en República Dominicana. Informe Final. Santo Domingo, República Dominicana, noviembre del 2010.
- 10.6. Ministerio de Salud Pública. Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en la República Dominicana, 2011.
- 10.7. Vice ministerio de Planificación y Desarrollo Cuentas Nacionales de Salud: Informe Gasto Público en Salud. República Dominicana, 2011.
- 10.8. Universidad INTEC, “Estado de situación de las mujeres dominicanas al 2011”. República Dominicana, 2011.
- 10.9. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2011); Informe General. Santo Domingo, República Dominicana, octubre 2012.
- 10.10. Decreto No. 491-12 que crea la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia. República Dominicana, 2012.

- 10.11. Organización Panamericana de la Salud. Informe Centro de Estudios de Genero del Instituto Tecnológico de Santo Domingo CEG-INTEC. República Dominicana, 2012.
- 10.12. MSP-OPS. Plan Nacional para la Eliminación del VIH Materno Infantil y la Sífilis Congénita. República Dominicana, 2012.
- 10.13. Ministerio de Salud Pública; DIGECITSS. Norma Nacional de Prevención, Atención y Tratamiento de ITS/VIH/SIDA. República Dominicana, 2012.
- 10.14. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto “Reducción de Inequidades de Salud en la Prevención y Atención del VIH en América Latina y el Caribe”. Santo Domingo, República Dominicana, junio 2013.
- 10.15. Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA -ONUSIDA. Estimaciones y Proyecciones de la Prevalencia del VIH y Carga de Enfermedad. República Dominicana, 2013.
- 10.16. Informe de Consultoría: Proyecto de Reducción de las Inequidades en Salud para la Prevención y Atención del VIH en América Central y el Caribe. República Dominicana, mayo 2013.
- 10.17. Consejo Nacional de la Niñez, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, UNICEF. Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en República Dominicana al 2012. República Dominicana, 2013.
- 10.18. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Aplicación del Marco de Aceleración de los ODM en Republica Dominicana. Plan de Acción para las Metas 6A y 6B. Santo Domingo, República Dominicana, marzo 2014.
- 10.19. Oficina Nacional de Estadísticas. Dominicana en Cifras. República Dominicana, 2014.
- 10.20. Ministerio de Salud Publica, OPS/OMS, 2014. Indicadores Básicos de Salud, Republica Dominicana, 2014.
- 10.21. Ministerio de Salud Pública; Centro de Estudios Sociales y Demográficos. ENDESA 2013. Santo Domingo, República Dominicana, octubre 2014

- 10.22. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Mapa de Pobreza de la República Dominicana, 2014.
- 10.23. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Seguimiento 2013. República Dominicana, enero del 2014.
- 10.24. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Conferencia: Economía y Salud en República Dominicana, Juan Temístocles Montas. República Dominicana, 2014. www.economia.gob.do.
- 10.25. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Aplicación del Marco de Aceleración de los ODM en República Dominicana. Plan de Acción para las Metas 6A y 6B. República Dominicana, marzo del 2014.
- 10.26. Observatorio Político Dominicano. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades en República Dominicana ante los Objetivos de Desarrollo del Milenio. República Dominicana, 2014.
- 10.27. The Economist: Los niveles de desempleo y la informalidad en República Dominicana. Informe publicado en periódico digital acento.com.do República Dominicana, 18 de junio de 2014.
- 10.28. Ministerio Salud Pública - Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos de Salud 2011 – 2014, República Dominicana.
- 10.29. Ministerio de Salud Pública; Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual. República Dominicana, 2014.
- 10.30. Ministerio de Salud Pública; Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. Estado Epidemiológico del VIH en República Dominicana. Informe Final Sobre Tipo de Epidemia. República Dominicana, 2014.
- 10.31. Pérez Ozorio, Juan. “2014: Año de Crisis para el Sector Salud” (Análisis). Observatorio Político Dominicano. Unidad de Políticas Públicas. República Dominicana, 7 de enero de 2015.

- 10.32. Profamilia – UNICEF. El embarazo en adolescentes en la República Dominicana. Tendencias Observadas a Partir de las Encuestas Demográficas y de Salud, 1986 – 2013. República Dominicana, enero del 2015.
- 10.33. Ministerio de Salud Pública. Guía de Atención VIH Pediátrica. República Dominicana, 2015.
- 10.34. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales –SISALRIL-. Informaciones Estadísticas. www.sisalril.gob.do. República Dominicana, 2015.
- 10.35. ONE – UNICEF. Resultados Principales ENHOGAR 2014. República Dominicana, abril 2015.
- 10.36. Información electrónica CONAVISIDA, 2015.
- 10.37. DIGECITSS Base de datos PTMI, 2015.

11. ANEXO

RESUMEN DE INDICADORES

Indicador geopolítico				
Superficie	Provincias	Municipios	Distritos	Año
48,310.97 Km2	31	154	1 Nacional y 232 Municipales	2015

Indicadores demográficos					
Población estimada al 2015 9,980,285	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural	2015
	4,991,398	4,988,845	78.7%	21.3	
Esperanza de Vida 72.3 años	70	74.8	Dens. Pob. 215 hxkm2	Tasa Crecim. 1.2%	2015

Indicadores macroeconómicos		
PBI	5.4	1992-14
Pobreza (% del PID)	35.8	2014
Canasta Familiar RD\$	27,887.64	2014
Salario Mínimo medio RD\$	8,900	2014
Desempleo %	15	2012
Presupuesto de Educacion % del PIB	4	2015
Analfabetismo %	8.1	2012
Población Asistiendo a la Escuela %	65.9	2012
Deserción Escolar (nivel básico) %	37.5	2014
Hogares con Electricidad de la Red Publica %	97	2013
Hogares que usan agua embotellada para beber %	78	2013
Hogares con acceso a agua de la red pública para uso domestico%	90	2013
Hogares con inodoros o letrinas privadas para la elim. de excretas%	82	2013
Hogares con eliminación de basura por el ayuntamiento%	72	2013
Hogares que usan gas propano como combustible para cocinar%	86	2013
Presupuesto de Salud Publica % del PID	2.8	2013
Gasto per cápita de Salud RD\$	12,645	2013
Gasto en salud de bolsillo de los hogares %	39	2013
Gasto de salud en atención curativa %	60	2013
Gasto en servicios de prevención%	3	2013

Indicadores Básicos de Salud		
Tasa de mortalidad materna (100,000 nacidos vivos), sistema de vigilancia	91.3	2013
Cobertura de atención prenatal %	99.5	2013
Atención prenatal por ginecólogo obstetra %	75	2013
Atención prenatal por medico general u otras especialidades %	24	2013
Parto institucional %	99	2014
Mortalidad infantil (1,000 nv), sistema de vigilancia	16.5	2013
Mortalidad en menores de un año %	68	2013
Mortalidad en niños de 1 a 5 años %	32	2013
Mortalidad neonatal %	80	2013
Principal causa de mortalidad (sepsis bacteriana del recién nacido) %	30	2013
Tasa global de fecundidad (No. Med de hijos al fin de la vida reprod.)	2.5	2014
Mujeres en edad fértil conocen métodos de planificación familiar %	100	2013
Cobertura de inmunización completa %	41.7	2014
Sífilis en embarazadas (vigilancia centinela) %	0.4	2009
Prevalencia del VIH %	0.8	2013

Descripción del Sistema y los Servicios de Salud		
Rectoría del Sector Salud (MSP)	1	2015
Gobernanza (instituciones principales)	5	2015
Aseguradoras de riesgo de salud (ARS)	26	2015
Direcciones regionales de salud (DRS-SRS)	9	2015
Direcciones provinciales y de áreas de salud (DPS-DAS)	39	2015
Hospitales Regionales	8	2015
Hospitales de tercer nivel de atención (nivel especializado)	21	2015
Hospitales de segundo nivel de atención (especialidades básicas)	134	2015
UNAP o Centro de Primer Nivel de Atención	1,375	2013
Razón de médicos por habitantes (por 10,000 hab)	15.3	2014
Razón de enfermeras profesionales (por 10,000 hab)	3.3	2014
Razón de camas hospitalarias (por 1,000 hab)	1.6	2014
Centros diagnósticos públicos	54	2011
Participación del sector publico en la atención medica %	63	2007
Participación del sector privado en la atención medica %	29	2007

Descripción del Sistema y los Servicios de Salud		
Establecimientos públicos ejecutando la ENETMI	50	2014
Laboratorio para la realización de CD4, carga viral y PCR-ADN	1	2015
Pruebas de VIH con consejería a embarazadas,	174,358	2014
Resultados de embarazadas positivas al VIH,	2,712	2014
Pruebas detección de Sífilis a embarazadas realizadas con consejería al 2014	45,338	2014
Resultados positivos de Sífilis en embarazadas,	1,005	2014
Embarazadas que iniciaron esquema de terapia combinada,	119	2014
Desembarazos en mujeres VIH+	866	2014
Desembarazos por cesáreas en mujeres VIH+	666	2014
Desembarazos vía vaginal en mujeres VIH+	200	2014
Casos de muertes por SIDA adultos de 15 – 49 años	1,111	2013
Numero de embarazadas que se hizo la prueba de VIH 4*	72,235	2014
Total de embarazadas que tuvieron un resultado VIH+ *	1,424	2014
Seropositivas que recibieron ARV durante el emb. y el parto %*	87.7 (760/866)	2014
Lactantes nacidos de madres VIH+ que comenzaron profilaxis *	734	2014
Niños de madres VIH+ que recibieron una oportuna prueba del VIH *	1.245	2014
Niños de madres VIH+ con resultado negativo *	1,187	2014
Niños de madres VIH+ con resultado positivo *	58	2014
Mujeres en servicios de atención prenatal se les realizó la prueba de la sífilis *	40,366	2014
Mujeres en servicios de atención prenatal que resultaron positivas a sífilis *	756	2014
Mujeres en atención prenatal positivas a Sífilis que recibieron tratamiento *	625	2014
Número de nacidos vivos *	193,241	2013
Casos notificados de Sífilis Congénita*	16	2013

*Herramienta GARPR



Plaza Metropolitana,
Av. John F. Kennedy esq. Av. Ortega y Gasset, 3er nivel,
Santo Domingo, R. D.
Tel. (809) 472-7580 / digecitss@salud.gob.do