



*Compromiso
con
Acción*

ANALISIS DE LA SITUACION Y RESPUESTA A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN REPUBLICA DOMINICANA

RESUMEN EJECUTIVO



CONASIDA

Consejo Nacional para el Estudio del SIDA
República Dominicana

Auspiciado por Proyectos Financiados por los Organismos Internacionales:

USAID : Proyecto AcciónSIDA #517-A00-97-07/03-00-00 con la A/T de AED y Plan Intenational.
Proyecto Impact No. HRN-A-00-47-00017-00 con la A/T de FHI.

ONUSIDA : Subproyecto de fortalecimiento a CONASIDA No. 03/99 del proyecto No. 6/009/E/01/99.

UNION

EUROPEA : Proyecto PREVIHSA No. 7. AC. ACP2. 041.

Indice

Introducción	3
1. La Situación Epidemiológica del SIDA en el Contexto Internacional/Regional	5
2. Análisis de la Situación del VIH/SIDA en República Dominicana	5
2.1 Contexto en que se Desarrolla la Epidemia del VIH/SIDA en República Dominicana	5
2.2 Aspectos Epidemiológicos	9
2.3 Aspectos Sociales y Culturales Relacionados a la Situación del VIH/SIDA en República Dominicana	10
2.4 Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Población Dominicana en relación al VIH/SIDA	10
3. Análisis de la Respuesta Nacional a la Epidemia del VIH/SIDA	12
3.1 Los Principales Actores en la Lucha contra el VIH/SIDA en República Dominicana	12
3.2 Respuestas Sectoriales	13
3.3 Planes y Estrategias para el VIH/SIDA	18
4. Recomendaciones	19
Bibliografía	24

Introducción

Este documento intenta resumir los hallazgos más relevantes del informe final del estudio “Análisis de la Situación y la Respuesta a la Epidemia de VIH/SIDA en la República Dominicana”. Dicho estudio fue realizado durante el segundo semestre del año 1998 por el Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) de la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) para el Consejo Nacional para el Estudio del SIDA (CONASIDA). Contó con los auspicios de ONUSIDA, AcciónSIDA/USAID y UNESCO. El mismo sirvió de marco de referencia para el desarrollo del Plan Estratégico Nacional de ETS/VIH/SIDA de la República Dominicana para el período 2000-2003.

Este documento incluye algunos datos adicionales que complementan o actualizan los resultados de dicho estudio. Las fuentes utilizadas fueron: Enfoque Cultural de la Prevención del VIH/SIDA para el Desarrollo Sostenible en la República Dominicana (original y addendum); la Revista Dominicana de Población “Población y Salud en la República Dominicana”; y el Plan Estratégico Nacional de ETS/VIH/SIDA 2000-2003 (Ver bibliografía).

Consta de cuatro secciones: 1) La Situación Epidemiológica del SIDA en el Contexto Internacional; 2) Análisis de la Situación del VIH/SIDA en República Dominicana; 3) Análisis de la Respuesta Nacional a la Epidemia del VIH/SIDA; y 4) Recomendaciones.

La primera sección ofrece una visión del impacto internacional y regional de la epidemia del VIH/SIDA. En el Análisis de la Situación del VIH/SIDA en República Dominicana se presenta el contexto en que se desarrolla la epidemia del VIH/SIDA en el país, detallando los factores socio-económicos, culturales y religiosos que forman parte del contexto nacional y que inciden en el desarrollo de la epidemia en el país, tales como: el auge del trabajo sexual, el turismo y las zonas industriales; la migración desde y hacia Haití y otros países; la posición de algunos sectores religiosos, entre otros. En esta segunda sección también se contemplan y analizan los aspectos epidemiológicos, culturales y sociales relacionados a la situación actual de la epidemia, así como los resultados de diferentes estudios de que reflejan los conocimientos, actitudes y prácticas de la población dominicana respecto al VIH/SIDA.

El Análisis de la Respuesta identifica de manera global los principales actores y sectores que están involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA, evaluando los esfuerzos que estos han realizado y lo que aún falta por hacer.

Finalmente, la última sección presenta un conjunto de recomendaciones dirigidas a aumentar la eficiencia y efectividad de las acciones futuras que busquen reducir la vulnerabilidad hacia el VIH y el impacto de la epidemia.

1. La SITUACION EPIDEMIOLOGICA DEL VIH/SIDA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL/REGIONAL

Según el último informe de ONUSIDA (1998), hasta finales del 1997 habían ocurrido en el mundo 11.7 millones de muertes por causa del SIDA.

De un estimado de 30.6 millones de adultos y niños que actualmente viven con VIH/SIDA en el mundo, 310,000 residen en la región del Caribe. De estos, 9,200 son menores de 15 años.

La prevalencia estimada de VIH para el área del Caribe es de 1.9 por ciento de la población. Sólo en 1997, se estima que ocurrieron 47,000 nuevas infecciones en esta región. Más del 50% de las nuevas infecciones ocurren en jóvenes de 15-24 años y más del 40% en mujeres. El modo de transmisión predominante es el heterosexual.

En dicho informe también se reporta que hasta la fecha 110,000 personas han fallecido por causa del SIDA en esta región. Como consecuencia, 48,000 menores de 14 años no-infectados han quedado huérfanos por causa del SIDA.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN REPÚBLICA DOMINICANA

2.1 Contexto en que se Desarrolla la Epidemia del VIH/SIDA en la República Dominicana

Factores Socio-económicos:

La epidemia del VIH/SIDA en República Dominicana se desarrolla en un contexto en el que una serie de factores socioeconómicos, tales como el turismo, el auge de las zonas francas industriales, la migración, entre otros, inciden de manera directa en la expansión de la misma.

La epidemia del VIH/SIDA apareció en la República Dominicana en 1983

coincidiendo con el inicio de fuertes transformaciones socioeconómicas. El modelo económico de sustitución de importaciones fue reemplazado por el modelo exportador, así las zonas francas industriales y el turismo se convirtieron en los sectores más dinámicos de la economía (Segura et al., Revista Dominicana de Población, Enero/99).

a) Zonas Francas Industriales:

Para 1994, los trabajadores de zonas francas industriales representaban el 5.5% de la población económicamente activa del país. Cerca del 98% de los mismos se encuentran en las edades de 15 a 45 años y el 47% son solteros. El hecho de que 82% de los casos de SIDA en el país se reportan en personas entre los 15 y 45 años y que un alto porcentaje de obreros solteros son promiscuos, sugiere que los trabajadores de zonas francas podrían estarse infectando a una tasa mayor que el resto de la población adulta

b) Turismo y Trabajo Sexual:

Por otro lado, el sector turismo es uno de los sectores económicos más progresivos y productivos del país. Cada año miles de turistas visitan las playas de la costa norte y este del país. Según un estudio realizado, el nivel de actividad sexual entre empleados de hoteles y turistas, especialmente en hombres, es alta. Un 42% de los hombres que trabajan como empleados de entretenimiento de los hoteles había tenido relaciones sexuales con turistas. Muchos gerentes reportaron no poner impedimentos a que sus empleados (sobre todo los de entretenimiento) tuvieran relaciones sexuales con los clientes. También un alto porcentaje de estos empleados de entretenimiento de los hoteles había tenido múltiples parejas sexuales dominicanas en el último año (Hasbún et al., 1997).

Si bien es cierto que no hay ningún estudio en el país que relacione directamente la prevalencia de VIH/SIDA con los polos turístico, se percibe una relación. Por ejemplo, según los boletines de Vigilancia Epidemiológica del PROCETS, la prevalencia de VIH/SIDA en la provincia de Puerto Plata, es la más alta del país (Segura et al., Revista Dominicana de Población, Enero/99).

Con el desarrollo del turismo también surgió un "turismo sexual" que ha contribuido al incremento de la epidemia del VIH/SIDA. El país ha sido promocionado internacionalmente como un paraíso sexual. Esta es una imagen que el sector oficial desapruueba pero que continua ofreciéndose cíclicamente sin que se trate de evitar.

Los servicios sexuales ofertados a turistas por menores de edad de ambos sexos ha sido otro punto de escándalo internacional para el país. Estos son los llamados "muchachos de la calle" o "palomos". Muchos niños de las clases pobres y marginadas tienen que recurrir a este tipo de trabajo aún teniendo sus padres, debido a las precariedades económicas de la familia (de Moya et al., 1998).

El turismo sexual también ha contribuido fuertemente al desarrollo del trabajo sexual local. Este trabajo es una parte fundamental de la economía informal, y uno de los vínculos más prominentes entre ésta y la actual crisis de VIH/SIDA en la República Dominicana (Segura et al., Revista Dominicana de Población, Enero/99).

Se estima que un mínimo de 10% de las mujeres dominicanas están dedicadas al trabajo sexual, la mayoría entre las edades de 15 a 24 años. Estimar el porcentaje de hombres dominicanos dedicados al trabajo sexual es una hazaña difícil. Aunque las cifras son elusivas, se ha encontrado en barrios de Santo Domingo que un 28% de hombres de edades entre 17 y 28 años, de clase baja, y 17% de jóvenes de las mismas edades de clase media, han tenido alguna relación sexual con otro hombre en su vida. Cerca de la mitad de estos admiten haberlo hecho a cambio de dinero (Frías y Lara, 1987).

Es conocido que las trabajadoras sexuales, como los homosexuales y bisexuales, son considerados como grupos de alta vulnerabilidad ante el VIH/SIDA en razón de la promiscuidad de sus prácticas sexuales (múltiples parejas sexuales casuales).

El turismo sexual ha contribuido al tráfico de mujeres para el trabajo sexual en otros países. Se estima que la República Dominicana ocupa el cuarto lugar en el mundo en términos del número de mujeres que trabajan en el extranjero en la industria del sexo. El número de trabajadoras sexuales dominicanas que están actualmente en el exterior es estimado en más de 50,000 mujeres (Segura et al., Revista Dominicana de Población, Enero/99).

c) Migración:

Producto del desempleo y el aumento de la pobreza se ha incrementado el flujo de dominicanos que emigran. La incidencia de la migración de los dominicanos en la diseminación de la infección VIH no se ha estudiado a profundidad. Sin embargo, podría haber una fuerte implicación epidemiológica en los lazos de transmisión de VIH entre los Estados Unidos, Puerto Rico y la República Dominicana. Un análisis realizado en 1992 de una muestra de más de 100 solicitantes de visa, confirmados VIH positivos, indicó que los conyugues de estas personas residían en Puerto Rico y en diferentes ciudades de Estados Unidos. Esto muestra la existencia de posibles lazos de transmisión del VIH dentro de esta migración circular (Segura et al., Revista Dominicana de Población, Enero/99).

Existen otros elementos relacionados a la migración que podrían estar incidiendo en la epidemia del VIH/SIDA en el país, tales como: el retorno por voluntad propia o por deportación de personas dependientes de drogas inyectables, migrantes infectados por el VIH que regresan para morir con sus familiares y los miles de dominicanos ausentes que visitan al país cada año en viajes de placer.

El papel jugado por la inmigración haitiana en la diseminación de la infección VIH se ha estudiado a través de algunas investigaciones. Estas sugieren una prevalencia de la infección del VIH más elevada entre los nacionales haitianos que entre los dominicanos. Un estudio realizado en 1987 reveló un 10% de prevalencia global de la infección en una pequeña muestra (259) de residentes de bateyes, 4.5% entre dominicanos y 15% entre haitianos. Otra investigación realizada en 1990 en nueve bateyes del Distrito Nacional reveló una seroprevalencia global de 9.3%.

Factores Culturales y Religiosos:

Uno de los factores culturales que más contribuye a la infección del VIH en la República Dominicana es el machismo. Este es un factor cultural que contribuye a la epidemia y milita en contra de su prevención. Los hombres deben mostrar que no temen a la muerte ni a nada, porque el temor, según sus expresiones, es algo que ellos no conocen o es "cosa de mujeres". En este sentido, el usar condones sería reconocer tener temor a la enfermedad y a la muerte, lo que contradice las expectativas del rol masculino. Es por esto que cuando se les pregunta si no temen al SIDA, muchos hombres contestan que "de algo hay que morir".

Otro factor cultural importante que incide en la epidemia del VIH/SIDA son las nociones de fidelidad y confianza que se establecen dentro de las relaciones de pareja. Cuando un hombre establece una relación a largo plazo con una mujer, aunque ésta no sea su esposa y ninguno de los dos sea fiel, tienden a no usar el condón durante las relaciones sexuales porque los dos son "conocidos" y "de confianza".

Esta ideología de la fidelidad impacta de manera notable la expansión de la epidemia de VIH/SIDA porque afecta el uso del condón como medida de prevención contra el VIH. Esto también implica que cuando una mujer sospecha que su pareja le es infiel y siente la necesidad de protegerse para evitar contraer una ETS no se atreve a pedirle que use el condón porque esto significaría una acusación explícita de infidelidad, o incriminarse de haber sido infieles.

Otro factor que contribuye a mantener los niveles de ignorancia y negación de la población sobre el VIH/SIDA y que favorece la expansión de la epidemia es la posición de la Iglesia Católica. Promueve una educación sexual que no incluya la promoción del condón, por entender que éstos "pervierten" a los jóvenes.

2.2 Aspectos Epidemiológicos

Las estadísticas nacionales provienen de un sistema de vigilancia epidemiológica que registra los casos que son notificados al PROCETS. El número total de casos de SIDA reportados a junio del 1999 ascendió a 4,465 casos. Esta cifra podría ser mucho más alta, ya que existe un subregistro significativo estimado en un 60%.

La vía de transmisión principal en la República Dominicana continua siendo la vía sexual y, preponderantemente, la heterosexual (el 70% de los casos). La relación de infección hombre:mujer ha ido variando, haciéndose notorio el incremento en el número de casos en mujeres. Por ejemplo, para el año 1987, la razón fue de 7 hombres por una mujer, mientras que en el año 1999 este comportamiento varió a una relación de 2:1.

El 22% de las infecciones registradas al mes de marzo de 1999 correspondió a personas entre 15 y 24 años de edad, lo cual muestra que la epidemia está afectando cada vez más a la población joven del país.

Otras formas de transmisión en nuestro país es la transmisión perinatal (madre a hijo) y la transmisión por sangre contaminada. Se prevee que la transmisión perinatal aumentará en el futuro próximo, ya que el predominio en la transmisión heterosexual implica que más mujeres se infectarán y sus hijos. El PROCETS reporta que en 1983 la prevalencia en niños era 0% y al 1999 comprende un 5.7% de los casos reportados.

A través del Sistema de Vigilancia Centinela del PROCETS se ha podido dar seguimiento al curso y devenir de la epidemia para ciertos segmentos poblacionales, verificándose un incremento importante en la prevalencia de la infección por VIH. Por ejemplo, en mujeres gestantes en una de las provincias del país, específicamente en La Romana, la prevalencia supera el 5 por ciento (Vigilancia Centinela, 1996).

De los datos descritos y, según los parámetros del Banco Mundial, se podría inferir que actualmente la epidemia se encuentra, para algunas provincias y municipios, en etapa naciente y, para otras, en una etapa de transición entre concentrada y generalizada.

Las proyecciones epidemiológicas de la epidemia, analizadas y actualizadas en 1996, indican que para el año 2000 la prevalencia de la infección de VIH en República Dominicana sería de 4.6%, lo que representa aproximadamente unos 250,000 dominicanos mayores de 15 años infectados por el virus.

Sobre la base de los resultados de este análisis se observa que de persistir las condiciones epidemiológicas de la transmisión de los últimos cinco años, la epidemia de VIH seguirá en aumento hasta el año 2005 en donde alcanzará su meseta. Una de las conclusiones principales de dicho análisis fue el señalamiento de un crecimiento rápido de la infección en la población con orientación heterosexual. Esto puede verse modificado de ampliarse las intervenciones de prevención de la infección por VIH y las acciones de atención y control a personas afectadas por ETS/SIDA.

2.3 Aspectos Sociales y Culturales Relacionados a la Situación del VIH/SIDA en República Dominicana

En la cultura dominicana la detección de la infección por VIH es identificada con la muerte inminente. La infección, casi siempre asociada a la transmisión sexual, produce un profundo sentimiento de vergüenza y culpa en los infectados por haber incurrido en prácticas socialmente censuradas (homosexualidad, trabajo sexual, adulterio, promiscuidad, uso de drogas). Debido a los sentimientos de culpa y vergüenza las personas infectadas en principio ocultan o disfrazan su estado ante sus parientes y comunidad. En la medida en que los parientes más cercanos llegan a conocer de la infección, éstos se convierten en cómplices del infectado.

El conflicto entre el estar infectado, el revelar u ocultar el diagnóstico, y la necesidad de buscar consejería y apoyo médico, psicológico y espiritual mantienen a las personas infectadas y a sus familias en una situación de pánico, angustia e impotencia. Es por esto que en las primeras etapas de la infección la búsqueda de ayuda tiende a ocurrir fuera del ámbito del hogar, donde adquieren mayor significación y relevancia las redes y los grupos de auto-apoyo y ayuda mutua de personas seropositivas.

Las personas seropositivas asintomáticas por lo regular se encuentran abandonadas por muchas de las personas con quienes interactuaban de manera constante antes de que su estado positivo se supiera. En gran parte por falta de educación a nivel popular sobre el VIH y sobre los métodos de transmisión de éste, muchas personas se sienten amenazadas y puestas en peligro por la presencia de una persona seropositiva en sus vidas. En muchos casos ésta es vista como una amenaza no sólo a la salud física, sino también a la salud social de una comunidad.

Muchos afectados por el VIH/SIDA son despedidos de sus lugares de trabajo cuando su seropositividad es descubierta. La ley 55-93, aunque vigente desde el 1993, nunca es utilizada como recurso legal. Muchos infectados inclusive no tienen conocimiento de ella. El estigma socioeconómico y cultural en contra de personas VIH seropositivas es de tal magnitud, que la gran mayoría de éstas prefieren sufrir en silencio antes que entablar un proceso judicial público y controversial en contra de compañías o instituciones con prácticas discriminatorias.

2.4 Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Población Dominicana en Relación al VIH/SIDA

Estudios recientes sobre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de la población dominicana en relación al VIH/SIDA muestran que el nivel de

conocimiento acerca del SIDA ha aumentado y que las actitudes hacia personas infectadas ha mejorado significativamente a través de los años. La ENDESA-96 indica que casi el 100% de las mujeres y el 89.6% de los hombres dominicanos conocen sobre el VIH/SIDA.

Las medidas preventivas más conocidas por la población son: tener una sola pareja fiel, usar condón durante las relaciones sexuales, evitar transfusiones de sangre que no haya sido analizada y usar agujas nuevas para inyectarse.

Las fuentes de información que han influido en el aumento de los conocimientos de la población acerca del SIDA son diversas. Sin embargo, tanto entre los hombres como en las mujeres, las más importantes son los medios de comunicación masivos, los amigos y parientes.

A pesar de que existe un alto conocimiento sobre el VIH/SIDA en la población, aun son elevadas las proporciones de personas que tienen ideas erradas acerca de la naturaleza del VIH/SIDA y de su forma de contagio. Muchos aún creen que el VIH se contagia al usar baños públicos, a través de picaduras de insectos o tocando a una persona enferma de SIDA.

También es alto el número de personas que aún tienen una baja percepción de riesgo en relación al VIH/SIDA. La ENDESA-96 señala que el 71.3% de los hombres de 15-64 años de edad cree no tener ninguna posibilidad de contagiarse con el VIH, mientras esta proporción es de 62.1% entre las mujeres. Esta percepción del riesgo presenta variaciones en función de la edad, la zona y región de residencia y la escolaridad de las personas.

En el caso de los jóvenes adolescentes (15-19 años) sexualmente activos se pudo observar que un 38% reconoce tener probabilidades de contagiarse con el virus, mientras que un 62% reporta no tener ninguna probabilidad. En el caso de las jóvenes adolescentes (15-19 años) sexualmente activas, un 23.5% reconoce probabilidades de infección, mientras que un 76% no lo reconoce.

En resumen, en los adolescentes sexualmente activos, las mujeres perciben menos riesgo de infección que los hombres.

Estas cifras sobre la percepción de riesgo demuestran que aún existe la necesidad de seguir informando y educando a la población para eliminar las creencias erróneas acerca del VIH/SIDA y aumentar la percepción de riesgo.

En cuanto a los cambios de conducta reportados después de haberse enterado de la enfermedad, los datos indican que el porcentaje de cambio de conducta fue mucho mayor en la población masculina (84.8%) que en la población femenina (42.1%). Estos cambios se relacionan mayormente al número de parejas y uso del condón. La diferencia entre estos porcentajes probablemente se debe a que las conductas de riesgo parecen afectar más a los hombres.

3. Análisis de la Respuesta Nacional a la Epidemia del VIH/SIDA

3.1 Los Principales Actores en la Lucha contra el VIH/SIDA en la República Dominicana

CONASIDA y PROCETS

En 1987 se creó el Consejo Nacional para el Estudio del SIDA (CONASIDA), con la misión de trazar las políticas nacionales de prevención y control de la epidemia y captar recursos nacionales e internacionales para contrarrestar la misma. En ese mismo año se creó el Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS). Este es responsable de normar y coordinar las acciones nacionales de prevención y control de la epidemia de VIH/SIDA y de otras ETS en el país.

Al momento del estudio de análisis de situación y respuesta se percibía una confusión acerca de los roles que debería desempeñar cada institución. En general, la respuesta gubernamental ha sido considerada poco significativa e incompleta y se percibe falta de voluntad política en los mandos superiores. El SIDA no es reconocido como un área prioritaria en el sector salud. CONASIDA es inoperante porque no cuenta con los mínimos recursos para accionar. PROCETS recibe tan sólo el 0.01% del presupuesto de salud entregado a SESPAS.

A pesar de sus limitaciones, el PROCETS ha realizado aportes importantes en los esfuerzos de prevención y control de la epidemia. Ha logrado reducir la transmisión del VIH por sangre y sus derivados. Además, el sistema de vigilancia epidemiológica es una fuente de información que permite una aproximación sobre la situación de la epidemia en el país. PROCETS también impulsó la ley 55-93 sobre el SIDA, y participa en los esfuerzos para su cumplimiento.

Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Organizaciones Comunitarias

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y comunitarias que realizan esfuerzos en contra del SIDA han jugado un papel sumamente importante para la prevención y el control de esta epidemia en el país. Tienen un alto compromiso con la problemática del SIDA y han ofrecido respuestas concretas a la misma con apoyo financiero y técnico de agencias internacionales. Estas organizaciones tienen acceso a y cuentan con la aceptación de las comunidades y de los diferentes grupos de población a los que se dirigen.

Entre sus debilidades se encuentran: 1) no-planificación adecuada e inmediatez; 2) conceptualizaciones erróneas sobre cómo se deben implementar las acciones; 3)

escasez de capitales de trabajo propios; 4) poca empleomanía y personal sobrecargado de trabajo; y 5) no-tradición de evaluación de la calidad de los servicios ofertados.

Agencias Internacionales

Las agencias internacionales han realizado un aporte significativo respecto a la lucha contra el SIDA. Han estado presentes e involucradas desde los inicios de la epidemia, proporcionando recursos técnicos y financieros para el diseño y ejecución de investigaciones, programas y estrategias para la prevención del VIH/SIDA en el país. Igualmente han contribuido al fortalecimiento de la capacidad institucional de las ONG, tanto en el área técnica como administrativa.

Las principales debilidades de dichas agencias son la ausencia de coordinación en la donación de recursos y la consecuente duplicación de esfuerzos. Actualmente las agencias están comenzando a dialogar y concertar esfuerzos. También se ha dado la interrelación de varias agencias que pertenecen a una misma organización mundial, pero que en el pasado no actuaban en coordinación.

3.2 Respuestas Sectoriales

Salud

a) Direcciones Provinciales de Salud:

La reciente creación de las direcciones provinciales de salud como parte del proceso de reforma del sector, contempla la descentralización de las acciones y una articulación más dinámica entre los diferentes niveles de atención. No obstante, en lo que respecta a VIH/SIDA, el papel del Estado y de las direcciones provinciales no ha sido definido.

Las direcciones provinciales reportan la necesidad de definir el rol del Estado en lo que concierne al VIH/SIDA, y del trabajo inter e intra sectorial para llevar información a la población. Las direcciones provinciales parecen ser las piezas claves para poder articular las acciones de PROCETS con los diferentes elementos que conforman el sistema de salud de la República Dominicana.

b) Subcentros de Salud y Clínicas Rurales:

La acción preventiva del VIH debe ser incorporada a la atención primaria en salud.

Los médicos residentes, asistentes y pasantes, así como las enfermeras y el personal de apoyo en hospitales, subcentros y clínicas rurales han recibido muy poca o ninguna capacitación al respecto. Este personal no cuenta con suficientes medidas de seguridad, por lo que persiste el temor de infectarse y la negación a atender pacientes bajo esas condiciones. Tampoco existe una política de SESPAS en torno al manejo y referimiento de los pacientes VIH positivos en el ámbito de clínicas rurales y subcentros de salud.

c) Hospitales Públicos y Clínicas Privadas:

En la mayoría de los establecimientos está disponible la prueba de ELISA, pero no existen políticas explícitas sobre el manejo hospitalario del paciente VIH positivo. En muchos hospitales existen prácticas de ruptura de la confidencialidad del caso frente al resto del personal.

La mayoría de los hospitales acepta el ingreso de personas VIH positivas, pero algunas clínicas privadas parecen ser aún más asequibles. Aunque el personal de salud está altamente concientizado sobre la problemática del SIDA, aún existe una actitud de rechazo hacia el paciente VIH positivo en muchos establecimientos.

Sólo algunos hospitales de la seguridad social utilizan antirretrovirales en pacientes VIH positivos y sólo uno administra AZT a las embarazadas seropositivas.

El número de niños VIH positivos ha ido aumentando con el paso de los años. Al no contarse con la tecnología apropiada para el seguimiento de estos niños, se limita la posibilidad del uso de terapia antirretroviral y se dificulta tomar decisiones sobre la conveniencia de la lactancia materna.

d) Bancos de Sangre y Laboratorios:

En el campo del bioanálisis se destaca: 1) la utilización de pruebas de ELISA de tercera generación y de confirmación mediante la prueba de Western Blot; 2) buen control de calidad interno y externo; 3) no se realiza consejería pre- y post-prueba de VIH; 4) no es política de los laboratorios confirmar con Western Blot; 5) no se han reportado accidentes laborales con muestras de VIH; y 6) existe evidencia de laboratorios que no notifican infecciones desde hace unos años.

e) Servicios Odontológicos:

El personal odontológico también requiere de capacitación urgente para el manejo del VIH/SIDA. Los aspectos más relevantes son: 1) a todo paciente al que se realizan

procedimientos (cirugía) mayores se le indica la prueba de VIH; 2) muchos consultorios dentales y de las escuelas odontológicas no tratan a personas VIH positivas; y 3) se considera "un favor" prestarles atención a estas personas.

Educación

Se mantiene la necesidad de que la Secretaría de Estado de Educación y Cultura (SEEC) y el Consejo Nacional de Educación Superior (CONES) se involucren en la educación sobre sexualidad y SIDA, estipulada en la ley 55-93. Se están dando algunos pasos en este sentido, preparando las capacitaciones de orientadores, psicólogos y médicos escolares. Los/as maestros/as deben ser también capacitados/as.

En las universidades el tema del VIH/SIDA se estudia de forma superficial en Medicina y Odontología. No es un tema prioritario dentro del pensum. En las escuelas de Bioanálisis el tema es ampliamente cubierto en las aplicaciones prácticas de las realizaciones de pruebas de VIH y WB.

Turismo

El SIDA no ha sido un tema prioritario para el sector turismo. Más bien parece ser un tema engorroso en donde las soluciones no están claras. El tema de la actividad sexual entre empleados/as hoteleros/as y turistas, por ejemplo, es por todos conocido, pero no ha sido debatido o analizado formalmente entre el sector público y privado. La respuesta es el silencio.

Muchos hoteles del país han acatado la ley de SIDA en su artículo 14 el cual fomenta actividades de información, educación y comunicación, para el personal de hotelería y actividades afines. Anteriormente estas actividades eran realizadas por ONG de manera gratuita. Actualmente, sin embargo, a través de una comisión denominada "Salud y Turismo" la Secretaría de Turismo está implementando un componente de Capacitación en el cual se han incluido temas específicos relacionados al SIDA. Hasta el momento los hoteles no han mostrado resistencia a recibir estas capacitaciones.

Lo que no ha realizado la Secretaría de Turismo, ni ha procurado el sector privado, es el cumplimiento de la segunda parte de este artículo 14, que especifica que el organismo estatal de turismo también debe dirigir un plan preventivo a los y las turistas.

Tampoco hay políticas claras en cuanto a qué hacer con un o una empleado/a portador/a de VIH o con SIDA. Los gerentes de los hoteles no tienen una respuesta unificada para esto. La respuesta a esta situación no puede ser diversa, debe ser clara y estandarizada para todos.

Industrial

En un estudio realizado en empresas de **tres** zonas francas del país, Forsythe et al. (1996), se encontró que casi la mitad de ellas tenían alguna forma de programa de educación sobre el VIH/SIDA. Existían programas preventivos ofrecidos gratuitamente por ONG. Se observó también que cerca de la mitad de las empresas proporcionaban algún tipo de servicio de VIH/SIDA. Tenían servicios de diagnóstico y tratamiento de ETS, consejería a sus empleados, distribución de condones, y pruebas de detección del VIH.

Muchas de estas compañías reconocieron la existencia de promiscuidad sexual entre los empleados/as y falta de conocimientos de éstos/as acerca de la salud. Sin embargo, algunas se refirieron al SIDA como un problema del sector público (Salud Pública) y no una responsabilidad del sector privado. Estas empresas no tenían políticas claras con relación a qué hacer con empleado/as VIH positivas o con SIDA. Todas las compañías conocían la ilegalidad de efectuar pruebas obligatorias de SIDA y de la discriminación en el ambiente laboral. La mayoría no conocía el Artículo 7 que insta a las empresas, tanto del sector público como privado, a apoyar e impulsar la prevención de esta enfermedad en sus empresas.

En general, se identifica poco esfuerzo para enfrentar la problemática en este sector productivo. El problema de SIDA es algo lejano para los gerentes. El/la empleado/a que sea portador/a o padezca la enfermedad se percibe como sustituible a un bajo costo. Ni el sector oficial, ya sea por la Secretaría de Estado de Industria y Comercio, o por el Consejo de Zonas Francas, ni el sector privado han realizado esfuerzos para delinear estrategias efectivas y legales.

Jurídico

La Ley 55-93 sobre el SIDA y el reglamento de aplicación de la ley fueron aprobados en 1993. Sin embargo, en su aplicación concreta, la ley ha fracasado. Los organismos gubernamentales y privados no han realizado las acciones educativas estipuladas en ella. Los despidos por condiciones de VIH/SIDA en empleados son frecuentes. Las sanciones con que cuenta la ley no se aplican. Se siguen negando los derechos a las personas infectadas de VIH, siguen siendo estigmatizadas, existen laboratorios inescrupulosos que todavía ofrecen sus servicios de pruebas indiscriminadas a las empresas. En sentido general, la ley es desconocida para los jueces, abogados y la población.

Medios de Comunicación

El tema del VIH/SIDA, exento del carácter noticioso de la epidemia, no es un tema prioritario para los medios de comunicación. Sin embargo, el país cuenta con algunos

comunicadores que realizan trabajos sobre SIDA con cierta periodicidad y seriedad. Los temas relacionados a estadísticas o número de casos parecen ser los más aceptados por los editores.

Muchos comunicadores del área de la salud se quejan de que no tienen fácil acceso a los datos oficiales y que los boletines que se emiten están redactados en un lenguaje usualmente técnico, que éstos no manejan ni entienden.

A nivel oficial se han desarrollado iniciativas tendentes a fomentar la difusión de información sobre el tema a través de los medios masivos, tales como otorgar premios a comunicadores por sus trabajos acerca del VIH/SIDA.

Iglesia

Existe un programa denominado "Solidaridad en el Evangelio con la Prevención del VIH/SIDA", auspiciado por las principales iglesias y organizaciones cristianas protestantes. Este programa ha desarrollado una "**Teología del SIDA**" concerniente a la acción preventiva, solidaria y compasiva relativa a las personas vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA. Esta define la sexualidad como un don de Dios, el cuerpo humano como un Templo del Espíritu Santo que es importante preservar, y el salvar **vidas** como parte de su misión.

Este programa no tiene una política contraria al uso del condón, aunque hace énfasis en la castidad, la monogamia, el respeto mutuo en la pareja, y la fidelidad. Este programa realiza actividades de educación preventiva con adolescentes y jóvenes en hogares, escuelas y comunidades a través de módulos de instrucción especialmente diseñados para ellos. Asimismo, sus dirigentes han desarrollado una estrecha colaboración con organizaciones de personas VIH positivas, promoviendo visitas domiciliarias y hospitalarias de pastores, proveyendo ayuda material y espiritual, y celebrando memoriales en honor de las personas fallecidas de SIDA. En conjunto, estas actividades contribuyen significativamente a la prevención de la transmisión del VIH y a la reducción del impacto de la epidemia de SIDA.

En el plano de la atención, la Iglesia Católica sustenta una pastoral del enfermo, la Pastoral Buen Samaritano. A través de ésta, decenas de mujeres voluntarias adiestradas en torno a la consejería pastoral básica, hacen visitas domiciliarias a personas que viven con VIH/SIDA y sus familias en Santo Domingo. Les muestran solidaridad y compasión, ayudándolas en los quehaceres del hogar y orando con ellos. Lamentablemente, estos grupos no parecen documentar sus actividades por escrito, ni comparten sus experiencias y resultados con otras personas o grupos, por lo que es difícil evaluar el impacto de sus acciones.

3.3 Planes y Estrategias para el VIH/SIDA

Planes Nacionales para la Prevención y Control del SIDA 1997-2001 y 2000-2003:

El Plan Nacional de Prevención del VIH/SIDA coordina las acciones del sector salud y de las organizaciones de la sociedad civil. Dichas acciones son priorizadas sobre la base de diagnósticos de la situación de salud y de ETS/SIDA.

El Plan para el período 1997-2001 fue completo pero no contó con la coordinación y visión macro que debió tener. Esto posiblemente se debió a falta de recursos o de liderazgo para señalar estrategias y actividades. Además, el documento no fue socializado adecuadamente para que todos los protagonistas del área de SIDA pudieran conocerlo e involucrarse en su implementación. A pesar de todo esto, algunas de sus acciones se cumplieron, ya sea por el sector público o por el privado. Sin embargo, estas fueron intervenciones específicas con poblaciones específicas, sin la verdadera coordinación que requiere la implementación de un Plan Nacional.

Los cambios en relación al curso de la epidemia obligan a repensar periódicamente las estrategias que el país implementa para combatir la epidemia del VIH/SIDA.

A principios de 1999, CONASIDA, bajo la coordinación de SESPAS y a través de PROCETS, llevó a cabo un proceso de diseño de un nuevo plan estratégico nacional de ETS/VIH/SIDA para el período 2000-2003. Este proceso fue eminentemente participativo e involucró a más de cien personas en talleres nacionales de planificación y en consultas multisectoriales.

La conceptualización del Plan partió de un abordaje estratégico que tomó en consideración múltiples aspectos, tales como: el proceso de modernización y descentralización del Estado Dominicano; la perspectiva de la atención integral para las personas que viven con VIH/SIDA; el abordaje de la situación de las ETS/VIH/SIDA desde una perspectiva económica, social y cultural; el enfrentamiento de la epidemia desde una visión que trasciende el sector salud, buscando la integración de múltiples actores y sectores para comprometerlos, desde la fase de diseño, con la ejecución del Plan.

El plan abarca tres áreas estratégicas y trece líneas de acción. Las áreas estratégicas son: 1) Políticas, Toma de Decisiones y Movilización Social, 2) Prevención y 3) Atención. Para cada línea de acción se describe la situación actual, se proyecta la situación futura y se sugieren estrategias y actividades ilustrativas. Se identifican también posibles indicadores para el sistema de monitoreo y evaluación del Plan, el cual será diseñado a partir de los planes operativos que están siendo elaborados a nivel provincial.

b) Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación (IEC):

La Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación (IEC) fue desarrollada en 1993. Participaron personas del Gobierno, ONG y agencias internacionales. Dicha estrategia identifica y prioriza las poblaciones meta a intervenir y vías de acceso a las mismas, pero no se ha implementado de manera articulada. Las acciones han sido aisladas y muy específicas. Como sucede con los demás planes globales, el país no la ha tomado en cuenta. Recientemente ésta ha sido objeto de un proceso de revisión para actualizarla y vincularla al Plan Estratégico Nacional.

c) El Plan de Acción Mujer y SIDA:

Este Plan fue elaborado en 1996 con la participación organizaciones gubernamentales, no-gubernamentales y organismos internacionales. Tiene como objetivo insertarse dentro del Plan Nacional y trabajar en áreas específicas que afectan la situación de la mujer dominicana respecto al SIDA. Identifica problemas en las áreas de información, educación y en los servicios ofrecidos a las mujeres.

Estos problemas siguen sin solución al presente año; la situación ha variado muy poco. De forma aislada se podrían valorar algunos esfuerzos, pero la implementación y seguimiento que requiere un plan de esta naturaleza, aún no se ha puesto en marcha.

4. RECOMENDACIONES

Vigilancia Epidemiológica

- Deben analizarse las necesidades de unificación de criterios de los subsistemas de vigilancia epidemiológica.
- Deben consolidarse y profundizarse los logros alcanzados en esta área.
- Se deben establecer normas de procedimiento para convertir las infecciones VIH a casos de SIDA en un lapso razonable, para reducir el subregistro.
- Debe hacerse un esfuerzo por motivar a las fuentes de notificación para actualizar sus reportes.
- Debe instalarse un sistema de retroalimentación e intercambio de información para los laboratorios y bancos de sangre.

- Debe establecerse la meta de eliminar la transmisión del VIH por transfusiones sanguíneas en el año 2003.

Vigilancia Centinela

- Debe proveerse retroalimentación oportuna a los diversos puestos centinelas sobre acciones inmediatas a tomar a nivel local para reducir los comportamientos de riesgo de subpoblaciones específicas.
- Debe establecerse una estrategia de crecimiento del sistema de puestos centinelas (cárceles, recintos militares, bateyes, universidades).

Estudios Epidemiológicos Especiales, Estudios CCAP y Otros

- Deben hacerse estudios seroepidemiológicos urgentes del VIH con reclusos en cárceles, haitianos en bateyes, y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, para determinar las tendencias actuales de la epidemia en esos grupos.
- Debe continuarse y actualizarse el proceso de definición y priorización de un programa de investigación en VIH/SIDA.
- Debe reclutarse el consenso de las universidades para trazar un plan estratégico de cobertura geográfica y subpoblacional a través de las investigaciones de tesis.

Estimaciones y Proyecciones

- Debe crearse un grupo de expertos que periódicamente reanalice las estimaciones y actualice las proyecciones de la epidemia en base a nuevos conocimientos y tecnología adquiridos sobre la misma.

Planes y Estrategias

- Los Planes Nacionales deben socializarse de forma efectiva con los actores del área de VIH/SIDA, debiendo realizarse acciones conjuntas entre todas las instituciones y sectores relacionados con la problemática para la implementación de dichos planes.
- Debe trazarse una política de realización de diagnósticos locales de situación, a fin de priorizar las acciones preventivas.

CONASIDA

- CONASIDA debe ser redefinida en su rol y reorganizada como agencia de concertación, coordinación e intercambio de la investigación, prevención y asistencia del VIH/SIDA, de acuerdo con los lineamientos del Decreto Presidencial.
- CONASIDA debe desarrollar estrategias de obtención de recursos financieros de parte del gobierno, para mejorar la implementación de respuestas efectivas a la epidemia.

PROCETS

- PROCETS debe ser financiado y reorganizado para asumir el liderazgo y coordinar las respuestas en un proceso participativo y transparente, con el apoyo del Estado, las ONG, las organizaciones comunitarias y las agencias de cooperación.
- El radio de acción de PROCETS debe ser expandido geográficamente, para tener presencia y representatividad en las DPS.
- PROCETS debe desarrollar un programa permanente de educación continuada para las ONG y organizaciones comunitarias interesadas en la acción preventiva en todos los niveles.
- PROCETS debe procurar el suministro de información estadística actualizada y sencilla sobre la epidemia de VIH/SIDA a los interesados.
- PROCETS debe definir y difundir medidas y procedimientos a seguir ante la posibilidad de contagio del personal de salud al manipular pacientes VIH/SIDA.

Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y Organizaciones Comunitarias de Base

- Las ONG y otras organizaciones comunitarias deberán realizar los esfuerzos necesarios para lograr una mejor comunicación entre ellas, y así evitar la yuxtaposición de funciones, la duplicación de esfuerzos, el dispendio de recursos, y aumentar el grado de eficacia de las acciones.

Agencias de Cooperación Internacional

- Debe continuarse y profundizarse la iniciativa de colaboración entre las agencias de cooperación internacional para la planificación, apoyo técnico y financiero, y evaluación de proyectos de acción.

Sector Salud

- Se debe incluir y priorizar dentro de los planes estratégicos nacionales, el adiestramiento en servicio de personal de salud (médicos/as asistentes y pasantes, enfermeras, personal de apoyo) a niveles público y privado, en la prevención de la infección y el manejo de casos.
- SESPAS debe definir el rol de las Direcciones Provinciales de Salud relativo a la descentralización de la atención primaria en salud y la prevención, vigilancia y asistencia del VIH/SIDA.
- SESPAS debe estudiar las necesidades de adiestramiento del personal de atención primaria en salud y desarrollar un programa permanente de adiestramiento en servicio y actualización.
- Deben redefinirse las normas de prevención, manejo y vigilancia del VIH/SIDA al nivel hospitalario.
- Deben tomarse medidas para el cumplimiento obligatorio del II capítulo, Art. 3, acápite B de la Ley 55-93 sobre SIDA, para reducir los condicionamientos de la atención al paciente por VIH/SIDA.
- Debe desarrollarse una política de detección de infecciones VIH en embarazadas que presenten algún riesgo, a fin de identificar las seropositivas y suministrarles AZT, así como información sobre alternativas de alimentación de los niños VIH positivos.
- Debe establecerse un sistema de retroalimentación y reforzamiento de las acciones de los laboratorios y bancos de sangre, que incluya la supervisión y la capacitación.
- Debe iniciarse una campaña agresiva para sensibilizar a los odontólogos sobre los problemas bucales de los infectados, y modelar con ellos mismos el comportamiento ético a seguir en el manejo de casos de VIH/SIDA.

Sector Educativo

- Debe declararse como prioridad del sistema educativo el programa de Educación Sexual para escolares, y actuarse en consecuencia.
- Deben definirse mecanismos para evitar que estudiantes y profesores VIH positivos sean discriminados en los centros de enseñanza, con base en los derechos que otorga la ley 55-93 a las personas VIH positivas.
- Debe priorizarse la capacitación sobre prevención, manejo y reporte de pacientes con VIH/SIDA en los programas de las carreras del área de la salud.

Sector Turismo

- Debe trazarse un plan de acción para el sector turístico que incluya políticas y estrategias de los aspectos más prioritarios de este sector.
- El mismo sector turístico debe ser el protagonista en la creación e implementación de estos planes.

Sector Zonas Francas

- Debe trazarse un plan de acción para el sector de zonas francas que incluya políticas y estrategias de los aspectos más prioritarios de este sector.
- Debe promoverse la participación activa del sector empresarial de zonas francas en la creación e implementación de estos planes.

Sector Jurídico

- Deben estudiarse medidas para respaldar demandas legales de personas que viven con SIDA ante los tribunales por discriminación.

Medios de Comunicación

- Debe redefinirse una política de divulgación que permita conocer los resultados de las investigaciones que se desarrollan acerca del VIH/SIDA.
- Debe insistirse en la realización de seminarios y talleres participativos para comunicadores sociales sobre manejo de información sobre VIH/SIDA.

Trabajo Sexual

- Deben ampliarse los programas de defensa social, educación sexual y distribución de condones, a las trabajadoras sexuales más jóvenes, particularmente las "de la calle" y de negocios diversos que aún no han sido alcanzadas.
- Debe alcanzarse y promocionarse una posición de consenso sobre el uso del condón con las parejas fijas y "de su casa".

Personas VIH Positivas, Familias, Amigos y Comunidades

- Debe proveerse un acompañamiento permanente y comprometido, así como un apoyo técnico y financiero decidido a los grupos organizados de personas que viven con VIH/SIDA y sus familiares.
- Debe hacerse énfasis en la creación de microempresas domésticas de carácter productivo, a fin de aliviar la carga económica que representa la enfermedad para las personas seropositivas y sus familias.
- Los datos de este subestudio deben ser tomados en cuenta para la actualización de la estrategia de IEC y para el diseño de campañas educativas a través de los medios y en las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

Brea, Mayra y De Moya, E. Antonio (1985). ***Psicología social del SIDA en jóvenes y adultos en Santo Domingo***. Santo Domingo: Dirección General de Promoción de la Juventud.

Brea, Ramonina y Duarte, Isis. (1998). ***La Cultura Política de las Dominicanas: 1994-1997***, Santo Domingo, (inédito).

Cáceres, Francisco I. (1998). ***La Mortalidad Materna en la República Dominicana: El Caso del Distrito Nacional***. IEPD, Santo Domingo.

CESDEM/PROFAMILIA/ONAPLAN/Macro International Inc. (1996). ***Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)***.

Coordinadora de ONG del área de la mujer (1996). ***Encuesta Demográfica y de Salud. Salud de las mujeres, calidad de atención y mortalidad materna***. Santo Domingo.

Dauhajre, Andrés, Riley, E., Mena, R. y Guerrero, J. (1989). ***Impacto Económico de las Zonas Francas Industriales de Exportación en la República Dominicana***.

De Moya, E. Antonio; Brea, Mayra (1988). República Dominicana versus SIDA. El primer round. ***I Conferencia Mundial sobre Educación y SIDA***. Ixtapa, México.

De Moya, E. et al. (1998); ***Enfoque Cultural de la Prevención del VIH/SIDA para el Desarrollo Sostenible en República Dominicana, Original y Addendum***, IEPD, Santo Domingo.

Duarte, Isis et al. (1998) ***Cultura política y democracia en la República Dominicana, 1997***, Santo Domingo: PUCMM.

Duarte, Isis et al. (1989). ***Población y condición de la mujer en República Dominicana***. Santo Domingo: IEPD.

Ferreira, F., Hasbún J., Butler de Lister, M. (1996). ***Investigación Cualitativa con Trabajadoras Sexuales de Zonas Turísticas***. Santo Domingo: AIDSCAP/FHI.

Forsythe, S., Hasbún, J. y Butler, M. (1997). ***Protecting Paradise : Tourism and AIDS in the Dominican Republic***. Santo Domingo: AIDSCAP/FHI.

Forsythe, S., Hasbún, J., y Butler, M. (1996). ***AIDS and its Potential Economic Impact on Free Trade Zones in Santo Domingo, the Dominican Republic***. Santo Domingo: AIDSCAP/Family Health International (FHI).

Gómez E., Sweat M., Arbaje M., Butler M. (1994). ***El SIDA y la infección VIH en la República Dominicana. Situación Actual e Impacto Futuro***. SESPAS-PROCETS, Publicación Científica No. 4.

Gómez, E. (1996). ***Estimaciones y Proyecciones de la Epidemia de la Infección VIH en la República Dominicana, 1980-2000: Prioridades en el Desarrollo de Intervenciones***.

Hasbún, Julia y Butler, M. (1995). ***Estudio con Gerentes de Hoteles: Percepción de SIDA***. Santo Domingo: AIDSCAP/FHI.

Hasbún, Julia y Butler, M. (1997). ***Estudio de Percepción de Riesgo Empleados de Entretenimiento en Hoteles de Varios Polos Turísticos del País***. Santo Domingo: AIDSCAP/FHI.

Hasbún, J., Forsythe, S. y Olivares, M. (1997). ***Estudio de Percepción del VIH/SIDA en Turistas Extranjeros de República Dominicana***. Santo Domingo: AIDSCAP/FHI.

Hasbún, J., Hornik, R. y Pareja, R. (1990). ***Encuesta Sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales Acerca del SIDA/ETS en Población General de la República Dominicana***. Santo Domingo: AIDSCOM.

Molina, M., Hasbún, Julia, Gómez, C. J., Betances, B., Vargas, W., Puello, E., Polanco, J. J. y Butler de Lister, M. (1996). ***Encuesta Sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales Acerca del SIDA/ETS en Adolescentes Residentes en los Barrios Villa Mella, Guaricano, La Zurza y Herrera***. Santo Domingo: AIDSCASP/FHI.

Molina, M., Hasbún, J., Gómez, C. J., Ferreira, F., Gómez, B., Polanco, J. J. y Butler de Lister, M. (1996). ***Encuesta Sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales Acerca del SIDA/ETS en Trabajadoras Sexuales y Hombres Involucrados en la Industria del Sexo Comercial en las Localidades de Puerto Plata, Sosúa y Montellano***. Santo Domingo: AIDSCASP/FHI.

Molina, M., Hasbún, J., Gómez, C. J., Ferreira, F., Gómez, B., Polanco, J. J. y Butler de Lister, M. (1996). ***Encuesta Sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales Acerca del SIDA/ETS con Empleados de Hoteles de Puerto Plata***. Santo Domingo: AIDSCASP/FHI.

Molina, M., Hasbún, J., Gómez, C. J., Moreno, L., Jiménez, A., Polanco, J. J. y Butler de Lister, M. (1996). ***Encuesta Sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales Acerca del SIDA/ETS en Trabajadores de las Zonas Industriales y Portuarias de Santo Domingo***. Santo Domingo: AIDSCASP/FHI.

Molina, M., Hasbún, J., Gómez, C. J., Moreno, L., Rosario, S., Polanco, J. J. y Butler de Lister, M. (1996). ***Encuesta Sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales Acerca del SIDA/ETS en Trabajadoras Sexuales y Hombres***

Involucrados en la Industria del Sexo Comercial en Santo Domingo. Santo Domingo: AIDSCASP/FHI.

Molina, M., Hasbún, J., Gómez, C. J., Sánchez, L., Vásquez, E. y Butler de Lister, M. (1996). ***Encuesta Sobre Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Sexuales Acerca del SIDA/ETS en Hombres que Tienen Sexo con Hombres.*** Santo Domingo: AIDSCASP/FHI.

ONUSIDA. Global Epidemiological Report. <http://www.unaids.org>. Ginebra, 1998.

Pérez-Then, Eddy; Espinal Fuentes, Marcos A.; Cruz, Erwin; Gómez, M., *et al.* (1997) Antígenos de superficie de hepatitis B y anticuerpos contra el virus de la hepatitis C y e la inmunodeficiencia humana en niños dominicanos. ***Boletín Médico del Hospital Infantil de México***: 54(9), 430, septiembre.

PROCETS/SESPAS. (1999). ***Plan Estratégico Nacional de ETS/VIH/SIDA de la República Dominicana, 2000-2003.***

PROCETS/SESPAS, CASCO, AIDSCAP/ USAID, OPS/OMS (1994). ***Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para la Prevención del VIH/SIDA en la República Dominicana.***

PROCETS/SESPAS, INSALUD, USAID/AIDSCAP. (1996). ***Plan de Acción Mujer y SIDA.***

PROCETS/SESPAS. (1997). ***Plan Nacional para la Prevención y Control del SIDA de la República Dominicana. 1997-2001.***

Quinn, T. C. (1996). Global Burden of the HIV pandemic. ***Lancet***348:99-106.

República Dominicana. Congreso Nacional. (1996). ***Ley 55-93 Sobre el SIDA.*** Santo Domingo.

República Dominicana. Secretaría de Estado de Turismo. (1996). ***Turismo en Cifras.***

Silvestre, E.; Rijo, J.; Bogaert, H. (1993). ***La Neo-Prostitución Infantil en República Dominicana.*** Santo Domingo: UNICEF.

Segura, Carlos; de la Rosa, Jaime. ***El VIH/SIDA en la República Dominicana: contexto económico, social y cultural en que se desarrolla la epidemia.*** Población y Salud en la República Dominicana. Revista Dominicana de Población. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Año II, No. 2, 1999.

Tabet, Stephen R.; De Moya, E. Antonio; Holmes, King K.; Krone, Melissa R.; Rosado, Margarita; Butler, Marta; Garris, Ivelisse; Thorman, Mónica; Castellanos, César; Swenson, P. D. y Ryan, Carolyn A. (1996) Sexual Behaviors and Risk Factors for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in the Dominican Republic. ***AIDS***; 10(2):201-206.

USAID/AIDSCAP. (1996). ***Options in STD/HIV/AIDS Programming in the Dominican Republic.***