



Informe de País: República Dominicana

Análisis de la Preparación para la Transición

Aceso Global

1400 16th Street NW, Suite 430, Washington DC 20036
www.acesoglobal.org | abonfert@acesoglobal.org

29 de agosto, 2017
Informe final

Este informe ha sido elaborado en colaboración con APMG Health.



APMG Health Inc.
5618 Kansas Avenue NW
Washington DC 20011
www.apmghealth.com

Agradecimientos

Este Informe de País ha sido preparado por Daniel Maceira, Anna Bonfert, Danielle Parsons y Carlos García de León. Maureen Lewis y Abid Shah brindaron su asesoramiento y apoyo de principio a fin y Kiran Correa proporcionó una excelente ayuda de investigación. Agradecemos a Michael Borowitz, Annelise Hirschmann, Cristina Riboni, Carmen Gonzalez y Anouk Chevalier por su orientación, comentarios y apoyo en la elaboración de este Informe de País.

También agradecemos a nuestros homólogos en la República Dominicana por sus inestimables contribuciones y la facilitación durante la visita al país y el proceso de recopilación de datos. Sus aportaciones durante las entrevistas realizadas en profundidad con diferentes departamentos del Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo han sido muy valiosas para este análisis. Queremos agradecer el apoyo recibido por el comité de coordinación, conformado por Bethania Betánces (ONUSIDA RD) y Belkys Marcelino (PNCT), que fueron puntos centrales de comunicación; asimismo expresamos nuestro agradecimiento a Ivelisse Sabbagh (CONAVIHSIDA), José Vicente Ruiz (IDCP), Jose Enrique Rojas y Julia Javier (MSP) en representación de los Receptores Principales, y a Jo Jeane Elenes (USAID) y Robert Adames (Coalición ONG-Sida). Sinceramente apreciamos el tiempo y la atención que han dedicado a este proyecto. Finalmente, agradecemos a todos los representantes de la sociedad civil con los que nos reunimos por compartir sus experiencias y preocupaciones con nosotros. En el Apéndice 1 se incluye una lista de todas las partes interesadas que hemos consultado.

Este Informe de País se basa en la Guía que Aceso Global y APMG Health desarrollaron para orientar los Análisis de Preparación para la Transición en países de América Latina, entre otros. Para una descripción detallada de la metodología del informe, por favor, consulte la Guía, disponible en [nuestra página web](#).

Esta Guía se basa en el trabajo de diversas organizaciones, poniendo de manifiesto el enorme valor de la colaboración interinstitucional. En particular, hemos tomado como referencia el Marco de Evaluación de la Preparación para la Transición de Curatio, la Evaluación de la Preparación para Poblaciones Clave del Proyecto de Política de Salud HPP/PEPFAR, la Lista de Verificación para la Planificación de la Transición del Banco Mundial, la Herramienta de Preparación para la Transición de la Red Eurasiática de Reducción de Daños (Eurasian Harm Reduction Network), y el Índice de Sostenibilidad y Tablero de mando de PEPFAR.

Índice

LISTA DE ABREVIACIONES	5
1. INTRODUCCIÓN	7
2. RESUMEN DEL APOYO DEL FONDO MUNDIAL	10
2.1 EL APOYO FINANCIERO Y NO FINANCIERO DEL FONDO MUNDIAL	10
2.2 HISTORIAL DE ABSORCIÓN	12
3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y RESPUESTA NACIONAL	15
3.1 VIH	15
3.2 TUBERCULOSIS	20
3.3 CO-INFECCIÓN TB/VIH	27
4. ENTORNO FAVORABLE E INSTITUCIONAL, DERECHOS HUMANOS Y GÉNERO	29
4.1 ENTORNO INSTITUCIONAL	29
4.2 ENTORNO FAVORABLE	31
4.3 DERECHOS HUMANOS Y GÉNERO	34
5. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD Y TRANSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD	37
5.1 EL SISTEMA DE SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	37
5.2 PANORAMA MACROECONÓMICO Y FISCAL	40
5.3 GASTO EN SALUD Y GESTIÓN FINANCIERA PÚBLICA	41
5.4 FINANCIACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL VIH Y LA TB	47
5.5 FINANCIAMIENTO FUTURO DEL SECTOR SALUD	53
6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ADQUISICIONES, RECURSOS HUMANOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	57
6.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	57
6.2 ADQUISICIONES Y GESTIÓN DE LA CADENA DE SUMINISTRO	62
6.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN	63
6.4 RECURSOS HUMANOS	64
7. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL	66
7.1 ESTADO ACTUAL DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL	66
7.2 SOSTENIBILIDAD Y RESILIENCIA DE LA SOCIEDAD CIVIL MÁS ALLÁ DE LA TRANSICIÓN	68
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
9. BIBLIOGRAFÍA	79
10. APÉNDICE	86
APÉNDICE 1: LISTA DE ORGANIZACIONES Y ENTIDADES CONSULTADAS	87

APÉNDICE 2: SUBVENCIONES EN CURSO PARA VIH Y TB	88
APÉNDICE 3: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS ADICIONALES	93
APÉNDICE 4: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA (PEFA) REPÚBLICA DOMINICANA 2016	101
APÉNDICE 5: BRECHAS EN LA COBERTURA DE LAS PRUEBAS DEL VIH, 2013-2016	102
APÉNDICE 6: ANÁLISIS DE OPCIONES DE FINANCIAMIENTO PÚBLICO DE LA SOCIEDAD CIVIL	103
APÉNDICE 7: SEGUIMIENTO PLAN ESTRATÉGICO RESPUESTA NACIONAL A LA TB – RESULTADOS 2015 Y 2016	108

Lista de Abreviaciones

ALC	América Latina y el Caribe
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
ARV	Terapia antirretroviral
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
CONACO	Comité Nacional de Co-infección TB-VIH
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional para el VIH y SIDA
OSC	Organización de la Sociedad Civil
DIGECITSS	Dirección General para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
FBR	Financiamiento basado en los resultados
FM	El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GFP	Gestión Financiera Pública
GoRD	Gobierno de la República Dominicana
HSB	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
IDCP	Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel
ITS	Infecciones transmitidas sexualmente
LGBT	Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans
MCF	Mecanismo de Continuación de Financiamiento
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MDR-TB	Tuberculosis Multirresistente
M&E	Monitoreo y evaluación
MEGAS	La Medición del Gasto en VIH/SIDA
MEPyD	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
MdH	Ministerio de Hacienda
MdT	Modos de Transmisión
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadísticas
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBS	Plan Básico de Salud
PC	Poblaciones Clave
PDSS	Plan de Servicios de Salud
PPL	Personas privadas de libertad

PEFA	Evaluación del gasto público y la gestión financiera
PEN	Plan Estratégico Nacional
PEPFAR	Plan de Emergencia del presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PVVIH	Personas que viven con el VIH
PNCT	Programa Nacional Contra la Tuberculosis
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
PORTIA	Seguimiento de Recursos y Evaluación de Inversiones Orientado al Desempeño (Performance-Oriented Resources Tracking and Investment Assessment)
RP	Receptor Principal
PROMESE/CAL	Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico
PrEP	Profilaxis Pre-Exposición
RD	República Dominicana
RRHH	Recursos Humanos
RR-TB	Tuberculosis resistente a la Rifampicina
SAI	Servicio de Atención Integral
SDSS	Sistema Dominicano de Seguro Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIOE	Sistema Operacional y Epidemiológico
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SNS	Sistema Nacional de Salud
SR	Sub-receptor
SRS	Servicios Regionales de Salud
SUGEMI	Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (para TB)
TB	Tuberculosis
TRANS	Transgénero
TMH	Transmisión de madre a hijo
TPI	Terapia preventiva con isoniazida
TRSX	Trabajadoras sexuales
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNAP	Unidad de Atención Primaria
VIDBC (IBBS)	Vigilancia Integrada de Datos Biológicos y del Comportamiento
VIH/TB	VIH/Tuberculosis

1. Introducción

Este informe resume los resultados del Análisis de la Preparación para la Transición en la República Dominicana. Se basa en una Guía elaborada por Aceso Global y APMG Health, con el apoyo financiero y técnico del Fondo Mundial (FM), con el objeto de ayudar a los países a realizar su análisis y planificación para la transición.

La República Dominicana (RD) es un país caribeño de ingreso medio-alto que abarca dos tercios de la isla La Española, que comparte con Haití. Aunque el país está dividido en diez regiones administrativas, su población de más de 10,5 millones está concentrada en las áreas urbanas de las regiones costeras, mientras el interior está menos desarrollado y la densidad poblacional es más baja. La migración de Haití contribuye considerablemente a la población de RD, con un estimado de 7% de descendencia haitiana entre sus habitantes.

La tabla 1 resume los indicadores clave para RD, en la que se comparan los datos de 2004, cuando se otorgó la primera subvención del Fondo Mundial, con los datos más recientes. Tras una fuerte crisis financiera a inicios de la década del 2000, el crecimiento económico experimentó una considerable recuperación en la década siguiente, impulsado principalmente por la construcción, la minería, los servicios financieros, la industria local, el comercio, el transporte y el turismo. El crecimiento promedio anual entre 2004 y 2015 fue de 5,6%, y el PIB per cápita aumentó a más del doble durante este período. El gasto público creció paralelamente con el crecimiento económico, con un incremento del gasto en salud per cápita a paridad del poder adquisitivo (PPA) de US\$304 en 2004 a US\$580 en 2014. Los gastos de bolsillo en salud han disminuido durante el mismo período, de 52,1 a 21,1% del gasto total en salud, encontrándose ahora por debajo del promedio regional (31,7%).

Tabla 1: Indicadores clave para República Dominicana, 2004 y datos disponibles más recientes

Indicador	2004 (Año de la primera subvención de FM)	Último año disponible
Índice de Desarrollo Humano de la ONU	98 de 177	99 de 188 [2016]
Población	9.102.997	10.528.391 [2015]
Población urbana	6.007.523	8.315.323 [2015]
Índice de recuento de la pobreza en las líneas de pobreza nacional (% de población)	50%	32,4% [2015]
Índice GINI	52,0	47,1 [2013]
PIB per cápita	\$2.421,10	\$6.468,47 [2015]
Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas mayores de 15 años)*	87,0% [2002]	92,5% [2015]

Fuentes: World Bank DataBank (2017) e UN Human Development Index Reports (2004/2016)

*La tasa de alfabetización de adultos no está disponible para 2004. La cifra dada es para el año más próximo con datos disponibles.

A pesar de estos logros y en contraste con la región de América Latina y el Caribe (ALC), en conjunto, República Dominicana aún se encuentra muy atrasada en términos de crecimiento y gasto social debido en parte a la débil capacidad del estado de generar ingresos. En 2014, el gasto público per cápita en salud en ALC era 2,5 veces superior al de República Dominicana, donde sólo alcanzaba US\$714, con el gasto público promedio en salud en ALC de 3,8% del PIB, contra el 2,9% en República Dominicana. A nivel interno, el crecimiento ha sido poco equitativo. Mientras que las tasas nacionales de pobreza han disminuido, en 2015 al menos un tercio de los dominicanos continuaban viviendo por debajo del umbral de pobreza y la tasa de desempleo continuaba siendo muy alta. Existen poblaciones específicas, en las que se incluye a un elevado número de inmigrantes haitianos, que se encuentran particularmente en desventaja debido a desafíos agravantes, como son la barrera de idioma, la falta de estatus legal y la discriminación persistente, todo lo cual afecta el acceso a los servicios sociales, incluyendo los de la salud.

Las reformas del sector salud aprobadas en 2001 abrieron camino a la separación de funciones en el sistema de salud dominicano. Como resultado de ello, las funciones de formulación de políticas, provisión, financiación y adquisiciones en salud se han dividido entre diferentes instituciones que incluyen el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Sistema de Seguridad Social (SDSS) y el Programa de Medicinas Esenciales (PROMESE/CAL).

Al igual que en muchos países de ingresos medio-alto, en la última década han aumentado las tasas de enfermedades no transmisibles en República Dominicana, siendo las enfermedades cardiovasculares isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares las causas principales de muerte en 2015. Sin embargo, las enfermedades transmisibles siguen siendo comunes. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores fueron la tercera causa principal de muerte en 2015, y el VIH/SIDA la séptima. Por lo tanto, el sistema de salud dominicano tiene que afrontar el aumento de las enfermedades no transmisibles, sin restar prioridad al control de las enfermedades transmisibles, lo que tradicionalmente han sido gestionados mediante programas paralelos. El VIH y la TB están concentrados principalmente en las poblaciones clave. La insuficiente extensión de servicios a estas poblaciones, así como la vulnerable frontera con Haití, han impedido que se logre contener o eliminar ninguna de estas enfermedades con éxito.

El Fondo Mundial ha trabajado con República Dominicana desde 2004. A lo largo de su intervención, ha proporcionado considerable asistencia técnica y financiera con el fin de mejorar las respuestas al VIH, la TB y la malaria. El componente de TB pasó a la transición en 2015, cuando República Dominicana entró en la clasificación del Fondo Mundial como país de ingreso medio-alto y la carga de la enfermedad de TB de República Dominicana dejó de ser "elevada" en la lista de la elegibilidad de 2014 para clasificar como "moderada" en la misma lista del 2015. La carga de morbilidad de TB en República Dominicana continúa bajo la clasificación de "moderada" del Fondo Mundial, y por lo tanto será elegible para una asignación final de financiamiento de transición. Mientras la subvención actual para 2016-2018 es de US\$8,37 millones, la asignación para la subvención de transición se ha reducido casi a la mitad, a US\$4,49 millones. El propósito de la subvención de transición es respaldar actividades que favorezcan la transición al total financiamiento doméstico de las actividades que actualmente apoya el Fondo Mundial.

El componente de VIH de República Dominicana continúa siendo elegible para el financiamiento del Fondo Mundial. Sin embargo, al formar parte del grupo de los países de ingreso medio-alto (independientemente de la carga de enfermedad) y los países de ingreso medio-bajo con carga de enfermedad baja/moderada, el Fondo Mundial recomienda que la República Dominicana comience anticipadamente la planificación de este proceso con el fin de facilitar una transición sin problemas. Actualmente, el presupuesto de la subvención VIH firmada para 2016-2018 suma US\$18,3 millones y la nueva asignación para el ciclo de subvención de 2019-2021 es de aproximadamente US\$16 millones.

El objetivo de este documento es ayudar a República Dominicana a identificar: a) las deficiencias financieras, programáticas y de gobernanza, cuellos de botella y riesgos que deben abordarse para promover una transición exitosa; y b) las prioridades y opciones de solución que podrían incorporarse en un plan de transición y aplicarse con el apoyo de las subvenciones de transición y otros financiamientos disponibles. En los cuadros 1 y 2 se describen las definiciones del Fondo Mundial sobre sostenibilidad y transición.

Cuadro 1: Definición de sostenibilidad del FM

La capacidad de un programa de salud o de un país para mantener y ampliar la cobertura de los servicios en cierto nivel, en consonancia con el contexto epidemiológico, que apoyará los esfuerzos para eliminar las tres enfermedades, incluso después del cese del financiamiento por parte del FM y otros donantes.

Cuadro 2: Definición de transición del FM

El proceso mediante el cual un país, o un componente de enfermedad de un país, avanza hacia el financiamiento total y la implementación de su propio programa de salud, independiente del apoyo del FM, al tiempo que continúa sosteniendo los logros y ampliándolos a escala, según sea el caso.

El FM considera que una transición es **exitosa** cuando los programas nacionales de salud son capaces de mantener o mejorar la cobertura equitativa y la adopción de servicios a través de sistemas resilientes y sostenibles para la salud después de que cese el apoyo del FM.

Para lograr estos objetivos, el informe se estructura de la siguiente manera:

La sección 2 resume el apoyo financiero y no financiero del Fondo Mundial al país. La sección 3 describe la situación epidemiológica y la respuesta nacional en República Dominicana, y la sección 4 proporciona antecedentes sobre el entorno favorable e institucional, de derechos humanos y de género. La sección 5 ofrece una visión general del sistema de salud dominicano y se analizan los aspectos del financiamiento de la salud y el espacio fiscal. En la sección 6 se examinan los facilitadores del sistema de prestación de servicios y las barreras a la transición, incluyendo la cadena de suministro, los sistemas de información y el personal de salud, y la sección 7 evalúa el papel actual y futuro de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Las recomendaciones sobre el camino a seguir se resumen en la sección 8. Aceso Global es responsable de las secciones 2, 3, 5, 6 y 8 de este informe, y APMG Health es responsable de las secciones 4 y 7.

2. Resumen del apoyo del Fondo Mundial

2.1 El apoyo financiero y no financiero del Fondo Mundial

El Fondo Mundial ha realizado significativas inversiones en las respuestas nacionales al VIH y la TB en República Dominicana¹. Hasta la fecha ha desembolsado más de US\$130,9 millones para VIH distribuidos en cuatro subvenciones, que incluyen las dos subvenciones VIH en curso, realizando esfuerzos destinados principalmente a aumentar el acceso a la prevención, pruebas y tratamiento de VIH, especialmente entre las poblaciones clave y vulnerables. El apoyo del Fondo Mundial a la TB ha incluido cinco subvenciones con un desembolso acumulativo de más de US\$27,4 millones hasta el día de hoy. Los objetivos del programa buscan fortalecer la gestión del mismo y aumentar el control, detección y tratamiento de la TB, centrándose de manera especial en las poblaciones vulnerables.

Tabla 2: Lista de todas las subvenciones TB y VIH del Fondo Mundial para República Dominicana

Componente	Ronda	Subvención	Beneficiario Principal	Fecha de inicio de la subvención	Fecha de fin	Monto total de la subvención (US\$)	Última calificación del FM	Estado
VIH	2	DMR-202-G01-H-00	CONAVIHSIDA	1-Jun-04	31-Dic-15*	103.329.052	A1	Cerrada administrativamente
VIH	2	DMR-202-G04-H-00	IDCP	1-Jun-09	31-Dic-15*	18.664.954	A1	Cerrada administrativamente
TB	3	DMR-304-G02-T	PROFAMILIA	1-Oct-04	30-Sep-09	4.603.398	B1	Cerrada administrativamente
TB	3	DMR-309-G07-T**	MSP	1-Oct-09	31-Dic-15	10.630.744	A2	Cerrada financieramente
TB	7	DMR-708-G03-T	PROFAMILIA	1-Oct-08	30-Sep-10	2.945.772	B1	Cerrada administrativamente
TB	7	DMR-708-G08-T***	MSP	1-Oct-08	30-Sep-13	6.300.354	A2	Cerrada administrativamente
VIH	13	DOM-H-CONAVIH	CONAVIHSIDA	1-Ene-16	31-Dic-18	8.659.346	A2	Activa
VIH	13	DOM-H-IDCP	IDCP	1-Ene-16	31-Dic-18	9.668.208	A1	Activa
TB	13	DOM-T-MSPAS	MSP	1-Ene-16	31-Dic-18	8.373.610	B1	Activa

Fuente: The Global Fund (2017)

*Subvenciones ampliadas a través del Mecanismo de Continuación de Financiamiento (MCF).

**Subvención MCF, una continuación de la subvención para TB DMR-304-G02-T anterior con un nuevo RP del gobierno.

***MSP asumió el papel de RP para la Fase II de la subvención DMR-708-G03-T en octubre de 2010; el número de la subvención volvió a ser emitido.

El Fondo Mundial ha contribuido a reforzar y ampliar las respuestas a las dos enfermedades, centrándose en las poblaciones clave y vulnerables. Durante su participación en la República Dominicana, ha financiado la provisión de preservativos, la adquisición de ARV y medicamentos de segunda línea para TB, como también equipos y suministros para pruebas de sensibilidad a los medicamentos para TB, incluyendo ocho

¹ El Fondo Mundial también ha aportado más de US\$ 7,1 millones a la respuesta nacional de la malaria. No obstante, el país dejó de ser elegible para el financiamiento de esta enfermedad, y los logros de estas inversiones no son objeto de este informe.

máquinas GeneXpert adquiridas en 2016². También ha apoyado la innovación en el tratamiento, incluyendo un programa piloto para introducir medicamentos antituberculosos recientemente aprobados y recomendados por la OMS con el fin de evaluar su impacto en la reducción del tiempo del tratamiento y el aumento de la adherencia. Además, las inversiones del Fondo Mundial han apoyado la modernización en infraestructuras de instalaciones de salud, especialmente en relación a las mejoras de la gestión de MDR-TB.

El Fondo Mundial ha apoyado una mejor gestión de programas y prácticas de tratamiento mediante formación y asistencia técnica. La primera subvención para TB amplió la cobertura de TAES en 18 provincias, y las subvenciones siguientes han contribuido a consolidar estos logros y ampliar el tratamiento a otras provincias. Las actividades de formación relacionadas con el desarrollo de capacidades técnicas y administrativas, la gestión adecuada de MDR-TB (incluyendo el apoyo a la expansión y descentralización del tratamiento MDR-TB), pruebas y consejería voluntarias, y la creación de conciencia para reducir el estigma han mejorado la capacidad de gestión de las dos enfermedades entre los trabajadores de salud y el personal del programa. Además, la formación proporcionada a los trabajadores de salud no profesionales (por ejemplo, los promotores de salud y los voluntarios para las actividades de prevención y control de la TB, y los educadores de pares locales para la prevención de VIH) han potenciado los esfuerzos de prevención. El Fondo Mundial también ha brindado apoyo financiero a la realización de evaluaciones y estudios para reforzar programas de enfermedad, por ejemplo, proporcionando fondos para un estudio de Vigilancia Biológica y de Comportamiento Integrado (IBBS por sus siglas en inglés), como también para el Comité Luz Verde Regional, con el fin de evaluar la gestión y control de MDR-TB.

La subvención de VIH en curso, implementada a través del Receptor Principal del gobierno, el Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA), busca reducir de manera sostenible las nuevas infecciones entre las poblaciones clave y aumentar la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH (PVVIH). Las actividades están distribuidas en ocho módulos, destinándose el financiamiento más elevado a tratamiento, atención y apoyo (39,5%), monitoreo y evaluación (14,7%) y prevención entre las poblaciones vulnerables, que incluyen inmigrantes y mujeres que viven en bateyes (9,8%). Al desglosarse por categoría de costo, la mayor porción del financiamiento es para el apoyo socio-económico de pacientes/poblaciones objetivo (27,2%), recursos humanos (20,6%) y costos relativos a viajes (18%). Consultar el apéndice 2, tablas A2.1-A2.3, para ver el desglose del presupuesto de la subvención por módulo, categoría de costo y receptor.

La subvención complementaria de VIH está administrada por la OSC Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel (IDCP) y tiene los mismos objetivos generales. La subvención cubre los mismos ocho módulos implementados por CONAVIHSIDA, pero la mayor parte del gasto (67,9%) está destinada a tres módulos dirigidos a la prevención entre poblaciones vulnerables, entre las que se incluyen HSH, poblaciones TRANS y trabajadores sexuales. Por categoría de costo, el gasto está concentrado en costos relativos a viajes

² Aunque en el pasado el Fondo Mundial ha contribuido significativamente en la compra de productos farmacéuticos, actualmente no financia ni ARV ni medicamentos de primera o segunda línea, aunque continúa proporcionando el 100% de los fondos para los suministros de laboratorios nacionales para el diagnóstico de TB y MDR-TB (ver sección 2.2 para obtener información sobre el historial de absorción financiera del Gobierno de la República Dominicana).

(32,8%), recursos humanos (31,7%) y en menor medida en productos de salud no farmacéuticos (14,5%). Consultar el apéndice 2, tablas A2.4-A2.6, para ver los desgloses detallados del presupuesto de la subvención por módulo, categoría de costo y receptor.

Dado el carácter específico de las inversiones del Fondo Mundial, existe el riesgo de que surja un déficit de financiamiento en algunas áreas cuando se retire. El riesgo más acuciante parece encontrarse en el financiamiento de las actividades de prevención. En 2016, las inversiones del Fondo Mundial aseguraron la cobertura con un paquete de prevención mínimo para diferentes poblaciones clave, como se muestra en apéndice 2, tabla A2.7. El Fondo Mundial representó 100% de la cobertura de prevención de trabajadoras sexuales y de las mujeres socialmente vulnerables en los bateyes, y realizó significativos aportes a la cobertura de prevención de HSH, TRANS e inmigrantes haitianos. Durante el período de 2016-2018, el Fondo Mundial proveerá US\$910.000 al año para prevención a HSH y TRANS, y US\$690.000 para prevención de trabajadores sexuales con el fin de ampliar la cobertura aún más.

Como se analiza más detalladamente en la sección 6.3, las contribuciones internacionales al programa nacional actualmente financian la mayoría de las actividades de prevención. Entretanto, el MSP aporta sólo el 10,8% del gasto público e internacional en prevención y educación, lo cual indica que es necesaria una mayor absorción. Con el fin de mantener los logros alcanzados en los últimos años, y que se espera sean el resultado de las inversiones de la subvención actual, los esfuerzos internos de prevención no deberían disminuir.

En 2017, la proyección era que el Fondo Mundial financiaría el 9,5% de la respuesta general a TB (ver sección 6.3). La subvención de TB en curso, implementada a través del MSP como RP, busca reducir la incidencia y mortalidad de TB con enfoque en las poblaciones clave y en riesgo. Las actividades de la subvención se dividen en cinco módulos, con la mayoría de los fondos destinados a la prevención y atención de la TB (63,8%), seguido de lejos por la atención a la MDR-TB (14,7%) y la gestión del programa (13,1%). En términos de categorías de costos, los gastos relativos a viajes y servicios profesionales externos representan en conjunto más del 65% del presupuesto. La mayoría de los fondos se canalizan a través de sub-receptores gubernamentales, con un 14,3% destinado a ONGs. Consultar el apéndice 2, tablas A2.8-A2.10, para ver los desgloses detallados del presupuesto de la subvención por módulo, categoría de costo y receptor.

La otra área principal de riesgo está relacionada con las inversiones del Fondo Mundial en TB. La subvención actual asigna anualmente alrededor de US\$2,7 millones a TB. La retirada de este apoyo podría implicar una ampliación de la brecha de financiamiento, estimada en US\$2.679.990 para el año fiscal de 2016 (ver sección 6.3), a menos que el gobierno decida cubrir dicha brecha con recursos domésticos.

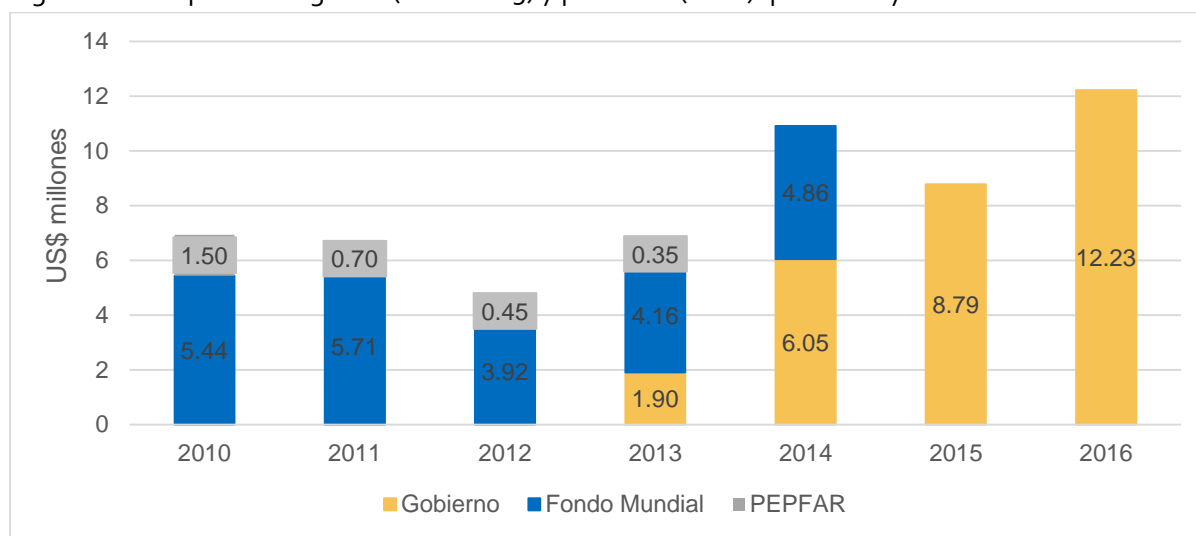
2.2 Historial de absorción

Durante el proceso de solicitud bajo el Nuevo Modelo de Financiamiento, el Gobierno de la República Dominicana cumplió con el requisito de cofinanciamiento de contrapartida del 60% para VIH y TB. Bajo

los compromisos de “voluntad de pago”, la República Dominicana acordó proporcionar US\$14,94 millones adicionales para el VIH y TB con el fin de poder tener acceso a US\$7,47 millones.

Para VIH, se espera que los compromisos de “voluntad de pago” se cumplan mediante la absorción de los costos de ARV. Desde 2004 hasta 2013, el Fondo Mundial fue el financiador principal de ARV, mientras PEPFAR aportó cantidades menores para cubrir los frecuentes desabastecimientos. Sin embargo, como se muestra en la figura 1, más de la mitad de los fondos necesarios para ARV en 2014 fueron recursos domésticos y en 2015 el Gobierno de la República Dominicana pasó a ser la única fuente de financiamiento de estos productos.

Figura 1: Presupuesto asignado (2010-2015) y planeado (2016)³ para ARV y suministros



Fuente: Valdez et al. (2015)

Sin embargo, a pesar de estos avances, el informe de Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) y el Seguimiento de Recursos y la Evaluación preliminar de Inversiones Orientadas al Desempeño (PORTIA, por sus siglas en inglés) más recientes indican que la respuesta sigue siendo muy dependiente del financiamiento externo, siendo el Fondo Mundial el mayor contribuyente externo (ver sección 6.3).

En TB, el Gobierno de la República Dominicana ha demostrado históricamente ser más adepto a incorporar los costos del programa de TB en el presupuesto nacional. Algunas de las intervenciones que actualmente reciben apoyo del Gobierno de la República Dominicana, y que previamente estaban financiadas a través del Fondo Mundial (bajo el modelo basado en rondas), incluyen: personal de gestión de nivel central relativo al monitoreo y la evaluación; supervisión; atención MDR-TB; administración y finanzas; medicamentos de segunda línea; reactivos para las pruebas de sensibilidad del cultivo MGIT 960 (para cubrir el 100% de las necesidades para 2017); y la modernización de la infraestructura de servicios de TB y MDR-TB en centros de atención especializados.

³ El Resumen de la Estrategia Direccional de PEPFAR para la República Dominicana (2016) indica que el Gobierno de la República Dominicana originalmente presupuestó unos US\$8,8 millones para 2016, pero una solicitud de financiamiento de emergencia fue presentada y aprobada con el fin de satisfacer la necesidad de financiamiento de US\$12,2 millones.

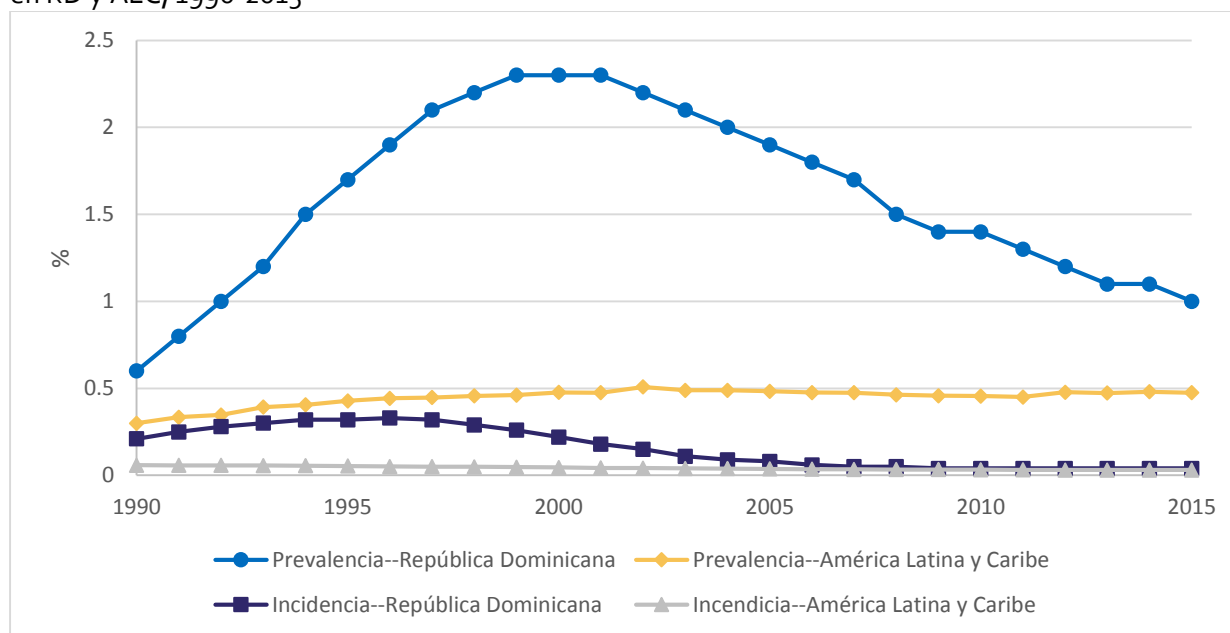
El gobierno ha planeado aumentar con el tiempo su cuota de financiamiento para el Plan Estratégico Nacional de TB, aunque aún no está claro cuál será el porcentaje de las necesidades totales que se cubrirán con los recursos domésticos ni los detalles de la manera en que la República Dominicana cumplirá con sus compromisos de “voluntad de pago”.

3. Situación Epidemiológica y Respuesta Nacional

3.1 VIH⁴

La prevalencia del VIH en la República Dominicana es casi el doble de la tasa en la región de América Latina y el Caribe, con un estimado de 1,0% en 2015 en comparación con el promedio regional de 0,48%. No obstante, después de alcanzar un máximo de 2,3% en 1999-2001, la prevalencia en el país ha disminuido considerablemente en los últimos 15 años. La tasa de incidencia se redujo considerablemente en la década del 90 y principios de los años 2000, estimándose en un 0,04% en 2015. Esta tasa está a la par con el promedio de la región de 0.03%. La figura 2 ilustra las tendencias de la prevalencia e incidencia del VIH en la República Dominicana y América Latina y el Caribe a través del tiempo. El número estimado de muertes relacionadas con el SIDA ha disminuido simultáneamente con la incidencia, de 7.360 en 2005 a 2.229 en 2016 (MSP, Estimaciones Nacionales y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, 2016).

Figura 2: Prevalencia (% de la población, 15-49) e Incidencia de VIH (% de población infectada, 15-49) en RD y ALC, 1990-2015



Fuente: World Bank DataBank (2017)

ONUSIDA estima que en 2016 había aproximadamente 67.126 PVVIH de todas las edades en la República Dominicana, con 32.380 casos correspondientes a hombres de 15 años de edad o mayores y 33.040 casos de mujeres en el mismo grupo etario (MSP, Estimaciones Nacionales y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, 2016). Se calcula que en 2016 hubo 2.394 nuevas infecciones entre adultos de 15 años de edad o mayores (MSP, Estimaciones Nacionales y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de

⁴ Aunque la República Dominicana no ha implementado Optima para evaluar la eficiencia de la asignación en la respuesta al VIH, sí usa Spectrum (incluyendo Goals) y Epidemic Projection Package, herramientas básicas apoyadas por ONUSIDA y utilizadas por los países para generar estimaciones nacionales del VIH e indicadores relacionados.

Enfermedad, 2016). La prevalencia más alta se encuentra en hombres 45-49 años de edad y mujeres de 30-34 años (nota conceptual al Fondo Mundial 2015f).

La prevalencia varía considerablemente entre provincias. En 2016, las provincias con mayor prevalencia de VIH fueron Monte Cristi, Dajabón, Santiago Rodríguez, Valverde, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez, Duarte y Samaná. Ese mismo año, las provincias con el mayor número de PVVIH fueron Santo Domingo y el Distrito Nacional, Santiago, Puerto Plata, Duarte, La Vega, La Romana y Valverde. Las figuras A3.1 y A3.2 en el apéndice 3 describen en detalle estas variaciones regionales.

La epidemia de VIH tiene un efecto desproporcionado en ciertas PC, incluyendo poblaciones HSH, TRANS y trabajadoras sexuales (TRSX). Los migrantes haitianos y las mujeres socialmente vulnerables que viven en bateyes también son considerados PC para VIH en República Dominicana. Los datos sobre las estimaciones del tamaño de la población para estos grupos, así como las tasas de prevalencia del VIH, son desactualizadas y en algunos casos los resultados no son consistentes entre los estudios disponibles debido a las diferencias metodológicas, lo cual impide realizar comparaciones. Además, los desafíos relacionados con la recolección de datos de las PC —tales como el reducido número de personas incluidas en el estudio, como también el hecho de que algunas poblaciones, como los HSH y TRANS, se auto-identifican como población general para evitar el estigma/discriminación — indica que, incluso cuando existen datos disponibles, estos tienen limitaciones inherentes. Teniendo en cuenta estas calificaciones, la tabla 3 presenta los datos más recientes disponibles sobre las estimaciones de tamaño de las PC, mientras que la figura 3 presenta las cifras más recientes de prevalencia del VIH.

Sin embargo, se tiene programado realizar un nuevo Estudio de Vigilancia Biológica y de Comportamiento Integrado (IBBS) en 2017⁵, que debería ayudar a proporcionar una evaluación más unificada y precisa de la carga actual del VIH en estas poblaciones. Para el levantamiento de la IBBS se utilizó la metodología de RDS (*Respondent Driven Sampling*), metodología especializada en poblaciones de difícil alcance. El nuevo estudio será realizado con esta misma metodología.

Los migrantes haitianos son, con diferencia, la PC más extensa de República Dominicana, comprendiendo aproximadamente el 7% del total de la población, aunque las estimaciones varían considerablemente. Las estimaciones de tamaño de la población de HSH también varían ampliamente, de aproximadamente 32.000 a 124.000. El dato oficial es 124,472 a nivel nacional. Sin embargo, tal como señalan los autores del estudio más reciente, es muy probable que esta última sea una sobreestimación (Evaluación MEASURE 2017). Ellos ponen en duda la cifra utilizada en el Plan Estratégico Nacional del VIH 2015-2018 — que estima que hay 124.472 gays y otros HSH — ya que la metodología no utilizó una muestra que se pueda representar geográficamente⁶. Las estimaciones para el número de personas TRSX y TRANS son más consistentes entre todas las fuentes.

⁵ El IBBS, financiado por la actual subvención del Fondo Mundial, fue planeado inicialmente para 2016 pero se ha retrasado hasta este año.

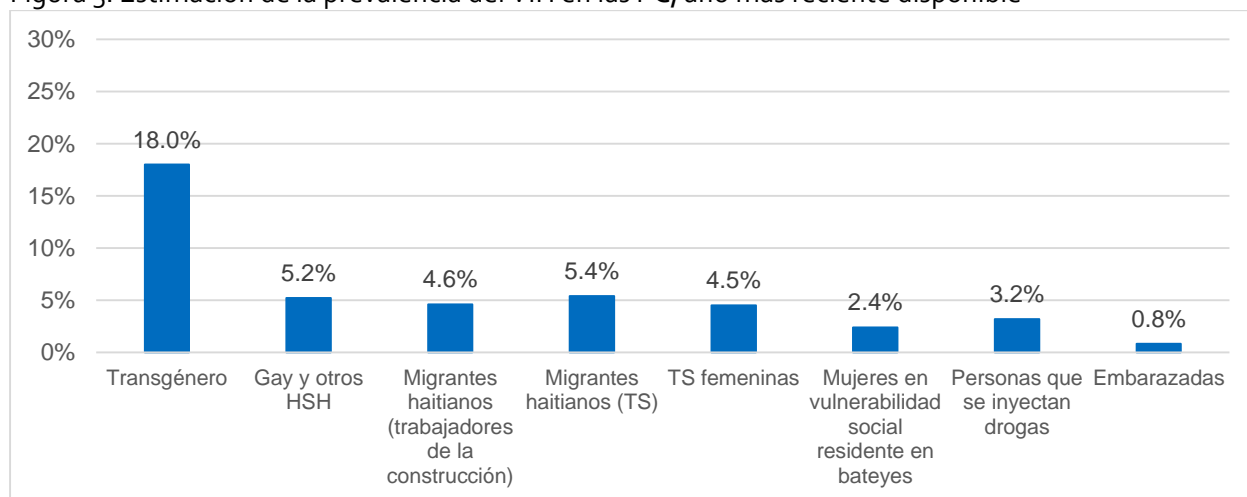
⁶ Desde el estudio PLACE de la evaluación: “Cabe señalar que las cifras del PEN se basaron en un método de estimación diferente para cada población y que esos métodos no se beneficiaron de los datos de una muestra que se pueda representar geográficamente”.

Tabla 3: Estimaciones del tamaño de las PC

Población	Tamaño estimado	Fuente
Transgénero	5.169	MEASURE Evaluation (2017)
	8.891	IDCP (2014)
HSH	32.416	MEASURE Evaluation (2017)
	124.472	IDCP (2014)
Migrantes haitianos	458.233	IDCP (2014)
	718.041-773.856	Concept Note to the Global Fund (2014)
	87.782	MEASURE Evaluation (2017)
TRSX		CONAVIHSIDA Experts Focus Group 2000 (actualizado 2014), de PEPFAR (2016b)
	91.171	
Residentes de bateyes (15-49 años de edad)	108.995	IDCP (2014)
Usuarios de drogas (reportaron uso de drogas ilegales en los últimos 6 meses) ⁷	59.632	IDCP (2014)
Personas privadas de libertad	25.935	WHO/PAHO (2016b)

La positividad del VIH en la población TRANS es la más elevada, en 18%. La prevalencia es significativamente elevada en tres PC (HSH, migrantes haitianos y TRSX), de aproximadamente 5%. La prevalencia es más baja entre las mujeres socialmente vulnerables que viven en bateyes, aunque estas mujeres siguen teniendo tasas de prevalencia superior al doble de la media nacional.

Figura 3: Estimación de la prevalencia del VIH en las PC, año más reciente disponible⁸



Fuentes: TRANS, gay y otros HSH, migrantes haitianos (trabajadores de la construcción), TRSX y mujeres socialmente vulnerables en bateyes desde la nota conceptual al Fondo Mundial (2015f); mujeres embarazadas de CONAVIHSIDA (2014); e migrantes haitianos (trabajadores sexuales) y personas que se inyectan drogas de CONAVIHSIDA (2015)

Los datos actualizados sobre la incidencia por tipo de población son limitados, en gran medida debido a las dificultades en la recopilación de datos y presentación de informes por parte de los establecimientos

⁷ El uso de drogas inyectables no es común en la República Dominicana (Miller 2014). La base de datos del Fondo Mundial (2016) estima que hubo 900 personas que se inyectan drogas en 2014. Sin embargo, el uso de drogas no inyectables es relativamente común y aunque esta actividad en sí no expone a los usuarios al VIH, se sabe que puede influir en el uso del condón.

⁸ Las fuentes son de los siguientes años: TRANS-2014; gay y otros HSH-2012; migrantes haitianos (trabajadores de la construcción)-2013; migrantes haitianos (trabajo sexual)-2013; trabajadoras sexuales-2012; mujeres socialmente vulnerables en bateyes -2013; personas que se inyectan drogas -2012; mujeres embarazadas -2014.

de salud. No había a disposición un desglose específico de nuevos casos por tipo para 2016⁹. El estudio más reciente disponible sobre los Modos de Transmisión (MdT) es de 2010 y fue completado por el Programa Nacional de VIH con el apoyo de ONUSIDA. Los resultados revelan que, en 2010, los grupos que componen la mayoría de las nuevas infecciones por el VIH eran gays, trans y otros HSH (33,3 % de nuevas infecciones) y la población de "bajo riesgo", refiriéndose a personas que informaron tener relaciones sexuales con una única pareja con la que viven (31,0% de nuevas infecciones). En cuanto a otras PC, el 9,1% de las nuevas infecciones eran en residentes de bateyes, 5,6% eran en TRSX y 0,8% en personas que se inyectan drogas (PID). Sin embargo, 8,3% de los casos fueron encontrados en personas que practican relaciones heterosexuales casuales, con el 3,7% de los casos reportados en sus parejas. La figura A3.3, en el apéndice 3, ilustra estos resultados, en base a los cuales el informe concluye que es probable que el contacto sexual en la población general continúe siendo un importante factor impulsor de la epidemia.

Respuesta nacional al VIH

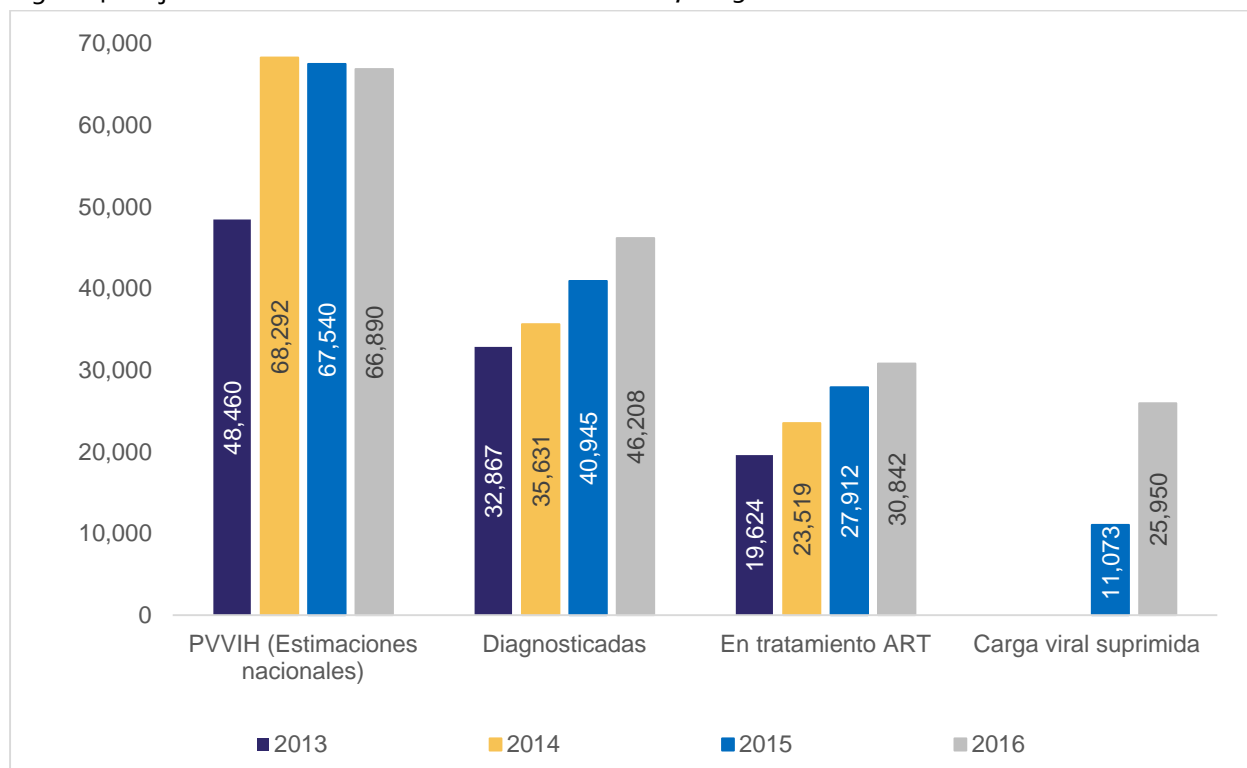
Basándose en los puntos fuertes, las debilidades y las lecciones aprendidas del Plan Estratégico Nacional (PEN) para el VIH 2007-2015, el PEN en curso para el VIH 2015-2018 fue desarrollado mediante un enfoque participativo y busca facilitar una respuesta nacional que garantice el acceso universal a la educación, la prevención y la atención del VIH/SIDA y las ITS. Hace hincapié en la calidad, la eliminación del estigma y la discriminación, los derechos humanos y la igualdad de géneros, centrándose en las PC específicas. La sostenibilidad y la participación multisectorial son conceptos básicos adicionales. Para orientar las actividades hacia estos objetivos generales, el plan 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). Los indicadores relacionados con la sostenibilidad financiera de la respuesta nacional incluyen: el porcentaje del gasto en la respuesta al VIH financiado por recursos públicos domésticos; el porcentaje de ministerios e instituciones que realizan intervenciones ITS y/o VIH con sus propios presupuestos; el porcentaje de gasto en la respuesta al VIH ejecutado por organizaciones de la sociedad civil (OSC); y el porcentaje de las OSC con capacidad de gestión para implementar actividades de prevención de ITS y VIH. Cabe destacar que el plan incluye indicación de costos.

La República Dominicana ha adoptado la estrategia Tratamiento 2.0 promovida por la OMS/OPS y ONUSIDA. Hasta el 2015, el umbral para iniciar el TARV era de 350 células/mm³; pero desde 2016 en adelante, el país ha elevado este umbral a 500 células/mm³. No obstante, las guías nacionales ofrecen oportunidad para entrada a TARV sin restricción de CD4 para poblaciones claves, mujeres embarazadas y personas con enfermedades crónicas. PEPFAR está realizando un piloto en 9 SAI (Servicio de Atención Integral) y dos unidades móviles y está trabajando para que el país adopte la estrategia Prueba y Tratamiento, pero los niveles de financiamiento actuales no serían suficientes para proporcionar la cobertura de TARV ampliada necesaria bajo esta estrategia.

⁹ Se están realizando esfuerzos para recopilar información desglosada por las poblaciones clave; más detalle se encuentra en la sección 7.4.

La República Dominicana también se ha sumado a los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA¹⁰, realizando avances hacia estos objetivos tal como se ilustra en la figura 4, y el MSP parece estar comprometido en su consecución. Los objetivos se mencionan en el Plan Estratégico Nacional para el VIH 2015-2018, y el MSP ha calculado objetivos 90-90-90 hasta 2018 basándose en proyecciones nacionales del número de PVVIH (ver apéndice 3, figura A3.4).

Figura 4: Mejoras en la Cascada de Tratamiento del VIH, 2013-2016



Fuente: MSP (2017f)

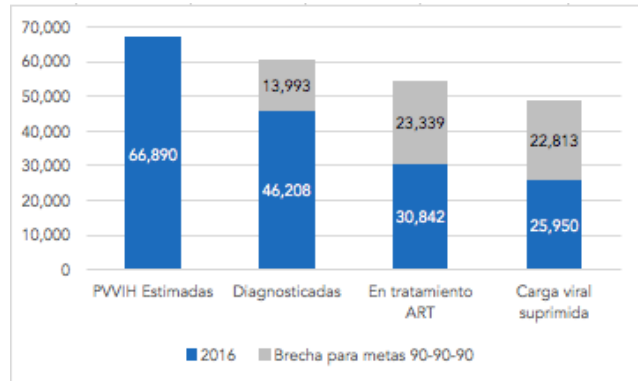
Sin embargo, a pesar de este compromiso y las recientes mejoras en el diagnóstico y vinculación a la atención, en 2016 sólo fueron diagnosticadas el 69,1% de las PVVIH estimadas (46.208 de 66.890). Los cuellos de botella parecen encontrarse principalmente al realizar las pruebas y al pasar de las pruebas al TARV. La disminución del TARV a la supresión viral es menor. Además, cabe destacar que ONUSIDA en el último informe GAM estima que la retención a 12 meses es del 84% entre los adultos y niños que viven con el VIH. En el mismo año, también hubo marcadas diferencias de género en la cascada de tratamiento, con menos hombres diagnosticados, en TARV y presentando supresión viral¹¹. La figura 5 presenta estas brechas numéricamente. En este momento no se conocen las cascadas clínicas específicas de las PC, ya que las instalaciones no tienen la capacidad de clasificar a los clientes por población.

¹⁰ Objetivos 90-90-90: que para el 2020 el 90% de las PVVIH conozca su estado, que el 90% de las personas diagnosticadas con VIH se someta a TARV de manera continua y que el 90% de todas las personas en TARV logren la supresión viral.

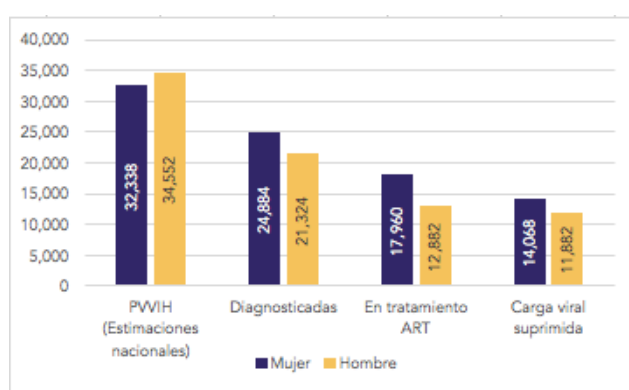
¹¹ Nota: Actualmente, los programas nacionales recogen datos únicamente bajo dos categorías de género: hombres y mujeres.

Figura 5: Cascada de tratamiento 2016

Panel A: Brechas para las metas 90-90-90



Panel B: Diferencias de género



Fuente: Modificada del MSP (2017f) y los datos recibidos de la Mesa Técnica de M&E

Desde el año 2000, la República Dominicana ha apoyado el Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical, que ofrece servicios en 133 centros de salud e implementa una estrategia para eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo (TMH). Para el 2016 las embarazadas que recibieron ARV fue de 83% (GAM 2016). El 61 % de los bebés nacidos de mujeres VIH-positivas recibieron una prueba virológica para VIH en sus primeros dos meses de vida en 2016 (GAM, 2016). A pesar de estos esfuerzos específicos, la tasa de transmisión vertical es elevada, 6.94% según estimaciones nacionales. En 2016, el Programa Nacional de VIH informó que había 1.094 mujeres embarazadas VIH positivas (MSP 2017f). Así, mientras que el Gobierno de la República Dominicana ha luchado por reducir la TMH del VIH, estos esfuerzos han demostrado ser insuficientes y continúan habiendo grandes brechas en el alcance, la detección y el tratamiento adecuado tanto de la madre como del niño.

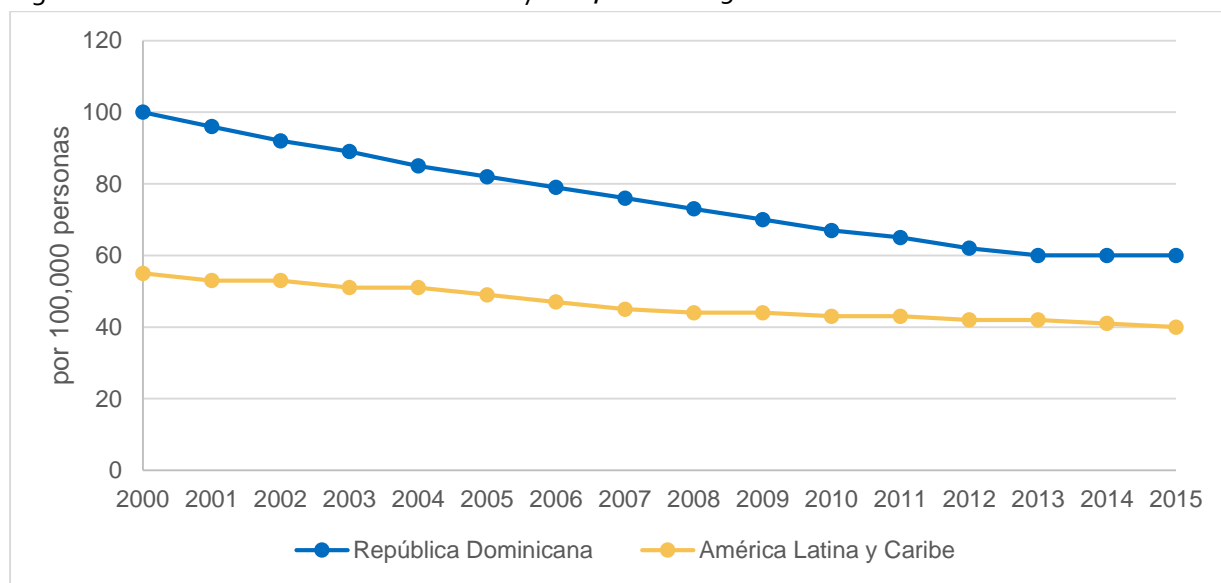
3.2 Tuberculosis

En 2000, la incidencia de la TB en República Dominicana casi duplicaba la de la región América Latina y el Caribe, a razón de 100 por 100.000 personas, contra 55. Durante la década siguiente, la República Dominicana realizó importantes avances en el control de la TB, y en 2013 la incidencia se había reducido a 60 por 100.000 personas, donde se mantiene desde entonces. Esta cifra sigue siendo considerablemente superior a la media de la región, de 40 por 100.000 personas, pero la tendencia es alentadora ya que indica una mejora constante. Una evaluación reciente del programa de TB Comité Luz Verde Regional de la OMS señala que el estancamiento reciente puede potencialmente estar atribuido a las mejoras realizadas en el sistema de registro de TB, además de la intensificación de la búsqueda de casos de TB entre las poblaciones clave y de alto riesgo. Sin embargo, sería necesario realizar más investigaciones para determinar la causa exacta. La figura 6 ilustra las tendencias en República Dominicana y en América Latina y el Caribe. A pesar de su tendencia a la baja, la TB sigue siendo un problema de salud pública que requiere la cooperación bilateral con la vecina Haití (ver discusión más adelante).

Según las estimaciones de la OMS, la tasa de detección de casos para todas las formas de TB fluctuó considerablemente entre 2000 y 2015, disminuyendo a un mínimo de 50% en 2002 y alcanzando un máximo de 72% en 2013. La tasa de detección de casos en 2015 fue de 71%, 10 puntos porcentuales por

debajo del promedio de la región (WB 2017). En 2016, el Programa Nacional Contra la Tuberculosis (PNCT) comunicó un total de 4.460 casos de TB, de los cuales 4.263 (95%) eran casos nuevos y 51% estaban confirmados bacteriológicamente (MSP 2017d). Sin embargo, ese mismo año hubo un estimado de 6.300 casos nuevos de TB, lo que quiere decir que casi un tercio de los casos sospechosos no fueron diagnosticados (MSP 2017d). El MSP asume la mayor parte de la responsabilidad de las pruebas y el diagnóstico de TB, habiendo registrado más del 93% de los casos nuevos en 2016 (ver tabla A3.1 en el apéndice 3). Los bajos niveles de detección se deben en parte a una investigación insuficiente de los síntomas respiratorios. Con miras a mejorar la captación de los contactos se ha iniciado la búsqueda activa sistemática y georreferenciación como mecanismo para asegurar la notificación del 100% de los casos nuevos diagnosticados. Luego de la confirmación del diagnóstico, los casos bacteriológicamente confirmados se registran en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y en el Sistema Operacional y Epidemiológico (SIOE). El servicio de epidemiología realiza la visita domiciliar para el censo y la gestión del estudio de los contactos, también se realiza la georreferencia del caso para fines de identificar conglomerados para búsqueda activa con la finalidad de cortar la cadena de transmisión. Los contactos son enviados al servicio de atención para la evaluación y descartar enfermedad activa. Los menores de 15 años sin evidencia de TB reciben Terapia Preventiva con Isoniazida (TPI). No obstante, el estudio de contactos sigue siendo un desafío, principalmente porque la eficiencia del estudio de contactos está afectada por el poco involucramiento del personal médico. En 2016, el PNCT informa que se captó el 74% de las personas estimadas con síntomas respiratorios; esta es una disminución desde el máximo de 95% en 2014. De aquellas captaciones, sólo se investigaron el 91% (MSP 2017d).

Figura 6: Incidencia estimada de TB en RD y ALC, 2000-2015

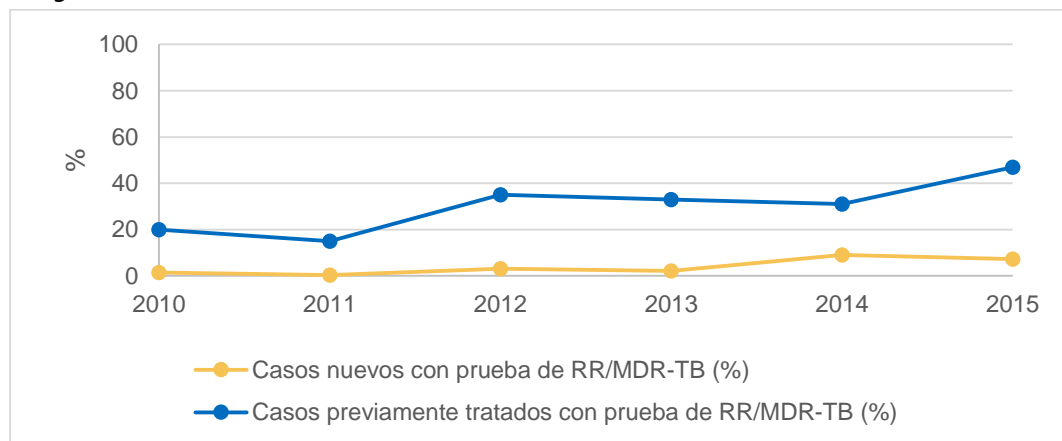


Fuente: World Bank DataBank (2017)

Las estimaciones de la carga de TB fármacorresistente varían en gran medida debido a la limitación de las pruebas de resistencia a fármacos entre los casos de TB nuevos y los previamente tratados. Aunque las pruebas se han ido ampliando con el tiempo, como se muestra en la figura 7, en 2015 sólo un estimado de 7,2% de los casos de TB nuevos y 47% de los casos de TB previamente tratados fueron sometidos a

pruebas de resistencia a los medicamentos. Los bajos niveles de pruebas dificultan tanto el análisis epidemiológico preciso como el tratamiento efectivo. Teniendo en cuenta estas limitaciones de datos, la OMS estima que la incidencia de RR/MDR TB fue de 2,7 por 100.000 personas en 2015, con 170 casos estimados entre los casos de TB pulmonar notificados. Se estimó que la RR/MDR TB estaba presente en 3% de los casos de TB nuevos y 12% de los casos previamente tratados. El PNCT afirma que en 2016 se evaluaron 199 casos. La notificación de casos de MDR-TB fue de 107 casos.

Figura 7: Pruebas de resistencia a los fármacos en casos de TB nuevos y previamente tratados, 2010-2015



Fuente: WHO (2017)

La tasa de éxito del tratamiento en los casos nuevos no ha sido estable. Tras aumentar a principios de los años 2000, se desplomó a apenas un 46% en 2008. Desde entonces se ha recuperado, manteniéndose en 80% o superior desde 2010. En 2014, año más reciente para el que se dispone de datos, la tasa de éxito del tratamiento ha sido de 83%, por encima del promedio de la región de 75% (WB 2017). Sin embargo, estas cifras de éxito deben interpretarse teniendo en cuenta las brechas en la detección de la TB sensible a fármacos y la fármacorresistente ya que indican que existe un gran margen de mejora. La figura A3.6 en el apéndice 3 presenta los resultados del tratamiento detallados a lo largo del tiempo.

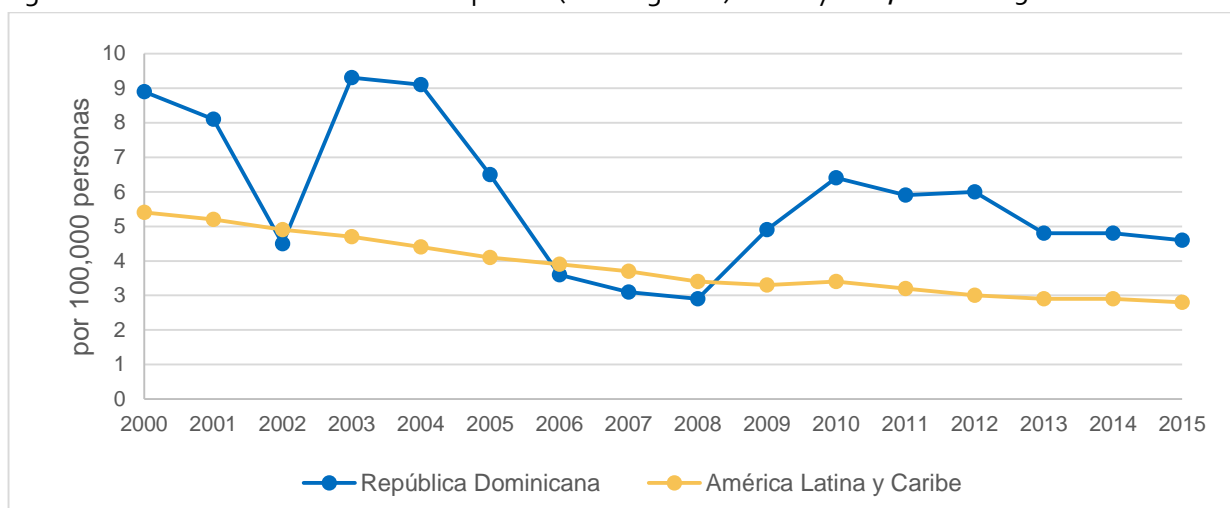
Los resultados del tratamiento para los pacientes con RR/MDR TB son más deficientes, aunque el nivel de éxito exacto es menos claro. El PNCT informa que la tasa de éxito del tratamiento para la cohorte de 2014 de pacientes de TB fármacorresistente fue de sólo del 50%, como se muestra en la figura A3.7 en el apéndice 3. La nota conceptual de TB para la subvención del Fondo Mundial en curso afirma que el éxito en el tratamiento de MDR-TB se ha estancado entre el 54% y el 65% en los últimos años (nota conceptual de la República Dominicana al Fondo Mundial 2014). Por otra parte, los datos de la OMS son más alentadores, mostrando un 73% de éxito en el tratamiento para la cohorte de RR/MDR TB que comenzó el tratamiento en 2013 (WHO 2016a). A pesar de estas variaciones, todas las cifras comunicadas indican que el éxito del tratamiento para la TB fármacorresistente es considerablemente más bajo que el de la TB sensible a los fármacos. El Comité Luz Verde Regional señala que las bajas tasas de éxito se pueden atribuir en parte al elevado número de pacientes que se pierden durante el seguimiento, así como a la elevada tasa de mortalidad entre los pacientes VIH/TB, muchos de los cuales reciben diagnósticos tardíos cuando

la enfermedad ya se encuentra en una etapa avanzada, comienzan tarde el tratamiento de TB o TARV y/o no se someten a las pruebas de resistencia a los medicamentos. Los costos indirectos del tratamiento siguen siendo elevados (ver la sección Respuesta Nacional más adelante), lo que también podría contribuir a un alto número de abandonos del tratamiento, especialmente entre las personas que viven en la pobreza. Por lo tanto, el Comité Luz Verde recomienda ampliar, fortalecer y evaluar los esfuerzos existentes para vincular a los pacientes con los programas sociales y la Seguridad Social.

En el 2016 iniciaron tratamiento con drogas de segunda línea (DSL) 141 casos, entre ellos 107 TB RR/MDR. Sin embargo, estos casos no todos fueron diagnosticados en el 2016. Si se analiza la cobertura de tratamiento de los diagnosticados en este año (107), fue de 82%. La principal razón por la que no se inició tratamiento fue que 12 (11%) habían fallecido cuando se recibió el resultado de la prueba de la sensibilidad (falta de diagnóstico oportuno).

La tasa de mortalidad por TB entre personas VIH negativas ha fluctuado considerablemente desde 2000, como se muestra en la figura 8. Después de alcanzar en 2003 un máximo de 9,3 muertes por 100.000 personas, en 2008 cayó a un mínimo de 2,9 antes de volver a subir. En 2015, la tasa de mortalidad estaba estimada en 4,6 por 100.000 personas. Por el contrario, la tasa de mortalidad de América Latina y el Caribe ha ido disminuyendo constantemente en los últimos 15 años, siendo de 2,8 por 100.000 en 2015. Cabe destacar que el Comité Luz Verde Regional ha puesto en duda la validez de algunos de los datos de mortalidad anteriores comunicados por el país. Concretamente, observa que la aparente disminución de la mortalidad entre 2006 y 2008, tal como se registró en las estimaciones de la OMS, se debe al hecho de que la República Dominicana basó sus cálculos en los datos del programa de TB, en lugar de las estadísticas vitales. Sin embargo, incluso con esta discrepancia, se puede concluir que, si bien la tasa de mortalidad por TB ha mejorado entre 2000 y 2015, todavía se encuentra por encima de la media regional y la tasa de mejora se ha estancado en los últimos tres años. El PNCT afirma que las altas tasas de mortalidad se deben principalmente a retrasos en el diagnóstico entre las poblaciones de alto riesgo. Otras causas para la reducción del éxito y el abandono del tratamiento son el estigma y la discriminación, así como los desafíos relacionados con las condiciones de vida que hacen que los pacientes den prioridad a otras actividades antes que a la toma de medicamentos.

Figura 8: Tasa estimada de mortalidad por TB (VIH negativo) en RD y ALC, 2000-2015



Fuente: World Bank DataBank (2017)

Las provincias que registran una incidencia superior a la media nacional son Azua, Peravia, La Romana, El Seibo, San Pedro de Macoris, Santiago Rodríguez, Puerto Plata, Dajabón, La Altagracia y el Distrito Nacional. En el apéndice 3, tabla A3.2 muestra el número de casos de TB notificados por región sanitaria en 2016, mientras que la figura A3.8 muestra la incidencia por provincia.

La incidencia de TB varía significativamente según el sexo. La OMS estima que en 2015 la incidencia (en miles) fue de 4,1 en los hombres en contraste con 2,3 en las mujeres (WHO 2016a). El PNCT informa que en 2016 la proporción de género fue de 2 a 1, de hombre a mujer (ver apéndice 3, figura A3.9). Según la nota conceptual para la subvención TB del Fondo Mundial en curso, una causa potencial de esta disparidad de género podría ser la alta incidencia de casos en presidiarios (todos los casos registrados en hombres) y migrantes haitianos (60% de los casos son en hombres) (nota conceptual de la República Dominicana al Fondo Mundial 2014).

El PEN para TB 2015-2020 da prioridad a cuatro poblaciones clave: personas privadas de libertad (PPL), migrantes haitianos, niños menores de 15 años y personas que viven en extrema pobreza en las grandes ciudades.

En primer lugar, las personas privadas de libertad se encuentran en un riesgo significativamente elevado, en gran parte debido a las condiciones inadecuadas en algunos centros penitenciarios (ver sección 7.1). En 2016, las PPL conformaban el 5% (216) de los casos nuevos, aproximadamente lo mismo que en los cuatro años anteriores (ver apéndice 3, figura A3.10). Sin embargo, se han logrado avances en este entorno. De 2010 a 2013, la tasa de éxito en el tratamiento de TB aumentó de 77% a 86%, debido en gran parte a un porcentaje reducido de pacientes que se pierden en el seguimiento (de 18% a 10% durante el mismo período) (nota conceptual de la República Dominicana al Fondo Mundial 2014). Además, el PNCT ha establecido un sistema de referencia para que, una vez puestos en libertad, los pacientes sean remitidos a centros de salud para tratamiento ambulatorio si no han completado el tratamiento.

Los migrantes haitianos, que constituyeron el 8% (351) de los nuevos casos en 2016 (MSP 2017d), son otra población clave significativa y se enfrentan a numerosas barreras para acceder a los servicios de TB, incluyendo la exclusión frecuente de los programas de apoyo social, las horas de funcionamiento limitadas de los establecimientos de salud, barreras lingüísticas en la prestación de servicios y los materiales de educación/comunicación, y el estigma y discriminación generalizados y persistentes. Cabe destacar que el porcentaje de pacientes que se pierden durante el seguimiento de esta población es considerablemente más alto que el promedio nacional (29% en 2012, de dos a tres veces más alto que el promedio nacional), lo cual indica que hay problemas con la retención de los pacientes incluso cuando han tenido acceso inicial a la atención (nota conceptual de la República Dominicana al Fondo Mundial 2014). Aunque se han introducido esfuerzos para mejorar la asistencia sanitaria transfronteriza, tales como el uso de los mismos formularios para el registro de casos y seguimiento, garantizar una atención ininterrumpida para esta población móvil sigue siendo un desafío. La figura A3.11 en el apéndice 3 ilustra el número de nuevos casos de TB en esta población a través del tiempo.

El PNCT informa que en 2016 se registraron 152 casos de TB entre niños menores de 15 años, lo que representa el 3% de todos los casos. Esto marca un ligero incremento respecto a 2015, cuando se registraron 138 casos en esta población (MSP 2017d). Sin embargo, la tendencia de diez años muestra una disminución significativa, como se ilustra en la figura A3.12 del apéndice 3. De estos 152 casos, el 47% fueron en niños menores de cinco años (MSP 2017d). El PNCT también informa que en 2016 la incidencia en varones menores de 15 años fue de 5,6 por 100.000 y en mujeres del mismo grupo etario fue de 5,0 (MSP 2017e).

La cuarta población clave son las personas que viven en la pobreza extrema. Mayormente viven en las grandes ciudades, por lo que el PNCT centra sus esfuerzos en estos entornos. Actualmente, el 81% de los casos proviene de 11 provincias (ver apéndice 3, tabla A3.3), las cuales han sido priorizadas por el PNCT. En general, las provincias con mayor incidencia sufren una rápida (y desorganizada) urbanización y tienen acceso limitado a los servicios que, cuando se combina con un número creciente de residentes que viven en la pobreza y el rápido desarrollo de barrios pobres y densamente poblados, es propicio para la infección y la transmisión de TB.

El PEN 2015-2020 también identifica grupos de alto riesgo, incluyendo contactos de casos, diabéticos, PVVIH, trabajadores de salud y personas en riesgo de abandonar el tratamiento debido a sus condiciones o conducta.

Las PVVIH constituyeron el 21% (946) de todos los nuevos casos de TB en 2016 (MSP 2017d). La co-infección por VIH/TB se discute en detalle más adelante en la sección 3.3. Otras comorbilidades asociadas con la TB son menos conocidas. En 2016, el PNCT informó que el 5% de los pacientes tenían diabetes en el momento del diagnóstico de TB (MSP 2017d). Sin embargo, las limitaciones en el acceso a registros e historias clínicas a través de los sistemas de información de rutina impiden un análisis preciso de la verdadera magnitud de otras comorbilidades potenciales.

Se considera que los trabajadores de salud también tienen un elevado riesgo de contraer TB. En 2016, hubo 62 casos de TB notificados en los trabajadores de la salud, con 44 (71%) en mujeres (MSP 2017d). Aunque no está claro que estos trabajadores se hayan infectado en el lugar de trabajo, las elevadas cifras sugieren que el control de infección en los centros de salud podría ser deficiente. Para controlar mejor las infecciones en los establecimientos de salud, el gobierno elaboró normas de prevención y control de las infecciones en estos establecimientos y también estableció comités de vigilancia hospitalaria. El PNCT señala que hay poca voluntad por parte de los médicos para participar en el control de la tuberculosis, por lo que han sido las enfermeras quienes en gran medida han tomado la iniciativa en estos esfuerzos.

Finalmente, los contactos de casos de TB son un grupo de riesgo primario para esta enfermedad. Según el PNCT, 2% de los casos se detectan al examinar a los contactos de casos. En 2016 hubo una brecha del 26% de los contactos que no fueron examinados, contribuyendo potencialmente a una mayor transmisión (MSP 2017d). Para niños menores de cinco años específicamente, el PNCT informa que hubo una brecha de 22% en el número de niños que tenían contacto con pacientes de BK + TB, pero que no comenzaron a tomar el tratamiento preventivo con isoniazida (IPT) (MSP 2017d).

Respuesta Nacional a TB

El objetivo primordial del PEN para TB 2015-2020 es reducir la incidencia y mortalidad de la TB e intensificar las intervenciones centradas en las PC y grupos de riesgo. Como se mencionó anteriormente, las cuatro poblaciones clave priorizadas son: presidiarios, migrantes haitianos, niños menores de 15 años y personas que viven en extrema pobreza en las grandes ciudades. Los grupos identificados de alto riesgo incluyen contactos de casos, diabéticos, trabajadores de la salud, PVVIH y las personas en riesgo de abandono debido a su condición o conducta. La TB fármacorresistente y la co-infección por VIH/TB se abordan en el plan de manera específica, así como la necesidad de mejorar los sistemas de apoyo para los pacientes con TB. Para facilitar el monitoreo y la evaluación, el plan tiene indicadores medibles específicos con objetivos correspondientes y cifras de referencia. Existe un plan de seguimiento y evaluación separado basado en estos indicadores (ver apéndice 7 para los resultados en 2015 y 2016). El plan tiene indicación de costos e incluye desgloses detallados por objetivo/módulo estratégico y fuentes de financiamiento anticipadas (por ejemplo, gobierno, privado, Fondo Mundial, PEPFAR, etc.) así como las brechas de financiamiento.

El enfoque de la República Dominicana en materia de TB se centra en las estrategias End TB y TAES. En 2016, aproximadamente el 94% de la población tenía acceso a un centro de salud con servicios de prevención y control de TB a través de una red de más de 1.600 establecimientos que ofrecen diagnóstico y tratamiento gratuitos (MSP 2017d). Las Fuerzas Armadas, el sector privado y las ONG también participan en el diagnóstico de los pacientes y en su remisión a los establecimientos del MSP, aunque en una escala mucho menor: más del 90% de los pacientes con TB son diagnosticados por primera vez en las instalaciones de MSP (ver apéndice 3, tabla A3.1).

Para garantizar la participación comunitaria y de las OSC en la respuesta a TB, se han establecido redes programáticas denominadas Comités Alto a la TB. Actualmente, 24 de las 32 provincias tienen al menos

un Comité Alto a la TB. Sin embargo, su funcionamiento se ha limitado principalmente a conmemorar la lucha contra la TB y a algunos esfuerzos de detección de casos en las comunidades (MSP 2017d). En relación al rastreo de contactos, existen las intervenciones para búsqueda de contactos en la comunidad en coordinación con Vigilancia Epidemiológica. En relación a la vinculación, retención y retorno de pacientes, no existen todavía intervenciones documentadas para todos los casos. Para población claves (migrantes haitianos), el PNCT está desarrollando una intervención comunitaria para vincular a los casos con los servicios de primer nivel. Para la población de PPL, se está desarrollando jornadas de búsqueda activa y seguimiento en el recinto penitenciario.

Por último, a pesar de que el MSP proporciona tratamiento y diagnóstico de TB gratuitos, los costos indirectos asociados con la enfermedad — tales como tener que sacrificar oportunidades laborales para asistir a las clínicas todos los días a recibir tratamiento — son preocupantes y contribuyen al abandono del tratamiento, ya que las personas dan prioridad a otras actividades antes que a su tratamiento. En 2016, el 82% de las personas con tuberculosis vivían en condiciones de pobreza o extrema pobreza y el 84% necesitaba asistencia social. Si bien existen algunos programas en marcha para reducir el abandono debido a la pobreza (como el Sistema de Alerta Temprana de Baja Adherencia), para incluir a los pacientes en situación de riesgo en programas sociales (como Progresando con Solidaridad) y para registrar a pacientes en la Seguridad Social¹², hasta ahora la escala de estas intervenciones ha sido insuficiente para abordar el problema eficazmente. Asimismo, el reto es lograr que sean insertados al inicio del tratamiento para apoyar la adherencia al tratamiento. Estas limitaciones requieren de atención prioritaria.

3.3 Co-infección TB/VIH

La República Dominicana está clasificada como un país con una elevada tasa de co-infección por TB/VIH. En 2016, el PNCT informó que el 85% de los casos registrados de TB se sometió a una prueba de VIH, 25% de los cuales eran VIH-positivos. En otras palabras, más de una quinta parte de los casos registrados de TB (946 de 4460) eran VIH-positivos (MSP 2017d). Dado que la cobertura de la prueba del VIH no era universal, la tasa real podría ser aún más alta.

La recogida de información y presentación de informes sobre pruebas de TB dentro de las clínicas de VIH sigue siendo un desafío. Si bien la prueba del VIH entre pacientes con TB es relativamente alta, el PNCT informa que hay una brecha importante en la cobertura del TARV: en 2016, 48% de los pacientes de TB que resultaron positivos para el VIH no recibieron TARV (MSP 2017d). Esta brecha es considerable e indica que hay desafíos en la coordinación de la atención al paciente entre los dos programas de las enfermedades. Sin embargo, cabe señalar que la OMS estima que para 2015, el 97% de los pacientes de TB VIH positivos que conocían su estado habían iniciado el TARV (WHO 2016a). Por lo tanto, o hubo una caída importante en la cobertura del TARV de 2015 a 2016, o hay algún error en los datos del programa de TB y/o las estimaciones de la OMS. En el 2016, se realizó un proceso de auditoría de los casos

¹² En el 2016, fueron adscrito al Seguro Nacional de Salud el 70% y en el primer trimestre del 2017 el 75% cuenta con seguro de salud.

coinfectados TB/VIH, por las altas tasas de muertes en el año 2015, que no correspondía con el acceso a ARV. En el 2016 sólo se reportaron los casos que iniciaron en ARV de forma oportuna (2 a 8 semanas) y con evidencia demostrada de inicio de los ARV. Aun así, sigue existiendo un problema del sistema de información y actualización del dato de ingreso a tratamiento.

Independientemente de las discrepancias en los datos de la cobertura del TARV, la baja tasa de éxito del tratamiento para el VIH/TB indica que hay importantes desafíos en el tratamiento conjunto de estas enfermedades. La tasa de éxito de tratamiento para una cohorte de casos de TB VIH positivos registrados en 2014 fue de sólo de 69%, como se muestra en el apéndice 3, figura A3.13. Además, el PNCT informó que de las 411 muertes relacionadas con la TB registradas en 2015, el 49% tenía co-infección VIH/TB (MSP 2017d). Los retrasos en el diagnóstico entre las poblaciones de alto riesgo son una causa importante de elevada mortalidad para este grupo.

La adopción de medidas de prevención para evitar la TB en PVVIH es baja, pese a que su riesgo de contraer TB es conocido. Según la OMS, en 2015 sólo el 18% de las personas VIH positivas recién inscritas en la atención recibía tratamiento preventivo de la TB (MSP 2017d); el PNCT corrobora este hallazgo, e identifica la limitada cobertura del tratamiento preventivo con isoniazida (TPI) como un desafío importante.

Respuesta Nacional al VIH/TB

El Gobierno de la República Dominicana ha realizado esfuerzos para abordar específicamente la co-infección por VIH/TB, tales como el establecimiento de objetivos para la gestión del VIH/TB y el desarrollo de una Guía Nacional para la Atención de la Co-infección VIH/TB a ser utilizada por los proveedores de atención médica. Además, en 2014 se inició en Puerto Plata un proyecto piloto para implementar intervenciones dirigidas a mejorar el acceso al diagnóstico y al tratamiento de la co-infección VIH/TB (ver sección 7.1). El sitio piloto consistía en una red de servicios basados principalmente en el nivel de atención primaria en salud (APS), aunque incluía también algunos hospitales y una ONG que trabaja con PVVIH. El proyecto piloto fue evaluado y su lanzamiento está previsto en varias otras provincias priorizadas para 2017.

4. Entorno favorable e institucional, derechos humanos y género

4.1 Entorno institucional

Las respuestas al VIH y la TB en República Dominicana se coordinan de maneras diferentes debido al impacto y visibilidad históricos de cada enfermedad y la continua presión de la comunidad.

En el caso del VIH, la respuesta está dirigida por el Consejo Nacional para el VIH y SIDA¹³, CONAVIHSIDA, que provee orientación estratégica a todos los actores involucrados en la respuesta al VIH, incluyendo instituciones públicas y privadas y organizaciones de diferentes sectores. Inicialmente creada en 2001 como comisión presidencial (COPRESIDA) para hacer frente a la epidemia del VIH, la organización fue creada nuevamente en 2010 mediante la Ley 135-11, que la instituye como una entidad autónoma, colegiada, multisectorial y estratégica adscrita al MSP. Esto diferenció su papel del de DIGECITSS, que sigue siendo responsable de la respuesta del gobierno al VIH, mientras que CONAVIHSIDA es ahora el órgano rector de la respuesta multisectorial.

A lo largo de su historia, CONAVIHSIDA ha desempeñado un papel importante en fomentar la participación de diferentes actores en la respuesta, que es fundamental para fines de sostenibilidad y debería reforzarse aún más. Aunque CONAVIHSIDA tiene un representante del sector privado, las clínicas y organizaciones del sector privado generalmente no presentan informes a CONAVIHSIDA, lo que es un desafío para la coordinación y la recopilación de datos. Otro punto débil de CONAVIHSIDA es la limitada frecuencia de las reuniones ya que, debido al alto rango de sus representantes, generalmente las reuniones no se celebran con la frecuencia planificada. Es por este motivo que algunas partes interesadas señalan la necesidad de un formato diferente que podría acelerar el proceso de toma de decisiones, incluyendo procesos más racionalizados para la participación del sector comunitario, y para mejorar la representación de las OSC con el fin de asegurar que la sociedad civil tenga oportunidad de participar de manera efectiva en la toma de decisiones.

Para la respuesta de TB, el Programa Nacional contra la Tuberculosis (PNCT) es responsable de la respuesta nacional y está coordinado por el MSP. A diferencia de la respuesta al VIH, no existe un consejo similar a CONAVIHSIDA, en el que las instituciones y el sector comunitario participan de manera multisectorial. La participación comunitaria tiene lugar a través de los comités STOP TB (Alto a la TB) en la mayoría de las provincias, pero esto no es obligatorio. Para la elaboración del PEN se consultó a la Red de afectado y a la sociedad civil y se realizó un dialogo solo con los afectados por TB. No obstante, la participación de los afectados es tímida requiriendo un proceso de fortalecimiento de capacidades para incidir y hacer abogacía.

¹³ Los miembros incluyen a ocho representantes comunitarios, la red de representación de las PVVIH, organizaciones sin fines de lucro de poblaciones clave o que trabajan con ellas, mujeres, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y la representación de la Coalición ONG-SIDA. Los restantes delegados provienen del sector laboral y del Colegio Médico.

Las OSC que actualmente incluyen la respuesta de la TB en sus ámbitos de trabajo son limitadas y la mayoría se desarrollaron con los recursos financieros del Fondo Mundial – por ejemplo, MOSCTHA, una organización de migrantes haitianos, y ADOPLAFAM, que trabaja con poblaciones clave y también proporciona servicios médicos relacionados con la TB. Para hacer frente de manera efectiva a la transición, será necesario que el programa de TB se fortalezca en términos financieros y en sus procesos de planificación estratégica con el fin de garantizar una respuesta más eficaz y el compromiso continuo de la sociedad civil. La planificación estratégica debe incluir la coordinación con los diferentes sectores que participan en la respuesta, el público, el privado y, particularmente, del sector comunitario para identificar los enfoques más eficaces que permitan una mayor colaboración.

El Mecanismo de Coordinación de País (MCP) ha desempeñado un papel importante en facilitar el diálogo nacional entre las partes implicadas en la respuesta a la TB y al VIH, y en promover el establecimiento de una red de organizaciones (Coalición ONG-SIDA) que favorece la participación de la comunidad con las agencias gubernamentales. Dado el carácter incipiente del proceso de transición del Fondo Mundial, todavía no se han sostenido discusiones sobre el futuro del MCP. Sin embargo, si se decide mantener este órgano después de la salida del Fondo Mundial, será necesario identificar un nicho legal para que sus deliberaciones tengan los efectos de coordinación y de toma de decisiones, de establecer opciones de financiación y potencialmente otras funciones bien definidas para evitar la duplicación con otros mecanismos, particularmente con CONAVIHSIDA. Si se disuelve el MCP, una opción sería ampliar el ámbito de CONAVIHSIDA de manera que incluya la coordinación con el PNCT y agregar asientos para la representación de la sociedad civil de TB. Sin embargo, esto conllevará todos los desafíos implicados en la consecución de un cambio legal o un nuevo decreto para poder incluir estos ajustes. Otra opción sería crear un órgano de asesoramiento técnico adjunto a CONAVIHSIDA que incluya la coordinación multisectorial con el PNCT, en el que se mantengan las actividades que realiza el MCP actualmente.

Existen en este momento varios asociados internacionales que continúan prestando asistencia a la República Dominicana y forman parte efectiva del entorno institucional que define las respuestas del VIH y la TB. Estos asociados incluyen a PEPFAR, USAID, CDC, OMS/OPS, UNFPA, ONUSIDA, UNICEF, PNUD y el Fondo Mundial. El Fondo Mundial y PEPFAR han firmado un memorando de entendimiento entre las ambas esclareciendo las funciones y responsabilidades de cada donante, que incluye la asistencia técnica de PEPFAR a los receptores principales del Fondo Mundial, así como el intercambio de planes de trabajo, objetivos y resultados. El Fondo Mundial y PEPFAR han colaborado en reducir la duplicación de esfuerzos y, como resultado, tienen estrategias complementarias, con el Fondo Mundial centrándose principalmente en la prevención en base a la comunidad y en pruebas y consejería de VIH, y PEPFAR en las intervenciones dirigidas a los últimos pilares de la cascada de tratamiento (PEPFAR 2016b). Dado que el enfoque de PEPFAR es apoyar la sostenibilidad de la respuesta al VIH en República Dominicana, es muy recomendable que continúe colaborando con el Fondo Mundial para apoyar al país en su preparación para la transición.

4.2 Entorno favorable

La Constitución de la República Dominicana, establecida en 2015, reconoce la igualdad ante la ley y sin discriminación por motivos de género, color, edad, discapacidad, nacionalidad, lazos familiares, idioma, religión, opinión política o filosófica, condición social o personal. Por lo tanto, el Estado debe promover las condiciones legales y administrativas para que la igualdad se practique de manera genuina y efectiva, y adoptar medidas para prevenir y combatir la discriminación, la marginación, la vulnerabilidad y la exclusión¹⁴.

Existen leyes y reglamentos adicionales que abordan la discriminación de clases protegidas específicas, incluyendo la Ley 24-97 para la prevención y la penalización de la violencia contra la mujer, y la Ley General de Juventud (Ley 49-00) que incluye la discriminación en base a la orientación sexual. El nuevo Código Penal también establece sanciones contra la discriminación (Artículo 174), asesinato (Artículo 99, inciso i) y tortura (Artículo 117, inciso 9) debido a la orientación sexual de la víctima. Sin embargo, aunque la homosexualidad no está prohibida por ninguna ley, las OSC informan que existe evidencia de discriminación continuada contra las poblaciones LGBT, y también de detenciones arbitrarias sobre la base de acusaciones de alteración del orden público y falta de respeto a las buenas costumbres; se cometen violaciones a la dignidad de las personas en el proceso de impartir justicia, y hay negligencia en casos de crímenes de odio (delito no definido en la legislación dominicana) que los informantes clave atribuyen al peso político y social de la iglesia católica y al conservadurismo.

El trabajo sexual tampoco está penalizado por ley, sino que se considera una infracción administrativa; por otro lado, el proxenetismo y el tráfico se consideran delitos. La Ley 550-14 penaliza el proxenetismo, la prostitución forzada, penaliza a quienes pagan por el trabajo sexual, así como la trata de personas¹⁵. Sin embargo, incluso en un contexto de descriminalización, el entorno en el que se lleva a cabo el trabajo sexual también es un importante motivo de preocupación. Aunque no existen normas obligatorias sobre el VIH o las ITS para las trabajadoras sexuales, y los hoteles y moteles están obligados a proporcionar preservativos gratuitamente, las mujeres dedicadas al trabajo sexual siguen siendo vulnerables a la explotación y la extorsión por parte de los agentes de la ley y los proxenetas. Además, los varones dedicados al trabajo sexual pueden ser aún más vulnerables, ya que se les excluye de las estrategias de divulgación dirigida a las trabajadoras sexuales, y no trabajan de una manera organizada involucrando a proxenetas u otras redes de trabajadores sexuales que puedan protegerlo. Los informantes clave revelan que un elevado número de trabajadores sexuales masculinos realizan trabajo sexual de "supervivencia" o transaccional como migrantes económicos de otros países, particularmente de Venezuela. Los informantes también revelan que el uso de drogas (inhalantes y cocaína) es elevado, lo cual se ha asociado en otros contextos con el aumento de las prácticas de riesgo durante las relaciones sexuales entre los trabajadores sexuales tanto masculinos como femeninos.

¹⁴ Constitución de la República Dominicana, Art. 39

¹⁵ ig.cepal.org/sites/default/files/251865974-ley-no-550-14-que-establece-el-codigo-penal-de-la-republica-dominicana.pdf

Los activistas y las organizaciones de las poblaciones clave entrevistados señalan que en materia de protección y promoción de la seguridad de las poblaciones clave sobre la base de la sexualidad, identidad de género u opciones de empleo (por ejemplo, el trabajo sexual), la iglesia católica tiene un papel importante en la toma de decisiones y ha obstaculizado muchas iniciativas sociales que afectan los derechos de las poblaciones clave y vulnerables. En Santo Domingo existe un movimiento fuerte y visible que lucha por sensibilizar a la opinión pública sobre los derechos de la diversidad sexual. Sin embargo, el estigma interno sigue siendo fuerte, y las poblaciones LGBT informan que evitan los servicios, incluidos los servicios de salud, por temor a exponerse al riesgo de discriminación, a la revelación involuntaria a sus familias/comunidades y/o a la violencia. Los informantes clave indican que, debido a estos altos niveles de estigma, el sexo entre hombres es frecuente, pero se mantiene muy oculto, lo cual complica la capacidad de alcanzar a muchos HSH con estrategias de prevención del VIH y de sexo seguro. Este efecto se agudiza fuera de Santo Domingo y los centros turísticos, donde el conservadurismo religioso es aún más pronunciado.

El estigma y la discriminación también continúan siendo un problema importante para las PVVIH. El quebrantamiento de la confidencialidad es un problema en el ámbito médico que contribuye a la baja aceptación de los servicios, tal como indica el último Índice de Estigma (Profamilia 2009) y confirman los informantes de la sociedad civil. Si bien la Ley 55-93 Artículo 6¹⁶ y Ley 135-11¹⁷ Capítulo II Artículo 3.6 en teoría protegen contra el quebrantamiento de confidencialidad sobre el estado de VIH, las leyes no están bien aplicadas y los pacientes encuestados en el Índice de Estigma en 2009 tenían escaso conocimiento sobre sus derechos legales. Recientemente, CONAVIHSIDA realizó un estudio sobre "Estigma y Discriminación hacia las Poblaciones Clave en los servicios de Salud y Población General" en 15 SAI priorizados, en el que se refleja la problemática.

Las PVVIH también experimentan un estigma considerable dentro de sus comunidades, comunicando acoso verbal, exclusión de las familias y violencia física. Estos factores no sólo contribuyen a la mala calidad de vida para las PVVIH diagnosticadas, sino que también pueden desanimar a las personas en riesgo de VIH a someterse a las pruebas por temor a las represalias de un resultado positivo. También existe discriminación relacionada con el empleo, ya que muchas empresas exigen la prueba obligatoria del VIH, lo cual no sólo es una violación a la privacidad, sino que da motivos para intimidar y discriminar a las PVVIH.

No existe la reparación legal por discriminación contra las PVVIH fuera del ámbito médico, donde las Leyes 55-93 y 135-11 son teóricamente aplicables a través del Código Penal. Sin embargo, estas leyes se refieren a las PVVIH, pero no a otras poblaciones vulnerables o clave. Se propuso anteriormente una ley antidiscriminatoria más amplia, pero fue rechazada por el Congreso en su forma más reciente, y actualmente no se está haciendo ningún esfuerzo para revivir o reformular esta propuesta.

¹⁶ Ley No. 55-93 del 31 de diciembre de 1993 que establece la notificación a las autoridades de salud pública de todos los asuntos relativos a personas vivas o fallecidas que han sido infectadas con el virus del SIDA. (*Gaceta Oficial*, Vol. 143, No. 9875, 31 de enero de 1994, pp. 55-65.)

¹⁷ Ley No. 135-11: http://www.msp.gov.do/oai/Documentos/Leyes/LEY_135-11_MarcoJuridicoVIHSida_20141008.pdf

Según algunas de las OSC entrevistadas, la existencia de una ley más amplia contra la discriminación obligaría a revisar otras leyes que refuerzan la desigualdad de derechos en base a la orientación sexual. También sería necesario revisar las legislaciones actuales relacionadas con el VIH, que incluyen varios artículos que violan los derechos humanos de las PVVIH¹⁸, penalizando a las personas por la transmisión y por ocultar o no revelar el estado de VIH a sus parejas sexuales. Tales violaciones tienen penas de hasta 20 años de prisión. Esto es problemático porque la revelación obligatoria del estado de VIH promueve el aislamiento, la discriminación y el estigma interno de las PVVIH, y contradice totalmente a la Declaración de Oslo sobre la Penalización del VIH¹⁹. Además de llevar al estigma y a la discriminación, la penalización también ocasiona que las prácticas de alto riesgo sean más clandestinas, haciendo más difícil reducir los daños a través de la divulgación y la educación. Por lo tanto, la insistencia de los activistas de tener una ley que sancione todas las formas de discriminación y la necesidad de conciliar una revisión de otra legislación es urgente, y requiere una respuesta que se fundamente en el marco de los derechos humanos y en la congruencia con el enfoque positivo de la salud, la dignidad y la prevención²⁰.

Debido a la frontera terrestre compartida con Haití y las diferencias económicas y sociales entre los dos países – que incluye la pobreza y el fuerte impacto de la epidemia del VIH – la migración forma parte de la compleja realidad de República Dominicana. La atención de la salud para el VIH y la TB para los inmigrantes haitianos está incluida en las garantías del sistema de salud dominicano; sin embargo, la discriminación, la xenofobia, las diferencias económicas y culturales promueven actitudes discriminatorias, y las poblaciones clave consideran que el estigma y la discriminación constituyen una barrera importante a la prevención y la atención de la salud. Como parte del Plan Nacional de Regularización de Extranjeros de 2013 a 2015, implementado por el Estado dominicano para documentar a las poblaciones extranjeras en situación irregular, a principios de 2016, el gobierno dominicano dio los primeros pasos para incluir a los trabajadores extranjeros en el sistema de seguridad social mediante la promulgación del Decreto 96-16 y la Resolución 377 del Consejo Nacional de Seguridad Social. Esto afirma el derecho a la Seguridad Social de todos los inmigrantes en la República Dominicana con estatus migratorio regularizado, y se habilitó la modificación del reglamento interno en materia de seguridad social para permitir el acceso de la población extranjera en condiciones migratorias regulares. A pesar de ello, las prácticas discriminatorias persisten en diferentes contextos, incluyendo algunos servicios de salud.

La República Dominicana es también país de origen, tránsito y destino del tráfico humano, y tiene unas de las tasas más altas del mundo de mujeres víctimas de trata. Según el Observatorio de Tráfico coordinado por OBMICA²¹, las mujeres haitianas son particularmente vulnerables a ser traficadas a la República Dominicana o a terceros países, y según algunos comunicados de prensa, República Dominicana se ubica en la tercera posición más alta de tráfico de personas en el mundo²².

¹⁸ HIV/AIDS Alliance. (2012) Polémica ley de VIH aprobada en República Dominicana.

http://www.dominicanwatchdog.org/page-Controversial_HIV_law_passed_in_the_Dominican_Republic

¹⁹ La Declaración de Oslo sobre la criminalización del VIH: http://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2012/03/declaracion_de_oslo_spanish.pdf

²⁰ http://www.gnpplus.net/assets/wbb_file_updown/2090/PHDP_Policy_Framework_SP.pdf

²¹ <http://www.obmica.org/index.php/ejes-de-trabajo/trata-de-personas>

²² <http://www.hispantv.com/noticias/dominicana/344895/estadisticas-trata-personas-pena-culpables>

El estigma y la discriminación relacionados con la TB están mucho menos documentados, pero se informa que son comunes, y se superponen a factores relacionados como la pobreza, el origen étnico (por ejemplo, descendencia haitiana) y residencia en bateyes. Las personas afectadas por la TB han adquirido cierta capacidad para organizarse y reducir el estigma que impide el acceso al tratamiento gracias al apoyo del Fondo Mundial, que ha financiado una red de promotores de salud antituberculosos en 13 provincias priorizadas desde 2008. Sin embargo, no está claro si estos esfuerzos se mantendrán cuando cese el financiamiento del Fondo Mundial. Este es un tema que se debe discutir y abordar rápidamente.

No cabe duda de que un marco normativo mejorado podría facilitar la reducción de las barreras y abordar con eficacia algunos desafíos, pero es necesario para combatir efectivamente la homofobia, la discriminación contra el trabajo sexual, hacia los migrantes y otras poblaciones, ya que esta cultura de discriminación ha impregnado las instituciones y la sociedad en general. Además, el conservadurismo religioso y su poder en la toma de decisiones y los prejuicios son complejos desafíos que superar.

4.3 Derechos humanos y género

Como se señaló anteriormente, el artículo 39 de la Constitución de la República Dominicana garantiza el derecho a la igualdad, también sobre la base del género, y determina que el Estado tomará las acciones necesarias para garantizar la equidad y erradicar las desigualdades y la discriminación. Se define que el Estado promoverá y garantizará la participación equilibrada de mujeres y hombres en las candidaturas a los cargos de elección popular para las instancias de dirección y decisión en el ámbito público, y en la administración de la justicia y organismos de control del Estado. Sin embargo, como se señaló anteriormente, esto no considera la discriminación basada en la orientación sexual o la identidad de género.

Para garantizar el mandato constitucional, la República Dominicana tiene un Ministerio de la Mujer. Además, el Senado de la República recientemente ha aprobado la ley que crea un Sistema Integral para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer, que define como discriminación contra la mujer "cualquier distinción, exclusión o restricción basada en el género", y compromete al Estado dominicano a definir, promover y evaluar las políticas públicas contra la violencia contra la mujer con el fin de asegurar "el ejercicio efectivo de su derecho a una vida sin violencia". El Consejo de Administración del Sistema Integral para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer estará encabezado por el Ministerio de la Mujer, y compuesto por el Ministerio de Salud Pública, la Procuraduría General de la República, el Ministerio de Educación, el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia y el Ministerio de Trabajo.

A pesar de estas protecciones constitucionales, las mujeres siguen estando en creciente riesgo de violaciones de los derechos humanos, incluida la violencia, lo cual se ha asociado internacionalmente al aumento del riesgo de transmisión del VIH²³. La violencia doméstica y de género es generalizada, e impregna la cultura, las instituciones y la sociedad en general. Según la Encuesta Demográfica y de Salud

²³ La asociación entre la violencia contra las mujeres y el VIH y el SIDA. <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001388.pdf>

de la República Dominicana, realizada por el MSP en 2013²⁴, el 26% de las mujeres de 15 a 49 años han experimentado violencia física en algún momento de sus vidas, mientras que el 16% de las mujeres entre los 15 y los 19 años experimentan violencia física desde los 15 años; este porcentaje se duplica entre las mujeres de 30 a 39 años (32%). En general, una de cada diez mujeres ha sido víctima de violencia sexual en algún momento de sus vidas. Estos niveles continuos de violencia de género dejan a las mujeres innecesariamente vulnerables al VIH. Los dominicanos y dominicanas LGBT también se enfrentan a una variedad de problemas de derechos humanos, entre ellos la violencia, los crímenes de odio, la falta de acceso a la justicia, a la salud, impunidad de los perpetradores de las violaciones, así como el estigma y la discriminación de la sociedad.

Estas realidades tienen fuertes repercusiones en el financiamiento de la respuesta a la enfermedad: la reducción de la violencia produciría una reducción del riesgo de VIH, lo que podría generar ahorros significativos en la respuesta a esta enfermedad (entre otras áreas de salud y bienestar social). Por lo tanto, un mayor compromiso político para abordar la violencia de género debe ser considerado como una inversión crítica para una respuesta sostenible y asequible al VIH.

Las personas TRANS no tienen protección legal respecto a la identidad de género y no existen protocolos para la aplicación de la justicia en torno a la discriminación o la violencia relacionada con la identidad de género. Debido a que no hay acceso a la terapia hormonal para las personas transexuales, las fuentes entrevistadas informaron sobre el uso de sustancias peligrosas y no reguladas para la terapia hormonal informal, dando como resultado riesgos significativos para la salud. Al igual que en muchos contextos, debido a la exclusión social y a la falta de oportunidades para trabajar en otros sectores, los niveles de participación en el trabajo sexual entre las personas TRANS y transexuales son muy elevados, y estas personas son más propensas a ser extorsionadas debido a la falta de aceptación o por no tener acceso a la aplicación de la ley. Al igual que la carga financiera creada por la violencia no controlada contra las mujeres, la discriminación en curso contra las personas TRANS es un silencioso impulsor de la epidemia, y la protección de sus derechos podría traducirse en un verdadero ahorro de costos en la respuesta al VIH.

Por último, las poblaciones empobrecidas, incluyendo a los residentes de los bateyes y los inmigrantes haitianos, se encuentran también particularmente en riesgo de violación de sus derechos debido a la discriminación y el acceso limitado a la justicia. Además, el gasto social en la República Dominicana sigue siendo bajo en comparación con el resto de la región²⁵, lo cual, combinado con el impacto de la discriminación, afecta a las poblaciones clave, particularmente a los inmigrantes.

Si bien la República Dominicana ha estado trabajando durante las últimas décadas para avanzar de manera general hacia la protección de los derechos humanos, la falta de legislación contra la discriminación aún deja a muchas personas, incluyendo las poblaciones clave, vulnerables a la violación de sus derechos sin ninguna posibilidad de reparación. La Coalición ONG-SIDA mantiene un Observatorio de Derechos Humanos para identificar casos de discriminación y estigma relacionados con el VIH y la TB, así como

²⁴ <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanarepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf>

²⁵ <http://www.bancomundial.org/es/country/dominicanarepublic/overview>

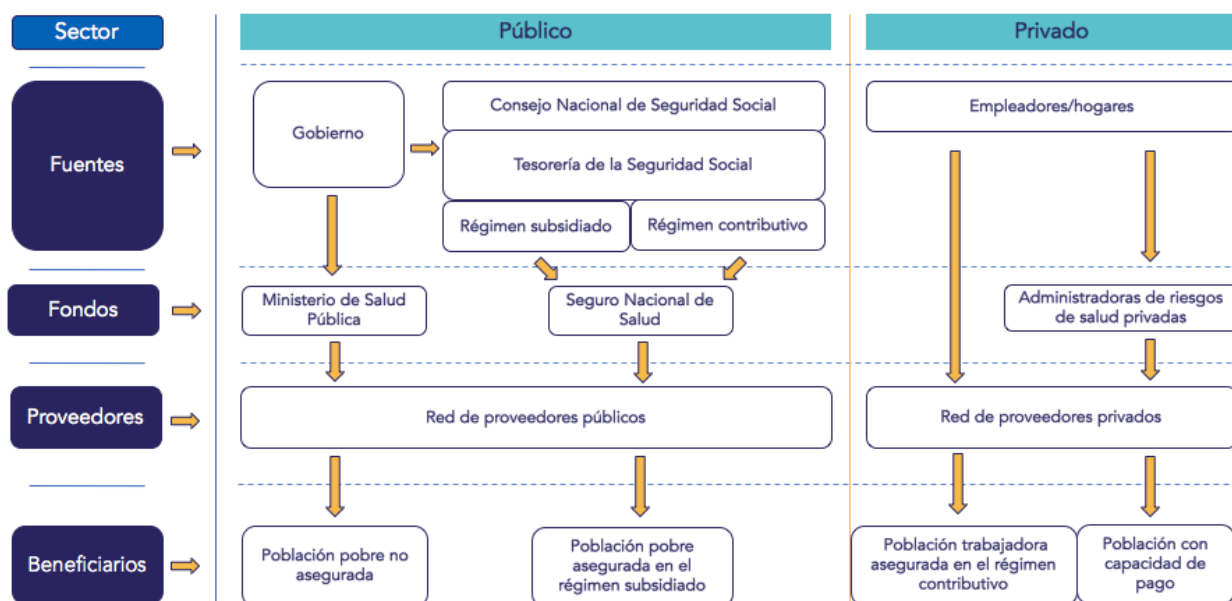
violaciones más generales a los derechos humanos relacionadas con cuestiones de las poblaciones clave, que incluyen la sexualidad y la identidad de género. Con el fin de reducir eficazmente el aislamiento al que conllevan las violaciones de los derechos y que promueve la toma de riesgos, la República Dominicana necesitará un fuerte liderazgo político que se comprometa a abordar estas violaciones de derechos específicos a fin de apoyar una respuesta más sostenible a las epidemias de VIH y TB.

5. Descripción general del sistema de salud y transición del financiamiento de la salud

5.1 El Sistema de salud en la República Dominicana

La República Dominicana se ha embarcado en un extenso proceso de reforma para revisar el funcionamiento de su sistema sanitario con el objetivo general de alcanzar la cobertura universal de salud. En 2001, la Ley General de Salud 42-01 creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) que dispone separar las funciones de liderazgo, financiamiento y prestación de atención sanitaria. El Ministerio de Salud Pública (MSP) sirve como órgano rector, estableciendo la orientación de las políticas y supervisando la gobernanza del sistema de salud. Paralelamente, la Ley 87-01 creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). En conjunto, estas dos leyes han tenido como objetivo redefinir formalmente el sistema de salud, separar funciones, crear un plan de seguro nacional, y establecer un financiamiento con base en la demanda. La aplicación de la reforma ha sido lenta y hasta la fecha sólo se ha logrado parcialmente. Si bien la separación de funciones es el objetivo declarado de la reforma del sistema de salud, en la práctica aún existe una considerable superposición de responsabilidades. De manera efectiva, el sistema de salud sigue atravesando una transición en la medida que muchas funciones y responsabilidades continúan evolucionando. La complejidad resultante en la legislación, la política y la implementación influyen en la discusión posterior sobre la transición y la sostenibilidad de la respuesta al VIH y la TB, ya que un sistema implementado de manera desigual afecta la capacidad que tienen estos programas para funcionar bien y centrarse en dichas enfermedades. La figura 9 ilustra la estructura a la que aspira el sistema de salud una vez que el proceso de reforma esté completamente implementado.

Figura 9: El Sistema de salud en la República Dominicana



Fuente: Adaptado de Rathe y Moliné (2011)

El SDSS estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS), que es un seguro universal y obligatorio. El SFS tiene dos modalidades: el régimen subsidiario y el contributivo. El SFS puede entenderse como la estrategia para lograr la cobertura de salud universal, mientras que los regímenes subsidiario y contributivo serían los instrumentos.

En teoría, el SFS garantiza el acceso a los servicios de salud para las poblaciones más vulnerables. Los afiliados del SFS reciben beneficios a través del Plan Básico de Salud (PBS), que abarca un conjunto integral de servicios, que incluye promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación, y embarazo y parto.

El régimen contributivo se financia con las cotizaciones de los empleados asalariados y sus empleadores. Estas deducciones de nómina se recogen de forma centralizada por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). Los fondos recaudados se distribuyen a 28 diferentes Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS)²⁶, una de las cuales es pública y el resto son entidades privadas. Las ARS asumen y gestionan el riesgo en la prestación de servicios bajo el PBS a cierto número de afiliados y sus dependientes en base a un pago per cápita establecido. En la figura 9, las ARS se agrupan bajo el Seguro Nacional de Salud.

El régimen subsidiado, que se financia con ingresos del gobierno, cubre a los desempleados, los discapacitados y los pobres. El Seguro Nacional de Salud (SENASA) es la única ARS pública, y también la más grande, y cubre a todos los afiliados del régimen subsidiado, así como a una pequeña porción de los miembros del régimen contributivo que eligen a SENASA como su ARS.

Además de las diferentes fuentes de financiamiento, los dos regímenes también difieren en términos de prestación de servicios. Mientras que el régimen subsidiario depende predominantemente de las instalaciones públicas para la prestación de servicios, los beneficiarios del régimen contributivo utilizan principalmente proveedores privados.

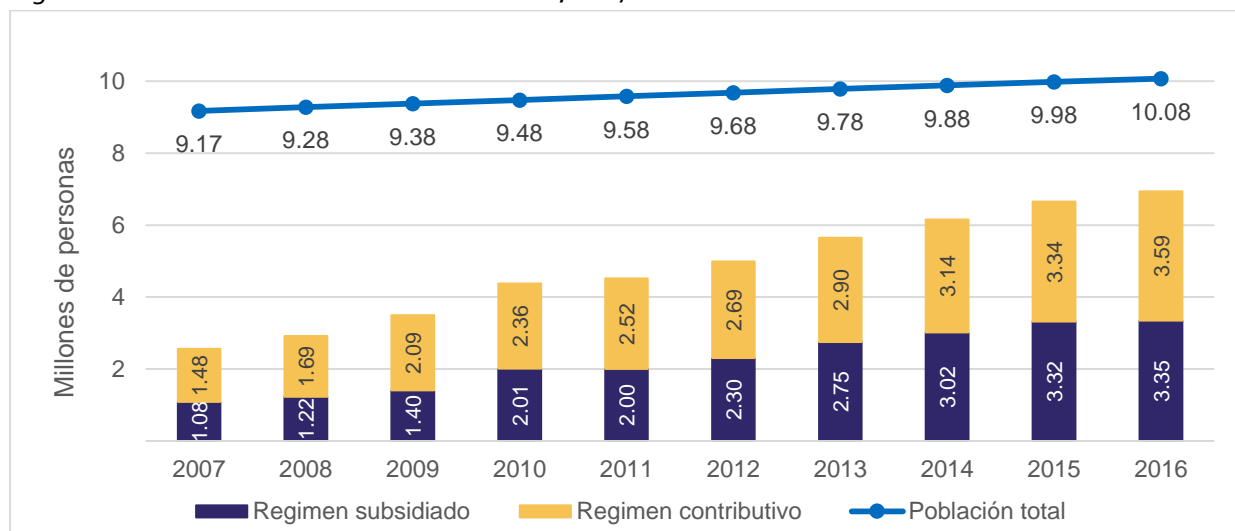
La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), el organismo regulador que supervisa las ARS, desempeña un papel clave en el sistema de salud de la República Dominicana. Su organismo superior es el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), responsable de definir el paquete de beneficios y autorizar cualquier cambio, entre otras funciones. El CNSS está formada por empleadores, sindicalistas y funcionarios del MSP, y desempeña un papel de liderazgo en la definición de cobertura de salud.

Como se indica en la figura 10, a diciembre de 2016, 68,9% de la población total estaba afiliada a la SFS, frente al 27,9% en 2007. De este total, 51,8% están afiliados al régimen contributivo y el 48,2% al régimen subsidiado. El aumento en la participación en el régimen subsidiado en 2013 se debe a una reciente revisión de los datos. A diciembre 2016 alrededor de 18,000 PVVIH están en el sistema dominicano de la Seguridad Social.

²⁶ De acuerdo con la Resolución Administrativa No.00102-2007

A pesar de la ampliación de los dos regímenes existentes durante la última década, un porcentaje significativo de la población total aún permanece no asegurada y, en consecuencia, paga directamente por atención de salud²⁷. Estas brechas de cobertura, particularmente en el caso del régimen subsidiado, pueden atribuirse en parte a la falta de fondos para la ampliación del programa, así como a los desafíos en la implementación de las reformas estructurales necesarias en la red de proveedores públicos (Rathe et al. 2014).

Figura 10: Crecimiento en la cobertura de SFS, 2007-2016



Fuentes: SISALRIL (2017)

Los servicios de VIH son parte del SFS, pero desde el principio ha habido una distinción entre la atención preventiva (intervenciones de salud pública, proporcionadas principalmente por el sector público), tratamiento (ARS tanto públicas como privadas) y provisión de ARV. Al principio las ARS excluían los ARV, pero documentos más recientes indican que han sido incorporados (Hernández 2015).

Por lo tanto, aunque el PBS cubre varias actividades de promoción y prevención entre diferentes proveedores (Artículo 23 de la Resolución N° 48-13 de 2002 sobre SFS y PBS), no obstante, los servicios de VIH originalmente no pertenecían a esta categoría. Por el contrario, la detección temprana, el control y la vigilancia del VIH se integraron desde el principio en los servicios preventivos de carácter general (Artículo 5), y por lo tanto no se incluyen explícitamente en el PBS. La misma resolución (Artículo 17) establece que el PBS tendrá exclusiones y limitaciones, entre ellas "la exclusión de los ARV, excepto en los casos de prevención de la transmisión vertical (madre a hijo)". Por lo tanto, la provisión de ARV en el sistema de seguridad social solía ser la principal barrera para asegurar una respuesta nacional sostenible

²⁷ Las regulaciones de SFS también establecieron un régimen contributivo subsidiado para proteger a profesionales y técnicos independientes, y a trabajadores autónomos con ingresos medios iguales o superiores al salario mínimo nacional. Se financiará mediante las contribuciones obligatorias de los beneficiarios y una subvención proporcionada por el Estado para compensar la falta de cotizaciones de los empleadores. Sin embargo, este régimen aún no se ha implementado. Dado que se prevé que este régimen cubra a unas tres millones de personas, constituye una brecha importante para lograr la cobertura universal de salud en el país.

al VIH. La respuesta nacional al VIH, ha incidido con las instancias correspondientes para la modificación de este artículo.

Los recientes cambios en las políticas indican que existe un creciente apoyo a la inclusión de los ARV en el marco del PBS y que se están realizando esfuerzos para garantizar el tratamiento universal de las PVVIH. En concreto, el catálogo de medicamentos del PDSS, que se basa en la Resolución N° 375-02 del CNSS del año 2015, incluye ARV. El SISALRIL también publica esta lista. Además, la Resolución N° 204 del año 2016 estipula (Artículo 12) que: “Los medicamentos que forman parte de los programas especiales de salud pública del MSP estarán cubiertos por las ARS [...]. Estos programas especiales incluyen ARV, fármacos antituberculosos y vacunas bajo el programa nacional de inmunización, todos los cuales están incluidos en el Artículo 5 del Reglamento sobre SFS y PBS, así como otros definidos por el MSP.” Sin embargo, esta resolución fue derogada por el CNSS a partir de junio de 2016 mediante la Resolución N° 395. Esta suspensión debería levantarse antes de que cualquier mecanismo pueda comenzar a funcionar.

Además de estos desafíos legales, el sistema de seguridad social enfrenta una serie de dificultades administrativas y técnicas para poner en funcionamiento la provisión de ARV. En la sección 5.5 se debate sobre los desafíos actuales para incluir los ARV en el PBS.

5.2 Panorama macroeconómico y fiscal

En las últimas tres décadas, la República Dominicana ha sido una de las economías de más rápido crecimiento en América Latina y el Caribe. De 2000-2015, la tasa de crecimiento promedio anual fue de 5,0%, comparada con 2,9% para la región. Durante el mismo período, el PIB per cápita se aproximó al promedio regional: en 2000, el PIB per cápita de la República Dominicana fue del 65,1% del promedio regional, pero para 2015 superó el doble, alcanzando US\$ 6,468, en comparación con el promedio regional de US\$8,450. Las industrias como la construcción, la minería, los servicios financieros, la fabricación local, el comercio, el transporte y el turismo han impulsado la reciente expansión económica (EIU 2016), al igual que la fuerte demanda interna, la baja de los precios del petróleo y la continua recuperación económica de Estados Unidos (FMI 2016).

A pesar de estas mejoras en el ingreso promedio, los beneficios del crecimiento nacional no han sido inclusivos y la pobreza generalizada persiste. Una grave crisis bancaria en 2003/4 provocó que la mitad de la población cayera en una pobreza moderada y, si bien las tasas de pobreza disminuyeron lentamente a medida que la economía se recuperaba, en 2016 se estimó que el 32,4% de la población vivía por debajo del umbral de pobreza nacional. El muy limitado nivel de ascenso económico en la República Dominicana, en comparación con la región en conjunto, es también motivo de preocupación. Los motivos de la inequidad, a pesar del crecimiento nacional, incluyen una disminución en los salarios reales - aun ante los aumentos de la productividad-, altos niveles de informalidad del mercado laboral, crecimiento del empleo en sectores de poco valor agregado en lugar de sectores más lucrativos de alto valor agregado, y un entorno normativo y jurídico que perjudica la competitividad global (Banco Mundial 2016).

El gasto social dominicano también está por detrás del promedio regional. La crisis bancaria de 2004 provocó una serie de reformas fiscales (Banco Mundial 2016), pero la capacidad de generación de ingresos sigue siendo débil y limita el espacio fiscal para el gasto público. A pesar de las reformas fiscales entre 2004 y 2012, los ingresos fiscales como porcentaje del PIB experimentaron un crecimiento marginal entre 2004 y 2015, pasando de 12,9% a 13,4%, y alcanzando un máximo de 14,9% en 2007. La gran cantidad de exenciones, además de un alto nivel de empleo informal y métodos de recaudación deficientes, han obstaculizado el progreso hacia una base impositiva más amplia. El gobierno actual ha indicado su interés en continuar la reforma fiscal para abordar este problema (EIU 2016).

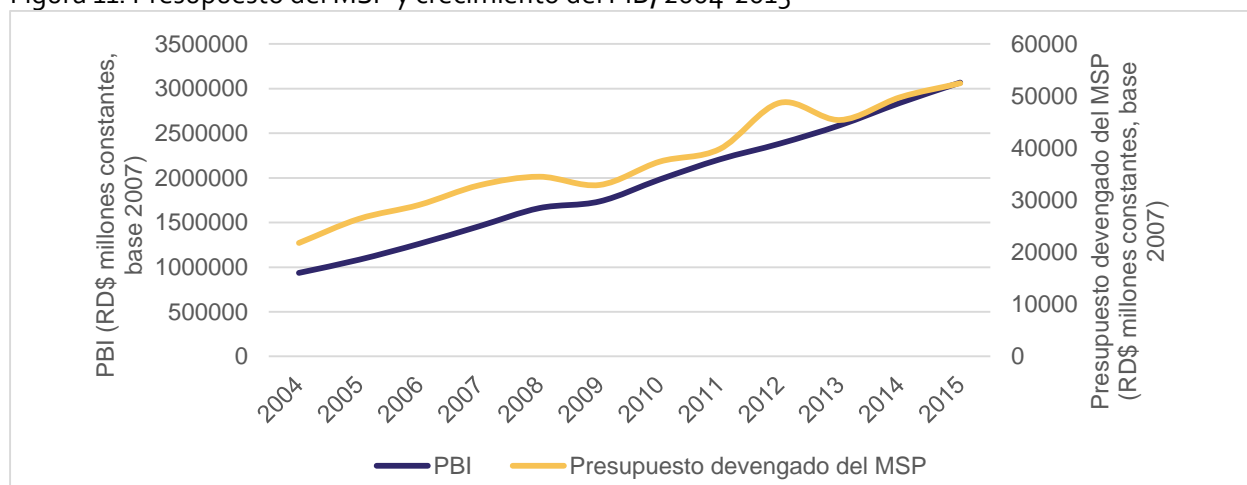
Durante 2005-2016, la tasa de desempleo promedio estimada en República Dominicana era casi el doble del promedio de la región latinoamericana: 14,9% comparado al 7,7%. La inflación, en 5,4%, era ligeramente superior a la media regional de 4,7%. Mientras que el nivel de ingresos y gastos gubernamentales como porcentaje del PIB es más bajo que el promedio de América Latina y el Caribe, su nivel de deuda es también considerablemente inferior, situándolo en una posición fiscal relativamente estable. La relativa no volatilidad del peso dominicano también contribuye a esta estabilidad. El análisis de Economist Intelligence Unit sugiere que el crecimiento se suavizará en el mediano plazo, y el déficit fiscal se reducirá a medida que el gobierno continúe centrado en la gestión fiscal (EIU 2016).

5.3 Gasto en salud y gestión financiera pública

En esta sección se examinan los patrones de gasto en salud entre los sectores público y privado de República Dominicana, para pasar posteriormente a un análisis comparativo regional. Por último, se discute la eficacia de la ejecución presupuestaria y la gestión de las finanzas públicas.

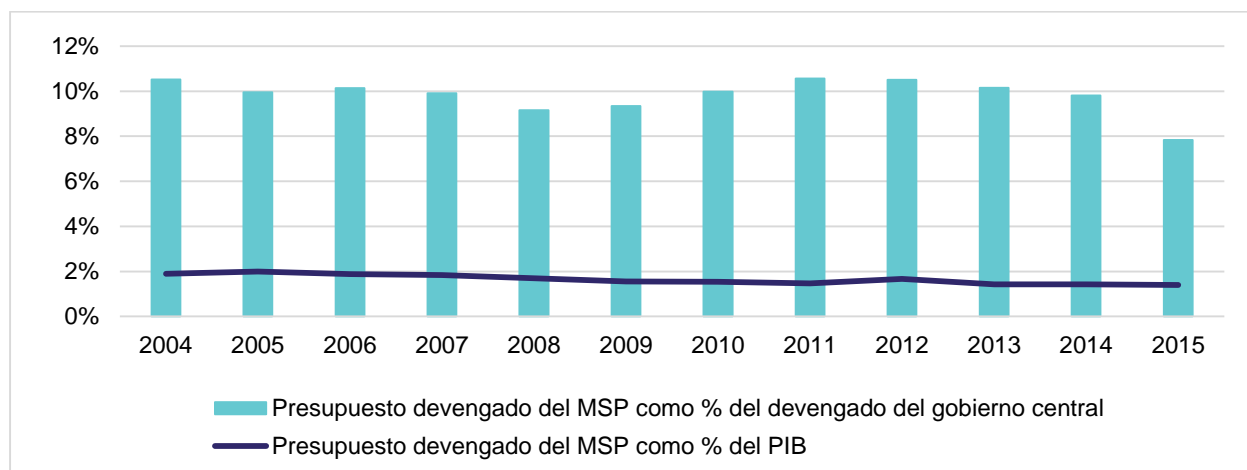
El gasto público en salud experimentó un incremento positivo y significativo en los últimos 25 años. Como puede verse en la figura 11, el presupuesto del MSP creció a un ritmo más rápido que el PIB. Por su parte el presupuesto del MSP como porcentaje del presupuesto del gobierno central y del PIB creció de manera sostenida hasta 2003, manteniéndose relativamente constante desde 2004. No obstante, no ha sido uniforme en términos de gasto público total, como se muestra en la Figura 12, con períodos de crecimiento, como los de 1991-2000 y 2008-2012, y algunas caídas importantes durante 2000-2003 o descensos ligeros como los de 2004-2008 y 2012-2015.

Figura 11: Presupuesto del MSP y crecimiento del PIB, 2004-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de las Cuentas Nacionales de Salud²⁸

Figura 12: Presupuesto del MSP como % del PIB y Presupuesto del Gobierno Central, 2004-2015

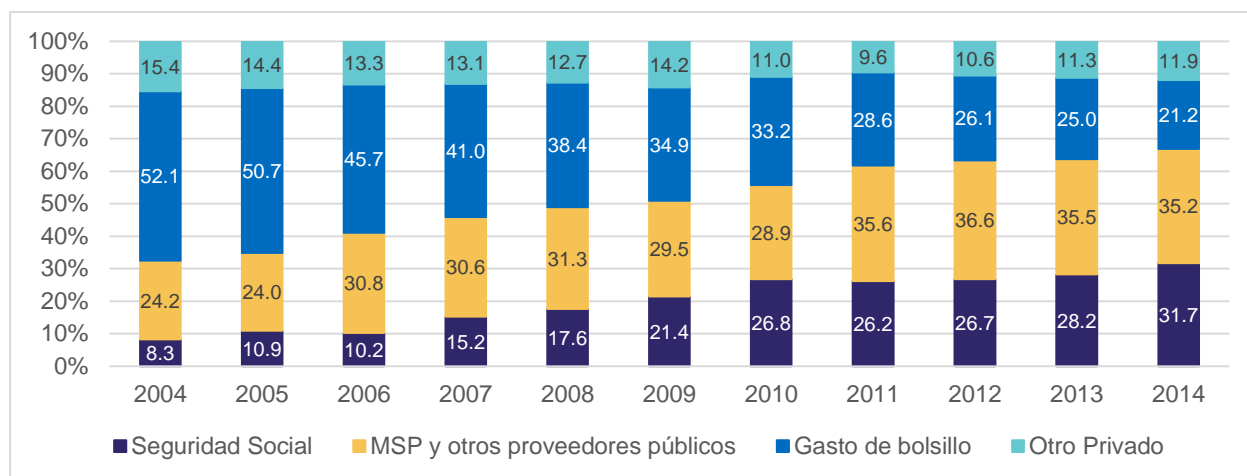


Fuente: Elaboración propia a partir de las Cuentas Nacionales de Salud

Entre 2004 y 2014, el gasto público en salud aumentó y los pagos privados disminuyeron como parte del gasto total. En 2014, el gasto público en salud representó el 66,9% del gasto total en salud, mientras que el gasto directo de los hogares representó el 21,2%, como se muestra en la figura 13. En 2004, estas categorías comprendían el 32,5% y el 52,1% del gasto total en salud, respectivamente.

²⁸ La figura grafica el Presupuesto Devengado del Ministerio de Salud Pública. Este dato surge de la División de Cuentas Nacionales de Salud, Dirección de Planificación Institucional del Ministerio de Salud Pública, agosto de 2016. Tabla: Evolución del presupuesto del Capítulo 0207 - Ministerio de Salud Pública, 1990 – 2013.

Figura 13: Evolución del financiamiento total de la salud por fuente, 2004-2014



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de OMS (2017)

Esta evolución en los patrones de gasto coincidió con la expansión del SFS. Sin embargo, este cambio se debe en gran parte al hecho de que los planes privados de seguro de salud existentes, principalmente ofrecidos por empresas y entidades públicas, fueron incorporados al SFS obligatorio. En otras palabras, estos planes, clasificados anteriormente como gasto privado, ahora se han agrupado en el sector público (Rathe y Moliné 2011).

Análisis Comparativo Regional

La tabla 4 compara indicadores básicos de financiamiento económico y de salud de la República Dominicana y de países seleccionados de América Latina y el Caribe con niveles de ingresos similares. Sin embargo, a pesar de la similitud en PIB per cápita, República Dominicana presenta el menor gasto en salud per cápita en comparación con el resto del grupo, y el menor gasto público en salud como porcentaje del PIB, alcanzando sólo el 2,9% en 2014. Este gasto público relativamente más bajo en salud no se ha traducido en pagos directos más altos para los pacientes, de hecho, el pago directo en salud en República Dominicana se encuentra entre los más bajos del grupo.

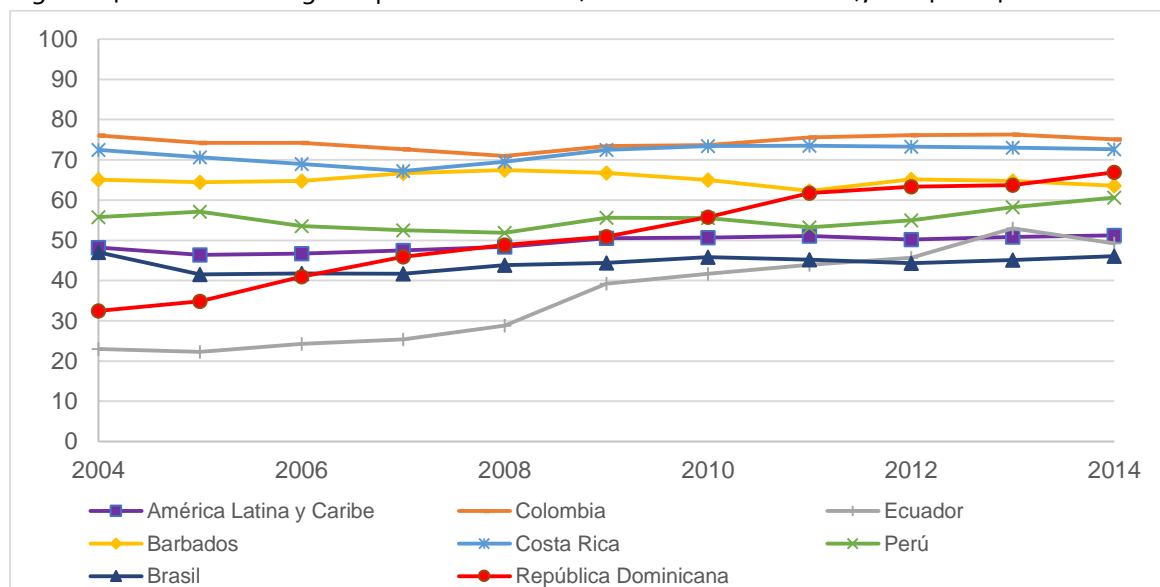
Tabla 4: Indicadores económicos básicos y de financiamiento de la salud en países seleccionados de ALC

	Barbados	Costa Rica	Brasil	República Dominicana	Colombia	Perú	Ecuador	ALC
PIB per cápita, PPA [2015]	15.408	14.647	14.533	13.372	12.988	11.768	10.777	14.638
Gasto total en salud (GTS) per cápita, PPA [2014]	1.014	1.389	1.318	580	962	656	1.040	1.112
Gasto del gobierno general en salud, como % de GTS [2014]	4,7	6,8	3,8	2,9	5,4	3,3	4,5	3,8
Gasto del gobierno general en salud, como % de GTS [2014]	63,5	72,7	46,0	66,9	75,1	60,6	49,2	51,2
Gasto de bolsillo en salud, como % de GTS [2014]	29,9	24,9	25,5	21,1	15,4	28,6	48,4	31,7

Fuente: World Bank DataBank (2017)

De manera similar, la figura 14 muestra que la República Dominicana ha experimentado un fuerte crecimiento del gasto público, mientras que los demás países, con excepción de Ecuador, han mostrado una evolución más estable. En los últimos años el gasto público en salud en República Dominicana ha superado el promedio de América Latina y el Caribe.

Figure 14: Evolución del gasto público en salud (% Gasto total en salud), 2004-2014



Fuente: World Bank DataBank (2017)

La tabla 5 compara los indicadores de desempeño en salud en los diferentes países. La República Dominicana todavía está rezagada en términos de resultados de salud en comparación con el promedio regional (última columna) y el grupo de referencia. El país tiene la esperanza de vida más baja del grupo y la segunda tasa de inmunización más baja de DPT (Ecuador tiene la menor). Además, la República Dominicana tiene tasas considerablemente más altas de mortalidad materna e infantil.

Tabla 5: Indicadores de salud en países seleccionados de América Latina y el Caribe

	Barbados	Costa Rica	Brasil	República Dominicana	Colombia	Perú	Ecuador	ALC
Esperanza de vida al nacer [2015]	75,66	79,59	74,68	73,68	74,18	74,78	76,10	75,17
Incidencia de VIH (% de la población no infectada de 15-49 años) [2015]	0,12	0,02	0,04	0,04	0,04	0,02	0,01	0,03
Incidencia de malaria (por cada 1.000 personas en riesgo) [2015]	...	0,00	7,90	0,30	12,30	21,20	0,10	10,03
Incidencia de TB (por cada 100.000 personas) [2015]	0,00	11,00	41,00	60,00	31,00	119,00	52,00	40,00
Cobertura del tratamiento ARV (% de PVVIH) [2014]	43,00	56,00	55,00	46,00	...	56,00	54,00	54,72
Tasa de detección de TB (% de todas formas) [2015]	...	80,00	87,00	71,00	80,00	80,00	60,00	81,00
Tasa de éxito en el tratamiento de la TB (% de casos nuevos) [2014]	...	89,00	71,00	83,00	76,00	87,00	77,00	75,00
Tasa de mortalidad infantil (cada 1,000 nacimientos vivos) [2015]	12,0	8,5	14,6	25,7	13,6	13,1	18,4	15,2
Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos) [2015]	27,0	25,0	44,0	92,0	64,0	68,0	64,0	67,0
Inmunización, DPT (% de niños de 12-23 meses) [2015]	97,0	92,0	96,0	85,0	91,0	90,0	78,0	89,9

Fuente: World Bank DataBank (2017)

Gestión Financiera Pública

La calidad del gasto social continúa siendo un tema de preocupación. La buena noticia es que los recursos existentes se están gastando; de hecho, las tasas de ejecución del presupuesto del MSP son excepcionalmente altas, promediando un 94% en los últimos cuatro años. Sin embargo, las inversiones

públicas no siempre producen los resultados deseados, como lo demuestra la baja calidad de los servicios de salud pública (ver sección 7.1). La eficiencia y la relación costo efectiva del gasto del sector de la salud se ven limitadas por los desafíos relativos a una gestión eficaz de las finanzas públicas. Varios factores relacionados con el proceso presupuestario, la gestión fiscal y financiera, los sistemas de adquisiciones, y de auditoría contribuyen a que los resultados sean más bajos.

Para hacer frente a estas deficiencias, la República Dominicana se ha embarcado en un ambicioso proceso de reforma. Desde 2006, un conjunto de 14 leyes ha revisado la gestión pública, incluyendo aspectos del sistema de planificación, inversión pública y gestión de los recursos humanos. Como resultado, la credibilidad del presupuesto ha mejorado significativamente.

La mejora de la planificación también es notable, y se pone en evidencia con la existencia de un marco nacional de desarrollo. El marco general de planificación del país para las próximas dos décadas es la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030. En el mismo se describe la visión de desarrollo del país a largo plazo y las políticas públicas pertinentes. Es importante destacar que la END 2030 recomienda aumentar el gasto público en salud hasta el 4% del PIB en 2020 y el 5% en 2030. Las políticas definidas en la END 2030 son puestas en marcha a través de planes a mediano plazo que alinean los planes públicos prioritarios con las metas y los resultados esperados. El Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016 da prioridad a 37 programas para alcanzar los objetivos de desarrollo de la END 2030. Existen 13 programas de salud priorizados, entre ellos (i) prevención y control de la TB, y (ii) tratamiento y atención de las PVVIH. Según el Plan, el objetivo de esta "priorización" es garantizar que los recursos presupuestarios les sean provistos.

Además, la Ley 176-07 (2007) exige a los gobiernos locales a invertir el 4% de su presupuesto en salud, educación y género. No está claro en qué medida se cumple esta disposición.

El gasto del sector salud sigue basándose en gran medida en presupuestos históricos, limitando las opciones para fortalecer su enfoque en la calidad. Los esfuerzos realizados recientemente para cambiar el enfoque a los resultados son prometedores, pero siguen siendo aislados y aún no alcanzan su potencial. Por ejemplo, un mecanismo de financiamiento basado en los resultados que se puso a prueba en nueve regiones llevó al uso creciente de un Sistema de Gestión Clínica para registrar y monitorear la adhesión de los médicos a los protocolos durante consultas en el nivel primario de salud (Banco Mundial 2016). A pesar de esta y otras iniciativas, el sistema general de presupuestación del país todavía apunta en gran medida a obtener productos, en lugar de resultados. Además, la flexibilidad en el gasto es un problema ya que las rigideces presupuestarias pueden limitar la capacidad de reorientar las asignaciones. Si bien existe una política/sistema para permitir la reprogramación del ciclo de financiamiento, rara vez se utiliza (PEPFAR 2016). Los desafíos también persisten a nivel local, donde la calidad del gasto municipal es baja (Giussani et al. 2016).

La evaluación PEFA de 2016 también ha identificado importantes deficiencias pendientes con respecto a la transparencia y rendición de cuentas del gobierno (ver tabla 6). La transparencia de las finanzas públicas ha mejorado lentamente, pero desde niveles muy bajos. El Índice de Presupuesto Abierto (IPA), un

indicador de la transparencia del gobierno, aumentó de 14 en 2008 a 29 en 2012 a 51 en 2015. Entre otros factores, la calidad y la amplitud de la información proporcionada a través del portal web han contribuido a que la República Dominicana suba en su clasificación.

Según la evaluación PEFA de 2016, las adquisiciones públicas siguen en gran medida las mejores prácticas internacionales. La introducción de un mecanismo centralizado de adquisiciones para el sector de la salud ha incorporado economías de escala y una mejora en la asequibilidad de los medicamentos (Banco Mundial 2016). Desde 2012, el Programa de Medicamentos Esenciales/Centro de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) es el único comprador público de medicamentos (ver sección 7.2). Las adquisiciones a gran escala a través de este mecanismo han permitido que el sistema de salud ahorre recursos significativos. Mejorar la transparencia y la eficiencia de la gestión de los recursos públicos sigue siendo una prioridad para el gobierno y será un apoyo para el proceso de reforma de la salud, así como para el proceso de transición.

Tabla 6: Aspectos sobresalientes de la Evaluación PEFA de 2016 para República Dominicana

I. Credibilidad del presupuesto	Clasificación PEFA
Composición de las desviaciones del gasto presupuestario en comparación con el presupuesto original aprobado	B+
Resultados de los ingresos agregados	B+
II. Transparencia de las finanzas públicas	
Operaciones ni incluidas en informes financieros	D+
Supervisión del riesgo fiscal causado por otras entidades del sector público	C
IV. Estrategia fiscal y presupuestación basada en políticas	
Proceso de preparación del presupuesto	C+
Perspectiva de mediano plazo para la presupuestación del gasto	C
V. Previsibilidad y control de la ejecución presupuestaria	
Controles de la nómina	C+
Adquisiciones	B
Controles internos del gasto no salarial	B
Auditoría interna	D
VI. Contabilidad y prestación de informes	
Informes presupuestarios durante el ejercicio en curso	C+
VII. Escrutinio y auditoría externos	
Auditoría externa	D+

Fuente: Giussani et al. (2016)

5.4 Financiación de las respuestas del VIH y la TB

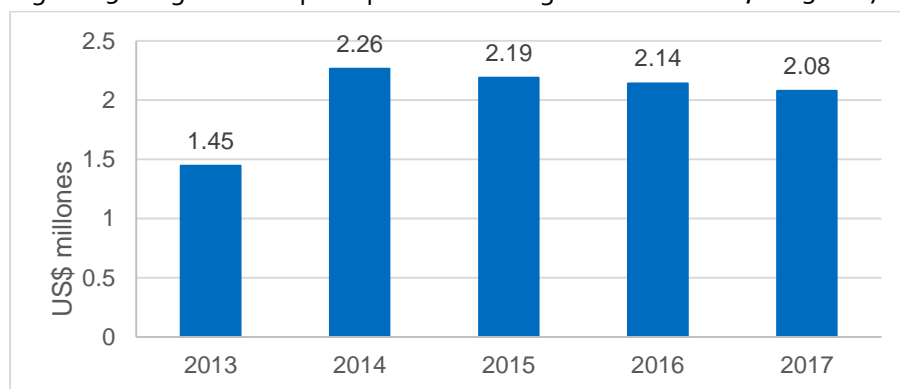
La lucha contra la TB y el VIH es una prioridad pública. En el presupuesto nacional ambos programas están considerados “partidas presupuestarias protegidas”, lo cual quiere decir que el financiamiento inicial está protegido de modificaciones posteriores. Si bien asignar esta condición al programa indica un significativo por parte del gobierno central a las respuestas, no es capaz de garantizar una respuesta sostenible a ambas enfermedades ni de evitar que los programas deban realizar grandes esfuerzos para asegurar el desembolso de esos fondos. En cambio, solo estipula que se reserve un umbral mínimo en el presupuesto

para la respuesta a la enfermedad, sin considerar cómo se gasta el presupuesto actualmente o implicaciones más amplias que se derivan de la funcionalidad -o la falta de ella- del sistema de prestación de servicios de salud. Asimismo, sólo la parte protegida no está sujeta a las fluctuaciones anuales y la eficacia general del programa de gastos puede verse afectada por recortes a otras categorías de gastos en la dotación presupuestaria del MSP.

Tuberculosis

La respuesta nacional a la tuberculosis está financiada por el Gobierno de la República Dominicana (a través del MSP), el gasto interno y los donantes internacionales. El financiamiento público de la TB ha permanecido estancado en los últimos años: desde el 2014, el programa ha recibido la misma cantidad anual de RD\$98.645.439. La figura 15 muestra las asignaciones gubernamentales al PNCT a lo largo del tiempo. No obstante, estas cifras no están deflactadas, ocultando el hecho de que el poder adquisitivo real (valor de la asignación presupuestaria) ha ido disminuyendo desde el 2014. Estos recortes presupuestarios implícitos han tenido repercusiones en la aplicación efectiva del PNCT, tales como la insuficiencia de personal.

Figura 15: Asignaciones presupuestarias del gobierno a PNCT, 2013-2017²⁹



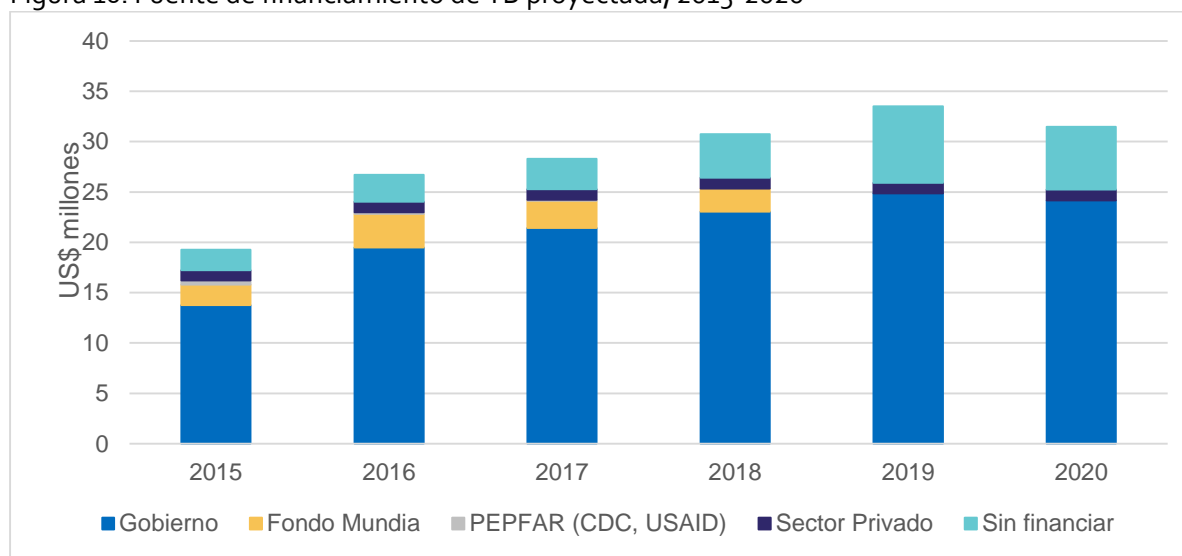
Fuente: Presupuestos anuales del MSP (2017)

El presupuesto del PNCT cubre el costo de la adquisición de medicamentos de primera y segunda línea, así como los reactivos para la prueba del esputo, cultivos y pruebas de sensibilidad, pruebas de VIH y todas las pruebas necesarias para la evaluación y seguimiento de los casos. Además, cubre los gastos de viaje del personal de nivel central e intermedio. De acuerdo con la nota conceptual de la TB, no es posible evaluar el gasto público de esta enfermedad dadas las “grandes limitaciones de la estructura presupuestaria establecidas en la Ley Orgánica actual.” No se han realizado estudios sobre el gasto nacional en TB, y las cuentas nacionales que contienen los gastos directos en respuesta a la TB (recursos humanos, centros de salud en funcionamiento, orientación y gestión a niveles intermedio y local) no aparecen clasificadas como tales en el actual mecanismo de presentación de las áreas presupuestarias del PNCT.

²⁹ En términos nominales. La línea presupuestaria correspondiente del MSP se denomina “Prevención y Control de la Tuberculosis”.

Para preparar su PEN para 2015-2020, el país se sometió a un ejercicio de planificación con el fin de medir las fuentes de financiamiento disponibles de manera que se puedan satisfacer las necesidades identificadas en el plan. Como se muestra en la figura 16, aproximadamente tres cuartas partes de la respuesta nacional se financian con fondos del Gobierno. La categoría “Sin Financiar” en esta figura se refiere a la diferencia entre el financiamiento disponible y el financiamiento necesario para implementar las intervenciones según lo dispuesto en el PEN. Según el PNCT, las actividades que son particularmente dependiente de fondos de donantes son actualmente las pruebas moleculares rápidas, capacitación, supervisión y la implementación del sistema de información.

Figura 16: Fuente de financiamiento de TB proyectada, 2015-2020³⁰



Fuente: Nota Conceptual de la República Dominicana al Fondo Mundial (2014)

VIH

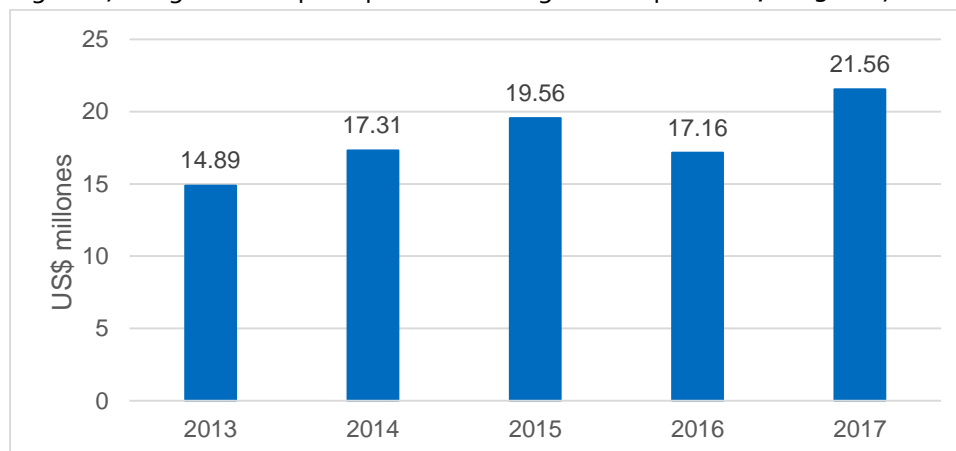
La respuesta nacional al VIH está financiada por el Gobierno de la República Dominicana (a través del MSP y otros ministerios), la seguridad social, el gasto interno, los donantes internacionales y las empresas del sector privado mediante programas de responsabilidad social. Para analizar el financiamiento del HIV, esta sección presenta, en primer lugar, el presupuesto del MSP dedicado al VIH, luego recurre al MEGAS 2012 para una descripción general de las fuentes de gasto y las categorías, y finalmente destaca los resultados de Valdez et al. (2017b), quienes recientemente realizaron un análisis del déficit financiero ofreciendo datos actualizados, aunque sin la misma profundidad que los informes de MEGAS.

Las contribuciones del gobierno a la respuesta al VIH han fluctuado en los últimos cinco años, como se muestra en la figura 17. Además de tres líneas explícitas en el presupuesto, la respuesta al VIH también

³⁰ La tabla de financiamiento proyectada del PEN para la TB se ha actualizado para incluir el financiamiento de la Subvención de TB DOM-T-MSPAS del Fondo Mundial en curso, que cubre los años 2016-2018. Cabe señalar que, en su último informe, el Comité Luz Verde Regional presenta una tabla ligeramente diferente. Los motivos de las incongruencias entre ambas son desconocidos para los autores.

se beneficia de las contribuciones indirectas del MSP (infraestructura, personal, etc.) como parte del sistema general de prestación de servicios del MSP y las asignaciones de otros ministerios competentes (Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación).

Figura 17: Asignaciones presupuestarias del gobierno para VIH, 2013-2017³¹



Fuente: Presupuestos anuales del MSP (2017)

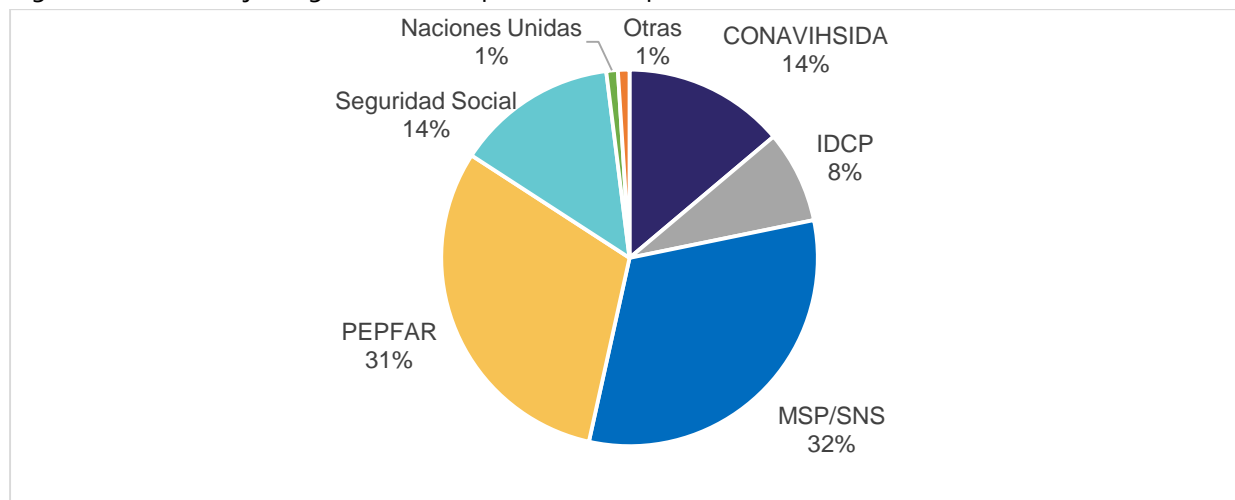
En términos reales, según el informe MEGAS que incluye el gasto privado, después de alcanzar el financiamiento máximo de US\$47,3 millones en 2009, el gasto total de la respuesta al VIH disminuyó ligeramente en el transcurso de los tres años siguientes. Los fondos internacionales proporcionaron la mayor parte del financiamiento cada año y financiaron el 50% de la respuesta en el 2012. El gasto público ha rondado el 25% y el financiamiento privado también se ha mantenido relativamente estable, en alrededor del 25%. El apéndice 5 resume el porcentaje de estas diferentes fuentes de financiamiento. Los fondos públicos se destinaron principalmente a prevención (42,3%), atención médica y tratamiento (40,6%) y gestión de programas y administración (14,2%). La gran mayoría de los fondos privados (71,2%) fue destinada a la prevención –en gran medida en lo relativo a la seguridad de la sangre y preservativos– gastando el resto en atención y tratamiento, principalmente en TARV.

Recientemente, USAID encomendó un análisis del déficit de financiamiento (Valdez et al 2017b) para determinar la diferencia entre las inversiones necesarias para cumplir los objetivos dispuestos en el PEN y los fondos disponibles proyectados para 2015-2018. *Es importante destacar que este estudio sólo toma en cuenta el financiamiento público internacional, y no considera ningún flujo privado.* A partir de 2016, las contribuciones del Fondo Mundial, implementadas a través de sus receptores principales locales (CONAVIH/SIDA e IDCP), representaron el 22% del gasto total de la respuesta nacional al VIH, como se muestra en la figura 18. El MSP y la Seguridad Social aportaron el 45%, seguidos de PEPFAR, con el 31%. El 2% restante está repartido entre varios donantes incluyendo ONUSIDA, UNFPA, UNICEF y PNUD.

³¹ En términos nominales. Las líneas presupuestarias correspondientes del MSP se denominan “Prevención, Control del VIH/SIDA”, “Prevención, Control y Atención del VIH/SIDA” y “Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual”. No está claro lo que cada una de ellas cubre, o si hay superposición.

Para reflejar los pilares estratégicos del PEN, la visión general del gasto para el 2016 fue dividida en diferentes categorías. Específicamente, el 61% del gasto fue destinado a la atención integral, incluyendo la entrega de medicamentos y pruebas diagnósticas, el 21% al fortalecimiento de la respuesta nacional, el 16% a educación y prevención, y un 1% a derechos humanos.

Figura 18: Porcentaje de gasto en la respuesta al VIH por fuente de financiamiento en 2016³²



Fuente: Valdez et al. (2017b)

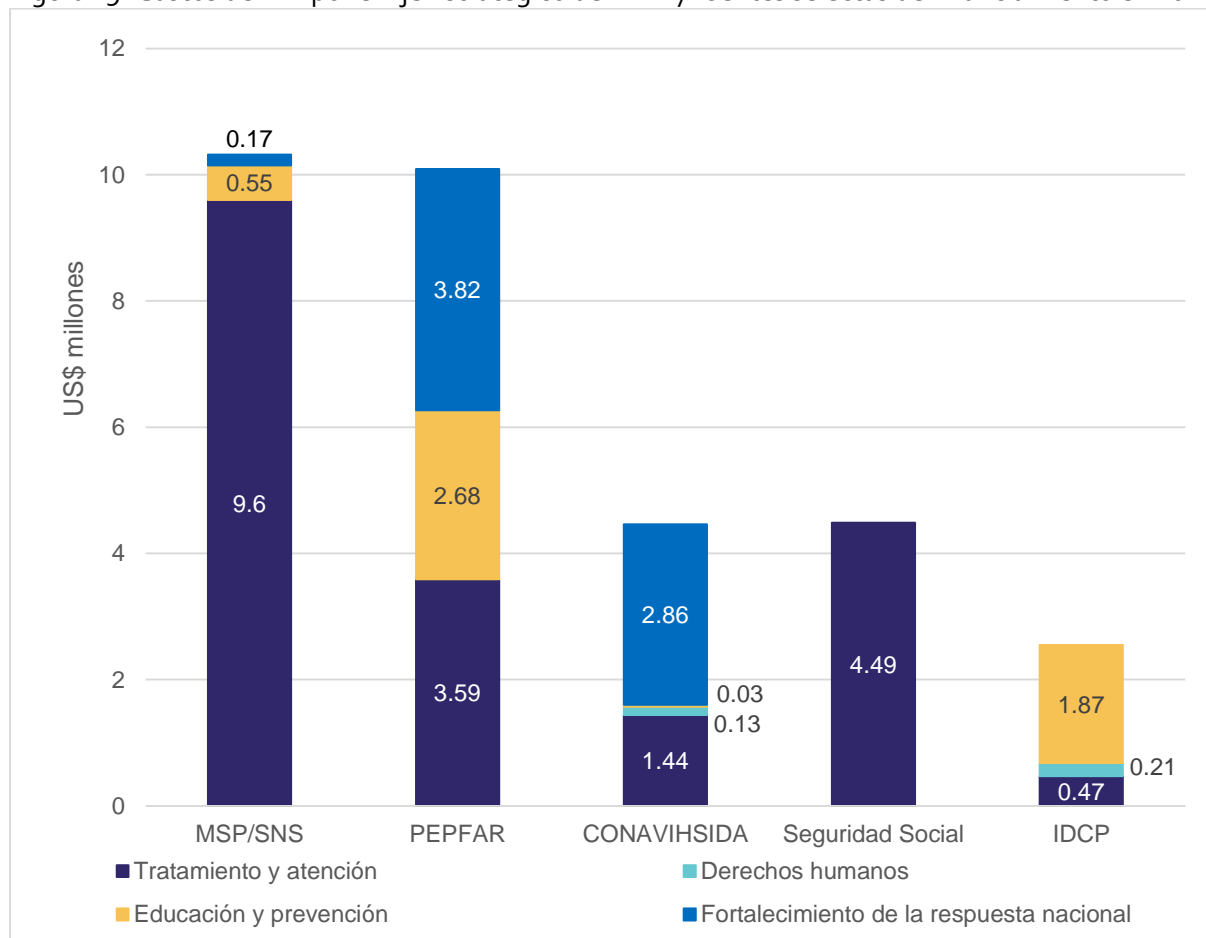
Como se muestra en la figura 19, el MSP continúa asumiendo la parte principal de los costos de los servicios de atención integral. Esto se debe en gran medida a que el gobierno financia los gastos de adquisición de los medicamentos. Desde 2004 el gobierno provee ARV gratuitamente; sin embargo, la mayor parte del financiamiento para estos medicamentos provenía de fuentes externas, principalmente del Fondo Mundial y, en menor medida, de PEPFAR. El gobierno decidió intervenir y superar el déficit de ARV en 2013 después de que los recursos para la adquisición de ARV asignados por estos organismos comenzaron a reducirse. No sólo colocó más fondos, sino que también logró reducir los precios en las negociaciones con los licitadores. Desde el 2015, el gobierno ha sido el único responsable de la adquisición y provisión del ARV, lo que demuestra que la transferencia gradual de la responsabilidad financiera es posible. Como paso siguiente para garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH, es necesario abordar la distribución de la carga financiera entre diferentes fuentes internas (ver sección 5.5).

La figura 19 pone en destaque que actualmente la educación y la prevención están financiadas principalmente por PEPFAR y el Fondo Mundial (IDCP), causando preocupación sobre la futura disponibilidad de fondos para la prevención. Los gastos del Sistema de Seguridad Social se centran exclusivamente en el servicio de atención médica; no se incluyen los servicios de prevención. En la actualidad, el MSP cubre únicamente el 10,8% de la prevención y la educación. Por tanto, los fondos públicos nacionales se utilizan casi exclusivamente para adquirir ARV, para el diagnóstico a nivel clínico y para adquirir pruebas de monitoreo (CD4 y carga viral). En contraste, el financiamiento internacional se ha centrado en el tamizaje de las poblaciones clave, y al acceso y adhesión de las mismas al tratamiento.

³² Excluyendo al sector privado

De acuerdo con las estimaciones de Valdez et al. (2017b), se espera que el gasto público e internacional aumenten aproximadamente un 30% en 2017 y 25% en 2018, en comparación con 2016 (ver figura 22). A pesar de estos aumentos previstos, se mantendrá un déficit de financiamiento, estimado en US\$14,2 millones para el 2017 y US\$17,9 millones para el año 2018. Sus análisis indican que las mayores deficiencias de financiamiento se encuentran en la educación/prevención y la atención integral.

Figura 19: Gastos de VIH por el Eje Estratégico del PEN y fuentes selectas de financiamiento en 2016

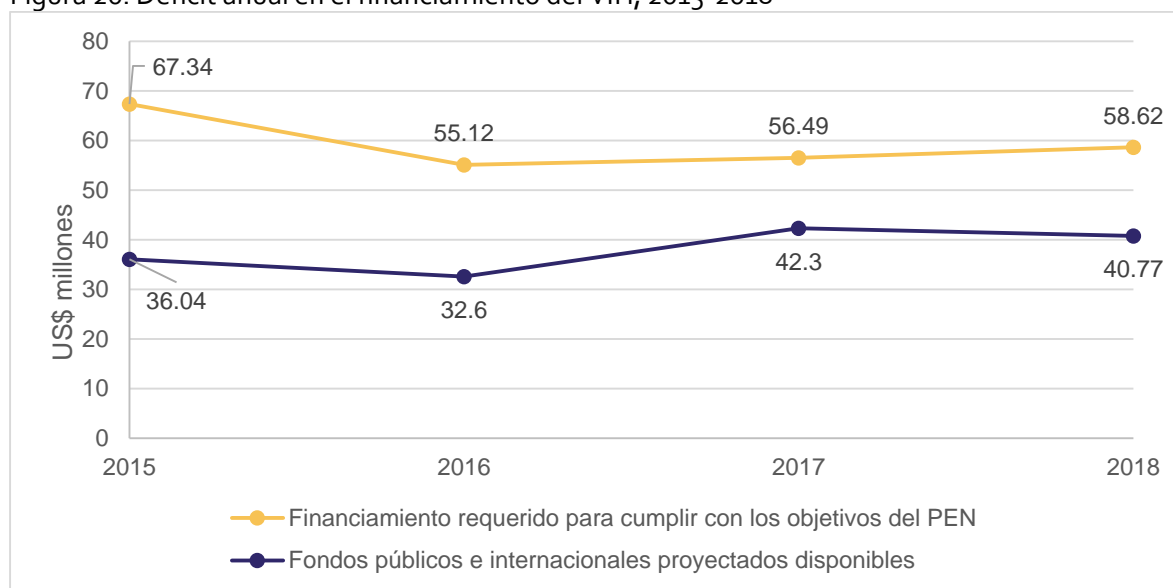


Fuentes: Valdez et al. (2017b) y Valdez et al. (2017c)

Sobre la base de este análisis del déficit, los autores recomiendan cuatro intervenciones clave para avanzar. La primera, garantizar que el PEN de 2019-2025 se desarrolle bajo supuestos reales, incluyendo la consideración del panorama financiero y las dotaciones presupuestarias, los enfoques específicos de las poblaciones clave, la situación epidemiológica y demográfica, y los objetivos nacionales y los nuevos compromisos internacionales, tales como los objetivos 90-90-90. En segundo lugar, los autores destacan que es necesaria una mejor alineación de las intervenciones programáticas y del PEN, y recomiendan usar la divulgación y la supervisión del PEN de 2019-2025 como una herramienta de coordinación de todos los agentes de financiamiento y otros responsables de tomas de decisiones. Actualmente, queda claro que el PEN no se utiliza plenamente como guía para la programación interna de varias instituciones gubernamentales y organizaciones internacionales involucradas en la respuesta al VIH.

En tercer lugar, los autores señalan que las contribuciones del Sistema de la Seguridad Social y PROMESE/CAL son difíciles de cuantificar, obstaculizando la medición de la distribución de la carga financiera entre los pacientes. Solicitan una ampliación de las contribuciones del Sistema de la Seguridad Social para la respuesta nacional, especialmente en lo que respecta al financiamiento de los ARV, de lo contrario el MSP continuará subsidiando al sistema de la Seguridad Social. Finalmente, recomiendan firmemente priorizar las inversiones en intervenciones probadas y rentables para lograr la supresión viral, en particular el diagnóstico oportuno y la estricta adherencia al tratamiento, es decir, el tratamiento como prevención. Esta agenda se alinea con nuestras inquietudes en lo relativo a la transición y sostenibilidad de los programas de VIH y TB.

Figura 20: Déficit anual en el financiamiento del VIH, 2015-2018



Fuente: Valdez et al. (2017b)

5.5 Financiamiento futuro del sector salud

Como se mencionó anteriormente, el gasto nacional en salud ha aumentado constantemente en los últimos años, con un crecimiento anual medio de aproximadamente 3% entre 2002 y 2013. En 2014, el último año para el cual hay datos disponibles, el gasto nacional en salud ascendió a US\$6,4 mil millones, lo cual representa el 4,4% del PIB, y un aumento de 6% con respecto al año anterior, el mayor incremento en el periodo en consideración. Por su parte, y como se muestra en la figura 23, el gasto nacional per cápita en salud fue de US\$580.

Si bien el gobierno ha demostrado un firme compromiso en la lucha contra el VIH, existen algunos factores que amenazan su capacidad para responder a los requisitos del programa del VIH. Los costos están aumentando debido a (1) un incremento en el número de pacientes que deben estar en ARV, el cual es necesario para cumplir con los protocolos de tratamiento actualizados y los objetivos 90-90-90; (2) el alto

número de PVVIH (el segundo más alto en América Latina y el Caribe después de Haití); y (3) el aumento de los costos del tratamiento y la atención al paciente a nivel mundial (Nakhimovsky et al., 2017b). Se estima que la República Dominicana tendrá a 64.613 PVVIH tratados con ARV en 2025, con un aumento medio anual de pacientes del 3,1%. En base a estas cifras, el gasto proyectado en ARV entre 2015 y 2020 ascenderá aproximadamente un 10% al año (Hernández, 2015).

Nakhimovsky et al. (2017b) encontraron importantes fuentes de ineficiencia y costos más altos de lo necesario en el gasto en VIH/SIDA. Estos incluyen (1) duplicidad de servicios en algunas comunidades y escasez en otras debido a la falta de coordinación entre el sector público y las ONG; (2) falta de adherencia a las pautas de tratamiento del VIH por parte de los proveedores; (3) ineficiencias en la gestión de los suministros farmacéuticos para almacenamiento y la adquisición de medicamentos; e (4) ineficiencias en el proceso de prueba y diagnóstico del VIH.

El aumento de la participación del Sistema de Seguridad Social en la respuesta nacional podría contribuir a reducir la dependencia general de los recursos financieros internacionales. Como se ha expuesto, actualmente, la mayor parte del financiamiento para una atención integral y de calidad y el acceso a los ARV y las pruebas de laboratorio para las PVVIH sigue recayendo en el MSP y CONAVIHSIDA (ver sección 5.4). La clasificación del TARV como medicamento de alto costo ha impedido históricamente su inclusión en el Plan Básico de Salud, limitando la capacidad del Sistema de Seguridad Social de financiar y prestar este servicio. A pesar de que se han realizado algunos esfuerzos para levantar esta restricción, por diversos problemas de implementación han limitado hasta la fecha la contribución de las ARS a los costos de tratamiento para las PVVIH.

En 2013, varias partes interesadas, incluidas CONAVIHSIDA, la Coalición ONG-SIDA, el IDCP, las redes de PVVIH y organismos internacionales como ONUSIDA, OPS y UNICEF, solicitaron al CNSS que se defina un mecanismo para la adquisición y gestión de medicamentos ARV. En respuesta, el CNSS emitió la Resolución 292-01, que crea un subcomité encargado de analizar los aspectos técnicos, financieros y operacionales de dicho mecanismo. CONAVIHSIDA también creó un grupo de trabajo interinstitucional sobre la inclusión de los ARV en el Sistema de Seguridad Social en 2013 con el fin de apoyar la preparación de propuestas técnicas al CNSS.

En 2013 y 2015 se realizaron dos estudios de costos para ayudar a este proceso, los cuales demuestran que el costo promedio por paciente sería manejable y que, si se evitan gastos futuros, las ARS podrían compensar los costos adicionales en los que se incurra.

Según el estudio COPPFAN, la cobertura de los ARV requeriría un incremento del 1% en el gasto en salud y podría financiarse aumentando por un 0,2% la transferencia per cápita a cada ARS bajo el régimen contributivo y 3,8% a las ARS bajo el régimen subsidiado (COPPFAN, 2014). El mismo estudio estimó que, en el caso del sistema contributivo, incluir ARV en el SFS requeriría RD\$61,2 millones anuales. El otro estudio estima que la prestación de servicios de atención integral implicaría un incremento del 0,9% en la transferencia per cápita a cada ARS bajo el régimen contributivo y 18% del régimen subsidiado. La inclusión de los ARV (de las tres líneas) requeriría un aumento del 0,27% en la transferencia per cápita a

cada ARS en régimen contributivo y un 3,3% en régimen subsidiado bajo un escenario de partida en el cual el 80% de las PVVIH se encuentra bajo el régimen subsidiado y 20% bajo el régimen contributivo (Hernández, 2013).

A pesar de estos resultados alentadores, siguen existiendo una serie de desafíos operacionales, financieros y administrativos como se pone de manifiesto en los debates con el CNSS y SISALRIL.

En primer lugar, si bien se conoce el costo promedio del tratamiento ARV por paciente, actualmente no es posible calcular los costos reales de cada ARS individual porque la información sobre el número de PVVIH entre los afiliados y su respectivo estado de enfermedad no está disponible. Como se señala en la sección 5.1, SENASA y las ARS son las entidades autorizadas por SISALRIL para asumir y gestionar el riesgo en la prestación del Plan Básico de Salud en el marco del Sistema de Seguridad Social.

Mientras que no esté clara la manera como se distribuyen las PVVIH a través de las ARS, será difícil evaluar cómo y a qué niveles se repartirá la carga financiera entre las ARS. Además, la incertidumbre sobre el número de PVVIH en sus poblaciones beneficiarias puede reducir la voluntad de las ARS de contribuir en la cobertura de los ARV. Si bien el costo promedio puede no ser alto, la responsabilidad financiera frente a cada ARS depende del número respectivo de PVVIH en su grupo y su nivel de enfermedad.

En segundo lugar, los problemas de confidencialidad dificultan la recopilación de datos necesarios para establecer un sistema funcional de reparto de la carga. Todavía no existen mecanismos para permitir que los prestadores de servicios verifiquen el estado de afiliación de los pacientes -es decir, si pertenecen al régimen subsidiado, al contributivo o a ninguno de ellos- afectados por el VIH y la TB. Esto implica que actualmente no es posible determinar quién -si el MSP o las ARS del Sistema de Seguridad Social- debe financiar los servicios para estos pacientes. En consecuencia, existe un fuerte elemento de selección adversa, ya que las PVVIH pueden acceder a servicios bajo el PBS, pero no bajo su afiliación a la Seguridad Social, lo que ocasiona a una excesiva dependencia del MSP.

En tercer lugar, existe el riesgo de que aumente el costo de los ARV si las ARS comienzan a adquirir los medicamentos individualmente. El costo promedio citado en los estudios de costos es bajo porque son incurridos por CONAVIHSIDA. La adquisición individual de medicamentos contra el VIH en el mercado libre sería mucho más costosa que las compras a granel actualmente administradas por CONAVIHSIDA. Un mecanismo de adquisición conjunta podría mantener los costos de los medicamentos en su bajo nivel actual.

En cuarto lugar, actualmente faltan tanto la situación legal como la participación del Sistema de Seguridad Social en las adquisiciones de ARV. La Resolución No. 204-2016 estipula en el Artículo 12 que "Los medicamentos que forman parte de los programas especiales de salud pública del MSP estarán cubiertos por las ARS [...]. Estos programas especiales incluyen ARV, fármacos antituberculosos y vacunas bajo el régimen nacional de inmunización, todas ellas incluidas en el Artículo 5 del reglamento sobre SFS y PBS, así como otras definidas por el MSP". Sin embargo, esta resolución ha sido derogada por el CNSS a partir

de junio de 2016. Se debería levantar esta suspensión antes de que cualquier mecanismo pueda comenzar a funcionar.

El establecimiento de un fondo rotatorio institucional para todas las ARS con el fin de financiar los ARV podría hacer frente a las cuestiones mencionadas anteriormente. Los recursos agrupados en este fondo podrían utilizarse para reembolsar al MSP/CONAVIHSIDA por los servicios prestados en el sistema público de salud. Ya se ha elaborado una propuesta para este fondo, pero aún debe llevarse a la práctica. Esta medida tendría un impacto positivo en asegurar la sostenibilidad financiera de la respuesta nacional al VIH.

6. Prestación de servicios, adquisiciones, recursos humanos y sistemas de información

6.1 Prestación de servicios

Los servicios de salud se prestan principalmente a través de la red pública de centros de salud, que incluye ONG y centros privados. Todas las instalaciones públicas están organizadas en una red descentralizada llamada Servicios Regionales de Salud (SRS). Existen nueve SRS y, como agencias autónomas, son responsables de la prestación de servicios de salud en los tres niveles de atención. El primer nivel consiste en clínicas rurales y urbanas, donde se ubican las Unidades de Atención Primaria (UNAP).

Para los servicios de diagnóstico, tanto los programas de TB como de VIH se basan en la red de laboratorios y en los hospitales secundarios y/o terciarios. Sin embargo, los enfoques difieren para el tratamiento: mientras que el TAES está efectivamente integrado a través de la red de clínicas de atención primaria del país (UNAP), el tratamiento del VIH se concentra en unidades especializadas llamadas Servicios de Atención Integral (SAI), que se localizan principalmente en hospitales secundarios y terciarios. En 1620 de los 1803 centros de salud de la red pública se realizan intervenciones de prevención y tratamiento de TB.

La mayoría de los SAI (55 de 72) son públicos, mientras que el resto están gestionadas por ONG (Valdez et al. 2016). Aunque todos los SAI tienen capacidad para realizar diagnósticos de VIH y proporcionar seguimiento virológico e inmunológico, el acceso a las pruebas del VIH y a los servicios de laboratorio en estos puntos de atención puede ser limitado, lo que lleva a un diagnóstico tardío y a retrasos en el inicio del TARV (CONAVIHSIDA 2015). Otras limitaciones de este modelo son las horas de funcionamiento limitadas (generalmente de 8am a 2pm en días laborables) y las dificultades de acceso en algunas áreas donde no existen SAI. Quienes asisten a un SAI se arriesgan a la estigmatización, ya que otros pacientes y/o miembros de la comunidad pueden llegar a saber su estado serológico, por lo que los pacientes que pueden permitirse el uso de clínicas del sector privado a menudo optan por esa vía.

Aunque se supone que los SAI se integran en el sistema general de salud, parecen funcionar de manera bastante aislada. Si bien las directrices nacionales trazan un sistema de referencia, en la práctica existen problemas con el intercambio de información entre los centros de atención primaria y los SAI. Además, cada SAI tiende a seguir sus propios procedimientos de remisión (CONAVIHSIDA 2015). La prestación de servicios de VIH a nivel terciario es invariablemente cara y no será una opción sostenible para el futuro. Una vez diagnosticados y con el régimen de tratamiento adecuado, los pacientes con VIH podrían ser atendidos de manera más costo efectiva en un entorno de atención primaria, reduciendo los costos y las distancias de viaje y permitiendo una mejor integración con otras comorbilidades, como la TB. La mejora del diagnóstico precoz a nivel de atención primaria también reduce el uso y el costo asociado de los departamentos de emergencia de los hospitales. Es importante la captación temprana de los pacientes con VIH y TB para asegurar la sostenibilidad financiera a largo plazo del sistema de salud.

Sin embargo, es necesario superar importantes barreras para integrar los servicios de VIH en el sistema de las UNAP para que esta opción sea viable. Es preciso que el sistema cambie de mentalidad para poder comprender al VIH como una condición crónica que se puede abordar con métodos similares a los utilizados en la gestión de la diabetes y otras enfermedades no transmisibles. Requiere además un sistema de referencia que funcione, sistemas de suministro adecuados y reconocer que el temor al estigma puede actuar como un elemento disuasorio para que los pacientes utilicen las UNAP. También existe la legítima preocupación sobre la confidencialidad del paciente en los centros de atención primaria. Otro obstáculo en la República Dominicana es la Ley 135-11 (Ley del VIH), que dictamina que la prueba del VIH sólo puede ser realizada por bioanalistas (ver discusión en el cuadro 3)³³.

Cuadro 3: Pruebas de detección del VIH realizadas por proveedores no profesionales

Las Directrices unificadas de la OMS sobre los servicios de pruebas del VIH (2015) respaldan un mayor intercambio de tareas con proveedores no profesionales a fin de ampliar el acceso a las pruebas de detección del VIH, especialmente entre las poblaciones clave. La tecnología actual de pruebas del VIH -incluidas las pruebas rápidas- puede administrarse de manera segura y efectiva por personal no profesional capacitado, ya que su empleo suele ser más costo efectivo que realizar las pruebas en los centros de salud. Los proveedores no profesionales de estos servicios también suelen estar en mejor posición para llegar a comunidades, incluidas las poblaciones clave, que desconfían de las instituciones médicas tradicionales, y para brindar consejería después de la prueba de manera confiable y sensible. Las pruebas rápidas basadas en la comunidad no sustituyen a la consejería y pruebas iniciadas por el proveedor; más bien, el enfoque de pares puede complementar los esfuerzos de las instalaciones de salud existentes para llegar de manera más efectiva a una población mayor. Parte integral de este enfoque es la fuerte colaboración entre los actores de la sociedad civil que realizan las pruebas rápidas y el gobierno, de manera que las OSC puedan comunicar los resultados positivos, vincular a los pacientes con la atención y potencialmente ayudar a proporcionar seguimiento y apoyo.

Fuente: WHO (2015)

La organización paralela de prestación de servicios para el VIH y la TB exacerba actualmente las elevadas tasas de co-infección por estas enfermedades. El hecho de que los servicios de TB y VIH suelen ofrecerse en instalaciones diferentes consume más tiempo y acrecienta costos para los pacientes coinfectados, obligándolos a desplazarse a diferentes centros de salud para sus tratamientos. Actualmente, en 60 de los 72 SAI se dispone de servicios de TB, permitiendo la atención al VIH y TB en el mismo lugar. Si bien ambos programas han intentado mejorar su colaboración en los últimos años para abordar esta comorbilidad, continúan existiendo dificultades de logística, de remisión y de coordinación entre las dos respuestas de la enfermedad, lo que se pone en evidencia en las tasas de pruebas de VIH entre los pacientes con TB por debajo de lo óptimo y las tasas aún más bajas de detección de síntomas respiratorios para TB en pacientes con VIH (ver sección 3.3).

A principios de 2015, la República Dominicana trabajó con la OMS/OPS³⁴ en la implementación de un proyecto piloto para promover la integración de los servicios de TB y VIH a través de los niveles de proveedores e instalaciones. Puerto Plata, que representa aproximadamente la mitad de todos los casos

³³ En los días previos a cerrar este informe, el 17 de agosto de 2017, fue emitida una Disposición Ministerial para que las pruebas rápidas de VIH puedan realizarse en las comunidades por personal no médico previamente capacitado por el MSP.

³⁴ El proyecto recibió apoyo financiero y técnico de la OMS/OPS y el Fondo Mundial, pero la mayor parte del financiamiento provino de recursos nacionales.

registrados de co-infección por VIH/TB, fue el lugar elegido para desarrollar el piloto. Los resultados iniciales demuestran que es posible que los servicios de TB y VIH se integren mejor, y también señalan las barreras específicas existentes para una integración mayor (ver cuadro 4). El proyecto piloto fue evaluado y su implementación está previsto en 2017 en varias otras provincias priorizadas. Dado que todo el país enfrenta los mismos desafíos de integración, las lecciones aprendidas de este programa piloto también son valiosas fuera del contexto de Puerto Plata.

Cuadro 4: Integración de los servicios de TB y VIH – El proyecto piloto en Puerto Plata

El proyecto piloto introdujo una red de servicios basada en el nivel de las UNAP aunque también incluyendo algunos hospitales, así como una ONG trabajando con PVVIH para abordar la alta tasa de co-infección TB-VIH en la zona de captación. El piloto produjo mejoras en el sistema de referencia, incluyendo una mayor proporción de referencias completas y oportunas entre los proveedores, permitiendo un diagnóstico más temprano. La comunicación entre los proveedores y entre los diferentes programas también mejoró y la información generada por el sistema de monitoreo está siendo utilizado en la toma de decisiones. Además, la adherencia a las directrices nacionales de tratamiento parece haber mejorado. Entre agosto y noviembre 2016 hubo un aumento en el número de: pacientes afectados por la TB testados para el VIH, pacientes afectados por la TB diagnosticados con VIH que comenzaron ARV; PVVIH que continuaron TPI durante seis meses y pacientes coinfectados que recibieron terapia preventiva con cotrimoxazol junto a ARV y tratamiento para la TB. Una evaluación adicional sería necesaria para vincular estos resultados preliminares con mejoras de resultados del tratamiento, pero los resultados iniciales son prometedores.

Sin embargo, varios desafíos surgieron durante la implementación del proyecto piloto. La falta de sistemas de información integrados conduce a duplicaciones y a una debilitación de la coordinación. Para cumplir con la ley, era necesario contratar a dos bioanalistas para realizar las pruebas del VIH en las clínicas, lo que agregó costos al proyecto. Mientras que la comunicación entre los dos programas mejoró, fue el resultado de relaciones personales y no canales institucionalizados.

Fuente: MSP (2017c)

Más allá de los desafíos que plantea el diseño del sistema de prestación de servicios, la calidad de la atención en el sector público sigue siendo motivo de preocupación, puesto en evidencia por el uso intensivo de las instalaciones privadas. En 2013, sólo el 59% de la población utilizó servicios públicos para consultas ambulatorias y el 51% para servicios de internación, muy por debajo de las tasas de uso en otros países de América Latina y el Caribe de nivel medio-alto: al menos el 70% en Panamá y al menos el 80% en Costa Rica (World Bank 2016). Las consideraciones de calidad influyen en la respuesta del VIH y la TB ya que ambas dependen en gran medida del sistema público y, por lo tanto, se ven afectadas por sus deficiencias. Por ejemplo, los pacientes del sector privado en la República Dominicana tienden a ser diagnosticados con VIH en una etapa más temprana porque en las evaluaciones de los pacientes se incluyen pruebas rutina antes de cualquier intervención (Valladares y Valdez 2016). El sector público podría adoptar un protocolo similar para reducir la detección y el tratamiento tardíos del VIH, y para cubrir las significativas deficiencias que persisten entre ciertos grupos (ver apéndice 5).

La calidad de la prestación de servicios públicos se reduce aún más con una importante brecha entre conocimientos técnicos y su aplicación en la práctica (“Know-Do Gap”). La mayoría de los proveedores que trabajan en los SAI conocen las directrices de tratamiento nacional, pero no las ponen en práctica, lo cual da por resultado un consumo imprevisto de fármacos que ocasiona que la planificación sea menos eficaz, eleva costos, produce falta y/o exceso de existencias y restringe las futuras opciones terapéuticas para los pacientes (Valdez et al. 2016). Mientras tanto, la falta de una distribución consistente y gratuita

de preservativos en los centros de prestación de servicios, así como en lugares frecuentados por las poblaciones clave, dificulta los esfuerzos de prevención (Miller 2014). El cumplimiento de las directrices nacionales de tratamiento del VIH y la provisión consistente de preservativos en los centros de prestación de servicios son requisitos esenciales para abordar la epidemia del VIH de forma asequible y satisfactoria.

La demanda de servicios de salud también está determinada por la compleja relación que existe entre la República Dominicana y Haití. Muchos haitianos buscan atención de salud por toda la República Dominicana, incluidos los servicios de VIH y TB, lo cual ejerce presión adicional sobre el sistema de salud dominicano. Por ejemplo, un considerable número de personas viajan desde Haití para recibir tratamiento contra la TB en República Dominicana porque han oído hablar de ello en campañas informativas en Haití.

Red de laboratorios

La prestación de servicios se ve debilitada por el lento desempeño de la red nacional de laboratorios. Las inadecuadas disposiciones de transporte, las deficiencias en el intercambio de información entre el laboratorio y los proveedores de servicios y las deficiencias de la infraestructura impiden que los resultados de laboratorio se entreguen puntualmente. Tanto los programas de VIH como de TB se ven afectados negativamente por el bajo rendimiento de la red de laboratorios. Existe una diferencia de 40% entre el número de análisis de laboratorio programados para el VIH y los que se realizan (CONAVIHSIDA 2015). Los SAI informan de pérdidas y deterioro de las muestras de sangre, así como de grandes retrasos en la recepción de los resultados, lo cual indica problemas con la recolección y transporte de las muestras. También informan sobre retrasos en la recepción de reactivos de laboratorio. El programa de TB se enfrenta a problemas similares. La falta de un sistema eficiente para el transporte de las muestras ocasiona retrasos que a su vez retrasan el diagnóstico, además de causar el deterioro de la calidad de la muestra, la contaminación y resultados menos fiables (WHO/PAHO 2016b). El Comité Luz Verde Regional recomienda implementar un *Sistema único de transporte de muestras y envío de resultados* (SUTMER).

No existen regulaciones vinculantes para monitorear la calidad mínima de los laboratorios, pero en los últimos años el Laboratorio Nacional ha fortalecido sus esfuerzos para supervisar y acreditar un número creciente de estos. El desempeño de los laboratorios registrados en el programa de calidad es muy satisfactorio, pero existe un fuerte factor de auto-selección, ya que la inscripción en el programa de calidad es voluntaria. Actualmente sólo participan alrededor del 10% de todos los laboratorios.

El uso limitado de nuevas tecnologías afecta aún más la capacidad de la República Dominicana para mantener un control eficaz de la epidemia. Pese a que el PNCT adquirió ocho máquinas GeneXpert con el apoyo del Fondo Mundial para abordar este problema, actualmente ninguna se encuentra en funcionamiento debido a los retrasos en la modernización de la infraestructura de las instalaciones para acomodar este tipo de equipos de alta tecnología. Si bien ahora hay cuatro laboratorios en condiciones de comenzar a operar las máquinas, el surgimiento de cuestiones legales ha postergado el inicio de las operaciones programadas. El PNCT ha reconocido que estas cuestiones legales deben ser resueltas

urgentemente, especialmente teniendo en cuenta que los reactivos complementarios expiran en mayo 2018.

Muchas de estas cuestiones podrían ser abordadas por un liderazgo más fuerte por parte del Laboratorio Nacional, pero actualmente su capacidad de decisión es limitada. Si bien parece que las asignaciones de bajo presupuesto son parte del problema, la falta de autonomía del Laboratorio Nacional sobre su presupuesto y sobre la contratación y despido de personal lo exacerban. Abordar estos impedimentos podría fortalecer el desempeño de la red de laboratorios tanto para el VIH como para la TB.

Sistema penitenciario

El año pasado, las personas privadas de libertad (PPL) representaron el 5% de los casos de TB (ver sección 3.2). Los centros penitenciarios son considerados lugares de alto riesgo de transmisión al público en general debido al volumen de personas que entran y salen regularmente (entre 60.000 y 70.000 visitantes mensuales). Por lo tanto, se reconoce que el sistema penitenciario es un componente indispensable en la estrategia nacional para reducir las nuevas infecciones.

Si bien se está llevando a cabo una reforma del sistema penitenciario que intenta abordar las causas sistémicas del hacinamiento y las malas condiciones de vida, la situación en la mayoría de las instalaciones sigue siendo insuficiente. Por ejemplo, La Victoria, la instalación más grande del país, tiene una capacidad para 1.500 PPL, pero actualmente sirve a más de 8.200 - es decir, un tercio de toda la población PPL del país (MSP 2017d). Este grado de hacinamiento e incapacidad para aislar a los PPL con enfermedades contagiosas del resto de la población penitenciaria general aumenta el riesgo de infección y transmisión. En 2016, se estimó que el riesgo de infección por TB era 24% más alto para las PPL en comparación con la población general (MSP 2017d). Además de la falta de espacio físico y condiciones higiénicas, muchas prisiones tienen acceso limitado a los servicios de salud y carecen de personal penitenciario debidamente calificado. Actualmente, sólo 17 de las 37 prisiones tienen personal de salud in situ.

Durante el año 2016, el PNCT comenzó a implementar una intervención destinada al tratamiento y prevención de la TB entre las PPL que consiste en la detección de casos y el tratamiento de infecciones latentes en las PPL de 19 centros penitenciarios priorizados en 16 provincias, que representan el 92% de los casos entre esta población. Siguiendo la recomendación de la OMS, la intervención para las PPL se centra en la prevención de la TB con la TPI. Con este fin, se desarrolló la capacitación de los trabajadores de la salud de los centros penitenciarios donde se implementará esta estrategia. La capacitación incluyó la formación en servicios de diagnóstico de apoyo; sin embargo, el uso efectivo de la nueva tecnología se vio socavado por los retrasos en la instalación de este tipo de equipos ya que los establecimientos penitenciarios no cumplían con los requisitos técnicos y de seguridad necesarios.

El PNCT indica que, durante 2014-2015, la mejora en la coordinación entre la Dirección General de Prisiones y el MSP ha contribuido a reducir el número de pacientes que se pierden durante el seguimiento y a aumentar el número de casos detectados de TB-RR, TB-MDR y de co-infección de TB-HIV (MSP 2017d).

Además, el PNCT estableció un sistema de referencia para que los pacientes sean remitidos a centros de salud para tratamiento ambulatorio una vez que hayan sido puestos en libertad si no han terminado el tratamiento. Sin embargo, el seguimiento del paciente continúa siendo débil, y muchos de ellos lo abandonan una vez puestos en libertad.

6.2 Adquisiciones y gestión de la cadena de suministro

La adquisición de medicamentos y suministros para el VIH y la TB está centralizada y se lleva a cabo desde 2012 a través del Programa de Medicamentos Esenciales/Centro de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL)³⁵. Esta centralización de las compras ha contribuido a racionalizar la adquisición y reducir los precios, ya que ahora se pueden hacer pedidos en grandes cantidades aprovechando las economías de escala. Sin embargo, una proporción significativa de las adquisiciones del MSP -tanto para hospitales como para ciertos programas verticales- se siguen realizando directamente, en lugar de utilizar el mecanismo centralizado.

La República Dominicana participa en varios mecanismos conjuntos de adquisición para TB y VIH que han contribuido a reducir los costos de los medicamentos. El gobierno ha asumido los costos de los medicamentos de primera y segunda línea y de los suministros para las tecnologías de diagnóstico existentes (MSP 2017d). Los medicamentos de primera y segunda línea se obtienen a través del Fondo Estratégico y el Servicio Mundial de Medicamentos (WHO/PAHO 2016b). Los ARV se obtienen con fondos nacionales utilizando los acuerdos a largo plazo del Fondo Mundial. El costo por paciente tratado con ARV se ha reducido a más de la mitad, de US\$371 por año por paciente en 2011 a US\$164 (PEPFAR 2016b).

La planificación y la distribución también se han mejorado mediante la implantación del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI). Anteriormente, la fragmentación de los sistemas de abastecimiento en múltiples cadenas verticales organizadas en torno a los programas de enfermedades, incluidos los de TB y VIH, creó ineficiencias que contribuyeron a los frecuentes desabastecimientos (Barillas y Valdez 2014). Desarrollado con la asistencia técnica del programa Sistemas para mejorar el Acceso a Productos y Servicios Farmacéuticos (SIAPS), financiado por USAID, el objetivo del SUGEMI era superar esta fragmentación integrando elementos del ciclo de suministro en un único sistema, incluyendo la programación, el transporte, el almacenamiento, la garantía de calidad y el sistema de información asociado (SIAPS 2014). El SUGEMI es ahora el mecanismo institucional para organizar el sistema de suministro de medicamentos para la red de salud pública (Barillas y Valdez 2014). La gestión de los medicamentos y los insumos del PNCT fue integrada en SUGEMI en 2011, y al año siguiente se integraron los fármacos y los suministros contra el VIH.

³⁵ La gestión logística de medicamentos y suministros se define en la Resolución Ministerial 000019 del 27 de julio, 2010, y el Decreto Presidencial 168-13 de 2013. Todas las instituciones del sistema de salud pública tienen el mandato de adquirir medicamentos a través de PROMESE/CAL, que utiliza un proceso de licitación formal de acuerdo con las mejores prácticas internacionales para realizar adquisiciones (CONAVIHSIDA 2015).

La implementación de SUGEMI ha dado lugar a nuevas eficiencias operativas, incluyendo procesos simplificados para que las instalaciones informen sobre el consumo de medicamentos, la disponibilidad y las necesidades de reposición de existencias. Esta información es consolidada y analizada a nivel regional, y se utiliza para presentar solicitudes mensuales de reposición regional a PROMESE/CAL (Barillas et al. 2016). La información también se distribuye en un boletín trimestral dirigido a los funcionarios de las diferentes instituciones involucradas en la cadena de suministro con el fin de que la planificación sea más precisa. Tras la implementación del SUGEMI, la disponibilidad de medicamentos se ha incrementado y estabilizado debido a que la estimación mejorada de las necesidades y las adquisiciones anuales ahora está más en línea con la necesidad establecida. Como resultado, la disponibilidad de ARV para adultos se ha ampliado de manera impresionante, de 71% en 2012 a 96% en 2016 (Barillas et al. 2016).

En cuanto a la distribución, un almacén central trabaja con una red de almacenes regionales para distribuir suministros. Recientemente, los almacenes regionales recibieron mejoras en infraestructura y el Comité Luz Verde Regional informa que los medicamentos antituberculosos se almacenan adecuadamente en instalaciones con temperatura y humedad controladas (PAHO 2016b). A diferencia de los almacenes regionales, el almacén central es de gestión privada y, si bien no se ha realizado ninguna evaluación para determinar si es más o menos eficiente, es indudable suponer que su desempeño no se ve perjudicado por las ineficiencias del sector público que pueden afectar a las instalaciones regionales de gestión pública.

6.3 Sistemas de información

La información oportuna y de calidad es una herramienta indispensable para monitorear la gobernanza y el desempeño del sistema de salud y para facilitar su gestión general. El MSP ha mejorado la recopilación y el uso de los datos, pero aún persisten algunos desafíos sistémicos. En particular, la República Dominicana modernizó sus estadísticas vitales, incluso el registro de defunción, lo cual permite una estimación más precisa de las tasas de mortalidad. El uso de un registro común para la TB en los centros de salud de República Dominicana y Haití ha contribuido a una gran mejora en el seguimiento de los pacientes a través de las fronteras. Además, se está perfeccionando un registro para las poblaciones clave que permitirá el rastreo de sus miembros a lo largo de la cascada de tratamiento del VIH. Aunque actualmente sólo es utilizado por las ONG respaldadas por el Fondo Mundial, este registro fue diseñado para uso nacional y será una herramienta importante en el futuro.

Tanto los programas de VIH como de TB cuentan con sistemas 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. Una mejora notable fue la introducción en 2015 de un sistema electrónico de información sobre TB que conectó a 278 centros de salud (principalmente hospitales provinciales, regionales y nacionales, así como algunos centros de atención primaria de alto volumen). Ahora es posible obtener sus informaciones instantáneamente a nivel central, y la coordinación de datos entre estos proveedores ha mejorado.

Sin embargo, dado que este sistema se basa en la conectividad a Internet, actualmente no puede extenderse para cubrir todos los centros de salud que administran TAES (más de 1.600). Por lo tanto, la mayoría de los centros de salud continúa recopilando la información de forma manual. La necesidad de digitalizar esta información a nivel central dificulta el procesamiento y la evaluación oportunos de los datos. El uso continuo de los archivos de papel también perjudica la coordinación eficiente entre diferentes niveles de atención y proveedores, ya que requiere que los proveedores tengan acceso a los archivos físicos del paciente. Es necesario implementar métodos de recolección de datos que satisfagan las necesidades de los centros de atención primaria con acceso limitado o sin acceso a Internet para permitir el procesamiento oportuno y la digitalización completa de los registros. Otros países han adoptado con éxito el uso de teléfonos celulares en entornos similares, un modelo que también podría ser conveniente en áreas con conectividad limitada en la República Dominicana.

Es importante destacar que el sistema de información no está vinculado a los registros de laboratorio y, como resultado de esta y otras cuestiones, existen dificultades sobre la exactitud del número de casos nuevos y recurrentes de TB que se sometieron a una prueba de sensibilidad a los fármacos (WHO/PAHO 2016b).

Por último, existe una escasez de estudios que analizan la rentabilidad y los efectos de los servicios de VIH y de TB. Dado que los recursos son limitados, se deben seleccionar las intervenciones cuidadosamente, a menudo implicando compromisos difíciles. Sin una evaluación rigurosa, los funcionarios y los proveedores no pueden dar prioridad a sus esfuerzos con éxito.

6.4 Recursos humanos

La República Dominicana enfrenta dificultades en la planificación y distribución de los recursos humanos. La distribución geográfica de los trabajadores de la salud está muy concentrada en las zonas urbanas debido a las dificultades para contratar personal para las zonas rurales. Si bien la Ley de Pasantías obliga a los jóvenes médicos a pasar dos años en el medio rural al inicio de sus carreras profesionales, la rotación permanente de nuevos médicos es una barrera importante para mejorar la prestación de servicios a nivel local porque interrumpe la continuidad de la atención y no permite que se establezca una relación de confianza entre médico y paciente. Los incentivos financieros para atraer a trabajadores del sector público a trabajar en áreas rurales podrían ayudar a mitigar esta escasez.

Según el SID, el uso ineficiente de los recursos humanos conduce a desafíos con la ampliación de la intervención. Por ejemplo, el MSP actualmente carece de un sistema de bonificación y no tiene forma de penalizar o recompensar el desempeño de su personal financieramente. Si bien se han sostenido discusiones para introducir en la remuneración un componente de recompensa en base al desempeño, aún no se ha implementado. El SID señala además la falta de personal de laboratorio cualificado para lograr un control sostenido de la epidemia.

Actualmente, “no hay inventario ni plan para la transición de los trabajadores de salud respaldados por donantes” (para PEPFAR u otros donantes); sin embargo, la República Dominicana ya financia “todos o casi todos (aproximadamente más del 90% de los salarios de trabajadores de la salud)” (PEPFAR 2016).

Por último, la capacitación en sensibilización para los trabajadores de la salud continúa siendo insuficiente. Siguen prevaleciendo las actitudes estigmatizantes de los proveedores de servicios de salud hacia las poblaciones clave y las PVVIH a pesar de las leyes y políticas vigentes. Frecuentemente, los centros de salud y el personal de prevención no reciben capacitación ni están debidamente supervisados para trabajar con grupos vulnerables. El hecho de que el gobierno actualmente no invierta en esta área - implementa un mínimo de capacitación (1-9%) en servicio relacionado con el VIH (SID) - podría contribuir a este problema.

7. Organizaciones de la sociedad civil

7.1 Estado actual del fortalecimiento de la sociedad civil

La respuesta comunitaria al VIH en la República Dominicana fue una de las primeras en desarrollarse en la región. El país cuenta con un marco legislativo, la Ley No. 122-05³⁶ sobre Regulación y Fomento de las Asociaciones sin Fines de Lucro, que promueve la participación ciudadana en la formulación, monitoreo, ejecución, y evaluación de las políticas de desarrollo social a través del fomento de las acciones de las asociaciones sin fines de lucro.

La Ley No.122-05 incluye la puesta en marcha del *Centro para el Desarrollo y Promoción de Asociaciones sin Fines de Lucro* (Denominado en adelante "el Centro"), que se adjunta a la Secretaría Técnica de la Presidencia, y coordinado a través de la Oficina Nacional de Planificación, dependiente del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. La legislación estipula que el Centro estará integrado por un presidente, un primer vicepresidente, un segundo vicepresidente, un secretario ejecutivo, un secretario de actas y seis vocales, tres de los cuales son del sector privado. El Centro es responsable del registro, la habilitación y de promover las acciones del sector comunitario a través de transferencia de recursos para ejecutar acciones derivadas de las políticas de desarrollo, así como asegurar el uso adecuado de los mismos.

El proceso de *registro* es obligatorio por ley e incluye la revisión del cumplimiento de las obligaciones legales, tributarias y otras de las asociaciones sin fines de lucro (ASFL). Estar registrado es requisito indispensable para acceder a los recursos del gobierno.

Asimismo, el Centro otorga la *habilitación* a las organizaciones que considera en capacidad para implementar acciones definidas por el gobierno. El Centro emite habilitaciones en dos niveles: de carácter general, cuando verifica que la OSC está habilitada para acciones que son definidas por el gobierno nacional y cuya fuente de recursos es el presupuesto nacional y carácter específico, según los parámetros y requisitos que los distintos ministerios y otras instituciones de gobierno requieren y cuya fuente de recursos son los presupuestos asignados a dichos ministerios o instituciones. El Ministerio de Salud, es de los pocos ministerios que cuentan con requisitos específicos para la habilitación de ASFL. Algunas organizaciones perciben como excesivamente burocrático, con largos procesos de papeleo y procesos complejos.

El Centro cuenta ahora con una plataforma virtual, donación del Banco Mundial, para la implementación a distancia de todos los procesos de registro y habilitación. En mayo 2017 estaba trabajando en la actualización de las bases de datos de todas las OSC del país.

En cuanto a la transferencia de recursos a las ASFL, el Centro dispone de distintos mecanismos de asignación de recursos: convocatorias públicas para organizaciones que trabajan en ciertos asuntos, en

³⁶ <http://www.fondomarena.gob.do/images/docs/mediateca/leyes/ley-122-05.pdf>

proyectos específicos o según lo que los Ministerios y otras instancias gubernamentales requieran. Además, tiene la competencia de supervisar el uso y la rendición de cuentas de los recursos públicos. Una de las críticas de una parte de las OSC era la falta de transparencia para acceder a los recursos del gobierno. El Gobierno actual está haciendo esfuerzos para incrementar la transparencia en todo el proceso.

No se identificaron ASFL con trabajo en VIH y TB que hayan recibido recursos a través del Centro, pese a haber participado en procesos en años anteriores y cumplir, desde su perspectiva con los requisitos. Es necesario apoyar a las ASFL con trabajo en VIH y TB para que puedan conocer los requisitos para puedan registrarse y obtener las habilitaciones correspondientes, así como motivar su participación en los procesos que el Centro contempla, incluso como vocales.

La Ley 122-05 también contempla la opción de firma de contratos de servicios y convenios de gestión, contribuyendo a la transparencia en la gestión de los recursos y en las relaciones entre el Estado con el sector privado no lucrativo.

El MSP puede realizar convenios con ASFL que cumplan con los requisitos previstos en la legislación vigente, incluyendo la habilitación bajo los parámetros que el propio MSP define para cada tipo de servicio. Los convenios establecen formatos de cooperación entre las OSC y quienes defina el MSP que pueden ser gobiernos provinciales, jurisdicciones sanitarias, centros de atención primaria de salud o servicios que se implementen en las instalaciones de las propias organizaciones, pueden incluir la transferencia de recursos en especie (por ejemplo insumos de prevención, pruebas de detección, reactivos para pruebas de laboratorio, entre otros), la asignación de personal del MSP para la provisión de servicios de salud o personal de laboratorio para que realicen sus funciones en las instalaciones de las ASFL.

Hay varias organizaciones en VIH y TB que cuentan con las habilitaciones para proporcionar servicios de salud y trabajan en colaboración con el MSP, que a través de convenios de co-gestión les proporciona personal médico, personal de laboratorio y apoyos en especie, como reactivos y pruebas rápidas que se adquieren a través de fondos del GF. Una de estas organizaciones es COIN, que tiene local propio, una edificación de 5 niveles, ubicada en la zona industrial de Santo Domingo, donde se concentran poblaciones clave principalmente mujeres trabajadoras sexuales, HSH y trabajadores sexuales masculinos. COIN está equipado con su propio laboratorio, y ofrece servicios integrales de atención médica, psicológica y dental y una línea directa para información y registro de quejas para el Observatorio de Derechos Humanos. En sus instalaciones tienen espacios para reuniones de trabajo, una sala de recreo. De manera similar Adoplafam, otra OSC que inició con trabajo en VIH para poblaciones clave de difícil alcance actualmente ha desarrollado el componente de respuesta a la TB y tiene un nivel similar de desarrollo a COIN.

En el caso de República Dominicana, junto a la Ley 122-05 se debe tomar en cuenta la Ley No. 340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones con modificaciones de Ley

449-06³⁷. En su artículo 4, considera como Consultor a los proponentes o contratistas de servicios e incluye entre otros actores, a las ASFL. Esto les permite competir en licitaciones públicas a través, de la Dirección General de Contrataciones Públicas, institución del Gobierno Central, que depende del Ministerio de Hacienda, y tiene bajo su responsabilidad la rectoría del Sistema Nacional de Contrataciones Públicas.

Las ASFL que cuentan con el registro de proveedores del Estado, pueden participar en los procesos de licitaciones públicas siempre y cuando sus beneficios no se distribuyan entre sus asociados, es decir que se mantengan con base a su principio de no tener fines de lucro. Para ello las ASFL deben registrarse como proveedoras del Estado, procedimiento que se realiza on-line y que requiere de datos generales de la OSC y certificaciones del Ministerio de Industria y comercio, entre otros, así como estar al corriente en sus obligaciones tributarias³⁸. En caso de resultar beneficiada en los procesos de licitación, estarán obligadas a rendir cuentas del uso de los recursos públicos.

Esta opción permite la competencia a través del uso de las ventajas comparativas de las ASFL entre las que se incluye la experiencia en la provisión de servicios, en la implementación de estrategias de alcance a poblaciones clave, el conocimiento amplio de las dinámicas de poblaciones en mayor riesgo y/o vulnerabilidad, las experiencias desarrolladas durante la implementación de los proyectos emanados de las subvenciones del Fondo Mundial, entre otras.

Finalmente es importante señalar que el artículo 47 de la Ley General de Salud³⁹ establece que los Servicios Públicos de Atención a las Personas, en lo que concierne al MSP y el IDSS se organizarán en redes regionales de servicios públicos integrales de salud con vocación plural (pública y privada bajo tutela del Estado) que, a efectos funcionales, recibirán la denominación de Servicios Regionales de Salud. Es por ello que se requiere de una fuerte vinculación entre los distintos sectores involucrados en la atención de la salud, es decir el sector público, el privado y el comunitario, y ya que el gobierno dominicano reconoce el importante papel que desempeña la sociedad civil en la promoción de la salud y la atención primaria de salud y que las OSC proporcionan servicios críticos no cubiertos por los sectores público y privado, es fundamental comprender los retos ante el cambio próximo de contexto y tener una estrategia con vista a la sostenibilidad.

7.2 Sostenibilidad y resiliencia de la sociedad civil más allá de la transición

La respuesta comunitaria en República Dominicana en VIH y TB es diversa, coexisten diferentes niveles de desarrollo y fortalecimiento, con organizaciones con casi 30 años de experiencia y que han dado lugar a organizaciones especializadas en poblaciones clave, otras en el suministro de servicios y organizaciones de base comunitaria en etapas incipientes de desarrollo. La respuesta civil organizada incluye redes nacionales de personas con VIH, organizaciones de migrantes haitianos que han incluido al VIH y la TB,

³⁷ http://www.comprasdominicana.gov.do/documents/10180/13765/Ley_No_340_06_y_449_06.pdf

³⁸ http://www.dgcp.gob.do/new_dgcp/documentos/registro_de_proveedores/como_inscribirse/FORMULARIO%20REGISTRO%20PROVEEDORES.PDF

³⁹ <https://www.dol.gov/ilab/submissions/pdf/20100408-10.pdf>

asociaciones de mujeres, de jóvenes, una coalición de organizaciones, entre otras. Entre las organizaciones que contribuyen a las respuestas al VIH, en especial aquellas que se dedican a actividades de prevención y de alcance de poblaciones clave, se encuentra sin embargo un número importante de organizaciones que carecen de recursos e infraestructura para operar de manera sostenible. A menudo tienen una capacidad limitada para todo el espectro de planificación, implementación y monitoreo de proyectos. La gestión organizativa dentro de estas OSC tiende a ser débil.

En vista de los retos para la sostenibilidad de las respuestas, el desarrollo económico del país, los cambios en las políticas de las distintas agencias de cooperación y la diversidad en la respuesta comunitaria, y al no disponer de un diagnóstico para conocer la situación real de cara a la sostenibilidad, bajo el auspicio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP) y del Instituto Nacional de Salud, se realizó una consultoría con el objetivo de diseñar un modelo organizacional de las ASFL que permita el desarrollo sostenible en todos los niveles, integrados a sus aspectos económicos, sociales y ambientales y reconociendo los vínculos de cooperación en redes.

En el *Informe: Términos de referencias para diagnosticar la situación de las ASFL para su permanencia de cara a la sostenibilidad* se analiza el vínculo entre el MSP y las OSC con trabajo en VIH considerando que se ha dado en un plano operativo, para apoyar el cumplimiento de metas de indicadores de proyecto con fuente de financiamiento externo, sin involucrar recursos financieros del contratante. Al respecto de las experiencias focalizadas de contratación de las ASFL, menciona que se circunscriben única y exclusivamente al servicio que se contrata, aunque la intención era crear el puente entre esas entidades, en la práctica esto no se ha producido. Una de las debilidades por las que esto no se produce es que el instrumento marco para la creación del vínculo con el MSP, son los convenios de gestión para el cumplimiento de metas, y las ASFL no han sido tomadas en cuenta como parte de esos convenios.

El papel de la sociedad civil en las respuestas al VIH y la tuberculosis se ha fortalecido de manera crítica mediante el apoyo del Fondo Mundial, actualmente las OSC proveen servicios y apoyo a PVIH, implementan estrategias de alcance a poblaciones clave, ofertan diversos servicios de prevención, diagnóstico temprano, vinculación y retención en los servicios de salud para personas con resultados positivo, entre otros. Existe también una red nacional de personas con VIH y diversas organizaciones y redes regionales de poblaciones clave. Con el apoyo del Fondo Mundial se ha conformado una red de organizaciones de la sociedad civil que trabajan sobre el VIH y la tuberculosis, la Coalición de ONG, que representa a 47 OSC de distintos perfiles y que facilita tanto el diálogo entre el sector comunitario como con otros sectores al participar por ejemplo en el CONAVIHSIDA.

La Coalición de ONG ha tenido varios efectos positivos, entre ellos la facilitación en procesos de conflicto entre organizaciones a través de la promoción de la comunicación y la colaboración entre las OSC-proceso *sui generis* en esta región, y en particular en la vinculación de las organizaciones dedicadas al VIH y la TB y que trabajan con poblaciones clave. Los miembros de la Coalición de ONG también se han vuelto más conscientes de las necesidades de fortalecimiento de la respuesta a la TB, integrando algunas intervenciones en su trabajo, que de otro modo se habían centrado solo en el VIH. La Coalición participa

en distintos cuerpos de toma de decisiones y de diálogo con tomadores de decisión, facilitando el diálogo entre sectores y asegura la participación comunitaria en los mismos.

El sector comunitario ha recibido apoyo técnico y financiero de diversas agencias y fundaciones, entre las que se cuenta a HIVOS, GTZ, PEPFAR/USAID y otras, que han colaborado para fortalecer la capacidad de las ASFL. Existen OSC que participan en respuestas regionales y/o subregionales, membresía que les permite una comprensión global y regional de las respuestas en salud y les proporciona oportunidades de capacitación y participación en proyectos apoyados por distintas financiadoras, incluido el Fondo Global, entre estas redes se cuenta ICW, Redtrasex, LACCASO, GayLatino, CVC y otras redes del Caribe.

Bajo el financiamiento del Fondo Mundial, estas organizaciones han sido alentadas a trabajar en grupos con el fin de acceder a financiamiento y reducir la competencia, así como para mitigar el riesgo operacional; en este escenario, una organización líder con estándares de gestión y rendición de cuentas más sólidos es la responsable principal de la gestión de los fondos y la presentación de informes. Si bien esto ha sido eficaz para permitir que las organizaciones más débiles brinden servicios de alcance a poblaciones clave. Este procedimiento no ha abordado las necesidades de fortalecimiento y capacidad de las organizaciones involucradas, ya que no hay mandato para los enfoques de aprendizaje entre pares ni otras garantías para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios.

No está claro si esas organizaciones (OBC) seguirán siendo viables en ausencia de esta financiación externa y de la estructura de agrupamiento impulsada por los donantes. Las OBC y algunas OSC dependen principalmente del recurso GF, algunas obtienen recursos de otras fundaciones internacionales, donaciones y otros más a través de cuotas de recuperación por servicios.

Las organizaciones que trabajan en la respuesta a la tuberculosis son particularmente vulnerables, habiendo sido totalmente desarrolladas a partir de los recursos proporcionados por el Fondo Mundial, por lo que su sostenibilidad requiere aún más urgentemente mecanismos de financiación y acciones que estimulen la inclusión del tema por otras organizaciones. Estas organizaciones también requieren mejores capacidades de abogacía, para que puedan ejercer liderazgo comunitario en el tema y puedan influir para mejorar la respuesta en este sentido.

Más allá del financiamiento del gobierno estatal o local, algunos líderes del sector comunitario expresaron durante las entrevistas su interés de explorar la diversificación de fuentes de recursos. Reconocen que el gobierno puede ser el más interesado en el mantenimiento de la prestación de servicios liderados por las OSC para poblaciones clave y vulnerables, pero hay ciertas actividades y funciones críticas de las OSC que son improbables o imposibles de cumplir a través del financiamiento gubernamental, como el desarrollo de habilidades para la incidencia política y la abogacía, los esfuerzos de promoción, defensoría y monitoreo del cumplimiento de los derechos humanos por parte de instancias gubernamentales y otras actividades relacionadas con los derechos sexuales, derechos reproductivos, la salud sexual y en los temas sensibles como la abogacía para contar con una ley que sancione el estigma y discriminación, que promueva el matrimonio igualitario y la identidad de género.

Al respecto de la diversificación de fuentes de recursos financieros y la sostenibilidad, algunas OSC han identificado interseccionalidades de los temas y poblaciones con las que trabajan con otros temas que afectan a estas poblaciones como el tráfico y trata de personas y el uso y dependencia de drogas recreativas y están explorando oportunidades para ampliar sus servicios y conocimientos al respecto, así como identificar fuentes de recursos para esos temas. Los líderes de las OSC reconocen esta necesidad de diversificar la programación, y algunos están trabajando para construir nuevos vínculos para tender puentes con otros programas con temas vinculantes como la equidad de género, el trabajo con las juventudes, por lo que están buscando relacionarse con otras instancias privadas y públicas, con otros ministerios e incluso otros movimientos sociales dentro del país, lo que muestra la resiliencia de las comunidades ante las barreras, un esfuerzo que, en última instancia, también ayuda a apoyar la integración del VIH con otros servicios y metas claves, de acuerdo con el espíritu de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

8. Conclusiones y Recomendaciones

El gobierno de la República Dominicana ha adoptado medidas para reforzar su compromiso financiero con el VIH y está perfeccionando su estrategia para garantizar una respuesta nacional sostenida al VIH y la TB. A pesar de estos esfuerzos, la respuesta al VIH continúa dependiendo significativamente del financiamiento de los donantes, siendo el Fondo Mundial el mayor contribuyente externo. La paulatina absorción de los costos vinculados a la compra de ARV por parte del gobierno de la República Dominicana en un período de tiempo relativamente corto es motivo de optimismo cauteloso. Si bien el concepto de líneas presupuestarias protegidas es útil para garantizar la disponibilidad de los ARV y otros medicamentos y productos básicos, no siempre resulta suficiente, dado que las respuestas al VIH y TB dependen en gran medida de otras decisiones de financiamiento y gestión dentro del sistema de salud, en tanto los aumentos en las líneas presupuestarias dedicadas a los programas de VIH y TB no pueden substituir un sistema de salud general funcional.

Las siguientes recomendaciones resumen las áreas que requieren atención para la preparación del proceso de transición. Con asistencia técnica para abordar los desafíos pendientes y una estrecha coordinación de todos los actores internacionales, la República Dominicana tiene una buena oportunidad para dejar de recibir el apoyo del Fondo Mundial sin grandes interrupciones ni en el financiamiento ni en la prestación de programas.

1. Reforma del sistema de salud: la reorganización actual del sistema de salud ha reasignado funciones y responsabilidades, pero la implementación se encuentra rezagada en algunos aspectos, lo que puede conducir a la duplicación de esfuerzos, generando brechas y falta de rendición de cuentas. La división de las funciones del sistema de salud ofrece interesantes oportunidades para mejorar la planificación, la estrategia y la implementación, pero también implica desafíos para el proceso de transición del país. Si la reforma del sector se implementara completamente, podría mejorar los resultados y aumentar la calidad de la atención, incluyendo para los servicios de VIH y TB. Para garantizar una respuesta sostenible a enfermedades como la TB y el VIH, es necesario definir claramente las funciones y responsabilidades de todos los actores vinculados al financiamiento y a la prestación de servicios de salud, incluyendo las responsabilidades a nivel local, donde se lleva a cabo la mayor parte de la atención a la TB y VIH.

***Oportunidades para el plan de trabajo de transición:** Garantizar que se incluya en la documentación escrita la definición explícita de las funciones, acciones y responsabilidades para los programas de VIH y TB, ya que proporcionaría una base sólida para abordar ambas enfermedades. La implementación de pruebas piloto que identifiquen las modalidades más adecuadas de prestación en TB y VIH podría ayudar a fortalecer los servicios de atención de la salud en términos generales, y de estas enfermedades en particular. Se recomienda brindar apoyo institucional al desarrollo de estos pilotos, generando enseñanzas para facilitar la implementación de las iniciativas, e identificar las áreas de que requieren mayor atención para mejorar el desempeño general de la estrategia de TB y VIH.*

2. Financiamiento de Salud: actualmente hay un alto grado de incertidumbre en torno al futuro financiamiento de los programas de VIH y TB. La retirada del Fondo Mundial del programa contra la TB

y, a mediano plazo, del programa del VIH/SIDA, exige que se defina un plan de acción detallado para reducir la incertidumbre a la que se enfrentan pacientes y proveedores con respecto a las responsabilidades de cobertura, y específicamente en el vínculo entre el MSP y el Sistema de Seguridad Social. Para asegurar la sostenibilidad de las respuestas al VIH y la TB, es imperativo:

- a. Establecer una fórmula de financiamiento clara para garantizar que la carga financiera sea compartida entre el MSP y las instituciones de la Seguridad Social según las necesidades de sus beneficiarios. Una parte importante de estos esfuerzos implica llegar a un acuerdo entre el MSP, el CNSS y SISALRIL respecto al financiamiento y la gestión de enfermedades como el VIH y la TB, particularmente cuando los beneficiarios de la Seguridad Social utilizan instalaciones públicas.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Establecer un Fondo Rotatorio Institucional para que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) financien la compra de ARV, garantizando que ninguna ARS incurra en costos catastróficos por asumir la responsabilidad financiera del tratamiento del VIH de las PVVIH en su población beneficiaria. A corto plazo, esto podría requerir la definición sobre la estructura, funciones y administración del fondo, definir las contribuciones anuales a ser abonadas por cada una de las ARS, y establecer un mecanismo de supervisión independiente. A largo plazo, los esfuerzos deben orientarse a la gestión de las cuestiones asociadas con la garantía de confidencialidad de los pacientes, con el fin de permitir la cuantificación exacta y la distribución de PVVIH afiliadas a la Seguridad Social. Otros países, como Colombia y Brasil, han abordado con éxito los desafíos de la confidencialidad. haberse sugiere analizar modelos alternativos existentes en otros países, que puedan ajustarse a la realidad local.*

- b. Orientar a los programas de la TB y el VIH en el camino de la sostenibilidad requiere, asimismo, la expresa incorporación de tratamientos y medicamentos en el paquete de servicios del Sistema de Seguridad Social, a través de las ARS. Juntos, estos requisitos ayudarán a alinear las capacidades financieras del sistema en su conjunto con las necesidades de utilización de la población beneficiaria entre distintos subsistemas.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Desarrollar un programa de incidencia por la plena aplicación de la Resolución 204-2016, que permite la incorporación explícita de tratamientos y medicamentos, actualmente suspendida por el CNSS.*

- c. Es necesario que los esfuerzos realizados conjuntamente por SISALRIL y el MSP aseguren la adecuación de las regulaciones pertinentes, incluyendo autorizar a las ONG como prestadoras certificadas de servicios de atención primaria y de prevención del VIH.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Garantizar que sea posible el financiamiento público de las ONG como prestadoras de servicios para la ARS bajo el marco legal vigente.*

En conjunto, estas iniciativas facilitarán el establecimiento de un marco único de derechos de acceso a la salud, acompañado del adecuado financiamiento y prestación de los servicios necesarios. A largo plazo, esto puede viabilizar servicios efectivos en relación a los costos de operación, reduciendo los gastos de bolsillo directos, al tiempo que evitan los subsidios cruzados no deseados, alineando los recursos con las necesidades y minimizando el riesgo de disputas legales sobre los servicios prestados por la Seguridad Social.

3. Gestión Financiera Pública: el sector salud se ha beneficiado de un aumento gradual de las asignaciones presupuestarias, pero los resultados del sector siguen siendo menores que los de algunos de sus pares regionales en términos de recursos, lo que sugiere que podría mejorarse la calidad del gasto. El fortalecimiento de los mecanismos de financiamiento basado en resultados (RBF) ya existentes – como el piloto en nueve regiones para aumentar el uso de un Sistema de Gestión Clínica mencionado en la sección 6.2, que se basó en el cumplimiento de unos indicadores de desempeño antes de desbloquear fondos adicionales – podría aportar al logro de un uso más eficaz de los fondos disponibles.

***Oportunidades para el plan de trabajo de transición:** Introducir elementos RBF en las subvenciones de transición.*

4. Integración: es necesario mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención para poder ofrecer con éxito los servicios relacionados con el VIH y la TB. Si bien existen mecanismos de referencia y contra-referencia entre el nivel primario y el resto de la red pública, a menudo ellos no son efectivamente tenidos en cuenta, tanto para el VIH como, en particular, para TB. La falta de coordinación ocasiona retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, y también exacerba el riesgo de elevadas tasas de co-infección VIH/TB. Mejorar la integración de los servicios de VIH y TB es desafiante, aunque no imposible, tal como lo ha demostrado el piloto de Puerto Plata, donde se muestra que es factible alcanzarlo. La incorporación de las lecciones aprendidas del proyecto de integración VIH/TB en Puerto Plata podría ayudar a poner en marcha la implementación de casos piloto en otras regiones priorizadas.

También se ha discutido la posibilidad de trasladar la prestación de servicios de VIH a nivel de atención primaria, pero estos esfuerzos se encuentran en etapas incipientes. En el nivel primario, el VIH podría ser tratado conjuntamente con otras enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas como la TB, lo que ahorraría costos y reduciría el tiempo de desplazamiento de los pacientes con comorbilidades. Sin embargo, un requisito esencial para ello es asegurar que la atención del VIH en el ámbito de la atención primaria satisfaga las condiciones básicas de confidencialidad, incluyendo la protección de datos, maneras de presentar denuncias y el acceso a mecanismos de reparación. También sería necesario supervisar y capacitar adecuadamente a los trabajadores de salud del primer nivel.

***Oportunidades para el plan de trabajo de transición:** Ampliar el modelo piloto de Puerto Plata para adoptarlo en otra(s) región(es) con alta carga de comorbilidad por VIH/TB.*

5. Prestación de servicios: la sostenibilidad de la respuesta al VIH y la TB en el futuro depende de la mejora de la calidad de los servicios de salud. en esta dirección, continúa habiendo una serie de desafíos en la prestación de los servicios que deben ser abordados:

- a. La baja adherencia por parte de los médicos a las directrices de tratamiento nacional dificulta el diagnóstico y el tratamiento eficaces tanto de la TB como del VIH, aumentando costos y reduciendo la calidad. Es fundamental mejorar la adherencia a las directrices nacionales.

***Oportunidades para el plan de trabajo de transición:** Contribuir a la definición de los pagos por desempeño para los objetivos planificados en los Servicios Provinciales de Salud, específicamente para el VIH y la TB. Estos deben fundamentarse en el cumplimiento de los protocolos definidos por el MSP, y podrían ayudar a hacer cumplir las normas vigentes en todo el país.*

- b. Sería beneficioso que el Laboratorio Nacional tenga más autonomía para poder desempeñar sus funciones de supervisión con mayor eficacia, incluyendo la implementación de un sistema de transporte confiable para las muestras de laboratorio.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Proporcionar fondos para el Laboratorio Central con el fin de probar e implementar disposiciones alternativas para el transporte de muestras. Recalcar la necesidad de que el Laboratorio Central tenga mayor autonomía en los niveles políticos más altos con el fin de aumentar la eficacia de su desempeño.*

- c. Se podría reducir el alto nivel de abandono a tratamientos vinculando a los programas sociales a una mayor proporción de los pacientes con TB que viven por debajo de la línea de pobreza. A pesar de que actualmente se da prioridad a estas personas, la inscripción en el programa nacional *Progresando con Solidaridad* para familias de bajos ingresos se encuentra rezagada.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Proporcionar capacitación sobre cómo llegar a individuos de bajos ingresos y vincularlos a programas sociales (iniciativa conjunta con la Vicepresidencia de la República).*

- d. Se deben resolver los problemas logísticos y legales que actualmente obstaculizan el uso de las nuevas máquinas GeneXpert por el PNCT.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Es necesario realizar esfuerzos para asegurar que el equipamiento se encuentre instalado y preparado para su uso. También es necesario desarrollar planes de contingencia para los cartuchos con fecha de caducidad próxima.*

Además de la calidad, se debe prestar mayor atención a la solución de las ineficiencias según las recomendaciones descritas en la sección 5.5.

6. Prevención: la inversión pública en medidas de prevención es actualmente muy baja. Tanto los programas de TB como de VIH dependen fuertemente de las inversiones del Fondo Mundial para cubrir sus actividades de prevención. Las estrategias de prevención para promover conductas saludables, proporcionar información y fomentar la detección y el tratamiento tempranos son las intervenciones más eficaces para frenar el impacto del VIH y la TB a largo plazo. La atención a las personas que se encuentran en etapas avanzadas en cualquiera de las dos enfermedades afecta su calidad de vida, pero a la vez exige gastos significativamente más altos que los destinados a las tareas de prevención. Por lo tanto, el alto nivel de dependencia de los recursos del Fondo Mundial para la prevención requiere que se desarrolle un plan de sustitución gradual y efectivo con el fin de asegurar que las actividades de prevención continúen financiadas íntegramente. El aumento de la inversión del gobierno en suministros (incluyendo preservativos) y actividades de prevención contribuirá a una transición rápida, fortalecerá los esfuerzos de prevención y aumentará la viabilidad de un futuro sostenible para ambas enfermedades. En este sentido, suministrar preservativos en todos los hospitales y clínicas públicas es sencillo y merece que se ponga en práctica de inmediato. Por último, asumir una mayor parte de la responsabilidad financiera del tratamiento y la atención también aumentaría los incentivos para que en el futuro las instituciones de la Seguridad Social inviertan más en prevención.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Desarrollar un plan de sustitución gradual y eficiente para asegurar que las actividades de prevención continúen íntegramente financiadas*

y, particularmente, aumentar el financiamiento para el suministro de preservativos públicos. Este plan de sustitución debe incorporarse plenamente en el nuevo Plan Estratégico Nacional.

7. Adquisiciones y cadena de suministro: Se han concretado mejoras de eficiencia y ahorros de costos importantes basándose en mecanismos de adquisición conjunta - usando PROMESE-CAL - y mejorando la estimación de las necesidades a través SUGEMI. En el futuro, sería importante: (i) asegurar que los medicamentos y suministros para el VIH continúen siendo adquiridos conjuntamente, incluso una vez que la ARS asuman la responsabilidad financiera de las PVVIH en sus poblaciones beneficiarias; (ii) invertir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades institucionales de adquisición, distribución y gestión de los medicamentos contra el VIH y la TB; (iii) considerar el uso de PROMESE-CAL para todos los productos relacionados con el VIH; y (iv) continuar usando SUGEMI como herramienta de planificación.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Estructurar un acuerdo intrainstitucional sobre cómo podrían adquirirse los ARV para el sistema de Seguridad Social en el futuro. Para evitar el aumento de los costos asociados a la división de compras entre instituciones de la Seguridad Social, sería viable considerar la opción de realizar las adquisiciones mediante CONAVIHSIDA/MSP. en tal caso, las ARS podrían reembolsar al MSP utilizando los fondos recaudados en el Fondo Rotatorio Institucional.*

8. Sistemas de datos y uso: Mejorar los sistemas de datos y la utilización de los resultados contribuiría a fortalecer los servicios, ya que proporciona una base más sólida para la gestión, la supervisión y la coordinación en todo el sistema de atención de la salud. Específicamente, las siguientes recomendaciones podrían proporcionar una serie de beneficios:

- a. Fortalecer el sistema de recolección de datos y facilitar su carga a nivel local para reducir los tiempos de procesamiento. Considerar el uso de teléfonos celulares en entornos rurales.
- b. Alinear la recopilación de datos entre el MSP y las instituciones de Seguridad Social para mejorar la coordinación y permitir una mejor gestión y financiamiento.
- c. Identificar áreas críticas de investigación que midan los resultados en lugar de los procesos y los insumos.
- d. Usar los datos de monitoreo para la toma de decisiones estratégicas.
- e. Ampliar el uso del registro de la población clave más allá de las ONG con el fin de generar mejores datos sobre estas poblaciones y facilitar el seguimiento de su progreso hacia los objetivos 90-90-90.
- f. Vincular los sistemas de información con los laboratorios para garantizar el acceso oportuno a los resultados de las pruebas.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Invertir en sistemas de información de laboratorio para que los SAI puedan conectarse con ellos.*

9. Evaluar las opciones para que el MCP continúe contribuyendo a las respuestas nacionales de las enfermedades. A medida que el apoyo del Fondo Mundial se retira gradualmente, el futuro del MCP es incierto. El MCP ha sido eficaz en asegurar que las OSC de prestación de servicios y las personas que representan a las poblaciones clave tengan una voz formal en la toma de decisiones dentro de la respuesta nacional al VIH y la TB. Si las partes interesadas deciden mantener este organismo tras la salida del Fondo Mundial, será necesario identificar sus opciones de financiamiento. Si se disuelve el MCP, una opción sería

otorgar fondos adicionales al CONAVIHSIDA y añadir asientos para la sociedad civil. Con el fin de abordar el problema de la competencia existente entre las OSC para ser incluidas en este órgano, CONAVIHSIDA podría adoptar el modelo mexicano, en el que los participantes de la sociedad civil rotan periódicamente, asegurando la participación de todas las partes interesadas sin exceder el tamaño del órgano coordinador.

Oportunidades para el plan de trabajo de transición: *Evaluar diferentes opciones para el papel del MCP en el futuro e identificar fuentes alternativas de financiamiento.*

10. Financiamiento público de la sociedad civil: mejorar la colaboración entre el Centro y el MSP para activar la política de financiamiento público de la sociedad civil existente de manera que pueda usarse en la prevención del VIH. Se recomienda implementar los siguientes pasos específicos:

- a. Realizar un trabajo conjunto entre el Centro y el MSP con el fin de establecer un mecanismo simplificado para el registro de las OSC.
- b. Definir y presupuestar las actividades y proyectos que implementarán las OSC y asegurar las asignaciones presupuestarias del MSP.
- c. Brindar capacitación al personal encargado de los programas de TB y VIH sobre el proceso de desarrollo de convocatorias públicas del Centro y la supervisión de los contratos.
- d. Realizar una ronda de convocatorias públicas piloto y monitorear el proceso. Redefinirlas según sea necesario.

Estas medidas deberán complementarse con el desarrollo de las capacidades de las OSC, según se describe más adelante.

11. Capacidades de las OSC: capacitar a las OSC sobre cómo participar en el proceso de financiamiento público. Las OSC deberán recibir capacitación por parte de funcionarios gubernamentales (el cual se espera sea un esfuerzo de colaboración entre los funcionarios del Centro y del MSP) para participar en la comprensión del proceso de licitación, participar en el desarrollo exitoso de propuestas, someterse al proceso de financiamiento público, y supervisar e informar los resultados con éxito. Dependiendo de la complejidad del sistema y de las capacidades tanto de las OSC como de los formadores, podrá ser necesario recibir asistencia externa para asegurar que los elementos básicos, tales como el desarrollo de propuestas y el monitoreo y la presentación de informes confiables, estén cubiertos adecuadamente. Es de esperar que esta formación esté disponible al menos una vez por ciclo de licitación, para que las nuevas organizaciones (o los nuevos miembros del personal) participen en las convocatorias.

12. Capacidad de las OSC: apoyar a las OSC más pequeñas a desarrollar la capacidad básica de planificación, gestión y seguimiento de proyectos. Si bien el enfoque de agrupamiento del Fondo Mundial ha sido beneficioso para la colaboración dentro de la comunidad de las OSC, algunas de ellas han quedado insuficientemente capacitadas para la gestión básica de proyectos y la indicación de costos de los servicios. Si bien no necesariamente se deba sostener a todas las organizaciones existentes y llevarlas a nivel de poder gestionar proyectos de forma independiente, es evidente que algunas organizaciones requerirán una mayor capacitación para garantizar que son capaces de desarrollar propuestas adecuadamente para implementar y monitorear proyectos con financiamiento interno. Se debe prestar especial atención a garantizar que en cualquier esfuerzo de desarrollo de capacidades se incluya a una gama de OSC que trabajen con diferentes poblaciones. Ya existen convenios de gestión conjunta con

algunas OSC para proporcionar personal e insumos a los centros de servicios comunitarios de manera que las organizaciones puedan ampliar la prestación de sus servicios; estos acuerdos son la base de un proceso de financiamiento público de la sociedad civil que incluye la transferencia de recursos y no sólo en especie.

13. Financiamiento de las ONG: asistir a las OSC en la exploración de modelos alternativos de generación de ingresos y diversificación de recursos. La República Dominicana es un país que tiene importantes recursos turísticos y naturales que puede aprovechar, y como tal puede ser un lugar ideal para explorar modelos de responsabilidad social empresarial. Además, es posible que las organizaciones necesiten establecer vínculos más fuertes con redes regionales y organizaciones coordinadoras que podrían tener a disposición oportunidades de financiamiento. Estas oportunidades diversificadas no deben considerarse necesariamente la forma prioritaria de recolectar recursos para financiar sus servicios, sino más bien una forma de obtener recursos complementarios para actividades de incidencia, comunicación, programación experimental (por ejemplo, servicios de apoyo nuevos o innovadores) y otras funciones básicas que frecuentemente no se pueden financiar mediante fondos gubernamentales. Se recomienda que la Coalición ONG-SIDA sea un objetivo principal de este desarrollo de capacidad, ya que Coalición es un espacio de articulación de las OSC que incluye redes de personas y organizaciones juveniles de ámbito nacional, entre otras. Sin embargo, también se puede considerar incluir a otras redes o asociaciones de OSC en este proceso.

14. Combatir el estigma y la discriminación: desarrollar un plan integral y multisectorial para abordar el estigma y la discriminación, y hacer cumplir la Ley 135-11 sobre VIH-SIDA. El MSP debe asumir la responsabilidad de hacer cumplir esta ley, incluyendo el desarrollo y la aplicación de sanciones adecuadas por violaciones. Sin embargo, la sociedad civil también debe participar en este proceso: idealmente, los actores de la sociedad civil deberían participar en el desarrollo de un sistema oficial de información sobre incidentes, y también en ayudar a sensibilizar al personal del MSP mediante capacitación y supervisión de apoyo. Este deberá ser un esfuerzo continuo que requerirá fondos designados para el MSP, y también puede ser un servicio específicamente contratado de las OSC mediante el financiamiento público de la sociedad civil.

9. Bibliografía

Barillas, E. And Valdez, C. (2014). "The Organization of an Integrated Medicine and Supply Management System in the Dominican Republic: Progress and Challenges." Presented to USAID by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program, Management Sciences for Health.

Barillas, E., Valdez, C., Espinoza, H., Ledesma, L. and Mesa, A. (2016). "Results and Impact of the Introduction of an Integrated Pharmaceutical Supply System in the Dominican Republic." Presented to USAID by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program, Management Sciences for Health.

Centro de Investigación y Apoyo Cultural. "Informe Final: Estudio de Dimensionamiento de la Población de Mujeres en Vulnerabilidad Social Residentes en Bateyes."

Chahin, D. (2014). "Análisis de Brechas Programáticas y Financieras." October 2014.

CONAVIHSIDA (2012). "Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Claves: GTH, TRSX, UD."

CONAVIHSIDA (2014). "Diagnóstico de Género de la Respuesta Nacional al VIH en la República Dominicana." Produced with UNAIDS. August 2014.

CONAVIHSIDA (2015). "Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y al VIH-SIDA 2015-2018." January 2015.

Conklin, E. and Segura, F. (2014). "Definición y dimensionamiento de poblaciones clave para el VIH y el Sida en la República Dominicana." IDCP and UNAIDS. October 2014.

COPPFAN (2014). Estimación de costo per cápita anual para la inclusión de los antirretrovirales en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social. Febrero 2014.

COPRESIDA (2007). Análisis de situación y respuesta nacional a las ITS, el VIH y el SIDA en la Republica Dominicana. Santo Domingo, 2007

COPRESIDA (2010). "Modelo de Modos de Transmisión del VIH: Informe Final." With support from DIGECITSS and UNAIDS. November 2010.

Economist Intelligence Unit (2016). "Country Report: Dominican Republic." October 2016.

Fundación Plenitud (2010). "Medición del Gasto en Sida en la República Dominicana 2008, Informe Final: Resultados." Presented to COPRESIDA and UNAIDS. March 2010.

Fundación Plenitud (2015). "Medición del Gasto en SIDA 2012 y Serie de Tiempo 2009-2011, República Dominicana: Informe Final." Presented to CONAVIHSIDA and UNAIDS. September 2014.

Giussani, B., Guardiola, U., Ospina, J. and Shepherd, J. (2016). "PEFA República Dominicana 2016: Informe Final." AECOM International Development Europe SL. October 2016.

Global Health Initiative (2012). “Dominican Republic: GHI Strategy.”

Hernández, N. (2015). “Consultoría para el Diseño del Modelo Gestión Técnico, Administrativo y Financiero para la Compra y Dispensación de los ARVs en el Marco del Programa Nacional de Atención a la Población VIH+: Informe Final.” CONAVIHSIDA with support from UNDP, UNICEF and UNFPA. July 2015.

Hernández, N. (2013). “Estudio de Costeo y Sostenibilidad Financiera las Intervenciones en VIH SIDA: Informe Final.” CONAVIHSIDA and the World Bank.

IDCP (2014). “Definición y Dimensionamiento de Poblaciones Claves para el VIH y el SIDA en la República Dominicana.” In collaboration with UNAIDS. Santo Domingo. October 2014.

IMF (2016). “Dominican Republic 2015 Article IV Consultation—Press Release and Staff Report.” IMF Country Report No. 16/342. Washington, DC. November 2016.

Maceira, D. (2014). “Cuadrante de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina.” Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) and UNICEF.

MEASURE Evaluation (2014). “PLACE en la República Dominicana, Prioridades para los Esfuerzos Locales de Control de SIDA 2014: Resultados Preliminares por Región.” With USAID.

MEASURE Evaluation (2017). “Size of Key Populations in the Dominican Republic: 2016 Estimates.” With USAID. January 2017.

Mejía, A. and Spraos, H. “Acceso, Eficacia e Innovación en la Provisión de Asistencia Técnica a la Sociedad Civil en el Marco de la Subvención del Fondo Mundial en la República Dominicana.” Plataforma Regional América Latina y el Caribe, Vía Libre and Regional Alliance Asistencia Técnica.

Middleton-Lee, S (2011). “Piecing it Together for Women and Girls: The Gender Dimensions of HIV-related Stigma.” International Planned Parenthood Federation. March 2011.

Miller, S., Cordero, M., Coleman, AL., et al. (2003). “Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic.” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82(1): 89-103.

Miller, W (2014). “Análisis de la Epidemia de VIH en la República Dominicana.” December 2014.

Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo (2012). “Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo 2030.”

Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo (2013). “Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016: Actualización 2014.” September 2013.

Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo (2014). “Aplicación del Marco de Aceleración de los ODM en República Dominicana, Plan de acción para las metas 6ª y 6B.” March 2014.

Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo (2015). “Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016: Actualización 2015.” January 2015.

MSP (2011a). “Reflexiones sobre la viabilización del financiamiento a programas especiales a través del Sistema Dominicano de Seguridad Social: una mirada a la gestión de las atenciones individuales del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis.”

MSP (2011b). “Resumen de Costeo: Plan Estratégico Nacional de la Respuesta a la Tuberculosis República Dominicana, 2011-2015.” PNCT.

MSP (2013). “Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, Año 2013.” DIGECITSS with IDCP and UNAIDS.

MSP (2014). “Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), República Dominicana 2013.” Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) in collaboration with ICF International, USAID, PEPFAR, CDC, the Global Fund, CONAVIHSIDA and PNCT. October 2014.

MSP (2015a). “Encuesta Sociodemográfica y Sobre VIH/SIDA en los Bateyes Estatales de la República Dominicana, 2013.” Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) in collaboration with ICF International, USAID, PEPFAR, CDC, the Global Fund and CONAVIHSIDA. January 2015.

MSP (2015b). “Estrategia y plan nacional de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta a la Tuberculosis, 2016-2020.” PNCT. August 2015.

MSP (2015c). “Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis República Dominicana, 2015-2020.” PNCT. March 2015.

MSP (2015d). “Proyecciones y Estimaciones del Plan Estratégico de Respuesta a la Tuberculosis-DR, 2015-2020.” PNCT.

MSP (2015e). “Tabla Resumen de Costeo de PEN TB: Plan Estratégico Nacional 2015-2020.” Excel provided to the consultants by PNCT.

MSP (2016). “Mapeo de Proveedores de servicios de salud, Barrio Domingo Savio, Dirección Área IV de salud.” August-September 2016.

MSP (2017a). “Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, 2016.” Presentation by Vargas, N. (DIGECITSS), Peguero, M. (DIGEPI), Sanchez, R. (CONAVIHSIDA), Durand, L. (CDC), Lerebous, L. (CDC) and Dolores, Y. (UNAIDS). March 2017.

MSP (2017b). “Estrategia Nacional para la Atención a la Tuberculosis en República Dominicana.” Presentation to the consultants. May 2017.

MSP (2017c). “Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH en la provincial Puerto Plata, Servicio Regional de Salud Norcentral de República Dominicana.” April 2017.

MSP (2017d). “Situación de la Tuberculosis en la República Dominicana, Indicadores de Impacto y Resultados, 2016: Informe de Gestión.” PNCT. Draft, April 2017.

MSP (2017e). “Situación de la Tuberculosis en la República Dominicana.” Presentation to the consultants. May 2017.

MSP (2017f). “Situación del VIH 2016. Mesa Técnica de M&E.” Presentation to consultants. May 2017.

Nakhimovsky, S., Abiodun, O., Koon, A. and Cico, A. (2017a). “Expanding Coverage to Informal Workers: A Study of EPCMD Countries’ Efforts To Date.” Produced by the Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc., for USAID. January 2017.

Nakhimovsky, S., Cali, J., Valdez, C. and Avila, C. (2017b) “Oportunidades para mejorar las eficiencias de los programas contra VIH y SIDA en la República Dominicana – Borrador.” Health Finance & Governance Project, Abt Associates, Inc. March 2017.

Oficina Nacional de Estadísticas (2012). “Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI), 2012.” Produced in collaboration with the European Union and UNFPA. April 2013.

Oficina Nacional de Estadísticas (2016). “Dominicana en Cifras 2016.”

PAHO (2012). “Country Volume: Dominican Republic.” Health in the Americas, 2012 Edition.

Paulino-Ramírez, R., Rodríguez-Lauzurique, M. and Santo, R. (2016). “Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Población Trans de la Republica Dominicana.” CONAVIHSIDA, Centro de Orientación e Investigación Integral and Instituto de Medicina Tropical & Salud Global UNIBE.

PEPFAR (2016a). “COP 2016: Sustainability Index and Dashboard (SID) Summary/Dominican Republic.”

PEPFAR (2016b). “Dominican Republic Country/Regional Operational Plan: Strategic Direction Summary.” June 2016.

PEPFAR (2016c). “USAID HIV/AIDS Combination Prevention Program for MARPs in Central America and Mexico. Narrative Report FY2016.”

Profamilia (2009) “Dominican Republic: Stigma and Discrimination in People Living with HIV.” English and Spanish available at: <http://www.stigmaindex.org/dominican-republic>

Rathe, M., Pérez-Minaya, R., Franco-Cuzco, L. and Guzmán, D. (2009) “Medicamentos y Propiedad Intelectual: Evaluación del Impacto de los Nuevos Estándares de Derechos de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos: el caso de la República Dominicana.”

Rathe, M. and Moliné, A. (2011).” Sistema de salud de República Dominicana.” *Salud Publica Mex* 53 (suppl 2): S255-S264.

Rathe, M. and Guzmán, D. (2012). “Estimación del gasto nacional en salud de la República Dominicana, 1995-2011.” Fundación Plenitud.

Rathe, M., Knaul, F. and Yerramilli, P. (2014). “Financing Cancer Care and Control in the Dominican Republic.” DCP3 Volume 6, Chapter 15 Supplement. Harvard Global Quality Initiative.

Rathe, M. and Hernán, P. (2015). “Gasto nacional en salud en la República Dominicana, 2014: Primer piloto de implementación del SHA 2011. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Santo Domingo.

Sanchez, M. and Senderowitsch, R. (2012). “The political economy of the middle class in the Dominican Republic: individualization of public goods, lack of institutional trust and weak collective action.” Policy Research Working Paper Series 6049. The World Bank.

Segú Tolsa, JL. (2012). “Modelo de Atención en Salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.” Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional, MSP. August 2012.

SIAPS (2014). “Incorporation of the Supply of Antiretrovirals into the Dominican Republic’s Integrated Management System for Pharmaceuticals and Medical Supplies.” Presented to USAID by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program, Management Sciences for Health. February 2014.

SIAPS (2015). “Closing the Financial Gap to Ensure Availability of HIV and AIDS Commodities in the Dominican Republic.” Presented to USAID by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program, Management Sciences for Health.

The Global Fund (2014). “Standard Concept Note for TB.” March 2014.

The Global Fund (2015a). “DOM-H-CONAVIH Grant Detailed Budget.”

The Global Fund (2015b). “DOM-H-CONAVIH Grant Performance Framework.”

The Global Fund (2015c). “DOM-H-IDCP Grant Detailed Budget.”

The Global Fund (2015d). “DOM-H-IDCP Grant Performance Framework.”

The Global Fund (2015e). “DOM-T-MSPAS Grant Detailed Budget.”

The Global Fund (2015f). “Standard Concept Note for HIV.” February 2015.

Tristao, I. (2010). “El Sector Salud en la República Dominicana y sus Desafíos.” August 2010.

Tristao, I., Rathe, M. and Geidion, U. (2012). “La reforma del sistema de salud en la República Dominicana: Nota de políticas.” Santo Domingo.

UNAIDS (2014). “Dominican Republic National Commitment and Policy Instrument”

UNAIDS (2016). “GARPR Online Reporting Tool: República Dominicana 2016.”

US Department of State (2015). “Dominican Republic 2015 Human Rights Report.”

UNDP (2016). “UN Human Development Report 2016.”

UNDP. “Dialogo Nacional sobre el VIH y del Derecho: Resumen Ejecutivo de Informe y Recomendaciones República Dominicana.”

Valdez, C. and Barillas, E. (2015). “Financiamiento de la compra de medicamentos e insumos para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA en República Dominicana.” Presented to USAID by Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Valdez, C., Barillas, E. and Castillo, M. (2015). “Success Story: Funding of ARVs in the Dominican Republic.” Presented to USAID by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services Program (SIAPS) by Management Sciences for Health.

Valdez, C., Barillas, E., Díaz, M., Ledesma, J. and Marte, Y. (2016). “Baseline Study Report: Prescription Practices for Antiretroviral Therapy in Comprehensive Care Services of the Dominican Republic.” Presented to USAID by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program, Management Sciences for Health. May 2016.

Valdez, C., Barillas E., Cepeda I. and Ledesma L. (2017a). “Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana.” Presented to CONAVIHSIDA. January 2017.

Valdez, C., Cali, J. and Avila, C. (2017b). “Brechas Financieras en la Respuesta Nacional al VIH y Sida.” Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc. Draft, April 2017.

Valdez, C. (2017c). “Resultados Preliminares: Brecha Financiera de la Respuesta Nacional al VIH: República Dominicana.” Presentation by the Health Finance and Governance Project. May 2017.

Valladares Cardona, R. and Valdez, C. (2016). “Gasto Privado de Bolsillo en la Respuesta al VIH en República Dominicana: Avances y Desafíos hacia la Cobertura Universal de Salud.” Ricardo Valladares Consulting in collaboration with the Global Fund and UNAIDS. Draft, February 2016.

Vicente Moronta, J. (2014). “Sistema de salud de República Dominicana: Alcances y retos.” Presentation by Presidenta Comisión de Salud, Cámara de Diputados.

WHO (2015). “Consolidated guidelines on HIV testing services.” July 2015.

WHO (2016a). “Country Tuberculosis Profile: Dominican Republic 2015.”

WHO (2016b). “Implementación de la Estrategia Fin de la TB: Aspectos Esenciales.” Geneva.

WHO/PAHO (2014). “Misión de Evaluación al Programa de Control de Tuberculosis de la República Dominicana.” July 2014.

WHO/PAHO (2016a). “Visita de Monitoreo del Manejo Clínico Programático de la TB-DR República Dominicana.” Presentation by Armengol, R. of the Comité Luz Verde Regional. December 2016.

WHO/PAHO (2016b). “Informe de la Visita de Monitoreo del Manejo Clínico Programático de la Tuberculosis Drogoresistente República Dominicana.” Comité Luz Verde Regional. December 2016.

World Bank (2013). “Rentas o reformas: La economía política del desarrollo en República Dominicana. Análisis de la situación institucional y de gobernabilidad.”

World Bank (2014). “Country Partnership Strategy for the Dominican Republic for the Period FY15-FY18.” September 2014.

World Bank (2015). Resilient Growth, Persisting Inequality: Identifying Potential Factors Limiting Shared Prosperity in the Dominican Republic. January 2015. World Bank. Washington D.C.

World Bank (2016). “Building a Better Future Together: Dominican Republic Policy Notes.” October 2016.

Data Sources

CIA World Factbook. Dominican Republic. Accessed May 2017. Last updated May 30, 2017. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/dr.html>

DIGEPRES. Annual Budget Law. Accessed May 2017. http://www.digepres.gob.do/?page_id=847

IMF World Economic Outlook Database. Last updated April 2017. Accessed May 2017. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/01/weodata/index.aspx>

MSP. Annual Budget and Budget Execution. Accessed May 2017. <http://www.msp.gob.do/oai/Presupuestos.html>

Oficina Nacional de Estadísticas (2017). Accessed May 2017.

PEPFAR Dashboards. Accessed June 2017.

SENASA. Annual Budget. Accessed May 2017. <https://www.arssenasa.gob.do/Transparencia#>

SISALRIL. Website of the Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Accessed May 2017. <http://www.sisalril.gov.do/>

The Global Fund Database. 2016.

UNAIDS AidsInfo Online Database. Last Updated November 2016. Accessed May 2017. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>

WHO National Health Accounts. Last updated May 2017. Accessed May 2017. http://apps.who.int/nha/database/Key_Indicators_by_Country/Index/en?COUNTRYKEY=84015

World Bank DataBank. Accessed May 2017. <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

10. Apéndice

Apéndice 1: Lista de organizaciones y entidades consultadas

- Mecanismo de Coordinación del País
- Fondo Mundial
- PNUD
- MSP
- ONUSIDA
- PNCT-MSP
- CONAVIHSIDA
- IDCP
- UEP-MSP
- USAID
- COALICION ONG-SIDA
- MCP-RD
- Mesa Técnica de M&E (VIH)
- Mesa Técnica de M&E (TB)
- DIGECITSS
- SNS
- Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión y Finanzas del Ministerio de Salud
- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)
- Centro Nacional de Fomento y Promoción de las Asociaciones sin fines de lucro.
- PROGRAMA NACIONAL VIH
- Ministro de Hacienda.
- Red Jóvenes
- TRANSSA
- COOVIDA
- MOSTCHA
- CIAC
- ASODENAT
- ASOLSIDA
- MODEMU
- PEPFAR
- CDC
- PNUD
- OPS
- Dirección de Prisiones
- Dirección de compras y suministros de Salud
- Dirección del Seguro Nacional de Salud (SENASA)
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
- Laboratorio Nacional de Salud Pública "Dr. Defilló" (LNSPDD)
- Tesorería Nacional
- Contraloría General de la República
- Comisión Salud Cámara Diputados
- Ministerio de Trabajo
- Grupo de auto ayuda Amigos Siempre Amigos (ASA)
- Centro de Promoción y Solidaridad Humana (CEPROSH)
- Progresando con Solidaridad (PROSOLY)
- Red Dominicana de Personas que viven VIH (REDOVIH+)
- Colectiva Mujer y Salud
- Hospital Santo Socorro
- Agente Local del Fondo Mundial – Price Waterhouse Cooper

Apéndice 2: Subvenciones en curso para VIH y TB

Tabla A2.1: Resumen del presupuesto por módulo, subvención para VIH DOM-H-CONAVIH

Módulo	Monto Asignado (US\$)			
	Año 1	Año 2	Año 3	Total
Prevención: HSH y personas transgénero	123.734	175.966	191.265	490.965 [5,7%]
Prevención: TRSX y sus clientes	142.196	146.955	161.987	451.139 [5,2%]
Prevención: Otras poblaciones vulnerables	259.523	290.814	306.596	856.933 [9,8%]
Tratamiento, atención y apoyo	1.320.022	1.096.858	999.087	3.415.967 [39,5%]
Seguimiento y evaluación	583.574	318.596	376.515	1.278.686 [14,7%]
Eliminación de las barreras legales de acceso	189.730	89.205	97.655	376.590 [4,4%]
Fortalecimiento de los sistemas comunitarios	113.715	100.975	104.335	319.025 [3,7%]
Gestión de programas	290.013	250.635	289.847	830.495 [9,6%]
Otro	639.548	0	0	629.458 [7,4%]
Total	3.662.056	2.470.003	2.527.288	8.659.346 [100%]

Tabla A2.2: Resumen del presupuesto por categoría de costos, subvención para VIH DOM-H-CONAVIH

Categoría de Costos	Monto Asignado (US\$)			
	Año 1	Año 2	Año 3	Total
1.0 Recursos Humanos	558.423	566.799	659.300	1.784.522 [20,6%]
2.0 Gastos Relacionados con Viajes	493.340	534.666	537.658	1.565.664 [18%]
3.0 Servicios Profesionales Externos	598.228	128.931	91.442	818.601 [9,4%]
4.0 Productos de Salud – Productos Farmacéuticos	639.548	0	0	639.548 [7,4%]
5.0 Productos de Salud – Productos No Farmacéuticos	294.965	330.234	351.413	976.612 [11,2%]
6.0 Productos de Salud -- Equipamiento	151.375	26.491	5.233	183.099 [2,1%]
7.0 Costos de gestión de las adquisiciones y de la cadena de suministro	16.913	14.729	18.435	50.077 [0,7%]
8.0 Infraestructura	9.496	264	268	10.028 [0,1%]
9.0 Equipamiento no relacionado con la salud	58.211	10.765	10.924	79.901 [0,8%]
10.0 Material de Comunicación y Publicaciones	47.058	33.850	34.312	115.221 [1,4%]
11.0 Gastos Administrativos	30.672	31.132	31.592	93.395 [1,1%]
12.0 Apoyo vital al cliente/población clave	763.827	792.142	786.710	2.342.679 [27,2%]
Total	3.662.056	2.470.003	2.527.288	8.659.346 [100%]

Tabla A2.3: Detalles financieros de la subvención para VIH DOM-H-CONAVIH, por beneficiario principal y sub-beneficiario

Beneficiario Principal y Sub-Beneficiarios	Monto Asignado (US\$)
Consejo Nacional para el VIH y el SIDA	4.639.364
Grupo De Auto Ayuda Amigos Siempre Amigos (ASA)	813.410
Cicatelli Associates Incorporated (CAI)	145.425
Centro De Promoción Y Solidaridad Humana (CEPROSH)	82.565
C. De Orientación E Investigación Integral (COIN)	177.641
Movimiento Socio-Cultural Para Los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA)	220.366
Fundación Sur Futuro	57.641
Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS)	66.810
Asociación Dominicana Pro-Bienestar De La Familia (PROFAMILIA)	268.928
Red Dominicana De Personas Que Viven Con VIH/SIDA (REDOVIH+)	495.129
Instituto Nacional De La Salud (INSALUD)	27.940
Servicio Nacional de Salud (SNS)	937.746
Laboratorio Nacional de Referencia	339.950
Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)	187.692
Asociación De Mujeres Para El Desarrollo De San Juan De La Maguana (ASODEMUSA)	198.740

Tabla A2.4: Resumen del presupuesto por módulo, subvención para VIH DOM-H-IDCP

Módulo	Monto Asignado (US\$)			
	Año 1	Año 2	Año 3	Total
Prevención: HSH y personas transgénero	592.635	806.450	870.011	2.269.096 [23,5%]
Prevención: TRSX y sus clientes	572.219	588.863	604.662	1.765.744 [18,3%]
Prevención: Otras poblaciones vulnerables	712.134	884.733	929.152	2.526.019 [26,1%]
Tratamiento, atención y apoyo	511.738	525.140	531.635	1.568.513 [16,2%]
Seguimiento y evaluación	50.528	51.286	61.303	163.118 [1,7%]
Eliminación de las barreras legales de acceso	0	0	0	0 [0%]
Fortalecimiento de los sistemas comunitarios	184.047	191.075	201.279	576.401 [5,9%]
Gestión de programas	254.134	253.320	291.863	799.317 [8,3%]
Total	2.877.435	3.300.867	3.489.906	9.668.208 [100%]

Tabla A2.5: Resumen del presupuesto por categoría de costos, subvención para VIH DOM-H-IDCP

Categoría de Costos	Monto Asignado (US\$)			
	Año 1	Año 2	Año 3	Total
1.0 Recursos Humanos	895.754	1.023.611	1.141.232	3.060.597 [31,7%]
2.0 Gastos Relacionados con Viajes	919.970	1.103.677	1.149.557	3.173.205 [32,8%]
3.0 Servicios Profesionales Externos	221.039	224.355	227.670	673.064 [7,0%]

4.0 Productos de Salud – Productos Farmacéuticos	0	0	0	0 [0%]
5.0 Productos de Salud – Productos No Farmacéuticos	404.388	489.939	509.593	1.403.920 [14,5%]
6.0 Productos de Salud - Equipamiento	0	0	0	0 [0%]
7.0 Costos de gestión de las adquisiciones y de la cadena de suministro	95.458	115.657	120.297	331.413 [3,4%]
8.0 Infraestructura	0	0	0	0 [0%]
9.0 Equipamiento no relacionado con la salud	20.618	16.300	16.541	53.459 [0,6%]
10.0 Material de Comunicación y Publicaciones	83.044	94.541	95.883	273.467 [2,8%]
11.0 Gastos Administrativos	106.191	107.784	109.377	323.351 [3,3%]
12.0 Apoyo vital al cliente/población clave	130.973	125.003	119.755	375.731 3,9%]
13.0 Financiamiento basado en resultados	0	0	0	0 [0%]
Total	2.877.435	3.300.867	3.489.906	9.668.208 [100%]

Tabla A2.6: Detalles financieros de la subvención para VIH DOM-H-IDCP, por beneficiario principal y sub-beneficiario

Beneficiario Principal y Sub-Beneficiarios	Monto Asignado (US\$)
Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel	4.072.171
Grupo De Auto Ayuda Amigos Siempre Amigos (ASA)	1.057.916
Cicatelli Associates Incorporated (CAI)	122.600
Centro De Promoción Y Solidaridad Humana (CEPROSH)	283.341
C. De Orientación E Investigación Integral (COIN)	973.177
Movimiento Socio-Cultural Para Los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA)	1.063.982
Fundación Sur Futuro	452.457
Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS)	233.330
Asociación Dominicana Pro-Bienestar De La Familia (PROFAMILIA)	299.201
Red Dominicana De Personas Que Viven Con VIH/SIDA (REDOVIH+)	550.855
Instituto Nacional De La Salud (INSALUD)	428.488
Servicio Nacional de Salud (SNS)	118.213
Laboratorio Nacional de Referencia	8.137
Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)	4.340

Tabla A2.7: Cobertura con el paquete mínimo de prevención por población (% total cobertura y % cobertura por el FM)

Población	Tamaño estimado de la población	Cobertura paquete mínimo de prevención	% Cobertura	Cubierto por el FM	% Cobertura
HSB	129,099	75,112	58.2%	62,701	48.6%
Transgénero	3,900	3,404	87.3%	2,488	63.8%
TRSX	97,758	58,493	59.8%	58,493	59.8%
Migrantes Haitianos	94,504	61,272	64.8%	42,898	45.4%
Mujeres en vulnerabilidad social residente en bateyes	52,582	40,197	76.4%	40,197	76.4%

Personas Privadas de Libertad	18,679	5,065	27.1%	0	0%
Usuarios de drogas	59,632	4,252	7.1%	0	0%
Embarazadas	198,072	175,116	88.4%	0	0%
Población General	5,520,512	506,794	9.18%	0	0%

Fuente: MSP (2017f)

Tabla A2.8: Resumen del presupuesto por módulo, subvención para TB DOM-T-MSPAS

Módulo	Monto Asignado (US\$)			
	Año 1	Año 2	Año 3	Total
Atención y prevención de TB	2.121.577	1.672.564	1.544.080	5.338.221 [63,8%]
TB/VIH	113.800	180.367	162.420	456.587 [5,5%]
Paquete para TB-MR	752.183	229.673	246.986	1.228.842 [14,7%]
Seguimiento y evaluación	0	250.000	0	250.000 [2,9%]
Gestión de programas	376.312	369.454	354.194	1.099.960 [13,1%]
Total	3.363.872	2.702.058	2.307.680	8.373.610 [100%]

Tabla A2.9: Resumen del presupuesto por categoría de costos, subvención para TB DOM-T-MSPAS

Categoría de Costos	Monto Asignado (US\$)			
	Año 1	Año 2	Año 3	Total
1.0 Recursos Humanos	352.963	370.359	358.991	1.082.312 [13,0%]
2.0 Gastos Relacionados con Viajes	1.084.035	1.047.668	984.531	3.116.234 [37,2%]
3.0 Servicios Profesionales Externos	769.477	955.609	680.339	2.405.426 [28,7%]
4.0 Productos de Salud – Productos Farmacéuticos	0	0	0	0 [0%]
5.0 Productos de Salud – Productos No Farmacéuticos	118.002	75.718	84.950	278.670 [3,3%]
6.0 Productos de Salud - Equipamiento	375.263	7.222	7.222	389.707 [4,7%]
7.0 Costos de gestión de las adquisiciones y de la cadena de suministro	49.473	8.715	9.656	67.844 [0,8%]
8.0 Infraestructura	216.036	0	0	216.036 [2,6%]
9.0 Equipamiento no relacionado con la salud	251.822	63.287	42.214	357.322 [4,3%]
10.0 Material de Comunicación y Publicaciones	51.613	74.648	39.463	165.725 [2,0%]
11.0 Gastos Administrativos	26.816	24.916	25.290	77.021 [0,9%]
12.0 Apoyo vital al cliente/población clave	68.373	73.916	75.024	217.314 [2,6%]
13.0 Financiamiento basado en resultados	0	0	0	0 [0%]
Total	3.363.872	2.702.058	2.307.680	8.373.610 [100%]

Tabla A2.10: Detalles financieros de la subvención para TB DOM-T-MSPAS, por beneficiario principal y sub-beneficiario

Beneficiario Principa y Sub-Beneficiarios	Monto Asignado (US\$)
Sub-Secretaria de Estado de Salud Colectiva, MSP	0
UEP-FM/PNCT	5.342.131
SRS	619.407
DPS/DMS	541.384
DIGECITSS	341.951
DIGEPI	199.269
LNSPDD	133.107
NGO	1.196.361

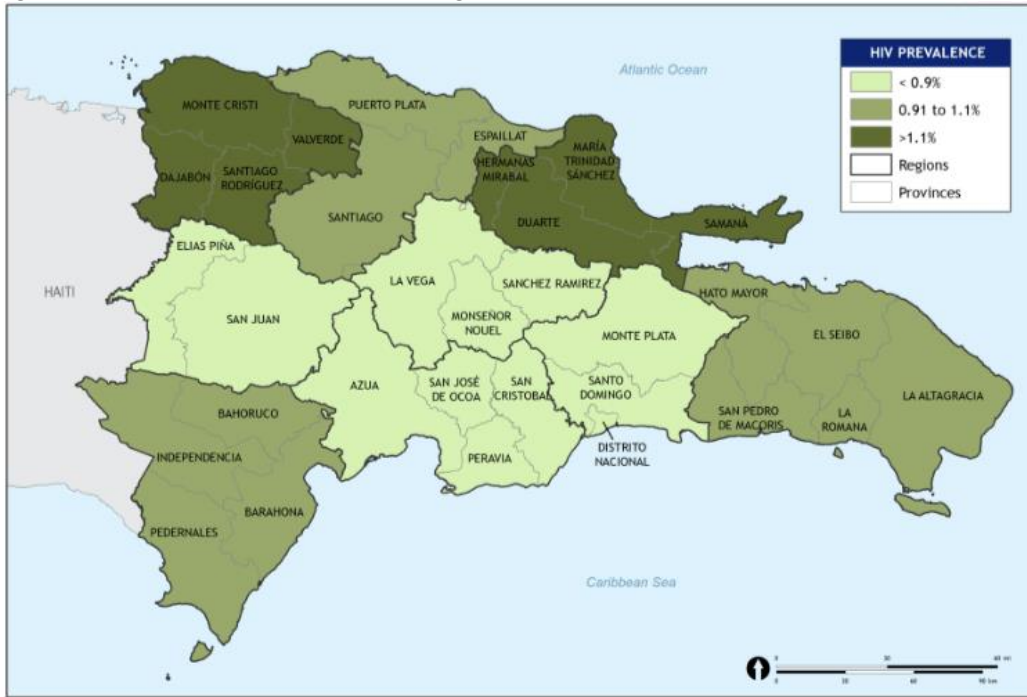
Tabla A2.11: Financiamiento del FM para los servicios esenciales para el VIH y la TB: Porcentaje de contribución y las proyecciones de financiamiento para los próximos 3 años

	Inversión promedio anual (US\$)	Proyección del financiamiento en los próximos 3 años (US\$)	Contribución porcentual del FM/total
VIH			
Tratamiento ARV	0	0	0%
Carga Viral	N/A	N/A	N/A
CD4	0	0	0%
TB			
Diagnósticos de TB & MDR-TB	130.326	390.978	100%
Medicamentos de primera línea	0	0	0%
Medicamentos de segunda línea	0	0	0%

Fuente: GF List of Essential Services in LAC

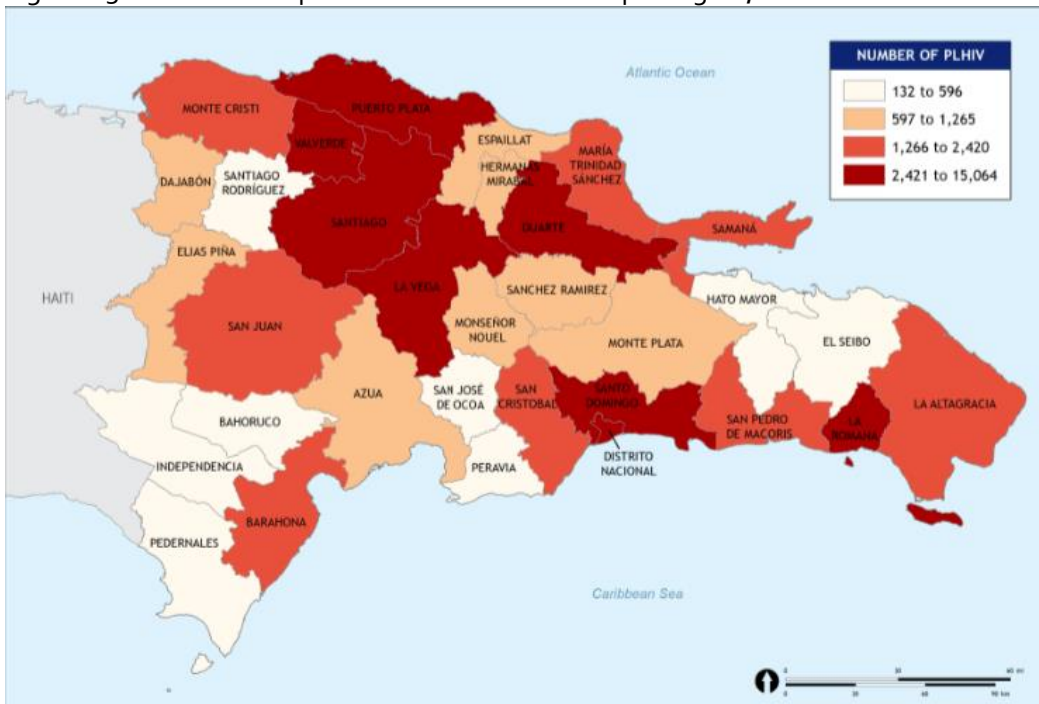
Apéndice 3: Datos epidemiológicos adicionales

Figura A3.1: Prevalencia del VIH por región, 2016



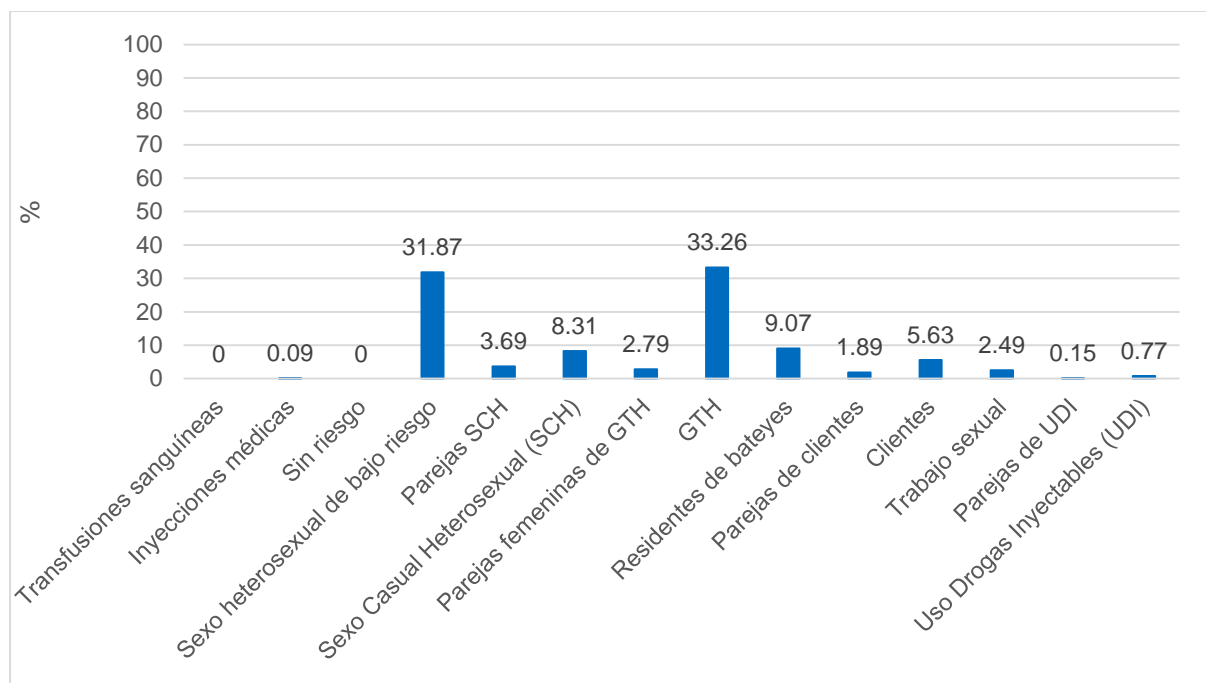
Fuente: PEPFAR (2016b)

Figura A3.2: Número de personas viviendo con VIH por región, 2016



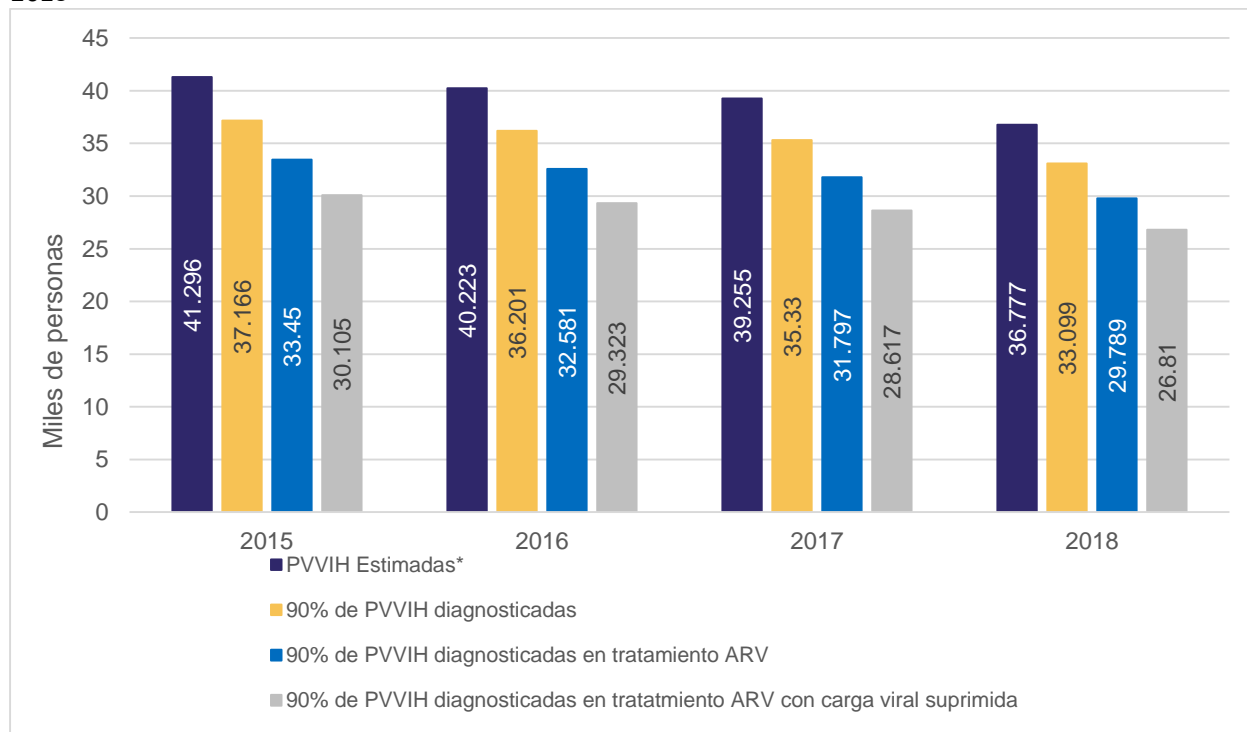
Fuente: PEPFAR (2016b)

Figura A3.3: Resultados del Estudio de Modos de Transmisión 2010



Fuente: COPRESIDA (2010)

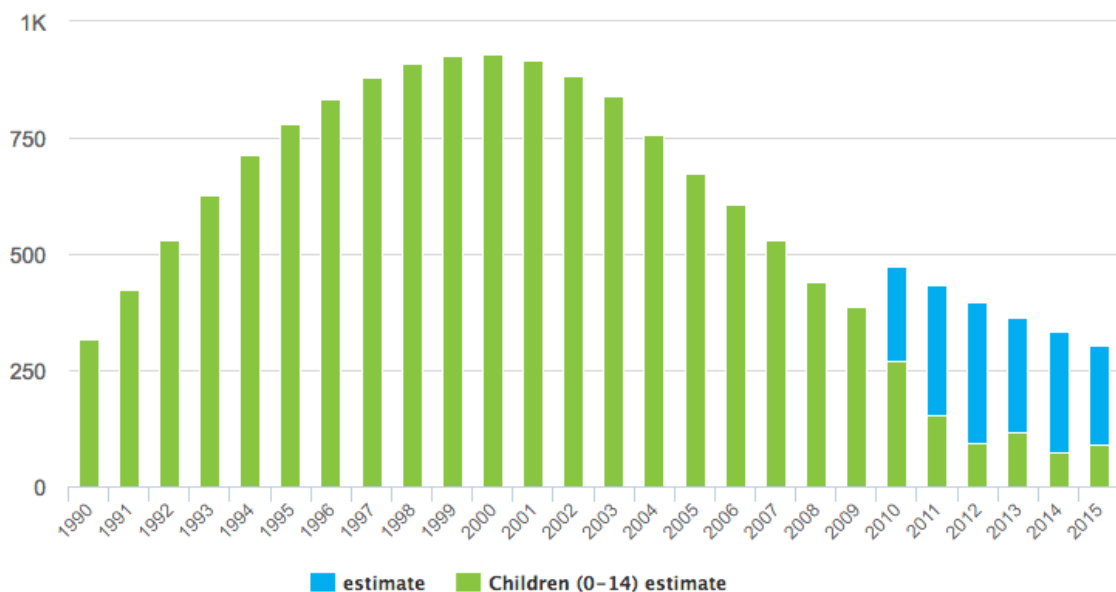
Figura A3.4: Proyecciones del número de PVVIH y las metas 90-90-90 según el PEN para el VIH 2015-2018*



Fuente: Valdez et al. (2017b)

*Nota: Estas estimaciones para el número de PVVIH no coinciden con los números de otras fuentes gubernamentales, lo que indica problemas con la verificación de los datos y la coherencia entre varias fuentes.

Figura A3.5: Número de nuevas infecciones de VIH en niños vs. número de infecciones evitadas gracias a la prevención de la transmisión maternal-infantil



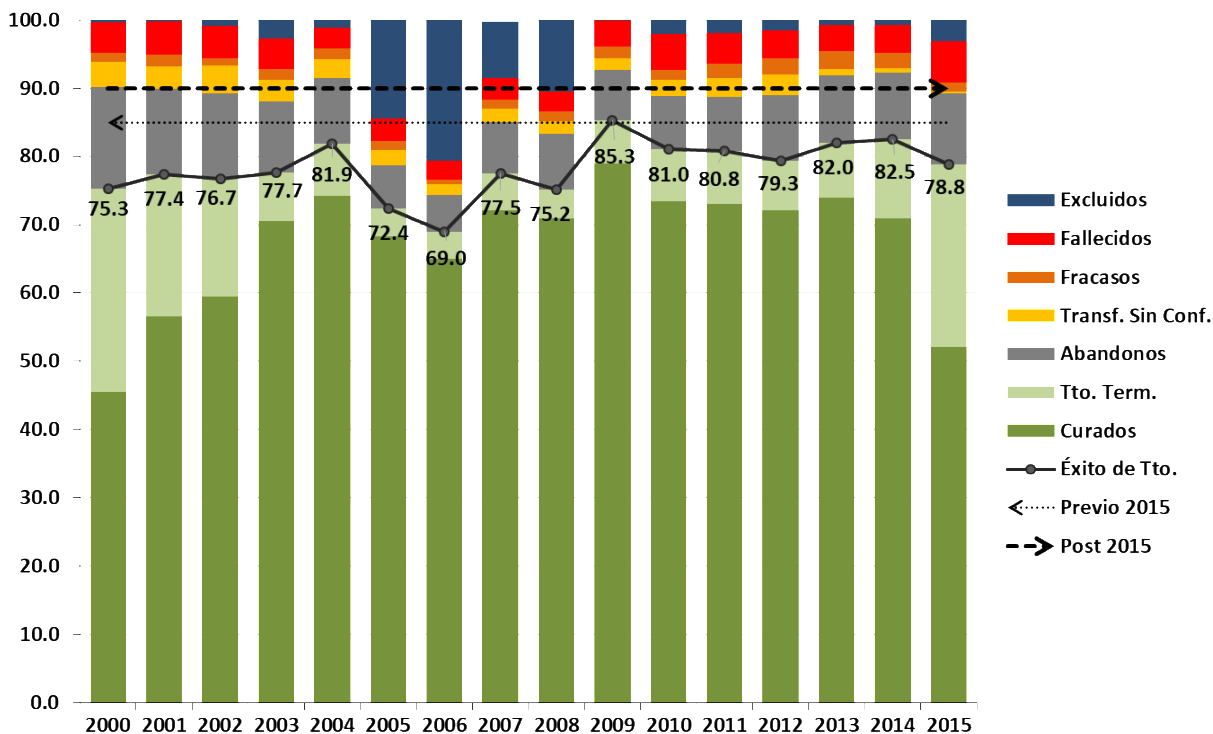
Fuente: UNAIDS Aidsinfo Online Database (2017)

Tabla A3.1: Número de casos notificados de TB por proveedor de servicios de salud, 2012-2016

Institución	2012		2013		2014		2015		2016	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
MSP	3.706	83,5%	3.821	81,9%	3.803	82,6%	4.394	93,8%	4.169	93,5%
ONG	498	11,2%	547	11,7%	480	10,4%	49	1,0%	42	0,9%
Cárceles	207	4,7%	268	5,7%	272	5,9%	222	4,7%	216	4,8%
Fuerzas Armadas	12	0,3%	11	0,2%	18	0,4%	2	0,0%	4	0,1%
Privado	9	0,2%	12	0,3%	30	0,7%	15	0,3%	29	0,7%
IDSS	6	0,1%	4	0,1%	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	4.438	100,0%	4.663	100,0%	4.605	100,0%	4.682	100,0%	4.460	100,0%

Fuente: MSP (2017e)

Figura A3.6: Resultados del tratamiento para nuevos casos de TB BK+, 2010-2015



Fuente: MSP (2017e)

Figura A3.7: Resultados del tratamiento para cohortes de RR/MDR-TB, 2009-2014



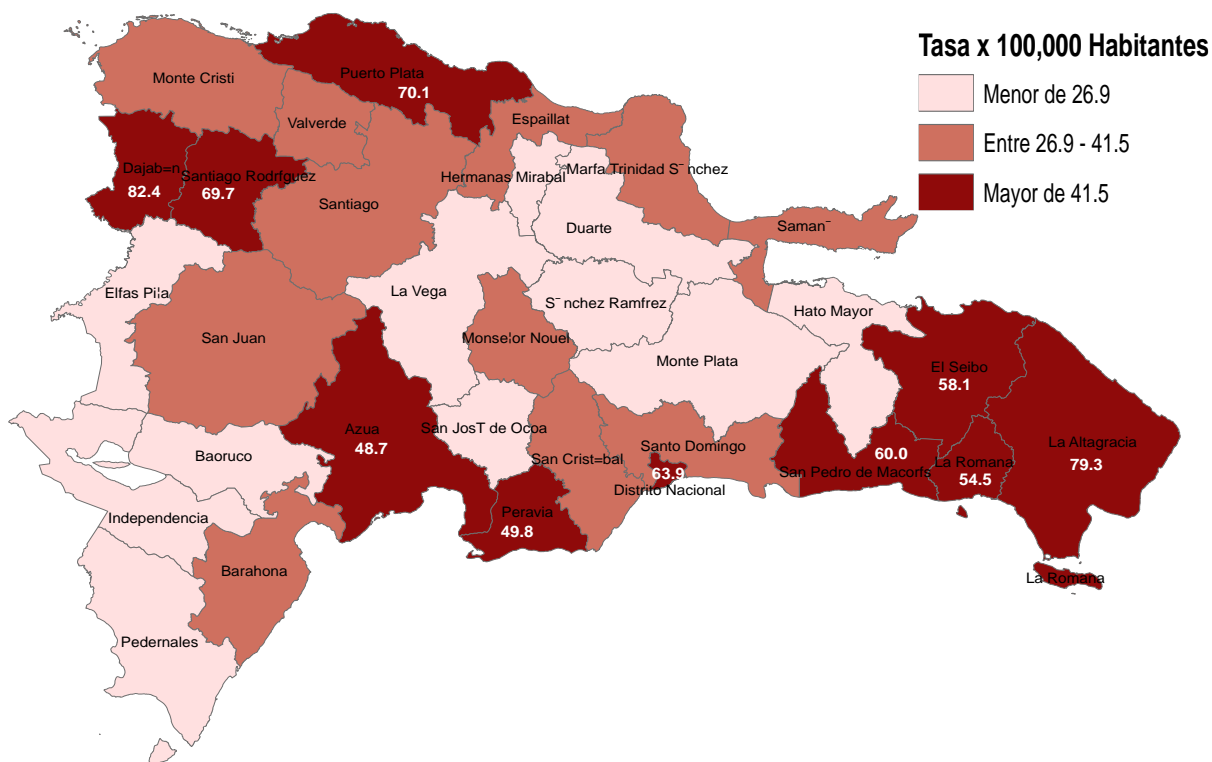
Fuente: MSP (2017e)

Tabla A3.2: Casos de la TB notificados a través del SIOE, por SRS, 2016

Región	Casos Notificados	%
SRS—Región 0 Metropolitano	1.928	43,2%
SRS—Región 1 Valdesia	318	7,1%
SRS—Región 2 Norcentral	668	15,0%
SRS—Región 3 Nordeste	147	3,3%
SRS—Región 4 Enriquillo	109	2,4%
SRS—Región 5 Este	692	15,5%
SRS—Región 6 El Valle	203	4,5%
SRS—Región 7 Cibao Occidental	211	4,7%
SRS—Región 8 Cibao Central	186	4,2%
Total	4.462	100,0%

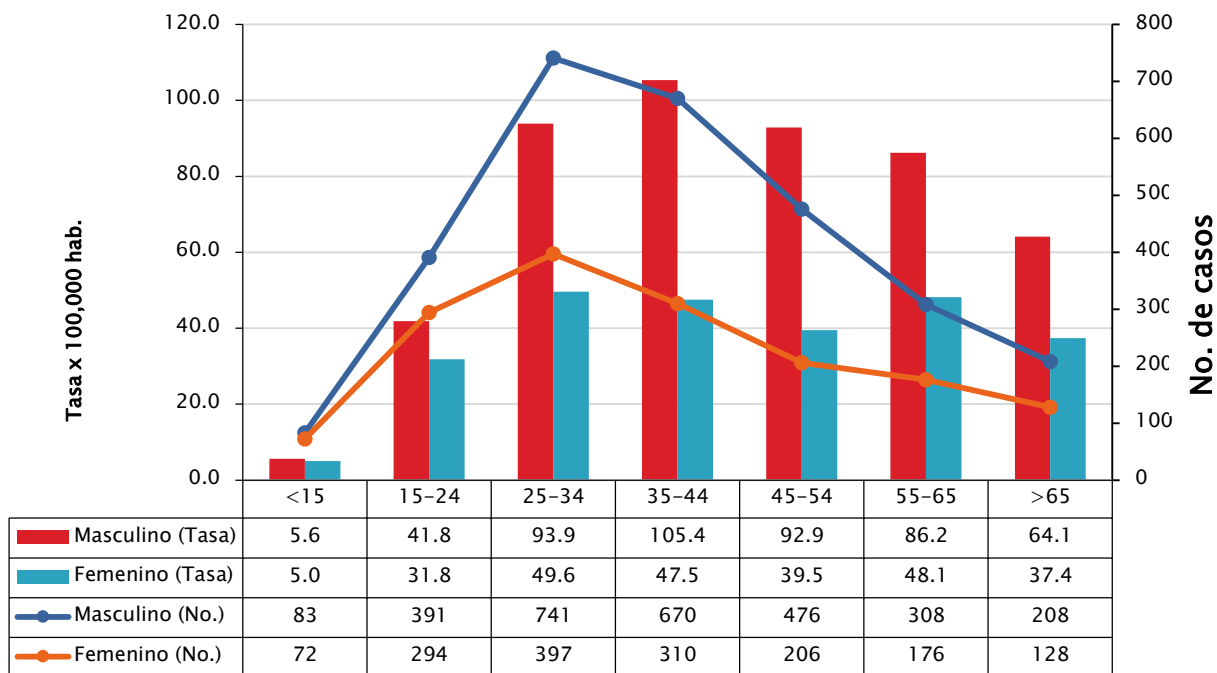
Fuente: MSP (2017d)

Figura A3.8: Incidencia de la TB por provincia, 2016



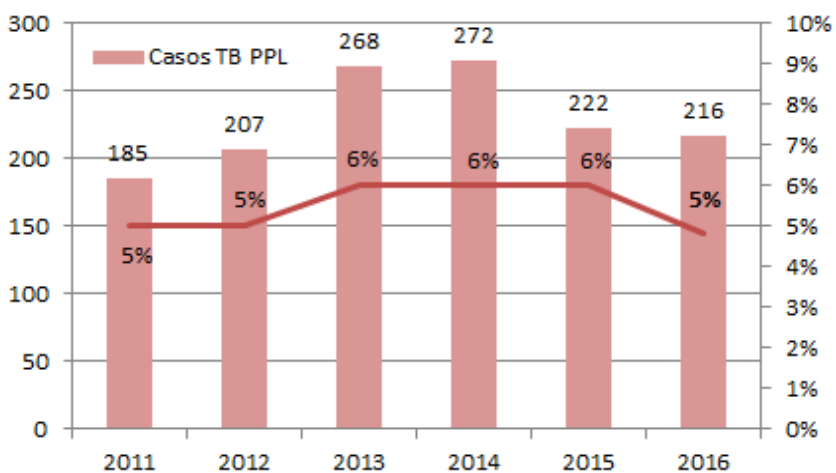
Fuente: MSP (2017e)

Figura A3.9: Tasa de la TB por edad y sexo (todas formas), 2016



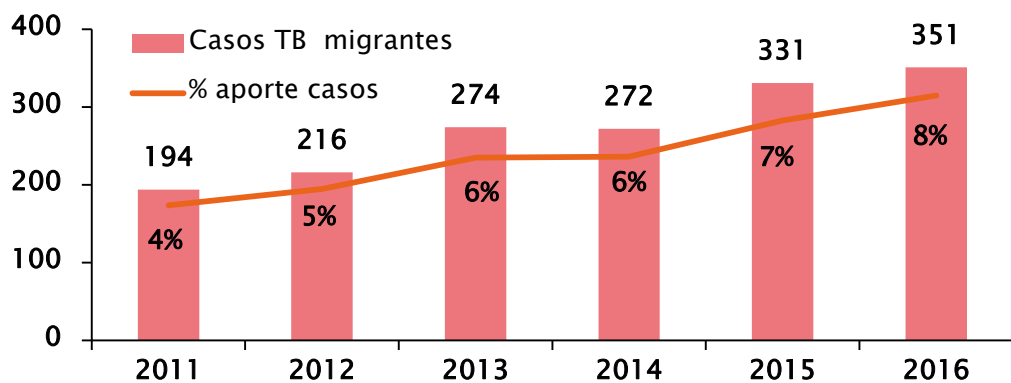
Fuente: MSP (2017e)

Figura A3.10: Número de nuevos casos de TB en PPL y como porcentaje de nuevos casos totales, 2011-2016



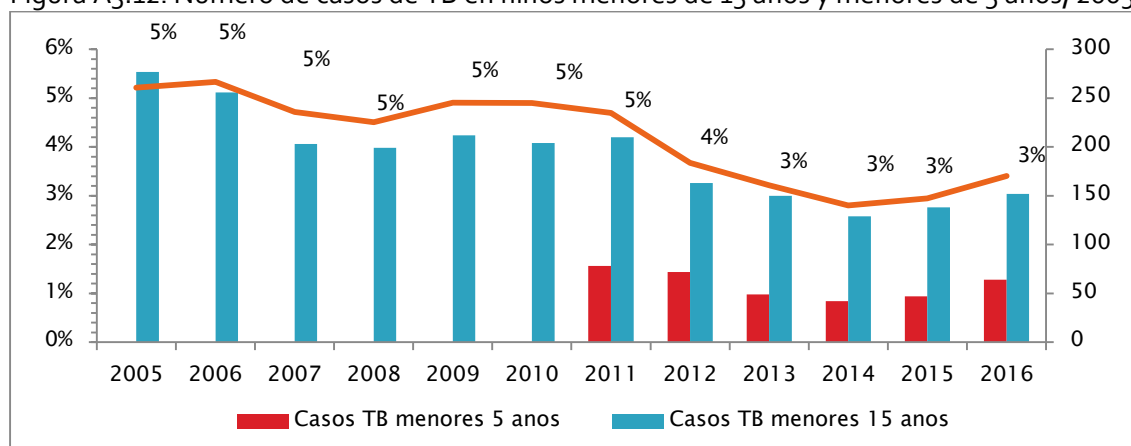
Fuente: MSP (2017e)

Figura A3.11: Número de nuevos casos de TB en migrantes haitianos y como porcentaje de nuevos casos totales, 2011-2016



Fuente: MSP (2017e)

Figura A3.12: Número de casos de TB en niños menores de 15 años y menores de 5 años, 2005-2016



Fuente: MSP (2017e)

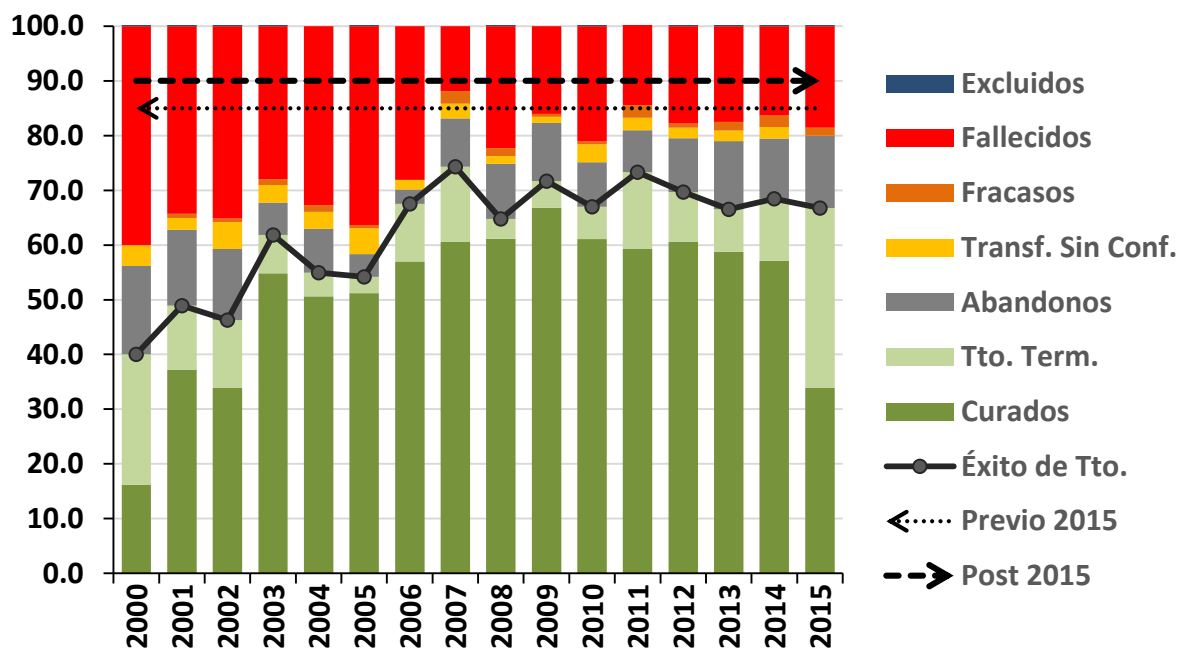
Tabla A3.3: Número de casos incidentes de TB en provincias priorizadas, 2016

#	Provincia	Número de casos	% de todos los casos	% acumulado
1	SANTO DOMINGO	1.198	27%	27%
2	DISTRITO NACIONAL	692	16%	42%
3	SANTIAGO	360	8%	50%
4	LA ALTAGRACIA	278	6%	57%

5	PUERTO PLATA	239	5%	62%
6	SAN CRISTOBAL	205	5%	67%
7	SAN PEDRO DE MACORIS	188	4%	71%
8	LA ROMANA	149	3%	74%
9	LA VEGA	109	2%	77%
10	AZUA	108	2%	79%
11	PERAVIA	99	2%	81%
PROVINCIAS PRIORIZADAS		3.625	81%	
OTRAS PROVINCIAS		835	19%	19%
TOTAL		4.460	100%	100%

Fuente: MSP (2017e)

Figura A3.13: Resultados del tratamiento para cohortes con VIH/TB, 2000-2015



Fuente: MSP (2017e)

Apéndice 4: Resultados de la evaluación del gasto público y de la responsabilidad financiera (PEFA) República Dominicana 2016

I. Confiabilidad del presupuesto		
ID-1	Resultados del gasto agregado	A
ID-2	Composición de las desviaciones del gasto presupuestario en comparación con el presupuesto original aprobado	B+
ID-3	Resultados de los ingresos agregados	B+
II. Transparencia de las finanzas públicas		
ID-4	Clasificación del presupuesto	A
ID-5	Documentación del presupuesto	B
ID-6	Operaciones ni incluidas en informes financieros	D+
ID-7	Transferencias a los gobiernos sub-nacionales	A
ID-8	Información de desempeño para la provisión de servicios	C
ID-9	Acceso del público a información fiscal	A
III. Gestión de los activos y pasivos		
ID-10	Informe de riesgos fiscales	D
ID-11	Gestión de la inversión públicas	C+
ID-12	Gestión de los activos públicos	D+
ID-13	Gestión de la deuda	B+
IV. Estrategia fiscal y presupuestación basada en políticas		
ID-14	Previsiones macroeconómicas y fiscales	C
ID-15	Estrategia fiscal	C
ID-16	Perspectiva de mediano plazo para la presupuestación del gasto	C
ID-17	Proceso de preparación del presupuesto	C+
ID-18	Escrutinio legislativo de los presupuestos	D+
V. Previsibilidad y control de la ejecución presupuestaria		
ID-19	Administración de ingresos	C+
ID-20	Contabilidad de los ingresos	C+
ID-21	Previsibilidad en la asignación de recursos durante el ejercicio en curso	B+
ID-22	Atrasos en el pago de gastos	D+
ID-23	Controles de la nómina	C+
ID-24	Adquisiciones	B
ID-25	Controles internos del gasto no salarial	B
ID-26	Auditoría interna	D
VI. Contabilidad y prestación de informes		
ID-27	Integridad de los datos financieros	B
ID-28	Informes presupuestarios durante el ejercicio en curso	C+
ID-29	Informes financieros anuales	B+
VII. Escrutinio y auditoría externos		
ID-30	Auditoría externa	D+
ID-31	Escrutinio legislativo de los informes de auditoría	D

Apéndice 5: Brechas en la cobertura de las pruebas del VIH, 2013-2016

Población	Realización 2013	% de objetivo 2013	Realización 2014	% de objetivo 2014	Realización 2015	% de objetivo 2015	Realización 2016	% de objetivo 2016
Población General	244.535	87,3%	320.964	91,7%	279.007	93,0%	315.814	70,2%
Embarazadas	159.472	93,8%	146.954	98,0%	105.299	100,3%	126.478	70,3%
HSH	-	-	-	-	7.264	116,1%	62.701	98,1%
Transgénero	-	-	-	-	983	186,9%	2.488	100,6%
TRSX	12.672	-	16.022	-	43.011	113,2%	57.615	99,1%
Migrantes haitianos	-	-	-	-	17.955	114,0%	41.830	98,0%
Mujeres en vulnerabilidad social residente en bateyes	-	-	-	-	4.269	246,5%	40.197	101,9%
Residentes de bateyes	27.398	91,3%	28.211	80,6%	28.292	108,8%	15.422	77,1%
Usuarios de drogas	6.282	104,7%	6.682	111,4%	6.481	129,6%	3.011	75,3%
PPL	10.007	105,3%	10.045	100,5%	8.102	108,0%	4.982	76,6%
Mujeres con poca educación	14.143	94,3%	15.805	105,4%	2.144	107,2%	1.875	37,5%

Fuente: Programa Nacional de VIH 2017 (una hoja de excel proporcionada por el PNVIH a los consultores); PNVIH obtuvo datos de: "Reportes administrativos ONGs"; "Productividad de los Servicios de Salud de la Red Pública"; "Reportes administrativos Dirección General de Prisiones)

Apéndice 6: Análisis de opciones de financiamiento público de la sociedad civil

No.	Pregunta	Análisis/Recomendaciones
Sección 6. Análisis y priorización		
1	<p>¿Qué está yendo bien en términos de financiamiento gubernamental de las OSC?</p> <p>¿Qué precedentes existen para el financiamiento público de la sociedad civil o mecanismos similares? ¿Cuáles son las posibilidades de replicación o ampliación?</p>	<p>Existe una ley que permite el financiamiento gubernamental para la prestación de servicios por parte de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. Sin embargo, esta ley se desarrolló hace 9 años y no fue implementada adecuadamente. El gobierno actual tiene voluntad de implementarla y está fortaleciendo a la entidad responsable.</p> <p>El Centro para el fomento de actividades de las asociaciones sin fines de lucro está adscrito al Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, por lo que se orienta en torno al uso adecuado y planificado de los recursos públicos, con un enfoque en el desarrollo y la contribución del sector comunitario.</p> <p>El Centro cuenta con experiencias anteriores de financiamiento público de la sociedad civil; sin embargo, todos los financiamientos anteriores fueron otorgados con fondos del presupuesto general de la administración pública (no a través de ministerios específicos) en respuesta a las propuestas de las OSC. Hasta la fecha no se han llevado a cabo procesos de convocatoria pública con fondos ministeriales designados. El Centro está desarrollando los procesos necesarios para actualizar su base de datos con el fin de poder concretar el proceso de registro de las organizaciones con el fin de realizar las convocatorias públicas en base a las necesidades de los diversos Ministerios.</p> <p>El Centro mantiene una plataforma virtual, respaldada por el Banco Mundial, que permite modernizar y ampliar sus procedimientos de manera rápida y transparente.</p>
2	¿Qué obstáculos específicos se han encontrado para la implementación plena y/o efectiva del financiamiento público de la sociedad civil?	
2a	Por categoría:	
	o Legal	El marco legal es adecuado y ha sido utilizado previamente en otros campos para implementar el financiamiento público de la sociedad civil.

	o Estructural (administrativo, burocrático, falta de impulso/inercia)	Las OSC informan que tienen dificultades para obtener la documentación necesaria para ser autorizadas por el Centro y, por lo tanto, enfrentan problemas para cumplir con la ley vigente y participar en las convocatorias públicas. Por lo tanto, es necesario apoyar al Centro en la simplificación de este proceso burocrático. La reducción de procedimientos y el diálogo con las autoridades del gobierno responsables de emitir la documentación podría facilitar este proceso.
	o Voluntad política	El principal desafío para la implementación del financiamiento público de la sociedad civil es mantener la voluntad política actual y promover el apoyo y la vigilancia del sector comunitario para que los procesos sean participativos y transparentes. También es importante cumplir con los reglamentos de CONAVIHSIDA, ya que es la agencia principal para el VIH, pero debido al alto rango de sus integrantes (ministros), estos no se reúnen en su totalidad con la frecuencia requerida por ley. Más bien, se convocan periódicamente reuniones con representantes que no tienen capacidad de decisión. Por lo tanto, los procesos de financiamiento público de la sociedad civil pueden verse obstaculizados si CONAVIHSIDA no opera de manera proactiva en colaboración con el Centro para resolver los problemas de coordinación.
	o Técnica/Capacidad	El Centro no tiene experiencia ni capacidad técnica en lo que respecta a las convocatorias específicas de las respuestas a la TB y al VIH, y los programas correspondientes exigen el desarrollo de convocatorias para procesos que incluyan la supervisión técnica con el fin de promover proyectos efectivos y eficientes en relación al costo. Para este fin será necesaria la estrecha colaboración con CONAVIHSIDA, como se señaló anteriormente. Además, muchas organizaciones de la sociedad civil (OSC) - en particular las OSC nuevas y más pequeñas que participan actualmente en actividades de alcance comunitario mediante la agrupación con financiamiento del FM - necesitarán mejorar su capacidad para diseñar, ejecutar y supervisar proyectos durante todo el ciclo.
	o Recursos (financieros, recursos humanos, etc.)	Hasta la fecha, no ha habido fondos del Ministerio de Salud Pública que hayan sido presupuestados, asignados o desembolsados específicamente para las OSC que prestan servicios de VIH a las poblaciones clave. Si bien parece haber voluntad política para hacerlo, esto deberá realizarse primero durante el proceso de planificación presupuestaria, a fin de posibilitar la activación de estos fondos.
2b	¿Existen poblaciones específicas que se ven más afectadas que otras por estas barreras?	No existen razones legales para que las poblaciones específicas, o las OSC que trabajan con ellas, se vean más afectadas por las barreras. Sin embargo, dado que la sociedad conservadora desempeña un fuerte papel, será imprescindible asegurar que las OSC que atienden a poblaciones particularmente impopulares desde el punto de vista político -o social- (especialmente HSH y TRANS) no sean excluidas calladamente de la participación debido a una burocracia desproporcionada o el rechazo de los funcionarios a procesar su documentación.

2c	¿Qué partes están involucradas en estas barreras? ¿Quién debe ser objeto del cambio?	Las entidades gubernamentales que emiten la documentación necesaria para el registro y la habilitación de las OSC para reducir los procedimientos a este respecto; los programas de TB y VIH, para que puedan mejorar sus capacidades de llevar a cabo convocatorias públicas y realizar la supervisión necesaria, y el Centro, para que desarrolle los procedimientos necesarios para la respuesta específica a estas enfermedades; las OSC, para que puedan ser habilitadas tanto por el Centro como por el Ministerio de Salud, así como para mejorar sus capacidades técnicas y hacer incidencia para mantener la voluntad política.
2d	¿Qué debe cambiar para que se eliminen esas barreras?	<p>La tarea principal es reducir o simplificar el proceso de registro de las OSC con el Centro y el Ministerio correspondiente. Para este fin, será necesario que el Centro trabaje estrechamente por lo menos con el Ministerio de Salud Pública de manera que se establezca un proceso mínimamente oneroso. Un proceso de archivo de ventana única sería lo ideal.</p> <p>Además, el Centro deberá desarrollar cierta capacidad para comprender las especificidades de la financiación pública de la sociedad civil en relación con la TB y el VIH. Sin embargo, esto puede hacerse simplemente contratando o capacitando a un miembro designado del personal.</p> <p>CONAVIHSIDA también deberá desarrollar capacidad burocrática para desarrollar programas de TB y VIH que le permitan realizar convocatorias públicas y monitorear la implementación del proyecto. Asimismo, muchas OSC financiadas por el Fondo Mundial deberán desarrollar una considerable capacidad de planificación, ejecución y supervisión de proyectos, y todas las OSC deberán familiarizarse con el proceso de licitación y financiamiento público de la sociedad civil.</p>
2e	¿Qué tipo de asistencia es necesaria para realizar esos cambios? ¿Quién necesita esta asistencia?	<p>Se necesitará asistencia técnica dirigida a tres órganos/grupos diferentes: el Centro, el Ministerio de Salud Pública y la sociedad civil – tal como se describe anteriormente.</p> <p>Para la asistencia de las OSC, debe haber dos vías de asistencia técnica: una que se centre simplemente en desarrollar la familiarización con el sistema de contratación, de manera que las OSC más grandes y más establecidas, como COIN, puedan utilizar su relevante capacidad para solicitar nuevos flujos de financiamiento; y una segunda vía que se centre en desarrollar la capacidad básica de gestión de proyectos de las organizaciones de la sociedad civil más pequeñas y orientadas hacia la comunidad.</p>

3	¿Qué recomendaciones podrían hacerse para mejorar el financiamiento público de la sociedad civil?	
3a	¿Qué cambios concretos se deben hacer?	<p>Proporcionar apoyo técnico como se describe en detalle anteriormente.</p> <p>Además, habrá que realizar un esfuerzo para que las OSC que prestan servicios de TB y VIH inicien el proceso de registro tanto en el Ministerio de Salud Pública como en el Centro. CONAVIHSIDA y CONACO deberán trabajar para definir las actividades que se financiarán y asegurar el apoyo presupuestario para estas actividades.</p>
3b	¿Cuáles podrían ser las motivaciones para que el gobierno realice estos cambios?*	<p>A corto plazo, el país ya no contará con el recurso del FM para la TB y, en un período más largo, el VIH entrará en transición, de modo que para que la respuesta a las enfermedades sea sostenible, el gobierno deberá incluir la respuesta de la comunidad. El gobierno es consciente de estas motivaciones y muestra la voluntad política necesaria.</p>
3c	¿Cuáles podrían ser las motivaciones para que la sociedad civil realice estos cambios?*	<p>De manera similar a las motivaciones del gobierno, tener conciencia del financiamiento limitado de las fuentes externas debería ser suficiente motivación para seguir adelante con estos pasos.</p>
4	<p>¿Qué actividades serán necesarias para implementar los cambios recomendados?</p> <p>¿Cómo se deben priorizar esas actividades?</p> <p>¿Cómo se supervisará y se evaluará el avance?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El trabajo conjunto entre el Centro y el Ministerio de Salud Pública para establecer un mecanismo simplificado de registro de OSC. 2. Definir y presupuestar las actividades y proyectos que serán implementados por las OSC y asegurar las asignaciones presupuestarias del Ministerio de Salud Pública. 3. Capacitar al personal encargado de los programas de TB y VIH en el proceso para el desarrollo de convocatorias públicas del Centro, y supervisar los contratos. 4. Capacitar a las OSC en la navegación del sistema de licitación y contratación. Para algunas OSC, proporcionar capacitación y tutoría adicionales sobre la gestión, diseño y ejecución de proyectos y servicios. 5. Llevar a cabo una ronda de convocatorias públicas piloto y monitorear el proceso. Perfeccionar según sea necesario. 6. Capacitar a las OSC en las estrategias de promoción para asegurar que la voluntad política y el apoyo presupuestario permanezcan estables y se amplíe a nuevos temas y servicios, según sea necesario.
4a	¿Qué actividades se deben priorizar durante el próximo año?	<p>Durante el próximo año se deberá dar prioridad a las Actividades #1 a #3. Dependiendo de la velocidad que tengan estas actividades, la Actividad #4 también podría iniciarse dentro del año.</p>

4b	¿Qué actividades deberán realizarse durante los próximos 1 a 3 años?	La Actividad #3 deberá continuar, y se deberán emprender las Actividades #4 a #6 dentro de los próximos tres años.
4c	¿Qué actividades deberán realizarse durante los próximos 3-6 años?	Es probable que las Actividades #4 y #6 deban repetirse periódica/continuamente mientras continúe habiendo fondos disponibles.
4d	¿Qué actividades necesitarán un plazo más largo (+6 años)?	Todas las actividades deben poder iniciarse dentro de este plazo. Sin embargo, se deberá mantener la voluntad política y el apoyo presupuestario de manera estable, para que la incidencia pueda continuar con regularidad. Además, a medida que las nuevas OSC (o simplemente los nuevos miembros del personal) entren en funcionamiento, es posible que sea necesario apoyar la capacidad de las OSC continuamente, según lo permitan los fondos.

Apéndice 7: Seguimiento Plan Estratégico Respuesta Nacional a la TB – Resultados 2015 y 2016

Tipo Indicador	No	Indicador	Fuente	Línea de base	Meta 2015	Resultado 2015	Alcance en %	Meta 2016	Resultado 2016	Alcance en %
Impacto	1	1-Tasa de Incidencia Estimada OMS/PEN Por 100,000	WHO REPORT 2017	60	56	60	93%	54	60	93%
	2	2-Prevalencia estimada por 100,000	WHO REPORT 2017	73	70	72	97%	68	72	97%
	3	3-Mortalidad estimada por 100,000	WHO REPORT 2017	5.7	5.1	4.7	92%	4.8	5.2	108%
	4	Incidencia de TB-VIH en población general por 100,000	WHO REPORT 2017	16	16	16	100%	15	14	107%
Tipo Indicador	No	Indicador	Fuente	Línea de base	Meta 2015	Resultado 2015	Alcance en %	Meta 2016	Resultado 2016	Alcance en %
Resultado	1	Tasa de notificación de casos en todas sus formas	SIOE	45.5	47.0	47.0	100%	47.0	42	89%
	2	Tasa de detección de casos de TB de todas las formas	SIOE	72%	80%	75%	94%	83%	80%	96%
	3	Índice de éxito de tratamiento en todos los casos nuevos de TB. (Éxito de Tratamiento Cohorte Casos Nuevos bacteriológicamente confirmados BK+)	SIOE	83%	84%	80%	95%	85%	82%	97%
	4	Proporción de perdidos en seguimiento (abandono + transferencias sin confirmar)	SIOE	10%	9%		89%	8%	10%	89%
	5	Tasa de detección de TBDR: Casos notificados de tuberculosis farmacorresistente (resistente a rifampicina y/o TB DR) confirmados	SIOE	30%	45%	45%	100%	50%	63%	126%

		bacteriológicamente como proporción del número de casos estimados de TBDR.								
	6	Tasa Éxito tratamiento TB MDR/RR	SIOE	61%	63%	72%	114%	65%	50%	77%
	7	Proporción TB MDR/RR perdidos en seguimiento	SIOE	22%	20%	20%	100%	18%	28%	(-56%)
	8	Tasa de detección de TB/VIH global	WHO REPORT 2017	50%	50%	50%	100%	55%	55%	100%
	9	Proporción de fallecidos coinfectados TB/VIH durante el tratamiento de TB (letalidad) en cohorte BK+	SIOE	18%	17%	17%	100%	15%	20%	(-33%)
Tipo Indicador	No	Indicador	Fuente	Línea de base	Meta 2015	Resultado 2015	Alcance en %	Meta 2016	Resultado 2016	Alcance en %
Producto y proceso	1	Numero de SR captados totales y desglosado por poblaciones de alto riesgo: personas privadas de libertad, diabetes, nacionales haitianos.	SIOE	76,145	90,690	82,041	90%	95,088	75312	79%
	2	Porcentaje de SR examinados.	SIOE	90%	93%	92%	99%	94%	91%	97%
	3	Número de casos de tuberculosis en todas sus formas notificados. Desglosado por forma y poblaciones de riesgo (Privados de Libertad y nacionales haitianos)	SIOE	Total: 4663, PPL 282 y haitianos 329	Total: 4993, PPL 282 y haitianos 329	Total: 4646 PPL 288 y haitianos 338	93%	Total: 4993, PPL 285 y haitianos 357	Total: 4465 PPL: 216 Migrante: 351	89%
	4	Porcentaje de contactos de casos de TB evaluados.	SIOE	74%	77%	77%	100%	80%	75%	94%
	5	Cobertura de PS a DPL a todos los casos nuevos de TBP	SIOE	9%	33%	33%	100%	50%	30%	60.0%

6	Porcentaje Laboratorios de apoyo diagnostico a la TB sensible y TBDR que muestran un desempeño adecuado en lo que se refiere al aseguramiento externo de la calidad.	SIOE	63%	66%	66%	100%	70%	72%	103%
7	Porcentaje de casos de TB BK+ tratados exitosamente	SIOE	83%	84%	82%	98%	85%	80%	95%
8	Porcentaje de casos de TB MDR que inician tratamiento con DSL.	SIOE	88%	90%	90%	100%	91%	91%	100%
9	Porcentaje de pacientes con TB MDR/RR que son tratados exitosamente.	SIOE	71%	72%	72%	100%	72%	50%	69%
10	Porcentaje acumulado de PVV que acuden a los servicios de atención de VIH y reciben TPI de acuerdo a su condición, entre aquellos que son elegibles.	SIOE	0%	18%	ND		32%	ND	
11	Porcentaje de coinfectados TB/VIH con TMP/SMX.	SIOE	35%	60%	47%	78%	70%	32%	45%
12	Porcentaje de coinfectados TB/VIH en ARV.	SIOE	82%	82%	82%	100%	85%	52%	61%
13	Porcentaje de PVV que son tamizados para TB de acuerdo a la guía de coinfección TB/VIH.	SIOE	ND	20%	ND	ND	35%	ND	ND
14	Porcentaje de casos TB diagnosticados con resultado de prueba de VIH.	SIOE	67%	75%	77%	103%	80%	86%	108%
No	Indicador		Línea de base	Meta 2015	Resultado 2015	Alcance en %	Meta 2016	Resultado 2016	Alcance en %
15	Porcentaje de niños menores de 5 años en contacto con pacientes de tuberculosis BK(+) que empezaron a recibir TPI.	SIOE	61%	70%	70%	100%	75%	59%	79%

	16	Porcentaje acumulado de contactos censados de casos de TB detectados en centros penitenciarios que empezaron a recibir TPI.	SIOE	0%	0%	0%	100%	20%	NA	ND
	17	Proporción de presupuesto para la respuesta nacional a la tuberculosis financiado por fuentes nacionales.	DIGEPRE	85%	85%	85%	100%	85%	85%	100%
	18	Porcentaje de servicios en los que no se ha producido desabastecimiento de medicamentos antituberculosos, reactivos e insumos trazadores el último trimestre	SUGEMI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	19	Número de municipios con Comités Alto a la Tuberculosis (redes programáticas).	SIOE	19%	30%	30%	100%	40%	40%	100%
	20	Porcentaje de casos de TB que son referidos a los servicios de TB en la red pública desde los centros de salud no públicos.	SIOE	7%	7%	7%	100%	8%	1.70%	21%
	21	Proporción de establecimientos que prestan servicios integrales de atención a la TB, cumplen con los estándares de calidad establecidos en las guías.	SIOE	74%	75%	75%	100%	78%	75%	96%
	22	Porcentaje de Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) regionales y provinciales que implementan actividades de control de TB establecidas en planes de control de infecciones.	SIOE	28%	28%	28%	100%	40%	28%	70%

	23	Porcentaje de casos de TB de los que tienen documentación legal que están afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social y/o los programas de protección social y reducción de la pobreza.	SIOE	14%	20%	20%	100%	30%	23%	77%
	24	Número de proyectos pilotos implementados para la introducción de nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento recomendadas por la OMS.	SIOE	0	1	1	100%	1	1	100%
	25	Porcentaje de investigaciones operacionales del PNCT realizadas de las incluidas dentro del plan nacional.	SIOE	100%	100%	100%	100%	100%	100	100%