

Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional **de Salud al VIH** en la **República Dominicana**

Una herramienta política, gerencial y técnica
para avanzar hacia el acceso universal



Organización Panamericana de la Salud
Santo Domingo, República Dominicana.



Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en la República Dominicana

una herramienta política, gerencial y técnica para avanzar hacia el
acceso universal.

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana: Una herramienta política, general y técnica para avanzar hacia el acceso universal.
Washington, D.C.: OPS, © 2008

ISBN 978-92-75-3217-7

I. Título

1. SISTEMAS NACIONALES DE SALUD
2. INFECCIONES POR VIH – epidemiología
3. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – prevención y control
4. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD – Organización y administración
5. ESTRATEGIAS NACIONALES
6. REPÚBLICA DOMINICANA

NLM WC503

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de VIH, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Nota explicativa sobre la moneda de referencia - El sistema de gasto público de la República Dominicana consigna las cifras de ingreso y gasto ejecutado en moneda nacional (RD\$). Para efectos de comparación y análisis, en este informe se presentan la mayoría de las cifras en dólares estadounidenses. Se utilizó el tipo de cambio promedio anual del Banco Central de la República Dominicana, tal y como se especifica a continuación 2003: 29.072; 2004: 41.2463; 2005:29.9965 y 2006: 33.0934

Índice

	Notas de los editores.....	5
	Prefacio	6
	Presentación.....	7
	Abreviaturas	8
	Resumen ejecutivo	10
	Introducción	16
1.	Acerca de la evaluación.....	18
1.1	Alcances de la evaluación.....	18
1.1.1	Objetivo general	18
1.1.2	Objetivos específicos.....	18
1.2	La evaluación desde la perspectiva nacional.....	19
1.3	La evaluación desde la perspectiva de la OPS/OMS y de otras agencias de cooperación	19
1.4	Aspectos conceptuales	19
1.5	Metodología e instrumentos	20
2.	Contexto nacional.....	23
2.1	La situación de la economía y el desarrollo social.....	23
2.2	Situación del sistema de salud.....	24
2.3	Política y reglamentación sobre medicamentos	25
2.4	El aseguramiento de la salud.....	26
2.4.1	Seguro Familiar de Salud	27
3.	Análisis de situación	28
3.1	Magnitud del problema, tendencias y caracterización de la epidemia.....	28
3.2	El futuro de la epidemia del VIH en la República Dominicana	31
3.3	Características de la respuesta del SNS al VIH.....	32
4.	Principales hallazgos de la evaluación.....	35
4.1	Progreso alcanzado, fortalezas y oportunidades.....	35
4.1.1	Expansión acelerada de la cobertura de tratamiento.....	35
4.1.2.	Establecimiento del PNRTV	36
4.1.3.	Infraestructura, recursos humanos y normativa.....	36
4.1.4.	Movilización de recursos financieros.....	37
4.1.5.	Voluntad política para el fortalecimiento de la respuesta del SNS ante el VIH	37
4.1.6.	Sistema de vigilancia epidemiológica consolidado y sistema de información de monitoreo de pacientes en todas las UAI.....	37
4.2	Análisis de brechas en la cobertura y en el financiamiento	38
4.2.1	Brecha de captación de personas con VIH.....	38
4.2.2	Brechas en la cobertura maternoinfantil	40
4.2.3	Costos de atender los casos prevenibles de transmisión maternoinfantil	42
4.2.4	Brecha de financiamiento para el acceso universal.....	45
4.3	Análisis de las funciones del sistema de salud y factores que limitan la implementación de la política.....	49
4.3.1.	Rectoría, conducción y gestión de la respuesta del sistema de salud ante la epidemia de VIH	49
4.3.2.	Rectoría y gerencia estratégica, monitoreo y evaluación de la gestión	52
4.3.3.	Sobre el eje transversal de participación social	53
4.3.4.	Sobre la transversalización del enfoque de género en la respuesta del SNS ante el VIH.....	54
4.3.5.	Regulación	54
4.3.6.	Estigma y discriminación en el SNS.....	55

4.3.7.	Dimensiones de la función de atención a las personas.....	56
4.3.7.1.	Modelo de atención al VIH, redes de servicios públicos y reforma (separación de funciones)	56
4.3.8.	Contenido de la atención integral de las personas con VIH.....	58
4.3.9.	Gestión de antirretrovirales, otros medicamentos e insumos básicos	62
4.3.9.1.	Política farmacéutica	62
4.3.9.2.	Garantía de acceso a tratamiento ARV, IO e ITS.....	63
4.3.9.3.	Legislación y regulación.....	64
4.3.9.4.	Garantía de calidad.....	64
4.3.9.5.	Sistema de suministros.....	65
4.3.9.6.	Uso racional de Antiretrovirales.....	68
4.3.9.7.	Laboratorio.....	69
4.3.9.8.	Sangre segura.....	69
4.3.10.	Salud colectiva en la respuesta ante el VIH: promoción de la salud y prevención de la transmisión sexual del VIH	69
4.4.	Aseguramiento en la respuesta ante el VIH	72
4.5.	Financiamiento y gasto del SNS para la respuesta ante el VIH	73
4.5.1.	El contexto del financiamiento	73
4.5.2.	Fuentes de financiamiento externo	75
4.5.2.1.	Préstamo del Banco Mundial	76
4.5.2.2.	Donación del Fondo Mundial.....	81
4.5.3.	Comentarios sobre algunos de los renglones de gasto ejecutado por COPRESIDA.....	81
4.5.3.1.	Costos de administración/gestión	82
4.5.3.2.	Gasto en habilitación y equipamiento de las Unidades de Atención Integral.....	82
4.5.3.3.	Gastos en medicamentos.....	82
4.5.3.4.	Gastos en personal	84
4.5.4.	Identificación de grupos objetivos.....	84
4.6.	Recursos humanos	84
4.7.	Información estratégica, vigilancia y monitoreo del VIH y de las otras ITS	85
4.8.	Vigilancia epidemiológica del VIH y otras ITS	85
4.9.	Los sistemas de información para el monitoreo de programas y servicios	86
4.9.1.	Hospitales.....	87
4.9.2.	UNAPs.....	87
4.10.	Monitoreo de pacientes en ARV.....	88
4.11.	Monitoreo de la prevención de la transmisión madre hijo (PTMI).....	88
4.12.	Monitoreo de las intervenciones de promoción y de prevención	88
4.13.	El monitoreo de la coinfección VIH/TB.	88
5.	Recomendaciones	89
5.1.	Fortalecimiento de la red de servicios para la atención integral de las personas con VIH	89
5.2.	Redefinición y expansión de las estrategias de prevención y promoción de la salud	90
5.3.	Revisar las políticas de aseguramiento y financiamiento para el acceso universal.....	90
5.4.	Fortalecer la rectoría, conducción y gestión	91
5.4.1.	El fortalecimiento de estas funciones del SNS pasa por un transferencia progresiva de roles y funciones de acuerdo a lo establecido en el proceso de reforma y a las realidades locales.....	91
5.5.	Medicamentos e insumos.....	92
5.6.	Información estratégica para apoyar la gestión y la toma de decisiones (vigilancia, monitoreo y evaluación, y sistemas de información)	93
	Bibliografía consultada.....	94
	Bibliografía general.....	94
	Bibliografía sobre el SNS y la respuesta al VIH de la República Dominicana.....	95

Nota de los Editores

Fecha de la publicación - Esta publicación contiene la versión editada y diagramada del informe del mismo título, cuya versión electrónica fue diseminada en marzo de 2007. Se mantuvo la fidelidad al contenido original. En algunos casos el texto hace referencia a eventos que van a ocurrir en el futuro, pero que en realidad ya habían ocurrido al momento de producirse la versión impresa.

Grafía de los números - En la República Dominicana, a diferencia de otros países de lengua española, los decimales se separan por un punto y no por una coma. La coma se utiliza para separar los millares. En atención a que este documento reporta un estudio producido en y destinado a la República Dominicana, la publicación mantuvo la nomenclatura del país.

Uso del lenguaje - En la respuesta al VIH, el uso del lenguaje es muy importante. La elección de palabras y expresiones puede repercutir positiva o negativamente en la epidemia. En este informe se utiliza el lenguaje recomendado en el documento *"Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS"*. También se tomó en cuenta las recomendaciones de *"UNAIDS Terminology Guide"*, de 2008, del ONUSIDA.

De acuerdo con esas recomendaciones, se evita usar el término VIH/sida. Se prefiere utilizar solamente el acrónimo VIH, excepto para referirse a la "etapa avanzada de la infección por VIH", en cuyo caso se usa la palabra sida. Asimismo sida se escribe en minúscula, pues la Real Academia Española de la Lengua incluyó el término en la 22^a edición de su diccionario, de modo que la palabra ha pasado a formar parte de la lengua vernácula oficial. Para no estigmatizar las personas con VIH, no se usan siglas (PVVS y otras) para hacer referencia a personas que viven con la enfermedad. La reducción de personas a letras o acrónimos les priva de su dignidad.



Prefacio

En los últimos años, la comunidad internacional que participa de la ayuda oficial para el desarrollo ha demostrado inequívocamente su compromiso con el control de la epidemia de VIH y con las personas afectadas por esa enfermedad. Las declaraciones de compromiso político, que tienen su máxima expresión en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, han estado acompañadas de significativos incrementos en la disponibilidad de recursos financieros destinados a la respuesta al VIH. A la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria se suman las donaciones de las agencias de cooperación bilateral y los préstamos de los bancos de desarrollo. En la Región de las Américas, los gobiernos han revisado las prioridades en la asignación del gasto público en salud y, en la medida de lo posible, aumentado progresivamente el financiamiento público para la respuesta al VIH.

En estas circunstancias, los sistemas nacionales de salud se han enfrentado al inusual desafío de gestionar un volumen de recursos sin precedentes. El principal reto que ha tenido la Autoridad Sanitaria Nacional ha sido el de orientar a los múltiples actores involucrados en la ejecución de los recursos, para que éstos se implementen con eficiencia y se produzcan los resultados sanitarios que el avance de la ciencia permite alcanzar. En el proceso, han surgido preocupaciones sobre la calidad del gasto y la habilidad del sistema para manejar una "abundancia" que es transitoria, y, en consecuencia, se hace imprescindible tomar decisiones con una perspectiva de largo plazo con miras a asegurar la sostenibilidad de la respuesta.

La metodología de evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH, que se ofrece en este documento, se sustenta en la premisa general que la asignación y uso de los recursos debe estar orientada por el principio de maximizar la rentabilidad social. En este caso en particular, el criterio de rentabilidad social exige proveer una adecuada atención a las personas con VIH al mismo tiempo que se trabaja intensamente en reducir la velocidad de transmisión del virus.

Este ejercicio se convirtió, de hecho, en la prueba en terreno de un instrumento de carácter regional y, que por lo tanto, tiene el potencial de contribuir a mejorar las condiciones de salud, no sólo de la República Dominicana, sino también de toda la Región de las Américas.

Con la entrega de este instrumento, la Organización renueva su compromiso de continuar apoyando a los Países Miembros en la búsqueda de soluciones efectivas y sostenibles en la respuesta al VIH.

Mirta Roses Periago
Directora
Organización Panamericana de la Salud



Presentación

En República Dominicana desde los años iniciales de la epidemia de SIDA, la Organización Panamericana de la Salud desempeña un papel protagónico en la promoción de la salud, la transmisión de métodos eficaces preventivos, de tratamiento y de atención a las personas viviendo con el VIH.

En este contexto de compromiso y cooperación, y en respuesta a una solicitud del Sr. Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, Dr. Bautista Rojas Gómez, la Organización Panamericana de la Salud asumió el liderazgo en la conducción de esta evaluación externa que se presenta en este documento, la cual contó con la participación de los principales actores y cooperantes del sector salud en el país. La realización de esta cooperación técnica permitió construir una metodología que, mirando al conjunto del Sistema Nacional de Salud, es específica a las circunstancias que se dan en este momento en el manejo de la epidemia de SIDA. El enfoque es el de analizar la calidad del gasto en función de las metas de impacto, más allá de los indicadores de proceso, que suelen orientar el monitoreo y evaluación por parte de las entidades financiadoras. Impregnado todo el proceso del principio de equidad y rentabilidad social.

La OPS valora altamente la voluntad política que expresó la Secretaría de Salud Pública al solicitar la realización de esta evaluación externa, como un instrumento para identificar las fortalezas y debilidades en la respuesta nacional en salud a la problemática del SIDA, para determinar brechas, además de proveer información relevante para el proceso de toma de decisiones. Asimismo, la OPS agradece el esfuerzo, la apropiación de la metodología, la visión estratégica y el carácter marcadamente participativo con que el personal de DIGECITSS y COPRESIDA apoyaron el proceso de evaluación, el cual, indudablemente, provee una riqueza de información para fortalecer los esfuerzos del país en el control de la epidemia.

La OPS quiere dejar expresa constancia, asimismo, de su reconocimiento a todo el equipo técnico de Naciones Unidas, a USAID, y especialmente la evaluación conjunta con UNICEF, así como a las ONGs, asociaciones representativas de la sociedad civil y de personas viviendo con el VIH, que de una u otra forma dieron su tiempo y su experiencia para enriquecer los resultados de este trabajo.

Dra. Ana Cristina Nogueira
Representante de la OPS/OMS
República Dominicana



Abreviaturas

ADPIC	Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio
AIVIH	Atención Integral del VIH (en inglés IMAI, Integrated Management of Adolescent and Adult Illness)
ARV	Antiretrovirales
CBM	Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CNSS	Consejero Nacional de Seguridad Social
CONAPOFA	Consejo Nacional de Población y Familia
COPPFAN	Comisión Presidencial de Política Farmacéutica Nacional
COPRESIDA	Consejo Presidencial para el Sida
DGDF	Dirección General de Drogas y Farmacias
DIGECITSS	Dirección General de Control de ITS y Sida (antiguo PROCETS)
DIGEMIA	Dirección General de Materno Infantil y Adolescencia
DIGPRES	Dirección General de Promoción y Educación para la Salud
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
DR-CAFTA	Tratado de Libre Comercio República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos
DRS	Direcciones Regionales de Salud
ENDESA	Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud
FM	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
IO	Infecciones oportunistas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y evaluación
MCP	Mecanismos de Coordinación de País
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
ONAPLAN	Subsecretaría de Estado de Planificación, dependencia de la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONRF	Organismo Nacional de Reglamentación Farmacéutica
ONUSIDA	Programa Especial de Sida de las Naciones Unidas

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEN	Plan Estratégico Nacional en VIH, Sida y otras ITS
PEP	Profilaxis post exposición
PFN	Política Farmacéutica Nacional
PIB	Producto Interno Bruto
PLANDES	Plan Nacional de Salud
PNRTV	Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical
PNS	Programa Nacional de Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROCETS	Programa Nacional de Control de las ETS y VIH/SIDA (actual DIGECITSS)
PROMESE/CAL	Programa de Medicamentos Esenciales/Central de Apoyo Logístico
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SIAI	Sistema de Información de Atención Integral
SNS	Sistema Nacional de Salud
SRS	Servicios Regionales de Salud
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
UAI	Unidades de Atención Integral
UNAP	Unidades de Atención Primaria
UNDI	Unidad de Desarrollo Institucional
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

IV.

Resumen Ejecutivo

Alcance y propósito

En Respuesta a una solicitud del Secretario de Salud de la República Dominicana, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) asumió la responsabilidad de coordinar una evaluación externa sobre la respuesta del SNS a la epidemia de VIH en el país.

El equipo evaluador estuvo integrado por funcionarios nacionales e internacionales y por varias agencias de cooperación (OPS/OMS –niveles regional y global-, UNICEF, ONUSIDA y USAID). El proceso nacional estuvo bajo el liderazgo político y estratégico del Secretario de Salud Pública y Asistencia Social y la Representante de la OPS/OMS en el país, mientras que la conducción técnica fue realizada por la Dirección General de Control de ITS y Sida (DIGECITSS) y el equipo técnico multidisciplinario de la OPS/OMS y UNICEF.

El proceso, ampliamente participativo, contó con el apoyo del Grupo Temático de las Naciones Unidas y su Secretariado (ONUSIDA), otras agencias internacionales como USAID, varios programas y unidades de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Consejo Presidencial para el Sida (COPRESIDA), organizaciones no gubernamentales y de las redes de personas con VIH.

El equipo evaluador trabajó intensivamente en la recolección de información mediante la revisión de estadísticas y documentos, y la realización de una serie de reuniones con actores clave (usuarios, proveedores, diseñadores de política y tomadores de decisiones de carácter técnico y financiero).

El período de la evaluación parte del año 2003, fecha en la que el país da inicio a una respuesta nacional más integral, y emprende la ejecución de recursos de origen externo.

Este informe reporta los hallazgos del ejercicio, el cual fue conducido en tres etapas: (a) recolección de información y presentación de hallazgos y recomendaciones preliminares (4 – 15 diciembre, 2006), (b) realización de un taller de discusión de los hallazgos y recomendaciones de la evaluación (9 y 10 de marzo, 2007), y (c) desarrollo de un taller para la elaboración de un plan de acción a la luz de los hallazgos de la evaluación (12 y 13 de abril, 2007).

Hallazgos

La evaluación mostró que el país ha alcanzado progresos en los últimos años. Durante el período 2004-2006 se triplicó la cantidad de personas con VIH que fueron captadas por el sistema (de 5,041 en el 2004 a 14,050 en el 2006) y la cantidad de personas con VIH en tratamiento con antirretrovirales (TARGA), aumentó en casi un 500% (de 956 en 2004 a 5,001 en 2006). El número de centros de salud que ofrecen atención integral a las personas con VIH se incrementó de 14 a 46 entre 2004 y 2006, cubriendo la mayor parte del territorio y las grandes ciudades del país. Adicionalmente, se logró incrementar de 22 a 122 los establecimientos de salud que cuentan con recursos capacitados e insumos para las intervenciones del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical (PNRTV).

La capacidad de movilización de recursos financieros externos del país hizo posible todos estos logros. Durante este período fueron ejecutados por el COPRESIDA un préstamo del Banco Mundial (BM), por un monto de US\$25 millones, y una donación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM), por un monto de US\$48.5 millones. A lo anterior se sumaron los recursos financieros y de cooperación técnica de las

agencias internacionales de carácter multilateral y bilateral en el país: USAID, el secretariado de ONUSIDA y las agencias copatrocinadoras (UNICEF, OPS/OMS y UNFPA).

Se ha garantizado la disponibilidad de medicamentos para las personas en TARGA mediante la obtención de medicamentos a precios competitivos. La Fundación Clinton ha sido un actor clave en este importante avance, gracias a negociaciones en las que ha conseguido precios inferiores a los de referencia en la Región de las Américas.

El país cuenta con recursos humanos altamente calificados para la programación y gestión de la respuesta en salud, ha desarrollado su infraestructura y ha asignado recursos humanos para la atención integral al VIH y la prevención de la transmisión. Adicionalmente, cuenta con el diseño de protocolos y normas de atención, y ha capacitado al recurso humano de las Unidades de Atención Integral (UAI) y de los servicios del PNRTV.

No obstante, los logros alcanzados son bajos en relación al volumen de recursos utilizados. La evaluación encontró que el gasto se ha efectuado con una baja efectividad. A pesar de los buenos niveles de rendimiento que señalan las evaluaciones de los financiadores externos (BM y FM), es bueno tener presente que ese rendimiento se mide en función de los indicadores establecidos en el acuerdo correspondiente y no en función de la calidad y costo-efectividad de las intervenciones que se realizan para lograr esos indicadores.

Esta evaluación confirmó hallazgos anteriores que señalan el bajo nivel de desempeño del SNS debido, entre otras razones, a su débil capacidad para asignar y manejar los recursos de una manera conducente a lograr la máxima rentabilidad social. En este caso, los objetivos sociales son atender oportunamente a las personas con VIH y reducir la velocidad de transmisión del virus. Otra de las razones que explican este bajo desempeño es que la respuesta nacional de sistema de salud al VIH ha sido conceptualmente desvinculada de los procesos de reforma. Esto se expresa en un modelo vertical de gestión y atención que es inconsistente con el modelo de atención y con el proceso de separación de funciones propiciadas por la reforma del sector.

También se encontró otra debilidad importante en la función de rectoría de la autoridad sanitaria nacional que compromete la capacidad general del SNS para una respuesta eficiente y efectiva al VIH. Faltan mecanismos y procesos que generen una vinculación sinérgica entre las diferentes instancias. Los resultados de las entrevistas a informantes clave y el análisis de la información obtenida revelan una alta complejidad y confusión en la delimitación de roles y funciones, además de un alto nivel de duplicación de mecanismos y procesos de coordinación y gestión. Esta situación se ve agravada por los requerimientos de los financiadores externos para establecer estructuras organizativas específicas y verticales para el manejo de los fondos.

No obstante, de acuerdo con la legislación y los convenios vigentes, es la máxima autoridad de la SESPAS quien preside todas las instancias llamadas a coordinar. Por lo tanto, existe un gran potencial para que la función de rectoría de la autoridad sanitaria experimente un fortalecimiento acelerado.

A pesar que PROMESE/CAL tiene el mandato por decreto presidencial para la compra de todos los medicamentos del sector público, hasta la fecha no participa en ningún proceso de compra de medicamentos ARV, ni de medicamentos para la terapia preempacada que se usa en ITS, ni para infecciones oportunistas. De igual manera ninguna de las Farmacias del Pueblo dispensa medicamentos para las personas con VIH. Tanto COPRESIDA como DIGECITSS han creado sistemas de suministros paralelos a PROMESE/CAL, desaprovechando toda una infraestructura de gestión de compra, almacenamiento y dispensación en la cual se han invertido múltiples esfuerzos y recursos financieros. De esta forma se puede concluir que el país triplica esfuerzos y destina recursos por tres vías para los mismos fines, pues los medicamentos se distribuyen paralelamente a través de PROMESE/CAL, el almacén Yobel y la DIGECITSS.

Aunque la actual administración prioriza el fortalecimiento de la participación de las organizaciones sociales en el monitoreo y evaluación, y la fiscalización social del funcionamiento de los servicios y programas (veeduría), la evaluación encontró que el tipo de relación que COPRESIDA establece con las organizaciones no gubernamentales, y particularmente con el sistema de contratación de representantes de la comunidad afectada, amenaza el logro real de estas prioridades.

En los últimos años se han reportado numerosos casos de estigma y discriminación contra las personas con VIH de origen haitiano, tanto por parte de otras personas con VIH como de los mismos proveedores de salud. A pesar de que la política de la SESPAS es el no rechazo en los servicios de salud a ninguna persona que lo necesite, el estigma y discriminación es exacerbado para aquellas personas con VIH de origen haitiano. Esta conducta pone en peligro el cumplimiento del compromiso asumido por la autoridad sanitaria para garantizar el acceso equitativo a servicios de calidad. Un abordaje efectivo de esta dimensión del estigma y la discriminación es fundamental para garantizar el avance hacia la meta de acceso universal.

Las brechas existentes en la cobertura de servicios y su financiamiento resultan alarmantes. En la cobertura de los servicios y los resultados de salud se observa una brecha muy alta que puede sintetizarse de la siguiente manera:

- Sólo se protege completamente al 9% de las embarazadas con VIH que han sido estimadas durante el último año.
- Durante el período 2004-2006; 5,101 niños fueron infectados como consecuencia de las oportunidades perdidas en la captación e intervención en el servicio.
- En el año 2006, el sistema logró una captura de sólo el 21% del número estimado de personas con VIH, lo que significa que aproximadamente 51,900 personas con VIH no fueron captadas por el sistema.
- Al 31 de diciembre de 2006, sólo el 49.3% del total estimado de personas con VIH que necesitaban TARGA estaba en tratamiento.
- En el período 2004-2006 se estimó un total de 19,190 muertes por sida, muchas de las cuales pudieron haber sido evitadas si estas personas hubieran sido oportunamente captadas y tenido acceso a TARGA.

En relación a los recursos financieros, la evaluación encontró que el gasto se ejecuta de manera ineficiente y con poca efectividad en su respuesta a la epidemia y en la reducción de la transmisión del virus. Esta baja efectividad del gasto realizado tiene como consecuencia un aumento de las brechas de financiamiento a futuro, como se muestra a continuación:

US\$44.5 millones es el costo neto mínimo que el sistema deberá desembolsar si asume el compromiso de atender, a lo largo de su vida esperada, a los niños que han resultado ser VIH+ como consecuencia de las oportunidades perdidas en el período 2004-2006.

El gasto per cápita, considerando el total de personas con VIH en seguimiento en las Unidades de Atención Integral y el número de embarazadas captadas que recibieron algún grado de atención del PNRTV, subió de US\$605 en el 2004 a US\$986 en el 2006.

La magnitud de la brecha financiera proyectada estará directamente afectada por la capacidad que tenga el sistema para mejorar la calidad del gasto. Si en el año 2007 el sistema mantiene el costo por persona captada observado en el 2006, la brecha financiera para alcanzar el 100% de cobertura en este año sería de US\$52 millones. Esta brecha ascendería a US\$62.8 millones en el 2008 debido al cierre del préstamo del BM y aumentaría a US\$79.8 millones en el 2010 al finalizar la donación del FM.

Si por el contrario, en el 2007 se observa la misma tasa de crecimiento del gasto per cápita del año 2006 (40%), la brecha financiera para lograr el 100% de cobertura subiría a US\$82.7 millones en el año 2007, US\$94.2 millones para el año 2008 y US\$112.2 para el 2010.

La evaluación confirmó la noción de que la problemática del VIH no ha sido totalmente asumida por la sociedad dominicana. La capacidad de respuesta queda limitada por la exclusión explícita de los medicamentos antirretrovirales en el Plan Básico de Salud. Aún más, el reglamento del Seguro Familiar de Salud indica expresamente que este financiamiento es responsabilidad de COPRESIDA y del SESPAS. Como consecuencia de esta política, la garantía de aseguramiento para el VIH queda en absoluta dependencia de la disponibilidad de recursos externos, los mismos que en la actualidad financian a COPRESIDA.

Evaluación

A la luz de este panorama, la autoridad sanitaria de la República Dominicana está llamada a tomar algunas medidas drásticas, conducentes a una utilización más eficiente y efectiva de los recursos financieros disponibles para este problema de salud. Dichas medidas deberían contemplarse en las siguientes esferas:

- La rectoría para el abordaje de la problemática de la epidemia.
- La capacidad de respuesta del sistema de salud y la integración/descentralización progresiva de la atención al VIH en la red de servicios (en coherencia con los procesos de reforma en curso).
- La identificación de las intervenciones más costo-efectivas y sus especificaciones técnicas. Esta información es clave para revisar y modificar la composición del gasto.
- La política de financiamiento y aseguramiento.

Las recomendaciones de esta evaluación abordan propuestas para el corto plazo (2007-2008) y propuestas para el mediano plazo (2007-2011) que podrán ser abordadas por el nuevo PEN (Plan Estratégico Nacional en VIH, Sida y otras ITS 2007-2015), el cual estaba en proceso de elaboración durante el desarrollo de esta evaluación. Dichas recomendaciones fueron analizadas con el equipo nacional y sirvieron de base para un taller de planificación operativa que se llevó a cabo el 12 y 13 de Abril de 2007 en la ciudad de Santo Domingo.

La propuesta del plan operativo fue entregada al SESPAS. Su monitoreo y seguimiento resultan fundamentales para lograr el impacto deseado, teniendo en cuenta la diversidad de instancias con responsabilidad primaria para la implementación de las acciones, y la necesidad de armonizar y/o integrar estas acciones con las propias del proceso de reorganización de la SESPAS para materializar la separación de funciones definida en la reforma del sector.

Para garantizar una colaboración efectiva, se propone el establecimiento de un equipo nacional de coordinación bajo la conducción estratégica del despacho del Secretario de Estado de Salud Pública, que cuente con el apoyo técnico de las siguientes instancias: SESPAS, Subsecretaría de Planificación, Unidad de Desarrollo Institucional (UNDI) y COPRESIDA. Este equipo actuaría como gestor y facilitador en la elaboración del plan de acción 2007-2008, su implementación, monitoreo y evaluación.

Ejes estratégicos

Los ejes estratégicos y prioridades emergentes de las recomendaciones de la evaluación son los siguientes:

Fortalecimiento de la red de servicios para la atención integral a personas con VIH.

Aumentar la captación temprana de personas con VIH.

Incrementar la cobertura de PNRTV: aplicar el principio de tolerancia cero (no puede ser dado de alta un niño de madre con VIH en un establecimiento hospitalario sin haber recibido el beneficio del PNRTV).

Implementar un plan de acción para fortalecer la red pública de prestación de servicios para la atención y prevención del VIH, en el contexto del proceso de separación de funciones en marcha debido a la reforma.

Desarrollar mecanismos de participación y movilización social para la prestación de servicios y veeduría social.

Redefinición y expansión de las estrategias de prevención y promoción de la salud.

Revisar las estrategias y el contenido técnico de las intervenciones de prevención y promoción de la salud, utilizando evidencia y los criterios de costo-efectividad y sostenibilidad administrativa y financiera.

Realizar las gestiones que sean necesarias para eliminar acuerdos existentes entre establecimientos de salud y entidades religiosas, o de cualquier otra índole, que limiten la capacidad de promover e implementar programas de planificación familiar y de promover el uso del condón.

Definir metas de cobertura para el período 2007-2008.

Desarrollar una estrategia operativa para alcanzar estas metas e identificar recursos y definir tiempos.

Fortalecer las UNAP para la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH/ITS.

Desarrollar de mecanismos de participación y movilización social para la promoción y prevención.

Aseguramiento, financiamiento y sostenibilidad para el acceso universal.

- Desarrollar un plan de acción para garantizar el aseguramiento y sostenibilidad de la atención y prevención del VIH. Integración plena del aseguramiento al acceso universal a prevención, atención y tratamiento, manteniendo los criterios de costo-efectividad y sostenibilidad, tal como fue explicitado en la política y en los procesos de reforma del sector salud.

Rectoría, conducción y gestión (transferencia progresiva de roles y funciones de acuerdo a la reforma y a las realidades locales, gerencia estratégica).

- Aumentar la calidad del gasto: revisión de los planes de acción de los diferentes proyectos y readecuación de la inversión según los criterios de costo-efectividad y sostenibilidad.

Tomar medidas inmediatas para armonizar los procesos de reforma en curso y el modelo de atención al VIH/ITS con base en los criterios de costo-efectividad y sostenibilidad:

- Derivar recursos (humanos y financieros) de VIH para mejorar la calidad de la atención materno-infantil y la efectividad del PNRTV.
- Conducir una evaluación técnica y económica sobre la iniciativa de crear unidades de atención a la embarazada con VIH dentro de los servicios de atención materna (al momento de la evaluación, una unidad de estas características está en funcionamiento en la Maternidad La Altagracia). Los resultados de dicha evaluación debieran orientar el proceso de toma de decisiones en cuanto a la conveniencia para el país de replicar o no este modelo.
- Suspender la creación de nuevas UAI en su modalidad actual, y desarrollar un plan de integración de las UAI a la red.
- Articular las UAI existentes con los distintos niveles de la red de servicios, con mecanismos claros de referencia y contrarreferencia. Utilizar la infraestructura y el recurso humano disponible a través de las UAI para facilitar dicho proceso y fortalecer la red de servicios para la atención integral al VIH.
- Implementar una política de tolerancia cero frente al estigma y la discriminación en los establecimientos de salud. Capacitar masivamente al personal de salud de la red de servicios, priorizando las UNAP, servicios de atención materna infantil y servicios a pacientes de mayor riesgo (TB, ITS). Se recomienda el uso de la metodología y los instrumentos del AMIH (IMAI adaptado a la región) para apoyar este proceso.
- Desarrollar estrategias de sensibilización y educación que aborden la falsa percepción de que el VIH en la República Dominicana es un problema "importado al país" por población migrante, y que se informe sobre el rol que juegan los movimientos de población en la transmisión del VIH, tanto dentro de las fronteras como hacia y desde el exterior.

- Consolidar los procesos en marcha para el desarrollo de una estrategia binacional con Haití, que permita optimizar los recursos existentes para garantizar el acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento a la población migrante en la Hispaniola. Un análisis de situación que trate a la Isla en su conjunto resulta fundamental para informar este proceso binacional.
- Fortalecimiento de la capacidad de regulación, auditoría y fiscalización para el ejercicio de la función rectora a nivel nacional y territorial.

Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS en la conducción de la respuesta del SNS.

Utilizar los resultados de la evaluación para fortalecer los procesos en curso de planificación estratégica (PLANDES y PEN) y la planificación operativa (proyectos en curso y en desarrollo).

Desarrollar un plan de acción para la devolución de funciones a las entidades competentes dentro del contexto de la reforma.

Fortalecimiento de la gestión de medicamentos e insumos

- Analizar (el SESPAS conjuntamente con la COPPFAN) la factibilidad de que PROMESE/CAL asuma, en un mediano plazo, la gestión de los medicamentos del DIGECITSS. Una vez definido, desarrollar un plan de acción para el traspaso de las funciones.
- Tomar medidas inmediatas para mejorar la planificación y gestión de suministros: revisar las existencias y adquisiciones realizadas durante el primer semestre de 2007, con el fin de contemplar posibles ajustes en el plan del segundo semestre del año, y elaborar un plan de transferencia, de corto plazo, para el proceso de transición de la Fundación Clinton a un agente de compra internacional, para evitar las brechas que pudieran surgir en el abastecimiento de los fármacos.
- Fortalecer la regulación y el aseguramiento de la calidad de los medicamentos.
- Tomar medidas para minimizar el impacto de los acuerdos sobre Propiedad Intelectual y en particular sobre el acuerdo DR-CAFTA, específicamente en el acceso a los medicamentos para VIH, ITS e infecciones oportunistas.
- Implementar una estrategia de medicamentos genéricos para aumentar la competencia, disminuir los precios y garantizar la sostenibilidad de los tratamientos.
- Desarrollar un plan para la promoción del uso racional de los ARV, ITS y medicamentos para infecciones oportunistas (IO), que incluya la implantación de un Programa Nacional de Farmacovigilancia y el control de la adherencia al tratamiento de forma continua, a través del cuidado integral del paciente.

Información estratégica para apoyar la gestión y la toma de decisiones (vigilancia, monitoreo y evaluación, sistemas de información).

- Fortalecer mecanismos de monitoreo y evaluación para apoyar el uso de información en la gestión y toma de decisiones en todos los niveles del SNS.
- Introducir el análisis de brechas, oportunidades perdidas y costo-efectividad, como parte esencial del monitoreo de las intervenciones en los niveles nacionales, regionales y locales.
- Fortalecer el análisis y uso de la información existente.

Introducción

En julio del 2006, el Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Dr. Bautista Rojas Gómez, solicitó apoyo a la OPS/OMS para conducir una evaluación externa del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS), con la finalidad de “identificar las necesidades de fortalecimiento para mejorar la calidad y ampliar la cobertura de este servicio a nivel nacional”. Con indicaciones específicas de la Directora de la Organización, el Programa Regional y la Representación de la OPS/OMS en el país respondieron a esta solicitud.

En discusiones posteriores entre la OPS/OMS y la SESPAS, se acordó utilizar un abordaje más integral que pudiera trascender la mirada específica de la DIGECITSS y facilitar una mirada sistémica e integral de la respuesta del Sistema Nacional de Salud (SNS) ante la epidemia de VIH.

Este abordaje estuvo fundamentado en la necesidad imperiosa de fortalecer y garantizar la sostenibilidad de los sistemas y servicios de salud, para el logro de la meta de acceso universal a la prevención, atención y tratamiento. Todo esto en el contexto de los procesos nacionales de reforma del sector salud y la redefinición del PLANDES y del PEN.

A pesar de la amplia experiencia acumulada por la OPS/OMS en la evaluación de programas, específicamente con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el Programa de Tuberculosis, la Organización no contaba, en el momento en que le fue expresada esta solicitud, con instrumentos ni metodologías para realizar este tipo de evaluación, ni había realizado evaluaciones recientes en el campo de VIH. Sin embargo, la OPS/OMS había identificado la conducción de ejercicios de este alcance como una de las áreas prioritarias para apoyar la implementación del Plan Regional VIH/ITS 2006-2015. Dentro de la Línea Crítica de Acción 2 (fortalecimiento de los Programas Nacionales de VIH/ITS), la evaluación de programas se considera como un elemento estratégico para el mejoramiento de la capacidad de análisis y planificación estratégica de los PNS.

Fue así como la decisión de las autoridades de salud de la República Dominicana de solicitar la cooperación técnica de la OPS/OMS para realizar una evaluación externa del SNS se constituyó en una oportunidad privilegiada para la Organización en una doble vía:

- La posibilidad de prestar apoyo técnico a uno de los países prioritarios en la Región, en lo que respecta a la situación del VIH.
- La posibilidad de avanzar en la elaboración de una guía regional que pueda servir de referente y ser utilizada por otros países, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta a las necesidades de cooperación técnica de los países. En este sentido la experiencia de la República Dominicana se convierte en un elemento piloto relevante para la República Dominicana, la Región y para el nivel global.

Además, reconociendo la necesidad de un proceso participativo y altamente colaborativo, se identificó esta experiencia como una oportunidad para fortalecer las relaciones de coordinación y colaboración interprogramática e interagencial, tanto a nivel de país como regional y global. En este sentido, y desde el inicio, se contó a nivel regional con la colaboración del Departamento de VIH de la OMS y de la UNICEF. Las contribuciones de UNICEF fueron fundamentales para conocer las experiencias de Guatemala, Honduras y Panamá en el desarrollo de las evaluaciones conjuntas de los programas de prevención de la transmisión materno-infantil (también llamados programas de transmisión vertical), durante el año 2006.

El Programa Regional de la OPS/OMS también contó con la colaboración de otras unidades técnicas para complementar las competencias necesarias que le permitieran tener una mirada de conjunto. A nivel de país, la colaboración interprogramática e interagencial se desarrolló mediante la participación en el proceso de diferentes instancias de coordinación y conducción de la respuesta al VIH, bajo el liderazgo político y estratégico del despacho del Señor Secretario de Salud Pública y la Señora Representante de la OPS/OMS en el país.

La conducción técnica fue realizada por la DIGECITSS y el equipo técnico de la OPS/OMS y UNICEF. El proceso nacional, ampliamente participativo, contó con el apoyo del Grupo Temático de las Naciones Unidas y su Secretariado (ONUSIDA), de otras agencias internacionales como USAID, de varios programas de la SESPAS, de COPRESIDA, de ONG y de las redes de personas con VIH (Anexo 1).

El presente documento contiene los elementos que hacen parte del proceso de evaluación (antecedentes relevantes, alcances, propósitos, marco conceptual y contenidos básicos), así como los hallazgos y recomendaciones de corto y mediano plazo.

Es importante señalar que al momento de edición de este informe, la SESPAS y sus instancias habían iniciado numerosas actividades para facilitar la implementación de las recomendaciones de corto plazo de la evaluación, dentro de ellas, un taller de planificación operativa. Este informe también estuvo a disposición de quienes participaron en el proceso de revisión y reformulación del PEN.

Considerando la limitada experiencia internacional y nacional en la evaluación integral de las respuestas de los sistemas de salud ante el VIH, el ejercicio desarrollado en la República Dominicana se convierte en una referencia regional e internacional.

1.

Acerca de la evaluación

1.1 Alcances de la evaluación

Los procesos de monitoreo y evaluación deben ser partes de un sistema que como un todo se articula y fundamenta en los procesos de decisión. Sin embargo, a diferencia de los procesos de monitoreo, la evaluación se refiere primordialmente a los resultados y al impacto de las políticas, las estrategias y las intervenciones que conforman la respuesta del SNS. Por lo tanto, la evaluación se articula con los procesos de planificación estratégica y de decisiones sobre políticas y estrategias, más que sobre los aspectos más típicamente gerenciales de la gestión de proyectos o programas^{1,2}.

La evaluación que se presenta en este informe se concentró en la caracterización de la epidemia y sus tendencias, y en el análisis de la respuesta que de hecho ha entregado el SNS. Desde el punto de vista del nivel del desempeño del sistema de salud, se siguió un enfoque de costo-efectividad, intentando analizar el nivel y composición del gasto vis-a-vis, los resultados logrados con referencia a lo previsto o esperado. El trabajo se hizo tomando como referencia las metas definidas por el país y aquellas definidas en acuerdos internacionales, de los cuales la República Dominicana es signataria.

Además la evaluación identificó las fortalezas y debilidades, así como las oportunidades y amenazas más relevantes, e identificó los desafíos que deben ser abordados en el proceso de planificación estratégica, actualmente en desarrollo en el país, para alcanzar las metas propuestas.

Para el proceso de evaluación se definieron los siguientes objetivos:

1.1.1 Objetivo general

Analizar la relevancia y adecuación de la respuesta del SNS al VIH/ITS en función de la efectividad, de los recursos asignados, en el logro de las metas nacionales y en el contexto del compromiso hacia el acceso universal para la prevención, atención y tratamiento del VIH.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar las brechas existentes para alcanzar las metas nacionales establecidas.
- Identificar los factores que, en el contexto político y estratégico nacional, limitan la implementación de la política de acceso universal.
- Identificar fortalezas y oportunidades que permitan aumentar de manera acelerada la respuesta efectiva del SNS para reducir las brechas existentes.
- Contribuir al proceso de planificación y gerencia estratégica de la respuesta nacional y a los procesos de armonización y asignación efectiva de recursos.
- Contribuir al fortalecimiento de la rectoría y gestión del SNS para abordar las oportunidades y amenazas derivadas de los procesos de reforma sanitaria y de la Seguridad social con impacto potencial en VIH.
- Proveer recomendaciones de corto y mediano plazo para apoyar la toma de decisiones que permita mejorar los resultados e impacto de la respuesta del SNS ante el VIH en sus diferentes niveles.

¹ Family Health International. Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for program Managers and Decision Makers. 2001.

² Family Health International, IMPACT, USAID. Monitoring HIV Programs. Monitoring and Evaluation. Training Guide. Boston. 2004.

1.2 La evaluación desde la perspectiva nacional

La evaluación externa ha sido una oportunidad de reflexión conjunta entre las autoridades y el personal responsable de conducir y ejecutar las respuestas del sistema de salud al VIH. A pesar de las experiencias y capacidades que aporta la cooperación técnica y del carácter externo de la evaluación solicitada por las autoridades, en la práctica, no se trató realmente de un proceso "externo" a las organizaciones y personas del sistema de salud, sino que formó parte de un proceso esencialmente interno y participativo orientado al fortalecimiento institucional y operativo nacional. El equipo de evaluación externo actuó como facilitador de este proceso y aportó una visión de conjunto, que integró al análisis información de diversas fuentes y las perspectivas y contribuciones de los distintos actores.

Lejos de resultar un acto amenazante la evaluación se convirtió, desde la perspectiva nacional, en una oportunidad para el empoderamiento de los diferentes actores y organizaciones del sistema de salud, y para el fortalecimiento de los procesos de toma de decisión y de planificación del SNS basados en evidencia.

La evaluación es parte de un ejercicio de carácter predominantemente estratégico que apoya la elaboración del PEN y la modificación de los planes operativos, en función de los hallazgos y recomendaciones de corto plazo.

Finalmente, la evaluación ofrece una oportunidad para fortalecer institucionalmente el desarrollo del SNS, entendido éste como el conjunto de organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales y de base social que, bajo la rectoría de la SESPAS, intervienen sobre la situación de salud de las poblaciones (Ley General de Salud 42-01).

1.3 La evaluación desde la perspectiva de la OPS/OMS y de otras agencias de cooperación

La OPS/OMS así como el conjunto de las agencias de las Naciones Unidas, incluyendo el Secretariado del ONUSIDA, reconocen el campo de la evaluación como parte relevante de la cooperación en salud. Otras agencias como USAID comparten la misma perspectiva. En este sentido, la experiencia de la República Dominicana deberá ser aprovechada para el desarrollo de propuestas y metodologías aplicables en otros países interesados y para el fortalecimiento de las capacidades internas y de los procesos de cooperación técnica.

Además constituye una oportunidad para avanzar en el fortalecimiento de redes de personas y organizaciones (comunidades de práctica) interesadas en la evaluación de las respuestas nacionales de salud ante la epidemia de VIH.

La evaluación ofrece información útil para fortalecer y reorientar, con criterio de desarrollo sostenible, la cooperación técnica en salud en la República Dominicana, así como una oportunidad para contribuir con la armonización y mejor desempeño de los procesos de cooperación en salud y en VIH que inciden actualmente en el país.

1.4 Aspectos conceptuales

Las evaluaciones externas de programas nacionales de salud han brindado un gran aporte para su desarrollo y fortalecimiento. La mayor parte de la experiencia en la región de las Américas ha correspondido a los programas nacionales de inmunizaciones³ y a los programas nacionales de tuberculosis^{4, 5} (los primeros desde los años 1980's y los segundos desde los años 1990's).

³ Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Metodología para la evaluación multidisciplinaria del Programa Nacional de Inmunizaciones a nivel de País. Washington. Octubre 2000.

⁴ World Health Organization. Kumaresan J, Luelmo F y Smith I. Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme. Ginebra. 1998.

⁵ Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Guías para Conducir la Evaluación de un Programa Nacional de Tuberculosis. (Versión en español del documento anterior).

En ambos casos se dispone de metodologías que progresivamente han sido mejoradas incorporando la experiencia y que son adaptadas en cada oportunidad al país y las circunstancias específicas de cada evaluación externa. Recientemente UNICEF, OMS y ONUSIDA han desarrollado evaluaciones de los programas de prevención de la transmisión materno-infantil. La revisión de estas experiencias fue de mucha utilidad para la preparación de esta evaluación externa de la respuesta del SNS en la República Dominicana.

Aunque la OPS/OMS y otras agencias han realizado, en diversos países, numerosas evaluaciones de los distintos componentes y proyectos que forman parte de la respuesta nacional al VIH, no se encontraron experiencias de evaluación externa integral de las respuestas de los sistemas nacionales de salud, con excepción de la realizada recientemente en Tailandia⁶. La revisión de esta experiencia resultó, también, de mucha utilidad para los fines de la presente evaluación.

El marco conceptual de referencia para la evaluación se fundamenta en dos categorías de análisis: las funciones del SNS y los componentes técnico-operativos de la respuesta del sistema de salud ante el VIH. Como se ha señalado, esta respuesta del sistema de salud no se limita a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, aunque a ésta le corresponde el rol de rectoría. Más aún, algunas de las tendencias predominantes se orientan hacia la descentralización de los servicios de atención a las personas y a su organización en redes de atención integral, con un grado creciente de autonomía administrativa.

A su vez, estas respuestas en salud se enmarcan en el Plan Estratégico Nacional y forman parte de las respuestas ampliadas que se coordinan en la COPRESIDA con otros sectores públicos y no gubernamentales. Por lo tanto, puede asumirse que la respuesta de salud ante el VIH ocurre en un entorno de complejidad institucional que, a su vez, tiene un carácter de transitoriedad hacia modelos organizativos, de gestión y de atención, aún no definidos totalmente.

A fin de facilitar la clasificación de los componentes de la respuesta del SNS ante el VIH y favorecer que las conclusiones y recomendaciones puedan enmarcarse dentro de los procesos de reforma sanitaria y de la seguridad social en desarrollo en el país, se ha adoptado la estructura de funciones del SNS establecida en el marco jurídico vigente, y que ha sido asumida por el borrador actualizado del PLANDES 06-15. En la Tabla 1 se ilustra como se entrecruzan estas funciones y ejes transversales del SNS con los componentes técnicos-operativos de la respuesta al VIH/ITS.

Esta matriz de responsabilidades y funciones del SNS se consideró en sus expresiones específicas en el campo de la respuesta del SNS ante la epidemia de VIH.

Tomando en cuenta el hecho que la respuesta del SNS se articula en diversas intervenciones y ámbitos, la evaluación incluyó los tres niveles del SNS: nacional, regional y provincial, en establecimientos de diferentes niveles de atención y en las comunidades y poblaciones, de acuerdo a los niveles de agregación definidos por el SNS.

1.5 Metodología e instrumentos

Es importante señalar que el desarrollo de la metodología, guías e instrumentos de la evaluación, se convirtió en una parte integral del proceso. Durante la primera semana, se tomó como base inicial la propuesta hecha por un grupo de consultores de OPS/OMS, ésta se discutió y enriqueció, y luego se finalizaron los instrumentos de recolección de información. Dichas discusiones constituyeron un elemento esencial en la unificación de criterios.

La metodología privilegió un proceso de carácter altamente participativo, involucrando consultores externos, profesionales nacionales de distintas dependencias, gerentes, representantes técnicos de las distintas agencias, ONG y personas con VIH.

⁶ World Health Organization. SEARO/ Ministry of Health. Government of Thailand. External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand. New Delhi. India. Agosto 2005.

Tabla 1: Matriz de funciones del sistema y componentes de la respuesta al VIH

Componentes técnicos-operativos de la respuesta al VIH/ITS.	Funciones del Sistema Nacional de Salud (SNS)				
	Rectoría, gestión y conducción	Atención (Incluye atención integral al adulto, niño/a, adolescente, y PNRTV).	Salud colectiva (Promoción y prevención del VIH y otras ITS).	Aseguramiento	Financiamiento
Recursos Humanos					
Sistema de información y vigilancia epidemiológica					
Participación social					
Enfoque de género					

Se estableció un equipo interdisciplinario e interprogramático con las siguientes áreas de especialización: epidemiología, sistemas y servicios de salud, economía de la salud, infectología, monitoreo y evaluación, planificación y gerencia estratégica, prevención de la transmisión maternoinfantil, salud pública, gestión y política farmacéutica, y recursos humanos.

Para el análisis se realizaron sesiones de discusión por subgrupos: de todo el equipo, del equipo evaluador con los gerentes y tomadores de decisiones, con agencias de cooperación y con mecanismos de coordinación como el MCP. Poco antes de finalizar este informe ya se habían realizado seis sesiones de discusión sobre los resultados preliminares, y una reunión de planificación operativa para facilitar la implementación de los resultados.

Durante la presente evaluación se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección y análisis de datos, así como fuentes secundarias de información. Además se consultó la información disponible en documentos elaborados recientemente por el país y por la cooperación internacional, y se recopilaron y usaron los documentos de monitoreo y de evaluación de proyectos e intervenciones específicas y los análisis de situación que fueron realizados en 2004, 2005 y 2006, a fin de no duplicar los esfuerzos de recolección y de tratar de hacer compatibles con ellos las informaciones que se recolectaron en esta oportunidad.

En este sentido, se identificaron como elementos importantes: las contribuciones de la evaluación del PNRTV, realizada por UNICEF en el 2004; la evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios, realizada por el CDC en el 2006; y las evaluaciones y consultorías llevadas a cabo por la OPS/OMS en el 2006 (evaluación del Programa de Tuberculosis y consultorías en "actividades colaborativas TB/VIH" y en sangre segura).

Esta información fue complementada con entrevistas a informantes clave (se realizaron 20 entrevistas), grupos de discusión (con las ONG, personas con VIH y usuarias de servicios PNRTV), encuestas estructuradas (durante la visita a los establecimientos de salud se realizaron encuestas estructuradas a 24 usuarios y usuarias), análisis FODA, y las siguientes visitas de terreno con entrevistas estructuradas: 8 Direcciones Regionales de Salud (DRS), 11 Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y 4 Áreas de Salud, 18 hospitales, 28 Unidades de Atención Primaria (UNAP), 6 UAI, 11 ONG, y 3 Bateyes.

El tipo de análisis realizado no fue exhaustivo. Se utilizó, siempre que fue posible, una batería mínima de indicadores como “trazadores” de los aspectos más relevantes de cada componente evaluado. Es importante destacar las limitaciones en cuanto a la oportunidad y calidad de la información disponible, particularmente en lo referente a cifras de gasto y al número de pacientes y su distribución en esquemas de primera y segunda línea. Esto dificultó el análisis y evidenció la fragilidad del sistema de información.

Igualmente, es importante señalar que el análisis de las brechas y oportunidades perdidas y, sobre todo, el análisis de los costos de las oportunidades perdidas y brechas de financiamiento, se presentan como ejemplo de los tipos de análisis que deberían realizarse para dar cuenta del desempeño del SNS. La metodología y los criterios tomados en cuenta ameritan ser mejorados en evaluaciones sucesivas, en la medida en que también la disponibilidad de información crítica sea cada vez mayor para realizar estos cálculos (i.e. información de costos de los diferentes elementos que forman parte de las intervenciones, gastos de bolsillo, etc.).

2.

Contexto Nacional

La República Dominicana ocupa dos tercios de la isla de La Hispaniola, la cual comparte con la República de Haití. Es la segunda en tamaño del archipiélago de Las Antillas, en el Mar Caribe. Tiene una superficie territorial de 48,442 km² y su población estimada es de 8.9 millones para el año 2005⁷, el Censo de Población de 2002 reportó 8,562,541 ciudadanos empadronados, el 50.2% del sexo femenino y 49.8% del masculino. La densidad poblacional es de 176.8 habitantes por km², el 64% vive en áreas urbanas. El país está constituido por 31 provincias y el Distrito Nacional.

2.1 La situación de la economía y el desarrollo social

El contexto económico es positivo para enfrentar los desafíos de la epidemia. En efecto, la economía dominicana ha mostrado altas tasas de crecimiento en los últimos años. La expansión del Producto Interno Bruto (PIB), que es una medida del aumento de recursos disponibles, alcanzó durante el 2005 y 2006 tasas de 9.3% y 10.4% respectivamente.

Este crecimiento se ha dado con características prometedoras ya que la información, del Banco Central y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), indica que la fuerza motriz del crecimiento está proviniendo del gasto de inversión y que la expansión se sustenta ampliamente en actividades productoras de bienes y sólo en una proporción menor en las de servicios. Esto ha generado un impacto positivo en el mercado de trabajo el que, por primera vez en los últimos tres años, mostró una reducción en la tasa de desocupación abierta.

La tasa de inflación tradicionalmente considerada un indicador de inequidad, ya que las personas de ingresos más bajos destinan una proporción mucho mayor de su ingreso al consumo, llegó al 5% en el 2006. Un logro importante respecto del año anterior, en el cual alcanzó un valor de 7.44%.

En un comunicado, el Banco Central de la República Dominicana (BCRD) indicó que esta inflación “representa una clara señal de que este flagelo económico se ha logrado controlar durante los últimos dos años, limitándolo a un solo dígito, luego de que se registrara un 52% de inflación en agosto de 2004 y un 29% en diciembre de ese mismo año”.

En el sector del turismo se reportó un incremento del número de visitas (3.9 millones en 2006), hecho que además de traer consigo el positivo efecto de un incremento de divisas, pone de manifiesto la necesidad de reforzar las actividades de prevención en relación al turismo. En otra área relevante a la disponibilidad de recursos para enfrentar la epidemia, la cuenta corriente de la balanza de pagos (que es una medida de la disponibilidad neta de divisas en el país) tuvo un desempeño ligeramente mejor al esperado, como consecuencia del mayor dinamismo de las exportaciones y una factura petrolera menor a la proyectada.

En enero de 2007, el equipo económico del Gobierno reportó al Fondo Monetario Internacional (FMI) que aunque fue posible alcanzar las metas monetarias para el 2006, hubo dificultades en alcanzar los objetivos fiscales, debido a debilidades en algunos ingresos tributarios y a la necesidad de llevar a cabo gastos en sectores prioritarios, especialmente en infraestructura. En el año 2006 la República Dominicana ratificó el tratado de libre comercio con los Estados Unidos (DR-CAFTA). Sujeto a la entrada en vigencia del CAFTA, para el 2007 se proyecta un crecimiento del 6%.

⁷ CELADE/CEPAL. Población total de la región por países y año calendario. Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

En términos de desarrollo social, el crecimiento económico tuvo poco impacto en las áreas de inversión social y desarrollo humano⁸. El porcentaje de pobres en el área urbana se incrementó de 47.9% en 1992 a 66.5% en 1999 (ONAPLAN) y la inversión pública en desarrollo social (educación, salud y asistencia social) se mantuvo en 5% del PIB (PNUD).

El país tiene niveles altos de inequidad en la distribución del ingreso. En el 2002, el 20% más rico recibía el 53% del ingreso bruto, mientras que el 40% más pobre recibía sólo el 14%⁹. En el 2003 ocurrió un fraude bancario que provocó pérdidas del 20% del PIB, el gobierno decidió solventar la deuda de los depositantes y se produjo un déficit cuasi fiscal, la inflación fue de 42.7% y el país enfrentó una crisis económica y social que afectó al turismo, zonas francas y construcciones, todos considerados ejes dinámicos de la actividad económica de la República Dominicana. El PIB registró una reducción de 0.4%.

El PIB varió entre 21,714.6 (millones de US\$) en el 2002 y 29,333.2 en el 2005. El gasto público social ha sido tradicionalmente bajo, llegando a 6.8% del PIB en el año 2003. El gasto público en salud alcanzó el 1.9% del PIB en el 2002, y decreció a 1.7% en el 2003 y 1.2% en el 2004. Para el 2006, la Unidad de Cuentas en Salud de la SESPAS estima que será de 1.9%. Esto explica el alto gasto de bolsillo (66%) que conllevan los servicios de salud (Banco Central e Informe Nacional de Desarrollo Humano).

La población que en el 2000 vivía en pobreza era de 54% y en pobreza extrema de 28%. Esta situación empeoró en el 2003 al aumentar la pobreza a 62% y la pobreza extrema a 33%. El país presenta una situación de pobreza altamente heterogénea: en términos absolutos, y según datos de ONAPLAN del año 2002, existe una concentración de mayor número de hogares y personas viviendo en pobreza en las provincias de Santo Domingo, Santiago, San Cristóbal y el Distrito Nacional. En términos porcentuales, las provincias con mayor pobreza son Elías Piña (82.4%), Bahoruco (75.6%), Monte Plata (73.3%), San Juan (70.4), Independencia (70.2%) y el Seibo (70.2%).

En el 2003, el desempleo representó el 17% de la población económicamente activa (PEA) y se incrementó a 18.4% en el 2004 y 17.9% en el 2005¹⁰. El salario a paridad del trabajo es en promedio y con respecto a la mujer un 30% inferior al del hombre, en algunos casos es hasta un 41% inferior tal y como ocurre en los sectores de zonas francas y turismo¹¹, lo anterior a pesar de que el nivel educativo de la mujer es superior (ENDESA).

Según informó el PNUD, por cada 1% de crecimiento del PIB el empleo creció en 0.65% entre 1991 y 2003. En el 2005 el PIB creció un 9.3%, pero la generación de empleo fue baja, de calidad deficiente, sin protección social y con salarios reducidos (Banco Central).

Entre 1996 y 2002, el analfabetismo en la población de 10 años o más se redujo de 15% a 13%, disminuyó menos en las mujeres (12%) que en los hombres (13%) y fue mayor en el área rural (19%) que en la urbana (9.5%). La proporción de personas sin educación básica se redujo de un 20% a un 10%, y la educación secundaria o universitaria se incrementó de 25% a 30%. El 50% de los niños que ingresan al primer grado alcanzan a completar sólo 4 años de educación primaria, un 22% terminan el ciclo de 8 años, y sólo el 10% finaliza la secundaria (Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2005). Un factor contribuyente a la deserción es el embarazo en adolescentes, el 19% de todas las adolescentes ha tenido hijos y un 23% ha estado embarazada alguna vez¹².

2.2 Situación del sistema de salud

La República Dominicana forma parte de los 191 países que firmaron la Declaración del Milenio en el año 2000, asumiendo así el compromiso de abordar integralmente las necesidades esenciales de la población, fomentar el desarrollo equitativo y sustentable y la defensa de los principios y valores fundamentales en el marco de los derechos humanos para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

⁸ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, República Dominicana, 2005.

⁹ UNICEF. Informe Mundial de la Infancia 2005.

¹⁰ Banco Central de la República Dominicana. Encuesta Nacional de Fuerza de trabajo. Disponible en: http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/Mercado_de_Trabajo/tasa_desocupacion_anual.xls

¹¹ Banco Central de República Dominicana. Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo.

¹² CESDEM, SESPAS, CERSS, USAID, MACRO. Encuesta Demográfica y de Salud 2002. Santo Domingo, Octubre 2002

En el año 2001 se aprobaron dos importantes leyes que marcan la nueva dirección del SNS: la Ley General de Salud (No. 42-01) y la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. La Ley General de Salud dictamina la separación de las funciones de provisión de servicios, rectoría, y financiamiento del sistema; crea el Consejo Nacional de Salud como órgano de concertación nacional en salud; y sienta las bases para reglamentar los aspectos de la salud pública y de los riesgos a la salud. Esta ley entrega a la SESPAS la responsabilidad de la formulación de las políticas, planes decenales nacionales de salud, la regulación y conducción sectorial, la vigilancia y desarrollo de la salud colectiva y el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.

El bajo gasto público en salud y la falta de seguridad financiera del sistema generaron un alto gasto de bolsillo (aproximadamente 66% del gasto total), y en consecuencia una mayor exclusión. En el 2002, el 50.8% de quienes consultaron ambulatoriamente y el 58.8% de los internados, tuvieron que pagar de su bolsillo el 100% de los costos, lo que significó en promedio US\$29.05 por consulta y US\$197.35 por hospitalización.

La adecuada implementación de las leyes debiera reducir el impacto de la carga de la enfermedad en la economía de las familias pobres y de la población en general. Diversos sectores coinciden en la necesidad de revisar y ajustar estas leyes para que su articulado no contradiga los principios rectores, garantice a los usuarios la libre elección de aseguradora y de proveedor, permita el financiamiento solidario entre regímenes, logre mayor participación del ciudadano, reduzca la segmentación y garantice el financiamiento, y disminuya la fragmentación en la provisión y los altos costos de intermediación.

La SESPAS, que ha desempeñado simultáneamente las funciones de proveedor y rector operando la mayor red de atención y programas de salud, tiene la responsabilidad de ajustar su estructura orgánica en razón de las nuevas funciones.

Al momento de la evaluación, la SESPAS se encontraba en el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES 06-15)¹³. Este esfuerzo, iniciado en el 2004 y retomado en el 2006, tiene como objetivo general el desarrollo del SNS y del Seguro Familiar de Salud con carácter universal y asume como funciones básicas del SNS: la rectoría, la atención a las personas, la salud colectiva, el aseguramiento universal y el financiamiento (tal y como están definidos en la Ley 42-01), además de cuatro objetivos estratégicos transversales: recursos humanos, sistemas de información gerencial y epidemiológicos, transversalización del enfoque de género, y participación social.

2.3 Política y reglamentación sobre medicamentos

En el área de medicamentos el país ha desarrollado una amplia base política y de regulación, y cuenta con algunas estructuras que le permiten desarrollar un buen sistema farmacéutico. Entre los principales avances se destacan:

La creación de la Comisión Presidencial de Política Farmacéutica responsable de elaborar una política que regule al sector farmacéutico nacional, y de establecer una estrategia que permita que todos los actores, que inciden en el sector farmacéutico, interpongan sus mayores esfuerzos para que la población dominicana reciba medicamentos esenciales y/o genéricos de buena calidad, eficaces, y a precios accesibles para todos.

La Formulación de la Política Farmacéutica Nacional (PFN), en el año 2005, plantea dentro de sus objetivos asegurar el acceso a los medicamentos y productos sanitarios a toda la población de la República Dominicana, con énfasis en los medicamentos esenciales de interés para la salud pública y para el Seguro Familiar de Salud.

Con respecto a la regulación, se ha definido que la Dirección General de Drogas y Farmacias (DGDF) es la dependencia de la SESPAS responsable de establecer y hacer cumplir la normativa sanitaria en materia de medicamentos, tanto para el sector público como el privado.

¹³ SESPAS, CERSS, INTEC.- Plan Decenal de Salud 2006-2015 (Borrador actualizado para consulta ampliada). Santo Domingo. Noviembre 2006

En cuanto al control de calidad, en el año 2000 se inició la reconstrucción y equipamiento del Laboratorio Nacional de Salud Pública, así como la capacitación de su recurso humano. Actualmente se desarrolla un proceso para la certificación del Laboratorio por la 17025 (la principal norma usada para certificar laboratorios de análisis o calibración) y para su precalificación por la OMS como laboratorio de referencia para el control de la calidad de medicamentos.

Se disponen de Normas de Buenas Prácticas de Manufactura Farmacéutica que soportan la actuación de la DGDF en la supervisión de las industrias de origen nacional y de capital extranjero. Sus objetivos son garantizar la calidad de los productos farmacéuticos elaborados en el país, velar por el cumplimiento de estas normativas y ofrecer asesoría a la industria en los casos procedentes.

La gestión de suministros es responsabilidad de la Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL), la cual ha sido fortalecida a partir del año 2000. Su ámbito de actuación ha sido extendido a todas las instituciones estatales del sector salud, del sistema de seguridad social y de las Fuerzas Armadas.

A partir del año 2005, el país se adhirió al Fondo de Insumos Estratégicos, un mecanismo creado por la OPS para prestar asistencia técnica y comprar medicamentos esenciales y otros insumos estratégicos para salud pública a nombre de los países. Los medicamentos para VIH e infecciones oportunistas así como los reactivos de diagnóstico de CD4 y carga viral, hacen parte de la lista de medicamentos que adquiere el Fondo.

En la mayoría de los hospitales de la SESPAS, no importa el nivel, funciona una botica popular (farmacia del pueblo) que depende organizativa y funcionalmente de PROMESE/CAL.

En relación con los procesos de gestión de los medicamentos, se atiende la legislación general que tiene el país para la circulación de medicamentos (Decreto 246-06, modificado por el Decreto 625-06) y para las compras del sector público (Ley 340 -06 sobre compras, contrataciones de bienes, servicios, obras y concesiones, modificada por la Ley 449-06).

A partir de 1984, y con base en las recomendaciones de la OMS, se elaboró la primera lista básica denominada Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales (CBM). En 1993 se oficializó la Comisión Nacional de Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales adscrita a la SESPAS, como encargada de la selección de los medicamentos esenciales. La última versión del CBM (junio de 2005) incluye 468 fármacos y 871 formas terapéuticas para uso nacional y diferentes niveles de atención, primaria y especializada.

En el 2005, la SESPAS creó el Centro de Información de Medicamentos como un órgano técnico científico que tiene la responsabilidad de apoyar la elaboración y difusión de información objetiva del medicamento, tanto para los profesionales de la salud como para el público.

2.4 El aseguramiento de la salud

La Ley 87-01 del 11 de mayo del año 2001, crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) como entidad responsable del aseguramiento, cuyo desarrollo es conducido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)^{14,15}. Esta ley establece las fuentes y los mecanismos de financiamiento para la atención en el SNS, basado en la contribución prepagada y obligatoria según capacidad de pago y condición laboral, incluyendo la garantía del aseguramiento de la población pobre e indigente por parte del Estado.

Además introduce el Seguro Familiar de Salud (SFS) de carácter obligatorio y universal, que contiene el Plan Básico de Salud, válido para los tres regímenes establecidos (contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado).

La ley establece que todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional tienen derecho a ser afiliados. El SDSS se organiza en base a la especialización y separación de las funciones. La

¹⁴ Secretaría de Estado de Trabajo. Ley 87-01. Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo 2002.

¹⁵ Secretaría de Estado de Salud Pública. Ley General de Salud 42-01. Santo Domingo 2001.

dirección, regulación, financiamiento y supervisión corresponden exclusivamente al Estado y son inalienables, en tanto que las funciones de administración de riesgos y prestación de servicios están a cargo de las entidades públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas por la institución pública competente.

En lo que se refiere a protección en salud, todos los beneficiarios están cubiertos por el Seguro Familiar de Salud y la misma cobertura tiene el Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia; en tanto que el Seguro de Riesgos Laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales está disponible sólo para los participantes del Régimen Contributivo.

2.4.1 Seguro Familiar de Salud

La Ley que lo crea establece que el SFS tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema.

En términos de riesgo cubre la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No incluye los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por la Ley sobre el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor y por el Seguro de Riesgos Laborales.

Los beneficiarios tienen acceso a un Plan Básico de salud, que el SDSS garantiza en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca. Este plan es de carácter integral y está compuesto por los siguientes servicios (según el listado de prestaciones determinado por el CNSS):

- Promoción de la salud y medicina preventiva.
- Atención primaria de salud que incluye emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno-infantil y prestación farmacéutica ambulatoria.
- Atención especializada y tratamientos complejos por referencia desde la atención primaria, incluyendo atención de emergencia, asistencia ambulatoria por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica.
- Exámenes de diagnósticos tanto biomédicos como radiológicos, siempre que sean indicados por un profesional autorizado.
- Atención odontológica pediátrica y preventiva, según el listado de prestaciones determinado por el CNSS.
- Fisioterapia y rehabilitación cuando sean prescritas por un médico especialista y según los criterios determinados por el CNSS.
- Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis médica y asistencia técnica a discapacitados.
- El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) ha aprobado un catálogo detallado con los servicios que cubre el plan básico de salud y con exclusiones explícitas. El TARGA se encuentra en la lista de exclusiones.

3.

Análisis de situación

3.1 Magnitud del problema, tendencias y caracterización de la epidemia

El análisis de la información de los sistemas de vigilancia epidemiológica y otras fuentes disponibles en el país, permite observar que aunque existe una relativa estabilización en la tendencia del VIH en los últimos diez años, ha aumentado a más de 1% en el sistema de vigilancia centinela en las mujeres embarazadas (1.5% en el 2004 y 2.3% en el 2005). Los principales mecanismos de transmisión y su evolución estuvieron basados sobre tendencias dinámicas hasta el 2002. Se confirma el predominio de la transmisión sexual.

Los datos aportados por el sistema de vigilancia del VIH en la República Dominicana permiten caracterizar la epidemia por estar expandida en todos los niveles de la sociedad, con cierta tendencia general decreciente desde hace diez años en las trabajadoras sexuales, pero con falta de datos en los últimos cinco años.

Aunque desde el punto de vista de categorización de la epidemia, puede considerarse generalizada por observarse prevalencias mayores del 1% en las mujeres embarazadas, todavía los grupos vulnerables o con comportamiento de alto riesgo juegan un papel importante en la transmisión del VIH. Los factores determinantes que tienen un rol fundamental en la transmisión del VIH en los grupos vulnerables o con comportamientos de alto riesgo son tres:

- El nivel de la infección en estas poblaciones, con tasas superiores de prevalencia observadas en las mujeres embarazadas.
- El tamaño de estas poblaciones, las cuales pueden oscilar entre varios miles de personas en grupos como el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) hasta cientos de miles como en el caso de los migrantes.
- La interacción entre estos grupos de población y la población general que tiene menor riesgo de infección, como por ejemplo el hecho de que la mayoría de los HSH afirman tener relaciones sexuales con mujeres.

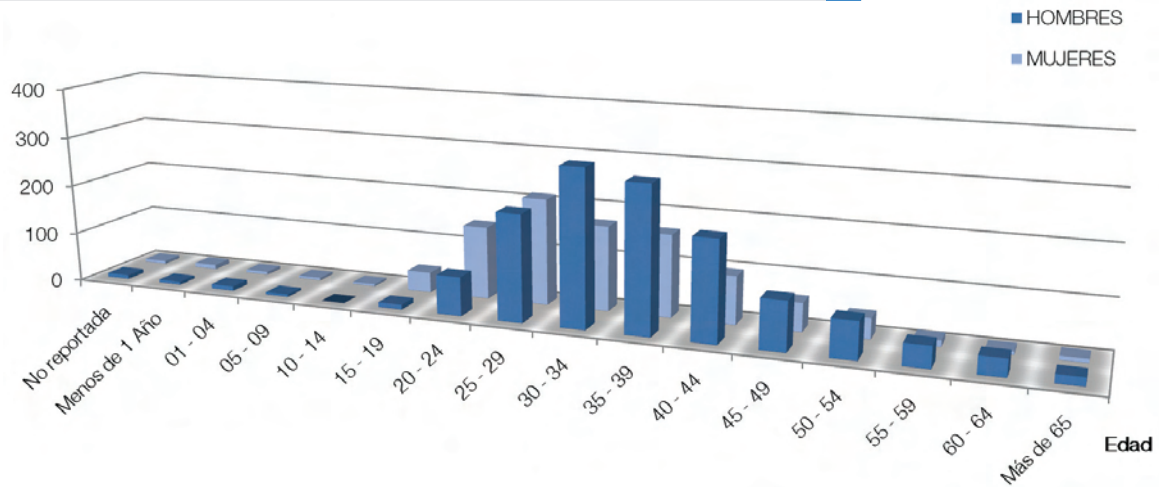
El foco de la epidemia del sida en la República Dominicana se ha estado trasladando más y más hacia la población de mujeres jóvenes de 15 a 30 años de edad, segmento que coincide con los años de mayor actividad reproductiva de las mujeres (Gráfica 1). Aunque pudiera argumentarse que quizás el predominio del sexo femenino en casos de sida de 15 a 24 años se deban a un mayor tamizaje en estos grupos, las evidencias de la vigilancia centinela también apuntan hacia una acelerada "feminización" de la epidemia del VIH en edades de 15 a 24 años en comparación a edades de 25 a 49 años (Gráfica 2).

Entre los 10 puestos centinela incluidos en el 2005 se pusieron en evidencia grandes disparidades geográficas, donde las tres tasas de prevalencia más elevadas en el grupo de embarazadas de 15 a 24 años fueron:

- 4.2% en el Subcentro de Boca Chica: se registró una cifra mayor en embarazadas de 15 a 24 años que la cifra de 25 a 49 años (4.0%).
- 4.0% en el Hospital Nuestra Sra. de la Altagracia: en este puesto centinela la cifra fue mayor en embarazadas de 25 a 49 años (5.4%).
- 2.8% en el Hospital Francisco Gonzalvo: se registró la misma cifra en embarazadas de 15 a 24 años que en el grupo de 25 a 49 años (2.8%).

Gráfica 1:

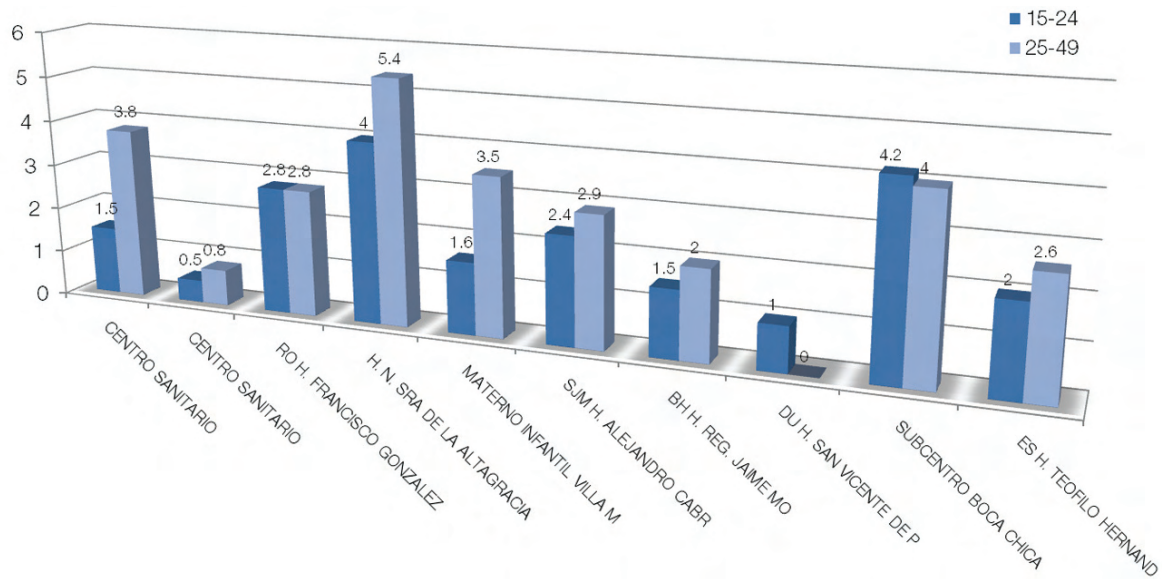
Casos SIDA Notificados Según Edad Y Sexo, Período 1998-2002, República Dominicana.



Fuente: "VIH/SIDA: Situación Actual", por Adela Ramírez, DIGECITSS/SESPAS, Octubre 2006

Gráfica 2:

Prevalencia del VIH según grupos de edad por puestos centinela en embarazadas 2005



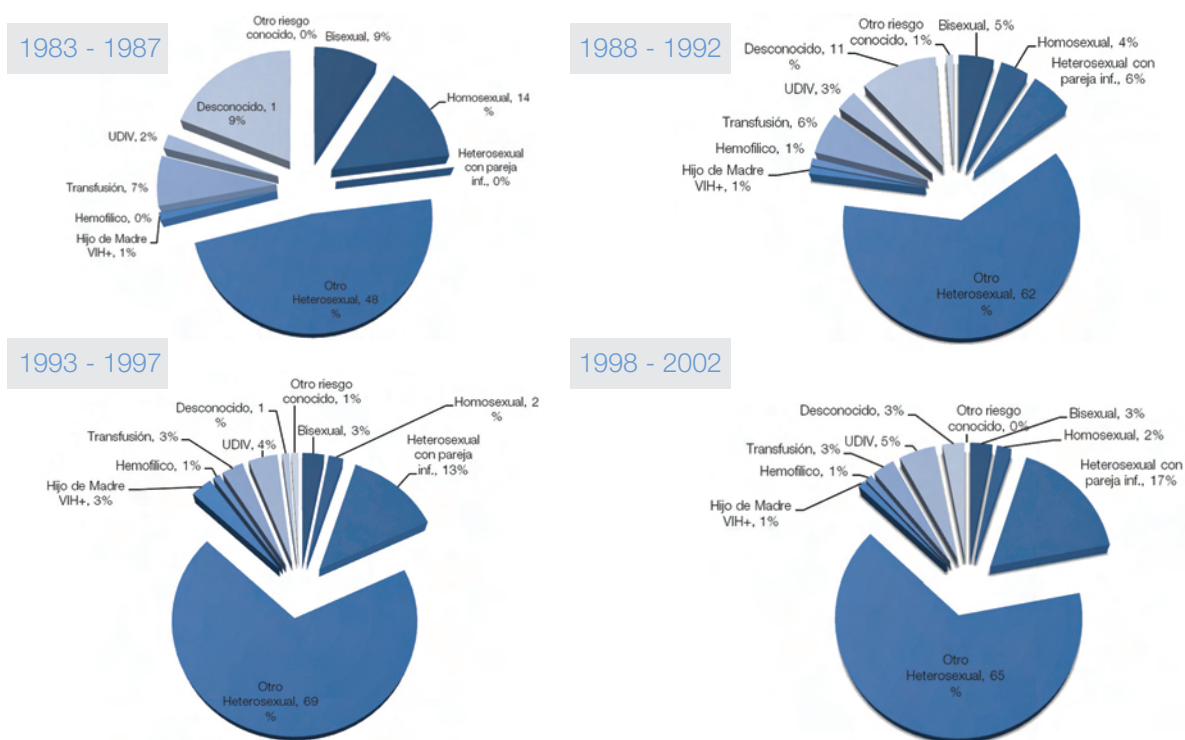
Fuente: "VIH/SIDA: Situación Actual", por Adela Ramírez, DIGECITSS/SESPAS, Octubre 2006

La prevalencia de la infección de VIH en el grupo de embarazadas de 15 a 24 años podría interpretarse como un acercamiento aproximado a una tasa de incidencia (nuevos casos), considerando que la prevalencia de VIH en menores de 15 años es mínima y descontando la mortalidad durante las edades de 15 a 25 años, debido a que es muy baja. Por otro lado, la prevalencia de VIH en embarazadas de 25 a 49 años podría interpretarse como un acercamiento aproximado a la sumatoria de la prevalencia en menores de 25 años más la incidencia de nuevos casos de 25 a 49 años, descontándose la mortalidad durante las edades de 25 a 49 años.

Dentro de esta perspectiva, los datos de vigilancia centinela y los casos de sida notificados por sexo y edad, señalan elementos epidemiológicos fundamentados en las evidencias disponibles, que permiten afirmar que hay mayor transmisión del VIH en el sexo femenino y entre los adolescentes y jóvenes, cuyo riesgo probablemente empieza en la preadolescencia.

Otras evidencias inquietantes sobre la dinámica de la epidemia VIH/ITS en la República Dominicana, se derivan del análisis de la distribución de casos de sida notificados por el factor de riesgo a través del tiempo (Gráfica 3). Aunque la transmisión sexual ha predominado, es también preocupante el incremento de la proporción de casos de sida vinculados con el uso de drogas inyectables (UDI), el cual pasa de un 2% de los casos de sida al inicio de la epidemia a un 5% en el quinquenio 1998-2002. En este quinquenio, UDI supera los casos con factor de riesgo bisexual (3%) y homosexual (2%). Este factor de riesgo tiene el potencial de incrementar aceleradamente el riesgo de infección entre adolescentes y jóvenes de ambos sexos, y por ende agravar la situación de la transmisión maternoinfantil del VIH/ITS en el país.

Gráfica 3:
Casos SIDA según factor de riesgo por quinquenio.



Fuente: "VIH/SIDA: Situación Actual", por Adela Ramírez, DIGECITSS/SESPAS, Octubre 2006

También persisten cifras de prevalencia inaceptables vinculadas con transfusiones de sangre (3%) y entre hemofílicos (1%). Aunque una parte de los casos de sida vinculados a transfusiones y casos en hemofílicos pudieran haberse causado muchos años atrás, existe la posibilidad de casos infectados más recientemente, lo cual pudiera estar indicando deficiencias en la aplicación de medidas básicas de control en bancos de sangre y en el comercio de hemoderivados.

Es sumamente importante recordar que la situación del VIH/ITS descrita anteriormente con los datos disponibles, puede representar apenas "la punta del iceberg". Hay que tener en cuenta que tales cifras no reflejan la situación de grupos de población que se toman "invisibles" porque no tienen acceso a la red de servicios de salud. Sólo entran a las estadísticas las personas que tienen acceso a servicios donde se detectan y notifican casos de sida y de donde se obtienen los datos de vigilancia centinela.

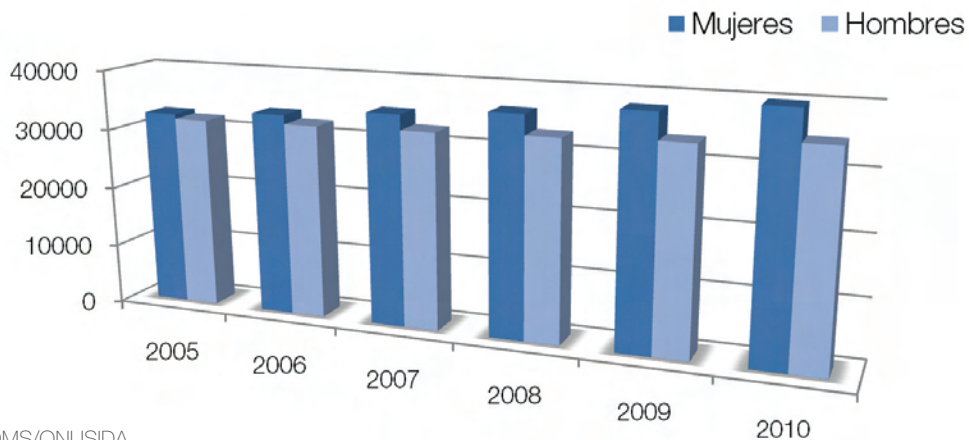
Finalmente, no basta saber que existe un elevado riesgo de VIH/ITS en niñas preadolescentes, adolescentes y jóvenes. Es necesario conocer las características de su transmisión y las dinámicas e interacciones entre actores en los escenarios de riesgo para, con base en ello, establecer intervenciones efectivas que tengan impacto sobre el problema. ENDESA ha contribuido a ampliar el conocimiento sobre este tema con estudios de conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes, y en general en la población adulta. La información disponible puede permitir el análisis de los determinantes socioeconómicos y factores relacionados con la transmisión del VIH/ITS. La realización de este tipo de análisis sería recomendable en un futuro cercano.

3.2 El futuro de la epidemia del VIH en la República Dominicana

Con cierto grado de incertidumbre, las proyecciones indican que la epidemia del VIH continuará creciendo en los próximos cinco años. Con los datos existentes actualmente, se estima que la población total de VIH puede aumentar en aproximadamente 11,000 nuevos casos (de 64,000 en el 2005 a 75,000 en el 2010), esto corresponde a 2,000 ó 3,000 nuevos casos por año durante el periodo 2005-2010 (OMS-ONUSIDA). Dichas estimaciones y proyecciones serán revisadas en el 2007 con los métodos e instrumentos actualizados por ONUSIDA y OMS. Estas mismas proyecciones indican que en la República Dominicana la epidemia va a afectar más a las mujeres que a los hombres, como lo muestra la Gráfica 4.

Gráfica 4:

Estimación de la población de VIH, Período 2005 - 2010
República Dominicana



Fuente: OMS/ONUSIDA

3.3 Características de la respuesta del SNS al VIH

En la República Dominicana hay una larga experiencia acumulada e importantes capacidades desarrolladas, tanto en el sector público como en el no gubernamental y en las organizaciones de base social, que de acuerdo a la Ley 42-01 conforman el SNS. En esta larga experiencia, de más de 25 años, hay varios elementos a destacar.

La SESPAS estableció el Programa Nacional de Control de las ETS y VIH/SIDA (PROCETS), a fines de los años 80s, a raíz del primer caso de sida detectado en 1983.

A partir del año de 1986, cuando se formuló la primera estrategia mundial del Programa Global, y como respuesta al movimiento internacional promovido por la OMS, se estableció el Consejo Nacional del Sida (CONASIDA), entidad que bajo el liderazgo de la SESPAS fue definida como un mecanismo para apoyar la lucha nacional contra la epidemia. Bajo esta coordinación, que incluyó representantes de distintos sectores y organizaciones no gubernamentales, se elaboraron los primeros planes estratégicos que contaron con el apoyo del Programa Global de Sida de la OMS/OPS (GPA) y otras agencias (multilaterales y bilaterales), particularmente USAID.

En los primeros 10 años de su desarrollo, el PROCETS sentó las bases para las acciones de vigilancia epidemiológica, intervenciones de promoción y prevención con base poblacional (priorizando en ese momento grupos de mayor riesgo como las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres) e intervenciones para la garantía de sangre segura y para la atención integral a personas afectadas por la enfermedad (definida como la prestación de servicios de apoyo emocional, consejería, tratamiento de infecciones oportunistas y tratamiento paliativo, debido a que hasta ese momento no se contaba con medicamentos ARV).

El Programa produjo un importante cúmulo de información y conocimientos que han servido de base para los períodos posteriores y contribuyó altamente a desarrollar una masa crítica de investigadores y de líderes sociales que, en su conjunto, han sido determinantes en el posterior desarrollo de las respuestas ante la epidemia en diferentes campos y sectores. Varios de los proyectos focalizados en poblaciones de mayor riesgo, inicialmente implementados por el programa, fueron luego asumidos en su totalidad por organizaciones no gubernamentales.

En este contexto el país aprobó la Ley sobre sida en el año de 1993 (Ley 55-93), actualmente en revisión en el Congreso de la República, y se desarrollaron las iniciativas concretadas en la formulación del Plan Estratégico Nacional 2000-2003. Frente a la evolución que representaba la epidemia, el PROCETS se convirtió en la Dirección General para el Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS).

La Ley de Sida 55/93 establece la obligatoriedad de las instituciones a prestar servicios de atención integral de acuerdo a las necesidades de las personas con VIH (la definición vigente de atención integral en el país incluye TARGA). El Artículo 18 de la ley establece que la SESPAS es responsable de elaborar un listado de los medicamentos y/o vacunas que han demostrado efectividad en el tratamiento de la infección por VIH para que queden exonerados del pago de impuestos aduanales.

El Plan Estratégico Nacional 2000 – 2003¹⁶ se estructuró en tres Áreas Estratégicas:

- Políticas, toma de decisiones y movilización social (incluyendo acciones sobre el marco legal, la movilización social y la vigilancia epidemiológica).
- Prevención (Laboratorio y Bancos de Sangre, IEC para cambio de comportamiento en grupos de riesgo, promoción de uso de condones, control de ITS y PTMI).

¹⁶ Consejo Nacional del Sida (CONASIDA), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Programa de Control y Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Sida (PROCETS). Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2000-2003. Santo Domingo, 2000.

- Atención de personas con VIH (capacitación de personal, desarrollo de consejería pre y post prueba, atención integral y medicamentos, redes y grupos de apoyo).

El PEN 2000-2003 respondía a las principales necesidades y posibilidades de la época. Entre sus aportes hay que destacar la inclusión por primera vez de TARGA en la atención integral y del uso profiláctico de los ARV, el desarrollo de protocolos sobre la PTMI, la generalización de las pruebas voluntarias con consejería en grupos de riesgo, y el fomento de la participación de sectores no gubernamentales en la respuesta del sistema de salud.

En este período ocurrieron dos hechos de gran impacto para la respuesta del SNS a la epidemia:

- La creación, en el año 2001, del Consejo Presidencial para el Sida (Decreto Presidencial 32-01) estimulado por los movimientos internacionales, que liderados por ONUSIDA, promovieron las “respuestas ampliadas” ante la epidemia. Este Consejo, presidido por el Secretario de Estado de Salud Pública pero de carácter intersectorial y con participación de representantes de la sociedad civil, según su decreto constitutivo, tiene funciones relacionadas con las formulaciones de las políticas y estrategias nacionales.
- La aprobación de un préstamo por parte del BM y de una donación por parte del FM, sumados a otras fuentes de recursos provenientes de la cooperación internacional multilateral y bilateral (como los aportes de la Fundación Clinton), se tradujo en un aumento sin precedentes de la disponibilidad de recursos financieros para el fortalecimiento de la respuesta del SNS ante VIH.

En el periodo más reciente (2004-2006) y en el cual se concentra esta evaluación, se destacan los siguientes cambios en la respuesta del SNS:

- Un proceso de reconceptualización y reformulación de las estrategias nacionales que se inicia en el último cuatrimestre del año 2004, impulsado por el COPRESIDA^{17,18}. Este proceso intenta, desde un enfoque de planificación estratégica, la reformulación del marco conceptual y de las estrategias de intervención para la prevención de la transmisión del VIH.

La estrategia plantea la definición de “grupos poblacionales”, en función de los cuales, se realizarían alianzas estratégicas para el desarrollo e implementación de acciones de prevención, con una alta participación de organizaciones no gubernamentales. Estos “grupos de población” se definen por una doble entrada: por una parte los comportamientos diferenciados de la epidemia en diferentes poblaciones y territorios, y por otra parte las necesidades diferenciadas de diferentes grupos poblacionales, definidos como grupos homogéneos de habitantes de acuerdo a su riesgo y que comparten espacios de la vida cotidiana o espacios sociales.

Para cada grupo poblacional se han conformado alianzas estratégicas entre múltiples organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, bajo el concepto de cogestión; se hacen planificaciones específicas de intervenciones y se asignan recursos de acuerdo a los resultados esperados.

Los grupos poblacionales hasta ahora definidos son: bateyes, gays (incluyendo transgéneros, homosexuales y otros HSH), grupos definidos por enfoque de género, jóvenes, migrantes, niñez y adolescencia, personas con discapacidad, y trabajadoras sexuales.

- Desde COPRESIDA se impulsa el concepto del “Veedor Ciudadano”, concebido como la participación de las/os ciudadanas(os) con el fin de contribuir a mejorar la gestión pública a partir de su involucramiento en el control y seguimiento de las políticas públicas. Se fomenta la participación de las personas con VIH o sida como actores clave para la formulación y gerencia del programa y para atender necesidades apremiantes de las personas con VIH, poniendo énfasis en el Programa Nacional de

¹⁷ COPRESIDA.- Construcción de la Respuesta Nacional y sus Formas de Participación Social. Santo Domingo 2004

¹⁸ Fiallo Billini, Alberto.- Plan Estratégico Nacional para el Control y la Prevención del VIH/SIDA 2005-2015. Arreglos institucionales y organizacionales de las alianzas estratégicas por bases poblacionales. COPRESIDA. Santo Domingo 2004.

Atención Integral (PNAI), e implementar la auditoría social en el cumplimiento de la Ley 55-93 y las normas y políticas públicas a nivel nacional en el tema de VIH¹⁹. Esta estrategia se concreta en acciones de capacitación a personas con VIH en proyectos específicos que apoyan a sus redes, y en contrataciones de personas con VIH como consejeros pares y “veedores ciudadanos”.

- DIGECITSS, a partir de experiencias limitadas del período anterior y respondiendo a la demanda de la comunidad de personas con VIH, realizó una expansión acelerada de Unidades de Atención Integral (UAI), localizadas en los hospitales y en algunos centros de atención primaria y de las ONG.
- El proyecto financiado por el FM, en el año 2002, busca aumentar el acceso a tratamientos ARV y para las ITS, e identifica como principales actores a SESPAS, el Instituto Dermatológico, las Fuerzas Armadas, la Dirección de Prisiones y dos agencias comerciales locales responsables de organizar los “kits”. Se estableció una Comisión Nacional de Medicamentos para el paciente VIH, la cual definió que los beneficiarios del TARGA serán las personas con VIH que demanden los servicios de salud en los establecimientos de la SESPAS.
- Los aspectos de calidad son también previstos en el proyecto del FM, mediante el establecimiento de un sistema de selección y precalificación, de acuerdo con las normas de adquisiciones propias. De la misma manera se estableció que la garantía de calidad de los productos durante el almacenamiento y distribución será responsabilidad de los establecimientos de salud de la SESPAS y que los medicamentos e insumos adquiridos se recibirán en los almacenes de la SESPAS para ser distribuidos a los niveles de atención.
- Es importante destacar que en las últimas semanas, se ha iniciado un proceso de sistematización, revisión y actualización del PEN para el período 2006-2015, con la expresa finalidad de asumir estas redefiniciones estratégicas y de considerar los cambios que podrían ocurrir cuando en los próximos años terminen o se reduzcan los financiamientos provenientes de préstamos y donaciones. Al momento de escribirse este informe, este esfuerzo se encontraba en la fase inicial sistematización. La sostenibilidad es un importante motivo de reflexión y de inquietud en varios sectores del país. Este ejercicio de sistematización, actualización y revisión del PEN con enfoque decenal, ha sido estimulado y enriquecido por el marco general de los esfuerzos de elaboración del Plan Decenal de Salud.

¹⁹ COPRESIDA: Memoria Anual 2006.

4.

Principales hallazgos de la evaluación

4.1 Progreso alcanzado, fortalezas y oportunidades

Como se describe en el acápite anterior, la República Dominicana tiene una larga historia en la respuesta al VIH y cuenta en estos momentos con un marco político, legal y normativo que constituye un fundamento importante para orientar las acciones del sistema de salud en todos sus niveles, hacia una marcha acelerada en la consecución de la meta de acceso universal. El compromiso político se expresa en la prioridad asignada al fortalecimiento de la respuesta general de la SESPAS frente a la problemática, así como al fortalecimiento de las distintas instancias ejecutoras de la respuesta nacional y del sistema de salud.

Con un gran apoyo de recursos financieros externos, el país ha implementado acciones para acelerar la expansión de distintos servicios, particularmente en los últimos dos años. En este período también ha ocurrido un incremento sustancial de la participación de la sociedad civil en la conducción de la respuesta nacional y se han materializado alianzas estratégicas entre distintas instancias de la sociedad civil y sectores gubernamentales, que buscan fortalecer una respuesta efectiva frente al VIH.

En esta evaluación se identificaron los siguientes avances y fortalezas:

4.1.1 Expansión acelerada de la cobertura de tratamiento

En los últimos tres años el país logró un aumento sin precedentes de la cobertura de TARGA a personas con VIH que lo necesitan. El TARGA se inició en el 2003 con la puesta en marcha de las primeras Unidades de Atención Integral (UAI) en hospitales de tercer nivel. Estas unidades registran las personas infectadas y prestan cuidados en función de sus necesidades terapéuticas, incluyendo la terapia antirretroviral.

En el año 2004, el número de centros era 14, y para el 2006 ya se habían establecido 46 UAI que actualmente cubren la mayor parte del territorio de las grandes capitales del país, aunque no existen en todas las provincias. Como es obvio, el aumento del número de UAI ha contribuido a un incremento importante del número de personas captadas por el sistema o en seguimiento, las cuales reciben TARGA de acuerdo a los protocolos establecidos.

Como puede observarse en la Gráfica 5, a diciembre del 2006, las UAI reportaron 14,050 personas (adultos y niños) en seguimiento, de las cuales 5,001 recibían TARGA. Esto significa que durante el período 2003-2006 se triplicó la cantidad de personas con VIH que fueron captadas por el sistema, y prácticamente se duplicó la cantidad de personas con VIH en TARGA.

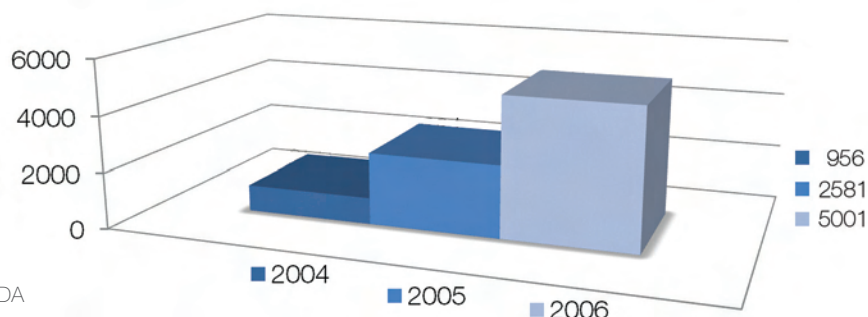
Estos esfuerzos por aumentar la cobertura de atención integral a personas con VIH son relevantes y responden a una necesidad muy sentida, sobre todo si se considera que las familias que tienen al menos una persona con VIH, dedican hasta el 90% de sus ingresos familiares a gastos relacionados con estas necesidades²⁰.

La expansión acelerada de la cantidad de personas en TARGA implicó un fortalecimiento sustancial de los recursos humanos (debidamente capacitados para la prestación de servicios de acuerdo a los protocolos)

²⁰ Castellanos César/ Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).- Informe final 1ra. Fase de la Iniciativa SINERGIA. Santo Domingo 2006.

Gráfica 5:

Población en TARGA (niños y adultos),
Período 2003 - 2006, República Dominicana



Fuente: OMS/ONUSIDA

para la prestación de servicios asignados a tiempo completo. Esto significa un desarrollo de infraestructura importante que puede ser utilizado potencialmente por el sistema de salud para lograr una mayor expansión de los servicios hacia la prevención y atención del VIH y las ITS, así como la atención integral de salud en función de los procesos de reforma en curso.

A la par, fueron desarrollados procesos de adquisición y distribución de medicamentos que les han permitido a las personas en seguimiento, a través de las UAI, el acceso permanente a medicamentos a precios bastante competitivos negociados por la Fundación Clinton. Dichos precios, en la mayoría de los casos, han sido inferiores a los precios de referencia en la Región. En la evaluación se encontró una disponibilidad de ARV e IO de un 9 % en las visitas de campo realizadas a 18 hospitales, en 12 de los cuales funcionan UAI.

Es importante señalar que este acceso acelerado de cobertura de tratamiento logrado a través de las UAI, se produce con servicios de calidad y calidez, tal como se expresa en el nivel de satisfacción de los usuarios y usuarias de las UAI, identificado en las visitas de terreno. Esta experiencia de atención de calidad y calidez resulta un referente importante para el fortalecimiento de la atención al VIH en el resto de la red de servicios de salud.

4.1.2 Establecimiento del PNRTV

En los cuatro años desde la implantación del PNRTV (2002), en todas las provincias del país se han logrado incrementar de 22 a 122 los establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados y con los insumos necesarios, incluyendo guías y protocolos de manejo, para integrar las intervenciones del PNRTV en los servicios de atención a la embarazada, el parto y el puerperio. El número de las instalaciones de salud donde operan unidades que notifican datos al PNRTV ha aumentado de 74 en el 2004 a 84 en el 2005, y a 111 en el 2006.

Como consecuencia de ese incremento rápido, el acceso a orientación y pruebas de detección del VIH ha mejorado significativamente. La cobertura con pruebas de VIH aumentó de 23% en el 2002, a 35% en el 2005 y a 39% en el 2006. La cobertura de consejería post prueba aumentó de 12% en el 2004 a 23% en el 2005 y 2006. Entre las embarazadas que fueron detectadas por los servicios se verificó un aumento de 29.6% en el 2004 a 40.6% en el 2006.

4.1.3 Infraestructura, recursos humanos y normativa

El país cuenta con recursos humanos altamente calificados para la programación y gestión de la respuesta en salud, se ha desarrollado infraestructura y se han asignado recursos humanos para la atención integral al VIH y la prevención de la transmisión madre a hijo. Adicionalmente cuenta con el diseño de protocolos y normas de

atención, y ha conducido una extensa capacitación del recurso humano de la Unidades de Atención Integral y de los servicios del PNRTV en el seguimiento de estas normas.

4.1.4 Movilización de recursos financieros

La República Dominicana logró movilizar una cantidad de recursos externos sin precedente. En este período entraron en ejecución un préstamo del BM por un monto de US\$25 millones y una donación del FM por un monto de US\$48.5 millones. Ambos ejecutados por el COPRESIDA bajo la supervisión del sector público. A esto se suman los recursos financieros y de cooperación técnica de agencias de cooperación internacional de carácter multilateral y bilateral en el país: el secretariado de ONUSIDA y las agencias copatrocinadoras (UNICEF, OPS/OMS, UNFPA) y USAID.

4.1.5 Voluntad política para el fortalecimiento de la respuesta del SNS ante el VIH

Esta evaluación se está dando dentro de un proceso muy dinámico a lo interno de las agencias y organizaciones que buscan fortalecer la respuesta del sistema de salud en general y su capacidad de respuesta ante el VIH y otras ITS, en particular.

La decisión de la SESPAS de realizar una evaluación externa de la respuesta del sistema de salud, es quizás el indicador más relevante de esta voluntad política.

Desde que se realizó la recolección de datos en diciembre de 2006, el DIGECITSS y las Subsecretarías de Salud Colectiva y Atención a las Personas, han tomado una serie de medidas, entre las que cabe destacar las siguientes:

- Revisión en enero 2007 de las estrategias y actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA) 2007 de DIGECITSS, incluyendo en el mismo la realización de talleres en cada región del país con los equipos de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones Provinciales de Salud, para desarrollar planes estratégicos que incorporen las UNAP, las Clínicas Rurales en el PNRTV y la atención integral al VIH.
- Reuniones de coordinación con las Subsecretarías de Salud Colectiva y de Atención a las Personas, las cuales se han comprometido a respaldar la realización de los talleres regionales.
- Se han realizado reuniones de coordinación con la seguridad social para asegurar la incorporación del PNRTV en el paquete básico de la seguridad social.

Estas medidas son consistentes con el proceso de reforma sectorial en salud, principalmente con las recientes directivas sobre la separación de funciones de rectoría y provisión de servicios, donde la rectoría queda bajo responsabilidad de las DPS y la Subsecretaría de Salud Colectiva, mientras que la provisión de servicios queda bajo la responsabilidad de las DRS y la Subsecretaría de Atención a las Personas.

Se anticipa que el involucramiento de las DRS y DPS en el proceso de planificación estratégica descentralizada, contribuirá a la progresiva integración de los servicios de atención integral al VIH (prevención, tratamiento y atención) en todos los servicios de la red, según su nivel de capacidad resolutive, con mecanismos eficientes y bien establecidos de referencia y contrarreferencia.

4.1.6 Sistema de vigilancia epidemiológica consolidado y sistema de información de monitoreo de pacientes en todas las UAI

El país cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica consolidado que incluye un sistema de notificación obligatoria, de más de 10 años, sobre casos de sida y vigilancia centinela de la infección de VIH. Desde el año 2000 se adoptó la estrategia de vigilancia de segunda generación. A partir de ese año se han hecho esfuerzos para mejorar la calidad de la información con el fortalecimiento y ampliación de los puestos centinela, la incorporación de encuestas de comportamiento en grupos de población específicos y la encuesta demográfica y de salud con

serología del VIH, realizada en el 2002. Otra encuesta nacional demográfica y de salud con toma de muestra para serología del VIH está planificada para el 2007. DIGECITSS ha implementado un sistema de monitoreo de pacientes (SIA) que funciona en la mayoría de las UAI, así como un sistema bastante voluminoso para el monitoreo de la transmisión madre a hijo.

En el contexto de esta evaluación, la información proveniente de estos sistemas ha sido esencial para realizar el análisis de brecha a nivel nacional, y está siendo utilizada para realizar este tipo de análisis a nivel de cada región y provincia. Esto será un insumo importante para el establecimiento de metas de reducción de brechas a nivel regional y provincial, y de compromisos formales de las DRS y DPS con las metas establecidas de común acuerdo. Lo anterior, representa un importantísimo avance en cuanto al análisis y uso de la información disponible para la planificación, monitoreo y evaluación de la respuesta del SNS al VIH/ITS.

4.2 Análisis de brechas en la cobertura y en el financiamiento

Para orientar el proceso de toma de decisiones es fundamental el análisis permanente del progreso hacia las metas establecidas por el país. En esta evaluación, se introduce el concepto de análisis de brechas mediante la identificación de indicadores trazadores que permitan sopesar qué tanto quedaría por hacer para lograr la meta de acceso universal, cuál es la efectividad perdida en el uso de los recursos, y cuáles son las oportunidades perdidas.

Es importante señalar que para estas estimaciones se han utilizado diferentes fuentes de información y que, por lo tanto, los números absolutos y proporciones de las brechas, son sujeto de revisión en función de la decisión que se tome en la selección de numeradores y denominadores. No obstante lo anterior e independientemente de las diferencias que pueden encontrarse, como consecuencia de la selección de diferentes fuentes de información, uno de los propósitos en este informe es mostrar una metodología que permite analizar el impacto de la gestión y de la composición de la inversión en la situación de salud y en qué medida, con los recursos e intervenciones existentes, el sistema de salud avanza de manera sostenible hacia la meta de acceso universal. En el Anexo 2 se presenta un resumen de la información seleccionada y de los supuestos utilizados para realizar el análisis de brecha que se presenta en esta sección.

A pesar de la expansión acelerada de la disponibilidad de servicios en el período 2005 y 2006, persisten brechas importantes de cobertura que imponen retos al SNS.

4.2.1 Brecha de captación de personas con VIH

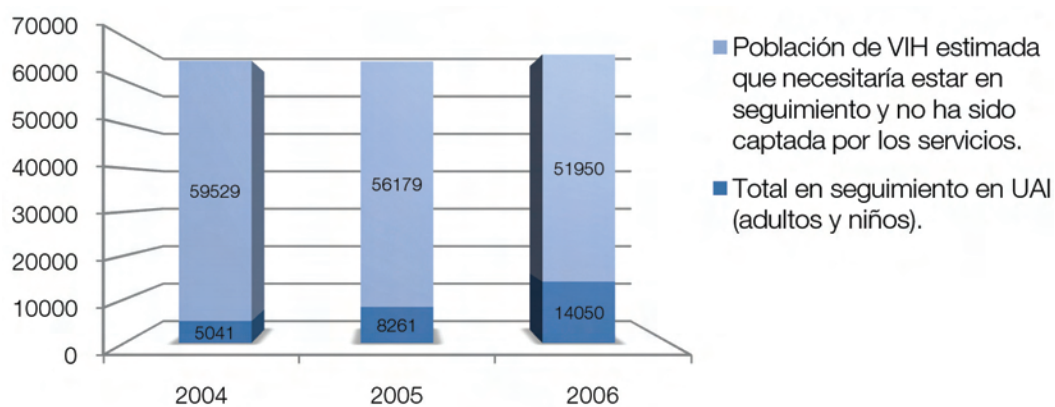
En las metas establecidas por el país para el período 2006-2010 se plantea contar con el 100% de las personas con VIH bajo seguimiento y/o ARV en las UAI bajo monitoreo clínico. Para lograr esta meta, la captación efectiva y temprana de personas con VIH resulta indispensable. Según puede verse en la Gráfica 6, la población estimada que debería estar en seguimiento y no fue captada por los servicios en el año 2006 asciende a 51,950, lo que representa una cobertura de captación de sólo 21%. A pesar que durante el período prácticamente se triplicó el número de pacientes que ingresaron a las UAI, la brecha de captación sólo se redujo en un 15%.

Como se muestra en la Gráfica 7, al 31 de diciembre de 2006, sólo el 33% del total estimado de personas que necesitaban TARGA estaban en tratamiento. Si bien, entre el 2005 y 2006 casi se duplicó el número de adultos con VIH en TARGA, también aumentó el número de adultos que necesitaban tratamiento (de 10,690 en 2005 a 14,000 en 2006²¹). Es importante señalar que para el mismo año se estimaron un total de 6,100 muertes en adultos, muchas de las cuales podrían haber sido evitadas si estas personas hubieran sido captadas oportunamente por el sistema de salud y tenido acceso a TARGA.

²¹ Punto medio de las estimaciones más recientes realizadas por OMS/ONUSIDA.

Gráfica 6:

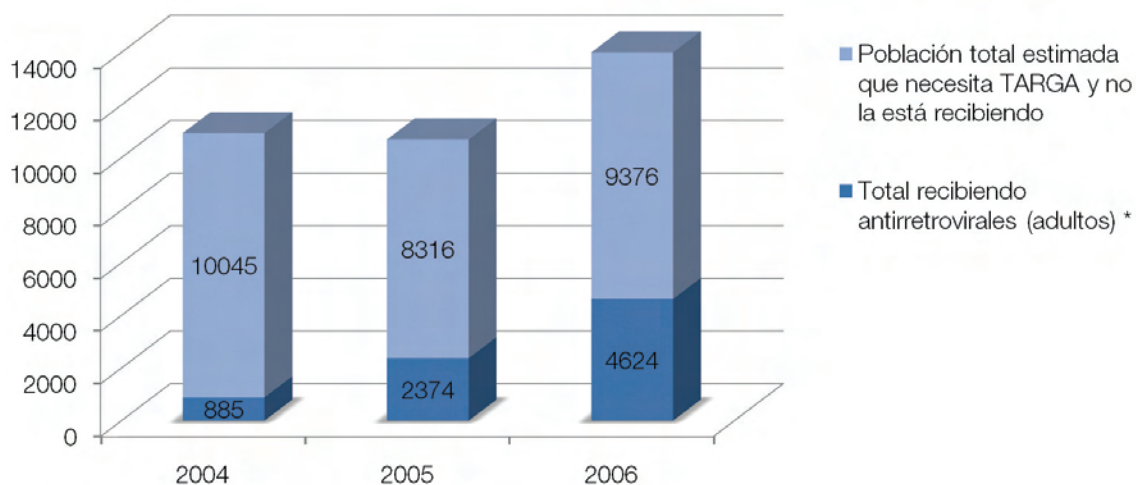
Brecha de captación de VIH+. Periodo 2004 - 2006



Fuente: OMS/ONUSIDA y DIGECITSS

Gráfica 7:

Brechas de TARGA en población adulta



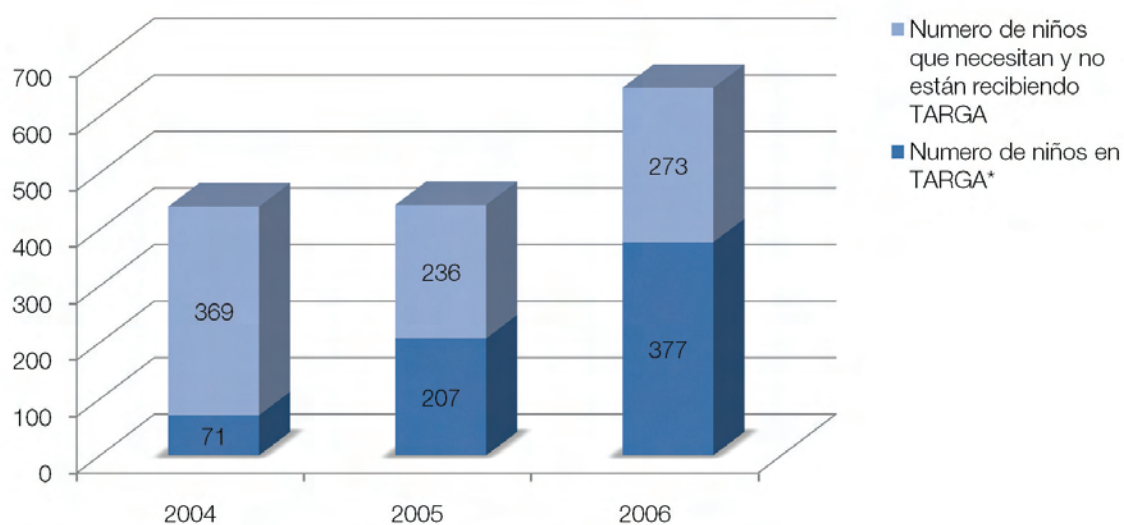
Fuente: OMS/ONUSIDA y DIGECITSS

Las brechas existentes en TARGA para la población de menores de 15 años son mucho menores que para la población adulta. Como puede observarse en la Gráfica 8, en el 2006 se alcanzó una cobertura de casi un 60% de los niños con VIH que de acuerdo a las estimaciones necesitaban TARGA.

Sin embargo, es importante señalar que en el mismo año y por falta de acceso efectivo a servicios de PNRT, como se verá en el análisis de brechas de PNRTV, se infectaron entre 800 y 2,100 niños que eventualmente necesitarán TARGA. A menos que se expanda de manera efectiva la prevención de la transmisión madre a hijo, la brecha en los menores de 14 años seguirá aumentando. De manera similar, en el 2006 se estimaron unas 433 muertes, muchas de las cuales pudieron ser evitadas con captación temprana y TARGA.

Gráfica 8:

Brechas de TARGA en menores de 15 años



Fuente: OMS/ONUSIDA y DIGECITSS

4.2.2 Brechas en la cobertura maternoinfantil

La iniciativa "Tolerancia Cero", lanzada por la SESPAS en el 2005, se fija como meta lograr cero casos de transmisión evitables del VIH de madre a hijo. Como puede observarse en la Tabla 2, durante el período 2004 y 2006 se estima que se produjeron entre 2,040 y 5,101 infecciones evitables en lactantes, fundamentalmente asociadas a oportunidades perdidas en los establecimientos de salud de prestación de servicios.

Entre el 2005 y octubre de 2006, aproximadamente sólo el 9% de las embarazadas con VIH fueron captadas por los servicios de salud y recibieron protección completa de acuerdo al protocolo establecido (9.5% en 2005 y 8.8% en 2006). Tomando en cuenta que el protocolo definido puede aplicarse de manera efectiva con tan sólo un contacto de las embarazadas con VIH en el momento del parto, que la cobertura de parto institucional en el país se estima por encima del 95%, y que se cuenta con los recursos financieros, técnicos y humanos para implementar efectivamente esta intervención, las brechas en PNRTV resultan ser el indicador trazador de mayor relevancia para dar cuenta de los retos que tiene el sistema de salud dominicano para responder efectivamente a la epidemia de VIH. Esta situación sustenta un llamado al fortalecimiento general de los servicios de salud existentes y al aumento de la calidad de la atención al embarazo, parto y puerperio.

Tabla 2: Número estimado de niños con VIH debido a oportunidades perdidas de captación temprana entre 2004 y 2006 (mejor y peor escenario)

	2004	2005	2006(3)	Total
Brecha estimada de protección completa de embarazadas.	3,000	4,581	4,681	12,262
Número estimado de niños con VIH por oportunidades perdidas de captación e intervención en el servicio - Mejor escenario(1)	482	755	803	2,040
Número estimado de niños con VIH por oportunidades perdidas de captación e intervención en el servicio - Peor escenario (2)	1,205	1,889	2,007	5,101

⁽¹⁾ Mejor escenario: un 15% de transmisión durante el embarazo y el parto, y un 5% de transmisión por lactancia = 20% de transmisión.

⁽²⁾ Peor escenario: un 30% de transmisión durante el embarazo y el parto, y un 20% de transmisión por lactancia = 50% de transmisión.

⁽³⁾ Estimación a octubre de 2006

Nota: sin tratamiento, alrededor de 15-30% de los niños nacidos de madres con VIH se infectarán durante el embarazo y el parto. Adicionalmente, alrededor de un 5 a 20% se infectarán durante la lactancia.

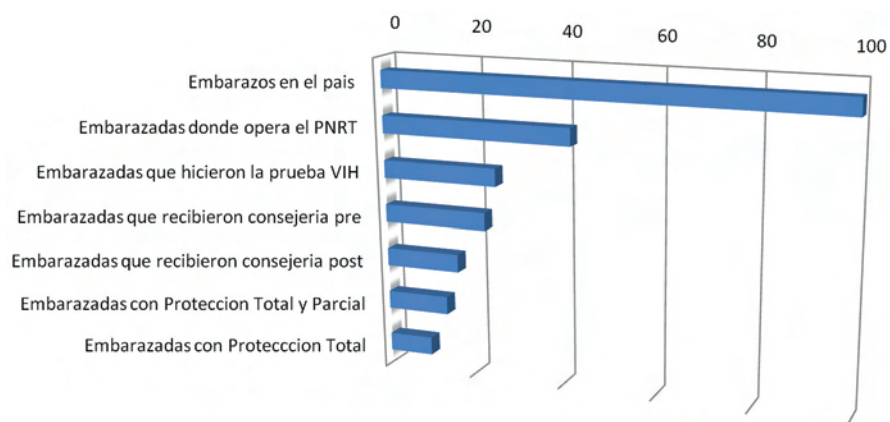
Fuente: OPS/OMS

El análisis de los datos disponibles señala importantes deficiencias, tanto en el acceso de las embarazadas para la realización de las pruebas de detección del VIH, como en asegurar que todas las embarazadas que acuden a los servicios de salud reciban los beneficios del Programa, para reducir efectivamente la transmisión materno-infantil del VIH.

Debido a un cúmulo de oportunidades perdidas por el sistema de salud, el efecto neto resultante fue que sólo una de cada diez embarazadas con VIH tiene acceso a las acciones que ofrece el sistema de salud para reducir la transmisión materno-infantil del VIH en embarazadas que ya están infectadas por el VIH. Esta secuencia de oportunidades perdidas se muestra en la Gráfica 9.

Gráfica 9:

Brechas en la prevención de la transmisión materno infantil en embarazadas VIH+ en República Dominicana



Embarazadas estimadas en base a la prevalencia VIH dada por vigilancia centinela (2.3 % para 2005) y estimaciones de menores de un año de CONAPOFA
Fuente: OMS/ONUSIDA y DIGECITSS

Las oportunidades perdidas entre 2004 y 2006 tienen mucho que ver con la organización del sistema de salud, su capacidad resolutoria y el cumplimiento de las funciones básicas de salud pública de acuerdo con los niveles de atención de la red de servicios de salud.

La proporción de niños(as) producto de madres identificadas como VIH+ que no recibieron ninguna intervención para reducir la transmisión maternoinfantil (ni la nevirapina, ni los sucedáneos de la leche materna), bajó de valores próximos al 50% en 2004 a valores entre 35% y 40% en el 2006 (Anexo 2).

La brecha de oportunidades perdidas en hijos(as) de madres con VIH sigue siendo inaceptablemente elevada, considerando que sus madres fueron detectadas como VIH+ durante el embarazo.

El análisis de brechas en la atención ha permitido identificar los puntos críticos donde el sistema de salud falla en captar a la población objetivo. Como consecuencia, en el presente se entrega menos atención que la requerida y a futuro se produce un número de casos que pudieron haberse evitado. Esto es lo que se llama casos prevenibles y cuya atención demandará recursos adicionales. En esta evaluación, se hizo un intento por medir el impacto financiero de la brecha en la atención maternoinfantil. En la sección que sigue se ofrece una estimación del costo de la brecha de atención en el PNRTV.

4.2.3 Costos de atender los casos prevenibles de transmisión maternoinfantil

La bibliografía científica ya ha documentado que en el manejo de la epidemia de VIH, ciertamente se aplica el adagio popular que dice que “más vale prevenir que curar”. Los estudios que demuestran que las intervenciones exitosas en prevenir la transmisión son costo-efectivas, se hacen sobre la base de la comparación del costo estimado de implementar las acciones de prevención y la efectividad esperada de esas acciones. Si se elige como medida de efectividad el número de casos potencialmente evitables como consecuencia de la intervención; entonces la razón costo/efectividad es una medida del costo por caso evitado.

Cuando, en la práctica, una intervención se implementa en condiciones que no permiten alcanzar el máximo potencial de casos evitables (de acuerdo a la efectividad conocida de la intervención), la sociedad además de asumir el costo del sufrimiento, como consecuencia de mayor enfermedad, deberá destinar los recursos para proveer atención sanitaria a las personas que presentan estos casos que pudieron haberse prevenido. La valoración de los recursos necesarios para atender adecuadamente a estas personas, es lo que en este informe se reporta como “costos de atención a casos evitables” (hasta se podría agregar “y no evitados”).

En esta evaluación, el ejercicio se hizo solamente para el PNRTV; una intervención en que la efectividad de cada uno de sus componentes está documentada con certeza.

Para el año 2006, el análisis de brecha (Tabla 2 y Anexo 2) presenta la siguiente información sobre mujeres embarazadas con VIH:

- No captadas por los servicios: 4,014
- Captadas que no reciben ninguna protección: 47
- Rango de casos evitables en recién nacidos: 803 – 2007

El costo de entregar cobertura completa a la mujer y al niño tiene tres componentes:

- Diagnóstico,
- Cumplimiento del protocolo de atención a la gestante diagnosticada como VIH+: parto por cesárea y monoterapia con NVP: una dosis de 200 mg durante el parto a la madre y una dosis de 2 mg/kg al recién nacido, y
- Sustitución de la leche materna durante los primeros seis meses de vida del niño.

En el año 2006, hubo 191,344 embarazadas de primera consulta (todos los servicios), de las cuales 112,109 no tuvieron examen de diagnóstico. Considerando que el país tiene una cobertura institucional del parto cercana al 100%, es razonable suponer que estas mujeres no fueron identificadas.

El costo asociado a la identificación oportuna de embarazadas con VIH está medido por el costo de una provisión adecuada del examen a todas las embarazadas. En el año 2006, y como consecuencia del no cumplimiento del protocolo de atención materna, el sistema falló en identificar al 58% de la población objetivo y "se ahorró" un total de US\$161,537. Como consecuencia de la no provisión del examen de diagnóstico, se perdió la oportunidad de identificar a 4,014 mujeres embarazadas con VIH y, por lo tanto, también se perdió la oportunidad de entregarles la atención prenatal regular más lo que indica el protocolo de tolerancia cero del PNRTV. El análisis de brechas indica que durante el 2006 el número de casos que habiendo podido prevenirse no se evitaron, como consecuencia de esta práctica, se ubica en un rango entre y 803 y 2,007 niños.

En la Tabla 3 se presenta un resumen del "ahorro" de recursos en el SNS, debido al no cumplimiento del protocolo de atención materna vigente, que sustenta la estrategia de tolerancia cero en el PNRTV.

Tabla 3. Ahorro de costos por cobertura incompleta del PNRTV, años 2004-2006 ⁽¹⁾

Acción	Número de personas y acciones por año			Total	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
	2004	2005	2006			
I. Embarazadas no captadas	2,409	3,777	4,014	10,200	NA	7,064,568.86
Pruebas VIH	167,383	145,200	112,109	424,692	1.44 (2)	611,556.00
Diferencial costo de cesárea	2,409	3,777	4,014	10,200	18.32 (3)	186.86
NVP a la mujer	2,409	3,777	4,014	10,200	0.08	816.00
NVP al niño	2,409	3,777	4,014	10,200	0.09	918.00
Sustituto leche	2,409	3,777	4,014	10,200	632.46 (4)	6,451,092.00
II. Embarazadas captadas	839	1,288	1,123	3,250	NA	13,738.72
Sin ninguna protección	18	86	47	151	18.49	2,791.99
Sin cesárea	216	193	188	597	18.32	10,937.04
Sin NVP a la mujer	22	11	24	57	0.08	4.56
Sin NVP al niño	22	11	24	57	0.09	5.13
"AHORRO TOTAL" (I+II)	NA	NA	NA	NA		7,078,307.58

NA=No se aplica

(1) valoración a los precios de compra del año 2006.

(2) Incluye el costo de prueba de tamizaje "double check gold" (Diamelá) al 100% de mujeres y prueba de confirmación (Acutel) al 3% de las mujeres.

(3) Aunque la tarifa que paga SENASA por parto es igual para cesárea que para parto normal, este valor se usa como proxy a la diferencial de costo y corresponde a la diferencial de tarifa que paga SENASA por parto al proveedor privado (en el rango más bajo) y al proveedor público.

(4) Consumo de 48 latas de leche en el período de 6 meses, adquiridos a un precio de RD\$436/lata.

Fuente: OPS/OMS

Si se buscara justificar desde un punto de vista estrictamente financiero, la entrega de atención adecuada para alcanzar la meta de tolerancia cero, sería necesario hacer una comparación del "costo de prevenir" versus el "costo de tratar" (a la fecha no se conoce una cura para el VIH). Las cifras resumen de esta comparación se presentan en la Tabla 4. A continuación se presenta el método de estimación.

El costo de prevenir se mide por el costo de los recursos que necesita el sistema de salud para dar adecuado cumplimiento al protocolo establecido en el programa de tolerancia cero del PNRTV. En la Tabla 3 se muestra que este costo hubiera sido del orden de los siete millones de dólares para prevenir la transmisión madre/niño en el período 2004-2006. Este valor es el que ha sido identificado como un “ahorro”.

Este “ahorro” se compara con la medida del costo financiero adicional que el sistema tendrá que solventar como consecuencia de esta práctica. Se reconoce que las cifras que aquí se presentan están subestimadas ya que se ha cuantificado solamente el costo que el sistema deberá asumir para otorgar TARGA a estos niños con VIH durante su vida esperada y no se ha estimado el costo de toda la atención de salud física y mental que, eventualmente, el SNS deberá asumir.

Una evaluación desde la perspectiva económica-social incluiría además otras variables que dan cuenta del costo que la sociedad está asumiendo, más allá del sistema de salud. Entre estas variables se incluye el valor del tiempo adicional que los adultos responsables de estos niños deberán destinar a su atención, como consecuencia de que éstos sean personas con VIH; los costos de transporte para recibir atención de salud y los costos de la alimentación diferencial. A todo esto se suma un componente invaluable que es el sufrimiento, que pudo ciertamente evitarse, del niño con VIH y de las personas de su entorno.

La información científica, basada en la práctica clínica, acceso continuo y adherencia a TARGA, demuestra que es posible esperar que el promedio de vida esperado de estos niños sea de 18 años²². En la Tabla 5, se presenta el costo de TARGA de la cohorte de los años 2004- 2006. La información aparece con los valores mínimos y máximos, de acuerdo al rango de casos evitables que se presentó en la Tabla 2.

Tabla 4. Comparando el costo de prevenir versus el costo de TARGA (US\$)		
	Mejor escenario	Peor escenario
Costo de prevenir	7,078,307	7,078,307
Costo de TARGA	20,636,640	51,601,716
Pérdida neta del sistema de salud	13,558,333	44,523,409

Fuente: OPS/OMS

Tabla 5. Costo de TARGA de casos evitables en el PNRTV 2004-2006 (en número de personas y US\$)							
Rango	Casos evitables				Costo/caso ARV (1)	Costo anual	Costo en 18 años (2)
	2004	2005	2006	Total			
Mínimo	482	755	803	2,040	562	1,146,480	20,636,640
Máximo	1,205	1,889	2,007	5,101	562	2,866,762	51,601,716

⁽¹⁾ Distribución 80/20 primera y segunda línea; costo primera línea/niño US\$278; costo segunda línea/niño US\$1,707.

⁽²⁾ Estas cifras reflejan la carga financiera que enfrentará el sistema de salud.

Fuente: OPS/OMS

Si el sistema de salud efectivamente provee la atención requerida a estos niños tendrá que asumir una carga financiera, sólo por TARGA a esta cohorte, de entre US\$13.5 millones y US\$44.5 millones. Así, en el peor escenario de transmisión del virus, el país necesitará por lo menos el equivalente al monto de dos préstamos del BIM, sólo para dar atención a estos casos de infección en los últimos tres años y que pudieron haber sido en su mayoría prevenidos.

²² Hill D.W, Sullivan, Olson C, Ruiz J, Maldonado YA. International Conference AIDS 2002 July 7-12 Abstract TuPeC4771. Population Based Survival in Perinatal HIV infection before and after PACTG076

Estos datos son muy reveladores y alarmantes ya que estos casos de VIH pediátrico, más allá de ser reflejo de oportunidades perdidas, se producen en un tiempo en que el sistema de salud, con supervisión de la autoridad pública, ha gozado de un flujo sustancial de recursos financieros. Los avances de la ciencia ofrecen soluciones técnicas de alta efectividad a costos muy bajos para reducir la transmisión del virus de la madre al hijo, a su mínima expresión. Si bien es cierto que en algunos países, la viabilidad de implementar estas tecnologías se reduce como consecuencia de las bajas tasas de parto institucional que hacen imposible primero captar a la gestante y luego suministrar los medicamentos y ofrecer un parto por cesárea; ese no es el caso de la República Dominicana.

Esta evaluación ha confirmado hallazgos ya documentados en otras instancias, como el siguiente: *“el servicio de salud en la República Dominicana es de mala calidad, lo cual no es consecuencia de la falta de recursos humanos ni de infraestructura. Se trata, más que nada, de un problema de gerencia y de falta de institucionalidad que se traduce en ineficiencia en el gasto, escasez de financiamiento corriente y serios problemas éticos, debido a la falta de sanciones y al régimen de complicidades de la sociedad dominicana. Un ejemplo de ello es que la República Dominicana tiene más del triple de la mortalidad materna que debería tener, según los estándares internacionales, dado que el 98% de los partos son asistidos por personal sanitario”²³.*

Es urgente que la República Dominicana haga un análisis del gasto, más allá de los renglones de clasificación en que se reporta a los organismos financiadores y busque modificaciones que le permitan mejorar sustancialmente la calidad del gasto. Es decir, que invierta en la forma en que los recursos realmente rindan lo esperable.

Este grupo evaluador sugiere que SESPAS y COPRESIDA hagan un examen crítico del tipo de actividades que se han financiado bajo los rubros “talleres” y “capacitación”. En el análisis de los datos, de las reuniones con los funcionarios y de las visitas conducidas durante la evaluación, se identifica una clara necesidad de recapacitar al personal dedicado a la atención materna. Es apremiante tomar acción para mejorar la aceptación de las personas con VIH en las instituciones proveedoras de atención. Las reuniones con grupos focales revelaron que, en algunas oportunidades, el incumplimiento del protocolo ha sido una decisión del funcionario que atiende el parto.

Sólo para ilustrar el espacio que existe para reasignar recursos financieros a usos de mayor impacto, se hace notar la baja participación que ha tenido el rubro “entrenamiento” en el total de “capacitación” en el gasto ejecutado por COPRESIDA. En estos años se ha reportado un total de gasto en capacitación de US\$5,536,456, que ha sido desglosado en cursos, seminarios, talleres y entrenamiento. El gasto de entrenar al personal de la salud queda registrado en el rubro entrenamiento, al cual sólo se ha destinado el 5.7% del gasto total en capacitación. Esto es lo que sustenta la recomendación de reasignar recursos hacia un entrenamiento efectivo del personal de la salud, que incluya tanto aspectos técnicos como de compromiso con la problemática del VIH y los pacientes.

4.2.4 Brecha de financiamiento para el acceso universal

Teniendo en cuenta que el financiamiento externo es el que ha hecho posible los avances en la capacidad de respuesta del sistema de salud en los últimos años, surge una legítima preocupación sobre la viabilidad de mantener esos logros y avanzar hacia una reducción y eventual cierre de las brechas de cobertura que se observan.

Si bien el país cuenta con estimaciones globales sobre el costo de alcanzar las metas del milenio²⁴, en esta evaluación se hizo un esfuerzo por hacer una estimación del nivel de recursos financieros que se necesitaría para cerrar las brechas de cobertura, teniendo en cuenta los datos específicos del desempeño del sistema de salud de la República Dominicana. Una forma de medir el nivel de eficiencia del sistema es observar el nivel y evolución de la relación costo/efectividad durante el periodo de evaluación. Se tomó como medida de costo el total de recursos utilizados con supervisión pública, y como medida de efectividad el número de personas con VIH y embarazadas con VIH captadas por los servicios²⁵.

²³ PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005: Hacia una Inserción Mundial Incluyente y Renovada

²⁴ United Nations y ONAPLAN. Investing in the Sustainable Development of the Dominican Republic: Millennium Development Goals (MDGs) Needs Assessment. Santo Domingo, Julio de 2005.

²⁵ Esta medición tiende a sobreestimar el grado de eficiencia del sistema, ya que no incluye los recursos financieros que no pasan por COPRESIDA o DIGECITSS y que sin embargo contribuyen a la captación de personas con VIH. Se reconoce, por tanto, que se está trabajando con un numerador subestimado.

Estimación I

La evaluación presenta dos estimaciones de brecha financiera. En la primera (Estimación I) se asume que el gasto por persona captada se mantiene constante. En la segunda (Estimación II) se asume que en 2007 se repite el aumento porcentual en el gasto por persona captada que se observó en 2006.

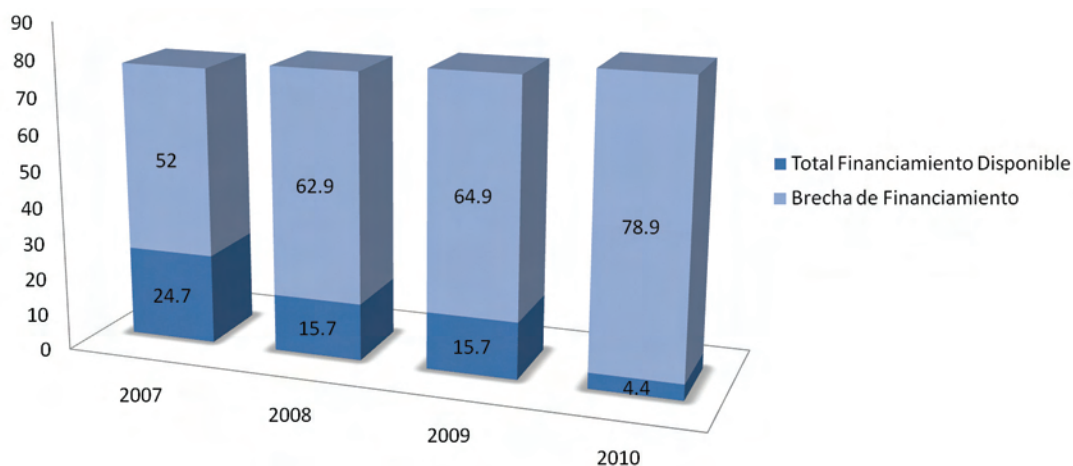
La estimación se hizo sobre los años 2004, 2005 y 2006. Las cifras se presentan en la Gráfica 10 y en la Tabla 6 y en los que sigue se presenta el método de estimación. Para dar cuenta del hecho de que en estos años se estuvo haciendo adaptaciones a la infraestructura e invirtiendo en equipo, en la estimación de la razón costo/efectividad se trabajó con un concepto de gasto corriente/persona captada por los servicios. Se estimó que cada año un 20% del gasto estuvo destinado a inversión, de tal modo que el gasto corriente anual es igual al 80% del gasto total en el año respectivo. El número de personas en seguimiento se estimó como la suma del número de personas con VIH en seguimiento y del número de embarazadas con VIH que recibieron algún tipo de atención, en cada año. Así entonces, el gasto corriente por persona en seguimiento fue de US\$605 en el 2004 y US\$986 en el año 2006.

En seguida, utilizando el gasto corriente por persona observado en el 2006, se procedió a estimar el costo de proveer cobertura en el período 2007-2010 al 100% de personas con VIH y embarazadas con VIH esperados, de acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA. A esto se sumó el costo “de arrastre” de atender a los niños identificados como casos evitables en el período 2004-2006, y se supuso que no se producirían más casos pediátricos evitables (es decir, que el PNRTV funciona 100% de acuerdo con el protocolo establecido). Debe llamarse la atención al hecho de que utilizar el gasto/persona de 2006 como constante en los años posteriores, lleva implícito el supuesto de que se mantendrá el nivel de eficiencia, tanto de la respuesta como del manejo de la atención de los pacientes.

Por otra parte, el financiamiento disponible para el período 2007-2010 está compuesto por los recursos provenientes de la donación del FM hasta el año 2009 y del préstamo del BM hasta el año 2007, más el aporte que hace el Gobierno a DIGECITSS y a COPRESIDA. Para efectos de esta estimación se trabajó con la hipótesis de que este aporte mantiene el nivel observado en el año 2006.

Gráfica 10:

Estimación I - Brecha financiera para 100% de cobertura, República Dominicana 2007 -2010 US\$M (1)



(1) Asumiendo que el gasto por persona captada se mantiene constante
Fuente: OMS/ONUSIDA y DIGECITSS

Tabla 6: Estimación I - brecha financiera para 100% de cobertura, República Dominicana 2007-2010 (en número de personas y US\$) (1)

	2007	2008	2009	2010
(a) Total de personas con VIH, incluyendo embarazadas	77,787	79,617	81,707	84,517
(b) Costo 100% captación	76,698,817	78,503,217	80,563,979	83,334,669
(c) Recursos disponibles	24,688,029	15,688,029	15,688,029	4,454,696
FM	11,233,333	11,233,333	11,233,333	0
BM	9,000,000	0	0	0
Aporte Gobierno	4,454,696	4,454,696	4,454,696	4,454,696
(b)-(c) Brecha financiera	52,010,788	62,815,188	64,875,950	78,879,973

(1) Asumiendo que el gasto por persona captada se mantiene constante
Fuente: OPS/OMS

Aun cuando estas estimaciones son valores no afinados, proveen una imagen bastante cierta sobre las restricciones financieras a que se verá sujeta la capacidad de respuesta del sistema de salud dominicano, si no se aborda dos problemas: la ineficiencia con que se están utilizando los recursos disponibles, y la identificación de fuentes alternativas al financiamiento del FM y del BM.

El tema de la ineficiencia del gasto y sus consecuencias en el largo plazo, ha quedado ilustrado en la primera parte de esta sección con la estimación de la carga financiera que se pudo evitar de haberse cumplido con el protocolo establecido en la iniciativa de "Tolerancia Cero" del PNRTV. Adicionalmente, en la sección 9.5 sobre financiamiento y gasto se llama la atención sobre la efectividad con que se ha estado utilizando los recursos. Se advierte un alto gasto en actividades que si bien han permitido cumplir con los indicadores de proceso establecidos en los convenios con los financiadores, han distraído la atención sobre la urgencia de ejecutar tareas de impacto cierto en el control de la epidemia.

Estimación II

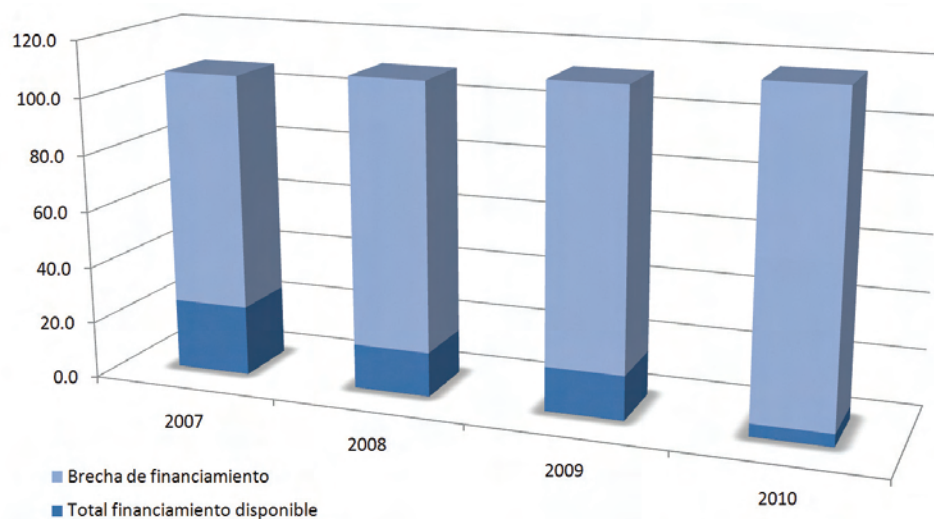
Cuando se compara la evolución que ha tenido el gasto por persona captada, se observa que éste aumenta a una tasa creciente con un incremento del 40% entre los años 2005 y 2006. Es indudable que de continuar este crecimiento, la brecha financiera se tomará aún más inmanejable. Para ilustrar este punto, se hizo una segunda estimación del costo que tendría la provisión de cobertura universal si en el año 2007 se observara nuevamente un aumento del 40% en el gasto corriente/persona captada. Esta situación se presenta en la Gráfica 11 y los datos de la estimación en la Tabla 7.

Estas cifras son elocuentes y consistentes con el análisis que se hace en la sección 9.3 sobre las características del sistema en sus aspectos directivos, organizacionales y de gestión, los cuales tiene un impacto directo en inducir una asignación de recursos poco efectiva que, a su vez, limitan su propia capacidad para dar una respuesta de calidad a la creciente problemática del VIH.

En relación a la urgencia de buscar fuentes de financiamiento que compensen la inminente salida del BM y la pronta salida del FM, junto con la búsqueda intensiva de alternativas de financiamiento externo, es imprescindible revisar las políticas de aseguramiento. En concreto, se sugiere revisar el Reglamento del Seguro Familiar de Salud ya que, como se comenta en la sección 7.4 sobre aseguramiento en la respuesta ante el VIH, el SFS deja esta función -en lo que se refiere a tratamiento- bajo la responsabilidad de COPRESIDA y DIGECITSS.

Gráfica 11:

Estimación II: brecha de financiamiento para 100% de cobertura (US\$), República Dominicana, 2007 - 2010⁽²⁾



(2) Asumiendo que en 2007 el gasto por persona captada crece a la misma tasa que en 2006 y se mantiene constante para los años siguientes

Fuente: OMS/ONUSIDA y DIGECITSS

Tabla 7: Estimación II: brecha financiera para 100% de cobertura, República Dominicana, 2007-2010 (en número de personas y US\$) (2)

	2007	2008	2009	2010
(a) Total de personas con VIH y embarazadas VIH+	77,787	79,617	81,707	84,517
(b) Gasto 100% captación	107,378,344	109,904,504	112,789,571	116,668,537
(c) Recursos disponibles	24,688,029	15,688,029	15,688,029	4,454,696
FM	11,233,333	11,233,333	11,233,333	0
BM	9,000,000	0	0	0
Aporte Gobierno	4,454,696	4,454,696	4,454,696	4,454,696
(b)-(c) Brecha financiera	82,690,315	94,216,475	97,101,542	112,213,841

(2) Asumiendo que en 2007 el gasto por persona captada crece a la misma tasa que en 2006 y se mantiene constante para los años siguientes

Fuente: OPS/OMS

4.3 Análisis de las funciones del sistema de salud y factores que limitan la implementación de la política

4.3.1 Rectoría, conducción y gestión de la respuesta del sistema de salud ante la epidemia de VIH

Las funciones de rectoría son esenciales para garantizar la coherencia y direccionalidad de las políticas, estrategias e intervenciones, y para asegurar el predominio del interés público. Esto se traduce en las capacidades de definir políticas y estrategias nacionales consensuadas y asumidas por los diferentes actores del SNS (públicos, privados y no gubernamentales) y establecer mecanismos eficientes de gestión y asignación de recursos, que permitan una adecuada implementación de la política nacional, con criterios de equidad social, territorial y de género.

De acuerdo al marco jurídico vigente, asumido por el borrador actualizado del PLANDES 06-15, la función de rectoría, conducción y gestión de la salud ante la epidemia del VIH a nivel nacional es responsabilidad de la SESPAS y se ejerce a través de distintos órganos centrales y provinciales. A nivel central, estos órganos de la SESPAS incluyen el Despacho del Secretario, la Subsecretaría de Salud Colectiva y la Subsecretaría de Atención a las Personas, y otras Subsecretarías como las autoridades rectoras principales del SNS. A nivel provincial, la función de rectoría es ejercida por las Direcciones Provinciales de Salud, subordinadas directamente al Despacho del Secretario de Salud Pública.

Dentro de este marco legal, la SESPAS cuenta con órganos centrales que cumplen funciones predominantemente normativas: la elaboración de normas y protocolos nacionales, la supervisión monitoreo y control, la capacitación, la investigación y la movilización de recursos. El órgano central normativo de la SESPAS en relación con el VIH es la Dirección General de Control de ITS y Sida (DIGECITSS). Otras unidades normativas nacionales de interés son las dependencias técnicas nacionales de Atención Maternoinfantil, Laboratorios, Bancos de Sangre, Medicamentos, la Dirección General de Epidemiología, y la Dirección General de Promoción y Educación para la salud (DIGPRES).

Además de su rol rector en la respuesta de salud, a partir de diciembre del 2006, la SESPAS, como entidad responsable de COPRESIDA, tiene bajo su responsabilidad el ejercicio de la rectoría para la coordinación de la respuesta nacional al VIH. El COPRESIDA, de acuerdo al decreto que la constituyó en el año 2001, es presidido por el Secretario de Estado de Salud Pública y tiene funciones de coordinación intersectorial y de definición de políticas, estrategias y planes nacionales contra el VIH.

Es importante mencionar que la SESPAS también ejerce la Presidencia y la Dirección Ejecutiva del Mecanismo de Coordinación de País para el proyecto de VIH, que si bien es un órgano ad-hoc que no forma parte de la estructura del SNS, es un requisito del FM para la coordinación y ejecución de las donaciones del FM en la República Dominicana, y que se superpone a la organización funcional establecida en el marco jurídico del país para el sistema de salud.

En los momentos en que se realiza esta evaluación, la SESPAS está llevando a cabo un proceso de ajuste de su estructura orgánica en razón de las nuevas funciones definidas en la ley que determina la reforma del sector salud.

En este contexto, la SESPAS mantiene la responsabilidad de velar por la entrega de los servicios de salud colectiva a través de los Programas Preventivos de Carácter General dispuestos por el nuevo marco legal, los cuales deberán continuar siendo financiados por el Gobierno Central (no por la vía del per cápita del Seguro Familiar de Salud -SFS-), mientras debe desprenderse gradualmente de la provisión, no sin antes haber organizado y habilitado los Servicios Regionales de Salud (SRS) que articulen en red los establecimientos y niveles de atención y garanticen la atención integral y continuada de las personas y sus riesgos sanitarios. La fuente de financiamiento corresponderá a los ingresos del per cápita pagado por la seguridad social a través de los contratos de gestión suscritos entre estos proveedores públicos y el SENASA.

Las Direcciones Provinciales de Salud (DPS), cuyas funciones aún son mixtas pues operan como dependencias del nivel central responsables de acciones de rectoría mientras también participan en la administración de los servicios de salud, se transforman en instancias desconcentradas llamadas a conducir localmente el sector salud.

Las DPS son responsables por la habilitación de establecimientos, la evaluación de la calidad, el acceso y el desempeño de los proveedores de servicios de salud (públicos y privados), la vigilancia de las coberturas del aseguramiento local y la armonización de la provisión. Las DPS deben velar por que todos estos procesos se cumplan bajo los principios de equidad, integralidad de la atención y de acceso universal.

Con la aplicación de la Ley 87-01 se contempla descentralizar la función de provisión a través de las Regiones de Salud, al considerarlas como un espacio geográfico que permitiría obtener una economía de escala en la gestión de la provisión y en la entrega de atenciones del Plan Básico de Salud contemplado en el SFS.

El SFS en el régimen subsidiado comenzó el 1º de noviembre de 2002 en la Región IV, al sureste del país, y con ello se concretó una de las más importantes acciones de transferencia de fondos y responsabilidades al nivel local. El proceso del régimen subsidiado se ha extendido a las Regiones III y V, con un aproximado de 400,000 afiliados. Estas Regiones representan el 4.3% de la población total.

El inicio del SFS para el régimen contributivo (incluye a los empleados públicos y privados junto a sus dependientes) ha sido pospuesto por el CNSS en nueve ocasiones, durante los últimos 5 años. Lo anterior, ha impedido el acceso al Plan Básico de Salud al 30% de la población estimada para este régimen. La implementación del SFS está siendo analizada por el más alto nivel político.

En este contexto de reforma, la organización de la respuesta del SNS al VIH se desarrolla con características y procesos un tanto divergentes y con la concentración de funciones en las dos instancias responsables de coordinar y ejecutar la respuesta del SNS en el país: COPRESIDA y DIGECITSS.

Si bien la DIGECITSS ha sido fortalecida de manera importante, tanto en términos de infraestructura (procesos de planificación, gestión, normatización y supervisión) como de recursos humanos calificados, también la DIGECITSS ha venido asumiendo y fortaleciendo las funciones que duplican las acciones ya establecidas para otras dependencias.

En gran parte, esta duplicación de funciones está vinculada a la demanda impuesta por la expansión acelerada de unidades de atención para la provisión de servicios a personas con VIH. En este proceso, DIGECITSS asumió además de las funciones de gerencia de estas unidades de prestación de servicios, aquellas relacionadas con la habilitación de servicios, de compras y distribución de medicamentos.

Algunas de estas funciones han sido también asumidas por el COPRESIDA, entidad que además de coordinar la respuesta nacional y de actuar como responsable de establecer las políticas y estrategias en el área del VIH, se ha convertido en Unidad Ejecutora de los proyectos de financiamiento externo apoyados por el BM, el FM y la Fundación Clinton.

El análisis detallado de las funciones del COPRESIDA la revisten, en su versión original determinada por la ley que da origen a su creación, como la entidad rectora de la respuesta al VIH en el país, en tanto tiene la responsabilidad de la definición de las políticas y las estrategias nacionales con un carácter intersectorial. Esta función de rectoría de la respuesta nacional al VIH, se entrelaza con la función de rectoría del SNS que claramente es responsabilidad de la SESPAS.

Si bien en su concepto, COPRESIDA es una entidad que trasciende el sector salud para garantizar una respuesta "expandida" e intersectorial a la epidemia, en la práctica, sus acciones se enmarcan en el contexto de una respuesta de salud pública al VIH, coordinada y dirigida por el SNS. Esta situación se ha visto reforzada por la decisión presidencial, de diciembre de 2006, de "devolución" de la administración de COPRESIDA a la SESPAS. Los resultados de las entrevistas a informantes clave y el análisis de la información obtenida, indican una alta

complejidad y confusión en la delimitación de roles y funciones con un alto nivel de duplicación de órganos, mecanismos y procesos de coordinación y gestión, que compromete la capacidad general del SNS para una respuesta eficiente y efectiva al VIH. A manera de ejemplo, en la Tabla 8 se presenta una comparación de la composición del COPRESIDA y del MCP, la cual muestra la gran similitud de estas dos estructuras. También existe una gran semejanza en cuanto a las funciones de coordinación de estas dos entidades, aunque en el caso del MCP éstas se limitan al proyecto del FM.

A la par del proceso de reforma del SNS, continúan existiendo entidades y mecanismos verticales para la rectoría y la coordinación de la respuesta al VIH que claramente duplican funciones, y que necesitan ser revisados en el contexto de la reforma sectorial existente.

Tabla 8: Cuadro comparativo de la composición de COPRESIDA y MCP

Instituciones COPRESIDA	Instituciones MCP
SESPAS (Secretario de Salud- Presidente, Director Ejecutivo COPRESIDA)	SESPAS (Secretario de Salud)
Director Ejecutivo COPRESIDA	BP SIDA- COPRESIDA BP TB- PROFAMILIA
IDSS (Director o Directora) -Vicepresidente	
Secretariado Técnico de la Presidencia	
Secretaría de Estado de Educación (Secretario)	Secretaría de Educación Superior
Cuerpo Médico y Sanidad Militar (FFAA)	
Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP)	Empresa privada
Red de Personas Viviendo con VIH (REDOVIH)	Red de Personas Viviendo con VIH (REDOVIH)
Coalición de Organizaciones que Trabajan en VIH/SIDA	Coalición de Organizaciones que Trabajan en VIH/ SIDA (Secretariado)
	Iglesia
	OPS
	Coordinador Grupo Temático ONUSIDA

La evaluación encontró una debilidad importante de la función de rectoría de la autoridad sanitaria nacional, lo cual compromete la capacidad general del SNS para una respuesta eficiente y efectiva al VIH. Faltan mecanismos y procesos conducentes a una vinculación sinérgica entre las instancias.

Los resultados de las entrevistas a informantes clave y el análisis de la información obtenida revelan una alta complejidad y confusión en la delimitación de roles y funciones, que va acompañada de un alto nivel de duplicación de mecanismos y procesos de coordinación y gestión. Esta situación se ve agravada por los requerimientos de los financiadores externos para establecer estructuras organizativas específicas y verticales para el manejo de los fondos.

No obstante, de acuerdo a la legislación y los acuerdos vigentes, es la máxima autoridad de la SESPAS quien preside todas las instancias llamadas a coordinar. Por lo tanto, existe un gran potencial para el fortalecimiento acelerado de la función de rectoría de la autoridad sanitaria.

Un aspecto importante en el ejercicio de la rectoría es la capacidad de asignar recursos en coherencia con las prioridades y estrategias nacionales establecidas. En este sentido, la capacidad de rectoría de la SESPAS se ha visto limitada. Como unidad ejecutora de los dos proyectos más importantes, desde el punto de vista de disponibilidad de recursos para el país, COPRESIDA es la entidad que en el día a día toma decisiones en cuanto a la asignación de recursos.

4.3.2 Rectoría y gerencia estratégica, monitoreo y evaluación de la gestión

La capacidad de gerencia estratégica del SNS está mediada por procesos centralizados y verticales de planificación, monitoreo y evaluación de la gestión en VIH, que más que responder a una planificación estratégica nacional han sido estructurados como respuesta a los dos grandes proyectos que en este momento financian las actividades en VIH (BM y FM). El PEN concluyó en el año 2003 y una nueva versión estaba en proceso de elaboración durante el desarrollo de esta evaluación.

En estos momentos COPRESIDA se encuentra en un proceso nacional altamente participativo de definición del PEN, el cual involucra actores de los niveles nacionales y locales. Se espera que al final del proceso se cuente con un PEN y con planes multisectoriales para el VIH en las distintas regiones del país.

La formulación del PEN, y más que la formulación, los procesos subsecuentes de implementación, monitoreo y evaluación, presentan oportunidades para el fortalecimiento de la respuesta al VIH; pero al mismo tiempo representan retos importantes para el fortalecimiento de la respuesta integral del SNS. La SESPAS, como entidad rectora del SNS y entidad responsable de COPRESIDA, tendrá que desarrollar mecanismos para la integración armónica de estos procesos de planificación verticales con los procesos de planificación propios del SNS, expresados en el PLANDES, y los mecanismos de implementación operativa del mismo.

Es importante que la SESPAS identifique, desde el proceso mismo de formulación del PEN, los mecanismos de articulación con el PLANDES y los procesos de planificación estratégica, monitoreo y evaluación del SNS para minimizar la duplicación de esfuerzos y recursos.

A nivel nacional, las entidades responsables cuentan con planes operativos anuales y procesos sostenidos de monitoreo de las actividades mediante reuniones de los equipos técnicos. El monitoreo, sin embargo, se realiza más en función del seguimiento de procesos que en función del impacto obtenido con las acciones. Esto se debe en gran medida a que las 32 metas establecidas son de distinta naturaleza y están más relacionadas con los proyectos que con la necesidad de expresar las prioridades del SNS. En los niveles territoriales estos procesos son más limitados.

En general los DPS, DRS y establecimientos de salud, tienen un conocimiento limitado de la situación epidemiológica y, por lo tanto, desconocen la situación local. No existe un buen conocimiento de la situación de la epidemia, sus tendencias y grupos más afectados o de mayor vulnerabilidad. Tampoco existe un buen conocimiento de la cobertura estimada de atención a personas con VIH y de acciones de promoción y prevención en los grupos de población más vulnerables, además de que no se conocen las necesidades de salud de la población flotante y extranjera.

Un buen análisis de situación es esencial para el establecimiento de metas provinciales que guíen los procesos de planificación estratégica. La SESPAS y DIGECITTS tienen mucha información, pero su utilización como una guía para la planificación, programación y el monitoreo del impacto de los programas es muy limitada para los diferentes niveles.

A pesar de que los planes provinciales están en su mayoría incompletos, hay evidencia de que las DPS tienen algunos procesos establecidos de planificación estratégica, monitoreo y evaluación: la mayoría (58%) de las DPS visitadas tienen metas provinciales definidas en función de los ODM con metas específicas para PNTRV en el contexto de la iniciativa de "Tolerancia Cero" y llevan a cabo actividades de monitoreo (67%). Aunque es alentador que a este nivel se establezcan metas específicas para PNTRV, también es necesario que se fijen metas para los otros componentes del programa (personas con VIH, prevención de la transmisión sexual del VIH y otras ITS).

A nivel de las DRS los procesos de planificación, monitoreo y evaluación son más limitados que en las DPS. Solamente una tercera parte de las DRS visitadas contaban con un plan estratégico y con metas regionales definidas para VIH/ITS en función de las metas nacionales (Plan Decenal de Salud, Tolerancia Cero y ODM), y con

procesos de seguimiento del nivel de avance de las metas establecidas o actividades de monitoreo y evaluación periódicas hacia el logro de metas y objetivos nacionales y regionales.

En la minoría de los casos (30%) las actividades de planificación, monitoreo y evaluación para VIH/ITS se realizan con la DRS para cada programa. La colaboración con la DIGECITSS es fuerte en este aspecto (casi 100%).

En cuanto a los establecimientos, más de la mitad de los hospitales (56%) tienen metas definidas para VIH/ITS en función de las metas nacionales (Plan Decenal de Salud y Tolerancia Cero), pero su logro requiere esfuerzos adicionales. La mayoría de los hospitales (61%) realizan actividades de monitoreo y evaluación periódicas del progreso obtenido en el logro de sus metas y objetivos en los contextos nacional y regional. Más de la mitad de los hospitales visitados (56%) realizan actividades de planificación, monitoreo y evaluación para VIH/ITS en colaboración con la DRS y DIGECITSS (78%).

En cuanto a las UNAP, las actividades de planificación, monitoreo y evaluación con cualquiera entidad son casi inexistentes. Sólo el 18% de las UNAP reportó actividades de planificación en coordinación con las DRS o DPS y el 27% con DIGECITSS. Las UNAP funcionan desconectadas de la realidad local, únicamente el 36% reportó actividades de planificación, monitoreo y evaluación con las ONG, organizaciones comunitarias, grupos de personas con VIH o religiosos para apoyar la provisión de servicios.

Las entrevistas a informantes claves confirmaron el carácter aún muy centralizado de los procesos de gestión. A nivel territorial, la priorización y planificación que se ejecuta a nivel central para ser implementada en los ámbitos territoriales, es percibida como una amenaza que desarticula los planes locales. La DRS requiere mayor definición de su rol dentro del DIGECITSS. Las DPS tienen prioridades de salud colectiva (como por ejemplo el dengue o la rubéola, entre otras) que estancan el avance de los otros programas. En el caso del Programa Nacional de ITS, VIH y Sida se realizan las inversiones sin discutir con la DPS, quien participa sólo como invitado. Las DPS requieren que la DIGECITSS reconozca su función rectora y les comparta toda la información.

En cuanto a la coordinación de las distintas instancias del SNS para la respuesta al VIH en los niveles territorial y de establecimientos, se evidencian algunos esfuerzos de coordinación que podrían mejorar. Las DRS realizan actividades de planificación, monitoreo y evaluación para VIH/ITS en colaboración con DIGECITSS (60%), pero no existe esta colaboración con las DPS. Sin embargo, durante la evaluación, la DPS de La Romana reportó tener buena coordinación y apoyo de la DIGECITSS. En algunas regiones (mediante entrevistas realizadas en la DPS, el hospital, la UNAP y un grupo comunitario) se reportó que la participación de la DRS era muy limitada.

4.3.3 Sobre el eje transversal de participación social

La participación social es considerada de mucha importancia en el desarrollo del SNS. Se han previsto varios espacios de participación y de cogestión en diferentes niveles organizativos del Sistema. Una de las dimensiones de la rectoría, priorizada en la presente administración, es el fortalecimiento de la participación de las organizaciones sociales en el monitoreo y evaluación, así como en la fiscalización social del funcionamiento de los servicios y programas (veedurías).

En el período que antecede a esta evaluación, la Dirección Ejecutiva de COPRESIDA realizó grandes esfuerzos para fortalecer la participación social. En su "Memoria Anual 2006", COPRESIDA reportó once alianzas estratégicas por bases poblacionales, constituidas por más de trescientas organizaciones de la sociedad civil. COPRESIDA ha facilitado el acceso de estas organizaciones a recursos financieros provenientes tanto del FM como del BM o a pequeños montos para intervenciones puntuales²⁶, a través de acuerdos contractuales como entidades sub-beneficiarias.

COPRESIDA ha realizado esfuerzos para la integración de las diferentes organizaciones que agrupan a las personas con VIH, a través de su participación como miembros del Consejo, de los mecanismos de veeduría de proyectos financiados por el COPRESIDA como Sinergia, o mediante el apoyo a las personas con VIH para su

²⁶ COPRESIDA, Memoria Anual 2006

involucramiento en actividades auspiciadas por COPRESIDA en el ámbito local e internacional (UNGASS 2006, Toronto 2006)²⁷. Una de las innovaciones introducidas por COPRESIDA en este periodo ha sido la contratación de personas con VIH para prestar servicios como consejeros pares en las UAI y ejercer la función de veeduría de la prestación de servicios.

La evaluación encontró que la relación establecida por COPRESIDA con las organizaciones no gubernamentales, y particularmente el sistema de contratación a representantes de la comunidad afectada, amenaza el logro real de esta prioridad. La percepción de muchos actores, tal como fue expresado en los grupos de discusión con representantes de las ONG y de personas con VIH, es que el establecimiento de contratos con organizaciones de la sociedad civil interfiere con el ejercicio de “cumplir su función de veeduría, ya que no puede ser crítica del patrón”²⁸. Otro aspecto que debe ser considerado es la sostenibilidad de estas intervenciones, pues se establecen mecanismos de participación muy dependientes de la disponibilidad de financiamiento externo, el cual se irá reduciendo progresivamente.

Otro aspecto importante de la participación social es el alto nivel de involucramiento de las ONG que ofrecen un apoyo importante a la atención. Sin embargo, el beneficio de estas alianzas se ve comprometido por prácticas en las instituciones de salud que responden a los principios de las organizaciones de base religiosa, más que a principios de salud pública y evidencia. Por ejemplo, en las visitas de terreno se reportó que en algunos hospitales en donde opera el PNRTV existen acuerdos con entidades religiosas que explícitamente excluyen la promoción del uso del condón y la planificación familiar. Estos acuerdos están en contra de las políticas nacionales de salud y representan consecuencias muy negativas para el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva de la mujer dominicana. En este sentido, es necesario el ejercicio de la rectoría de la SESPAS para propiciar alianzas con las organizaciones de base religiosa que se enmarquen en la política nacional de salud y fortalezcan un enfoque de salud pública.

4.3.4 Sobre la transversalización del enfoque de género en la respuesta del SNS ante el VIH

En el desarrollo del SNS se ha considerado necesario impulsar una mejor comprensión sobre las necesidades de género y su impacto en la salud de las poblaciones, y sobre la necesidad de que al interior del SNS se fortalezca el abordaje de género. Este aspecto es considerado actualmente a través de la “base poblacional de género” definida por el COPRESIDA.

El enfoque, tal como se define en la Memoria Anual del 2006, es limitado en cuanto al contenido de las acciones de esta base poblacional, debido a que está fundamentalmente dirigido a mujeres (a través de “medidas y mecanismos para incidir en la reducción del VIH en esta población”) y a la necesidad de contrarrestar las inequidades de género mediante su empoderamiento.

Es importante señalar que, conceptualmente, resulta difícil definir una “base poblacional de género”, ya que el enfoque de género debería permear las intervenciones de prevención de todas las bases poblacionales: jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres, niños, niñas, adolescentes, etc. Los resultados de esta evaluación revelan una escasa capacitación del personal de salud en el enfoque de género para el abordaje de la atención integral al VIH.

4.3.5 Regulación

Uno de los aspectos importantes de la rectoría del SNS es la capacidad para la implementación de políticas, normas y procedimientos para garantizar el acceso equitativo a servicios de calidad.

Como se mencionó en el acápite anterior, la DIGECITSS cuenta con normas y protocolos de atención para las personas con VIH, PNRTV e ITS. Sin embargo, existe un bajo cumplimiento de estas normas en los establecimientos de la red de servicios, particularmente de los protocolos de PNRTV e ITS, con mecanismos inapropiados de auditorías y rendición de cuentas.

²⁷ COPRESIDA, Memoria Anual 2006

²⁸ OPS/OMS: Resumen de entrevistas directas a grupos de representantes de las ONG y de personas con VIH.

La DIGECITSS ha establecido mecanismos de monitoreo de la prestación de servicios, en atención integral a personas con VIH, PNRTV, e ITS en cuanto a la concordancia con los suministros solicitados y con la norma. Los informes sobre el nivel de cumplimiento del estándar son contradictorios. Una vez se documenta el estado de prestación de servicios (cantidad y calidad) no existen los mecanismos para implementar las recomendaciones realizadas, salvo en las Unidades de Atención Integral (según referencia de DIGECITSS).

4.3.6 Estigma y discriminación en el SNS

Un elemento que se destaca como tema central de la rectoría, es el alto nivel reportado de estigma y discriminación por parte de algunos proveedores de servicios hacia las personas con VIH. Según los informantes de los grupos de discusión en los que participaron personas con VIH, la negación de servicios médicos a personas conocidas o supuestamente infectadas es una conducta frecuente. Estas personas también describieron casos de negación de cirugías, atención de partos y atención dental y reportaron que en los hospitales públicos no hay respeto a la confidencialidad, lo que genera actitudes de rechazo de parte de todo tipo de personal (médicos, enfermeras, personal de limpieza, recepcionistas y otros).

La SESPAS no cuenta con una política explícita del VIH en el lugar de trabajo, ni con un plan de acción para la reducción del estigma y la discriminación en los servicios de salud. Y aunque DIGECITSS y COPRESIDA han realizado esfuerzos en este sentido a través de capacitaciones del personal de salud para la reducción del estigma y la discriminación, éstos no han permeado el conjunto de los prestadores de servicios de la red. Los informantes clave aseguran que las acciones que se toman para el abordaje del estigma y la discriminación se producen de manera reactiva, de acuerdo al nivel de presentación de quejas en una institución.

Es importante destacar que las UAI son reconocidas como servicios amigables que han reducido de forma importante el estigma y la discriminación en su interior, proceso que se atribuye a la capacitación que este personal ha recibido. Lo anterior significa que el país cuenta con experiencias que pueden ser utilizadas para trabajar con el resto del personal de salud, y que la SESPAS tiene las condiciones para implementar una política de tolerancia cero frente a la discriminación y al estigma hacia personas con VIH y grupos vulnerables.

El estigma y discriminación es exacerbado para aquellas personas con VIH de origen haitiano. La política de la SESPAS obliga a los servicios de salud a no rechazar a ninguna persona, entre ellas a los emigrantes de origen haitiano que acuden a los establecimientos de salud para recibir el servicio. De hecho, de acuerdo a los datos proporcionados por DIGECITSS, 21,200 embarazadas de nacionalidad haitiana fueron atendidas por los servicios de atención prenatal durante el período 2003-2004. La tasa de prevalencia de la infección por el VIH en esta población se mantuvo igual durante dicho periodo (2.05 para el 2003 y 2.03 para el 2005). Sin embargo, en las entrevistas de terreno, se perciben niveles de trato diferencial para esta población por algunos proveedores.

Una situación inquietante encontrada en los grupos de discusión fue la percepción, por parte de las personas con VIH, de que el problema del VIH está relacionado con la población haitiana. Expresiones como *“la epidemia nos la han traído los haitianos”*, *“las mujeres haitianas sólo vienen a usar nuestros servicios”*, *“el problema está muy concentrado en los bateyes y hay que atacar la migración”*, indican la necesidad de realizar actividades de sensibilización y de revisión de actitudes con la comunidad de personas con VIH.

Parecería ser que la incertidumbre relacionada con la posibilidad de que se interrumpa el acceso a los tratamientos una vez se agoten los fondos existentes genera actitudes de discriminación en las personas con VIH, expresadas en comentarios como *“no es justo que se consuman los recursos destinados a la República Dominicana para tratar a los haitianos que viven en los bateyes o que vienen aquí para tratarse, que se usen fondos de Haití.”*

El abordaje de esta dimensión del estigma y la discriminación es fundamental para garantizar el avance hacia la meta de acceso universal. Para ello, es importante desarrollar estrategias de sensibilización y educación que aborden la falsa percepción de que el problema del VIH en la República Dominicana es “importado al país” por población migrante, y que informen del papel que juegan los movimientos de población en la transmisión del VIH, tanto dentro del país, como hacia y desde el exterior.

Es necesario que se consoliden los procesos en marcha para el desarrollo de una estrategia binacional que permita optimizar los recursos existentes para garantizar el acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento a la población migrante en La Hispaniola. Un análisis de situación que trate a la Isla en su conjunto resulta fundamental para informar este proceso binacional.

4.3.7 Dimensiones de la función de atención a las personas

La función de atención a las personas, del SNS, se expresa en la conformación y desarrollo de las Redes Únicas de Servicios Públicos de Salud. Estas redes deben ser descentralizadas y estructurarse con base poblacional y territorial por niveles de atención y con oferta de servicios por ciclos de vida. La SESPAS ha definido que las Direcciones Regionales de Salud (DRS) constituyen los órganos responsables del proceso de descentralización y estructuración de la redes. En este sentido, las DRS tienen la función de organizar, desarrollar y gestionar las Redes Regionales de Servicios de Salud, subordinadas normativamente a la Subsecretaría de Atención a las Personas.

Los niveles de atención de las redes de servicios de salud están definidos como:

Nivel primario: con base territorial y poblacional y una Unidad de Atención Primaria.

Nivel de atención especializada de diferentes niveles de complejidad (hospital municipal, hospital regional, hospital nacional) y con disponibilidad de camas de internamiento.

4.3.7.1 Modelo de atención al VIH, redes de servicios públicos y reforma (separación de funciones)

Debido a que la República Dominicana tomó la decisión de ofrecer tardíamente el TARGA, en un contexto de relativa emergencia, la DIGECITSS concentró sus esfuerzos en la ampliación de la oferta de servicios de atención con la creación de estructuras nuevas denominadas Unidades de Atención Integral (UAI) y el desarrollo del PNRTV integrado a las maternidades.

Además, la DIGECITSS inició la expansión de la “terapia preempacada” para el manejo sindrómico de las ITS. Estos esfuerzos han sido apoyados desde el COPRESIDA, entidad que como ya se explicó maneja la gran mayoría de recursos financieros existentes (FM y BM). En su comienzo, el establecimiento de las primeras UAI contó con el apoyo técnico y financiero de USAID, mientras el PNRTV obtuvo el apoyo de UNICEF. Estas acciones, por lo general, no estuvieron acompañadas o coordinadas por la Subsecretaría de Atención a las Personas y las DRS.

La evaluación encontró que cada uno de estos servicios se estructura con poca planificación y en función de modelos distintos de organización de la prestación, en paralelo a los procesos de reorganización en marcha de las redes de servicios para la implementación de la separación de funciones de la reforma. En general, se ha establecido un sistema de gestión de la atención paralelo al VIH/ITS que tiene su máxima expresión en el manejo de las UAI, ya que debido a su naturaleza, en el caso del PNRTV y del manejo sindrómico de las ITS, han generado mayores niveles de integración con los servicios.

A continuación este informe trata de manera más detallada el análisis del modelo de atención de las UAI, por las implicaciones futuras que pueda tener en la integración de la atención al VIH en la red de servicios y su sostenibilidad.

Durante el período 2003-2006 hubo una fuerte expansión del número de UAI, pasando de 14 en el año 2004 a 46 en el 2006. Actualmente las UAI cubren la mayor parte del territorio en las principales ciudades del país, aunque no existen en todas las provincias. La mayoría de las Unidades de Atención Integral están ubicadas en los hospitales de tercer nivel o provinciales y en clínicas dedicadas exclusivamente a la atención de personas con VIH.

En las visitas de terreno realizadas se encontró que estas clínicas cuentan con instalaciones de buena calidad y de estructura adaptada, recursos humanos capacitados, buena disponibilidad de medicamentos y un sistema de información para el monitoreo de pacientes. Sin embargo, la red de UAI es gestionada directamente por la DIGECITSS y no está integrada de manera funcional a la red de servicios.

Un aspecto importante a destacar es el relativo a la gestión del recurso humano: aunque el personal de salud de las UAI es personal asignado de la SESPAS, recibe una compensación adicional proveniente de los proyectos y trabaja exclusivamente para la prestación de servicios a personas con VIH. Por otro lado, se ha creado una categoría nueva de personal que queda fuera de la estructura de recursos humanos de la SESPAS, tanto en la definición de responsabilidades y funciones, como en los niveles de supervisión, salario y beneficios (este tema se explica con más detalle en el componente de recursos humanos).

Es importante destacar que las UAI proveen fundamentalmente atención ambulatoria y que a pesar de que se contempla la necesidad de articulación de estos servicios con el resto de los servicios de los hospitales para una atención integral a personas con VIH, los mecanismos de referencia y contrarreferencia no están claros, y varían de acuerdo a la iniciativa de los proveedores. El equipo de evaluación no tuvo acceso a las normas de manejo hospitalario del VIH.

La atención hospitalaria de internamiento a personas con VIH u otros servicios especializados que no pueden ser provistos por las UAI, no forma parte de la planificación actual del DIGECITSS ni del COPRESIDA. De hecho, las estadísticas de egresos hospitalarios por VIH no estuvieron disponibles para esta evaluación ni son conocidas por la DIGECITSS. Esto refleja una falla del modelo para garantizar una atención integral continua y la necesidad de un acercamiento mayor de los niveles programáticos y normativos con la red. Es probable que debido a esta desarticulación con los servicios de internamiento hospitalario, exista un alto número de oportunidades perdidas en la captación de los pacientes que ya están teniendo manifestaciones de falla inmunológica y que necesitarían ingresar en tratamiento de ARV de manera inmediata.

Las implicaciones del presente modelo para el alcance de la meta de acceso universal con sostenibilidad, son las siguientes:

Fomento del estigma: a pesar de que la dedicación exclusiva de infraestructura de servicios para las personas con VIH representa en el corto plazo una atención ambulatoria privilegiada para esta población, en el sentido de la calidad y calidez de los servicios para aquellos que tienen acceso a las UAI, constituye también un elemento de fomento del estigma debido a que la confidencialidad de la atención resulta imposible. Tanto los usuarios como el personal de salud de los establecimientos conocen que los usuarios que asisten a estas clínicas (UAI) son personas con VIH.

A pesar de que no se cuenta con información al respecto, se puede asumir que esta condición podría estar limitando el acercamiento de las personas con VIH al servicio (como se mencionó anteriormente, las UAI sólo lograron captar el 21% de la población de personas con VIH estimada en el 2006).

Elevación de los costos de la atención: aunque la información para el cálculo del costo total de la atención en las UAI no estuvo disponible para el equipo de evaluación, debido a las características ya mencionadas de financiamiento externo para infraestructura y pago de recursos humanos con niveles muy por encima de los establecidos en la SESPAS y a la existencia de sistemas de abastecimiento y distribución de ARV paralelos a los de la SESPAS, es razonable deducir que en la actualidad el costo de funcionamiento de estas unidades es muy superior al costo de funcionamiento del resto de los servicios.

El costo de la atención se incrementa además por la disparidad en el volumen de pacientes de las distintas unidades (algunas reportan un volumen de menos de 20 pacientes en seguimiento). Lo anterior, tiene muchas implicaciones en relación de las decisiones futuras de expansión, sobre todo cuando la red de servicios todavía tendría que asumir la atención para aproximadamente el 80% de la población de personas con VIH estimada y que aún no ha sido captada.

Distorsión de condiciones salariales y laborales: este tema se trata con detalle en el acápite de recursos humanos.

Dilución de la responsabilidad de la red de servicios de atención integral al VIH: las entrevistas a informantes clave revelaron que existe confusión para reconocer la responsabilidad primaria de la red de servicios para la prestación de la atención integral a las personas con VIH. Muchos de los proveedores de salud perciben el servicio prestado a las personas con VIH como una contribución adicional, que está fuera de sus funciones, debido a que este servicio es responsabilidad de la DIGECITSS.

La DIGECITSS por su parte, refiere que ha habido falta de apropiación de este tema por parte de los niveles de la Subsecretaría de Atención a las Personas, mientras que dicha Subsecretaría hace referencia al manejo vertical de los procesos por parte de la DIGECITSS. Esta aparente confusión en las percepciones amerita que la SESPAS defina con claridad y comunique los roles y responsabilidades de las distintas instancias en cuanto a la atención integral al VIH, en el contexto de la separación de funciones en marcha. Esto requiere, además, un esfuerzo sostenido para fortalecer la Subsecretaría de Atención a las Personas y la red de servicios, con recursos y capacidades para una transferencia progresiva de la gestión de la atención desde DIGECITSS a la red.

Barreras de acceso geográfico: el hecho de que la atención ambulatoria, incluso de nivel primario, se efectúe en unidades ubicadas en los hospitales de las ciudades, ocasiona barreras de acceso para las personas con VIH que viven en zonas alejadas al lugar de ubicación de los hospitales. Por ejemplo, en los grupos de discusión con usuarias de los servicios de PNRTV se hizo referencia a que la prueba gratuita se realiza en pocos lugares (generalmente en hospitales) pero no en la mayoría de las UNAP o clínicas rurales, en donde se hace el control prenatal. Las mujeres reportan: “nos cuesta mucho tiempo y recursos, porque a veces no tenemos el pasaje para ir al hospital, tenemos que coger un motor que cuesta 40 pesos, más el pago de los análisis”²⁹.

4.3.8 Contenido de la atención integral de las personas con VIH.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el país ha asumido el compromiso para la atención integral de las personas con VIH, incluyendo el tratamiento ARV. Esta atención es asumida por la DIGECITSS fundamentalmente a través de las UAI. Las visitas de terreno identificaron muchas fortalezas en cuanto a la calidad y calidez de la atención que se presta a las personas con VIH en estas unidades. Las UAI visitadas están equipadas para proveer una gama de servicios que garantizan la integralidad de la atención ambulatoria de personas con VIH (niños y adultos), incluyendo monitoreo y seguimiento clínico; consejería; nutrición; tratamiento de infecciones oportunistas; acciones de prevención y promoción sin olvidar grupos vulnerables; y gestión de los medicamentos con prescripción de ARV y notificación de reacciones adversas. Las UAI tienen acceso a pruebas de laboratorio para VIH y estadio clínico, y para el diagnóstico de infecciones oportunistas. Además cuentan con buen acceso a la atención clínica general, atención pediátrica y atención odontológica.

El equipo evaluador puede inferir, con cierto nivel de confiabilidad, que una vez que la persona con VIH entra en contacto con la UAI y puede mantener este contacto, la atención recibida permite la identificación oportuna de la necesidad de ARV. En este momento se puede afirmar que todos los pacientes en seguimiento en las UAI que necesitan tratamiento ARV lo reciben. Es importante destacar que en las entrevistas se encontró un alto nivel de satisfacción de los usuarios de las UAI.

En cuanto a las debilidades en el contenido de la atención, los elementos más relevantes son los siguientes:

- No se realizan acciones de inducción a la demanda para captación temprana (acciones preventivas, de IEC a la población y por subgrupos poblacionales, etc.)
- La no oferta gratuita de la prueba a la población general ni a poblaciones de mayor riesgo como los(as) usuarios(as) de los servicios de ITS y TB. La prueba del VIH se ofrece a aquellos pacientes que presentan

²⁹ Las participantes de los grupos focales de usuarias de PNRTV reportan que actualmente las personas que no están incluidas en el seguro, tienen que pagar RD\$150 por los exámenes de laboratorio, incluyendo el VIH. Las personas actualmente registradas en el SFS son aún una minoría.

cuadro clínico o a quienes la demandan de forma espontánea, pero tiene un costo de \$100 – 200. La expansión de estos servicios, incluyendo campañas de comunicación para la promoción de la prueba, está contemplada en los POA de DIGECITSS y COPRESIDA.

- No hay búsqueda temprana de casos, salvo el diagnóstico que se realiza por cuadro clínico o petición expresa del paciente.
- No se realizan actividades de promoción de los servicios de atención integral para VIH y existe una escasa relación de los servicios de las UAI con las comunidades, lo cual dificulta el aprovechamiento del potencial comunitario para mejorar y potenciar los servicios.
- Existen limitaciones en la provisión de servicios relevantes como la PEP, la atención para las mujeres víctimas de violencia sexual, atención a la tuberculosis y atención a las ITS.
- La existencia de grupos de personas con VIH solamente en 50% de las UAI (8/17).
- Sistema de referencia y contra referencia solamente en 7 de 12 unidades hospitalarias.
- Acceso limitado a atención quirúrgica, incluyendo atenciones obstétricas.

La atención integral a personas con VIH en las UNAP y en los hospitales no ha sido totalmente asumida e integrada (en los hospitales fuera de las UAI y en las UNAP está prácticamente ausente en las UNAP). La Tabla 9 presenta un resumen de las principales fortalezas y debilidades encontradas por el equipo evaluador en los hospitales visitados.

Tabla 9: Fortalezas y debilidades en los hospitales

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de recursos humanos capacitados y de buena calidad (salvo para la consejería). • Oferta ampliada de servicios. • Mayoría de las instalaciones de buena calidad y de estructura adaptada. • Apoyo de la iglesia para la atención a pesar de los conflictos en prevención (preservativo/planificación familiar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal capacitado en consejería. • La falta de captación después de la prueba se refleja en el bajo número de numeraciones de CD4 (11 por año en los hospitales estudiados) comparado con el número de pruebas positivas (>300 por año). • Falta de normas disponibles en el 25% de los hospitales. • Falta de material educativo en el 25% de los hospitales. • PEP disponible solamente en el 60% de los establecimientos. • Atención a las mujeres víctimas de violencia sexual en menos del 50% de los establecimientos. • La atención a las ITS solamente está disponible en el 50% de los hospitales (falta de terapia preempacada en algunas provincias). Casi no se indica la prueba de sífilis: 107 pruebas comparadas a las 22,800 pruebas VIH realizadas en el año. • Problemas de bioseguridad • Casos de discriminación. • Problemas de confidencialidad.

Fuente: OPS/OMS

Atención integral a la mujer y prevención de la transmisión maternoinfantil y la sífilis congénita

Las estrategias que trabaja el PNRTV son la educación sexual, la prevención de la infección por el VIH, la prevención de embarazos y la reducción de la transmisión maternoinfantil, mediante acciones específicas como son la consejería pre y post prueba, administración de antirretrovirales según el caso, realización de cesárea en las mujeres, negociación de alimentación de reemplazo y seguimiento de las madres, niñas y niños incluidos en el programa.

En el acápite del análisis de la brecha se discutió el desempeño del SNS, desde la perspectiva de la cobertura de acciones que deberían realizarse a cada embarazada con VIH para reducir de manera efectiva la transmisión del VIH, y se identificaron las oportunidades perdidas de prevención en los servicios.

En este acápite se presenta un análisis más detallado de algunos de los hallazgos en los ámbitos técnico y administrativo que han limitado la implementación del PNRTV. En este contexto, se discute el proceso actual de adopción de un nuevo protocolo para el manejo de la transmisión materno-infantil con base en la triple terapia y la eliminación de la dosis única de Nevirapina.

A pesar de que casi la totalidad de las embarazadas asisten a la consulta prenatal y tienen su parto en los hospitales, el PNRTV sólo llega a captar a menos del 40% del total de embarazadas. A pesar de que se ha incrementado el número de instalaciones con servicios del PNRTV y se ha dado un aumento en el número de pruebas VIH en mujeres embarazadas, todavía se están dejando de captar más de la mitad de las mujeres embarazadas. Es importante señalar que en la gran mayoría de las unidades de atención primaria del país no se están brindando los servicios del PNRTV, ni siquiera la toma de muestras para la prueba VIH.

Aunque pareciera que la cobertura con pruebas de VIH a las mujeres embarazadas que acuden a las instalaciones de salud donde operan unidades del PNRTV estuviera mejorando, según datos parciales del 2006, más de la mitad de las mujeres embarazadas no tienen acceso a los servicios de PNRTV, y por ende no tienen ni siquiera la oportunidad de realizarse la prueba de VIH para saber si están infectadas o no.

El análisis de algunos de los indicadores de proceso revela:

- Cerca de 4 de cada 10 embarazadas con prueba de VIH no reciben consejería post prueba.
- Entre las embarazadas que no reciben consejería post prueba, hay una proporción no cuantificada de mujeres que no reciben el resultado, y por ende no tienen la oportunidad de saber si están infectadas o no, a pesar de haberse hecho la prueba VIH.
- Entre las embarazadas con VIH que son captadas y notificadas en el PNRTV, además de la baja cobertura efectiva de la madre con VIH:
- Cerca de 2 de cada 10 embarazadas con VIH recibe protección parcial (cesárea sin Nevirapina o parto normal con Nevirapina) para reducir la transmisión materno-infantil del VIH.
- Cerca de 4 de cada 10 niños(as) nacidos de madres con VIH detectadas por el PNRTV, no reciben Nevirapina o fórmula de sustitución de la leche materna, para reducir la transmisión materno-infantil del VIH. De estos, el 80% nacieron de madres con VIH detectadas por el PNRTV que no recibieron ninguna protección para reducir la transmisión materno-infantil del VIH.

Algunas de las causas más relevantes relacionadas a estas deficiencias son las siguientes:

- La percepción de que el PNRTV continúa siendo un programa completamente vertical persiste, a pesar de importantes cambios entre el 2004 (cuando se realizó la primera evaluación del PNRTV) y diciembre de 2006 (cuando se realizó la presente evaluación). La percepción de verticalidad continúa, a pesar de que el PNRTV consiguió coordinar las labores relacionadas con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en las DPS y con los servicios establecidos de atención prenatal, parto y puerperio en los hospitales donde operaban unidades del PNRTV.
- La integración "horizontal" del PNRTV dentro de las estructuras del sistema de salud ocurrió principalmente a nivel de las DPS y en los hospitales. En esta evaluación se evidenció que el 100% de las 12 DPS encuestadas tenían personal asignado al PNRTV, y el 83% de los 18 hospitales encuestados afirmaban tener conocimiento del cumplimiento de normas y protocolos para PNRTV. Además, se han realizado recientemente varias actividades de coordinación entre el PNRTV, la Dirección General de Materno Infantil y Adolescencia (DIGEMIA) y el Programa de Tuberculosis.
- El PNRTV no ha sido integrado en las UNAP y continúa siendo fundamentalmente de base hospitalaria. Esto se debe en parte a la debilidad de la infraestructura político y administrativa de las UNAP, tanto en

la integración vertical ascendiente con sus hospitales de referencia, DPS y DRS, como en la integración vertical descendiente, con grupos organizados de la comunidad. Por otro lado, no se han realizado acciones de fortalecimiento ni de inversión en las UNAP para facilitar que las mismas estén en la capacidad de integrar las acciones de atención de primer nivel correspondientes al PNRTV.

- Existe una falta de monitoreo a nivel de los hospitales donde opera el PNRTV. Sólo 38.9% de los 18 hospitales encuestados afirmaron tener conocimiento del número de mujeres que en el parto no tenían prueba VIH y sabían cuantas mujeres con VIH no recibieron Nevirapina.
- Necesidad de una infraestructura adecuada para la aplicación del protocolo actual. Varios hospitales visitados no estaban equipados para realizar cesáreas, lo que seguramente contribuye a que muchas embarazadas con VIH no reciban protección completa, la cual incluye cesárea + Nevirapina.
- Estigma y discriminación por parte de los proveedores de servicios. Fueron señalados casos donde el personal médico se negaba a hacer la cesárea a una mujer con VIH, hasta casos donde las embarazadas con VIH sentían temor de revelar su condición de infección por el VIH al acudir al hospital, debido a actitudes y comentarios abiertamente discriminatorios contra personas con VIH por parte del personal de los servicios de parto.

En este contexto organizacional la DIGECITSS está en un proceso de cambio de la normativa del PNRTV, mediante la adopción de un nuevo protocolo para el manejo de la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH con base en la triple terapia y la eliminación de la dosis única de Nevirapina.

La introducción del nuevo esquema combinado de terapia ARV para reducir la transmisión materno-infantil del VIH de manera más eficaz tiene amplio fundamento en evidencias científicas^{30,31}. Este esquema ofrece muchas bondades y está en consonancia con las recomendaciones de la OPS/OMS, en el caso de contextos operativos en los cuales se evidencia una capacidad instalada para administrar el nuevo esquema profiláctico. Sin embargo, la OPS/OMS reconoce que dependiendo del contexto organizacional y las realidades de cada país, puede ser necesario administrar el esquema de NVP en dosis única (NVP-du) hasta tanto se hayan tomado las medidas que permitan superar los obstáculos específicos para la administración efectiva de estos esquemas³².

El equipo evaluador ve con preocupación la introducción de un cambio de esquema en la situación actual, en la cual con un esquema bastante simplificado de manejo sólo se tiene una cobertura efectiva del 9%. Se recomienda a la SESPAS, que antes de iniciar la implementación del nuevo esquema, se realice un análisis detallado de los planes propuestos, considerando las siguientes preguntas:

- ¿Con la implementación del nuevo esquema ARV para reducir la transmisión materno-infantil del VIH, la cobertura de protección completa con servicios de calidad para las embarazadas con VIH en el país aumentará, disminuirá o quedará igual en relación con el esquema actual?
- ¿Con la implementación del nuevo esquema ARV para reducir la transmisión materno-infantil del VIH, la tasa de niños producto de madres con VIH en el país que quedan infectados por el VIH aumentará, disminuirá o quedará igual en relación con el esquema actual?
- ¿Podrían fortalecerse los servicios de TARGA para las madres con VIH que ameriten tratamiento sin modificar el esquema profiláctico para prevención de la transmisión materno-infantil en las mujeres que todavía no tienen indicación de TARGA? ¿Cuál es la proporción de las madres con VIH que actualmente ameritarían servicios de TARGA para mantener su salud?

³⁰ European Collaborative Study. Mother to child Transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Disease*. 2004; 40:458-65.

³¹ Prevention of mother to child transmission of HIV infection. Luzuriaga K, Sullivan JL *Clin Infect Dis* 2005;40:466-7.

³² OPS/OMS: ARV para el tratamiento de embarazadas y la prevención de la infección por el VIH en los lactantes en Latinoamérica: Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Documento borrador.

- ¿Cuál es la proporción de mujeres en edad reproductiva que ameritan TARGA y no lo están recibiendo? ¿Cómo podría aumentarse la cobertura de TARGA en esta población mediante las UAI?
- ¿Cuáles son las condiciones necesarias de infraestructura, desarrollo de recurso humano e insumos para un cambio de esquema?
- ¿Qué se debe cambiar en los servicios de salud para garantizar un aumento acelerado de cobertura efectiva de PNRTV, al tiempo que se introduce el nuevo esquema? ¿Cuáles son los obstáculos que habría que abordar?
- ¿Cuál sería desde el punto de vista costo-efectivo la mejor manera de implementar el nuevo esquema?

Cuanto mejor fundamentadas estén las respuestas a cada una de estas preguntas, más preciso será el análisis de los beneficios sustanciales que en términos de impacto (reducción de la TMI), pueden significar la decisión de implementar el nuevo esquema de terapia ARV para reducción de la transmisión materno-infantil del VIH.

El equipo evaluador considera que el factor más importante a considerar en esta decisión de implementar o no, o de cuando implementar el nuevo esquema de TARGA, es anticipar si las estrategias que serán adoptadas para implementar el nuevo esquema podrán aumentar significativamente la cobertura efectiva de servicios de calidad a las embarazadas con VIH para reducir la transmisión materno-infantil.

Esto es de tal importancia, que la decisión de implementar el nuevo esquema deberá estar supeditada al análisis de las medidas previstas para garantizar que a la par de la introducción del nuevo esquema, se produzca un aumento significativo de la cobertura y calidad de los servicios y, más importante aún, evitar que se produzca una disminución del nivel de cobertura alcanzado en el último año, como efecto no deseado o previsto de la implementación del nuevo esquema.

Las siguientes medidas pueden ser consideradas para implementar el nuevo esquema:

- Expansión acelerada de los servicios de atención integral, incluyendo TARGA a mujeres con VIH en edad reproductiva y con énfasis en embarazadas, lo cual podría realizarse mediante la utilización de servicios existentes de planificación familiar o salud reproductiva y la implementación de una estrategia de prueba de VIH y asesoría, iniciada por el proveedor para esta población en cualquier contacto que la mujer realice con los servicios de salud.
- Mejorar la calidad de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en todos los establecimientos.
- Expandir los servicios e intervenciones para la prevención de la transmisión sexual del VIH en mujeres en edad reproductiva, con énfasis en adolescentes y jóvenes.
- Utilizar un abordaje programático por fases sucesivas en la implementación del nuevo esquema: identificar sitios "piloto" en los cuales, con un análisis de situación bien fundamentado, se introduzca el nuevo esquema, se evalúe y, en función de los resultados, se definan las fases sucesivas. Es importante resaltar la necesidad de que la implementación del nuevo esquema esté acompañada de actividades específicas para mejorar la calidad de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en los servicios seleccionados y en los distintos niveles, reforzando el nivel de atención primaria.
- Continuar con la implementación del esquema actual en los establecimientos que no estén incluidos en los sitios seleccionados y en las distintas fases definidas para la implementación del nuevo esquema.

4.3.9 Gestión de antirretrovirales, otros medicamentos e insumos básicos

4.3.9.1 Política farmacéutica

A pesar de que en el año 2001 la Comisión de Medicamentos para VIH/Sida, formuló una propuesta de política de ARV, el proceso no se continuó. Esta propuesta incorporaría, entre otros, aspectos relativos al suministro de los medicamentos requeridos para atender a las personas con VIH. Actualmente COPRESIDA tiene contemplado dar continuidad a la formulación de la política, dentro del Plan Operativo Anual 2005-2007.

De otro lado, la Comisión Presidencial de Política Farmacéutica aún no ha establecido mecanismos para articular acciones con los involucrados en el acceso a medicamentos para VIH y sida, como es su responsabilidad. En este sentido, es indispensable que se articulen ambas instancias- COPRESIDA y COPFAN- alrededor del tema, a fin de evitar duplicidad de esfuerzos y abordajes.

4.3.9.2 Garantía de acceso a tratamiento ARV, IO e ITS.

Al revisar el contenido de la Ley de Sida 55-93, se aprecia que está más orientada a proteger y hacer valer los derechos de la población que vive con el síndrome y no es explícita en relación a esfuerzos y mandatos para garantizar el acceso a la atención integral. Esta ley está en proceso de revisión desde el año 2002 y se identifica este espacio como una oportunidad para introducir específicamente el derecho de las personas con VIH a los medicamentos ARV.

Como resultado de las diferentes entrevistas en el nivel central, regional y unidades de atención, se ha podido apreciar que los pacientes que están en tratamiento, tienen acceso regular a los ARV y medicamentos para IO. El problema estaría con los pacientes que necesitan tratamiento y no han sido captados, de acuerdo con lo establecido en el capítulo de brechas.

Distribución de pacientes por línea de tratamiento

La falta de información consensuada y sólida sobre la forma en que se distribuyen las personas en TARGA en cada un de los esquemas de tratamiento plantea un desafío al esfuerzo de hacer proyecciones y ofrecer recomendaciones respecto el tema de uso y costo de los medicamentos.

DIGECITSS entregó dos conjuntos de información diferentes en enero de 2007 y marzo de 2007. Estas se presentan como Estimación I y Estimación II en las Tablas 10 y 11, respectivamente. Por ejemplo, para el año 2005, informó al grupo evaluador que el 20% de los pacientes estaba bajo tratamiento de segunda línea. Dos meses más tarde reportó que esta cifra era de 10.79%. Lo mismo ocurrió en relación a los datos de 2006. El primer reporte informó que un 9.27% de pacientes estaba en segunda línea y el segundo reportó un 11.45%. En síntesis, la información sobre la distribución de los pacientes entre primera línea, segunda línea y rescate es inconsistente.

Tabla 10: Distribución de pacientes en TARGA por línea de tratamiento I				
Esquema	2005	2006	2007 (estimativa) (DIGECITSS)	2007 (estimativa) (COPRESIDA)
Primera línea	1,920 (80%)	3,934(90.7%)	6,998 (87.5%)	6,298 (90%)
Segunda línea	480 (20%)	402 (9.27%)	1,002 (12.5%)	700 (10%)
Total	2,400	4,336	8,000	6,998

Fuente: información enviada a OPS por DIGECITSS y COPRESIDA en enero de 2007

Tabla 11: Distribución de pacientes en TARGA por línea de tratamiento II			
Esquema	2005	2006	2007 (estimativa)
Primera línea	1,885 (89.2%)	4,389 (88.2%)	
Segunda línea	228 (10.8%)	570 (11.45%)	
Rescate		4	
Otros		11	
Total	2,113	4,974	6,988

Fuente: información enviada por DIGECITSS en marzo de 2007

4.3.9.3 Legislación y regulación.

En cuanto a la responsabilidad de rectoría que le corresponde al Gobierno, en la regulación, vigilancia y control de medicamentos, la Dirección de Drogas y Farmacia actualmente no está en capacidad de asumir la vigilancia, control y post comercialización de los medicamentos que se utilizan en el programa en particular, ni para la vigilancia de los medicamentos del mercado nacional en sentido general.

El Director de Drogas y Farmacia informó que al momento de la evaluación no existía infraestructura ni recursos humanos para asumir la inspección de los establecimientos farmacéuticos a nivel regional y local. Actualmente para el ingreso de los ARV al país, se ha definido un procedimiento administrativo de excepción en el cual no se siguen los requisitos técnicos establecidos para el registro sanitario. Si a este hecho se suma que tampoco se realiza vigilancia de post comercialización, existe un alto de riesgo de tener medicamentos sin garantía de calidad.

Esta situación es delicada si se tiene en cuenta que la calidad de los medicamentos es un factor decisivo en el control de la resistencia de los ARV y que se trata de la regulación de una industria que ejerce un gran poder y para la que se requiere una Autoridad Sanitaria Nacional fuerte.

Efecto del Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de América.

La incorporación del acuerdo de los ADPIC a la legislación de propiedad intelectual en el año 2000, puso en vigencia un período de protección de patente de 20 años que también es aplicable a los medicamentos. En el año 2006, la República Dominicana ratificó el Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de América (CAFTA por su sigla en inglés, *Dominican Republic-Central America Free Trade Agreement*), producto del cual deben hacerse cambios en la legislación nacional e incorporar aspectos como los cinco años de exclusividad otorgados al innovador por datos de prueba.

En diciembre de 2006 se aprobó el Decreto 625-06 que establece la relación entre el registro sanitario y la concesión de patentes o la protección de datos de prueba y en virtud del cual la autoridad reguladora nacional se ve obligada a evitar el registro de un medicamento que constituye copia de uno con patente o con protección de datos de prueba.

Esta situación, en el corto y mediano plazo, puede impactar en el ingreso temprano de medicamentos genéricos y puede afectar específicamente en el caso de medicamentos para personas con VIH, cuando es necesaria la utilización de terapias de rescate o bien en enfermedades catastróficas por su impacto en el financiamiento de medicamentos.

4.3.9.4 Garantía de calidad

El procedimiento de compra de medicamentos que realiza la Fundación Clinton por delegación de COPRESIDA, cuenta con un sistema de precalificación, un banco de proveedores calificados y dispone además de un sistema de alerta sobre el comportamiento de los productos adquiridos, que le permite actuar oportunamente si fuera necesario.

Según el proyecto del FM, el beneficiario principal tiene la responsabilidad de velar porque los productos que se compran con financiamiento del FM satisfagan los requisitos del Organismo Nacional de Reglamentación Farmacéutica (ONRF) en cuanto al registro sanitario y buenas prácticas de manufactura.

Aunque el documento que describe el proyecto del FM pauta las pruebas y la vigilancia de los productos durante todo el proceso de entrega y despacho de aduanas, y la legislación nacional exige los resultados de las pruebas de calidad para los medicamentos previo a su uso, en la práctica no se agotan los procedimientos de evaluación de la calidad fisicoquímica de los productos adquiridos a través de los diferentes mecanismos de compras. El Departamento de Análisis de Medicamentos del Laboratorio Nacional tiene suficiente capacidad instalada, no obstante hasta el momento no se han encaminado esfuerzos para cumplir con este requisito.

El proyecto establece además que la garantía de los productos durante el almacenamiento y distribución es responsabilidad de los establecimientos de salud de la SESPAS y, sin embargo, no existen las normas ni los procedimientos que aseguren esta actividad.

4.3.9.5 Sistema de suministros

Gestión de los suministros del PNAI

Los hallazgos de la evaluación, muestran que la gestión del suministro de medicamentos e insumos es responsabilidad de COPRESIDA, con la participación de la Fundación Clinton y de un almacén privado (Almacenes Yobel). Esta situación no es consistente con las disposiciones vigentes en el país, que le confieren esta responsabilidad al PROMESE. En relación con el almacenamiento y distribución, se está utilizando un mecanismo diferente al previsto en el proyecto del FM.

La gestión es centralizada y la participación de las DRS y DPS en la planificación de necesidades y en la supervisión del proceso de distribución y dispensación es muy limitada.

A pesar de que PROMESE/CAL tiene el mandato por decreto presidencial para la compra de todos los medicamentos para el sector público, hasta la fecha no participa en ningún proceso de compra de los medicamentos ARV, tampoco para la terapia preempacada que se usa en ITS, ni de medicamentos para infecciones oportunistas. De igual manera ninguna de las Farmacias del Pueblo dispensa medicamentos para las personas con VIH. Tanto COPRESIDA como DIGECITSS han creado sistemas de suministros paralelos a PROMESE/CAL, perdiendo así la oportunidad de beneficiarse de toda una infraestructura de gestión de compra, almacenamiento y de dispensación en la cual se ha invertido mucho esfuerzo y recursos económicos.

Actualmente PROMESE/CAL ha desarrollado una buena capacidad de negociación que le ha permitido obtener precios cada vez menores, hasta en un 60-70%, en relación con los precios de los años anteriores. Además de su capacidad de negociación PROMESE/CAL desarrolla actividades de garantía de calidad que incluye precalificación de proveedores y controles analíticos, los cuales realiza en estrecha relación con la Dirección de Laboratorios de la SESPAS. Las Farmacias del Pueblo se han venido estructurando para dar una atención de calidad que va más allá de la sola entrega de medicamentos, y se preparan para dar apoyo a todas las actividades de seguimiento fármaco terapéutico y fármaco vigilancia. Toda esta estructura no está siendo utilizada por la respuesta nacional al VIH.

En entrevista con la Comisión de Política Farmacéutica, ésta manifestó que se tiene una propuesta para contener el gasto en medicamentos mediante el desarrollo de un proceso consolidado de compras para favorecer una mejor negociación de precios. En esta negociación participarán la SESPAS, el Seguro Nacional de Salud y las Direcciones provinciales. El proceso estaría a cargo de PROMESE/CAL.

Programación de necesidades y adquisiciones

A lo interno de la SESPAS, la DIGECITSS es la responsable de la coordinación general de la planificación, la distribución y el control del uso de ARV y medicamentos para infecciones oportunistas, kit de terapia preempacada para el manejo sintomático de las ITS y medicamentos para la prevención de la transmisión maternoinfantil. Para perfeccionar este proceso de planificación, se requiere fortalecer la participación de las direcciones regionales y provinciales ya que no están generando y compartiendo los datos requeridos para una estimación apropiada de los medicamentos e insumos a ser adquiridos en forma confiable y oportuna.

Es indudable la importancia que tiene la programación para un uso eficiente de recursos. Si las informaciones sobre las cuales se basa esta programación no están actualizadas y además no está claro cómo están migrando los pacientes dentro de los diferentes esquemas, hay un riesgo muy alto de perder algunos medicamentos y tener desabastecimiento en otros. Desde el punto de vista de la gestión, este aspecto es sumamente crítico si se tiene en cuenta que los esquemas de segunda línea y de rescate están costando en el país aproximadamente siete veces más que los de primera línea.

Aunque las funciones de la DIGECITSS están restringidas a la coordinación general de la planificación, de hecho está realizando compras de medicamentos e insumos con recursos del Estado. En casos de desabastecimiento ha comprado ARV, pero en forma regular compra insumos para la terapia preempacada, entre otros. Para la terapia preempacada cuenta con fichas técnicas que describen el medicamento a adquirir, pero no dispone de procedimientos escritos para garantizar la calidad de los medicamentos adquiridos, ni para la precalificación y selección de los proveedores. De igual forma se constató que no realiza pruebas de calidad a los productos que son adquiridos mediante esta vía.

Aunque la SESPAS ha firmado con el Global Drug Facility (GDF) y con el Fondo Estratégico (FE), a lo interno no ha redefinido la política de compra de los programas prioritarios. Esta actividad está sujeta al criterio y manejo de cada programa en particular, multiplicando el tiempo, los recursos, los errores y las vulnerabilidades de este proceso. La práctica actual incide indefectiblemente en la realización de las compras locales a precios no competitivos y fuera de planificación. El esfuerzo se debe centrar en la redefinición de la política de compras de los programas prioritarios de la SESPAS.

Precios de adquisición

En la Tabla 12 se muestran los precios de adquisición de los ARV en la República Dominicana durante el 2006 y se ofrece una comparación con los precios de referencia de la II Ronda de Negociación de ARV por los países de Sudamérica y México en el 2005.

Estos datos muestran que los precios negociados por la Fundación Clinton para los ARV son bastante competitivos y en la mayoría de los casos son inferiores a los precios de referencia. Sólo en el caso de una compra de Efavirenz 200 mg cápsula se pagó a Merck un 27% más del precio de referencia.

Esta fortaleza debe ser mantenida y se deben realizar esfuerzos para que, una vez el país asuma todo el manejo de la gestión de los medicamentos, se mantengan la compra consolidada y la capacidad de negociación.

Almacenamiento y distribución

El almacenamiento y la distribución de los medicamentos adquiridos por COPRESIDA a través de la Fundación Clinton, se han subcontratado a una empresa privada: Almacenes Yobel. Esta modalidad se produce a pesar de que en el proyecto de FM se establece que los medicamentos adquiridos serían depositados en los almacenes del SESPAS. Por otra parte, la DIGECITSS almacena y distribuye los medicamentos e insumos que compra en forma directa. Así entonces, el país triplica esfuerzos y destina recursos por tres vías distintas para los mismos fines. Funcionan en forma paralela la distribución del PROMESE/CAL, la que realiza Almacenes Yobel y la que lleva a cabo la DIGECITSS.

A nivel territorial, las direcciones regionales y provinciales de salud participan parcialmente en el sistema de distribución, principalmente para la terapia preempacada.

A nivel local, los medicamentos antirretrovirales y para IO son dispensados en las UAI y en el PNRTV; la terapia preempacada es distribuida por la DIGECITSS y dispensada en las UNAP.

La información disponible no es suficiente para conocer el gasto global de almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos para la atención integral. Sin embargo, según la información recibida de COPRESIDA y DIGECITSS, el gasto fue de RD\$3,928,558 en 2005 y RD\$7,366,034 en 2006 (incremento del 87.5%), con una proyección de \$11,0204,461 para el 2007 (incremento de 52.1%). Con el fin de optimizar los recursos disponibles en el país, sería recomendable analizar el gasto en este componente en comparación con los gastos de PROMESE/CAL y DIGECITSS.

Durante la evaluación se obtuvo un informe de existencias de inventario que, valorado a los precios de la última negociación de la Fundación Clinton, ascendía a un monto de US\$1,470,724. En vista de este alto valor de inventario, sería recomendable llevar a cabo una revisión más detallada que permitiera ponderar un ajuste a los planes de compras para los periodos subsiguientes y tomar medidas inmediatas sobre los productos con baja rotación.

Tabla 12: Precios de adquisición de medicamentos en el 2006 (US\$)

Producto	FF	Concentración	Unid. por fco.	Precio Rep. Dom. 2006 (a)	Proveedor Rep.dom.	Precio negociación 2005 (b)	Proveedor negociación 2005	Dif. entre precio República Dominicana y precio negociación 2005
Efavirenz	Caps.	200 mg	90	19.90	Ranbaxy	33.00	RANBAXY	40% menos
Efavirenz	Caps.	200 mg	90	41.67	Merck	33.00	RANBAXY	27% más
Efavirenz	Caps.	600 mg	30	17.75	Cipla	37.50	CIPLA	52% menos
Efavirenz	Caps.	600 mg	30	19.00	Ranbaxy	37.50	CIPLA	49% menos
Estavudina	Caps.	40 mg	60	2.80	RANBAXY	4.20	CIPLA	33% menos
Estavudina	Caps.	40 mg	60	4.00	Strides	4.20	CIPLA	5% menos
Estavudina	Caps.	30 mg	60	3.50	Strides	NN		
Estavudina	Caps.	30 mg	60	2.50	RANBAXY	NN		
Lopinavir/ ritonavir	Caps.	133.33/ 33.3 mg	180	183.00	ABBOTT		ABBOTT	
Lamivudina	Caps.	150 mg	60	3.85	CIPLA	6.60	RANBAXY	42% menos
Nevirapina	Caps.	200 mg	60	4.20	Strides	6.00	Iquego	30% menos
Nevirapina	Caps.	200 mg	60	5.04	CIPLA	6.00	Iquego	16% menos
Tenofovir	Caps.	300 mg	30	17.00	Golead	NN	NN	
Zidovudina	Caps.	100 mg	100	6.83	Cipla	6.70	Iquego	2% más
Zidovudina	Caps.	300 mg	60	9.79	Cipla	11.82	Ranbaxy	17% menos
Zidovudina/ Lamivudina	Caps.	300/150 mg	60	12.25	Ranbaxy	16.02	CIPLA	23% menos
Zidovudina/ Lamivudina	Caps.	300/150 mg	60	11.15	Hetero	16.02	CIPLA	30% menos
Zidovudina/ Lamivudina	Caps.	300/150 mg	60	12.00	CIPLA	16.02	CIPLA	25% menos

NN =no negociado ND= no disponible
Fuentes: Fundación Clinton (a) y OPS (b)

Dispensación y uso en las unidades de salud

De acuerdo con la organización de la respuesta, las UAI son las responsables de la dispensación de los medicamentos para las personas con VIH en tratamiento. En las visitas de campo realizadas a 18 hospitales, en 12 de los cuales funcionan las UAI, se encontró una disponibilidad de los medicamentos para VIH e IO del 91.7%. Para el caso de ITS fue del 41.7%, quizás porque los medicamentos para ITS están siendo entregados en otros establecimientos farmacéuticos localizados en los hospitales y las UNAP. Aunque puede concluirse que existe una aceptable disponibilidad de medicamentos, es necesario estar atentos, pues en dos de estas unidades se reportó un desabastecimiento superior a 30 días en los últimos 12 meses.

Idealmente la dispensación de los medicamentos debe estar centralizada en la farmacia para garantizar un control adecuado. De acuerdo con la información obtenida, solamente en 4 de los 18 hospitales (22.2%) la responsabilidad por la gestión de los medicamentos e insumos esenciales para VIH/ITS es asumida por el servicio de farmacia del hospital.

4.3.9.6 Uso racional de Antiretrovirales

Protocolos de tratamiento

El país tiene un protocolo, actualmente en revisión, que establece dos esquemas terapéuticos para el inicio del tratamiento y un esquema alternativo para cambios por resistencia.

En la práctica se reporta el uso de 45 esquemas diferentes entre primera, segunda línea y terapia de rescate. Para un país que introdujo recientemente la terapia masiva (2004) se podría deducir que hay dificultades en la implementación de las guías de manejo y en el manejo clínico por parte de los profesionales tratantes, además de falta de mecanismos de supervisión y control por parte de los niveles centrales.

En la lista de esquemas, se reporta una gran variedad de esquemas complejos que hacen suponer cambios por resistencia o toxicidad. Durante las entrevistas a informantes clave y las discusiones de grupo, se hizo referencia a que esta situación se debe, en gran medida, a la demanda de servicios por parte de las personas con VIH que han iniciado tratamiento en los Estados Unidos y han llegado a las UAI ya con esquemas complejos. La decisión de la DIGECITSS ha sido continuar con los esquemas previamente definidos para cada persona con VIH de manera individual. No se sabe con claridad cuántas de estas personas con VIH pudieron haber sido referidas desde el sector privado en el país.

No hay información consistente sobre los pacientes que se encuentran en cada uno de estos esquemas y tampoco se registra en forma sistemática el tiempo que los pacientes permanecen en un esquema, ni la migración de pacientes de un esquema a otro. De igual manera, este gran número de esquemas hace que los procesos de gestión de medicamentos sean extremadamente complejos y conlleven altos riesgos de ruptura de stock o de vencimiento de productos, elevación de costos, dificultad en la sostenibilidad financiera y consecuencias directas en los paciente en términos de reducción de la adherencia al tratamiento como consecuencia de escasez de ellos y aumento de la resistencia.

Farmacovigilancia

Aunque la Ley 42-01 asigna a la SESPAS la función de farmacovigilancia de los medicamentos y obliga a los importadores, fabricantes, establecimientos y profesionales de la salud a comunicar los efectos adversos causados por los medicamentos y otros productos sanitarios, cuando de ello pueda derivarse un peligro para la vida o la salud de las personas o se compruebe que su efecto terapéutico no es válido o no produce los efectos esperados. Sin embargo, aún no se han diseñado e implementado los sistemas para ejecutar esta función.

Específicamente para VIH, en el manual de procedimientos de la DIGECITSS, se establece y reglamenta el servicio de farmacovigilancia. En el caso de los 18 hospitales visitados solamente existían programas de notificación de reacciones adversas en el 33.3% y en las UAI se reportan programas de farmacovigilancia en el 75% de los casos. Estos hallazgos indican que el manual no parece haberse implementado en todos los servicios de atención. Este es un aspecto crítico que debe ser priorizado debido a que las reacciones adversas son un determinante de la no adherencia, y su notificación es uno de los criterios para los cambios en los esquemas de tratamiento.

Adherencia al tratamiento

A pesar de tener sólo dos esquemas de inicio y uno de alternativa para cambios por resistencia, tal como se señaló anteriormente, el país informa 45 esquemas diferentes. Esto hace suponer cambios frecuentes, probablemente por toxicidad y resistencia. Sin embargo la incidencia de toxicidades en los ARV, que obligue a cambio del esquema, es relativamente baja y no se relaciona con un alto número de esquemas necesarios para el manejo.

Las tendencias mundiales, bajo programas fuertes de adherencia y en países con reciente ingreso masivo de terapia ARV, muestran que hasta el 95% de los pacientes permanece en esquemas de primera línea luego de hasta 24 meses de utilización. Esto quiere decir no más de 5 a 10 % de cambio por resistencia en los primeros años. El 12% reportado por el país indica una tendencia que podría superar los estándares mundiales, razón que hace necesario evaluar y fortalecer los programas de adherencia que se desarrollan en el país.

4.3.9.7 Laboratorio

El componente de laboratorio no fue extensamente abordado en esta evaluación. Para el análisis de este componente se tomaron en consideración los hallazgos recientes de la caracterización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ITS/VIH/Sida (MOH-DR, USAID y CDC/GAP, oct. 2006), el cual incluyó un componente de laboratorio, así como las visitas de terreno en la presente evaluación.

El país cuenta con capacidad de laboratorio instalada para realizar pruebas rápidas y confirmatorias en un 75% de los laboratorios y un 62% se cuenta con manuales de operaciones estandarizados de VIH. Existe infraestructura, equipos e insumos suficientes en el 66% de los laboratorios del segundo y tercer nivel de complejidad. Hay recursos humanos técnicos y operativos de alta calidad y se realizan capacitaciones periódicas del personal. Los laboratorios notifican resultados VIH+ al sistema de vigilancia nacional.

Los laboratorios pequeños o de tamaño mediano del sector público no tienen, sin embargo, ningún algoritmo de diagnóstico de VIH estandarizado y carecen de control de calidad interno y externo.

Dentro de las limitaciones más importantes encontradas por esta evaluación en el área de laboratorios, se encuentran las siguientes:

- Los laboratorios no tienen capacidad para un tiempo de retorno menor de una semana y, en promedio, la recepción de los resultados en el servicio puede tardar entre una semana y un mes para la prueba VIH.
- Las UNAP no cuentan con servicio de toma y envío de muestras para apoyar la atención al VIH y PNRTV.
- A pesar de que el país está utilizando las pruebas rápidas de VIH, éstas no han sido utilizadas en las UNAP y otros servicios para favorecer la expansión acelerada de los servicios de prueba, la asesoría en apoyo al PNRT y la captación temprana de pacientes.
- Debido a fallas en los sistemas de toma y envío de muestra y en la disponibilidad de los servicios de laboratorio, los usuarios (particularmente las mujeres embarazadas) tienen que desplazarse hasta el hospital u otro centro de salud que cuente con servicios de laboratorio.

4.3.9.8 Sangre segura

La OPS/OMS apoyó a la SESPAS en la revisión de la política nacional de sangre y el plan nacional de sangre en el 2006. Los principales hallazgos en esta revisión, relevantes para VIH, son los siguientes:

- El sistema es fraccionado, con 58 bancos de sangre.
- Oficialmente se reconoce que alrededor del 5% de la sangre proviene de donadores pagados.
- Alrededor de 5% de las unidades colectadas resultan "reactivas" en las pruebas de laboratorio (alrededor de 3,000 unidades anuales).
- No existe documentación que garantice que todas las unidades de sangre son tamizadas para marcadores de infecciones transmisibles por transfusión.
- Las tasas de prevalencia de marcadores de infecciones transmisibles por transfusión son sumamente altas.
- En algunos bancos de sangre se usan pruebas rápidas para hacer tamizaje a los donantes.

4.3.10 Salud colectiva en la respuesta ante el VIH: promoción de la salud y prevención de la transmisión sexual del VIH

En el actual contexto de reforma de sectorial y separación de funciones en marcha, la función de salud colectiva del SNS se expresa en la estructuración de redes programáticas de promoción y de prevención desconcentradas, bajo la conducción estratégica de las Direcciones Provinciales de Salud. Estas redes son de carácter inter-programático e intersectorial, y privilegian la participación social como estrategia fundamental para la promoción de la salud.

Las intervenciones de salud colectiva se clasifican, según el marco jurídico vigente, en intervenciones individuales y poblacionales. Las intervenciones de prevención individuales se realizan predominantemente en los establecimientos de la red de servicios bajo la gerencia y autoridad de las DRS. Por lo tanto, para cumplir totalmente con la función asignada las DPS, con la orientación y conducción técnica del nivel central, deben realizar acuerdos de gestión con dichos establecimientos.

Estos acuerdos de gestión establecen compromisos mutuos para asegurar el cumplimiento de las metas y normas nacionales de prevención. Aunque las intervenciones de carácter poblacional deberían ser ejercidas directamente por las DPS, sobre la base de alianzas y acuerdos con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, esta imagen objetivo queda muy lejos de la realidad de organización de las acciones de prevención para VIH/ITS del SNS.

Las estrategias nacionales de prevención se materializan en dos instancias: DIGECITSS, a través del Programa Afectivo Sexual³³; y COPRESIDA, mediante las alianzas según base poblacional³⁴. Estas alianzas se realizan directamente entre COPRESIDA y las ONG a nivel nacional y no se vinculan de manera directa con el trabajo de prevención que hacen a nivel local las DPS.

En el ejercicio FODA de los equipos que realizaron el trabajo de campo, no se encontraron ni fortalezas ni oportunidades para la promoción y prevención en los niveles nacionales, regionales o provinciales. Existe una percepción generalizada, de que el tema de prevención “está totalmente olvidado en la práctica” y es la “cenicienta” de la respuesta a nivel de DIGECITSS.

El equipo evaluador identificó las siguientes áreas de preocupación en cuanto al abordaje de la prevención de la transmisión sexual del VIH:

La ausencia de una estrategia de promoción de la salud sexual y prevención del VIH que responda a la dinámica de la epidemia, y que defina el contenido de las intervenciones utilizando la evidencia y los criterios de costo-efectividad y sostenibilidad administrativa y financiera.

El análisis de ejecución del gasto en las actividades de prevención que se presenta en este informe, levanta numerosos interrogantes sobre la calidad de este gasto, en tanto se relaciona con actividades fundamentalmente de IEC, muy dispersas y puntuales, que por sí mismas no pueden resultar en cambios de comportamiento de la población más vulnerable o en el acceso de esta población a servicios preventivos específicos, tales como consejería para la evaluación del riesgo y la elaboración de planes individuales de modificación de riesgo, salud sexual y reproductiva (incluyendo acceso a condones y métodos de prevención del embarazo para los más jóvenes), PEP y manejo integral de las ITS.

Este análisis fue corroborado por la percepción de distintos actores, incluyendo personal técnico y de gerencia en las entrevistas a informantes clave; las discusiones de los resultados de la evaluación y el taller de planificación posterior a la evaluación. De manera particular, los representantes de las ONG y de personas con VIH manifestaron su preocupación por la manera en como se organizan las acciones de prevención a través de las ONG. Los participantes aseguraron que aunque la mayoría de las ONG que hacen parte de la coalición trabajan en prevención, la selección de sus grupos, metas y logros no está asociada a un análisis cuidadoso de la situación y sus tendencias, sino que es meramente coyuntural.

³³ El Programa Afectivo Sexual, implementado por DIGECITSS, busca integrar la educación sexual en el currículo educativo de las escuelas.

³⁴ El último PEN plantea la definición de “grupos poblacionales” y establece que en función de ellos se realizarían alianzas estratégicas para el desarrollo e implementación de acciones de prevención, con una alta participación de organizaciones no gubernamentales. Los grupos poblacionales hasta ahora definidos son: Bateyes, gays (incluyendo transgéneros, homosexuales y otros HSH), grupos definidos por enfoque de género, jóvenes, migrantes, niñez y adolescencia, personas con discapacidad, y trabajadoras sexuales.

Este fenómeno fue descrito por ambos grupos (ONG y personas con VIH) como “proyectismo” que significa “hacer las cosas donde la plata está”. Se señaló que en términos generales no hay líneas de base para saber qué pasa con los grupos vulnerables ni para planificar las intervenciones. Por la misma razón, es difícil conocer la cobertura alcanzada y menos aún el impacto de las intervenciones.

Un elemento importante señalado por las organizaciones de la sociedad civil es que las acciones de prevención (campañas de información pública) se dirigen a los grupos menos vulnerables de la población (adultos de clase media), mientras que no hay prácticamente nada visible dirigido a mujeres jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres, y absolutamente nada para poblaciones de bateyes.

En su Memoria Anual 2006, el COPRESIDA reporta que “la base poblacional de jóvenes y adolescentes tiene actualmente 5 líneas de intervención”: jóvenes en asociaciones, federaciones y clubes deportivos; jóvenes en las ONG; organizaciones religiosas y grupos juveniles; jóvenes en las escuelas; jóvenes en las universidades, y jóvenes de las naciones. Los jóvenes de mayor vulnerabilidad (fuera de las escuelas, niños de la calle y en mayores niveles de pobreza) no parecen estar claramente identificados como una población prioritaria. Aunque no existen campañas de información pública dirigidas a la población de bateyes, el COPRESIDA en su memoria anual reporta un gran volumen de actividades de IEC realizadas para esta población.

En cuanto al Programa Afectivo Sexual, los grupos de las ONG y de personas con VIH señalaron que aunque hay un currículo de educación sexual en las escuelas, éste se limita a aspectos biológicos y se ofrece demasiado tarde, cuando una gran cantidad de jóvenes son ya sexualmente activos o han desertado del sistema escolar. Las escuelas en donde opera este programa no fueron visitadas en el contexto de esta evaluación.

La ausencia de monitoreo y evaluación de la relevancia e impacto de las intervenciones de base poblacional por parte de la autoridad sanitaria.

La sostenibilidad administrativa y financiera de las intervenciones de prevención. Un gran volumen de las intervenciones de prevención se realizan en estos momentos a través de las ONG con financiamiento predominantemente externo, procedente de los proyectos ejecutados por COPRESIDA. El equipo de evaluación desconoce si el COPRESIDA ha incluido elementos para crear la sostenibilidad de estas acciones por parte de las ONG, una vez disminuya el financiamiento externo, o para modificar su utilización.

Por otra parte, en los grupos de discusión con las ONG y de personas con VIH se cuestiona el poco impacto de las modalidades actuales de reuniones y talleres convocados y financiados por el COPRESIDA en hoteles y resorts de alto costo, y se refieren a ellos como “los sidatours de COPRESIDA”. Este tipo de encuentros se perciben como “despilfarros de dinero, debido a que esos fondos deberían aplicarse para sensibilizar y capacitar a la gente en la comunidad, en vez de llevar siempre a los mismos afortunados y afortunadas al sidatour”. Aunque este tipo de eventos parece haber sido descontinuado por parte de COPRESIDA, es importante realizar un análisis del contenido de estas intervenciones con criterios de costo-efectividad para orientar las decisiones en el futuro.

La vinculación de las acciones de prevención e IEC desarrolladas en la red de prestación de servicios con apoyo del COPRESIDA y la DIGECITSS: no quedaron claros para el equipo de la evaluación los mecanismos y estrategias que en este momento se implementan para buscar un desarrollo armónico de la prestación de servicios de prevención por parte de las UNAP y las DPS, que complementen las acciones desarrolladas por las ONG en el contexto de las alianzas de base poblacional. Por ejemplo, no queda claro cómo se vinculan con la red de prestación de servicios los 11 supervisores de circuitos, los 120 promotores líderes y los 2400 promotores comunitarios a los que hace referencia el COPRESIDA en su Memoria Anual 2006, como estructura comunitaria de prevención en 120 bateyes que integra a 31 ONG.

En las visitas de terreno se encontró una gran debilidad de la participación de las UNAP y de las DPS en la implementación de acciones de prevención. Los representantes de las ONG y de personas con VIH perciben que, con limitaciones, las únicas acciones de prevención son las emprendidas por las ONG.

4.4 Aseguramiento en la respuesta ante el VIH

Para mirar las condiciones del aseguramiento del VIH es necesario hacer una referencia al Seguro Nacional de Salud (SENASA), ya que ésta es la institución pública autónoma y descentralizada responsable de la administración de riesgos de salud de los afiliados beneficiarios de los regímenes subsidiado, contributivo-subsidiado, contributivo público y contributivo privado (escogido voluntariamente).

Se estima que en un plazo inferior a los diez años esta institución tendrá bajo su responsabilidad cerca de cinco millones de afiliados; lo que la convertiría en la institución pública con mayor responsabilidad presupuestaria en el país³⁵. Finalmente, se espera que en un breve plazo el SENASA se convierta en el mayor comprador de servicios de salud del país, condición que le otorgaría una gran capacidad negociadora para la obtención de las mejores condiciones del mercado para sus afiliados, y le haría fungir como la entidad reguladora de los precios del sistema³⁶.

A continuación, se hace referencia a aquellos principios del SENASA³⁷ que merecen especial atención a la luz de la problemática del VIH y la urgencia de identificar mecanismos conducentes a reducir la velocidad de transmisión del virus.

El principio fundamental es la *“priorización de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”*, el cual indica que *“será prioridad del SENASA, procurar que sus afiliados permanezcan lo más sano posible, reduciendo al máximo las posibilidades de perder o afectar la salud. En consecuencia, la institución desarrollará e impulsará diversas estrategias y programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y estimulará el desarrollo de servicios costo-efectivos teniendo en cuenta la finalidad de contribuir a mejorar la salud y el bienestar de todos los dominicanos, en especial de aquellos de menores ingresos. El SENASA propiciará el desarrollo de servicios de atención con características de costo/efectividad”*.

En la misma línea de pensamiento, se hace referencia al principio de *“gestión adecuada del riesgo en salud”*, entendiendo por riesgo en salud la probabilidad de que una persona pierda su salud por alguna circunstancia y requiera de atención, lo cual está determinado por factores de tipos biológicos, ambientales, conductuales y de disponibilidad de servicios de salud y se indica que: *“La esencia del trabajo de un administrador de riesgos está en adelantar acciones específicas que hagan posible eliminar o al menos reducir las causas que determinan la pérdida de la salud”*. El texto continúa diciendo: *“por tanto, es fundamental que el SENASA maneje información sobre el perfil epidemiológico, las condiciones sociales, económicas, ambientales, conductuales y de los servicios de salud, para que pueda desarrollar programas de promoción y prevención específicos que le permitan reducir el impacto de estos factores sobre la salud de sus afiliados”*.

Finalmente, otro principio que es extremadamente relevante frente a la problemática que se ha descrito en este informe es el de *“promover la provisión de servicios mediante redes integrales”*, el cual indica que *“uno de los pilares para garantizar la eficiencia y calidad de los servicios lo constituye el desarrollo de una estrategia de provisión mediante redes que faciliten la integralidad, la continuidad, la economía de escala y la baja incidencia de costos colaterales”*.

La evaluación encontró que estos principios no se aplican integralmente a la problemática del VIH, lo cual hace pensar que ésta no ha sido totalmente asumida por la sociedad dominicana. Por ejemplo, un elemento clave en afectar la capacidad de una respuesta nacional efectiva es el conjunto de incentivos que el sistema de financiamiento entrega a los proveedores. Para la atención materna, con el propósito de desincentivar el uso excesivo de partos por cesárea que se observa en sistemas en que el mecanismo de pagos es por servicios, el SENASA tiene una tarifa idéntica para un parto normal que para un parto por cesárea. Este es un claro desincentivo a la provisión de atención del parto por cesárea a la gestante con VIH, a pesar de que el protocolo de atención así lo indica. Si bien el número de beneficiarias es todavía pequeño, en la medida en que aumenten la cantidad

³⁵ Al 30 de marzo de 2007, el SENASA reportaba un total de 552,536 afiliados en el régimen subsidiado y un reducido número en el contributivo, conformado fundamentalmente por funcionarios de SESPAS sin otros seguros.

³⁶ <http://www.senasa.gov.do>

³⁷ <http://www.senasa.gov.do/principios.asp>

de beneficiarias y proveedores, esta realidad puede convertirse en una limitación sustancial, particularmente con la ausencia de auditorías y sanciones para el incumplimiento del protocolo de atención por parte de la entidad prestadora.

Entre las excepciones de beneficios, el Reglamento sobre el SFS y el Plan Básico de Salud, en su artículo 17, dicen textualmente: “medicamentos antirretrovirales, salvo en los casos de prevención de la transmisión vertical madre recién nacido. El manejo de los medicamentos antirretrovirales corresponden a COPRESIDA y a la SESPAS, ya que la primera constituye la más alta instancia del estado, con carácter permanente, en los asuntos de VIH/sida y la segunda tiene la responsabilidad del control y manejo de las epidemias.” Este componente de la política de aseguramiento parece ser reflejo de una definición de aseguramiento y financiamiento basados en el apoyo intensivo de los recursos externos; ya que los recursos que maneja COPRESIDA para ARV son de origen externo, en tanto que el financiamiento que recibe del Tesoro está dirigido a financiar gastos de administración. En términos de exámenes de laboratorio, el SFS sí cubre conteo CD4 y carga viral.

Aunque el SENASA cubre el diagnóstico de VIH en mujeres embarazadas y en la población general, hasta la fecha la población no se ha beneficiado de una campaña masiva de tamizaje. Además el SENASA percibe un sobre uso de este examen ya que la práctica médica parece estar indicando que la prueba de VIH es un requisito a cumplir cada vez que el paciente se expone a un tratamiento invasivo³⁸.

Considerando la información sobre los costos de atención de casos, de la prevención y la detección temprana, se sugiere que el SENASA, ONAPLAN y las entidades públicas a las que les corresponda revisen la política de aseguramiento. Naturalmente, debe mantenerse el criterio de factibilidad financiera con que se diseñó el plan básico. Lo que sugiere esta evaluación es revisar cómo los mecanismos de pago y sistema tarifario, que de hecho influyen en la conducta de los proveedores, están impactando negativamente en la posibilidad de reducir la transmisión.

En las perspectivas de financiamiento para el seguro social, el BM reporta un trabajo con la Coordinación del Gabinete de la Política Social, encaminado a la preparación y negociación de un préstamo que estaría dirigido a aumentar la protección social denominado *Programa de Inversiones en los Sectores Sociales*³⁹.

El objetivo de este programa es aumentar el acceso de la población pobre, particularmente miembros indocumentados, a programas sociales efectivos en educación, entrenamiento, nutrición y seguro social, promoviendo la formación de su capital humano y la capacidad de salir de la pobreza. Las negociaciones tienen una fecha tentativa para junio de 2007. Si bien este nuevo préstamo no fue materia de discusión durante la evaluación, el grupo sugiere que el Gobierno explore la posibilidad de destinar una parte de estos fondos al financiamiento de algunas intervenciones críticas en VIH.

4.5 Financiamiento y gasto del SNS para la respuesta ante el VIH

4.5.1 El contexto del financiamiento

La situación financiera de la respuesta del sistema de salud al problema del VIH en la República Dominicana es una situación atípica, si se la compara con otros programas de atención a las personas y que también responden a problemas sustantivos de salud pública en el país. La singularidad se encuentra en el importante volumen de recursos que ha estado disponible en los últimos años y en la certeza de que se trata de un flujo transitorio. En efecto, estimaciones que incluyen sólo el volumen de recursos ejecutados bajo la supervisión del sector público (COPRESIDA y DIGECITSS), indican que en el período 2003-2006 el país ha destinado a esta problemática un total de US\$33,785,721; de los cuales un 74.6 % proviene de recursos externos.

³⁸ En el periodo agosto-noviembre de 2006, del total de mujeres para las cuales el SENASA pagó examen de VIH, 11% era del régimen subsidiado y el restante 89% era perteneciente al régimen contributivo. En el primer grupo, sólo un caso estuvo relacionado con embarazo, en tanto que en el segundo el 24.9% de los exámenes fueron practicados en mujeres embarazadas.

³⁹ www.worldbank.org/external/project/procurement

La alta contribución de recursos externos al financiamiento total es lo que define la transitoriedad y, además, impone una carga financiera hacia el futuro ya que casi la mitad de esos recursos externos (47%) proviene de un préstamo del BM. Al momento de iniciar el pago del préstamo, el gobierno deberá desviar recursos financieros desde otros usos alternativos –en el sector salud o fuera de él- y entonces la sociedad dominicana absorberá el costo de oportunidad del uso de este préstamo. En consecuencia, si la asignación de estos recursos –hoy día disponibles- se hace con una visión de mediano y largo plazo, es imprescindible destinar una parte de ellos a mejoras sistémicas que permitan construir una capacidad de respuesta sostenible, tanto en términos financieros como técnicos.

Desde el punto de vista de una asignación de recursos que busca maximizar la rentabilidad social, el objetivo debe ser atender a las personas con VIH mientras se trabaja intensamente en reducir la velocidad de la transmisión del virus y se fortalece la capacidad de respuesta del sistema de salud. De otra forma, la respuesta va a caminar siempre “detrás de la epidemia”. Para lograr este objetivo se requiere trabajar en los ámbitos de la provisión (con el fin de mejorar aspectos técnicos), del proceso y de los criterios que se siguen para asignar los recursos.

La información sobre la disponibilidad total de recursos es sólo un primer paso en la evaluación. La sabiduría popular sustenta que “el diablo está en los detalles” y esa noción se aplica también al análisis económico. De ahí que el componente clave de este análisis sea el origen de las fuentes de financiamiento y la composición del gasto por rubros específicos. Todo lo anterior, con el propósito de analizar la pertinencia de los patrones de financiamiento y gasto vis a vis las características de la epidemia y las opciones técnicas para su abordaje.

Bajo esta premisa, y considerando que la presente evaluación tiene como enfoque el entregar información sobre la efectividad del uso de los recursos en el logro de las metas nacionales, el objetivo de una sección como ésta es el de presentar un análisis que permita responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuánto gasta el sistema?
- ¿Quiénes contribuyen a financiar ese gasto? (recursos externos vs. recursos nacionales, sector privado vs. sector público)
- ¿En qué se gasta (tratamiento vs. prevención)?, ¿en qué actividades de prevención (gastos de operación vs. gastos de capital, gastos en personal vs. gastos en medicamentos)?, ¿en qué tipo de personal?, ¿en qué medicamentos?
- ¿Cómo afecta el patrón de gasto presente al nivel de gasto en el futuro?
- ¿Cómo se ejecuta el gasto?
- ¿Qué capacidad tiene el país de sostener este gasto a largo plazo?

La posibilidad de responder a estas preguntas con información confiable, es lo que permite dar una opinión bien informada sobre el grado de efectividad con que se están utilizando los recursos, hacer proyecciones a futuro en forma complementaria con la información epidemiológica y ofrecer algunas recomendaciones.

La Subsecretaría Técnica está realizando las cuentas de salud para proveer información global sobre el gasto en el sector. Al momento de la evaluación la Subsecretaría se encontraba procesando los datos para la elaboración del módulo correspondiente a VIH. La Unidad de Cuentas Nacionales estuvo en la mejor disposición para trabajar con el equipo evaluador y proveer los datos reorganizados y con las aperturas necesarias para conducir este ejercicio.

El equipo optó por privilegiar el uso de estas cifras, que se originan en los reportes de la ejecución presupuestaria, por sobre otras de carácter parcial que se habían obtenido directamente de algunas de las entidades involucradas. Se hace notar sin embargo que en las cifras citadas en este informe, el total del financiamiento y gasto que el país, como sociedad, destina en la respuesta al VIH está subestimado. Un ejercicio completo de cuentas nacionales de salud en VIH hubiera incluido la siguiente información, que no fue posible estimar e incluir en esta instancia:

- En la estimación del aporte de recursos nacionales no fue posible hacer cálculos del aporte de las personas ni en gasto de bolsillo⁴⁰ ni en la forma de contribuciones a seguros de salud que cubran la prevención y tratamiento del VIH y patologías asociadas.

⁴⁰ El “gasto de bolsillo” se refiere al gasto directo que hacen las personas para cubrir costos de prevención, atención y medicamentos.

- En términos del gasto público se incluyen solamente los aportes a DIGECITTS y a COPRESIDA, y no se contabiliza el gasto efectuado a través de otras entidades públicas dentro y fuera del sector salud (como el Ministerio de Educación), que llevan a cabo actividades de promoción y prevención.
- Aunque debido al bajo número de personas afiliadas se espera que el monto para el año 2006 haya sido relativamente bajo, no se consiguió información sobre el total del gasto destinado al VIH que está siendo asumido por el Seguro Nacional de Salud (SENASA)⁴¹.
- La información sobre las fuentes de financiamiento externo incluye solamente los recursos provenientes de la donación del FM y del préstamo del BM y, por lo tanto, no da cuenta del aporte de otros miembros de la cooperación internacional que contribuyen con asesoría técnica y con recursos financieros no reembolsables⁴².

El hecho de que el gasto esté subestimado sólo refuerza las recomendaciones que se dan en ésta y otras secciones, sobre la pertinencia de introducir modificaciones tendientes a mejorar la razón de costo-efectividad del gasto. En la Tabla 13 se presenta un resumen del gasto por fuente de financiamiento y entidad ejecutora, para el período 2003 a 2006.

	2003	2004	2005	2006	TOTAL
FM	0	199,116	4,293,401	8,711,193	13,203,710
BM	1,849,912	3,056,340	1,792,897	5,197,359	11,896,508
Subtotal de recursos externos a COPRESIDA	1,849,912	3,255,456	6,086,297	13,908,552	25,100,217
Aporte Gobierno	514,528	505,876	1,029,358	1,240,530	3,290,292
Contrapartida BM	407,125	672,753	821,417	923,080	2,824,375
Otras fuentes a COPRESIDA	0	0	0	179,750	179,750
Subtotal de recursos nacionales a COPRESIDA	921,653	1,178,629	1,850,775	2,343,360	6,294,417
TOTAL COPRESIDA	2,771,565	4,434,085	7,937,073	16,251,912	31,394,635
DIGECITSS	ND	ND	ND	2,291,086	2,291,086
TOTAL	2,771,565	4,434,085	7,937,073	18,642,998	33,785,721

ND=No disponible
Fuente: SESPAS

4.5.2 Fuentes de financiamiento externo

La respuesta al VIH en la República Dominicana tiene dos grandes fuentes de financiamiento externo: una donación del FM y un préstamo del BM. Para el período en consideración, estas dos fuentes dan cuenta del 53% y 47% del financiamiento externo registrado en este análisis, respectivamente. A esto se suman otras entidades de la comunidad internacional y donantes bilaterales que proveen financiamiento complementario a DIGECITTS y otras instituciones, incluyendo ONG.

COPRESIDA es el ente encargado de ejecutar los recursos provenientes del BM y del FM. En esta condición, recibe además financiamiento público correspondiente a dos partidas: los fondos de contrapartida del Gobierno al préstamo del BM y un ítem denominado "Aporte del Gobierno". En la Tabla 14 se muestra, identificado por la fuente de origen de los fondos, el total de recursos ejecutados por esa entidad en el período (US\$31,394,635).

⁴¹ Aunque la provisión de tratamiento de VIH no está incluida en el Seguro Familiar de Salud, éste cubre los exámenes de laboratorio de detección de VIH, conteo CD4 y carga viral.

⁴² El aporte de USAID de ejecución directa y canalizada por el sector no gubernamental en los siguientes años presupuestarios fue como sigue (en millones de US\$): 2003: 5.5; 2004: 6.0; 2005: 6.3; 2006: 6.3

4.5.2.1 Préstamo del Banco Mundial

En el año 2001 el Gobierno firmó un acuerdo de préstamo con el BM para un proyecto denominado “Prevención y Control de VIH/Sida”. Este préstamo, por un monto de US\$25 millones, se hizo efectivo en enero de 2002 y debe ser complementado con una contraparte nacional por US\$5 millones. La información disponible muestra que el total ejecutado a la fecha es de US\$ 5.59 millones (esto incluye el último desembolso, hecho en diciembre de 2006). En consecuencia, aún quedan US\$ 9.41 millones por recibir y ejecutar en los próximos meses, ya que la fecha de cierre de este préstamo es el 31 de diciembre de 2007⁴³.

El alto nivel de recursos no ejecutados a la fecha es un tema preocupante, debido a que el país ha asumido una deuda que está acumulando costos financieros y la población no está recibiendo los beneficios al ritmo esperado. Pasados los primeros tres años de haberse cumplido con todos los requisitos para iniciar los desembolsos, éstos habían logrado un nivel menor al 30%. En su momento, el bajo nivel de ejecución fue atribuido a una limitada capacidad administrativa y técnica de COPRESIDA y a una insuficiente asignación de recursos de contrapartida del Gobierno. El BM diagnosticó que la coordinación de la respuesta nacional había carecido de un enfoque comprehensivo y programático.

Sobre la base de estas consideraciones y teniendo en cuenta que, como consecuencia de modificaciones en la administración de COPRESIDA, durante el período comprendido entre abril de 2005 y marzo de 2006 esta institución había logrado un desembolso de US\$3.5 millones (la fecha de cierre era diciembre 2006); en junio de 2006 el Directorio del BM aprobó una modificación al acuerdo de préstamo. En virtud de esas modificaciones, la fecha de cierre del préstamo se extendió hasta el 31 de diciembre de 2007, se ampliaron los criterios de elegibilidad de los rubros de gasto y el préstamo dejó de estar organizado en torno a cuatro objetivos de gasto para pasar a nueve objetivos, como se definen a continuación:

- Prevención y promoción de actividades
- Diagnóstico y atención básica a personas afectadas
- Vigilancia epidemiológica e investigación
- Costo de administración del proyecto
- Costo financiero
- Refuerzo de la coordinación y administración de la respuesta nacional
- Costo de administración del proyecto
- Apoyo a las organizaciones del sector público
- Apoyo a la sociedad civil

La racionalidad para la modificación del Acuerdo de Préstamo está contenida en el documento de proyecto presentado al Directorio del BM, en junio de 2006⁴⁴. Al propósito original de la reducción del riesgo de transmisión del VIH, se agregaron los de mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y fortalecer la coordinación y gerencia de la respuesta a la epidemia.

En la Tabla 14 se presenta un resumen de los fondos del préstamo ejecutados por COPRESIDA en el año 2006 por objetivo del préstamo. En la Tabla se indica un grado de ejecución del 75.6% del monto programado para los objetivos originales (Fase I). Los fondos de contrapartida también se consignan de acuerdo a estos objetivos.

La modificación al préstamo incluyó también un rubro adicional de costo de administración del proyecto, que se registra junto a los objetivos adicionales y da cuenta de los recursos del préstamo y de contrapartida del Gobierno. En el año 2006 los dos objetivos de administración (II.1 y II.7) sumaron US\$1,133,275, es decir el 21.8% del total del gasto en el año. Esto contrasta con el monto cargado a la gestión del proyecto en los recursos del FM, el cual para el mismo año registró una tasa equivalente al 10.1% del total de los fondos ejecutados. La evolución de la ejecución en el período por objetivo del gasto se presenta en la Tabla 15.

⁴³ <http://www.siteresources.worldbank.org>

⁴⁴ www-wds.worldbank.org/external. Dominican Republic HIV/AIDS Prevention and Control Project (Loan 7065-DO) Project Paper

Tabla 14: Préstamo del Banco Mundial y contrapartida del gobierno ejecutados por COPRESIDA en el año 2006 (US\$)

Objetivos	Aporte Banco Mundial			Contrapartida Gobierno (1)
	Programado	Ejecutado	Ejecución (%)	
II.1 Prevención y promoción de actividades.	411,532	180,952	44.0	58,274
II.2 Diagnóstico y atención básica a personas afectadas.	1,836,687	1,646,620	89.7	79,833
II.3 Vigilancia epidemiológica e investigación.	220,471	136,996	62.1	14,236
II.4 Costo de administración del proyecto.	576,226	336,192	58.3	195,115
TOTAL FASE 1 (2)	3,044,916	2,300,760	75.6	923,080
Objetivos adicionales				
II.5 Costo financiero.	-----	-----		-----
II.6 Refuerzo de la coordinación y administración de la respuesta nacional.	NA	280,967	NA	37,460
II.7 Costo de administración del proyecto.	NA	797,083	NA	294,851
II.8 apoyo a las organizaciones del sector público.	NA	1,759,604	NA	92,182
II.9 Apoyo a la sociedad civil.	NA	58,946	NA	151,128
TOTAL	NA	5,197,359	NA	923,080

(1) Recursos ejecutados.

(2) Estos objetivos corresponden a los establecidos en el diseño original del proyecto.

NA=No se aplica | Fuente: SESPAS

Tabla 15: Ejecución del préstamo del Banco Mundial por objetivo de gasto 2003-2006 (US\$)

Objetivos	2003	2004	2005	2006	TOTAL
II.1 Prevención y promoción de actividades VIH/sida.	647,090	623,345	627,147	180,952	2,079,534
II.2 Diagnóstico y atención básica a personas afectadas.	189,083	508,036	183,255	1,646,620	2,526,994
II.3 Vigilancia epidemiológica e investigación.	375,706	408,448	364,127	136,996	1,285,277
II.4 Costo de administración del proyecto.	638,032	1,515,510	618,368	336,192	3,108,102
II.5 Costo financiero.	0	0	0	0	0
II.6 Refuerzo de la coordinación y administración de la respuesta nacional.	NA	NA	NA	280,967	280,967
II.7 Costo de administración del proyecto.	NA	NA	NA	797,083	797,083
II.8 Apoyo a las organizaciones del sector público.	NA	NA	NA	1,759,604	1,759,604
II.9 Apoyo a la sociedad civil.	NA	NA	NA	58,946	58,946
TOTAL	1,849,912	3,056,340	1,792,897	5,197,359	11,896,508

NA: No se aplica | Fuente: SESPAS

Comentarios a la reformulación del préstamo

Una de los componentes que se agregó es el de reforzar la coordinación y administración de la respuesta nacional. Esto hacía esperar que el gasto ejecutado bajo ese renglón hubiera estado dirigido a reforzar, de modo concluyente, el trabajo conjunto de las dos entidades públicas que tienen a su cargo la dirección y ejecución de la respuesta. No obstante, la información financiera no refleja que los recursos se hayan efectivamente dirigido a reforzar el trabajo conjunto de la DIGECITSS y COPRESIDA. Los datos dan cuenta de incrementos en el gasto en rubros similares a los contenidos en otros objetivos del préstamo.

La reformulación del convenio del préstamo fue acompañada de una revisión de indicadores y metas a alcanzar, contenidas en un anexo a la carta de acuerdo, el cual se presenta a en la Tabla 16⁴⁵.

Sin tener información precisa sobre el programa de gastos de COPRESIDA para estos recursos, es relevante hacer un llamado de alerta a la tentación de dar curso a una suerte de “ejecución acelerada” que facilite la institucionalización de las distorsiones en el sistema de salud que se han comentado en la sección de rectoría, conducción y gestión de la respuesta. Aunque durante el tiempo en que se conducía esta evaluación, el BM hizo una visita de seguimiento a este préstamo, este grupo evaluador desconoce el informe de esa misión y, por lo tanto, no está en condiciones de emitir opinión al respecto.

Considerando que tanto el BM como el FM tienen metas de número de personas con TARGA, es necesario hacer un llamado de atención al hecho de que el financiamiento es complementario y, por lo tanto, no es posible atribuir el logro en un 100% a ninguna de estas dos fuentes de financiamiento. En breve, podría existir aquí un peligro de doble contabilidad.

⁴⁵ The World Bank. Dominican Republic – HIV/AIDS Prevention and Control Project: proposed amendment to loan agreement. Board report 19 June 2006

Tabla 16: Préstamo Banco Mundial, Carta de implementación reformulada, (traducción propia)

Objetivo de desarrollo	Área de intervención	Resultados	Indicadores	Metas
Reorganización de la respuesta nacional, desarrollando un plan estratégico nacional y el correspondiente sistema de monitoreo y evaluación.	Plan estratégico nacional.	Plan estratégico nacional totalmente desarrollado reflejando consenso entra las alianzas, incluyendo líneas de intervención para cada población objetivo.	Plan estratégico nacional preparado, incluyendo líneas de intervención para cada población objetivo.	Diciembre 2006
	Monitoreo y evaluación	Sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional totalmente funcionando.	Diseño del sistema de monitoreo y evaluación totalmente desarrollado, reflejando consenso entre todas las alianzas.	Octubre 2006
			Sistema de monitoreo y evaluación en implementación, disponibilidad de algunos indicadores	Marzo 2007
			Sistema de monitoreo y evaluación totalmente funcionando, un primer reporte anual sobre el estado de la respuesta nacional ampliamente distribuido.	Diciembre 2007
Capacidad de absorción de recursos.	Aumento de la capacidad nacional de absorción de recursos disponibles para financiar la respuesta nacional.	Montos de inversión en prevención y control de VIH por fuente de financiamiento y agencia implementadota.	Metas a ser definidas en función del estudio basal disponible en diciembre de 2006	

Tabla 16: Préstamo Banco Mundial, Carta de implementación reformulada, (traducción propia) continuación...

Objetivo de desarrollo	Área de intervención	Resultados	Indicadores	Metas
Reducción del riesgo de transmisión y mejora de calidad de vida de personas infectadas y afectadas.	Cuidado y tratamiento	Aumento de la cobertura de TARGA	% de personas que necesitaban TARGA y lo recibieron en los últimos 12 meses.	2005:33% (2,800) 2006:70% (5,000) 2007:85% (7,500)
	Mercadeo social de condones.	Aumento del uso de condón entre la población joven.	% de población entre 15 y 24 años que reporta uso de condón en el último encuentro sexual con una pareja no estable y en los últimos 12 meses.	Metas a ser definidas en función del estudio basal disponible en de diciembre 2006.
	Examen y consejería voluntarios.	Mejora del conocimiento de la población sobre su estado serológico.	Población entre 15 y 49 años que solicitó voluntariamente el examen de VIH, lo obtuvo y recibió el resultado en los últimos 12 meses.	2005: 82 915 2006: 170,000 2007: 250,000
	PNRTV	Reducción de la transmisión de madre a hijo.	% de establecimientos de salud que atienden parto y entregan atención de acuerdo al protocolo del PNRTV.	2005: 60% 2006: 75% 2007: 80%
	Tratamiento de ITS (no VIH).	Mejora del diagnóstico de ITS.	% de pacientes con ITS que son adecuadamente diagnosticados y tratados de acuerdo a las guías nacionales.	2005: 70% 2006: 80% 2007: 90%
	Discriminación y Estigma.	Mejorar las actitudes de aceptación hacia las personas con VIH.	% de personas, entre la población encuestada, que expresa actitudes aceptables hacia las personas con VIH, desglosado por diferentes ambientes (lugar de trabajo, escuelas, etc.).	Metas a ser definidas en función del estudio basal disponible en diciembre de 2006
		Reducción del estigma y la discriminación en los establecimientos de salud.	% de personal de salud, entre todo el personal encuestado, que expresa actitudes aceptables hacia las personas con VIH.	Metas a ser definidas en función del estudio basal disponible en diciembre de 2006.
		Reducción de estigma y discriminación en la comunidad.	% de personas con VIH que reporta haber sentido estigma.	Metas a ser definidas en función del estudio basal disponible en diciembre de 2006.

Fuente: Banco Mundial

4.5.2.2 Donación del Fondo Mundial

Este subsidio que asciende a un monto total de US\$48.5 millones fue aprobado en la segunda ronda. Se firmó en mayo de 2004 y se inició en junio de 2004. Tuvo una primera fase de US\$14.7 millones que finalizó el 30 de noviembre de 2006 y cuyo reporte de ejecución facilitó la aprobación de una segunda fase por US\$33.7 millones que tiene como fecha de término el 31 de mayo de 2009. Al 30 de marzo de 2007, el Fondo había desembolsado un poco más de US\$6.0 millones (de esta segunda fase). El valor restante por desembolsar hasta el año de 2009 es de US\$27.7 millones⁴⁶.

Aunque la propuesta planteaba mejorar los servicios de salud, los recursos fueron aprobados con la meta de aumentar la cobertura de ARV, como lo indica el resumen: "la propuesta intenta fortalecer los servicios de VIH en todo el país, con especial énfasis en grupos vulnerables como mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y poblaciones migratorias. La propuesta intenta aumentar la terapia con ARV de 200 personas (al momento de aprobación de la propuesta) a 6000 en el quinto año. El país cuenta con una buena infraestructura de salud que tiene buenas estructuras de atención primaria en las zonas rurales. Hay una extensiva colaboración entre el gobierno y las ONG en la provisión de servicios"⁴⁷.

En otra sección de este informe de la evaluación se ha comentado el modelo de atención y se ha hecho referencia a las dificultades que plantea el manejo vertical que se ha seguido en el problema del VIH. En términos de efectividad, si bien este proyecto ha alcanzado la meta de aumentar el número de personas con tratamiento de ARV, es necesario destacar que este aumento se ha logrado debido al uso conjunto de los recursos de esta donación y los del préstamo; ya que a partir de las modificaciones introducidas al convenio del préstamo (2006) fue posible financiar la compra de ARV.

Al igual que los recursos del BM, éstos se consignan de acuerdo a los objetivos de la donación. En la Tabla 17 se muestra el gasto por objetivo para el año 2006. Esta donación tiene también un componente destinado a cubrir los costos de gestión del proyecto, que se ubica alrededor del 10% del gasto total.

Tabla 17: Recursos del Fondo Mundial 2004-2006 ejecutados por COPRESIDA (US\$).

OBJETIVOS	2004	2005	2006	TOTAL
I.1 Mejorar la políticas y ambiente de derechos Humanos.	0	459,412	1,365,587	1,824,999
I.2 Aumento del acceso y uso de servicios.	147,673	1,073,207	4,233,990	5,454,870
I.3 Incremento del acceso a tratamiento.	0	2,313,462	2,194,927	4,508,389
I.4 Gestión del proyecto.	51,443	409,096	879,378	1,339,917
I.5 Asistencia técnica.	0	38,224	37,310	75,534
TOTAL	199,116	4,293,401	8,711,192	13,203,709

Fuente: SESPAS

4.5.3 Comentarios sobre algunos de los renglones de gasto ejecutado por COPRESIDA

Considerando que COPRESIDA es la institución encargada del manejo de los fondos externos provenientes del FM y del BM, esta sección presenta un análisis conjunto de la composición del gasto y de la modalidad de ejecución de los recursos provenientes de ambas fuentes de financiamiento. Es interesante notar que en opinión de funcionarios de COPRESIDA, esa entidad no ejecuta sino que asume la función de canalizar a otras

⁴⁶ http://www.theglobalfund.org/es/funds_raised/reports/

⁴⁷ Resumen de la propuesta en <http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite>

instituciones públicas y privadas. Esta percepción es preocupante, pues refleja una suerte de traspaso de la responsabilidad sobre la toma de decisiones relacionadas con la asignación de recursos a estas instituciones.

4.5.3.1 Costos de administración/gestión

Tal como se menciona más arriba, el gasto registrado bajo gestión/administración del proyecto parece alto si se compara con tasas estándares en el diseño de proyectos. Si bien es probable que esta cifra se justifique por las características particulares del proyecto, sería necesario indagar con mayor detalle sobre los elementos de gasto que se incluyen en este acápite. En cualquier caso, en este rubro se incluyen gastos corrientes y de capital (activos fijos). Entre los gastos corrientes se incluyen capacitación, viáticos, pasajes, salarios, gastos legales y consultorías (57.1% del gasto en “gestión del proyecto” de los recursos del FM y 47.4% del gasto en los dos componentes de “costo de administración del proyecto” de los recursos del BM). En el renglón de activos fijos se da cuenta de edificaciones y reparaciones, mobiliarios y equipos, y reparaciones y mantenimiento, entre otros.

4.5.3.2 Gasto en habilitación y equipamiento de las Unidades de Atención Integral.

Este gasto se presenta en diferentes elementos y sub-elementos de gasto, por tal razón y a fin de evitar imprecisiones se optó por no estimar el total en este ejercicio. COPRESIDA reportó que la asignación de fondos para el equipamiento y habilitación de los espacios requeridos en la creación de las Unidades de Atención Integral (UAI), se hace en función de un listado que entrega DIGECITSS; este listado no está sujeto a un segundo examen técnico. El proceso que sigue DIGECITSS para decidir sobre la creación de nuevas UAI se basa en la disponibilidad de espacio en los establecimientos de la red de atención pública y en la disposición de los encargados de los establecimientos a ceder dichos espacios. No hay un análisis sistémico que tome en cuenta factores geográficos, ubicación de la población, variables epidemiológicas, ni la situación de la red. Tampoco existe una normatividad en relación al equipamiento. La coordinación para la habilitación se hace con DIGECITSS y no con la Unidad de Habilitación de la SESPAS.

4.5.3.3 Gastos en medicamentos

Entre el 2003 y el 2006 el gasto total en medicamentos fue de US\$8,050,690. La Tabla 18 muestra el gasto en medicamentos por fuentes de financiamiento para el período 2003-2006.

Tabla 18: Gasto en medicamentos 2003 – 2006 por fuentes de financiamiento (US\$)					
	2003	2004	2005	2006	TOTAL
FM	--	147,673	2,196,764	2,805,018	5,149,455
BM	26,897	289,374	67,892	1,929,735	2,313,898
BM (contrapartida)	2,103	15,936	8,346	131	26,516
Subtotal	29,000	452,983	2,273,002	4,734,884	7,499,869
DIGECITSS	ND	ND	ND	560,821	560,821
Total	29,000	452,983	2,273,002	5,295,705	8,050,690

ND: no disponible

Fuentes: SESPAS y DIGECITSS

Como puede apreciarse, el gasto en medicamentos es un componente muy importante del gasto total en VIH (28% en 2006) y se ha venido incrementando sustancialmente a través de los años, de acuerdo al incremento de la disponibilidad de recursos.

Aunque sólo se tienen informaciones sobre los gastos en medicamentos de DIGECITSS para el año 2006, es importante señalar que este gasto corresponde aproximadamente al 10% del gasto total en medicamentos para ese año. El 90% restante corresponde a la donación del FM y al préstamo del BM.

Por otra parte, el gasto en terapia preempacada para las ITS del año 2006 fue ejecutado principalmente por DIGECITSS (70%). En la Tabla 19 se presenta la composición del gasto en medicamentos en el 2006.

Tabla 19: Resumen de gasto en medicamentos en el año 2006 (US\$)	
Medicamento	Gasto
ARV(1)	4,147,268
Terapia preempacada	658,290
TB DOTS	655
Infecciones oportunistas	236,397
Medicamentos y suplemento nutricional mujeres Con VIH bajo PNTV	241,891
Conexos	11,207
TOTAL	5,295,708

(1) Incluye US\$828,455 identificados en el rubro “mujeres VIH+bajo PNTV” y US\$ 82,580 de gasto ejecutado por DIGECITSS.
Fuentes: SESPAS y DIGECITSS

Como puede verse el gasto en ARV representa un 78.3% del gasto en medicamentos para VIH. Considerando que este gasto de US\$ 4,147,268 cubre a 5001 pacientes, se concluye que en el año 2006 el país gastó en ARV un total de US\$829.29 por paciente.

A continuación se compara este gasto con el costo esperado en función de la distribución de pacientes por líneas de esquemas de tratamiento y de los precios de compra de los medicamentos ARV en 2006.

Se realizó una estimativa de los costos esperados de los principales esquemas de tratamiento de primera y segunda línea para adultos y pediátricos, con base en los precios promedio de adquisición en el 2006 y la distribución porcentual de pacientes en estas líneas. Esta estimación se refleja en la Tabla 20.

Tabla 20: Costo estimado del tratamiento a pacientes en el año 2006 (US\$)			
Esquema	Pacientes	Costo promedio/paciente por esquema	Costo total
Adultos			
Primera línea (88%)	4069	261.00	1,062,009.00
Segunda línea (12%)	555	1,928.00	1,070,040.00
Total	4624	461.00	2,132,049.00
Niños			
Primera línea (80%)	302	278.08	83,979.61
Segunda línea (20%)	75	1,707.26	128,044.50
Total	377	562.40	212,024.11
Gran total	5001	468.72	2,344,073.11

Fuente: OPS/OMS

En el Anexo 3 se presentan las tablas de estimación para adultos y niños.

El monto de US\$2,344,073.11 contrasta con los US\$4,147,268 correspondientes al valor de los gastos de ARV en el 2006. Al comparar ambas cantidades se observa una diferencia de US\$1,803,194.69. Durante la evaluación no fue discutido este exceso de gasto, pero puede considerarse subestimado porque se trabajó con el

número máximo de pacientes de las tres informaciones obtenidas. Una variable que podría explicar parcialmente esta diferencia sería el valor de los inventarios, tema que fue tratado en la sección de gestión de medicamentos.

Al contrastar también el costo promedio/paciente de la Tabla 20 (US\$468.72) con el gasto real por paciente (US\$829.29), se observa una diferencia de US\$439.43 por paciente.

Si se tiene en cuenta la alta proporción del gasto en ARV con relación al gasto total en medicamentos para VIH, y si se consideran además las brechas sobre pacientes en tratamiento como la necesidad de que el país asuma financieramente el costo total del tratamiento de estos pacientes en un futuro próximo, se concluye la necesidad urgente de revisar estos gastos, el número de pacientes y los inventarios para poder tomar acciones que permitan racionalizar el gasto en ARV.

4.5.3.4 Gastos en personal

El nivel de salarios que paga COPRESIDA es un tema que merece atención, debido a que en primer lugar es relativamente alto en proporción del gasto total y, en segundo lugar, tiene niveles por trabajador que introducen un factor de distorsión en la asignación del recurso humano y fomenta el sistema de atención vertical. Esto se da en los componentes de coordinación y de provisión de atención. Existe la práctica de asignar un sobresueldo a los funcionarios de SESPAS que están asignados a la Unidades de Atención Integral (UAI), de tal forma que funcionarios de formación y experticia similar están recibiendo remuneraciones sustancialmente diferentes.

4.5.4 Identificación de grupos objetivos

Esta evaluación advierte que el tipo de focalización que se está haciendo no responde a las características actuales de la epidemia, la cual muestra una feminización, particularmente entre los adolescentes. Es preocupante que en el documento del FM se especifique un listado de grupos vulnerables que excluye a la población que no se auto identifique como 'hombres que tienen sexo con hombres' o como 'trabajadores sexuales'.

4.6 Recursos humanos

La Agenda Estratégica Nacional para la Reforma del Sector de Salud plantea como necesidad fundamental el fortalecimiento del desempeño y capacidad de gestión de los RRHH de salud. En tal sentido, asume como objetivo desarrollar políticas, estrategias y normativas nacionales que contribuyan a garantizar la efectividad y calidad del desempeño del personal de salud. Se espera que estas estrategias y acciones generen los siguientes resultados⁴⁸:

Puesta en vigencia de un sistema de planificación de los RRHH del sector. Definición de categorías profesionales y clasificación de puestos de trabajos.

- Definición y uso de indicadores básicos, con información actualizada sobre situación y tendencia de los RRHH. Sistema integral de información de RRHH.
- Aplicación de carrera sanitaria y reglamento de gestión de RRHH.
- Actualización de los registros de RRHH de SESPAS en redes regionales de salud (provisión).
- Reorganización, asignación y distribución del personal de salud de la SESPAS con criterio de racionalidad y equidad geográfica conforme al modelo de atención.
- Definición de la oferta y demanda de profesionales, técnicos y auxiliares del modelo de atención.
- Sistema de reclutamiento, selección, ingreso y permanencia en los puestos de trabajo en función del mérito.
- Evaluación del desempeño e incentivos vinculados a resultados.
- Plan de capacitación con contenidos y metodologías que garanticen el desarrollo de los RRHH en los ámbitos central, regional y local.
- Regulación y acreditación de escuelas y programas. Metodologías para la certificación de las diferentes profesiones.

⁴⁸ Oreste, Adelaida; Zapata, Selma: Elementos relevantes para la elaboración del perfil de país en materia de recursos humanos, Republica Dominicana, 2006

El análisis de las entrevistas a informantes clave revela que la gestión de los recursos humanos, en apoyo de la respuesta del SNS ante el VIH, se ha venido realizando de manera desvinculada al marco estratégico expuesto anteriormente.

Tanto el COPRESIDA como la DIGECITSS cuentan con personal técnico especializado y comprometido, que ha desarrollado competencias no sólo relativas a las funciones de coordinación y de normativas propias de estas entidades, sino también relativas a la planificación, organización y prestación de servicios de atención al VIH, PNRTV e ITS.

A nivel de los servicios, la SESPAS ha designado personal con dedicación exclusiva para la atención integral de las personas con VIH en las UAI. La evaluación identifica los siguientes retos en esta área:

- La utilización de sistemas de contratación y beneficios que responden a proyectos específicos y que distorsionan los definidos para el personal de la SESPAS.
- La alta concentración de personal en el nivel central y, específicamente, en el COPRESIDA y DIGECITSS.
- La gran diferencia de salarios entre el COPRESIDA y la SESPAS.
- La existencia de salarios complementarios para personal de las UAI.
- La creación de cargos que no están incluidos en las categorías existentes. i.e. consejeros pares.
- La contratación, manejo y supervisión de personal para la prestación de servicios directamente por el COPRESIDA, el cual no se vincula claramente a la red de servicios. i.e. promotores proyecto bateyes.

Un reto importante para el COPRESIDA y para la SESPAS es la retención de personal calificado, una vez concluyan los proyectos en marcha. En el corto plazo, la disponibilidad de este personal, pudiera ser aprovechada para apoyar los procesos de fortalecimiento de la red de servicios y de descentralización. Sin modificar las condiciones contractuales existentes, este personal podría ser temporalmente asignado a algunas de las instancias que necesitan ser fortalecidas, específicamente la Subsecretaría de Atención a las Personas, las DRS y algunas DPS.

4.7 Información estratégica, vigilancia y monitoreo del VIH y de las otras ITS

La información estratégica es definida como la colección de datos esenciales que permiten monitorear la evolución de la epidemia del VIH y el impacto de las intervenciones para tomar decisiones que puedan mejorar la respuesta nacional. En el contexto de la respuesta del SNS se considera información estratégica aquella relacionada con la información epidemiológica del VIH y factores de riesgo, la vigilancia de los comportamientos, la prevención y tratamiento de las ITS, así como el monitoreo y evaluación del impacto de los programas de prevención de la transmisión materno-infantil y los programas de atención integral a los pacientes infectados con VIH o en necesidad de ARV (pacientes con sida) y otras posibles actividades del sector salud.

En el desarrollo del SNS está planteado el desarrollo de un sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica, de carácter modular. Con relación a la respuesta del SNS ante VIH, el sistema de información debe garantizar la producción de la información sobre actividades y servicios, y también asegurar la vigilancia epidemiológica de la epidemia en sus diferentes estadios y componentes.

Esta área incluye los sistemas de vigilancia epidemiológica y los de monitoreo y evaluación de la respuesta ante el VIH.

4.8 Vigilancia epidemiológica del VIH y otras ITS

Los hallazgos recientes de la caracterización del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/ITS (SESPAS, USAID, CDCYGAP, oct. 2006) reportan lo siguiente:

Las debilidades:

- Resultados de investigaciones no sistematizados hacia el SVE.
- No existen estudios etno-antropológicos en grupos de alto riesgo no sistemáticamente estudiados (privados de libertad, UDVI).

- No están contempladas las encuestas de comportamiento con marcadores biológicos en grupos de alto riesgo.
- Existen indicadores de comportamiento pero no son exhaustivos.
- El sistema de notificación no es único.
- Retrasos (de 1 mes o más), en "papel". Limitados análisis y comunicación.
- La digitación es centralizada.
- Epidemiólogos "poli funcionales".
- No hay supervisión de capacitación sistemática en servicios.
- No existen planes de vigilancia epidemiológica.
- Sector privado no notifica.

En cuanto a la vigilancia de las ITS es importante anotar lo siguiente: aunque desde el 2004 la sífilis y la hepatitis son parte del sistema de vigilancia centinela en la RD, los datos disponibles para las ITS fuera de estas encuestas son muy limitados, excepto en centros especializados como el Instituto Dermatológico; no se realiza de forma rutinaria la prueba del VIH en los pacientes con ITS; la vigilancia de ITS no entra en su totalidad en la vigilancia epidemiológica del VIH en el contexto de segunda generación; no existen registros de la proporción de personas diagnosticadas con ITS a las que se le realizan pruebas de VIH; y el análisis epidemiológico de ITS es limitado.

No se han realizado estudios de vigilancia o monitoreo de la resistencia a los ARV, sin embargo ha habido contactos y planes para el desarrollo de los protocolos. Una misión de la OMS tuvo lugar en el año 2006. La mayoría de los encuestados expresaron que los recursos de vigilancia en el país son insuficientes y su participación en el sistema es limitada.

4.9 Los sistemas de información para el monitoreo de programas y servicios

Los hallazgos de las visitas a terreno durante la evaluación reportan lo siguiente:

Los sistemas de gestión de la información. Se ha establecido un sistema nacional de gestión de la información epidemiológica para manejar las enfermedades de importancia. A nivel nacional, el sistema posee el número suficiente de personal capacitado, computadoras y una base de datos integrada que automatiza los resultados de los informes. No obstante, la capacidad de análisis de los datos y la retroalimentación de la información es limitada. El sistema está mal dotado y carece de control de calidad de los datos en los niveles locales y regionales.

El seguimiento y la evaluación. Actualmente no existe sistema de M&E de VIH nacional, ni un plan estratégico para uno. Se ha establecido un sistema de M&E a nivel local, el cual incluye un conjunto estandarizado de indicadores. No obstante, éstos no que no han actualizados desde 1993.

Existe insuficiencia de personal clínico y de epidemiología para el monitoreo de ARV y de ITS. La capacidad de análisis de datos por parte del personal clínico de las Unidades de Atención Integral es limitada al igual que las actividades para monitorear y mejorar la calidad de datos de las provincias y municipios. La limitada capacidad de uso de la información, también fue reconocida como una debilidad importante.

Los indicadores existentes solamente recogen el proceso de las actividades, no existen indicadores para los productos o resultados.

Las DRS disponen de un sistema de información poco accesible en su ámbito territorial (30% para información perinatal, PNTRV, atención integral a VIH, a ITS, prevención de la transmisión sexual del VIH y otras ITS), pero es mejor para la vigilancia epidemiológica y factores de riesgo para las ITS, prevención de la transmisión sexual del VIH y para la prevención de la transmisión sanguínea (60%).

En las DRS se analiza y se utiliza la información para la toma de decisiones en sus territorios: la mayoría (66%) reciben y reportan informes de la situación epidemiológica del VIH e ITS, y analizan la información enviada a los niveles superiores. Esta información es considerada útil para la toma de decisiones programáticas y de gestión. Sólo una minoría (30%) da cuenta de haber recibido retroalimentación de los niveles superiores, o cita algún caso en el que se ha tomado una decisión basada en la información disponible de su territorio.

En las DPS la situación es similar. El 75% recibe informes, pero incumple en el envío de la información según niveles. Las DPS consideran útiles dichos informes, los analizan, y pueden citar casos de decisiones tomadas basadas en esta información. Algunas DPS (ejemplo región IV) reportan que no tienen un sistema de información desarrollado y sólo el 30% recibe retroalimentación de los datos procesados por los niveles superiores (UAI's, PNRTV). Las limitaciones provienen de los aspectos logísticos para poder realizar estas funciones. No existe un sistema de retroalimentación sistemático como en el caso del programa de control de la TB.

Existen ocho sistemas de información en el ámbito territorial de las DPS pero solamente la mitad produce reportes.

Desde el punto de vista de las DRS y DPS, los sistemas de información no están integrados (60%) en su ámbito territorial. Aunque en las DPS existe un sistema de información computarizado, frecuentemente se presentan problemas de logística, además no hay red informática y el análisis de la información es muy limitado en particular sobre los factores de riesgo. La información no se utiliza como insumo para el desarrollo de los planes provinciales cuando estos existen.

Las encuestas y visitas realizadas en los establecimientos (hospitales y UNAPs) identificaron lo siguiente:

4.9.1 Hospitales

Los sistemas de información son independientes, están fragmentados los diferentes niveles, y en general son limitados en cuanto a los datos que recogen (en particular en los servicios hospitalarios). La información que se recoge es poco utilizada para mejorar los servicios.

Los sistemas de información más débiles son los de atención integral a ITS, vigilancia de factores de riesgo para VIH/ITS, prevención de la transmisión sexual del VIH y otras, y producción de servicios.

Una gran parte de los encuestados (67%) consideraron útil la información que se genera de los sistema de información/vigilancia para la toma de decisiones programática y de gestión. Sin embargo, solamente un 43% reporta informes de la situación epidemiológica y el 61% analiza la información. Una minoría (39%) recibe retroalimentación de los datos procesados por los niveles superiores.

Solamente la mitad de los establecimientos cuenta con registro de pacientes y garantiza la continuidad del tratamiento, en la misma proporción se ejecutan la evaluación y el monitoreo de este programa en el hospital.

4.9.2 UNAPs

La mitad de las UNAPs (46%) analiza y utiliza la información para la toma de decisiones en el centro, pero casi todos (90%) no reciben informes de la situación epidemiológica o retroalimentación de los datos procesados:

Falta claridad sobre los roles relativos a los sistemas de información para el monitoreo y la evaluación entre las DPS y DRS. Por otra parte, tampoco están muy bien definidas la circulación de la información del nivel periférico hacia el nivel central y las vías de de retro-alimentación. Como consecuencia los sistemas de los niveles locales (establecimientos), comunidades y poblaciones, y grupos vulnerables están fragmentados o presentan deficiencias (sistemas independientes, paralelos y poca coordinación).

Con las capacidades existentes de los recursos humanos en los niveles provincial y regional, un buen conocimiento de la situación epidemiológica de la población general y de la población vulnerable en particular debe ser una norma. El análisis y uso de los datos para la acción, a nivel local y de las regiones y provincias, resulta esencial para mejorar los programas localmente.

En cuanto a los procesos e infraestructura de los sistemas de información, se destacan los siguientes elementos: en muchos hospitales municipales no hay computadoras, Internet y equipamiento adecuado; existen grandes

debilidades para entrar y manejar datos en los niveles provinciales y municipales; hay poco control de la calidad de los datos; no se dispone de información automatizada ni acumulada en el tiempo; la supervisión a nivel provincial y municipal es muy limitada; las capacitaciones sobre programas de manejo de datos son pocas; no se realizan reuniones periódicas ni existe un plan de análisis de los datos (MOH-DR, USAID, CDCYGAP, octubre 2006).

4.10 Monitoreo de pacientes en ARV

Aunque con ciertas limitaciones, que debido a su flexibilidad pueden corregirse, el sistema para el monitoreo de TARGA (conocido bajo las siglas de SIA) funciona. El sistema necesita coordinar la información con el programa de control de la TB de manera más sistemática para permitir el seguimiento de los pacientes y el análisis de cohorte, por lo menos en los centros con un volumen importante de pacientes como primer paso.

4.11 Monitoreo de la prevención de la transmisión madre hijo (PTMI)

Aunque el monitoreo de la transmisión madre hijo se describe en otra sección, esta evaluación concluye que el sistema es bastante voluminoso y que podría mejorarse para el seguimiento de los pacientes que se pierden.

4.12 Monitoreo de las intervenciones de promoción y de prevención

Existen indicadores de monitoreo de las diferentes intervenciones de promoción y prevención que son reportados para informes globales como el UNGASS. Para las intervenciones de prevención de la transmisión en usuarios de drogas inyectadas no existe un sistema de monitoreo.

4.13 El monitoreo de la coinfección VIH/TB.

El sistema de información y vigilancia de la coinfección funciona a través el reporte de TB/VIH que produce el Programa Nacional de TB. La situación a nivel provincial y sus tendencias son analizadas cada año y sirven para la planificación del programa de TB. Esta información debería ser utilizada y discutida en el nivel provincial y ser agregada al nivel nacional para su utilización.

En conclusión, DIGECITTS debe transformar el sistema de monitoreo y evaluación en un sistema de información estratégica descentralizada.

5.

Recomendaciones

5.1 Fortalecimiento de la red de servicios para la atención integral de las personas con VIH

5.1.1 Aumentar la captación temprana de personas con VIH.

- Elaborar un plan operativo de emergencia para acceso acelerado y efectivo a la prueba gratuita del VIH con referimiento, ofrecida por el proveedor de atención para pacientes ITS, TB y embarazadas. Realizar una campaña nacional de “Hazte la prueba” (dirigida a jóvenes y mujeres en edad fértil con énfasis en embarazadas).

5.1.2 Acelerar la cobertura de PNRTV: aplicar el principio de tolerancia cero (que no se dado de alta un niño de madre con VIH en un establecimiento hospitalario sin haber recibido el beneficio del PNRTV).

- Reorientar recursos humanos y financieros disponibles hacia el PNRTV para el fortalecimiento de los servicios de atención materna y la aplicación de los protocolos existentes en todos los establecimientos públicos.

5.1.3 Implementar un plan de acción para fortalecer la red pública de prestación de servicios para la atención y prevención del VIH, en el contexto del proceso de separación de funciones en marcha con la reforma.

- Incorporación de la atención integral al VIH en los procesos de planificación y gestión de las DRS, incluyendo la derivación de recursos humanos y financieros para asumir completamente esta responsabilidad.
- Cada Dirección Regional deberá ser especializada y reorganizada hasta que esté en condiciones de asumir con calidad y eficiencia la provisión de servicios, desconcentrar responsabilidades en forma progresiva hasta llegar a la autonomía, y desarrollar procesos de programación local para la gestión de la prevención y atención al VIH, incluyendo el suministro y redes de laboratorios y bancos de sangre.
- Organizar las redes públicas de provisión (PPRSS) en función de los Reglamentos (provisión y separación de funciones) y de la autonomía que ordena la Ley 87-01. Definir su capacidad resolutive, fortalecer sus redes internas (microrredes) y desarrollar sus sistemas de información, de compras, de gestión financiera y sanitaria, aumentando progresiva y sostenidamente la calidad de la atención. Extender la cobertura de la APS a través del fortalecimiento del primer nivel, con Unidades de AP competentes, facultadas, equipadas, que se conviertan en la “puerta de entrada inteligente” al sistema de provisión.
- Realizar acciones de planificación, monitoreo y evaluación conjunta con las DRS, las DPS y las subsecretarías respectivas en el contexto de los POA 2007 y 2008. Estos planes tendrían que ser revisados en las diferentes instancias, para incorporar metas y actividades específicas, coherentes con el plan de emergencia 2007-2008. Las acciones ya iniciadas en este sentido indican que dicha recomendación está en curso de implementación.

5.1.4 Aumentar la participación y movilización social para la prestación de servicios y veeduría social.

- La integración y descentralización de las acciones de atención y prevención del VIH y otras ITS en la red de servicios de salud debe ir acompañado del desarrollo de mecanismos claros de articulación de los servicios

con las organizaciones de la comunidad y de la sociedad civil, de forma que en todo lugar donde se realice atención integral al VIH se implementen acciones de movilización comunitaria, promoción de los servicios y veeduría social. En este sentido resulta fundamental el fortalecimiento de las UNAP, y la articulación de las acciones realizadas en la comunidad por las ONG y otras organizaciones con la red de servicios.

5.2 Redefinición y expansión de las estrategias de prevención y promoción de la salud

5.2.1 Revisar las estrategias y el contenido técnico de las intervenciones de prevención y promoción de la salud, utilizando evidencia y los criterios de costo-efectividad y sostenibilidad administrativa y financiera.

- Es urgente enfocar acciones efectivas de promoción y prevención hacia poblaciones donde se encuentran niñas y niños preadolescentes, adolescentes y jóvenes expuestos a múltiples riesgos, incluyendo el VIH. Se plantea la necesidad de cambiar el paradigma de los “grupos vulnerables” hacia un abordaje integral y de género y de organización de las comunidades. Es indispensable involucrar a los síndicos y otros actores clave que puedan transformar los escenarios de riesgo en escenarios protectores de los derechos humanos de estas personas, reduciendo la incidencia del VIH, pero más aún, creando las condiciones para un desarrollo humano integral saludable.

5.2.2 Realizar las gestiones que sean necesarias para eliminar acuerdos existentes entre instalaciones de salud y entidades religiosas o cualquier otra que limite la capacidad de promover e implementar programas de planificación familiar y de promoción del uso del condón.

- La existencia de estos acuerdos son indicativos de que algunos tabúes y creencias han sido incorporados a las políticas públicas de salud. Lo anterior exige una urgente revisión y la toma inmediata de correctivos, con el fin de evitar consecuencias negativas para los derechos de salud sexual y reproductiva de la mujer en la República Dominicana.

5.2.3 Definir metas de cobertura para 2007-2008. Estrategia operativa para alcanzar estas metas, tiempo y recursos.

5.2.4 Fortalecer las UNAP para la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH/ITS.

5.2.5 Aumentar la participación y movilización social para la promoción y prevención.

5.3 Revisar las políticas de aseguramiento y financiamiento para el acceso universal

5.3.1 Desarrollar un plan de acción que garantice el aseguramiento y la sostenibilidad de la atención y prevención del VIH. Integración plena del aseguramiento al acceso universal a prevención, atención y tratamiento con criterios de costo-efectividad y sostenibilidad, tal como fue explicitado en la política y en los procesos de reforma del sector salud en marcha.

5.3.2 Aumentar la calidad del gasto: revisión de los planes de acción de los diferentes proyectos y readecuación de la inversión con criterios de costo-efectividad y sostenibilidad.

- Mejorar el trabajo de planificación conjunta entre las entidades que manejan los recursos financieros (COPRESIDA), la entidad encargada de los aspectos de regulación técnica (SESPAS/DIGECITSS) y las instancias encargadas de la provisión de la atención.
- Conducir una revisión de los planes de acción aprobados por el BM (US\$9,5 millones) para el 2007, y por el FM (segunda fase 2007-2009) a fin de hacer las reprogramaciones necesarias para lograr coherencia entre las prioridades, los cursos de acción definidos en el Plan Operativo de Emergencia, y la inversión que se realizará en el próximo año. Establecer contacto con las agencias financiadoras para discutir y/o negociar cambios de programación si fuera necesario.

5.4 Fortalecer la rectoría, conducción y gestión

5.4.1 El fortalecimiento de estas funciones del SNS pasa por un transferencia progresiva de roles y funciones de acuerdo a lo establecido en el proceso de reforma y a las realidades locales.

5.4.2 Fortalecer el rol rector de la SESPAS en la conducción de la respuesta del SNS.

- Utilización de los resultados de esta evaluación para fortalecer los procesos en curso de planificación estratégica (PLANDES y PEN) y la planificación operativa (proyectos en curso y en desarrollo).
- Desarrollo de un plan de acción para la “devolución” de funciones a las entidades competentes dentro del contexto de la reforma.
- Proceso de desarrollo del PEN, readecuación del proceso de planificación estratégica, gestión y conducción de la respuesta nacional de acuerdo a las reformas introducidas recientemente (COPRESIDA pasa a ser dependencia directa de la SESPAS).
- Armonización de los procesos de planificación de la SESPAS con los procesos en curso de planificación de COPRESIDA: metas nacionales, territoriales y de establecimientos. Planes en consecuencia y asignación de recursos.

5.4.3 Tomar medidas inmediatas orientadas a armonizar los procesos de reforma en curso y el modelo de atención al VIH/ITS, con criterios de costo-efectividad y sostenibilidad.

- Derivar recursos (humanos y financieros) de VIH para mejorar la calidad de la atención maternoinfantil y la efectividad del PNRTV.
- Postergar la replicación del modelo introducido en la maternidad La Altagracia, que desarrolla unidades de atención a la embarazada con VIH dentro de los servicios de atención materna; hasta que se lleve a cabo una evaluación técnica y económica de la iniciativa. Los resultados de esta evaluación debieran orientar el proceso de toma de decisiones en cuanto a la conveniencia para el país de replicar o no este modelo.
- Suspender la creación de nuevas UAI en su modalidad actual, y desarrollar un plan de integración de las UAI a la red.
- Articular las UAI existentes con los distintos niveles de la red de servicios, con mecanismos claros de referencia y contrarreferencia. Utilizar la infraestructura y el recurso humano disponible en las UAI para facilitar dicho proceso y fortalecer la red de servicios para la atención integral al VIH.

- Implementar una política de tolerancia cero frente al estigma y la discriminación en los establecimientos de salud. Realizar una capacitación masiva del personal de salud de la red de servicios, priorizando las UNAP, servicios de atención maternoinfantil, y servicios a pacientes de mayor riesgo (TB, ITS). Se recomienda el uso de la metodología y los instrumentos del AMIH (IMAI adaptado a la región) para apoyar este proceso.
- Desarrollar estrategias de sensibilización y educación que aborden la falsa percepción de que el problema del VIH en la República Dominicana es un problema “importado al país” por población migrante, y que informen del papel que juegan los movimientos de población en la transmisión del VIH, tanto internamente como hacia y desde el exterior. Es necesario que se consoliden los procesos en marcha para el desarrollo de una estrategia binacional que permita optimizar los recursos existentes para garantizar el acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento de la población migrante en la Hispaniola. Un análisis de situación que trate a la Isla en su conjunto resulta fundamental para informar este proceso binacional.

5.4.4 Fortalecer la capacidad de regulación, auditoría y fiscalización para el ejercicio de la función rectora a nivel nacional y territorial.

- Considerar la conveniencia de realizar auditorías en las unidades donde están ocurriendo las mayores pérdidas, para desarrollar acciones puntuales que rápidamente cierren algunas brechas fácilmente evitables.

5.5 Medicamentos e insumos

5.5.1 Analizar (SESPAS, junto con la COPPFAN) la factibilidad de que PROMESE/CAL, asuma en un mediano plazo la función de la gestión de medicamentos del DIGECITSS. Una vez definido, desarrollar un plan de acción para el traspaso de las funciones.

5.5.2 Tomar medidas inmediatas para mejorar la planificación y gestión de suministros.

- Revisión inmediata de las existencias y de las adquisiciones realizadas en 2007 para posibles ajustes del plan del segundo semestre 2007.
- Elaboración de un plan único de suministros para el 2008 que incluya todos los medicamentos e insumos sanitarios para la atención integral de las personas con VIH y del PNRTV, con una clara definición de las responsabilidades de las instituciones participantes y de los diferentes niveles de gestión.
- Aplicar el método de cuantificación de necesidades en todos los niveles involucrados en el proceso de estimación.
- Revisión inmediata de las informaciones sobre el número de pacientes y la distribución por esquemas de tratamiento, así como fortalecimiento de un sistema de información que permita captar datos sobre el tiempo de permanencia en los esquemas formulados y razones del cambio.
- COPRESIDA debe elaborar un plan de corto plazo de transferencia para el proceso de transición de la Fundación Clinton a un agente de compra internacional, para evitar las brechas que pudieran surgir en el abastecimiento de los fármacos.

5.5.3 Fortalecer la regulación y el aseguramiento de la calidad de los medicamentos.

- Establecer un procedimiento acortado para el registro de los medicamentos de interés en salud pública, con énfasis en los ARV.

- Fortalecer la vigilancia y control de los medicamentos en toda la cadena de suministros.
- Fortalecer al Laboratorio Nacional de Salud Pública para que esté en capacidad de analizar la calidad de los ARV que son adquiridos por el país.

5.5.4 Tomar medidas para minimizar el impacto de los acuerdos sobre Propiedad Intelectual, y en particular el acuerdo DR-CAFTA, en el acceso a los medicamentos para VIH, ITS e infecciones oportunistas.

- Formular una política pública de ARV que garantice la existencia de medicamentos genéricos ARV de calidad para la población afectada
- En el caso de los medicamentos, instar a la oficina de propiedad industrial a que defina criterios de patentabilidad más estrictos que limiten la concesión sistemática de patentes y que también sean efectivos para cuando se intente patentar “nuevas moléculas”.
- La SESPAS debe establecer las prioridades sanitarias para el acceso a medicamentos, las cuales deben ser tomadas en cuenta en la evaluación de patentes.

5.5.5 Implementar una estrategia de medicamentos genéricos para aumentar la competencia, disminuir los precios y garantizar la sostenibilidad de los tratamientos.

5.5.6 Desarrollar un plan para la promoción del uso racional de los ARV, ITS y medicamentos para IO, que incluya la implantación de un programa nacional de farmacovigilancia y el control de la adherencia al tratamiento, de forma continua y a través del cuidado integral del paciente.

5.6 Información estratégica para apoyar la gestión y la toma de decisiones (vigilancia, monitoreo y evaluación, y sistemas de información)

5.6.1 Fortalecer mecanismos de monitoreo y evaluación para apoyar el uso de información en la gestión y toma de decisiones.

- Introducir el análisis de brechas, oportunidades perdidas y costo-efectividad, como parte esencial del monitoreo de las intervenciones. Identificar un grupo de indicadores de gestión que permita medir el avance de las metas de impacto que ha definido el país. Instruir a todos los niveles del sistema para que presenten sus análisis en función de las brechas existentes y alcancen la meta utilizando el grupo de indicadores seleccionados.

5.6.2 Fortalecer el análisis y uso de la información existente.

- Utilizar la información existente de las distintas fuentes para actualizar un análisis de situación nacional, por regiones y provincias, en colaboración con las DRS y las DPS. Debería priorizarse la realización de un análisis integral de la situación en la isla, como un insumo fundamental para apoyar las acciones binacionales.

Bibliografía

Bibliografía general

- 1.- OPS. División de Vacunas e inmunizaciones (HPV).- Metodología para la evaluación multidisciplinaria del programa Ampliado de Inmunizaciones a nivel de país. Octubre 2000.
- 2.- WHO.- Guidelines for conducting a review of a national tuberculosis programme (WHO/TB/98.240). Geneve 1998.
- 3.- USAID, John Snow Inc, DELIVER.- Tool to assess site readiness for initiating Antoritroviral Therapy (ART). Version 1.1. September 2003.
- 4.- WHO.- Guidelines for National Programmes. Treatment of Tuberculosis. Third edition. (WHO/CDS/TB/2003.313). Geneve 2003.
- 5.- WHO/SEARO, Ministry of Public. Health. Government of Thailand.- External review of the health sector response to HIV/AIDS in Thailand. Bangkok. August 2005.
- 6.- World Bank Global HIV/AIDS program. The GAMET team. - New Approaches to the "Third One" in a changing M&E landscape. Washington. August 2006.
- 7.- WHO.- Contribution to scaling up toward universal access to HIV/AIDS prevention, treatment and care. Draft. Geneve 2006.
- 8.- WHO. Dep. Human Resorces for Health.- Increasing access to antiretroviral therapy. A model to assessing health workforce needs. User guide. Geneve. August 2004.
- 9.- Hirschhorn Lisa, Aguda Lulu, Fullem Andrew, Dreesch Norbert, Wilson Paul. Estimating Human Resources for Health Needs for Antiretroviral Therapy in Resource Limited Setting. John Snow Inc. Boston. October 2004.
- 10.- WHO.- Service Availability Mapping. (Working documents). Geneve 2005.
- 11.- WHO. Global Programme on AIDS. - External AIDS Programme Review. Guide to Programme Manager. Geneve 1995.
- 12.- WHO. Global Programme on AIDS. - External AIDS Programme Review. Review Preparation, proponed online. Geneve 1995.
- 13.- WHO. Global Programme of AIDS.- Guide for Technical Visit prior to MTP Formulation and Programme Review. (GPA/CNP/EVA/ 1993). Geneve. February 1993.
- 14.- WHO. GPA.- Guidelines for Reviewing Nacional AIDS Programmes. (GPA/TCO/PMT1995). Geneve 1995.
- 15.- WHO.GPA.- Proposed Methods and Instruments for External Programme Review. Draft. Geneve 1995.
- 16.- WHO. EVA-EB.- Review Logboock. Drafts. Geneve 1992.
- 17.- WHO. EVA/EB.- Review Team Task Distribution. Draft. Geneve 1992.
- 18.- WHO.GPA.- Guidelines for AIDS/STD External Review Programme Reviews (Review and Update) GPA/TCO/PMT 1995). Geneve 1995.
- 19.- OMS.- Una Guía para la Evaluación Rápida de los Recursos Humanos para la Salud. Ginebra 2004.
- 20.- OPS (DPC/CD y THS/EV).- La cooperación técnica para el fortalecimiento de la capacidad nacional para detección, la prevención y control de epidemias. (Borrador). Washington 2005.
- 21.- Whitmore S, Zaidi I, Dean H.- The Integrated Epidemiologic Profile: Using Multiple Data Sources in Developing Profiles to Inform HIV Prevention and Care Planning. Arch. Education and Prevention. 2005. 17 (Supplement): 3-16.

Bibliografía sobre el SNS y la respuesta al VIH de la República Dominicana.

- 1.- Ley General de Salud (42-01).
- 2.- Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01).
- 3.- SESPAS/CERSS/INTEC.- Plan Decenal de Salud 2006-2015. Versión borrador actualizada. Noviembre 2006.
- 4.- Consejo Nacional del Sida (CONASIDA), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Programa de Control y Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Sida (PROCETS).- Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2000-2003. Santo Domingo 2000.
- 5.- Quezada, Tirsis. IDESARROLLO.- Actualización del Contexto, Análisis de Situación y de la Respuesta. Documento base para la formulación del PEN 2004-2008. Primer Informe de Consultoría. COPRESIDA/PNUD. Santo Domingo. Junio 2004.
- 6.- Quezada, Tirsis IDESARROLLO.- Informe de resultados del análisis de distintas opciones gerenciales a considerar para la formulación del PEN 2004-2008. Santo Domingo. Mayo 2003.
- 7.- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. "Propuesta de Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud". Versión 1.3. Santo Domingo.. 19 de junio de 2002. Aprobada por el Consejo Nacional de la Seguridad Social en 2002.
- 8.- COPRESIDA.- Construcción de la Respuesta Nacional y sus formas de Participación Social. Santo Domingo 2004.
- 9.- Fiallo Billini, Alberto. - Plan Estratégico Nacional para el Control y la Prevención del VIH/SIDA 2005-2015. Arreglos institucionales y organizacionales de las alianzas estratégicas por bases poblacionales. COPRESIDA. Santo Domingo 2004.
- 10.- Jeffrey, Lizardo.- Evaluación económica de la inclusión VIH/SIDA en la Seguridad Social. Coalición ONG/SIDA. Santo Domingo 2005.
- 11.- ONUSIDA. Navarro Ana, Castellanos César y Chahin Dulce.- Acceso Universal. Consulta de País. Santo Domingo. Febrero 2006.
- 12.- SESPAS. DIGECITS. - Archivos de información epidemiológica. Santo Domingo. Noviembre 2006.
- 13.- Castellanos César/ Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).- Informe final 1ra. Fase de la Iniciativa SINERGIA. Santo Domingo 2006.
- 14.- ONUSIDA/SESPAS-DIGECITS. - Análisis de la situación y respuestas ante la epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana. Santo Domingo. Noviembre 2006. (Borradores preliminares de trabajo no oficiales. Documento disponible del 1 de diciembre 2006).

Anexos

Anexo 1 – Equipo de evaluación

Equipo de cooperación técnica

OPS/OMS

Cristina Nogueira
Jean Phillippe Breux
José Calleja
Bilali Camara
Dalia Castillo
Amalia Del Riego
Bertha Gómez
Nelly Marín
Rafael Mazín
Ligia Pereira
Cyril Pervilhac
Matilde Pinto
Celia Riera

UNICEF

Claudio Bets
Sara Menéndez

USAID

William Duque

Equipo nacional

Roche Adames
Carlos Aguiar
Xiomara Aquino
Arellys Batista
Silvia Caro
Elpidio Antonio Collado
Elisabeth Conclin
William Cuello
Modesta de la Cruz
Angélica Difont
William Duque
Adrián Encarnación
Ana Delia Figueroa
Jazmín Guzmán
Noemí Lara
Osvaldo Lorenzo
Belkys Marcelino
Ángela Moreno
Juana Paulino
Adela Ramírez
Domingo Reinoso
Altagracia Rivera
Edith Rodríguez
César Rosario
Isidora Sabala
María Santos
Fara Segura
Juana Solano
Gisela Ventura

Se agradece también a las personas que participaron en las reuniones y talleres en que se presentaron los avances de la evaluación. Sus comentarios y sugerencias fueron valiosos para la elaboración de este informe.

Anexo 2 – Información seleccionada y supuestos utilizados en la estimación de las brechas

Table 21: Estimación de las brechas de captación VIH+, TARGA y embarazadas			
(Total población estimada, desagregado adulto y niños)			
Indicador	2004	2005	2006
Total población estimada VIH+ (niños y adultos).	69,500	69,450	66,000
Muertes anuales estimadas (niños y adultos).	7,381	6,451	6,533
Necesidad total estimada de VIH+ aún no captados por los servicios (brecha de captación).	59,529	56,179	51,950
Necesidad total estimada de terapia antirretroviral (niños y adultos).	11,370	11,133	14,650
Total en seguimiento en UAI (niños y adultos).	5,041	8,261	14,050
Total en TARGA (niños y adultos).	956	2,581	5,001
Brecha de TARGA (niños y adultos).	10,414	8,552	9,649
Población adulta (15 y más)			
Prevalencia entre adultos.	1,13%	1,11%	1,12%
Población de VIH estimada.	64,570	64,440	62,000
Muertes anuales estimadas por sida.	7,010	6,080	6,100
Necesidad total estimada de terapias antirretrovirales (17% de personas con VIH).	10,930	10,690	14,000
Total en seguimiento en UAI (adultos). *	5,041	8,261	13,136
Total recibiendo antirretrovirales (adultos). *	885	2,374	4,624
Total que necesitan y no están recibiendo TARGA.	10,045	8,316	9376
Brecha TARGA.	92%	78%	67%
Total que necesitarían estar en seguimiento y no han sido captados por los servicios.	59,529	56,179	48,864
Brecha de captación.	92.2%	87.2%	78.8%
Menores de 15 (0-14)			
Población estimada VIH (0-14).	4,930	5,010	4,000
Muertes anuales estimadas por sida (0-14).	371	371	433
Número estimado de niños que necesitan TARGA.	440	443	650
Número de niños en seguimiento. *			914
Número de niños en TARGA.*	71	207	377
Número de niños que necesitan y no están recibiendo TARGA.	369	236	273
Brecha TARGA en niños.	83.9%	53.3%	42.0%
Número de niños que necesitarían estar en seguimiento y no han sido captados por los servicios.			3,086
Brecha de captación de niños.			77,2%

Embarazadas			
Prevalencia en embarazadas. **	1.50%	2.30%	2.30%
Embarazadas estimadas por año. ***	216,583	220,224	223,363
Embarazadas con pruebas VIH.	49,049	77,725	79,235
Número estimado de mujeres embarazadas VIH+.	3,248	5,065	5,137
Embarazadas VIH+ captadas por los servicios. *	839	1,288	1,123
Número estimado de embarazadas VIH+ no identificadas por los servicios. *	2,409	3,777	4,014
Embarazadas VIH+ captadas por los servicios sin NVP y sin cesárea. *	18	86	47
Número estimado de embarazadas VIH+ sin NVP y sin cesárea (ninguna protección).	2,427	3,863	4,061
Embarazadas VIH+ sin NVP y con cesárea. *	22	11	24
Embarazadas VIH+ con NVP y sin cesárea. *	216	193	188
Embarazadas VIH+ con NVP y con cesárea (protección completa de la madre). *	248	484	456
Cobertura de protección completa de la madre.	8%	10%	9%
Brecha estimada de protección completa de embarazadas.	3,000	4,581	4,681
Número estimado de niños con VIH por oportunidades perdidas de captación e intervención en el servicio (mejor escenario). ****	482	755	803
Número estimado de niños con VIH por oportunidades perdidas de captación e intervención en el servicio (peor escenario). *****	1,205	1,889	2,007

* DIGECITSS- Sistema Información UAI y PNRTV (2006 sólo hasta octubre).

** DIGECTISS - Vigilancia Centinela, la prevalencia de 2005 se utilizó como un aproximado para estimar las brechas del 2006, ya que la información de prevalencia para 2006 no estaba disponible al momento de la preparación del informe.

*** CONAPOFA - Estimaciones menores de un año.

**** Mejor escenario: un 15% de transmisión durante el embarazo y el parto, y un 5% de transmisión por lactancia = 20% de transmisión.

*****Peor escenario: un 30% de transmisión durante el embarazo y el parto, y un 20% de transmisión por lactancia = 50% de transmisión.

Nota: sin tratamiento, alrededor de 15-30% de los niños nacidos de madres con VIH se infectarán durante el embarazo y el parto. Adicionalmente, alrededor de un 5 a 20% se infectarán durante la lactancia.

Fuente: estimaciones OMS/ONUSIDA

Anexo 3 – Proyección de costos de tratamiento

Tabla 22: Costos esperados de tratamiento por esquemas adultos, República Dominicana, 2006 (1) (en US\$)				
Esquema	Costo esperado por esquema (a)	Número pacientes adultos (b)	Costo total por esquema	Costo medio por línea
Primera línea				
AZT+3TC+EFV	400.00	750	300,000.00	
AZT+3TC+NVP	215.00	2061	443,115.00	
D4T+3TC+NVP	156.00	440	68,640.00	
D4T+3TC+EFV	349.00	385	134,365.00	
Total primera línea		3636	946,120.00	261.00
Segunda línea				
AZT+3TC+IDV /rtv	1,234.00	105	129,570.00	
AZT+3TC+LPV/rtv	2,603.00	85	221,255.00	
D4T+3TC+LPV/rtv	2,544.00	25	63,600.00	
Total segunda línea.		215	414,425.00	1,928.00

(1) Costos estimados en función del esquema de tratamiento y los diferentes precios de compra y fletes de los medicamentos durante el año 2006.

Fuentes: Fundación Clinton (a) y DIGECITSS (b)

Tabla 23: Costos esperados de tratamiento por esquemas pediátricos, República Dominicana, 2006 (1) (US\$)						
Esquema de tratamiento	Valor medio (a)	Número pacientes pediátricos (b)	Valor	Valor medio	Proyección pacientes	Valor proyección
Primera línea						
AZT+3TC+EFV	262.80	52	13,665.60			
AZT+3TC+NVP	287.43	190	54,611.70			
D4T+3TC+NVP	189.69	16	3,035.04			
D4T+3TC+EFV	303.48	17	5,159.16			
Total		275	76,471.50	278.08	302	83,979.61
Segunda línea (3)						
AZT+3TC+LPV/rtv	1,748.90					
D4T+3TC+LPV/rtv	1,665.62					
Medio				1,707.26	75	128,044.50
Gran total						212,024.11

(1) Costos estimados en función del esquema de tratamiento y los diferentes precios de compra y fletes de los medicamentos durante el año 2006. Se utilizó un valor medio porque durante el año se compró a diferentes precios

Fuentes: Fundación Clinton (a) y COPRESIDA (b)

