



EURO HEALTH GROUP

Integración del programa de VIH al sistema de salud en Latinoamérica y el Caribe

Informe de República Dominicana

Enero 2020

Equipo EHG/DR: Elena Décima (Líder de equipo)
Magdalena Rathe (Experta local)

Euro Health Group A/S
Tinghøjvej 77
DK-2860 Søborg
Tel: +45 3969 6888
Email: ehg@ehg.dk
Web: www.ehg.dk

CONTENIDO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Antecedentes y Objetivos..... | 9 |
| 1.1 | Antecedentes..... | 9 |
| 1.2 | Propósitos del estudio | 9 |
| 1.3 | Objetivos..... | 10 |
| 2. | Contexto del País | 10 |
| 3. | Métodos y Limitaciones..... | 12 |
| 3.1 | Fuente de datos y recolección de información | 14 |
| 3.1.1 | <i>Fuente de datos</i> | <i>14</i> |
| 3.1.2 | <i>Métodos de recopilación de información</i> | <i>14</i> |
| 3.2 | Riesgos y limitaciones | 15 |
| 4. | Hallazgos..... | 15 |
| 4.1 | Voluntad política..... | 15 |
| 4.2 | Situación de la integración de los servicios de VIH | 16 |
| 4.3 | Rol de la sociedad civil..... | 35 |
| 4.4 | Rol de la cooperación internacional | 36 |
| 5. | Barreras y Oportunidades..... | 38 |
| 6. | Conclusiones | 40 |
| 7. | Opciones de Ruta Crítica..... | 41 |
| | Anexo 1: Términos de Referencia | 46 |
| | Anexo 2: Lista de Personas Entrevistadas..... | 49 |
| | Anexo 3: Documentos Revisados | 51 |
| | Anexo 4: Cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención, SNS..... | 53 |
| | Anexo 5: Respuesta a las principales preguntas incluidas en el informe de inicio..... | 54 |

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|--------------------|--|
| ALC | América Latina y El Caribe |
| ARS | Administradoras de riesgos de salud |
| ARV | Antirretroviral |
| ASFL | Asociaciones sin fines de lucro |
| CNSS | Consejo Nacional de Seguridad Social |
| COIN | Centro de Orientación e Investigación Integral |
| CONAVIHSIDA | Consejo Nacional para el VIH SIDA |
| CPN | Centros de primer nivel |
| DIGECITTS | Dirección General para el control de Infecciones de Transmisión Sexual |
| FM | Fondo Mundial para la lucha contra el VIH, tuberculosis y malaria |
| IDCP | Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel |
| MCP | Mecanismo de Coordinación de País |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |
| ODS | Objetivos de desarrollo sostenible |
| OMS | Organización mundial de la salud |
| PEN | Plan Estratégico Nacional |
| PVVIH | Personas viviendo con VIH |
| SAI | Servicio de atención integral |
| SENASA | Seguro Nacional de Salud |
| SFS | Seguro familiar de salud |
| SISALRIL | Superintendencia de salud y riesgos laborales |
| SNS | Servicio Nacional de Salud |
| SC | Sociedad Civil |
| SUGEMI | Sistema Unificado de Gestión de Medicamentos |
| UNAP | Unidad de Atención Primaria |

RESUMEN EJECUTIVO

La República Dominicana, al igual que la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) se ha comprometido, a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de 2015, a poner fin a la epidemia de VIH / SIDA y lograr la cobertura sanitaria universal (UHC). Como tal, se ha comprometido a desarrollar servicios integrados de VIH como un método para mejorar la eficiencia de los servicios de salud y ampliar la cobertura.

El concepto de integración enfatiza la necesidad de que los servicios estén centrados en la persona durante el ciclo de vida, que sean integrales y de calidad y que aseguren una atención continua. Sin embargo, no se refiere exclusivamente al tema de los servicios, sino también a la gobernanza, el financiamiento y la gestión. Este enfoque sirvió de marco de referencia para el presente trabajo, que procuró obtener información sobre el liderazgo y voluntad política existentes en el país; la situación de la gobernanza, incluyendo el marco regulatorio y las estrategias de coordinación entre los diferentes actores; el financiamiento y la administración financiera; el proceso de adquisiciones y la gestión de suministros; los sistemas de información, gestión de datos, monitoreo y evaluación; la provisión de los servicios, su estructura, instalaciones, beneficios y retos; los recursos humanos para la salud, incluyendo las políticas de RRHH, educación, sistemas de gestión, necesidades de capacitación.

El presente estudio se propone presentar información crítica y evidencia para comprender mejor el estado actual de la integración de los programas del VIH en el sistema de salud de la República Dominicana, logrado a partir de una amplia revisión de la literatura existente sobre el tema y de entrevistas con actores clave, con la finalidad de definir una ruta crítica para que el gobierno, la sociedad civil y los organismos internacionales realicen un plan común para lograr la integración de los programas de VIH en el sistema de salud. Los objetivos del estudio son:

- Evaluar de manera preliminar el nivel de integración de los programas de VIH al resto del sistema de salud, en términos de gobernanza, financiamiento, sistemas de gestión y entrega de servicios;
- Identificar cuellos de botella a diferentes niveles del sistema que procura operacionalizar la integración, incluyendo políticas, planeación, procesos, capacidad institucional y financiamiento a la salud;
- Identificar oportunidades para profundizar la integración, asegurando preservar los principios clave de la respuesta al VIH (por ejemplo, la participación de las personas afectadas por la enfermedad);
- Ofrecer opciones a los actores principales sobre cómo la integración puede conducir al logro de una respuesta más sostenible.
- Facilitar un foro de discusión con los actores interesados del campo de salud para identificar posibles acciones a corto y mediano plazo para una hoja de ruta, incluyendo posibles áreas para futuros financiamientos del Fondo Mundial.

Las principales **hallazgos, conclusiones, y opciones** a que arribó el estudio se resumen a continuación:

- El reto principal para la integración en la RD es el fortalecimiento del modelo público de atención, a través de implementación de redes integradas de servicios de salud con el primer nivel como puerta de entrada. Esto implica inversiones en infraestructura, tecnología, capacitación de recursos humanos, sistemas de gestión clínica, administrativa y financiera y definición de carteras de servicio para cada nivel de atención
- El Servicio Nacional de Salud (SNS) posee actualmente una ruta crítica para dicho fortalecimiento. Sin embargo, se necesita un diagnóstico más detallado de recursos y necesidades en las zonas del

país que sean seleccionadas para su fortalecimiento, incluyendo la vinculación público-privada con la finalidad de acelerar el proceso, así como un plan operativo para llevarla a cabo.

- En el proceso de integración y sostenibilidad de la respuesta es necesaria la participación de las ASFL que trabajan con poblaciones clave, para que se vinculen a la red pública mediante acuerdos con el SNS y SENASA. Existe ya experiencia en la RD en el desarrollo de micro redes que vinculan ASFL de mayor desarrollo con organizaciones comunitarias cercanas a las poblaciones clave, Se requiere documentar estos procesos a fin de que sirvan de ejemplo y abogacía para nuevos proyectos.
- En el sistema de salud de la RD los ARV no están incluidos en la seguridad social; dado que la mayor parte de la población está asegurada, es necesario avanzar este proceso. lo cual requiere de la remoción de ciertos obstáculos en el marco regulatorio.
- Se identificó la carencia de un mecanismo/espacio de gobernanza que eventualmente reemplace al MCP, lo cual constituye una preocupación sobre todo de los representantes de las poblaciones clave, que podrían quedar relegadas una vez el FM termine su apoyo financiero. El fortalecimiento de CONAVIHSIDA y la posible inclusión de un comité multisectorial con funciones similares al MCP puede ser una opción para considerar.
- La compra, suministro y logística del sistema de medicamentos para VIH ha dado pasos importantes para su integración con la institucionalización del SUGEMI (Sistema Unificado de Gestión de Medicamentos). Es necesario ahora i) profundizar dichos procesos y operacionalizar propuestas existentes como la creación, por parte del CNSS, de un Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP), para el financiamiento y la gestión de la compra centralizada de ARV; ii) documentar los logros del proceso de integración de los sistemas de información y logística de medicamentos, examinar los desafíos aun presentes y desarrollar un plan de trabajo para incorporar en la ruta crítica para una integración todos los sistemas relacionados a los servicios de VIH.

A continuación, se ofrecen algunas ideas para **una ruta crítica**, la cual deberá ser sometida a discusión con los actores clave de la respuesta nacional.

1) Fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas

- Se propone el aumento del presupuesto del primer nivel de atención a fin de que sea posible dotarlo con los recursos humanos, infraestructura, tecnologías, capacidad de almacenamiento y de laboratorios, plataforma tecnológica. Para ello será necesario revisar los recursos con que se cuenta en el presupuesto del 2020 y las necesidades de fondos adicionales, así como de un plan para realizar este trabajo en zonas prioritarias del país.
- Inclusión del tratamiento integral de VIH en la seguridad social, lo cual requiere eliminar la prohibición de inclusión de los ARV, pero también lograr que el VIH sea tratado como una condición que requiere de una cobertura garantizada dentro del Seguro Familiar de Salud.
- Creación del FONSAP para la contribuir a la compra centralizada y mecanismos de operación de los medicamentos para las coberturas garantizadas.
- Fortalecimiento de los compromisos hacia la integración mediante la elaboración de planes de trabajo compartidos por los actores principales y la cooperación internacional.

2) Involucramiento y empoderamiento de personas y comunidades

- Apoyar el trabajo que realizan las ASFL que trabajan en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, particularmente las que trabajan con grupos de mayor riesgo, para que desarrollen programas que empoderen a las personas para tomar responsabilidad sobre su propia salud.
- Establecer una adecuada coordinación entre el MSP y el SNS para que los programas de salud comunitaria que desarrolla el primero estén vinculados a los servicios de primer nivel.
- Fortalecer en el MSP la capacidad de involucrar a las diferentes instancias del nivel comunitario para incidir en los determinantes sociales de la salud, contribuyendo a crear entornos saludables y otras acciones de carácter intersectorial.

3) Reorientación del modelo de atención

- Lograr la operatividad del modelo integrado de atención y fortalecimiento del primer nivel como puerta de entrada, elaborando un plan de implementación por áreas prioritarias, que comenzaría con la definición de roles: escuelas, familias, centros de deportes, parques, presencia de CPN y de UNAP.
- Elaborar por cada zona seleccionada un mapa sanitario: identificar la población y sus necesidades de salud; qué recursos hay disponibles en términos de infraestructura y equipos humanos; cuáles son las brechas, necesidades de inversiones adicionales, de recursos humanos, de tecnología, de capacitación; qué funciona y qué no funciona; selección de los centros; definición de la cartera de servicios; cómo se va a financiar; cómo se va a mejorar el acceso y la calidad de los servicios.
- Desarrollar un plan de capacitación al personal del primer nivel de atención, comenzando por determinar sus necesidades de capacitación. Dicho plan incluiría fortalecer las competencias en seguimiento al VIH, identificación oportuna de la coinfección y en la instauración temprana del tratamiento. Asimismo, se requieren entrenamientos en Guía Nacional de VIH, Coinfección TB/VIH, Consejería y Adherencia al tratamiento ARV.
- Definición de paquetes integrales dentro del Seguro Familiar de Salud, cambiando paulatinamente el enfoque desde coberturas explícitas hacia la integralidad de la atención en base a la priorización y la inclusión de servicios esenciales.
- Desarrollo de micro redes que involucren las ASFL con mayor fortaleza y las de menos capacidad de gestión, pero mayor capacidad de vincularse con las poblaciones clave. Documentar experiencias exitosas existentes.

4) Fortalecer la coordinación de la atención

- Preparar un plan para el fortalecimiento de los recursos humanos y tecnológicos que permitan la coordinación de la atención, que constituye la base del modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria en salud.
- Desde el MSP, lograr coordinación intersectorial, buscando la adhesión de todas las partes interesadas a las mismas políticas, estrategias y planes nacionales en todos los sectores, utilizando enfoques sensibles al género, a través de acciones conjuntas y responsabilidad compartida a nivel intersectorial, a fin de que todos los sectores que contribuyen a la producción social de la salud caminen en la misma dirección.

- Del mismo modo, lograr la coordinación entre las intervenciones de salud individual y colectiva, así como también la coordinación entre todas las agencias de cooperación internacional.

5) Crear un entorno propicio

- Documentar y sistematizar los logros alcanzados hasta el momento en lo concerniente al marco legal vigente e identificar las necesidades de modernización.
- Sensibilizar al sector empresarial sobre la necesidad del fortalecimiento del primer nivel de atención dentro de la seguridad social.
- Elaborar un plan para la disminución del estigma y discriminación contra las poblaciones clave y las que viven con VIH.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

1.1 Antecedentes

La República Dominicana es uno de los países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) que se ha comprometido, a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de 2015, a poner fin a la epidemia de VIH / SIDA y lograr la cobertura sanitaria universal (UHC). Como tal, se ha comprometido a desarrollar servicios integrados de VIH como un método para mejorar la eficiencia de los servicios de salud y ampliar la cobertura.

Cabe señalar, sin embargo, que integración puede tener varias definiciones. Por ejemplo, una definición reciente de la OMS para servicios de salud integrados enfatiza la necesidad de servicios administrados y entregados de tal manera que las personas reciban una atención continua en diferentes niveles dentro del sistema de salud general y de acuerdo con sus necesidades¹. Por lo tanto, apoyar los servicios de salud integrados no significa que todos los servicios deben integrarse en un solo paquete ni entregarse en una ubicación geográfica. Significa que los servicios deben organizarse de modo que estén vinculados, sean fáciles de navegar y se centren en los beneficios que se brindan a los usuarios finales. Las metas principales de servicios integrados incluyen mejorar la cobertura, mejorar la eficiencia de los servicios de salud, lograr que los servicios sean accesibles, aceptables y financieramente razonables, que aseguren continuidad y provean un rango comprensivo de servicios a través de un sistema de referencia funcional. Además, la prestación de servicios es solo un nivel en el que puede tener lugar la integración del programa del VIH. Puede ocurrir a nivel macro o de gobernanza, así como a nivel operativo en torno a cuestiones de planificación, políticas, coordinación y presupuestación.

El compromiso político para la integración es el primer paso antes de que pueda siquiera discutirse los pasos a tomar para su implementación. Este compromiso no se refiere sólo al ministerio de salud, sino que tiene que ser compartido por todos los actores.

La República Dominicana brinda una oportunidad particularmente oportuna para lograr una mayor integración del programa de VIH. En 2014, los países de la región aprobaron la *Estrategia regional para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, adoptando el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad como valores centrales*. Además, desde 2002, el Marco Estratégico Regional del Caribe sobre VIH y SIDA (CRSF)² ha tenido como una de sus áreas prioritarias para los países miembros la integración de los servicios de VIH. Finalmente, en 2017, el foro de ALC sobre VIH emitió un llamado a los gobiernos de ALC para acelerar la integración de los servicios de VIH en el sistema de salud, incluido el fortalecimiento del primer nivel de atención.³

1.2 Propósitos del estudio

El propósito del estudio es el de obtener información crítica y evidencia para comprender mejor el estado actual de la integración de los programas del VIH en el sistema de salud de la República Dominicana, logrado a partir de una amplia revisión de la literatura existente sobre el tema. En adición a esto, se incluyó una evaluación de la percepción de los diferentes actores sobre la importancia y prioridad de la integración, la voluntad política para la misma, la identificación de cuellos de botella que impiden una mayor integración, así como posibles oportunidades e iniciativas exitosas previas de las cuales se podrían derivar lecciones aprendidas. El propósito general de la revisión se orienta a que los resultados generados

¹ Framework on integrated, people-centered health services, WHO, 2016

² Caribbean Regional Strategic Framework on HIV and AIDS, CARICOM/PANCAP, 2014

³ <https://plataformalac.org/en/2017/12/call-for-action-third-latin-american-and-caribbean-forum-road-to-ending-aids-in-lac/>

ayuden al país a definir próximos pasos, incluyendo las acciones que puedan ser financiadas por la cooperación internacional, con la finalidad de que ésta contribuya a la integración de los programas de VIH en el sistema de salud, en búsqueda de lograr resultados de salud satisfactorios a través de una mejor cobertura, acceso, calidad, aceptabilidad y sostenibilidad.

1.3 Objetivos

El estudio procura examinar las evidencias disponibles sobre voluntad política a todos los niveles de la integración de los programas de VIH, así como indagar sobre la inclusividad de las propuestas a fin de que éstas respondan a las necesidades de los usuarios. Específicamente se propuso:

- Evaluar el nivel de integración de los programas de VIH al resto del sistema de salud, en términos de gobernanza, financiamiento, sistemas de gestión y entrega de servicios;
- Identificar cuellos de botella a diferentes niveles del sistema que procura operacionalizar la integración, incluyendo políticas, planeación, procesos, capacidad institucional y financiamiento a la salud;
- Identificar oportunidades para profundizar la integración, asegurando preservar los principios clave de la respuesta al VIH (por ejemplo, la participación de las personas afectadas por la enfermedad);
- Ofrecer opciones a los actores principales sobre cómo la integración puede conducir al logro de una respuesta más sostenible.
- Facilitar un foro de discusión (post presentación del borrador de informe) con los actores interesados del campo de salud para identificar posibles acciones a corto y mediano plazo para una hoja de ruta, incluyendo posibles áreas para futuros financiamientos del Fondo Mundial.

2. CONTEXTO DEL PAÍS

La República Dominicana ha experimentado un crecimiento económico muy importante en las últimas décadas, superior a la mayoría de los países de la región latinoamericana, lo que le ha permitido diversificar su estructura productiva, pasando de la producción de productos básicos a una economía sustentada en los servicios, fundamentalmente, el turismo. No obstante, debido a problemas en la distribución del ingreso y una falta de inversión pública en los sectores sociales, este crecimiento no se ha traducido en la esperada mejoría en los indicadores de salud.⁴

En el año 2001 el país aprobó una profunda reforma estructural de su sistema de salud, al crear el Seguro Familiar de Salud (SFS) con tres regímenes de financiamiento: contributivo, financiado con recursos de las empresas y de los empleados; subsidiado, dirigido a la población pobre sin ingresos estables; y contributivo-subsidiado, para el sector informal. Este último nunca fue implementado. El régimen subsidiado inició en 2003 y el contributivo en 2007; a noviembre del 2019, el primero había afiliado 3.7 millones de personas y el segundo, unas 4.3 millones de personas, lo que representa el 80% de la población residente en el país, aunque todavía dista de la meta gubernamental de alcanzar el 90% para el 2020, dado que las brechas corresponden al sector informal, de más difícil captación.

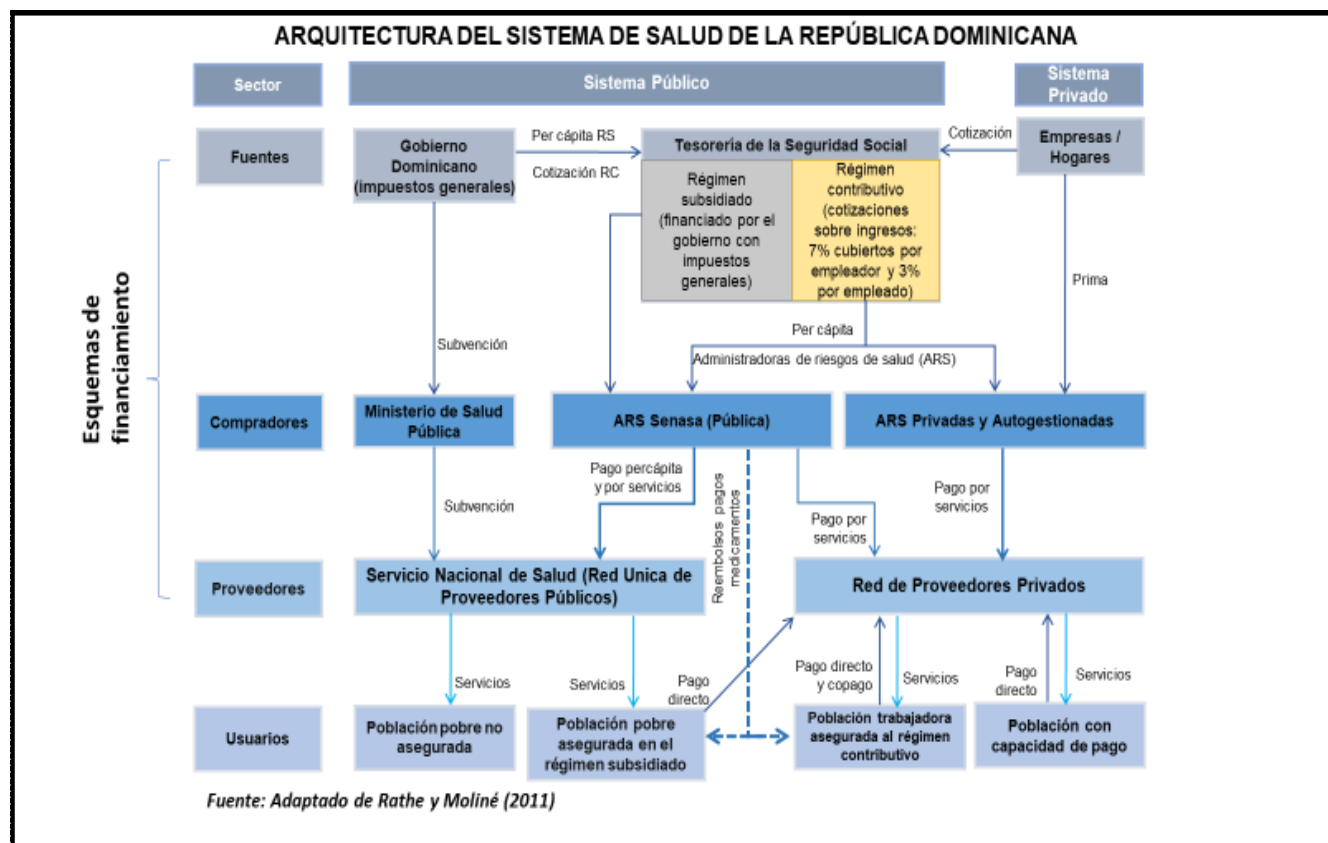
Esta reforma de salud tiene vocación de universalidad, dado que propone un mismo paquete de prestaciones para toda la población, hecho que no ha sido logrado todavía pues hay diferencias importantes entre el régimen subsidiado y contributivo. La reforma se basa en la separación de funciones, proponiendo que todo el sistema de prestación de servicios, tanto público como privado, sea financiado en base a la demanda. Esto ha sido logrado en el régimen contributivo, que funciona con aseguradoras privadas (las administradoras de riesgos de salud – ARS) y con proveedores privados. Pero no se ha profundizado suficientemente en el régimen subsidiado, donde la administradora de riesgos estatal, el SENASA, apenas cubre una parte de los

⁴ Rathe y Suero. 2017. Salud, visión de futuro: 20 años después. INTEC-Fundación Plenitud. Santo Domingo: 2017.

servicios de la red pública, que sigue siendo financiada vía la oferta, con presupuestos de carácter histórico. En el 2015 el gobierno creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) para ahondar la separación de funciones, separándolo de la función rectora que queda a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP).⁵

En el gráfico a continuación se muestra la estructura del sistema de salud de la República Dominicana.⁶

Gráfico 1



Según la información incluida en el trabajo “Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana”⁷ hay en la RD unas 68.000 personas viviendo con VIH. Otras estimaciones ponen esta cifra entre 50-95,000 personas (ONUSIDA, 2016), siendo la cifra del medio equivalente a 65,457 para 2019. No ha habido cambios relevantes en el contexto epidemiológico, desde el año 2000. La prevalencia se sitúa alrededor del 1%.⁸

La epidemia de la República Dominicana está concentrada en grupos considerados clave: población trans, con prevalencia de 18%; gais y hombres que tienen sexo con hombres (5.2%); migrantes haitianos trabajadores de la construcción (4.6%); trabajadoras sexuales (4.5%); mujeres en situación de vulnerabilidad residentes en bateyes (2.4%); usuarios de drogas (3.2%); embarazadas (0.8%). La población clave con mayor riesgo de infección es la de migrantes haitianos, al que le correspondió el 48% de las nuevas infecciones en el 2016.⁹

⁵ Rathe, M. 2018. Dominican Republic: Implementing a health protection system that leaves no one behind. The World Bank. Washington, DC: 2018.

⁶ Gráfico adaptado de Rathe y Moliné. 2011. Mapa del Sistema de Salud de la República Dominicana. Revista Mexicana de Salud Pública. México: 2011.

⁷ Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana, Ministerio Salud Pública República Dominicana, 4/4/2017

⁸ MSP, Estimaciones nacionales y proyecciones de prevalencia de VIH y carga de enfermedad, 2016.

⁹ Ídem.

El país cuenta con el Plan Estratégico Nacional (PEN) 2019-2023¹⁰, que guía las acciones de la Respuesta Nacional del VIH y las ITS. Asimismo, en el 2018 se elaboró una Estrategia de Sostenibilidad y Resiliencia (ESR)¹¹ que contempla la integración de los servicios de VIH al sistema de salud, la cual fue incluida en el PEN.

La Estrategia Nacional de Sostenibilidad propone integración de los servicios de VIH al primer nivel de atención, integrando también de manera explícita a las asociaciones sin fines de lucro (ASFL), las que actualmente brindan servicios de mucha importancia a las poblaciones clave:

- Financiamiento del gasto en prevención y tratamiento a través de fuentes domésticas
- Descentralización de la atención en VIH a través de un Primer Nivel de Atención fortalecido y mecanismos existentes de financiamiento público de las ASFL para la provisión de servicios en pleno funcionamiento; y contando con una cartera de servicios definida por nivel de atención.
- Alcance de poblaciones clave con servicios de atención de calidad, sin estigma ni discriminación.
- Disposición y alta utilización de los protocolos de atención que permitan un flujo óptimo del paciente a través del continuo de atención, con altos estándares de calidad y respeto a los derechos humanos, género y diversidad.

El país está todavía lejos de alcanzar las metas que se propuso para el 2020 en la Declaración Política de SIDA 2016-2021. En efecto, una evaluación de los avances realizada recientemente¹², señala que, aunque se ha avanzado en la cobertura de ARV, aportes públicos a su compra y acceso a pruebas de VIH, queda mucho camino por recorrer, dado que sólo la tercera parte de las personas que viven con VIH han logrado una carga viral indetectable. En la meta que más se ha avanzado es la del conocimiento de su condición por parte de las personas VIH positivas, la cual alcanza el 82%. Con relación a la meta para la reducción de nuevas infecciones infantiles a menos del 2 por ciento, revelaron que los avances han sido limitados, ya que, para finales del 2018, el 6.4 por ciento de los niños nacidos de madres viviendo con VIH, a las 6 semanas de haber nacido, eran VIH positivos. Tampoco se ha logrado la meta de reducir el 50 por ciento de las nuevas infecciones de VIH en poblaciones priorizadas las que sólo bajaron en 6% en los últimos cinco años, siendo la prevalencia en poblaciones clave tres veces mayor que la población general. Hay avances en lo relativo a la coinfección entre VIH y TB, ya que un tercio de las PVVIH reciben tratamiento preventivo de TB. El país todavía enfrenta grandes retos en el tema de estigma y discriminación, particularmente la población trans, las trabajadoras sexuales y los HSH, que manifestaron haber experimentado esta situación en los servicios de salud, recibiendo trato hostil o rechazo, sobre todo por el personal administrativo (en un 94%, 11% y 4%, respectivamente).¹³

3. MÉTODOS Y LIMITACIONES

El estudio de caso de la República Dominicana fue realizado por un equipo independiente compuesto por una líder de equipo y una consultora local, ambas expertas en salud pública, que poseen un conocimiento significativo de los sistemas de salud en la región de ALC e internacionalmente. El equipo participó en consultas remotas con el Equipo de País del Fondo Mundial y otras partes interesadas clave en la Secretaría, quienes proporcionaron una visión general del proceso de recopilación de datos a las contrapartes en el país antes del inicio del viaje. El marco general se centró en el tema de "integración" tomando en consideración tanto la función de gobernanza del sistema de salud como la prestación de servicios y sus distintos aspectos (financiero, compra y distribución de medicamentos, participación de la sociedad civil, etc.). El cuadro que sigue muestra los principios generales de la evaluación.

¹⁰ MSP, CONAVIHSIDA (2019). Plan Estratégico Nacional (PEN) para la prevención y el control de las ITS, VIH y SIDA, 2019-2023. Santo Domingo: 2019.

¹¹ MSP, CONAVIHSIDA (2018). Estrategia de Sostenibilidad y Resiliencia. Informe final de consultoría PHAROS. Santo Domingo: 2018.

¹² El Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (Onusida) junto al Ministerio de Salud Pública (MSP), al Servicio Nacional de Salud (SNS) y al Consejo Nacional para el VIH y el Sida (Conavihsida) dieron la información en el evento "De la producción del dato al uso del dato: Avanzando hacia las metas de Acción Acelerada de VIH y Sida al 2020", realizado en noviembre de 2019.

¹³ Idem

Cuadro 1: Principios generales de la evaluación¹⁴

| Principio | Explicación |
|----------------------------------|---|
| Participativa e inclusiva | Incluye todos los actores relevantes en el sector salud, incluyendo el gobierno, los donantes y socios en el desarrollo, el sector privado, la Sociedad civil y las personas afectadas por la enfermedad (asegurando los principios clave de la respuesta al VIH). |
| Analítica | Fundamentada en "un marco causal de cómo los insumos, procesos y productos interactúan entre sí y con otros factores ambientales importantes" con la finalidad de "comprender la situación actual en función de decisiones, elecciones y planes pasados, así como factores causales subyacentes". |
| Relevante y enfocada | Considera cómo las reformas del sector de la salud en la República Dominicana podrían generar mejoras en el desempeño del sistema de salud; enfocándose en los "problemas que finalmente afectan el estado de salud de la población", y "considerando soluciones a los desafíos actuales". |
| Completa | Cubre todas las dimensiones del sector de la salud en la República Dominicana y su desempeño, incluidos los subsistemas, la estructura organizativa y las instituciones, las características de los insumos y procesos, la gama completa de servicios de salud públicos y privados, la demanda y la participación de la comunidad, el mercado total, etc. |
| Basada en la evidencia | Utiliza múltiples fuentes de información y datos, tanto cuantitativos como cualitativos sobre el sistema de salud de la República Dominicana, las lecciones aprendidas de evaluaciones similares y las experiencias de otros países. |

A continuación, ofrecemos una versión reducida del marco general que se incluyó en la propuesta y que el equipo mantuvo en mente durante toda la consultoría. Algunas de las áreas no pudieron ser investigadas debido a la falta de tiempo, la imposibilidad de entrevistar a todos los actores pertinentes (por ejemplo, no se visitó ninguna UNAP o personal de salud de los distintos distritos del país).

Cuadro 2. Marco de referencia de la evaluación

| Áreas temáticas | Indicadores |
|---|---|
| Voluntad política: liderazgo, aceleradores políticos, concepto de integración. | <ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico Nacional (PEN) con referencias a la integración Gasto público per-cápita en programas de VIH Campeones de la integración (instituciones y/o individuos) |
| Gobernanza: marco regulatorio, políticas públicas, estrategias, coordinación, armonización. | <ul style="list-style-type: none"> El PEN está alineado con las políticas del sector salud y sus estrategias. El MSP tiene suficiente capacidad (gerencial, técnica y material) para ejercer la función de rectoría del sector y conducirlo a través de sus programas y servicios. Capacidad y efectividad de los RP y del MCP para promover y facilitar la integración de los diferentes programas. |
| Planificación, programación y presupuesto: gestión financiera, integración de los fondos de programas verticales con el presupuesto del sector salud, contrapartidas. | <ul style="list-style-type: none"> Arreglos institucionales, procesos para la planificación integrada. Vínculos entre los planes de trabajo de VIH con los planes operativos del sector salud. |
| Financiamiento y administración financiera. | <ul style="list-style-type: none"> Grado en que el financiamiento al VIH está alineado con el presupuesto del gobierno. |
| Adquisiciones y gestión de suministros: funciones, administración de la cadena de suministros | <ul style="list-style-type: none"> Grado en que los procesos de adquisiciones para el VIH están integrados y alineados con los sistemas nacionales de suministros. Grado en que funciona el comité responsable de determinar las necesidades de suministros para VIH (juntamente con TB, malaria, otras enfermedades). |

¹⁴ Adaptado de OMS 2016 y Banco Mundial/HNP 2011

| Áreas temáticas | Indicadores |
|---|---|
| Gestión de datos, sistemas de información gerencial y M&E | <ul style="list-style-type: none"> Grado en que los procesos de recolección de datos, análisis y difusión (sistemas, procesos, fortalecimiento institucional) están integrados con otros programas a todos los niveles del sistema de salud, así como con el sistema nacional de información y rendición de cuentas. |
| Provisión de servicios: estructura, programación, instalaciones, beneficios, retos. | <ul style="list-style-type: none"> Estructura de la provisión de servicio y niveles de atención. Integración/segregación de los servicios de VIH (infraestructura, recursos humanos, equipos). Grado en el cual los servicios de VIH están integrados con otros servicios de salud. |
| Recursos humanos para la salud: políticas de RRHH, educación, sistemas de gestión. | <ul style="list-style-type: none"> Grado en que el currículo de entrenamiento para la atención del VIH está integrado a otros programas de formación. Políticas de RRHH existentes y en aplicación. |

3.1 Fuente de datos y recolección de información

3.1.1 Fuente de datos

Los datos primarios se recopilaban a través de entrevistas individuales y grupales, ya sea cara a cara o por Skype / teléfono. El equipo de revisión realizó un mapeo preliminar de los principales actores, basado en parte en las discusiones con los Equipos de País del FM y la documentación, y luego utilizó un enfoque en cascada para identificar otros actores clave. El equipo utilizó cuestionarios semiestructurados para recopilar datos cualitativos durante las entrevistas. El equipo de revisión utilizó los cuestionarios de manera flexible durante las entrevistas para adaptar las preguntas al conocimiento y la experiencia específicos del entrevistado. Para alentar la apertura y la honestidad en las respuestas, se aseguró a los participantes que todas las respuestas serían tratadas con estricta confidencialidad y que las respuestas no serían rastreables individualmente. Se transcribieron las entrevistas, el material se organizó por temas y se analizaron los resultados para ser presentados de manera agregada. Sin embargo, se usaron citas sin atribuir si eran particularmente ilustrativas de un problema.

Las fuentes secundarias de datos incluyeron documentación del Fondo Mundial, estrategias a nivel nacional específicas para el VIH y el sector de la salud en general, informes de evaluación de programas internos y externos, estudios relevantes adicionales y cualquier documentación que el equipo de revisión, la Secretaría del FM, o partes interesadas del país consideran relevantes. En el anexo 3 del informe figura una lista completa de los documentos revisados.

3.1.2 Métodos de recopilación de información

Los métodos de recolección de datos fueron los siguientes:

- Revisión de documentos
- Entrevistas remotas
- Entrevistas en persona durante la visita al país
- Foro de discusión con representantes del gobierno, sociedad civil, cooperación internacional para discutir los hallazgos preliminares y proponer posibles acciones para una ruta crítica

La visita al país presentó una oportunidad para evaluar el estado actual de la implementación del programa de VIH, los mecanismos de gobernanza, las interacciones entre varios servicios de salud, el compromiso político real con la integración del VIH y las ventajas y desventajas percibidas de la integración según lo brindan los usuarios y proveedores de servicios de VIH y de otros servicios de salud. El trabajo en el país también examinó la medida en que la planificación, gestión y apoyo de la infraestructura tecnológica y sistemas de información se han armonizado o integrado, así como su coordinación con otros programas y proyectos. Asimismo, documentó la participación de los actores, especialmente la sociedad civil y los proveedores de servicios de VIH, procurando obtener su percepción sobre su capacidad de proporcionar una serie continua de servicios.

3.1.3 Análisis de los datos

El equipo analizó datos primarios y secundarios para responder a los principales parámetros, preguntas y componentes. El análisis de los datos fue realizado durante y después del trabajo de campo, cuando el mismo fue completado.

Análisis cuantitativo: Este trabajo se basa fundamentalmente en información cualitativa. Sin embargo, donde ha sido posible se han incorporado datos cuantitativos, los cuales provienen de fuentes secundarias.

Análisis de datos cualitativos: Se utilizó un enfoque sistemático para comprender la información recibida de las entrevistas realizadas a los informantes clave. Se transcribieron primero las entrevistas y luego se discutió sobre cómo organizar la información y complementarla con datos obtenidos de la revisión de documentos importantes.

3.2 Riesgos y limitaciones

El equipo identificó una serie de limitaciones, a saber:

- **Información cualitativa:** El estudio se basa en parte en las opiniones de los/las principales interesados/as involucradas en la supervisión, implementación y monitoreo del VIH y otros programas de salud. Se reconoce que estas opiniones pueden ser, al menos en parte, subjetivas y también pueden reflejar intereses creados específicos. El equipo buscó mitigar la subjetividad de las opiniones mediante la triangulación de métodos y datos.
- **Representación:** Se identificó un grupo grande y diverso de actores clave, sin embargo, dadas las limitaciones de tiempo de la evaluación, así como la posibilidad de que no todos estuvieran disponibles para ser entrevistados durante el período de revisión, no era factible obtener una representación completa de todos.
- **Recuperación:** parte de la información recopilada fue de naturaleza retrospectiva y puede haber sesgos de recuperación, especialmente para programas, políticas e iniciativas que comenzaron antes. Además, debe reconocerse que las opiniones de las partes interesadas sobre la integración del VIH pueden variar en función de los beneficios o inconvenientes reales o percibidos actuales o futuros.

4. HALLAZGOS

4.1 Voluntad política

El concepto de integración de los servicios de VIH al sistema de salud se encuentra específicamente incluido en el Plan Estratégico Nacional para el VIH y el SIDA (PEN), como parte de la estrategia de sostenibilidad de la Respuesta Nacional. Dicho plan ha contado con el apoyo de todas las instituciones públicas del sector salud, incluyendo su autoridad máxima, el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud, que son las instituciones encargadas de definirlo y ponerlo en práctica. Tal como se verá más adelante, esto no se ha producido todavía en todos los establecimientos del sector público y, según los entrevistados, se ha logrado parcialmente en algunos de los gestionados por las ASFL.

Es importante recordar que todo cambio en el sistema de salud se encuentra vinculado con el tema de la **voluntad política** del gobierno y, en particular, del MSP. Para muchos/as la República Dominicana ha demostrado un espíritu abierto hacia reformas de salud y nuevos programas. Pero a la pregunta: ¿hay voluntad y liderazgo para el logro de la integración? los/las entrevistados/as no tienen una clara respuesta. Para muchos hay voluntad política para querer implementar reformas, hay espíritu de hacer cambios. Hay

empuje internacional. Para otros la voluntad política tiene una corta vida, y depende de quien está en el poder. *“Hay voluntad política para la integración, pero hay que darle la receta entera”*. Otros señalan que hay un discurso elocuente pero que se refleja poco en la implementación y en la asignación de los recursos.

Hay conciencia de que el financiamiento externo al VIH está disminuyendo. En vista de que se trata de recursos limitados, la forma en que se usan es clave. Es importante una clara definición de los roles de las varias instituciones. Se necesita hacer trabajo a nivel alto para definir la visión, pero también a nivel de los técnicos, del personal de salud, de los que trabajan en el nivel regional y local. Es necesario conocer la posición de la gente que trabaja en los servicios de salud y tomar en consideración lo que piensan sobre estos posibles cambios.

Desde el año 2001 existen las leyes básicas para la reforma del sector salud, la ley de salud 42-01 y la ley que crea el sistema de seguridad social, 87-01. Ambas leyes definen la rectoría del sistema de salud a cargo del Ministerio de Salud Pública, establecen la forma de financiamiento del sistema – que progresivamente va siendo modificado desde la oferta hacia la demanda, mediante el aseguramiento de la población hacia la cobertura universal con un mismo paquete de prestaciones; proponen también la forma de prestación de los servicios, adoptando la estrategia de atención primaria y el primer nivel como puerta de entrada. En el año 2012 se promulga la ley 1-12 sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, que reafirma lo anterior, en el 2015 se crea el Servicio Nacional de Salud, separando la provisión de la rectoría y en el 2016 se aprueba el modelo de atención basado en redes integradas a nivel regional con el primer nivel como puerta de entrada. De modo que está dado el andamiaje legal para fortalecer el programa de VIH y su integración en el sistema de salud, pero los entrevistados coinciden en que no se cumple lo que dice la ley, pues no funcionan las redes integradas y el primer nivel de atención presenta muchas debilidades.

Basándonos en los compromisos internacionales de la República Dominicana, las entrevistas y la operacionalización de proyectos de integración (integración VIH/TB y esfuerzos actuales del SNS) se puede concluir que ha existido y sigue existiendo voluntad política hacia proyectos/programas de fortalecimiento hacia el sistema de salud y hacia la integración. El modelo de integración para la coinfección VIH/TB que se piloteó en Puerto Plata es un ejemplo exitoso de integración y que ofrece lecciones aplicables para la integración de los servicios de VIH. Esto fue expresado claramente por el Ministro de Educación en una reunión reciente con el FM, donde confirmó su voluntad para apoyar esta integración.

4.2 Situación de la integración de los servicios de VIH

4.2.1 Sistema de salud y servicios de VIH

Tal como indicáramos en la sección anterior, el país tiene aprobado un modelo de atención basado en redes integradas de servicios de salud con el primer nivel como puerta de entrada¹⁵, lo cual también figura en las leyes que sustentan el sistema de salud, a saber, la Ley General de Salud (42-01) y la Ley de Seguridad Social (87-01) así como en la Estrategia Nacional de Desarrollo. En adición al marco legal, el país ha aprobado el Plan Estratégico Nacional (PEN) 2019-2023 para la prevención y el control de las ITS, el VIH y el SIDA, el cual incluye una Estrategia de sostenibilidad y resiliencia, que identifica numerosos riesgos a la misma, empezando por el hecho de que las fuentes de financiamiento público actuales son insuficientes para asumir la brecha financiera ante una posible disminución del financiamiento externo. Menciona las dificultades que se han encontrado para la inclusión de los ARV a la seguridad social, lo cual permitiría un financiamiento asegurado, y los bajos fondos que reciben las AFLS que trabajan con poblaciones clave y su falta de integración al sistema de seguridad social. También menciona la debilidad del primer nivel de atención en sentido general y la falta de un análisis que permita definir la expansión de servicios de atención de VIH y las intervenciones correspondientes a cada nivel de atención. Todos estos factores, identificados en la documentación, fueron confirmados por las opiniones de los actores entrevistados.

¹⁵ Ministerio de Salud Pública. 2016. Modelo de atención. Santo Domingo: 2016.

El sistema de salud dominicano está definido por los dos regímenes de financiamiento que establece la seguridad social y por la forma en que se proveen los servicios en cada uno de ellos. Como hemos indicado, el 80% de la población se encuentra afiliada, aproximadamente la mitad a cada uno de dichos esquemas. La población formal protegida por el régimen contributivo utiliza servicios de salud del sector privado y la población pobre, utiliza los proveedores públicos en su mayoría.¹⁶ No hay información sobre la población con VIH que se atiende de manera privada, posiblemente de altos ingresos, aunque se ha señalado que dentro del programa público de atención integral al VIH, hay un alto porcentaje de personas afiliadas a la seguridad social, por lo que se esperaba que el costo de su atención fuera financiado por la misma.

La red de servicios de salud del país está conformada por establecimientos de salud de capacidad resolutive creciente, organizados en redes integradas. Con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud, se definió un modelo de organización de servicios conformado por tres niveles de atención. El punto de entrada está constituido por los Centros de Primer Nivel (CPA), sedes de las Unidades de Atención Primaria (UNAP). Estos centros están ubicados en las comunidades y deberían contar con una capacidad teórica de resolución de 70-80%. Desde ellos, los pacientes son referidos a centros de salud de superior nivel de atención; estos son responsables de contra referir a los pacientes a los CPN para el seguimiento de su estado de salud lo más cerca posible de sus comunidades.¹⁷ Si bien se cuenta con el marco regulatorio para implementar este modelo de atención, en la práctica todavía no está operando efectivamente.

Los servicios de VIH son provistos en **74** Servicios de Atención Integral (SAI), 57 de los cuales son públicos, generalmente ubicados en hospitales de segundo y tercer nivel, aunque unos pocos se encuentran en el primer nivel de atención. Algunos SAI son gerenciados por las asociaciones sin fines de lucro, ASFL, las cuales se encuentran en establecimientos de primer nivel.¹⁸ En muchos de éstos, una parte del personal lo proporciona el gobierno, pero generalmente el grueso de sus fondos proviene de fuentes externas. El siguiente cuadro muestra los pacientes atendidos en los SAI por regiones del país, así como el estado en términos de avances hacia el logro de la estrategia 90-90-90.

Cuadro 3: Pacientes de VIH en cascada de tratamiento

| Regiones de salud | Total Px. En el SAI | Px. En ARV | Px. Activos en ARV | Px. Activos en ARV con CV Suprimida | 1er. 90 - Px. En ARV | 2do. 90 - Px. Activos en ARV | 3er. 90 - Px. Activos en ARV con CV Suprimida |
|--------------------------|---------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|------------------------------|---|
| Región O | 25,476 | 22,364 | 15,957 | 12,549 | 88% | 71% | 79% |
| Región I | 2,402 | 1,831 | 1,174 | 882 | 76% | 64% | 75% |
| Región II | 11,022 | 9,532 | 6,472 | 4,833 | 86% | 68% | 75% |
| Región III | 2,817 | 2,418 | 1,511 | 1,121 | 86% | 62% | 74% |
| Región IV | 1,277 | 920 | 599 | 363 | 72% | 65% | 61% |
| Región V | 8,403 | 7,405 | 5,251 | 3,718 | 88% | 71% | 71% |
| Región VI | 1,803 | 1,457 | 997 | 690 | 81% | 68% | 69% |
| Región VII | 3,961 | 2,991 | 1,653 | 1,049 | 76% | 55% | 63% |
| Región VIII | 3,103 | 2,337 | 1,417 | 1,038 | 75% | 61% | 73% |
| Promedio Nacional | 60,264 | 51,255 | 35,031 | 26,243 | 85% | 68% | 75% |

FUENTE: Elaborado en base a datos del SNS

Los SAI del sector público prestan servicios exclusivamente a la población que vive con VIH, en estructuras separadas del resto del establecimiento. En los casos en que estos pacientes necesitan servicios diferentes a los de VIH, pueden ser referidos a otra sección del mismo proveedor o a otro establecimiento. Por tal motivo, se ha señalado que “estos servicios son percibidos como una estructura aislada dentro de los hospitales y, generalmente, su ubicación constituye una barrera de acceso debido a la estigmatización de los pacientes y

¹⁶ Rathe y Suero. 2017. Salud, visión de futuro: 20 años después. INTEC-Fundación Plenitud. Santo Domingo.

¹⁷ Modelo de atención para optimizar la atención del paciente coinfectado...

¹⁸ MSP, Directorio de Servicios de Atención Integral.

su distancia a algunas áreas rurales y suburbanas”.¹⁹ El hecho de que estén ubicados en hospitales de segundo y tercer nivel se ha considerado que incrementa los costos y dificulta el acceso de los pacientes.²⁰

Los SAI que son propiedad de ASFL poseen un grado mayor de integración, pues brindan en el mismo lugar todos los servicios.

A diciembre de 2019, existían 60,264 pacientes con VIH inscritos en los 74 SAI que tiene el país. De estos, 51,255 habían iniciado tratamiento con ARV; 35,031 podían considerarse activos en tratamiento, para un 75% como promedio nacional – todavía distante del 90% al que se aspira. En términos de regiones, como se ve en el Cuadro 3, la región 0, donde se encuentra la capital del país, posee mejores resultados. En términos individuales, los SAI con mejor adherencia (superiores al 85%) son, en ese orden: Esperanza y Caridad, Instituto Dermatológico Dominicano, Rosa Cisnerio Profamilia Santiago, Central Fuerzas Armadas, Salvador Gautier y el Instituto de Estudios Viroológicos (IDEV).

El Cuadro 4 muestra un cuadro con información detallada sobre la población que atienden los 20 SAI con mayor población atendida; estos 20 SAI poseen una población de 41,326, de los cuales 34,196 se encuentran en tratamiento de ARV, lo que representa el 81% del total de personas en tratamiento antirretroviral en el país. El cuadro de referencia muestra la localización (región y provincia), el número total de pacientes con VIH y los que se encuentran en ARV.

Los principales SAI del sector público tienen una población en ARV de 25,700 personas (15 en total) lo que representa el 50% de los pacientes en ARV del país. Dicho cuadro muestra que todos estos SAI tienen deficiencias de personal respecto al que realmente necesitan y fue planificado disponer.

En cuanto a los servicios que ofrecen los SAI del sector público, se incluyen los siguientes: pruebas de VIH, tratamiento con ARV, atención psicológica y consejería, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, detección y tratamiento de coinfección con TB, toma de muestra para pruebas especiales de carga viral y CD4.

De los 15 establecimientos donde operan los SAI públicos con mayor población atendida, 4 son de primer nivel, 2 son de segundo nivel y el resto, es decir, 11, son hospitales de tercer nivel (debe decirse que, a nivel nacional, el grueso de los SAI se encuentra en establecimientos de tercer nivel, sólo hay seis en total que se ubican en el primer nivel de atención, cinco de los cuales están en la zona metropolitana). Los SAI prestan servicios de TB, integrados con los de VIH. No existe información sobre si ofrecen o no otros servicios relacionados con otras infecciones de transmisión sexual. En otra sección del establecimiento, separada del SAI, se ofrecen además otros servicios: 13 proveedores disponen de servicios de salud sexual y reproductiva y 10 tienen servicios materno-infantiles. El SNS no tiene información relativa a dónde son referidos los pacientes cuando tienen otras necesidades de salud, ni tampoco cómo funciona este sistema de referencia y contra-referencia.

En cuanto a los cinco SAI con mayor número de pacientes que son gestionados por las ASFL (sombreados en verde en el Cuadro 4), éstos atienden 11,091 pacientes en ARV, lo que representa el 22% del total nacional. Estos son: Instituto Dominicano de Estudios Viroológicos (IDEV), Clínica de Familia La Romana, Centro de Promoción y Solidaridad Humana, Centro de Atención y Especialidades y COIN. En cuanto a los servicios de VIH que ofrecen, además de los mismos que se brindan en los establecimientos públicos, poseen servicios adicionales, como los que son específicos de poblaciones clave, incluyendo terapias preexposición.

Según opiniones del SNS (lo cual también fue recogido en casi todas las entrevistas realizadas) hay mayor integración de los servicios de VIH con otros servicios de salud en los que son gestionados por las ASFL, aunque no siempre ofrecen todos los servicios. No hay disponibilidad de datos sobre esto último ni sobre las necesidades de personal, como tampoco sobre el sistema de referencia y contrarreferencia.

¹⁹ Valdez, C., E, B., I, C., & L., L. (2017). Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana. . Santo Domingo, República Dominicana.

²⁰ PHAROS, Estrategia de sostenibilidad y resiliencia de la Respuesta al VIH en la República Dominicana. Santo Domingo: 2018.

Cuadro 4 - Mapa de los 20 SAI con mayor número de pacientes, servicios que ofrecen y grado de integración de los servicios

| Nombre | Reg | Provincia | Nivel de atención | # Px VIH | Px en ARV | Px activos en ARV | Servicios VIH (p, c, t, s) | Atención psicológica | Laboratorios | Servicio PREP | Diagnóstico TB | Gene-XPert | Tratamiento TB | # Personal planeado | # Personal (real) | Servicio ITS | Servicio SSR | Servicio MI | Sistema referimiento / Dónde? | Observaciones |
|-----------------------|-----|-------------------|-------------------|----------|-----------|-------------------|---|----------------------|---|---------------|----------------|------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|--|
| CENTRO SANITARIO | R0 | Distrito Nacional | Primario | 4731 | 4205 | 3280 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD4 | No | Si | No | Si | 22 | 17 | N/A | SI | NO | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, planificación familiar, servicios de laboratorio, odontología y otros. Estos se ofrecen en espacios separados al SAI. |
| DR LUIS EDUARDO AYBAR | R0 | Distrito Nacional | Primario | 4391 | 3646 | 2502 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD5 | No | SI | No | SI | 22 | 16 | N/A | NO | SI | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, planificación familiar, servicios de laboratorio, odontología y otros. Estos se ofrecen en espacios separados al SAI. (Actualmente está |

| Nombre | Reg | Provincia | Nivel de atención | # Px VHI | Px en ARV | Px activos en ARV | Servicios VIH (p, c, t, s) | Atención psicológica | Laboratorios | Servicio PREP | Diagnóstico TB | Gene-XPert | Tratamiento TB | # Personal planeado | # Personal (real) | Servicio ITS | Servicio SSR | Servicio MI | Sistema referimiento / Dónde? | Observaciones |
|--|-----|-------------------|-------------------|----------|-----------|-------------------|---|----------------------|---|---------------|----------------|------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ubicado en el CPN Clínica Yolanda Guzmán debido a las remodelaciones de la ciudad sanitaria Luis E. Aybar). |
| CLINICA DE+A4:Q6 FAMILIA LA ROMANA | R5 | La Romana | Primario | 2741 | 2535 | 2028 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD6 | Si | No | Si | No | N/D | N/D | N/A | NO | SI | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, servicios de laboratorios, etc. |
| INSTITUTO DOMINICANO DE ESTUDIOS VIROLOGICO IDEV | R0 | Distrito Nacional | Primario | 2722 | 2427 | 1776 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD7 | No | NO | No | NO | N/D | N/D | N/A | NO | NO | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, servicios de laboratorios, etc. |

| Nombre | Reg | Provincia | Nivel de atención | # Px VIH | Px en ARV | Px activos en ARV | Servicios VIH (p, c, t, s) | Atención psicológica | Laboratorios | Servicio PREP | Diagnóstico TB | Gene-XPert | Tratamiento TB | # Personal planeado | # Personal (real) | Servicio ITS | Servicio SSR | Servicio MI | Sistema referimiento / Dónde? | Observaciones |
|--|-----|---------------|-------------------|----------|-----------|-------------------|---|----------------------|--|---------------|----------------|------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|--|
| JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ | R2 | Santiago | Terciario | 2411 | 2132 | 1393 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD8 | No | SI | Si | Si | 15 | 11 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios además de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| CENTRO DE PROMOCION Y SOLIDARIDAD HUMANA | R2 | Puerto Plata | Primario | 2338 | 2068 | 1533 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD9 | Si | No | Si | NO | N/D | N/D | N/A | NO | SI | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, servicios de laboratorios, etc. |
| LOTES Y SERVICIOS | R0 | Santo Domingo | Primario | 2124 | 1795 | 1250 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD10 | No | Si | No | Si | 13 | 11 | N/A | NO | NO | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, planificación |

| Nombre | Reg | Provincia | Nivel de atención | # Px VHI | Px en ARV | Px activos en ARV | Servicios VIH (p, c, t, s) | Atención psicológica | Laboratorios | Servicio PREP | Diagnóstico TB | Gene-XPRT | Tratamiento TB | # Personal planeado | # Personal (real) | Servicio ITS | Servicio SSR | Servicio MI | Sistema referimiento / Dónde? | Observaciones |
|----------------------|-----|-------------------|-------------------|----------|-----------|-------------------|---|----------------------|--|---------------|----------------|-----------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | familiar, servicios de laboratorio, odontología y otros. Estos se ofrecen en espacios separados al SAI. |
| DR LUIS MORILLO KING | R8 | La Vega | Terciario | 2193 | 1663 | 958 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD11 | No | Si | Si | SI | 10 | 7 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios además de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| COIN | R0 | Distrito Nacional | Primario | 2249 | 1683 | 1247 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD12 | Si | No | No | NO | N/D | N/D | N/A | SI | NO | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, servicios de laboratorios, etc. |

| Nombre | Reg | Provincia | Nivel de atención | # Px VHI | Px en ARV | Px activos en ARV | Servicios VIH (p, c, t, s) | Atención psicológica | Laboratorios | Servicio PREP | Diagnóstico TB | Gene-XPert | Tratamiento TB | # Personal planeado | # Personal (real) | Servicio ITS | Servicio SSR | Servicio MI | Sistema referimiento / Dónde? | Observaciones |
|---------------------------------|-----|---------------------|-------------------|----------|-----------|-------------------|---|----------------------|--|---------------|----------------|------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|--|
| ING LUIS L BOGAERT | R7 | Valverde Mao | Primario | 2052 | 1272 | 496 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD13 | No | SI | SI | SI | 10 | 7 | N/A | SI | NO | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios ademas de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| DR VINICIO CALVENTI | R0 | Santo Domingo | Terciario | 1578 | 1414 | 1032 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD14 | No | SI | No | SI | 10 | 7 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios ademas de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| SAN VICENTE DE PAUL | R3 | San Fco. de Macoris | Terciario | 1580 | 1364 | 791 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD15 | No | SI | SI | SI | 8 | 4 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios ademas de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| NUESTRA SENORA DE LA ALTAGRACIA | R5 | La Altagracia | Terciario | 1548 | 1461 | 1047 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD16 | No | SI | SI | SI | 8 | 5 | N/A | SI | NO | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios ademas de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |

| Nombre | Reg | Provincia | Nivel de atención | # Px VIH | Px en ARV | Px activos en ARV | Servicios VIH (p, c, t, s) | Atención psicológica | Laboratorios | Servicio PREP | Diagnóstico TB | Gene-XPert | Tratamiento TB | # Personal planeado | # Personal (real) | Servicio ITS | Servicio SSR | Servicio MI | Sistema referimiento / Dónde? | Observaciones |
|-------------------------------|-----|---------------|-------------------|----------|-----------|-------------------|---|----------------------|--|---------------|----------------|------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|---|
| RICARDO LIMARDO | R2 | Puerto Plata | Terciario | 1436 | 1083 | 740 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD17 | No | SI | SI | SI | 12 | 7 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios además de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| JUAN PABLO PINA | R1 | San Cristóbal | Terciario | 1345 | 992 | 695 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD18 | No | SI | SI | SI | 12 | 9 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios además de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| PADRE FANTINO | R7 | Montecristi | Secundario | 1248 | 957 | 470 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD19 | No | SI | No | SI | 7 | 3 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios además de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| JOSE DE JESUS JIMENEZ ALMONTE | R2 | Santiago | Secundario | 1258 | 1023 | 552 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD20 | No | SI | No | SI | 7 | 5 | N/A | SI | NO | SI / ND | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, propios de la |

| Nombre | Reg | Provincia | Nivel de atención | # Px VIH | Px en ARV | Px activos en ARV | Servicios VIH (p, c, t, s) | Atención psicológica | Laboratorios | Servicio PREP | Diagnóstico TB | Gene-XPert | Tratamiento TB | # Personal planeado | # Personal (real) | Servicio ITS | Servicio SSR | Servicio MI | Sistema referimiento / Dónde? | Observaciones |
|---|-----|----------------------|-------------------|----------|-----------|-------------------|---|----------------------|--|---------------|----------------|------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| JAIME MOTA | R4 | Barahona | Terciario | 1214 | 832 | 518 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD21 | No | SI | No | SI | 9 | 7 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios además de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| DR ANTONIO MUSA | R5 | San Pedro de Macorís | Terciario | 1126 | 789 | 443 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD22 | No | Si | Si | SI | 12 | 10 | N/A | SI | SI | SI / ND | Referimiento Interno a la especialidad o servicio requerido. Este centro ofrece servicios además de VIH, propios de la cartera del nivel de atención al que pertenece. |
| CENTRO DE ATENCION Y ESPECIALIDADES CAE | R0 | Distrito Nacional | Primario | 1041 | 855 | 604 | Seguimiento clínico/TX ARV/TX ITS/TX Coinfección TB/VIH | SI | Prueba de VIH/Toma de muestra Pruebas Especiales CV y CD23 | No | NO | No | NO | N/D | N/D | N/A | NO | NO | SI - 3er nivel | Este Centro refiere a los pacientes a un Centro de 3er Nivel mas cercano que ofrezca los servicios de las especialidades requeridas de acuerdo a los DX que tenga el paciente y que no se ofrezcan en el SAI. El centro ofrece otros servicios además de VIH, como consulta general, servicios de laboratorios, etc. |

Nota: Los SAI sombreados en verde son gestionados por Asociaciones sin Fines de Lucro (SAI).

FUENTE: Elaborado en base a informaciones del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Existe consenso general en la literatura revisada y en las respuestas de los entrevistados para la realización de este documento, de que el fortalecimiento del primer nivel de atención y la implementación del modelo de atención es vital y cualquier camino hacia la integración que se considere debe incorporarlo. De hecho, los servicios de VIH se instalaron en el 2004 como una red paralela de servicios porque el primer nivel no tenía la capacidad necesaria para brindarlos y era necesario preservar las inversiones y lograr detener la propagación de la epidemia. Dado que el primer nivel no tenía el personal necesario, se instalaron en hospitales de segundo y tercer nivel – una paradoja: servicios de primer nivel en centros de mayor complejidad, pero esto se hizo como una fase transitoria, la cual a la fecha lleva más de 15 años.

Puede afirmarse que la integración de los servicios de VIH al primer nivel de atención es una necesidad imperiosa, pero necesita que el modelo de atención aprobado por el país, que se sustenta en redes integradas de atención con el primer nivel como puerta de entrada, sea operativo. Eso dista mucho de haberse logrado: el sistema público tiene muchas carencias y precisa fortalecimiento. El cuadro que sigue muestra las disponibilidades de Centros de Primer Nivel (CPN) en el país, así como los de zona, diagnóstico y consultorios médicos, para un total de 1,603 establecimientos. Dentro de los CPN se encuentran las UNAP, que son equipos profesionales multidisciplinarios, que tienen a su cargo la atención de un grupo de entre 500-700 familias.

Cuadro 5: Centros de Primer Nivel (CPN) por regiones de salud, 2019

| REGIONES | CENTROS DE PRIMER NIVEL | CENTROS DE ZONA | CENTROS DIAGNOSTICOS | CONSULTORIOS MEDICOS | TOTAL GENERAL |
|-------------------------|-------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|---------------|
| REGION METROPOLITANA | 226 | 2 | 15 | 135 | 378 |
| REGION VALDESIA | 151 | | 5 | | 156 |
| REGION NORCENTRAL | 141 | | 8 | 16 | 165 |
| REGION NORDESTE | 138 | 2 | 4 | 26 | 170 |
| REGION ENRIQUILLO | 109 | | 4 | 1 | 114 |
| REGION ESTE | 162 | 11 | 2 | 4 | 179 |
| REGION EL VALLE | 129 | | 2 | 1 | 132 |
| REGION CIBAO OCCIDENTAL | 135 | | 6 | 2 | 143 |
| REGION CIBAO CENTRAL | 143 | 14 | 5 | 4 | 166 |
| TOTAL GENERAL | 1,334 | 29 | 51 | 189 | 1,603 |

Fuente: Registro Nacional de Establecimientos, actualizados al 06/03/2019

A diciembre del 2019, el país contaba con 2,031 UNAP, habiendo identificado la necesidad de 4,184, lo que implica que se requieren 2,153 UNAP adicionales, lo que representa un 51% de la meta. Asimismo, se necesita la construcción y/o alquiler de 1,160 Centros de Primer Nivel, equivalente a un 47%.²¹

En relación con los servicios que ofrecen los Centros de Primer Nivel, el SNS tiene definida una cartera completa, que incluye las siguientes atenciones, con su desglose, el cual se presenta en el Anexo 4 .

- Servicios de atención a personas adultas
- Servicios de prevención, detección y seguimiento de condiciones priorizadas
- Servicios de Promoción de la Salud
- Vigilancia de la Salud
- Referencia y Contrarreferencia
- Farmacia
- Servicios Diagnóstico y de Laboratorio
- Servicios de Urgencias

²¹ Servicio Nacional de Salud, Cierre de Brechas de Centros de Primer Nivel de Atención y Recursos Humanos a nivel nacional. Dirección de Primer Nivel de Atención. Santo Domingo, 2019.

Es preciso señalar que, en la actualidad, sólo una parte de los CPN están en capacidad de ofrecer esta cartera de manera adecuada. No ha sido posible obtener los servicios que realmente entregan los establecimientos de primer nivel ni tampoco los que requeriría la población a su cargo. Esta es una de las tareas pendientes.

Un estudio realizado por la sociedad civil y publicado durante el año 2019, que levantó información primaria sobre la situación en que se encuentra el primer nivel de atención en el sector público, llegó a las siguientes conclusiones: el 30% de los establecimientos visitados estaban deshabilitados por cierre temporal o definitivo, así como falta de personal. De los restantes, un 13% no tenía las condiciones mínimas para prestar servicios y un 30% apenas las cumplía. Por ejemplo, se observó que casi el 60% de las UNAP son dirigidas por médicos pasantes, que no tienen todavía autorización para ejercer la medicina y sólo en un 5% hay médicos familiares. También se evidencia una alta rotación, pues más de un 40% del personal tiene menos de un año de servicios. Asimismo, un dato relevante es que ninguna de las UNAP cuenta con el equipamiento necesario para prestar buenos servicios, observándose fallas graves en la cadena de frío y en los suministros.²²

Esto ha sido corroborado también por el estudio del SNS en procura de cerrar las brechas de infraestructura, recursos humanos y equipamiento, con la finalidad de lograr que el primer nivel de atención tenga la capacidad resolutoria que el país requiere. El cuadro que sigue muestra las brechas de recursos humanos – médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud – que serían necesarios a corto plazo para lograr los objetivos propuestos.

Cuadro 6: Brechas de recursos humanos en el primer nivel de atención, 2019

| Numero del SRS | Nombre del SRS | Brecha médicos asistentes | Brecha médicos de familia | Brecha de enfermeras | Brecha auxiliares de enfermería | Brecha promotores de salud* |
|----------------|------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 0 | Metropolitana | 0 | 412 | 609 | 130 | 266 |
| 1 | Valdesia | 99 | 141 | 16 | 0 | 356 |
| 2 | Cibao Norcentral | 177 | 256 | 147 | 0 | 48 |
| 3 | Nordeste | 123 | 171 | 65 | 58 | 284 |
| 4 | Enriquillo | 83 | 129 | 3 | 38 | 244 |
| 5 | Este | 38 | 132 | 131 | 0 | 24 |
| 6 | El Valle | 56 | 120 | 74 | 0 | 390 |
| 7 | Cibao Occidental | 110 | 130 | -4 | 0 | 192 |
| 8 | Cibao Central | 144 | 165 | 51 | 0 | 296 |
| TOTAL | TOTAL | 830 | 1,656 | 1,092 | 226 | 2,100 |

* Se requieren al menos tres promotores de salud por cada UNAP

Los entrevistados para fines de esta investigación coinciden en que el primer nivel de atención no tiene capacidad resolutoria y que requiere más y mejor capacitados recursos humanos. También señalan que hay deficiencias en la prestación de los servicios, que generalmente no atienden después de las 11 de la mañana, la ausencia de un régimen de consecuencias para los que incumplen, el hecho de que la atención depende de médicos pasantes, que no tienen aún permiso legal para ejercer la profesión. Hay graves problemas de gestión, carencias en tecnología y capacidad para utilizarla, no hay una historia clínica digital, salvo en contados establecimientos. Un gran número de entrevistados expresó su opinión sobre el sistema público: no funciona en red, no hay referencia y contra referencia, hay un sinnúmero de sistemas de información que no se hablan entre sí, hay falta de capacidad en los recursos humanos, y la infraestructura necesita mejoras.

Del lado positivo, el SNS está trabajando para lograr proveer la cartera de servicios, así como implantar el uso rutinario de la historia clínica, unificación de documentos, documentos de referencia y contra referencia, pero la implementación no va al ritmo que se requiere. Lo mismo sucede con el trabajo para erradicar el estigma y discriminación a los pacientes VIH+ a fin de que vean esta enfermedad como cualquier crónica, lo

²² ADESA, 2019. Atención Primaria en Salud: Situación y retos en la República Dominicana. Santo Domingo: 2019.

mismo que la diabetes o la presión alta, pero es un proceso lento y difícil. Hay voluntad y conciencia de esta barrera en los niveles altos y también en los hospitales regionales, habiéndose iniciado un proceso de capacitación al personal en la entrega de ciertos servicios básicos de VIH en las UNAP, como la prueba rápida, existiendo ya una regulación (Resolución 0015 del MSP, de fecha julio 2017) que permite que ésta sea realizada por médicos/as, enfermeras/os, psicólogas/os y consejeras/os.

Un tema importante para considerar es que la forma en que están estructurados los servicios de atención al VIH contribuye a que los pacientes se visibilicen, lo cual los hace blancos para actitudes estigmatizantes y discriminación. *“Opiniones obtenidas del personal de salud en los grupos focales, revelan que la forma en que están organizados los servicios en los centros de salud, es una razón para el rechazo o discriminación hacia PVVS (grupos clave o no)”*. (Claudia Valdez: Resumen Ejecutivo, Informe final, estigma y discriminación hacia las poblaciones claves en los servicios de salud, pág. 8)

Algunos entrevistados han propuesto que en el proceso de integración se contemple la creación de UNAP especializadas en VIH, dado que no es necesario crear las capacidades para ello en todas las UNAP. PEPFAR ha comenzado en setiembre un nuevo proyecto que contempla la incorporación de servicios de VIH donde actualmente no los hay y que expandiría los servicios a cinco sitios dentro del sistema público de salud, definiendo una cartera de servicios para cada nivel de atención.

- Mata hambre - CPN. Provee también otros servicios de ITS.
- San Luis - Centro Diagnostico. Santo Domingo Este.
- Guerra - CPN. Provee servicios de pruebas diagnósticas (podría ser seleccionado en su lugar el Hospital Municipal Elvira Echevarría de Guerra, dependiendo de la decisión del SNS. Provee otros servicios de ITS.
- Gregorio Luperón. Hospital Municipal. Segundo Nivel. Provee otros servicios de ITS. Villa Mella. Hospital Municipal. Segundo Nivel.
- José Francisco Peña Gómez, Hospital Materno Infantil. Provee otros servicios de ITS.

Estos nuevos SAI proveerán el paquete completo de servicios, no sólo de VIH y de ITS, sino también la cartera de servicios aprobada por el SNS para el primer nivel de atención. Se espera que estos SAI entren a operar una parte en marzo y la otra en septiembre del presente año 2020.

4.2.2 Compra, suministro y logística del sistema de medicamentos

La compra, suministro y logística del sistema de medicamentos para VIH, nació también en forma paralela. No obstante, se han dado pasos importantes para su integración. La Disposición Ministerial número 00019-2010, instituyó el SUGEMI (Sistema Unificado de Gestión de Medicamentos) como el mecanismo institucional para la organización del sistema de suministro de medicamentos en la Red Pública de Servicios de Salud.

El SUGEMI fue diseñado dentro del marco legal y normativo del modelo de prestación de servicios en la República Dominicana, estableciendo responsabilidades institucionales a sus diferentes componentes:

- La Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos (UNGM): Coordina la selección de los medicamentos e insumos, la programación de la compra y los despachos desde los almacenes centrales a los Servicios Regionales de Salud (SRS).
- El Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Abastecimiento Logístico (PROMESE/CAL): Coordina distintas modalidades de compra; mantiene el inventario para atender las necesidades de todo el país; coordina el transporte desde sus almacenes a las Regiones.
- Las Unidades Regionales de Gestión de Medicamentos (URGM): Mantienen en sus almacenes el inventario para atender las necesidades de la Región de Salud; coordinan los despachos de las Regiones a los establecimientos; consolidan y analizan información para la programación de la compra anual.
- Los Programas de Control de Enfermedades (PCE): Seleccionan los medicamentos y establecen los protocolos de tratamiento para las patologías o condiciones que cubren (materno infantil, enfermedades

transmitidas por vectores, TB, VIH/SIDA, vacunación, enfermedades de alto costo). Participan en los ejercicios de programación coordinados por la UNGM y coordinan con esta los despachos.

- Los establecimientos de salud: Unidades de Atención Primaria o las necesidades del establecimiento; aportan información para la programación de las compras anuales.

En materia de programas, aún quedan por integrar en SUGEMI el Programa de Malaria, el Programa Materno Infantil y el Programa Inmunizaciones²³

Los ARV son comprados actualmente por el MSP a través de un agente de compras, Partnership Supply (hasta hace poco los compraba CONAVIHSIDA). Sin embargo, la requisición de los medicamentos se hace de manera paralela, no es parte del proceso de planificación del hospital donde está ubicado el SAI, sino que se piden y despachan por separado. Los medicamentos son almacenados en almacenes regionales, salvo los ARV que se almacenan en uno privado: YOSEL. La distribución, por su parte, la realiza PROMESE-CAL, pero no siempre hay coordinación en los procesos de entrega, produciéndose varios viajes al mismo lugar lo que genera ineficiencias.

4.2.3 Sistemas de información

La República Dominicana cuenta con un plan de monitoreo y evaluación, denominado Plan de M&E que es parte integral del documento del Plan Estratégico Nacional 2019-2023. Hay nueve sistemas de información “que se constituyen en la fuente primaria para la construcción de los indicadores que permitirían evaluar el desempeño de los distintos actores clave de la respuesta, monitorear y evaluar la disponibilidad de insumos, entrega de servicios e intervenciones, resultados obtenidos e impacto”.²⁴ Estas fuentes de información se identificaron con el consenso nacional y la cooperación de los socios internacionales (USAID, CDC, PEPFAR, OPS/OMS, UNICEF, ONUSIDA).

El Plan Nacional de M&E incluye un capítulo que describe el enfoque integrado de información estratégica; se describen los indicadores y cuáles son los sistemas que dan respuesta a esos indicadores, el nivel de avance de cada uno de esos sistemas, la periodicidad con que se recoge la información, quien es el responsable de cada uno de esos indicadores.

Los diferentes sistemas que alimentan el Sistema Único de M&E (SUME, coordinado por CONAVIHSIDA) son:

- Sistema de Registro de Servicios a Poblaciones Clave (SRPC): registra “datos relacionados a la entrega de las intervenciones o paquete de servicios a poblaciones clave”. Ligado al padrón de la Junta Electoral. Responsable: CONAVIHSIDA.
- Sistema de Registro Nominal de Pruebas (SIRENP): diseñado para cubrir los procesos que se desarrollan en la red nacional de laboratorios, ligados a las intervenciones en los centros de salud. Esta en una fase inicial de implementación. Responsable: Servicio Nacional de Salud.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): diseñado por la Dirección Nacional de Epidemiología y utilizado por los servicios epidemiológicos de la red de servicios de salud. No se lo usa al nivel deseado y se necesita aun capacitar a usuarios en el análisis de datos y uso de la información para la toma de decisiones. Responsable: Dirección Nacional de Epidemiología.
- Sistema Registro Nominal de los servicios de atención integral (SIRNAI): registra las atenciones a las PVVH en los servicios de atención integral en los centros de salud (red del SNS, hospitales, CPN y ASFL). El sistema tiene un módulo de registro de la atención a las personas viviendo con VIH y SIDA (incluye un registro para poblaciones clave) y otro para registro de pruebas complementarias de carga viral, CDS y ADN-PCR. Aun se necesita ampliar y parametrizar para incluir información que permita monitorear intervenciones de prevención y control de TB y de coinfección TB/VIH, así como variables de adherencia, comportamiento, etc. Igualmente es necesario aún asegurar su vinculación e interoperabilidad con SINAVE, SIRENP, SNRD y SUGEMI. Responsable: Servicio Nacional de Salud.

²³ La organización de un sistema único de gestión del suministro de medicamentos e insumos en República Dominicana: avances y desafíos Edgar Barillas¹, Claudia Valdez², Henry Espinoza³

²⁴ “Documentación sobre sistemas de información M&E de VIH de la RD”, CONAVIHSIDA, 2019.

- Sistema Nacional de Registro de Defunciones (SNRD): funciona de manera nominal y es usado por toda la red de servicios de salud, publico y privados. Necesita de capacidades para la codificación apropiada, así como para la auditoria de la calidad del dato. Responsable: Departamento de Estadística en Salud, Ministerio de Salud.
- Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI): Responsable: Servicio Nacional de Salud.
- Sistema de Información Operativo Epidemiológico de TB (SIOE). Responsable: División de TB, Ministerio de Salud.
- Estudios especiales de vigilancia de 2da. Generación.

A través de la Mesa Técnica de M&E se coordina, recoge, mantiene y da seguimiento a todos estos sistemas. La información se incorpora en el Sistema Unico de M&E de la Respuesta Nacional, coordinado por CONAVIHSIDA. Dicha mesa tiene a su cargo el seguimiento del PEN dentro del sistema de salud. Para orientar las actividades hacia estos objetivos generales, el PEN incluye matrices detalladas con indicadores específicos para el monitoreo y la evaluación (M&E) y metas anuales, así como las medidas de referencia (éstas no fueron incluidas en el plan anterior, obstaculizando el monitoreo efectivo). Además se ha elegido como piloto el seguimiento del componente financiero tanto de VIH como de TB. Esto constituye un avance importante y podría ayudar en la integración de los programas.

El informe de país de la República Dominicana²⁵ nos dice que “Tanto los programas de VIH como de TB cuentan con sistema de monitoreo y evaluación diseñados para generar datos para la toma de decisiones. Sin embargo, los funcionarios del MSP destacaron varios problemas de recolección de datos a través de los diferentes programas verticales. La información se recopila utilizando un registro unificado, pero los centros de salud suelen rellenar los formularios incorrectamente y no hay garantía de que se ingresen todos los datos en el sistema en línea”.

La estrategia de M&E del proyecto de integración de la coinfección VIH/TB contempla la integración de los sistemas existentes de monitoreo y evaluación y define el rol de los actores en los distintos niveles. Sus componentes incluirían un Grupo Coordinador del M&E, indicadores, recopilación, gestión y análisis de los datos, supervisión de apoyo, investigaciones operativas, difusión de datos y utilización de los resultados. Antes de desarrollar una hoja de ruta para la integración de VIH se debe tener en cuenta esta experiencia, que puede servir de guía para su diseño.

En cuanto a los **sistemas de información**, y específicamente en el caso de VIH, existe un sistema de denominado FAPPS, instalado en todos los SAI. Toda la información de un paciente que ingresa a un SAI está en esa herramienta. También tiene sus deficiencias, pues se ha señalado que las ONG suben la información de VIH al sistema, pero no la pueden ver. Sin embargo, este no es el único sistema de información: SENASA tiene un sistema para enfermedades crónicas con varios indicadores, hay un sistema para gestión clínica que se está introduciendo en las UNAP (el cual no se conecta con el FAPPS), y los hospitales tienen un sistema llamado SIGO que tampoco se comunica con los anteriores. En proceso de introducción está el expediente integrado que propone el MSP y se está desarrollando con fondos del BID. Es fundamental que el MSP tome la decisión de cuál sistema se va a utilizar y luego que el SNS lo tenga que implementar.

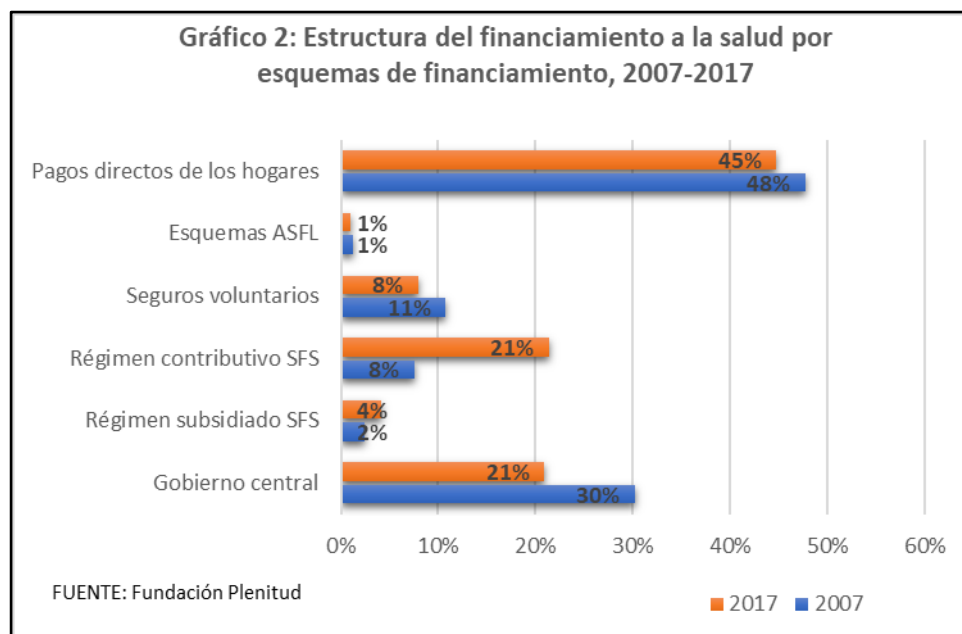
La integración de los sistemas de información es un área importante en un proyecto de integración y según la información recogida de las entrevistas y los documentos revisados hay poco consenso en el conocimiento de los sistemas existentes y en la posibilidad de un sistema único de información en salud. El informe del piloto de integración de la coinfección VIH/TB menciona como barrera la realidad de los sistemas de información y monitoreo, que no están integrados; en la actualidad existen tres plataformas: la DPS tiene una; DIGECITSS tiene otra y el SRS II otra por lo que la información de los pacientes se duplica. Cada una de las partes tiene un set de indicadores a los que debe responder. Si bien hay coordinación entre el SNS y la DPS de los aspectos programáticos de la atención al paciente coinfectado, la gestión clínica no está integrada.

²⁵ Informe de País: República Dominicana, Análisis de la Preparación para la Transición. Acceso Global 2017, p.8

4.2.4 Financiación de los servicios de VIH

El financiamiento a la salud en la República Dominicana ascendió a DOP 234 mil millones de pesos en el año 2017, equivalentes a casi 5,000 millones de dólares, de los cuales DOP 222 mil millones correspondieron a gasto corriente (95%) y DOP 12 mil millones a gasto de capital (5%).²⁶

El gráfico que sigue muestra cómo ha evolucionado la estructura del financiamiento a la salud desde el año 2007, que es cuando empieza a funcionar el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS). Puede verse cómo ha aumentado la proporción de recursos que se mueven a través de la seguridad social, que representa en el año 2017 un 25% del total del gasto.



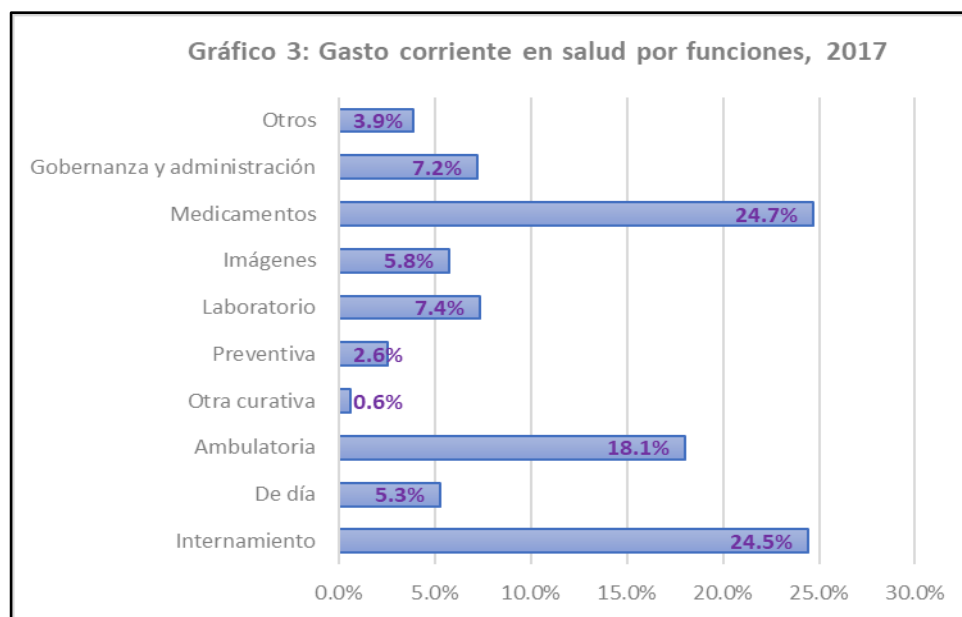
También se observa que disminuye la proporción de fondos a cargo del gobierno central, pero no en la proporción que se esperaba según las leyes de reforma del sistema de salud. En efecto, el sistema propone un cambio de financiamiento desde la oferta hacia la demanda, supone que toda la población esté afiliada a la seguridad social.

Aunque ya hay un 80% en esa situación, todavía los proveedores públicos reciben la mayor parte de su financiamiento a partir de presupuestos históricos y no a través de contratos con el SENASA o las ARS privadas.

Un aspecto a destacar en la estructura del financiamiento es que el pago directo de los hogares sigue siendo significativo, casi la mitad del financiamiento total, lo que indica que hay problemas con la protección financiera para los usuarios del sistema.²⁷

²⁶ MSP, 2019. Compendio Estadístico de Cuentas de Salud 2004-2017. División de Cuentas Nacionales de Salud.

²⁷ Fundación Plenitud, Financiamiento del sistema de salud en la República Dominicana. Santo Domingo: 2018.



A esto se agrega la estructura funcional del gasto, que privilegia la atención curativa frente a la preventiva. En efecto, tal como puede verse en el Gráfico 3, el 47% del gasto corriente en salud se va en atención curativa, a lo cual, si se agregan los medicamentos, laboratorios, imágenes y otros, supera el 90% del gasto. La prevención alcanza sólo el 2.6% del total y la gobernanza y administración del sistema un 7.2%.

En lo que concierne al gasto en VIH y SIDA, durante el año 2018, el mismo ascendió a DOP 3,659 millones, equivalentes a US\$ 74 millones²⁸. En los párrafos siguientes se resumen algunas de las principales conclusiones del estudio MEGAS.

La mayor parte del gasto en SIDA es movilizada por esquemas gubernamentales, que en 2018 representaron un 51% del total, a lo cual, si se agrega la seguridad social (que se considera como esquema público porque se financia con contribuciones obligatorias), ambos alcanzan el 56.2% del gasto total. Los esquemas de pago voluntarios representan un 14.3%, siendo los de ASFL un 10% y los que ejecutan directamente las agencias extranjeras residentes, un 4.3%. Puede observarse que el gasto de los hogares representa casi una tercera parte del total de fondos, estimado en un 29.4%.²⁹

En lo que concierne a la provisión de los servicios, el 40% es entregado por proveedores del sector público, fundamentalmente a través de CONAVIHSIDA, la DIGECITTS y otras entidades del gobierno. Entre los que ofrecen servicios al público, los más importantes son los centros ambulatorios, con un 10%, dentro de los que se ubican los Servicios de Atención Integral (SAI), que proveen los antirretrovirales y ofrecen tratamiento a las personas viviendo con VIH. Los proveedores del sector privado constituyen un 39%, dentro de los cuales la mayor proporción corresponde a proveedores con fines de lucro (hospitales, clínicas, farmacias), donde los hogares pagan directamente de su bolsillo para comprar bienes y servicios producidos por éstos. Las ASFL que proveen servicios sólo representan el 6% y los organismos internacionales que lo hacen directamente, representan el 7%.

En cuanto a los tipos de gastos, el destino principal de los fondos ejecutados para el 2018 por el sector público fue en el rubro de catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas, el cual incluye la gestión y administración, con el 40% del gasto. Luego sigue atención y tratamiento (29%), un 16% del gasto fue designado a prevención y un 13% a pruebas de VIH y consejería.

Los proveedores sin fines de lucro tienen una distribución de gasto más balanceada, dedicando el 28% a gestión y administración, un 26% a pruebas de VIH y consejería y un 23% a las actividades de prevención.

²⁸ Fundación Plenitud / CONAVIHSIDA. 2019. Medición del Gasto en SIDA (MEGAS 2018). Santo Domingo.

²⁹ Debe aclararse que el gasto de hogares constituye una estimación. Nunca en el país se ha realizado un estudio completo y suficientemente representativo para estudiar el gasto de hogares. Todos los estudios realizados se basan en supuestos, entrevistas con expertos y grupos focales de alcance limitado.

También, asignan un 12% a las actividades relacionadas con atención y tratamiento y 7% a la investigación en temas de VIH, siendo la diferencia acciones no especificadas.

Finalmente, en lo que concierne a la población beneficiaria, los proveedores públicos destinan el 74% de los servicios que ofrecen a las personas que viven con VIH y a sus familias; un 13% se destinan a la población en general y un 11% son intervenciones no dirigidas. La diferencia son otras poblaciones con menor grado de participación.

Los proveedores sin fines de lucro destinan el 49% de sus servicios a las poblaciones clave (trabajadores/as sexuales, personas que se inyectan drogas, hombres que tienen sexo con hombres, población transgénero y personas privadas de libertad). La segunda población beneficiaria es la de personas viviendo con VIH, con un 42%.

Finalmente, los proveedores internacionales son los que asignan una proporción mayor de sus fondos a las poblaciones clave, un 61% y un 19% para población vulnerable y accesible. Las otras partidas de cierta relevancia son un 8% de intervenciones no dirigidas y un 6% de personas viviendo con VIH.

Las cifras presentadas muestran un aumento importante de la importancia del financiamiento público, resultado de que el gobierno dominicano ha asumido, desde el 2014, el financiamiento para la compra de medicamentos. Sin embargo, éste se otorga en base al presupuesto histórico y no necesariamente en relación con las necesidades, lo cual resulta muy difícil de entender para el Ministerio de Hacienda, acostumbrado a elaborar los presupuestos de esta manera. Se supone que para cumplir las metas de 90-90-90, cada año se deben incluir más personas en tratamiento, lo que implica necesariamente aumentar las compras.

Otro punto importante es la inclusión de los ARV en la seguridad social. Existe un Art. 17 del Reglamento 002 del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), que excluye explícitamente los ARV del paquete básico. En la actualidad, casi el 80% de la población dominicana está afiliada a la seguridad social, más de la mitad de ella en el régimen contributivo. Hasta el momento, los fondos canalizados por la seguridad social representan sólo el 5% del total, pero hay muchas posibilidades de incrementarlos. El problema sería cómo mancomunar estos fondos para la compra centralizada. Se ha propuesto la creación de un fondo especializado, que se financiaría con recursos de la seguridad social y del Estado, a fin de que PROMESE realice estas compras de forma centralizada, todo lo cual constituye avances en la integración del financiamiento.

Otro aspecto que señala MEGAS es la baja participación de las ASFL en el gasto en SIDA, su escasa vinculación con los recursos públicos, así como su dependencia de fondos externos. El proyecto SHOPS, con fondos de USAID, está promoviendo la vinculación de un grupo de ASFL que trabajan con VIH al SENASA. También está contribuyendo a lograr que el VIH entre definitivamente en la seguridad social. Esta sería la base de la sostenibilidad dado que la aspiración de la reforma de salud en curso es la cobertura universal a través de la afiliación a la seguridad social. Se supone que toda la población debería recibir los servicios por esa vía y todos los proveedores se financiarían a través de sus contratos con el SENASA y las demás ARS. La mayoría de los pacientes de VIH están asegurados, ya sea al régimen contributivo o al subsidiado por lo que sus fondos deberían venir por esa vía.

En los últimos años se realizaron varios estudios actuariales para definir la factibilidad de inclusión de los ARV en el paquete de la seguridad social, llegándose a la conclusión de que era enteramente factible.³⁰⁻³¹ Finalmente, en el año 2018, la SISALRIL con el apoyo del Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud de la USAID, determinó que el costo en que sería necesario incrementar la cápita para estos fines, asciende

³⁰ Hernández, Nelson. 2014. Costeo y sostenibilidad financiera de las intervenciones en VIH-SIDA. Presentado al CONAVIH-SIDA y al CNSS: Memoria Anual 2014. Santo Domingo, República Dominicana: CNSS.

³¹ Lizardo, Jeffrey. 2014. Estimaciones del Costo Per-Cápita anual para la inclusión de los antirretrovirales en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social. Presentado al CONAVIH-SIDA y al CNSS: CNSS Memoria Anual. Santo Domingo, República Dominicana: CNSS.

a 3.56 pesos por persona. En abril del 2019, el comité interinstitucional integrado por CONAVIHSIDA, SISALRIL, MSP, USAID-HFC y PROMESE, elaboraron una propuesta de modelo de gestión técnico, administrativo y financiero para la inclusión de los ARV en la seguridad social³². Este modelo contempla la creación de un “Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP)”, mediante el cual el VIH quedaría como una cobertura garantizada incluyendo los ARV, los cuales serían comprados por PROMESE/CAL de manera centralizada, y su financiamiento provendría de la TSS – fondos de empresas y trabajadores en el régimen contributivo y fondos del estado para el régimen subsidiado – sin necesidad de aumentar las cotizaciones.

A fin de que este sistema pueda funcionar, la propuesta de la SISALRIL identifica ciertos aspectos legales que deben modificarse, tales como la prohibición expresan de financiar ARV incluida en el reglamento del SFS, un cambio en la ley 87-01 para permitir pagos de la TSS al comprador nacional; y la elaboración del reglamento de operación del FONSAP. En lo que concierne a la prestación de servicios, sugiere fortalecer los prestadores públicos y privados sin fines de lucro en temas de sistemas de información, suministro y facturación; capacitación de los recursos humanos; establecimiento de una unidad de adquisición internacional en PROMESE/CAL; y armonización de los sistemas de información. En cuanto a regulación y monitoreo, propone la habilitación de los prestadores que aún no la tengan; la inclusión en el PBS de los códigos de prestación de servicios de VIH, a fin de que puedan ser contratados los proveedores por las ARS y fortalecimiento de la función de monitoreo y evaluación de la prestación de servicios por parte de la DIGECITSS, a los proveedores de SNS.

Una forma de dar seguimiento a los avances en este sentido y en otros, es la creación de mesas en CONAVIHSIDA, algunas de las cuales existen y han sido muy exitosas, como la Mesa de Medicamentos. Algunos entrevistados han sugerido la importancia de crear una Mesa de Sostenibilidad, que dé seguimiento al financiamiento y a la integración de los servicios del VIH al sistema de salud.

4.2.5 Gobernanza

El MSP es la institución rectora del sistema de salud en la República Dominicana que supervisa la gobernanza de dicho sistema. Sin embargo, hay debilidad por parte del MSP en el ejercicio de su función rectora, no tanto de producir las regulaciones – que existen – sino de hacerlas cumplir. Dentro del MSP está DIGECITSS, que es una división del Viceministerio de Salud Colectiva y tiene a su cargo la función de rectoría para el VIH y demás ITS. El Servicio Nacional de Salud (SNS), creado en 2015, está a cargo de coordinar la provisión de los servicios públicos, donde están ubicados la mayor parte de los SAI. Existe además el CONAVIHSIDA como entidad de coordinación autónoma, colegiada, multisectorial y estratégica adscripta al MSP. CONAVIHSIDA es uno de los receptores principales de las subvenciones del Fondo Mundial y es ahora el órgano que coordina la respuesta nacional.

Dado que el SNS se creó recientemente, no es parte votante dentro de CONAVIHSIDA; es invitado a las reuniones, pero sin poder ejercer el voto. La inclusión del SNS requeriría un cambio en la ley; asimismo, deberían incluirse representantes de las poblaciones clave, a fin de lograr una representación multisectorial, para quizás sustituir al Mecanismo de Coordinación de País (MCP) en el futuro cuando los fondos del FM ya no existan. CONAVIHSIDA tiene mesas intersectoriales fuertes, como la de medicamentos. A nivel de gobernanza, decisión para otros temas, no hay mesas intersectoriales.

Muchos/as de los/as entrevistados/as mencionaron que CONAVIHSIDA necesita una evaluación y posiblemente fortalecimiento en su rol original. Existe también acuerdo entre los entrevistados que CONAVIHSIDA puede ser, en el futuro, el ente clave en gobernanza, reemplazando quizás al MCP del FM. El MCP es un espacio multisectorial que tiene a su cargo dos funciones importantes: coordinar las propuestas al FM para VIH y TB y monitorear las subvenciones del país (uno de cuyos receptores es CONAVIHSIDA). Una de las funciones clave del MCP es la de gobernanza; sus miembros representan el sector gobierno, sector

³² CONAVIHSIDA-SISALRIL. 2019. Nota Técnica. Propuesta: Modelo de gestión técnico, administrativo y financiero que garantice el acceso a los ARV a la población con VIH en el marco de la seguridad social dentro del Sistema de Atención Integral de Personas Viviendo con VIH.

privado (incluida la sociedad civil) y la cooperación internacional. El MSP funge como presidente del MCP. El MCP no es funcional en este momento, no tiene un rol importante dentro del MSP o como ente de gobernanza dentro del país; muchos entrevistados consideran que tiene funciones paralelas a la de CONAVIHSIDA.

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) tiene la rectoría de lo relativo a la seguridad social y la decisión final sobre lo que incluye y excluye el paquete de prestaciones. Estas entidades, que comparten la función de gobernanza, no tienen buena comunicación ni coordinación entre sí.

Para algunos/as no hay integración a nivel de gobernanza y lo consideran el desafío más importante. A pesar de que las ASFL han participado en la provisión de servicios y son las entidades más importantes para contactar a las poblaciones clave, usualmente el gobierno no las involucra y muchas veces tampoco las escuchan. Un ejemplo mencionado en las entrevistas es que participaron en la primera parte de elaboración del PEN, pero no las invitaron para su presentación a las autoridades financieras.

4.3 Rol de la sociedad civil

La sociedad civil juega un importante rol en el sistema de salud de la República Dominicana en general y en la respuesta nacional al VIH y al SIDA, también. Las ASFL que trabajan este tema, se encuentran cerca de las poblaciones clave, muchas de ellas han surgido de su propio seno, por lo que conocen bien las necesidades de sus comunidades. “En la República Dominicana estos factores han contribuido a potenciar las acciones de prevención y control de VIH (y de otras infecciones de transmisión sexual y sanguíneas) entre colectivos y poblaciones a los que profesionales de la salud suelen tener dificultades en alcanzar y servir adecuadamente. Además, las ASFL tienen el potencial de establecer un verdadero puente o interfase entre los servicios y la propia comunidad, lo que asegura un flujo continuo de ingreso y salida de los servicios de atención de la salud, constituyendo así un verdadero sistema de salud conformado, por un lado, por tomadores de decisiones/gerentes/proveedores y, por otro lado, los usuarios de los servicios.”³³

En el caso de las organizaciones que trabajan en prevención, generalmente se trata de organizaciones poco estructuradas y formalizadas, dependientes del financiamiento externo, que trabajan voluntariamente. En la actualidad, se están desarrollando iniciativas para fomentar su sostenibilidad, buscando alternativas internas de financiamiento, tanto mediante fondos públicos destinados a su fortalecimiento, como el Centro de Promoción de las ASFL del Ministerio de Economía, o mediante contratos con el SENASA o las ARS, para aquellas que se dedican a la prestación de los servicios.³⁴

Como hemos señalado, las que proveen servicios y donde hay ubicados SAI tienen un mayor avance en su integración. En particular, ha sido destacado el caso de PROFAMILIA, donde los servicios de VIH se encuentran integrados a todos los demás servicios de salud. Esta es una institución de larga data en el país, pues lleva más de 50 años ofreciendo servicios de salud sexual y reproductiva. Posee ocho clínicas en el territorio nacional, con servicios de primer nivel y, en algunas de ellas, posee también servicios de segundo nivel, incluyendo hospitalización, cirugías y servicios perinatales. La dirección de PROFAMILIA señala que sus establecimientos son pioneros en la implementación de la estrategia de atención primaria. Se caracterizan por tener un enfoque inclusivo que favorece la atención a todas las poblaciones, incluyendo las que tienen discapacidad. Poseen un programa denominado “médicos de barrio”, que trabaja en zonas pobres de la ciudad de Santo Domingo y una unidad móvil que se traslada a 28 bateyes del país para brindar servicios de primer nivel, incluyendo las pruebas de VIH, así como vacunación, servicios de planificación familiar y otros. Se trata de servicios gratuitos que la misma institución financia con fondos que moviliza por otras vías, como contratos con las ARS en el régimen contributivo y una subvención del estado de 30 millones mensuales.³⁵

³³ Aceso Global, Opciones de Financiación Pública de las ASFL en la República Dominicana. Santo Domingo: 2018.

³⁴ Idem, 2018.

³⁵ Caram, Magaly, directora de PROFAMILIA. Entrevista publicada en el periódico Hoy (27-01-220).

En general, en todas las entrevistas realizadas se obtuvo la impresión general de que esta integración es deseable y de que son las ASFL las que tienen mayor posibilidad de hacerlo adecuadamente, pues están más cerca de las poblaciones clave. Para muchos, las organizaciones de la SC necesitan fortalecer su capacidad para preparar propuestas, para documentar procesos y presentar modelos de referencia, para ser actoras importantes en el proceso de integración. Una posibilidad sugerida por varias entrevistadas es que IDCP (el otro receptor principal de las subvenciones del Fondo Mundial) podría crear una micro red y ser la voz de algunas organizaciones de la SC, dando continuidad al trabajo que ha realizado, y sigue realizando, con fondos del FM. Si se articulara con el sistema de seguridad social, podría ser contratado por SENASA y las ARS y éste, a su vez, contratar a las organizaciones menos desarrolladas para ofrecer parte de la cartera de servicios, sobre todo, los de tipo preventivo. Ya hay ejemplos de micro redes funcionando de esta manera, como es el caso del Hospital Oncológico Heriberto Pieter con organizaciones de primer nivel y de promoción de la salud que operan en Santo Domingo Norte. Pero es necesario documentar y sistematizar estas experiencias para que sirvan de ejemplo de que es factible hacerlo. También hay ejemplos de organizaciones de la sociedad civil donde los servicios de VIH están totalmente integrados, como es el caso ya indicado de Profamilia. Por su parte, el proyecto SHOPS financiado por USAID, como ya hemos señalado, está trabajando en la vinculación de un grupo de ASFL con SENASA para contribuir a la integración y la sostenibilidad.

En cuanto al financiamiento a las ASFL, según las Cuentas de Salud del año 2017³⁶ (últimas disponibles en el país) las ASFL del área de la salud movilizaron DOP 2,045 millones de pesos, lo cual representaba menos del 1% del gasto corriente nacional en salud. Dentro de este total de recursos, DOP 1,293 millones correspondieron a fondos transferidos por el gobierno (63%) y DOP 703 millones (34%) fueron transferencias externas directas. Sólo DOP 49 millones (3%) fueron recursos movilizados por las ASFL a partir de otras fuentes internas.

Por su parte, las ASFL que trabajan en la respuesta nacional al VIH y al SIDA, movilizaron en el 2018 (último año para el cual se realizó MEGAS) DOP 364 millones de pesos, equivalentes a 7 millones de dólares y al 10% del gasto en VIH-SIDA³⁷. Estos recursos, a su vez, representan alrededor del 18% del gasto canalizado por las ASFL del sector salud y el 0.2% del gasto corriente total en salud, cifra insignificante aun tomando en cuenta que no son enteramente comparables pues el gasto en SIDA calculado con la metodología de MEGAS incluye actividades que no son consideradas de salud según las definiciones del SHA 2011³⁸, que es la metodología que se usa para las Cuentas de Salud.

En el año 2019, se estima que las ASFL que proveen servicios de VIH-SIDA y reciben fondos directos del gobierno dominicano a través del Centro de Fomento de las ASFL del Ministerio de Economía, recibieron por esta vía DOP 46 millones, a lo que se agregan DOP 31 millones como contrapartida a los fondos internacionales vía CONAVIHSIDA, para un total de DOP 76 millones. Esta es una información parcial, ya que se trata de una parte de las ASFL que trabajan en el sector, pues no todas reciben subsidios directos del gobierno y/o son a la vez sub-beneficiarios del Fondo Mundial³⁹.

4.4 Rol de la cooperación internacional

En cuanto al **rol de la cooperación internacional** existe acuerdo entre los entrevistados que ésta debe participar activamente en la respuesta nacional, sobre todo porque el abordaje comunitario con poblaciones clave es financiado fundamentalmente por ella; este es un factor que es necesario tener en cuenta y discutir su rol y peso en el camino hacia la integración. Se piensa que el gobierno responde a la presión amistosa de los cooperantes internacionales.

³⁶ Ministerio de Salud Pública (MSP), Cuentas Nacionales de Salud 2017. División de Cuentas Nacionales de Salud. Santo Domingo.

³⁷ Fundación Plenitud / CONAVIHSIDA. 2019. Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) 2018. Santo Domingo.

³⁸ OECD, WHO. 2011. A System of Health Accounts (SHA-2011). Paris: OECD.

³⁹ Información suministrada por el SNS.

Algunos/as entrevistadas sugirieron que el FM podría orientar sus recursos para poner en marcha el proceso de integración, dependiendo del análisis. El rol de la cooperación internacional en la integración podría incluir un compromiso con el gobierno y sectores estableciendo qué temas deben solucionarse antes de que se puedan desembolsar fondos. Este es un tema presente en el informe del modelo de integración de la coinfección VIH/TB (en el que hubo apoyo técnico y financiero de la OPS y del Fondo Mundial), que sugiere incluir el estudio de documentos de la OMS/OPS sobre modelos de atención integrada y actividades colaborativas con proyectos internacionales.

El fortalecimiento de la cooperación internacional podría ser un factor para que todas las acciones propuestas se realicen y para que se logre un primer nivel con mayor capacidad resolutoria, incluyendo el monitoreo y evaluación del programa de integración, el fortalecimiento y/o desarrollo de las capacidades y sensibilización del RRHH y asistencia técnica/ apoyo para la implementación del modelo de atención.

Si se colocaran unidades en la ASFL, donde se ha comprobado que los usuarios se sientan “en confianza y cómodos”, el FM podría prestar apoyo dotando esas entidades con recursos técnicos y económicos.

La OPS, por su parte, ha realizado varias evaluaciones sobre el funcionamiento del modelo de atención en algunas regiones del país, que han dado como resultado su baja operatividad. Actualmente están elaborando una propuesta conjunta con la Agencia Francesa de Desarrollo, para poner en funcionamiento una red integrada de servicios de salud en San Juan de la Maguana. Probablemente el esfuerzo de mayor envergadura es el que están llevando a cabo actualmente para apoyar el fortalecimiento del primer nivel público de atención como puerta de entrada y de la operatividad de las redes integradas de provisión de servicios en el Distrito Nacional Este de la Región Metropolitana, donde este año será inaugurada la Ciudad Sanitaria, un proyecto de gran envergadura, con varios hospitales de tercer nivel, que ha sido financiado por la presidencia de la República. El Ministro de Salud se ha referido a este proyecto como un piloto para la implementación de las redes integradas, pues se abrirán al menos 14 nuevos Centros de Primer Nivel alrededor de la Ciudad Sanitaria, con adscripción territorial de la población y con claros protocolos para hacer posible la referencia y contra referencia⁴⁰.

Otro ejemplo interesante es el que propone PEPFAR, que acaba de inaugurar un nuevo programa (para migrantes haitianos) el cual expandiría los servicios a cinco sitios dentro del sistema público de salud (Santo Domingo (Distrito Nacional, Santo Domingo Norte y Este), Santiago, Altigracia, Puerto Plata y Valverde). El gobierno de la RD ha dado su apoyo a este proyecto; parte de ese aval se traduce en la Resolución 00003-2019 que “ordena la implementación de una estrategia focalizada en los servicios de atención apoyados por PEPFAR para aumentar rápidamente el número de personas en TARV para el control de la epidemia del VIH y el cumplimiento de las metas 90-90-90 en la República Dominicana”.⁴¹

Los cuatro pilares de la propuesta de PEPFAR incluyen la expansión del acceso de los servicios de VIH, un abordaje comunitario para fortalecer la vinculación con la población prioritaria (migrantes haitianos), la reforma institucional de políticas y un programa para huérfanos y niñas/niños vulnerables. La propuesta incluye la integración de los servicios, eliminando la separación de “puertas”, para terminar con la discriminación. También incorporaría servicios de VIH donde actualmente no los hay y apoyaría la gestión mejorada de la cadena de suministro. Este es ciertamente un empuje hacia la integración, con metas muy ambiciosas. El gobierno de la República Dominicana compraría los medicamentos, que seguirían siendo adquiridos por el MSP.

Este proyecto contempla contribuir al proceso de habilitación de los nuevos servicios de VIH, para lo cual se ha revisado el marco regulatorio y se han desarrollado los instrumentos para lograrlo, incluyendo la revisión de la canasta de servicios y las necesidades de infraestructura, personal y equipamiento necesarios. El proyecto se inicia con un piloto de dos establecimientos que será presentado en enero de 2020.

⁴⁰ Entrevista con Hernán Rodríguez, Encargado de Sistemas de Salud de OPS en República Dominicana (28-1-2020).

⁴¹ Presentación del Plan Operativo Anual 2019 - PEPFAR COP19, sept 4, 2019

5. BARRERAS Y OPORTUNIDADES

Un resultado interesante de las entrevistas es que los actores fueron muchos más expansivos en la enumeración de **barreras hacia la integración** que en la descripción de **oportunidades y factores positivos**.

5.1.1 Barreras

- **Reacción al cambio:** una barrera clásica, mencionada, es la reacción inicial, generalmente negativa, hacia el cambio, las dudas sobre si la integración podría afectar la calidad del tratamiento, la forma de prestación de los servicios, etc.
- **Estigma y discriminación:** un reciente estudio sobre discriminación⁴² muestra que 57% del personal en los establecimientos de salud tiene problemas de discriminación con poblaciones clave y con migrantes haitianos (no quieren tocar, no quieren atender). Esta actitud va desde los porteros hasta los doctores. La discriminación empieza en los SAI, con la existencia de puertas especiales para los afectados. Esta discriminación prácticamente no existe en las ASFL que ofrecen servicios, como por ejemplo PROFAMILIA y otros, que podrían proporcionar material único para hacer cambios, para nuevas campañas. Algunos de los entrevistados piensan que se ha dado un paso adelante y que la discriminación ha disminuido, pero hay factores que siguen pesando, como una sociedad altamente conservadora, un gran peso de las iglesias, tanto católica como evangélicas y problemas con la inmigración, particularmente del vecino país. En este tema, la sociedad civil podría tener un rol significativo produciendo material educativo.

La presencia extendida de estigma y discriminación es una de las barreras que debe ser enfrentada en los primeros pasos de cualquier plan de integración, ya que las personas afectadas o viviendo con VIH seguirían evitando establecimientos de salud cercanos (ya sean UNAP o SAI) si perciben falta de confidencialidad, estigma y/o discriminación por parte del personal. Esta barrera debe ser encarada desde el principio a través, entre otras, de capacitaciones para todo el personal de salud, campañas informativas para las poblaciones aledañas a las SAI o UNAP y educación sexual en los establecimientos educativos. Sensibilizar al personal de salud es clave.

Esta es un área donde el FM y/o la cooperación internacional puede apoyar, financiando capacitaciones y dotando a las ASFL que trabajan exitosamente con pacientes de VIH, con recursos técnicos y económicos.

- **Gasto en salud:** algunos ven como barrera el hecho que alrededor del 42% del gasto en salud a nivel nacional, sale del bolsillo de los/las dominicanos/as. Otro factor mencionado es el costo para ir al SAI (que en muchos casos no está cerca del domicilio del paciente). SISALRIL tiene una propuesta de paquete de servicios y medicinas para primer nivel que podría aliviar este costo de bolsillo. La atención de pacientes con VIH en UNAP sería una medida costo-efectiva para contrarrestar esta barrera y evitar el traslado a SAI lejanas. La exclusión de los ARV del paquete básico es otra barrera que se necesita enfrentar.
- **Bajo rendimiento de los médicos del primer nivel:** esta es una barrera de peso. Algunas/os entrevistados alegan que los médicos no tienen un sueldo suficiente (alrededor de 50000 pesos, poco menos de 1000 dólares) por sus 4 horas de trabajo; otros señalan que este salario está muy por encima del promedio para media jornada, a lo que se agrega el incumplimiento generalizado, pues muchos médicos sólo trabajan dos horas. Adicionalmente, las UNAP tienen poca capacidad técnica para tratar el tema del VIH; muchas están atendidas por pasantes, que aún no se han graduado y no tienen la capacidad ni están sensibilizados con el tema. No sólo hay estigma, sino que también hay fallas a la confidencialidad. La persistencia de actitudes discriminatorias hace que muchas personas

⁴² Claudia Valdez: Informe final: Estudio sobre discriminación hacia poblaciones clave en servicios de salud y población en general. Enero 2017

que viven con VIH no quieren ser identificadas porque esto puede traerles problemas en su lugar de trabajo, lo que influye también en la adherencia al tratamiento. Parte del problema está en el modelo de salud que es reactivo. Es necesario que la falta de cumplimiento de los médicos tenga consecuencias punitivas por parte del SNS y que los médicos asignados al primer nivel tengan entrenamiento sobre VIH. El éxito de la integración va a depender de un programa de capacitación que incluya a todos los establecimientos del primer nivel, los SAI y los hospitales municipales como mínimo.

- **Fortalecimiento del primer nivel de atención:** es un tema que preocupa ya que viene desde hace muchos años y es el que presenta mayores deficiencias. Una barrera fundamental es la falta de asignación de fondos suficientes para lograr este fortalecimiento. La inversión en salud ha estado estancada por años y muchos/as actores están cómodos con la estructura actual. Además, las prioridades en términos de gasto están en el nivel especializado y el alto costo, a pesar de que el discurso favorece la atención primaria.

El mayor desafío que tiene el sistema de salud para lograr la integración de los servicios de VIH es la conformación de redes integradas de servicios con el primer nivel como puerta de entrada. Es decir, que funcione el sistema de referencia y contra referencia y que el paciente regrese al primer nivel para el seguimiento de su condición. El hecho de que los CPN no tengan la adecuada infraestructura y recursos humanos competentes es una barrera, que obliga a los pacientes a desplazarse a los SAI ocasionando importantes gastos de bolsillo para transporte. Muchos piensan que la verticalidad de los proyectos con financiamiento internacional no beneficia al sistema de salud ni al país.

El SNS está ya trabajando en el fortalecimiento del primer nivel y se espera que el nuevo proyecto de PEPFAR resultará en el fortalecimiento de cinco establecimientos del primer nivel, lo que podría servir de ejemplo a un trabajo más generalizado de fortalecimiento e integración de servicios.

Existe una ruta crítica del SNS para cerrar las brechas en cuanto a infraestructura, recursos humanos y equipamiento del primer nivel de atención. Falta saber si existen los fondos en el presupuesto nacional para llevarlo a cabo.

5.1.2 Oportunidades

Definitivamente hay **oportunidades** en el sistema y en el país que pueden apoyar y ayudar en una ruta hacia la integración.

- **Proyecto de fortalecimiento del nivel primario:** el SNS se ha embarcado en un proyecto de fortalecimiento del nivel primario, cuyo foco principal es cerrar las brechas existentes en términos de infraestructura, recursos humanos y equipamiento, para avanzar en lograr una mayor capacidad resolutoria. Este plan incluye el cambio en las actitudes del personal para superar el estigma y la discriminación, en capacitar y sensibilizar al personal de los establecimientos que trabajan con pacientes de VIH y/o con poblaciones clave. No ha sido posible ver este plan de trabajo, por lo que no se sabe si el mismo posee metas y actividades definidas, cronograma y presupuesto. Aunque lentamente, están trabajando hacia el aumento de los CPN, hacia sistemas de información integrados, hacia el diseño y aplicación de un sistema de gestión de pacientes que incluya referencia, contra referencia, farmacias accesibles, incorporación en el sistema de seguridad social, etc.
- Existen **experiencias exitosas de implementación del Modelo Integrado de Atención**, el cual incluye la integración de los servicios de VIH, particularmente en la Región Norcentral. En dicha región se fortaleció el sistema de referencia y contrarreferencia entre los Centros de Primer Nivel y Centros Especializados. De hecho, en Puerto Plata se seleccionó una microred conformada por un Hospital de Segundo Nivel, un SAI perteneciente a una ONG y cinco Centros de Primer Nivel. El objetivo de este proyecto fue favorecer la atención oportuna, integral y de calidad del paciente coinfectado con TB/VIH en los establecimientos de salud de la micro red. Un adecuado flujo de comunicación entre los establecimientos garantiza que los pacientes referidos, contra referidos, derivados o transferidos

entre los diferentes niveles de atención, inicien o no interrumpan el tratamiento contra la TB/VIH. Esta experiencia exitosa está en proceso de ser transferida a otras zonas del país.

- El **año político** entrante puede ser una barrera o puede ser una oportunidad; actualmente hay confianza en los que están en el sector salud, pero no se sabe qué puede pasar en el futuro; si gana un nuevo partido sería recomendable preparar un plan de sensibilización con las nuevas autoridades, apoyado por todos los sectores del país. Es necesario presionar desde la sociedad civil a las autoridades locales.
- El **nuevo proyecto de PEPFAR** es otra oportunidad ya que es ambicioso en sus metas de alcanzar a toda la población prioritaria migrante haitiana y expandir los servicios, a la vez que eliminar la separación de “puertas” para terminar con la discriminación, incorporar servicios de VIH donde no los hay, todo lo cual dará un fuerte empuje hacia la integración.
- La propuesta de la SISALRIL para la creación del **Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP)**, que haría realidad el financiamiento de la seguridad social a los ARV y otras intervenciones de VIH-SIDA, constituye un paso de gran importancia que aumentaría de manera importante el financiamiento interno y daría sostenibilidad al programa de VIH, logrando grandes avances en la integración del financiamiento.

6. CONCLUSIONES

El principal reto para la integración de los servicios de VIH al sistema de salud es el fortalecimiento del modelo público de atención: fortalecer la implementación de las redes integradas de servicios de salud con el primer nivel como puerta de entrada. Esto implica inversiones importantes en infraestructura, tecnología, capacitación de recursos humanos y, fundamentalmente, sistemas de gestión clínica, administrativa y financiera y definición de carteras de servicios para cada uno de los niveles de atención. Se ha sugerido que este fortalecimiento se haga por etapas, en zonas o regiones del país y que, una vez iniciado el proceso, se pase a la integración de los SAI que existen en esa zona, especializando ciertas UNAP para que adquieran la capacidad de tratar y dar seguimiento a los pacientes de VIH; asimismo, preparar a todas para la identificación de la población, realización de pruebas rápidas y referencia a las UNAP especializadas. Las actividades de fortalecimiento e integración señaladas por el SNS en zonas piloto puede ser el comienzo de este proceso. Es necesario conocer los resultados de dicho programa y construir sobre el mismo si fuera posible.

Se recomienda la elaboración de un plan operativo, basado en la ruta crítica elaborada por el SNS y en un diagnóstico más detallado de recursos y necesidades en las zonas del país que sean seleccionadas por el SNS para su fortalecimiento, incluyendo la vinculación público-privada con la finalidad de acelerar el proceso. Idealmente, se debería preparar en este año electoral a fin de tenerlo listo para ser presentado a las próximas autoridades.

La integración de las ASFL que trabajan con poblaciones clave a la red pública, mediante acuerdos con el SNS y con el SENASA, es otro factor importante que contribuirá a la integración de los servicios y su sostenibilidad. Es importante que se desarrollen micro redes y que se documente el éxito de lo que ya existe, a fin de que sirva de ejemplo y abogacía para nuevos proyectos.

Otra importante conclusión es la necesidad de avanzar en el proceso de inclusión de los ARV a la seguridad social, dado que la mayor parte de la población está asegurada, así como la constitución de un fondo especializado para la compra centralizada de los medicamentos. Asimismo, profundizar el proceso de integración de todo lo relacionado con medicamentos, que se encuentra ya bastante avanzado. Un paso de gran importancia sería la aprobación, por parte del CNSS, del Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP), removiendo las barreras para su operación.

La carencia de un mecanismo/espacio de gobernanza que eventualmente reemplace al MCP es una preocupación de algunos de las/los actores en el campo de la salud, sobre todo si se quiere asegurar que la salud de las poblaciones vulnerables no quede relegada una vez que el FM termine su apoyo financiero. El fortalecimiento de CONAVIHSIDA y la posible inclusión de un comité multisectorial con funciones similares al MCP puede ser una opción para considerar.

El camino a la integración en sistemas de información, compra y logística de medicamentos ha comenzado ya. Es necesario ahora documentar los logros, examinar los desafíos aun presentes y desarrollar un plan de trabajo para incorporar en la ruta crítica para una integración todos los sistemas relacionados a los servicios de VIH.

7. OPCIONES DE RUTA CRÍTICA

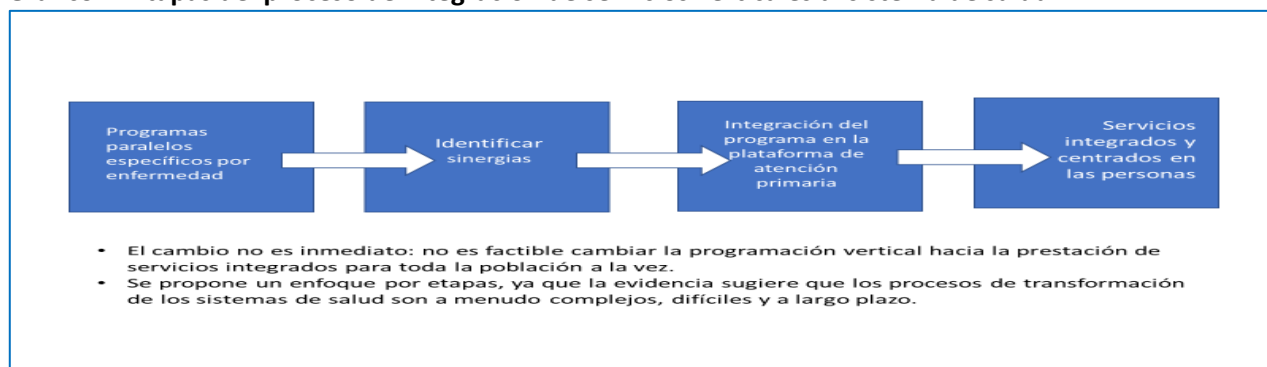
La Agenda 2030 de Naciones Unidas, que propone los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluye el objetivo 3, *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*, el cual, a su vez, contiene la meta 3.8 sobre la Cobertura Universal en Salud, a la vez que la meta 3.3 sobre enfermedades transmisibles. Con la finalidad de lograr que la población tenga acceso a servicios de salud de calidad, se aspira a implementar servicios de salud más integrados y centrados en las personas.

A fin de lograr esta atención integrada, centrada en el paciente, se requiere que éste se involucre de manera activa, haciéndose corresponsable de su propia salud y la de su familia. Según el Marco de Servicios de Salud Integrados y Centrados en las Personas (IPCHS, por sus siglas en inglés: Framework on Integrated People Centred Health Services) propuesto por la OMS⁴³, la atención integrada se propone mejorar la cobertura efectiva; mejorar la eficiencia de los servicios de salud; hacer que los servicios sean accesibles, aceptables y asequibles para las personas; garantizar la continuidad de la atención. A diferencia de los programas específicos de enfermedades, la atención integrada promueve un enfoque holístico para tratar los problemas de salud al invertir en el fortalecimiento de los servicios de salud existentes a largo plazo. (WHO, 2016).

El mismo marco de referencia señala que, para lograr la atención integrada, no es necesario que los servicios se entreguen en un solo lugar ni sean parte de un mismo paquete, sino que estén organizados de manera tal que puedan articularse y que el usuario pueda navegar en ellos con facilidad. Esto, obviamente, implica fortalecer la capacidad de los sistemas de información y la gestión en todos sus aspectos. Para lograr de manera exitosa la integración de servicios que se han ofrecido de manera tradicional de una forma vertical, es importante que la misma no se limite a los servicios, sino que sea parte de la gobernanza del sistema, de su gestión y del financiamiento.

El siguiente diagrama muestra las etapas que deben atravesar los programas verticales para ser integrados en el sistema de salud.

Gráfico 4: Etapas del proceso de integración de servicios verticales al sistema de salud



⁴³ WHO. 2016. Framework on integrated, people-centered health services. Geneva, Switzerland: WHO.

FUENTE: WHO (2016)

A fin de lograr alcanzar la meta de la integración en un sistema de salud centrado en las personas, el IPCHS propone cinco estrategias principales, a saber: involucrar y empoderar a las personas y comunidades; fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas; reorientar el modelo de atención; fortalecer la coordinación de la atención y crear un entorno propicio.

A continuación, sugerimos algunas opciones de ruta crítica, que se desprenden de la revisión documental, de las entrevistas realizadas y del foro que se realizó con representantes y personas interesadas del sector salud. Estas ideas, que **pueden guiar los próximos pasos** en el camino a la integración, requieren una discusión profunda, participativa y consensuada por todos los actores de la respuesta nacional, a fin de lograr una visión de futuro de la integración y la sostenibilidad a largo plazo de los programas y servicios de VIH, dentro del contexto del fortalecimiento del sistema de salud. Las opciones propuestas han sido organizadas siguiendo la visión y estrategias principales para la implementación del IPCHS.

1. Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas

Es fundamental que un sistema de salud tenga una direccionalidad y que las autoridades ejerzan su liderazgo para encaminar a la sociedad hacia las metas que se propone. Esto implica abordar las inequidades en salud que exponen a las personas a gastos excesivos. Esto implica asegurar el financiamiento necesario para el primer nivel de atención, con la finalidad de que el país logre mejores resultados de salud.

Las estructuras de gobernanza y rendición de cuentas efectivas en los sistemas de salud deben tener tres características: primero, que existen mecanismos a través de los cuales los proveedores de servicios deben rendir cuentas; segundo, que haya información adecuada disponible para poder evaluar los servicios prestados; y tercero, que los pacientes están facultados para actuar. (WHO, 2016).

Algunas acciones que se proponen en este sentido, para el caso dominicano, son las siguientes.

- **Aumento del presupuesto del primer nivel de atención**, mejora de las tecnologías y la conectividad a internet, espacios adecuados y capacidad para almacenar medicamentos y realizar pruebas de laboratorio. Capacidad técnica para promover la adherencia a los tratamientos. Mejorar el M&E, la búsqueda de pacientes, promoción y prevención. Dotar de insumos tecnológicos y una plataforma que además de cargar permite generar reportes que permitan tomar decisiones oportunas. Entrenar al personal en las plataformas. Fortalecer la gestión del SUGEMI y socializar y monitorear los procedimientos de éste para que como su nombre lo indica sea una herramienta universal para medicamentos e insumos médicos. Adecuar los almacenes que lo ameriten para garantizar las condiciones óptimas de los insumos y medicamentos. Todas estas acciones dependen del presupuesto público y ya ha sido elaborado el correspondiente al año 2020, sin una fuerte inversión para lograrlo. Podría pensarse en un apoyo para la cuantificación de los recursos necesarios, a fin de que esto sea parte de las discusiones programáticas durante el año electoral y se sienten las bases para el presupuesto del año 2021. Paralelamente algunas de estas áreas de mejora han sido apoyadas por la cooperación internacional en el pasado y podrían ser otra vez áreas de apoyo en esta situación.
- **Inclusión del VIH de manera integral en la seguridad social**, a fin de que ésta pague por los servicios, incluyendo los ARV, que siguen excluidos de la misma; aun habiéndose hecho los estudios de costo y resultando los mismos totalmente factible. Solamente se necesita que la decisión de crear el FONSAP sea tomada y que se comiencen a implementar los mecanismos de su puesta en operación.
- **Compromiso hacia la integración y planeamiento**: deben ir de la mano; tal como expresó uno de los entrevistados: *“Lo que se hace es aquello con lo que el país se compromete internacionalmente”*. En consecuencia, entre los primeros pasos se encuentra la decisión del MSP y del SNS de avanzar en la integración y la sostenibilidad. Partiendo de la ruta crítica del SNS para cerrar las brechas del primer nivel

de atención a fin de lograr que tenga la necesaria capacidad resolutive, debería complementarse con una propuesta pensada por DIGECITTS junto con el departamento de Planificación del MSP y el SNS relativa al tema de la integración. Se ha sugerido, además, crear una Mesa de Integración y Sostenibilidad, con un claro plan de trabajo que se proponga lograr la integración como un proceso a largo o mediano plazo. Idealmente la ruta crítica debe ser una política ministerial, avalada por el SNS. Debe haber una comunicación fluida con la cooperación internacional, un plan de colaboración con el FM, ONUSIDA, PEPFAR, etc. para identificar áreas de apoyo y un plan de incidencia política para llegar a poblaciones/usuarios aun no alcanzados. La participación de la sociedad civil es importante, quizás mediante contratos sociales con fondos y con ASFL contratadas para tratar SIDA.

2. Involucrar y empoderar a las personas y comunidades

Obtener el apoyo de individuos, comunidades y la sociedad civil en el desarrollo e implementación de políticas y planes prioritarios que impactan directamente la atención primaria de salud.

Se trata de proporcionar la oportunidad, las habilidades y los recursos que las personas necesitan para articular y capacitar a los usuarios de los servicios de salud y abogar por un sistema de salud reformado. Esta estrategia tiene como objetivo empoderar a las personas para que tomen decisiones efectivas sobre su propia salud y permitir a las comunidades participar activamente en la coproducción de entornos saludables, y proporcionar a los cuidadores informales la educación necesaria para optimizar su desempeño y apoyo para continuar papel.

3. Reorientar el modelo de atención

Es indispensable la reorientación de los servicios, desde un modelo curativo, centrado en el hospital, hacia un modelo preventivo, donde la APS sea la piedra angular del sistema de salud, con el primer nivel como puerta de entrada con buena capacidad resolutive, que ofrezca servicios integrales, de buena calidad que sean seguros, accesibles y asequibles para todos, en todas partes y que cuenten con un enfoque basado en los derechos humanos que garantice la dignidad de profesionales de la salud bien capacitados

Existe evidencia sólida que muestra los muchos beneficios asociados con la atención primaria de salud efectiva. Cuanto más fuerte sea el sistema de atención primaria de salud de un país, mayor será la calidad y la rentabilidad del sistema y mayor será su impacto en la salud.⁴⁴ Tal como señala IPCHS, los programas verticales orientados a la enfermedad ignoran, generalmente, las necesidades de los pacientes para acceder a servicios de atención médica más amplios. Por su parte, la atención primaria, cuando se constituye en componente esencial del sistema de salud, garantiza en gran medida la exhaustividad y la coordinación cuando se cuenta con los recursos adecuados. Para lograr estos fines, se propone considerar las siguientes acciones prioritarias:

- **Funcionamiento del modelo integrado de atención y fortalecimiento del primer nivel como puerta de entrada:** un paso temprano es lograr que el MSP tome la decisión de lograr estas metas en una provincia o región, así como la decisión de especializar ciertas UNAP para proveer los servicios de VIH. Para esto es necesario hacer un plan de implementación, que comenzaría con un levantamiento (definir roles: escuelas, familias, centros de deportes, parques, presencia de CNAP/UAP) y un mapa sanitario: identificar la población y sus necesidades de salud; qué recursos hay disponibles en términos de infraestructura y equipos humanos; cuáles son las brechas, necesidades de inversiones adicionales, de recursos humanos, de tecnología, de capacitación; qué funciona y qué no funciona; selección de los centros; definición de la cartera de servicios; cómo se va a financiar; cómo se va a mejorar el acceso a, y la calidad de los servicios.

Sugerencias emanadas del foro incluyen: la implementación de intervenciones comunitarias de seguimiento al diagnóstico, sensibilización del personal de salud y de la comunidad, fortalecimiento de servicios diagnósticos para acercarlos a la comunidad, fortalecimiento del apoyo psicológico del

⁴⁴ Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. Jan De Maeseneer et al. Br J Gen Pract. 2008 Jan 1; 58(546): 3–4.

diagnóstico VIH para mejorar adherencia y retención, capacitación del personal médico/enfermeras; guías/normas/ protocolos; adherencia (promotores, psicólogas); estigma y discriminación. Debe ser un plan escalonado que preserve los dos modelos en la transición, para que no se pierda lo que se ha invertido hasta ahora. Este plan podría realizarse este año electoral para presentarse al nuevo gobierno.

- **Desarrollar un plan de capacitación al personal del primer nivel de atención**, comenzando por determinar sus necesidades de capacitación. Dicho plan incluiría fortalecer las competencias en seguimiento al VIH, identificación oportuna de la coinfección y en la instauración temprana del tratamiento. Asimismo, se requieren entrenamientos en Guía Nacional de VIH, Coinfección TB/VIH, Consejería y Adherencia al tratamiento ARV. Del mismo modo, es importante continuar la implementación de la resolución 000015 del Ministerio de Salud Pública para la capacitación del personal no bioanalista del Primer Nivel de Atención para la realización de las pruebas de VIH.
- **Definición de paquetes integrales dentro del Seguro Familiar de Salud**, en lugar de listas de intervenciones. Parte del trabajo preliminar sería definir y tener claro qué es lo que se va a incluir en el paquete para atender a las personas con VIH y definir una cartera de servicios para cada nivel de atención. Modificar la forma en que se construye el paquete de prestaciones, en lugar de coberturas explícitas, establecer la integralidad de la atención en base a la priorización y la inclusión de servicios esenciales. En este sentido, constituye un avance la propuesta de la SISALRIL sobre reconocer al VIH como un problema de salud prioritario, que pesa de manera importante en la carga de enfermedad del país y que requiere de una cobertura garantizada.
- **Desarrollo de micro redes**: es importante el desarrollo de micro redes y que se documente el éxito de lo que ya existe, a fin de que sirva de ejemplo y abogacía para nuevos proyectos. Una sugerencia ya mencionada es que IDCP podría crear una micro red y ser la voz de algunas organizaciones de la sociedad civil, continuando su trabajo actual. Como paso inicial es necesario documentar y sistematizar estas experiencias para que sirvan de ejemplo de que es factible hacerlo.

4. Fortalecer la coordinación de la atención

Esta estrategia está íntimamente relacionada con el modelo de atención, pues a fin de que funcione la APS se necesita una coordinación entre los diferentes niveles de atención, lo cual tiene que estar fundamentada en los recursos tecnológicos y humanos adecuados.

Pero la coordinación va mucho más allá. Tal como señala el IPCHS, se necesita la adhesión de todas las partes interesadas a las mismas políticas, estrategias y planes nacionales en todos los sectores, utilizando enfoques sensibles al género, a través de acciones conjuntas y responsabilidad compartida. No se trata solamente de los servicios individuales, sino que es necesaria la coordinación intersectorial, que permita pasar de la curación a la prevención y promoción de la salud, donde todos los sectores que contribuyen a la producción social de la salud caminen en la misma dirección.

Algunas de las acciones que se proponen para fomentar esta cooperación y coordinación son las siguientes:

- **Coordinar la salud individual y la colectiva**, a fin de que se trabaje de manera conjunta en los determinantes sociales de la salud.
- **Cooperación financiera y cooperación técnica de los socios internacionales**, para que trabajen de manera coordinada hacia los mismos objetivos que se propone el país para mejorar su sistema de salud. Sugerencias incluyen un trabajo relacionado con compartir modelos exitosos, lograr un plan de monitoreo y evaluación fuerte, excelente captura de la información, gestión de la data, cumplimiento de hitos, análisis y síntesis de la información para que sirva de sustento a la toma de decisiones, apoyo para capacitaciones de recursos humanos.

5. Crear un entorno propicio

La creación de un entorno propicio consiste en la creación de conciencia para que las personas y las comunidades se comprometan con su propia salud y la de su entorno, que trabajen en pro de su bienestar, que comprendan la importancia de mejorar aspectos tales como la educación, el agua potable, el saneamiento, la nutrición, la perspectiva de género. Algunas de las acciones que se propone para avanzar en este sentido son las siguientes:

- **Documentación de los logros actuales:** un primer paso, previo a la preparación de la ruta crítica o plan de trabajo incluye el conocimiento de la situación actual, a través de conversaciones con los distintos organismos de salud de la RD y la cooperación internacional cuyos proyectos tienen metas de integración para programas de VIH. Un ejemplo es el proyecto de integración para optimizar la atención en la coinfección VIH/TB, cuyo primer informe incluye barreras, logros y características de lo que puede ser un modelo de integración exitoso. CONAVIHSIDA es un actor importante que puede poner sobre la mesa los logros y lo que se ha avanzado hasta nuestros días para garantizar que se preserve todo lo que se ha conseguido y así lograr una buena integración.

La revisión documental se enfocaría en resoluciones, marco legal y su cumplimiento, que daría un contexto sólido para las decisiones que es necesario tomar (se necesita, por ejemplo, revisar el marco regulatorio que protege a las poblaciones clave, la ley de discriminación preparada por CONAVIHSIDA, que no ha sido aprobada, etc.). Se ha sugerido también un estudio de iniciativas similares exitosas en otras partes del mundo. El resultado sería un claro panorama del progreso hacia la integración, de las leyes y resoluciones que afectan a los pacientes con VIH, a su atención, sus beneficios, etc., y de posibles ejemplos de iniciativas similares que han tenido éxito.

- **Crear conciencia en el sector empresarial:** otra tarea mencionada que podría ser parte de la ruta crítica. El Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP) traza las líneas a seguir en el CNSS y podría ayudar a crear conciencia sobre el VIH como una enfermedad crónica, lo que contribuiría a reducir el tema de estigma y discriminación; cambiar el orden de prioridades del financiamiento a la salud, invertir más en el primer nivel de atención ya que el grueso de los recursos del sistema de seguridad social, incluyendo SENASA, se invierten en financiar el alto costo.
- **Disminuir el estigma y discriminación** hacia las poblaciones clave y las personas viviendo con VIH, para cambiar la imagen que la gente tiene de un paciente de VIH y mostrar que ahora ya es una enfermedad crónica; estas iniciativas deben acompañar cualquier proyecto de integración. A nivel de universidad, enseñar sobre cómo actuar con un paciente de VIH. involucramiento del Ministerio de Educación.

Según algunas de las personas entrevistadas para la realización de este trabajo, el presente año electoral puede ser un momento crítico que amenace la gobernanza del sistema y las actividades en curso. Al mismo tiempo es una oportunidad para dejar en su lugar una ruta y un plan de acciones que garanticen el futuro de los cambios.

ANEXO 1: TÉRMINOS DE REFERENCIA

REVIEW: INTEGRATION OF HIV SERVICES IN THE LAC REGION

BACKGROUND

Latin America and the Caribbean (LAC) countries have committed, through the Sustainable Development Goals (SDGs) adopted in 2015, to end preventable child deaths, end the epidemics of AIDS, tuberculosis and malaria, and achieve universal health coverage. Those goals are expected to be met in a context of changing epidemiological profile of many infectious diseases, the rise of non-communicable diseases, an increasing number health security threats as well as expectations for already burdened systems to deliver higher-quality care and a broader package of health services to respond to people's needs.

Overall, integrated service delivery at the point of care has been suggested as one way to improve efficiency and expand coverage. The Global Fund's Strategy 2017-2022 *"Investing to End Epidemics"* recognizes that disease-specific programs, including HIV, tuberculosis and malaria, must be integrated into platforms for integrated service delivery, such for example, an antenatal care or integrated community case management organized around the health needs of the population and social expectations.

Specifically, on HIV and the Latin America Region, available analyses on the sustainability of the HIV response identify the need to advance in integrating national HIV programs within the broader national health system to achieve ambitious HIV goals, sustain and scale up coverage of priority interventions and spread costs associated with controlling the epidemic.

Overcoming the disease-specific structures and thinking and ensuring that the disease-control programs are embedded within the existing health system, pose considerable challenges to policy makers and implementers wishing to embark on integrated HIV control. Integrated service delivery requires a shift across the health system – from the way services are organized and delivered at the facility-level to the way national disease programs are planned, funded and implemented at the national level. The practice of integrating services comes also with associated risks and difficulties in implementation¹. For example, in the case of the HIV response, the significant level of stigma and discrimination against key populations in the LAC region, where most countries have concentrated epidemics, as well as the weak capacity of the primary care level in some countries have raised concerns about the feasibility of providing good quality HIV services for key populations in primary care units. Another risk is that by removing vertical HIV programs, the participation of civil society and key population in decision making processes is expected to significantly reduced/disappear. Understanding those concerns and the capacity of the countries to addressing them is necessary to determine the feasibility of promoting further integration of the HIV response.

In order to continue supporting countries to implement sustainable HIV responses while contributing to UHC, and looking ahead to the next Global Fund allocation and consecutive round of funding request, this review to be conducted in two different countries in the Latin America and the Caribbean region (Jamaica and Dominican Republic) aims to strengthen the knowledge and stimulate thinking both at country level and at GF Secretariat level, about key challenges and solutions for countries to advance in the implementation of efficient integrated HIV programs.

¹Some of these challenges mentioned in the literature include, the fact that restructuring may cause resentment among managers, in some cases leading to obstruction and other difficulties in managing the process; or the need for substantial training. Staff at all levels will need to acquire new knowledge about the additional diseases they are now meant to control, and about the collection and interpretation of data to monitor and evaluate their integrated programmes.

Objectives

General objective:

The main objective of this thematic review is to better understand the current status of integration and identify bottlenecks that prevent further integration of national HIV programs in the Jamaica and Dominican Republic health systems.

The proposed review will generate information and evidence that is expected to be used by the countries' stakeholders, Global Fund and partners to inform the planning and implementation of integration efforts (including potential requests for funding from the Global Fund and other donors), with the final aim of supporting the countries to improve health outcomes and service outcomes (coverage, efficiency, etc.).

Specific objectives:

Specifically, the review is aimed at:

- a) Assessing the level of integration of HIV program in the rest of the health system in terms of governance, financing, management system and service delivery in Jamaica and Dominican Republic;
- b) Identifying bottlenecks at different levels of the system in these countries to operationalize integration, including cross-program integration of policies, planning, processes, institutional capacity and health financing;
- c) Identifying opportunities for incremental integration, ensuring key principles of the HIV response (i.e. participation of people affected by the disease) are retained;
- d) Facilitating country discussion and supporting the countries in the design of a feasible roadmap for incremental integration (*scope to be confirmed based on the assessment*);
- e) Providing recommendations to the GF LAC team on how GF can support integration in order to contribute to more sustainable responses.

I. Scope of Work

Geographic scope: For this review, the two selected countries are Jamaica and Dominican Republic.

The current thematic review will provide a comprehensive analysis of the current country context, identifying and documenting options, progresses, challenges and solutions in the planning and implementation of integrating HIV programmes in the specific country health system. In this analysis the consultant/s is/are expected to collect meaningful information on the different dimensions and levels of integration (governance, service delivery, health management systems and financing) of the HIV programme for each country and, if relevant, propose recommendations and strategies for further integration.

Integration can be understood in multiple ways. According to the most recent WHO definition, integrated health services are health services that are managed and delivered so that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, at different levels and sites of care within the general health system and according to their needs throughout their life course.

Supporting integrated health services does not mean that everything must be integrated into one package nor necessarily delivered in one place. It does mean that services must be arranged so that they are not disjointed and are easy for the user to navigate. This, in turn, means that providers must have management support systems (e.g., procurement and supply chain systems, health information systems, financial management systems, etc.) in place to foster integration and make the best use of resources. For that reason, this review is expected not only to analyze the level of integration in *service delivery* (arrangement of a defined package of health services for each level of care and a functional referral system) but also the situation at multiple levels, specifically: *governance* (coordination of strategic and operational planning across the disease-specific programs); *financing and health systems management* (functional alignment of

systems, including PSM, HMIS, HRH and laboratory systems). Finally, in order to support adequate planning and implementation, the analysis also collects information about the level of current political commitment on HIV program integration.

The assessment should be guided by the vision of improving health outcomes and service outcomes (coverage, efficiency, etc.). While covering all the areas listed above, the assessment should be designed and implemented ensuring that it clearly explains how improvements on those areas will result in outcomes in terms of the effective coverage, readiness, availability and utilization of key HIV services (prevention, testing and treatment), with focus on key populations; acceptability of services especially by most vulnerable populations, quality and efficiency of HIV services and the continuum of care.

The assessment should be based on a solid reference framework, build on the experiences and lessons learnt through the multiple assessments implemented globally by technical and funding partners including WHO², USAID or PEPFAR (as an example, see below the Results Framework for the Integration Principle³). The selected reference framework should be clearly explained in the technical proposal and used to define the methodology and structure the reports.

ANEXO 2: LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

FONDO MUNDIAL

- 1) Serena Buccini, Gerente de Portafolio para la RD
- 2) Yamil Silva Cabrera, Especialista M&E. Equipo de País
- 3) Carmen González, Transición y sostenibilidad

GOBIERNO

SNS (Servicio Nacional de Salud)

- 4) Hilda Cruz, Directora Atención Primaria
- 5) Merary Encarnación, Coordinadora Programa ITS VIH/SIDA
- 6) Ilda Natera, Coordinadora proyecto FM
- 7) Milka Diaz, Unidad de Medicamentos/UNGM
- 8) Emmanuel Moquete, Coordinador de Servicios Laboratorio y Sangre

CONAVIHSIDA

- 9) Víctor Terrero, Director Ejecutivo
- 10) Ivelisse Sabbagh, Gerente Técnica, Proyecto Fondo Mundial
- 11) Clotilde Peña, Especialista en M&E, Proyecto Fondo Mundial
- 12) Nurys Amador, Especialista en M&E, Proyecto Fondo Mundial

IDCP (Instituto Dermatológico y de Cirugía de Piel)

- 13) José Vicente Ruiz, Gerente Técnico, Proyecto Fondo Mundial
- 14) Víctor Pou, Director IDCP
- 15) Jennifer Reyes Bruguera
- 16) Luis Moreno
- 17) Danilo Rincón
- 18) Abnerys Ruiz
- 19) Misael Carrera
- 20) Emy Estévez
- 21) Wanda Feliz Brown
- 22) Yoly Quinteros
- 23) George Skupochousky

DIGECITTS

- 24) Luis E. Feliz Báez, Director
- 25) Nurys Vargas, técnica del departamento de M&E
- 26) José Ledesma asesor técnico también de la DIGECITSS
- 27) Luis Caminero. médico infectólogo

SENASA

- 28) Jeffrey Lizardo. Gerente de Salud

MSP

- 29) Albert E. Fiallo, Asesor del Ministro de Salud Pública

SOCIEDAD CIVIL

REDOVIH

- 30) Dulce Almonte, Directora Ejecutiva

INSALUD

- 31) Giselle Scanlon, Directora Ejecutiva

COIN

- 32) Santo Rosario, Director Ejecutivo

CENTRO DE INVESTIGACION Y APOYO CULTURAL

- 33) Nicomedes Castro, Director Ejecutivo

COOPERACION INTERNACIONAL

ONUSIDA

- 34) Betania Betances, Directora País

35) Yordana Dolores, Oficial M&E

OPS/PAHO

36) Rafael Rodríguez, Consultor nacional de la OPS

37) Hernán Rodríguez, Coordinador de sistemas de salud

USAID

38) Carolina Piña, Gerente de Proyectos de USAID

39) Nassim Diaz, Gerente Proyecto SHOPS

CDC

40) Leonel Lerebours, Médico epidemiólogo especialista TB-VIH

OTRAS ENTREVISTADAS

CONSULTORA

41) Claudia Valdez

COLUMBIA University, NY

42) Silvia Cumto-Amesty, catedrática

ANEXO 3: DOCUMENTOS REVISADOS

- Aceso Global, Opciones de Financiación Pública de las ASFL en la República Dominicana. Santo Domingo: 2018.
- Aceso Global. 2017. Informe de País: República Dominicana, Análisis de la Preparación para la Transición.
- ADESA, 2019. Atención Primaria en Salud: Situación y retos en la República Dominicana. Santo Domingo: 2019.
- Barilla, Valdez, Espinosa. La organización de un sistema único de gestión del suministro de medicamentos e insumos en República Dominicana: avances y desafíos
- Caribbean Regional Strategic Framework on HIV and AIDS, CARICOM/PANCAP, 2014.
- Claudia Valdez: Informe final: Estudio sobre discriminación hacia poblaciones clave en servicios de salud y población en general. Enero 2017
- CONAVIHSIDA-SISALRIL. 2019. Nota Técnica. Propuesta: Modelo de gestión técnico, administrativo y financiero que garantice el acceso a los ARV a la población con VIH en el marco de la seguridad social dentro del Sistema de Atención Integral de Personas Viviendo con VIH.
- Consorcio de Salud de Cataluña y FODESA. 2017. Desarrollo operativo e implantación del Modelo de Atención en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Presentación de informe final. Santo Domingo. Medición del Gasto en SIDA (MEGAS 2018). Santo Domingo.
- Fundación Plenitud / CONAVIHSIDA. 2014. Medición de Gasto en SIDA 2012. Santo Domingo: 2014.
- Fundación Plenitud, Financiamiento del sistema de salud en la República Dominicana. Santo Domingo: 2018.
- Hernández, Nelson. 2014. Costeo y sostenibilidad financiera de las intervenciones en VIH-SIDA. Presentado al CONAVIHSIDA y al CNSS: Memoria Anual 2014. Santo Domingo, República Dominicana: CNSS.
- <https://plataformalac.org/en/2017/12/call-for-action-third-latin-american-and-caribbean-forum-road-to-ending-aids-in-lac/>
- Lizardo, Jeffrey. 2014. Estimaciones del Costo Per-Cápita anual para la inclusión de los antirretrovirales en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social. Presentado al CONAVIHSIDA y al CNSS: CNSS Memoria Anual. Santo Domingo, República Dominicana: CNSS.
- Ministerio de Salud Pública. 2016. Modelo de atención. Santo Domingo: 2016.
- Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincia Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana, Ministerio Salud Pública República Dominicana, 4/4/2017.
- MSP, 2019. Compendio Estadístico de Cuentas de Salud 2004-2017. División de Cuentas Nacionales de Salud.
- MSP, CONAVIHSIDA (2018). Estrategia de Sostenibilidad y Resiliencia. Informe final de consultoría PHAROS. Santo Domingo: 2018.
- MSP, CONAVIHSIDA (2019). Plan Estratégico Nacional (PEN) para la prevención y el control de las ITS, VIH y SIDA, 2019-2023. Santo Domingo: 2019.
- MSP, Directorio de Servicios de Atención Integral.
- MSP, Estimaciones nacionales y proyecciones de prevalencia de VIH y carga de enfermedad, 2016.
- PNUD / MSP / SNS / CONAVIHSIDA. 2019. Conclusiones del evento “De la producción del dato al uso del dato: Avanzando hacia las metas de Acción Acelerada de VIH y Sida al 2020”. Noviembre de 2019. Santo Domingo.
- Presentación del Plan Operativo Anual 2019 - PEPFAR COP19, sept 4, 2019

- Rathe y Moliné. 2011. Mapa del Sistema de Salud de la República Dominicana. Revista Mexicana de Salud Pública. México: 2011.
- Rathe y Suero. 2017. Salud, visión de futuro: 20 años después. INTEC-Fundación Plenitud. Santo Domingo: 2017.
- Rathe, M. 2018. Dominican Republic: Implementing a health protection system that leaves no one behind. The World Bank. Washington, DC: 2018.
- Servicio Nacional de Salud, Cierre de Brechas de Centros de Primer Nivel de Atención y Recursos Humanos a nivel nacional. Dirección de Primer Nivel de Atención. Santo Domingo, 2019.
- Servicio Nacional de Salud, Avances Ruta Crítica y Desafíos para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Dirección de Primer Nivel de Atención. Santo Domingo, 2019.
- Servicio Nacional de Salud. 2018. Plan de Formación y Capacitación del Desarrollo del Talento Humano de la Red Única de Servicios Públicos de Salud. Propuesta preparada por: Amelia Teresa De León Reyes y Maritza Martínez. Santo Domingo.
- Valdez, C., E, B., I, C., & L., L. (2017). Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
- Valdez, Claudia, Jonathan Cali y Carlos Ávila. 2017. Brechas financieras a la respuesta nacional al VIH y al SIDA. Bethesda, MD y Santo Domingo. Proyecto de Financiamiento y Gobernanza, Abt Associates.
- WHO. 2016. Framework on integrated, people-centered health services. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO-ADGO CDS, Global Fund. High level policy brief. Accelerating UHC, ending epidemics of HIV, TB, Malaria & other communicable diseases through integrated, people-centred integrated health services (draft)

ANEXO 4: CARTERA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SNS

| | |
|---|--|
| Servicios de Atención a Personas Adultas | <p>Detección Precoz de Cáncer de Mama</p> <p>Atención a Usuarios con Patología Respiratoria</p> <p>Atención Domiciliaria Usuarios Inmovilizados (Discapacidad Motora, Adultos mayores de Alto Riesgo)</p> <p>Atención en Cuidados Paliativos (problemas terminales)</p> <p>Control y Seguimiento a Usuarios con Anticoagulantes Orales</p> <p>Captación, Detección y Seguimiento de personas con trastornos de la Salud Mental</p> <p>Fisioterapia (Apoyo a las labores de Rehabilitación y Reinserción Social de Personas con Discapacidad)</p> <p>Cirugía Menor y Cura</p> |
| Servicios de Prevención, Detección y Seguimiento a Condiciones Priorizadas | <p>Prevención y Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunas (Programa Ampliado de Inmunización PAI)</p> <p>Prevención, Detección y Seguimiento al Tratamiento de Hipertensión Arterial.</p> <p>Prevención, Detección y Seguimiento al Tratamiento de Diabetes Tipo I y Tipo II</p> <p>Prevención y Tratamiento a Usuarios con Infección de Transmisión Sexual (ITS/VIH/SIDA)</p> <p>Prevención, Detección y Seguimiento al Tratamiento de la Tuberculosis</p> <p>Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva (incluye Pre y Post prueba de VIH)</p> <p>Prevención, Detección y Seguimiento a Usuarios con Hepatitis B</p> <p>Prevención y Seguimiento al Usuario con Trastornos Lipídicos</p> <p>Prevención y Seguimiento a Usuarios con Obesidad</p> <p>Prevención, Detección, Tratamiento Enfermedades Transmitidas por Vectores (Dengue, Malaria, otros)</p> <p>Prevención, Detección y Tratamiento de Zoonosis (Mordeduras de ratas, perros, gato, hurón, entre otros)</p> <p>Prevención y Atención Orientada al Consumo de Alcohol, Tabaco, Hooka y otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Prevención y Detección de Patologías frecuentes del Adulto Mayor y/o Atención del Adulto Mayor de Alto Riesgo</p> |
| Servicios de Promoción de la Salud | <p>Información, Educación y Comunicación sobre la Salud Oral</p> <p>Promoción a la Lactancia Materna</p> <p>Promoción en la Infancia de Hábitos Saludables</p> <p>Promoción de la Salud en los Adolescentes</p> <p>Promoción de Estilos de Vida Saludable</p> <p>Educación para la Prevención de Riesgo Cardiovascular</p> <p>Educación para la Prevención de Violencia Intrafamiliar</p> <p>Educación para la Salud: (En diferentes escenarios)</p> |
| Vigilancia de la Salud | Vigilancia de Salud (Notificación oportuna al SINAVE y medidas de control individual) |
| Referencia y Contrarreferencia | <p>Remisión a otros Niveles (Referencia)</p> <p>Recepción y seguimiento a egresos de otros niveles (Contrarreferencia)</p> |
| Farmacia | Dispensación Medicamentos Recetados acordes Cuadro Básico Medicamentos Esenciales y el PBS |
| Servicios Diagnostico y de Laboratorio | Toma de Muestra para Exámenes de Laboratorio acordes al protocolo |
| Servicios de Urgencias | <p>Consulta de Urgencias</p> <p>Gestión de Traslado</p> |

ANEXO 5: RESPUESTA A LAS PRINCIPALES PREGUNTAS INCLUIDAS EN EL INFORME DE INICIO⁴⁵

1. *¿El concepto de integración de servicios de salud ha sido formalmente respaldado por el sector de la salud? ¿Qué aspecto tiene en la práctica (es decir, cuál es el alcance mediante la evidencia por la cual funcionarios gubernamentales y otros socios relevantes del sector de la salud demuestran sus compromisos)? ¿Quiénes y / o cuáles son los principales impulsores políticos y las barreras a la integración?*

El concepto de integración de los servicios de VIH al sistema de salud se encuentra específicamente incluido en el Plan Estratégico Nacional para el VIH y el SIDA (PEN), como parte de la estrategia de sostenibilidad de la Respuesta Nacional. Dicho plan ha contado con el apoyo de todas las instituciones públicas del sector salud, incluyendo su autoridad máxima, el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud, que son las instituciones encargadas de definirlo y ponerlo en práctica. No obstante, actualmente dicha integración sólo existe (según lo expresado en las entrevistas con los actores clave) en algunos de los servicios de salud gestionados por las ASFL. En los SAI del sector público los servicios todavía se ofrecen de manera paralela.

2. *¿Cuál es la capacidad del Ministerio de Salud para dirigir y administrar los diferentes programas / servicios?*

En la actualidad, el MSP no gestiona los servicios individuales de salud, sino que ejerce una función rectora y dirige los programas de salud colectiva. Es el Servicio Nacional de Salud (SNS) el que gestiona los servicios individuales, dentro de los cuales está el primer nivel de atención, así como los correspondientes a VIH, que se entregan de manera separada en los SAI. La capacidad de gestión de ambas instituciones, aunque ha mejorado, tiene todavía muchas deficiencias y necesita fortalecimiento.

3. *¿Cómo se organiza y visualiza actualmente el programa de VIH dentro de la estructura de salud? ¿Existe una autoridad coordinadora para el VIH? Si es así, ¿cuáles son sus vínculos con otros organismos de coordinación?*

Existe el Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA), como entidad coordinadora interinstitucional e intersectorial de la respuesta nacional, presidido por el Ministerio de Salud Pública. Dentro del MSP existe la DIGECITTS, un departamento a cargo de elaborar las políticas, planes, protocolos de atención, etc. Los servicios propiamente se encuentran ubicados dentro de centros de salud que son parte del Servicio Nacional de Salud. Asimismo, existen también organizaciones de la sociedad civil, ASFL, que gestionan servicios de atención al VIH. Todos estos se denominan Servicios de Atención Integral (SAI).

4. *¿Tiene el país mecanismos formales para que las comunidades participen en las decisiones que afectan cómo se diseña, organiza y entrega su atención?*

No tiene mecanismos formales. Hay juntas de vecinos y posiblemente a través de las alcaldías se podría organizar su participación. Las organizaciones de la sociedad civil que representan intereses de algunos

⁴⁵ Todas las respuestas a estas preguntas están incluidas en el texto del informe pero se decidió elaborar este anexo para responderlas de manera específica.

usuarios son el principal medio de participación de éstos; en el caso del VIH serían las entidades que agrupan las personas VIH+ y las que representan poblaciones clave.

5. *¿Qué ven los usuarios finales de los servicios de VIH como los principales beneficios y desventajas de la integración de los servicios de VIH?*

Según la opinión de personas afiliadas a una de las redes de personas que viven con VIH, los principales beneficios serían la cercanía de los servicios al lugar de residencia de las personas, la reducción del gasto de bolsillo en transporte, la comodidad. La principal desventaja es el estigma que se auto infligen muchos de los afectados, pues no quieren ser reconocidos como VIH+.

6. *¿Dónde se prestan actualmente los servicios de salud y VIH? ¿Cómo se coordina esa atención con otros servicios? ¿Cuáles son los sistemas de referencia entre servicios?*

Los servicios de VIH se prestan en los Servicios de Atención Integral, que son entidades ubicadas en su mayor parte en hospitales de tercer nivel, pero separadas del resto de los servicios. Hay muy poca coordinación entre ambas partes del hospital y poca o ninguna información sobre los sistemas de referencia.

7. *¿Cuáles serían los principales cuellos de botella si los servicios de VIH se prestaran en las unidades de atención primaria de salud? ¿Los proveedores de servicios de VIH estarían abiertos a proporcionar una gama más amplia de servicios? Si los servicios de VIH se integraran más, ¿qué cambios en los recursos humanos serían necesarios?*

El principal cuello de botella es la falta de capacidad resolutoria del primer nivel de atención: deficiencias de infraestructura, recursos humanos y equipamiento. Posiblemente la principal sea la cantidad y capacidad de los recursos humanos. No existe información adecuada sobre los servicios que ahora presta el primer nivel de atención, pero se sabe que es deficiente. Para prestar los servicios de VIH se requieren capacidades superiores, es decir que no se trata de que estén dispuestos a prestarlos, sino que actualmente no tienen la capacidad. Se necesita contratar más personal y capacitar el que se tiene en la actualidad, comenzando en zonas priorizadas por el SNS.

8. *Cuántos sistemas de información hay en el sector de salud del gobierno (por ejemplo, ¿el programa de VIH tiene su propio sistema de información?)*

Hay nueve sistemas de información (page 22), fuentes para la construcción de los indicadores que evalúan el desempeño de los actores clave de la respuesta, monitorean y evalúan la disponibilidad de insumos, entrega de servicios e intervenciones, resultados obtenidos e impacto. Los diferentes sistemas alimentan el Sistema Único de M&E, SUME, coordinado por CONAVIHSIDA. A través de la Mesa Técnica de M&E se coordina, recoge, mantiene y da seguimiento a todos estos sistemas. Dicha mesa tiene a su cargo el seguimiento del PEN dentro del sistema de salud.

9. *¿Cómo son los sistemas de adquisición y cadena de suministro en el país? ¿Cuán integrados están?*

La compra, suministro y logística del sistema de medicamentos para VIH, nació también en forma paralela, pero se han dado pasos importantes para su integración. La Disposición Ministerial número 00019-2010, instituyó el SUGEMI (Sistema Unificado de Gestión de Medicamentos) como el mecanismo institucional para la organización del sistema de suministro de medicamentos en la Red Pública de Servicios de Salud y estableció responsabilidades institucionales a sus cinco componentes: la Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos, el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Abastecimiento Logístico, las Unidades Regionales de Gestión de Medicamentos, los Programas de Control de Enfermedades y los establecimientos de salud. Aún quedan por integrar en SUGEMI el Programa de Malaria, el Programa Materno Infantil y el Programa Inmunizaciones,

De igual manera, hay aun requisiciones paralelas y almacenamientos separados y en ocasiones falta de coordinación en los procesos de entrega.

10. ¿Cuáles son las fuentes de fondos para el sistema de salud / servicios de salud? ¿Cómo se coordinan los programas entre sí en términos de planificación y presupuesto? ¿Los servicios para el VIH son parte de un paquete de beneficios comunes o se consideran en la práctica por separado fuera de un paquete de servicios básicos?

El sistema dominicano de salud está financiado, por un lado, en fuentes públicas, principalmente originadas en impuestos generales y contribuciones a la seguridad social y, por el otro, en gastos de bolsillos de los hogares, que representan alrededor del 42% del gasto corriente en salud. Los fondos de la cooperación internacional son relativamente bajos. No obstante, como tienen una importante condicionalidad, son muy importantes para orientar las políticas públicas.

Existe poca coordinación en términos de planificación y presupuesto y, generalmente, los recursos se asignan en base a presupuestos históricos. Los servicios de VIH son parte de un programa de naturaleza vertical, aunque en el Seguro Familiar de Salud se han ido incluyendo intervenciones, particularmente las relacionadas con el diagnóstico de la enfermedad y con su monitoreo. Los ARV se encuentran específicamente excluidos y, en la actualidad, se han encaminado acciones para incluirlos.