BARRERAS Y MOTIVACIONES PARA LA AFILIACIÓN AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Mayo de 2018

Este documento fue preparado por Julio Canario, Thyria Álvarez, Jonathan Cali, y Nassim Díaz, en nombre del Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud.

Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud
El Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG, por sus siglas en inglés) de USAID ayuda a mejorar la salud en los países en vías de desarrollo, expandiendo el acceso que la población tiene a los servicios de cuidados de la salud. Abt Associates lidera el proyecto y su personal trabaja en los países que se han asociado para incrementar sus recursos de salud, administrar en forma más efectiva dichos recursos y tomar las decisiones de compras más apropiadas. Con seis años de duración y 200 millones de dólares, HFG es un proyecto global cuya intención es incrementar la utilización de los servicios de salud tanto primarios como prioritarios, incluyendo VIH/sida, tuberculosis, malaria y servicios de salud reproductiva. El Proyecto HFG ha sido diseñado fundamentalmente para fortalecer los sistemas de salud, y para ayudar a los países a medida que van pasando a través de las transiciones económicas necesarias para alcanzar el cuidado de salud universal.

Mayo de 2018

Acuerdo cooperativo No.: AID-OAA-A-12-00080

Presentado a: Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Cita recomendada: Canario, Julio; Álvarez, Thyria; Cali, Jonathan; Díaz, Nassim. Mayo de 2018. *Barreras y motivaciones para la afiliación al Seguro Familiar de Salud de personas que viven con VIH en la República Dominicana.* Rockville, MD: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates.

Abt Associates, Inc. | 6130 Executive Blvd | Rockville, MD 20852
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives, Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

BARRERAS Y MOTIVACIONES PARA LA AFILIACIÓN AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Cláusula de exención de responsabilidad
Las opiniones de los autores expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.

ÍNDICE

Siglas ..... **iii**

Agradecimientos ..... **v**

Resumen ejecutivo **7**

1. Introducción 10
1.1 Problema 10
1.2 Propósito del informe 12
1.3 Breve esbozo del método utilizado 12

2. Resultados **14**

2.1 Barreras 14
2.1.1 Barreras personales 14

2.1.1.1 Falta de conocimiento y desinformación 14

2.1.1.2 Desinterés, desmotivación e indefensión aprendida 15

2.1.1.3 Percepción del estigma social y la discriminación 17

2.1.2 Barreras estructurales 19

2.1.2.1 Burocracia y difícil acceso 19

2.1.2.2 Legales 20

2.1.2.3 Pobreza, vulnerabilidades y exclusión social 21

2.1.3 Síntesis de barreras 23

2.2 Motivaciones 25
2.2.1 Protección financiera ante la enfermedad y garantía del acceso a servicios de salud 26
2.2.2 Tener hijos/hijas como motivación para afiliarse al SFS 26
2.2.3 Experiencias positivas en la afiliación y utilización del SFS 27
2.2.4 La obtención de las tarjetas de subsidios de la Red de Protección Social 27
2.2.5 Síntesis de las motivaciones 27
2.3 Recomendaciones 28
2.3.1 Superando barreras personales 30
2.3.2 Superando barreras estructurales 31
2.3.3 Superando de forma combinada barreras personales y estructurales 32

3. Metodología técnica **33**

3.1 Justificación 33
3.2 Selección de la muestra 33
3.3 Lista de ONG participantes 33
3.4 Reclutamiento de participantes 34
3.5 Consentimiento informado 34
3.6 Aprobación por el Comité de Ética 34

3.7 Dificultades 34
3.8 Características de la muestra.....35
3.9 Descripción del análisis.....36

Anexos.....37

Referencias.....41

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción general de las características de las poblaciones incluidas en el estudio, organización convocante y fechas de realización de los grupos focales.....36

Lista de gráficas

Gráfica 1. Dimensiones asociadas a la calidad de vida de los hogares.....25

SIGLAS

ARS	Aseguradora de Riesgos de Salud.
ARV	Medicamentos antirretrovirales.
ASA	Amigos Siempre Amigos, Inc.
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social.
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional para el VIH y el Sida.
COPPFAN	Comisión Presidencial de Política Farmacéutica Nacional.
COTRAVETD	Comunidad de Trans y Travestis Trabajadoras Sexuales.
DIGECITSS	Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida.
GF	Grupos focales.
HFG	Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud (por sus siglas en inglés).
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres.
ICV	Índice de calidad de vida.
IEC	Información, educación, comunicación.
IP	Investigador principal.
IRB	Junta de Revisión Institucional (por sus siglas en inglés).
LGBT	Lesbianas, gais, bisexuales y transgénero.
MODEMU	Movimiento de Mujeres Unidas.
MOSCTHA	Movimiento Socio-Cultural para los Trabajadores Haitianos.
PEN	Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y al VIH-sida.
PVVS	Personas que viven con VIH y sida.
PROSOLI	Progresando con Solidaridad.
REDOVIH	Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/sida.
SAI	Servicio de Atención Integral.
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social.
SENASA	Seguro Nacional de Salud.
SFI	Iniciativa de Financiamiento Sostenible (por sus siglas en inglés).
SFS	Seguro Familiar de Salud.
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios.
TRANSSA	Trans Siempre Amigas.

TRSX	Trabajadores sexuales.
UDI	Personas que usan drogas intravenosas.
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana.

AGRADECIMIENTOS

A cada participante en los grupos focales que, gracias a su voluntariedad, y al tiempo y esfuerzo dedicados durante su participación, hicieron posible la redacción de este informe.

A las organizaciones socias que colaboraron en la organización del estudio y en la desinteresada coordinación de los grupos focales.

A USAID, que hizo posible este estudio para desarrollar estrategias con la finalidad de incluir a todas las PVVS en la Seguridad Social.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe relata los hallazgos y recomendaciones del estudio cualitativo sobre las barreras y motivaciones para la afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS) de personas que viven con VIH y sida (PVVS) en la República Dominicana. El estudio fue realizado con miras a informar a instituciones del Estado dominicano, tales como el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), el Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), y a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) acerca de las estrategias recomendadas para aumentar el número de PVVS afiliadas al SFS. Las poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero y trabajadores sexuales, y las poblaciones priorizadas, como los migrantes, fueron el foco de atención principal del estudio para atender los compromisos nacionales e internacionales en materia de VIH, tendentes a incrementar el acceso al tratamiento antirretroviral, así como a generar la sostenibilidad financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Tanto el SENASA y el CONAVIHSIDA como otros socios nacionales e internacionales han desarrollado planes que, en los últimos años, llevaron a un incremento de las PVVS afiliadas al régimen subsidiado del SDSS. A partir de los compromisos y acuerdos internacionales asumidos por la República Dominicana con las Naciones Unidas (UNGASS y Acuerdo para el Acceso Universal[1] y la iniciativa 90-90-90 de la OMS y ONUSIDA), y del Plan Estratégico Nacional (PEN 2015-2018) para la Respuesta a las ITS y al VIH-sida, se asumieron una serie de metas relacionadas con el aumento del número de PVVS en tratamiento antirretroviral y la organización integral de la respuesta nacional, así como con los mecanismos de financiamiento y promoción de cambios en el marco regulatorio de la Seguridad Social. Fue especialmente remarcable el logro de que en 2009 el SDSS emitiera la Resolución 212-02 para permitir la afiliación directa de PVVS al SFS dentro del régimen subsidiado.

A pesar de estas iniciativas, la afiliación de PVVS sigue siendo baja, por debajo de lo esperado, dadas las iniciativas a favor del aumento de este indicador. Según datos del SENASA, en diciembre de 2017 solo el 57% de las PVVS estaban afiliadas a la Seguridad Social. De ahí que se intuya la existencia de barreras reales o percibidas para lograr aumentar la afiliación de PVVS al SFS. La finalidad de llevar a cabo este estudio es precisamente proveer de información y estrategias, provenientes de bases empíricas, a los esfuerzos e iniciativas del Gobierno y sus socios para alcanzar esta meta. Al identificar los impedimentos y dificultades para la afiliación de PVVS al SFS, con la participación de organizaciones socias vinculadas a la repuesta nacional al VIH, se intenta proporcionar datos apoyados por la experiencia viva desde el seno de las poblaciones clave y priorizadas.

El Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG, por sus siglas en inglés) y la Iniciativa de Financiamiento Sostenible de USAID (SFI, por sus siglas en inglés) consideraron de interés la realización de un estudio como este, que identifica barreras y motivaciones para la afiliación de las PVVS al SFS, con énfasis en las poblaciones clave y priorizadas. Por consiguiente, el primer paso fue compartir esta intención con las organizaciones socias del proyecto e identificar la metodología más idónea. De ahí que se planificara un estudio cualitativo, organizando grupos focales (GF) con PVVS provenientes de los grupos de interés, poblaciones clave y priorizadas, y de población general con VIH. Antes de su inicio, el

[1] UNGASS se refiere al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida celebrado en junio de 2001, cuando los Estados miembros adoptaron una resolución, renovada en 2006 y 2011.

estudio recibió aprobación ética por parte del Programa de Protección de la Investigación Humana y la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de Abt Associates, Inc. y, posteriormente, del Comité de Ética de Investigación de la Fundación Dominicana de Infectología.

En total, se organizaron diez GF en los que participaron 69 PVVS en total, con un mínimo de cinco y un máximo de ocho participantes por sesión. Los GF fueron organizados en grupos para incluir a cada población de interés y salvaguardar su confidencialidad, estos grupos fueron: HSH, personas transgénero, personas que usan drogas, personas que se dedican al trabajo sexual, migrantes y población general con VIH. El reclutamiento estuvo a cargo de las organizaciones socias que, siguiendo el protocolo del estudio, diseñaron una lista de potenciales participantes que cumplían con los criterios de inclusión (ser mayor de edad, PVVS, consentir verbalmente y pertenecer a uno de los grupos bajo el epígrafe de poblaciones clave y/o priorizadas).

A los participantes se les pidió platicar respecto a su conocimiento sobre el SFS, los requisitos para calificar, las facilidades y dificultades para mantenerse informados, la facilidad de acceso a las instalaciones del SENASA y la duración del proceso de afiliación. Se realizaron preguntas encaminadas a entender las experiencias (positivas o negativas) de todos los participantes respecto al proceso de inscripción (lo hubiesen logrado o no), y las razones por las cuales otros ni siquiera habían intentado inscribirse. Otras preguntas sirvieron para explorar la posibilidad de afiliación inmediata luego de un diagnóstico positivo al VIH, y sobre las acciones recomendadas para afiliar al SFS a un número mayor de PVVS. Los encuentros con los GF se realizaron durante los meses de diciembre de 2017 y enero de 2018.

Recomendaciones A partir de los diálogos con los participantes en cada GF se identificaron seis categorías de barreras para la afiliación al SFS, que a su vez fueron clasificadas como barreras personales y estructurales. Las barreras personales se definen como obstáculos presentes en el individuo mismo, sea consciente o no, autoimpuestas o socialmente construidas: 1) falta de conocimiento y desinformación; 2) desinterés, desmotivación e indefensión aprendida; y 3) percepción del estigma social y discriminación percibida. Las barreras estructurales son aquellas que dependen del sistema político y el contexto social, encontrándose más allá del control personal: 1) burocracia y difícil acceso; 2) legales; y 3) pobreza, vulnerabilidades y exclusión social.

Las motivaciones para inscribirse en el Seguro Familiar de Salud fueron: 1) protección financiera ante la enfermedad y garantía de acceso a los servicios de salud; 2) tener hijos/hijas como dependientes; y 3) experiencias positivas en la afiliación y utilización del SFS.

Con base en los resultados del estudio, las recomendaciones para aumentar la afiliación de PVVS al Seguro Familiar de Salud son las siguientes:

1) Para el Gobierno dominicano:
    a. Orientadas hacia la superación de barreras personales:
        i. Mejorar los mecanismos de comunicación e información al usuario.
        ii. Promoción de los beneficios del SFS a través del periodismo.
        iii. Instruir al personal de seguridad de las oficinas públicas, incluyendo el SENASA, respecto a las buenas maneras y relaciones humanas hacia todas las personas, sin importar aspecto físico o apariencias, así como a evitar resultar toscos o intimidantes para las personas, sin importar su perfil social.
    b. Orientadas hacia la superación de barreras estructurales:
        i. Descentralización del proceso de inscripción y disminución de la burocracia.

ii. Desmontar los obstáculos existentes a nivel administrativo, así como trabajar colaborativamente con otras organizaciones que faciliten el desmantelamiento de tales barreras.

c. Orientadas hacia la superación de ambas barreras a la vez:

i. Propuesta de afiliación inmediata posdiagnóstico del VIH, donde la intervención conjunta entre el CONAVIHSIDA, la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS), el Servicio Nacional de Salud y las Regionales de Salud, en conjunto con el SENASA, puede resultar necesaria.

ii. Realizar jornadas de afiliación al SFS con acompañamiento por pares de las organizaciones socias.

2) Recomendaciones para las ONG:

a. Apoyar al Gobierno en la convocatoria y organización de jornadas de afiliación al SFS con acompañamiento por pares de las organizaciones socias.

b. Servir de canal de contacto entre sus miembros y pacientes y el SENASA, permitiendo la identificación de aquellas PVVS que aún no han sido afiliadas, y generando sus propias listas de contacto y vinculación.

3) Recomendaciones para las organizaciones de la cooperación internacional:

a. Colaborar con el Gobierno y las ONG en la promoción de los beneficios del SFS.

b. Asesorar al SENASA respecto a la mejora de los mecanismos de comunicación e información al usuario.

c. Revisar junto con el CONAVIHSIDA la efectividad de las nuevas propuestas para alcanzar la afiliación inmediata posdiagnóstico del VIH.

d. Apoyar al CONAVIHSIDA en la generación de una lista con las PVVS que aún no tienen SFS, y luego suministrarla al SENASA para que proceda a su evaluación e inscripción.

e. Apoyar al Gobierno en sus jornadas de afiliación al SFS con acompañamiento por pares de las organizaciones socias.

Este informe está organizado en tres capítulos: el primero es la introducción al problema y al propósito del informe, el segundo describe los resultados del estudio cualitativo (barreras, motivaciones y recomendaciones), y el tercero detalla la metodología técnica.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Problema

La Ley de Seguridad Social No. 87-01 consigna el carácter obligatorio de la afiliación al SDSS de toda la ciudadanía (Congreso Nacional, 2001). Desde 2009, las PVVS han sido sujetas a iniciativas del Gobierno dominicano tendentes a lograr su afiliación al sistema a través del régimen subsidiado. La meta es garantizar la adecuada atención integral en salud y la sostenibilidad financiera del sistema, mientras se cumple con las propias metas nacionales y los compromisos internacionales. A pesar de los esfuerzos para inscribir a las PVVS al SFS, a la fecha se estima que existen alrededor de unas 50,800 PVVS y que, de estas, alrededor de unas 21,900 (42%) no cuentan con afiliación al Seguro Familiar de Salud (SENASA, 2017). Un total de 20,600 (41% del total de PVSS) están afiliadas al SFS, dentro del régimen subsidiado (SENASA, 2017). Es necesario indagar sobre las causas reales o percibidas del bajo porcentaje de afiliación de las PVVS al SFS.

En la República Dominicana el VIH y el sida continúan siendo un problema de salud pública relevante. A pesar de su baja prevalencia (0.8 %, ENDESA, 2014), la República Dominicana es el segundo país con mayor número de PVVS en la región del Caribe (ONUSIDA, 2016a). El país se ha comprometido ante las Naciones Unidas, adoptando acuerdos e iniciativas como UNGASS y Acuerdo para el Acceso Universal, y 90-90-90 de la OMS y ONUSIDA (ONUSIDA, 2016b). El PEN 2015-2018 busca aumentar las expectativas de vida en las PVVS, de manera sostenible, mediante el fortalecimiento de la Respuesta Nacional basada en una coordinación multisectorial y efectiva, alcanzando la universalización del SFS del SDSS y la sostenibilidad de la atención integral a las PVVS (CONAVIHSIDA, 2014).

La afiliación al SDSS debería ser un proceso sencillo, mas está cargado de un sinnúmero de condiciones, procedimientos y mecanismos que representan un intríngulis difícil de descifrar, aun para los más entendidos en la materia. La Seguridad Social resulta un tema de estudio especializado para abogados, contadores y profesionales afines. Las Resoluciones del CNSS No. 122-03 y 125-07, que reglamentan los mecanismos de inscripción en la Seguridad Social, pueden servir de ejemplo para mostrar lo enrevesados que pueden llegar a ser ciertos procedimientos legales.[2] De este modo, aplicar los decretos, leyes y reglamentos de la Seguridad Social, por su complejidad, podría traducirse en burocracia administrativa y, por ende, en obstáculos reales o percibidos para los potenciales beneficiarios de la Seguridad Social.

Mediante el régimen subsidiado pueden afiliarse a la Seguridad Social los trabajadores por cuenta propia, con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como los desempleados, personas con discapacidad e indigentes, financiados fundamentalmente por el Estado dominicano.[3] Este régimen ofrece a sus beneficiarios las prestaciones contenidas en los seguros de vejez, discapacidad y sobrevivencia, así como el SFS. El régimen subsidiado está condicionado por unos doce artículos[4] de la Ley No. 87-01.

---

[2] Resoluciones del CNSS No. 122-03 y 125-07 del 22 de diciembre de 2004 y 1 de marzo de 2005, propuesta de establecer el uso de los procedimientos de identificación de población elegible del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), para la selección de beneficiarios en el régimen subsidiado, la cual fue aprobada y promulgada por el presidente de la República, con objeto de establecer las condiciones, los procedimientos y mecanismos para la afiliación y operación administrativa, mediante el Decreto No. 143-05, del 21 de marzo de 2005 (art. 1).

[3] Artículo 7 de la Ley No. 87-01.

[4] Los artículos del 63 al 70, 125, 128, 130 y 142 de la Ley 87-01 contienen condiciones al SFS.

Según el artículo 8, el CNSS y la SISALRIL son los responsables de garantizar el cumplimiento de las condiciones de ingreso, suspensión y exclusión de los beneficiarios del régimen subsidiado, previstos en el Reglamento del Régimen Subsidiado.[5]

Las PVVS pertenecientes a poblaciones clave y priorizadas se encuentran en una posición difícil de cara a satisfacer todas las condiciones que imponen la Ley No. 87-01 y sus reglamentos para calificar al régimen subsidiado. A pesar de que las PVVS son foco de políticas públicas como, por ejemplo, en el ámbito de la salud y el control de enfermedades, ciertas normativas, condiciones y procedimientos para aplicar al SFS hacen difícil que las poblaciones clave y priorizadas califiquen para recibir los beneficios del SDSS. Tal es el caso de personas con parejas del mismo sexo en las cuales, si uno de ellos tiene un empleo formal, no puede incluir a su pareja del mismo sexo como dependiente, dado que solo los matrimonios legalmente constituidos califican para el SFS. Situación similar ocurre con la población migrante indocumentada, que por un tema legal no califica, al carecer en este caso de la cédula de identidad y electoral dominicana. Esto implica que poblaciones con la más alta prevalencia de VIH (CONAVIHSIDA, 2012) podrían no ser alcanzadas por las medidas que buscan su afiliación al SDSS.

Con miras a aumentar el número de PVVS afiliadas al SFS, las instituciones oficiales y ONG han implementado algunas iniciativas. En 2009 se realizó la Cumbre por la Unidad Nacional Frente a la Crisis Económica Mundial, donde se acordó: "*Que el CNSS emita una resolución en la cual autorice al SENASA a afiliar de forma directa al Régimen Subsidiado a las personas discapacitadas y VIH positivas que cumplan con los criterios establecidos en la Ley 87-01 y el Reglamento del Régimen Subsidiado del SDSS, y que los refiera posteriormente al SIUBEN para su registro*" (CNSS, 2009). Desde entonces, el SENASA está autorizado para afiliar como beneficiarios de forma directa a las PVVS, lo cual significa que no tendrían que esperar el proceso de elegibilidad a través del SIUBEN, que es el procedimiento estipulado por el SDSS para la identificación de nuevos beneficiarios. El SIUBEN programa visitas a zonas geográficas a partir del mapa de la pobreza, evalúa a los candidatos, los clasifica de acuerdo con su nivel de pobreza, y determina su elegibilidad para programas sociales tales como el SFS. La resolución autoriza al SENASA a utilizar un proxy para determinar el estatus socioeconómico de la PVVS, y así determinar su elegibilidad al régimen subsidiado de manera inmediata.

Esta medida del CNSS ante todo simplificaba el acceso de la evaluación de elegibilidad de los candidatos, si bien es cierto que los candidatos igualmente debían cumplir con los parámetros legalmente establecidos para calificar en el régimen subsidiado (CNSS, 2009). Es decir, con esta medida no se eliminaban otras barreras aparte de facilitar la oportuna evaluación de las PVVS, de modo que la misma pasaba a ser solo una ventaja relativa, al facilitar una oportuna evaluación, pero no eliminaba otras barreras de tipo legal, estructural o psicológico del proceso de afiliación.

Inicialmente, ese proceso logró que el CONAVIHSIDA y el SENASA iniciasen un plan de inscripción de personas seropositivas. Diversas ONG colaboraron con tales fines y, de alguna manera, continúan asesorando activamente a sus miembros. Organizaciones como la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/sida (REDOVIH), Amigos Siempre Amigos (ASA) y Trans Siempre Amigas (Transsa), entre otras, reportaron haber realizado convocatorias masivas con sus poblaciones meta en coordinación con oficinas del CONAVIHSIDA y el SENASA para lograr la inscripción de sus miembros (Canario, Álvarez, Cali, Díaz, 2017).

Otras estrategias se han orientado hacia mejorar los mecanismos de información, educación y comunicación. El CONAVIHSIDA, el SENASA y la COPPFAN realizaron en conjunto campañas para orientar a la población, a través de emisoras comunitarias, en las 95 emisoras que funcionan en los Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC) de la Vicepresidencia de la República (SENASA, 2015).

[5] Ver el párrafo II del artículo 8.

A pesar de estas acciones e intervenciones, un porcentaje importante de PVVS continúa sin estar afiliado al SFS, por razones no siempre claras. El Proyecto HFG, a través de la Iniciativa de Financiamiento Sostenible de USAID (SFI, por sus siglas en inglés), tiene como objetivo aumentar la sostenibilidad de la respuesta al VIH y sida, diseñando mecanismos operativos para financiar medicamentos antirretrovirales (ARV) y otros productos para el VIH a través del SFS, así como el aumento de la afiliación de las PVVS a la Seguridad Social. Para alcanzar los objetivos del proyecto es necesario identificar las barreras y motivaciones que tienen las PVVS en la República Dominicana para su afiliación al SFS.

1.2 Propósito del informe

El propósito de este informe es revelar a los tomadores de decisiones del SDSS y del sector salud las barreras y motivaciones de las PVVS en su tránsito hacia la afiliación al SFS y, a partir de los resultados, proporcionar recomendaciones sobre cómo aumentar el número de PVVS afiliadas al SFS.

1.3 Breve esbozo del método utilizado

Desde el enfoque de investigación cualitativo se organizaron diez grupos focales (GF), como fuente primaria de recolección de datos, con la participación de 69 PVVS en total. Los GF se conformaron por su capacidad para responder las preguntas de investigación desde la perspectiva de los participantes. En este caso, los participantes fueron PVVS provenientes de la población general, poblaciones clave[6] y priorizadas.[7] En los GF se busca que los participantes interactúen entre sí, y que las preguntas abiertas les permitan explorar nuevos significados, coincidir y disentir en puntos de vista. En las interacciones de los participantes, estos deben sentirse cómodos para expresar sus puntos de vista libremente, de manera espontánea e informal.

Se organizaron grupos homogéneos, en términos de su identidad sexual y género, con al menos un GF por población clave y priorizada, para garantizar un nivel de participación de los grupos considerados de interés para el estudio. Así se estimulaba que los y las participantes se sintieran cómodos compartiendo información personal, en un ambiente seguro, y cuidadoso de las pautas de confidencialidad y privacidad que conlleva la realización de este tipo de estudios. La mayoría de los participantes se conocía previamente entre sí. Esto representó una ventaja, dado el tema de estudio y la condición de salud en común entre ellos. Dado que su participación, en ese sentido, no podía ser bajo anonimato, se optó por organizar los GF en el marco de personas pertenecientes a la misma organización que las convocaba.

Las preguntas abarcaron temas tales como: conocimiento sobre el SFS, criterios de calificación, importancia de la inscripción, beneficios de la afiliación, facilidad/dificultad para encontrar información y del proceso de afiliación, localidad donde pueden inscribirse y plazos de inscripción. Luego se profundizó con preguntas específicas para aquellos que ya se habían inscrito en el SFS, y otras preguntas para los que aún no lo habían hecho. Se les pidió comentar sobre sus motivaciones para inscribirse en el SFS.

Otras preguntas exploraron en qué medida, al momento de ser diagnosticados con el VIH, el personal de salud les habló o sugirió inscribirse en el SFS, así como sus conocimientos sobre si calificaban y los beneficios a recibir. Además, se conversó sobre el acceso a los servicios de atención en salud, su satisfacción y forma de financiamiento. Por último, se les solicitó su opinión sobre cómo se podría afiliar un número mayor de personas, su disposición para recomendarlo a otros, el proceso de afiliación ideal, la posibilidad de afiliación inmediatamente después de un diagnóstico positivo al VIH, y sobre la factibilidad de una estrategia de prueba, tratamiento y afiliación.

[6] Personas transgénero, HSH, trabajadores/as sexuales y personas que usan drogas intravenosas.
[7] Migrantes que trabajan como obreros de la construcción, vendedores ambulantes y trabajadores domésticos.

Se tomaron notas durante la realización de cada GF, las conversaciones fueron audiograbadas y luego transcritas para su análisis posterior. Los participantes recibieron un reembolso por gastos de transporte. Los grupos focales se condujeron en lengua española; no obstante, fue importante el uso de traductores de *creole* para la población migrante que participó en el estudio.

2. RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo identificar las barreras y motivaciones para la afiliación de las PVVS al SFS, incluyendo las personas pertenecientes a poblaciones clave y priorizadas en la República Dominicana. Se inicia presentando las barreras, luego las motivaciones identificadas y, finalmente, las recomendaciones para superar esas barreras identificadas, y aprovechar al máximo las motivaciones de las personas para registrarse y promover la afiliación de otras PVVS al SFS.

2.1 Barreras

Personales:

- Falta de conocimiento y desinformación.
- Desinterés, desmotivación e indefensión aprendida.
- Autopercepción del estigma social y discriminación percibida.

Estructurales:

- Burocracia y difícil acceso.
- Legales.
- Pobreza, vulnerabilidades y exclusión social.

2.1.1 Barreras personales

Las barreras personales para la afiliación al SFS son aquellas trabas derivadas del propio individuo hacia la búsqueda u obtención del SFS. Por ejemplo, las cogniciones, creencias y actitudes negativas ante la posibilidad de obtener el SFS fueron clasificadas como barreras personales.

2.1.1.1 Falta de conocimiento y desinformación

El desconocimiento de sus derechos fue quizás la barrera más generalizada y de mayor peso hacia la afiliación al SFS, sin importar la población estudiada en cada grupo focal. Por lo visto, a los participantes se les hace difícil entender a cabalidad qué es en sí el SFS, dónde y cómo obtener información, quién califica, cuál es el proceso a seguir, cómo enterarse o dónde les notifican que su afiliación ha sido exitosa, y a qué servicios tienen derecho.

Por ejemplo, en la población de migrantes el desconocimiento sobre los aspectos básicos del SFS fue generalizado. Varias expresiones comunican que se sienten sin derecho o que no es de su incumbencia saber qué es el SFS. Es obvio que esto es reflejo de las condiciones sociopolíticas como la exclusión social incluyendo la barrera del idioma, por lo que no se sienten con derechos.

No he escuchado todavía sobre ese seguro. -Mujer migrante.

Yo entiendo como en forma de ayuda, porque en mi caso yo tengo dos tratamientos… La situación en Dominicana no está bueno, más si uno es inmigrante, entonces realmente no sé qué parte el seguro puede cubrir para ayudar a uno. -Hombre migrante.

No, yo no sé de eso (SFS), porque yo, ¿cómo te digo? Como yo extranjera, no soy de aquí. -Mujer migrante.

El desconocimiento de aspectos básicos del registro en el SFS está presente aun entre aquellos con ciudadanía dominicana. "No sé" fue una respuesta típica ante la pregunta: "¿Usted sabe dónde ir para obtener información del seguro?". Los participantes tuvieron ideas de lo más elementales respecto al SFS. Para la mayoría, el poseer una cédula y/o el ser pobre son los requisitos necesarios para afiliarse al régimen subsidiado del SDSS. Manifestaban que existe mucha desinformación:

> *Yo digo que estamos mal informados, hay mucha traba en la información, y hay mucha desinformación también entre nosotros. -Hombre población general PVVS.*

Durante los GF fueron advertidas algunas informaciones inexactas acerca del SFS, cuyo nivel de divulgación entre la población general desconocemos. He aquí algunas ideas erróneas que fueron anotadas:

1) Si sale el seguro y no lo recoges, te lo quitan.

2) Si tienes seguro y no lo utilizas, te lo quitan, te tumban del sistema.

3) El que no lo utiliza es porque no lo necesita, por eso se lo quitan.

4) El seguro se paga (*entonación que alude a un alto costo*).

5) "Eso" no se lo dan a todo el mundo.

Una limitación de este estudio es que no se puede explicar las causas del desconocimiento y la desinformación de los participantes respecto al SFS. Sin embargo, se puede notar que una diversidad de factores juega un rol a la hora de explicar la variable del conocimiento. El nivel de preparación académica, los aspectos socioeconómicos y demográficos, como por ejemplo vivir en una situación de pobreza extrema y exclusión social, sumado a la falta de educación ciudadana, y las estrategias de información, educación y comunicación (IEC), así como el tipo, la frecuencia y los canales de difusión dirigidos a esta población en particular, deben ser objeto de estudios posteriores.

No obstante, ha de reconocerse la complejidad del SDSS. Por ejemplo, la cantidad de condiciones que aplican para obtener la afiliación al SFS llega al límite de capacidad de personas legas para manejar estos temas. El manejo del SDSS se ha ido quedando en una élite de expertos, dado que se trata de un sistema muy complejo. La principal afectada es la población que intenta entender cómo funciona el sistema. Sin embargo, la ausencia de información (por ejemplo, salir sin respuesta u orientación de una oficina pública) lleva a acudir a fuentes menos fiables de información. Se ha tejido toda una maraña de suposiciones en torno al SFS que resultaría difícil desmantelar sino a través de campañas de comunicación bien dirigidas.

Abundan historias relatadas por los participantes sobre un vecino que obtuvo la afiliación pero no la necesitaba, y otros que dicen necesitarla pero aún no la han obtenido. Parecería que lo más importante para ellos es tener o no la afiliación; sin embargo, parece que en el fondo subyace la incertidumbre de no poder explicar por qué algunos califican y otros no. Existen políticas con cierto nivel de complejidad, por lo que el rol del Estado y de las entidades responsables es comunicarlas de manera apropiada, y educar a los beneficiarios sobre cómo acceder al servicio.

2.1.1.2 Desinterés, desmotivación e indefensión aprendida

- Desinterés.

El desinterés como barrera se refiere a personas que dicen conocer los beneficios y procedimientos de la afiliación —lo fácil del proceso—, pero que no han dado el paso de llenar una solicitud. Este tipo de

participantes generalmente simplifican el proceso diciendo que con "sólo llevar la cédula" es suficiente, y que no lo han hecho por ser "haraganes", por descuido, por "no ponerse para eso", porque no se han programado, tenían otra cosa que hacer, o se les olvidó.

Yo no tengo seguro, no sé nada de eso, yo no tengo seguro porque no lo he ido a buscar por haragana. -Mujer TRSX.

La afiliación al SFS no resultó una preocupación o un interés para algunos participantes. Particularmente, los hombres y mujeres que usan drogas intravenosas (UDI) manifestaron que anteriormente no habían considerado afiliarse al SFS. El seguro de salud no estaba en su radar mental.

En realidad yo no pienso que sea difícil porque nada es difícil aquí como muchos encuentran, pero no me he puesto para eso, quizás sí le pongo la atención y me pongo para eso. -Hombre UDI

Ese tipo de respuestas o reacciones son esperables en poblaciones marginadas. Por momentos, se combinan sentimientos encontrados de autorreprobación por no haber hecho algo que debieron hacer; de otro lado, ningún tipo de expresión emocional, pues simplemente se les olvidó, o incluso una expresión de sentirse importantes y no tener tiempo para ese tipo de actividades. No se dedica tiempo ni esfuerzo a aquello que crees que no es para ti, que no mereces o para lo cual no calificas.

El estado mental de esta población la hace particularmente vulnerable y las estrategias para su afiliación al SFS deben ser particularmente bien enfocadas y específicas, involucrando a las personas y organizaciones especializadas en el trabajo con la población PVVS a nivel comunitario.

Valga comentar que no todos los individuos mostraron desinterés en el SFS, sino que, por el contrario, algunos habían realizado ingentes esfuerzos para obtenerlo, aunque unos lo habían alcanzado y otros no.

- Desmotivación.

Una impresión de fatalismo o desilusión se articula entre ciertos participantes, de quienes da la impresión de que lo intentaron todo por tener el SFS y fracasaron, de lo cual se deriva, como resultante, la desmotivación. Este es un nivel más avanzado que el simple desinterés, la desinformación o el mero desconocimiento del SFS. En el caso de las personas ya desmotivadas, han pasado quizás varios años desde su último intento de afiliación. Ese sentir lo van transmitiendo a otros pares y se convierte en una visión compartida, y muchas veces distorsionada, de la realidad (dependiendo del caso en particular).

Tú ves cuando uno le pregunta a un compañero, ¿mira yo quiero conseguir…? Muchacho no haga eso, yo tengo tres años intentando dar ese paso, afiliarme y cada vez que voy lo que hacen es que me rebotan o me dicen que no ha salido o me dicen que lleve este documento o que vaya a tal oficina. -Hombre población general.

No me gusta coger mucha lucha… Yo he luchado mucho y todavía no he calificado, no me ha salido. -Mujer migrante.

La cadena de desinformación y las complejidades del sistema de la Seguridad Social pueden conducir a la propagación de información sobre lo difícil que es afiliarse al SFS. Una persona desmotivada puede resultar difícil de atraer. Para detener esto, se debe actuar con un sentido de oportunidad, el cual podría ser un principio rector de la Seguridad Social. Mejorar los mecanismos de notificación y respuesta a las personas que solicitan su registro en el SFS debe ser visto como una mejora a priorizar en el SDSS.

- Indefensión aprendida.

El Diccionario de Psicología de la American Psychological Association (APA, 2007) define *la indefensión aprendida como una falta de motivación y fracaso al actuar después de exponerse a un evento o estímulo no placentero, sin que el individuo pueda tener control sobre este. Los individuos aprenden que no pueden controlar su ambiente, y esto puede llevarlos a fallar en hacer uso de las opciones de control que tienen disponibles.*[8]

Al hablar de la afiliación al SFS se advierten sentimientos de incertidumbre, o atribuciones a la suerte o la dicha, de agradecimiento a favor del Estado, a la gestión del partido, a la gente buena que ayuda o a esperar la voluntad de Dios, los cuales son elementos que denotan indefensión aprendida. Para estos participantes, más vale tener ese golpe de suerte o de ayuda externa que intentarlo solos, pues tienen la negación como garantía. No importa mucho lo que hagan, pues todo lo que ocurra en sus vidas dependerá de fuerzas externas. Por ejemplo, entre la población migrante está claro y están dispuestos a pagar a alguien que sea "serio" y "honesto" para que les consiga su afiliación al SFS.

Yo estaba esperando a que sea la voluntad de Dios de que me llamen, que salga así de corazón. -Mujer migrante.

También existen muchos mafiosos… Llegan a diferentes lugares a ofrecerles servicios de seguro a las personas siendo mentira, lo que tienen es una mafia organizada que les cogen el dinero y no les cumplen. -Hombre migrante.

2.1.1.3 Percepción del estigma social y la discriminación

El estigma y la discriminación continúan presentes y se manifiestan de distintas maneras en las poblaciones clave y priorizadas. Las mencionadas acciones discriminatorias no fueron vinculadas directamente al proceso de afiliación al SFS. No obstante, la discriminación en el contexto laboral y de la atención en salud afecta las posibilidades de que una persona gestione su inscripción. En efecto, si la víctima de discriminación ya ha tenido obstáculos para el acceso a servicios de salud, en teoría ello puede ocasionar la desmotivación o el abandono de los planes de búsqueda del SFS.

- Discriminación en la atención en salud.

Aunque los participantes transgénero y HSH reportaron que la discriminación para el registro en el SFS dirigida hacia ellos había disminuido, la discriminación que continúa presente ocurre más durante la atención en salud a usuarias transgénero y HSH, según comentaron varios participantes. Enfatizaron que la discriminación no es en el registro en el SFS, sino por parte de los doctores y los enfermeros. Insistieron en que persisten el abuso y la discriminación en forma de maltrato psicológico y verbal, perpetrado por los trabajadores de la salud hacia las poblaciones clave.

Cuando voy (al centro de salud) muchas veces dicen eh estos 'pájaro'. -HSH.

Es como cuando tú llegas a una clínica, tú ves toda esta gente fina, toda gente blanca… que miran a uno es de arriba abajo. -Hombre UDI.

Varios participantes transgénero puntualizaron que ante tales actos prejuiciosos optan por no regresar por atención médica, con tal de evitar el abuso por parte del personal de salud. Este alejamiento del sistema de salud es obviamente una traba para la afiliación al SFS. Se trata, pues, de personas que se mantienen en las afueras del sistema de salud, dado el trato poco humanizado que alguna vez recibieron.

---

[8] Galindo, Oscar, Ardila, Rubén, Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. Avances en Psicología Latinoamericana [en línea] 2012, 30 (sin mes): [fecha de consulta: 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881013>. ISSN 1794-4724.

El seguro debería tener otra calidad, debería de ser un servicio con mayor calidad en cuanto por ejemplo a poblaciones LGBT. -Mujer transexual.

La integralidad como principio rector de la Seguridad Social indica que *"todas las personas, sin distinción, tendrán derecho a una protección suficiente que les garantice el disfrute de la vida y el ejercicio adecuado de sus facultades y de su capacidad productiva"*. El estigma y la discriminación en la atención en salud no pueden interpretarse como un hecho aislado de la Seguridad Social o como un evento no relacionado con los procesos de afiliación al SFS. Una conducta que evita el sistema de salud es una reacción normal de las PVVS, orientada a alejarse de aquello que hace daño. La percepción del estigma y la discriminación en los servicios de salud afecta las posibilidades de afiliación de las PVVS de forma muy particular. Escuchamos comentar historias de personas que prefieren dejarse morir antes que salir en búsqueda de servicios de salud. De todas maneras, *¿quién querría afiliarse a un sistema del cual lo que recibe son malos tratos?*

El estigma y la discriminación van en detrimento de la promoción de una conducta de búsqueda de atención médica (*health seeking behavior*). Por ende, la discriminación contrarresta la integralidad, principio rector de la Seguridad Social, por cuanto segrega a las personas y obstaculiza el disfrute adecuado de sus facultades.

- Diferencias en la atención de la salud entre regiones y provincias de la República Dominicana.

Se reportaron diferencias en el acceso y la calidad de los servicios de salud en función de la provincia de residencia versus vivir en la capital dominicana. Para las poblaciones clave que se encuentran en provincias significa que existen menos oportunidades de recibir servicios amigables de salud y atención de calidad. Los costos de la atención en salud aumentan cuando se suman a los cargos habituales, un monto más elevado por concepto de transporte entre provincias, cambios en la dieta, pérdida de días de trabajo, molestias adicionales y, por supuesto, el riesgo que implica el tránsito público.

Al mismo tiempo, las personas transgénero lamentan que en las provincias es más probable ser atendidas por profesionales menos capacitados y sensibles a la dinámica de salud que ellas presentan. Estas son barreras a la atención de salud de calidad que pueden desalentar a los miembros de la población transgénero en su búsqueda de atención médica y, consecuentemente, desmotivar su afiliación al SFS.

Porque es que allá [en la capital] hay menos discriminación, hay más aceptación y más no sé cómo. ¿Cómo lo llamaría a eso? Como a la situación a nosotros… más aceptación. -HSH.

En las provincias existen menos clínicas privadas que aceptan el seguro público del SENASA. Esto podría ser una razón o causa de desmotivación para la solicitud de afiliación al SENASA en esas provincias; o, al menos, la afiliación al SENASA representaría contar con un seguro que no es recibido en esos centros de salud, generando una demanda insatisfecha de atención.

Dado el enfoque cualitativo del estudio, no es posible proporcionar datos cuantitativos o representativos con relación a las diferencias en el acceso, la calidad de servicios de salud o las barreras de afiliación para las poblaciones de interés. Sin embargo, durante la planificación del estudio hubo sugerencias de ampliar el rango de observaciones e incluir a personas de otras provincias, dado que reconocen la existencia de barreras distintas para aquellos que viven en determinadas provincias.

- En oficinas públicas de registro en el SFS.

Los hombres UDI específicamente comentaron haberse sentido intimidados con los guardias de seguridad de la oficina principal del SENASA. Perciben que no son bien vistos por el personal de seguridad. Ese es el peso del estigma social. Llama la atención que estas opiniones en el grupo fueron siempre respaldadas por varios participantes, que se refirieron de forma unánime a tal sentimiento de

intimidación mientras visitaban la sede central del SENASA. Llegaron a describir la seguridad de la oficina principal del SENASA como aún menos gentil que la de una oficina bancaria.

> *Miran a uno es de arriba abajo como quien dice: ¿Y qué tú haces aquí? ¿Y este pordiosero aquí? No te lo dicen directamente, pero con la mirada tú te das cuenta. -Hombre UDI.*

En general, sienten que otros reaccionan ante ellos por su aspecto físico. Ya sea por sus tatuajes, su corte de pelo, el uso de aretes en el rostro, o por su forma de vestir, perciben que el resto de la población los ve y trata de diferente manera.

Aunque no existe evidencia de maltrato o algún tipo de abuso por parte del personal de seguridad del SENASA, es importante resaltar que la misión de este personal es en primer lugar mantener la seguridad tanto del personal como de los y las usuarios de los servicios del SENASA.

- Dinámicas entre el trabajo y la salud.

Una mujer migrante, trabajadora doméstica, teme solicitar permisos de forma regular para no levantar sospechas sobre su situación de salud.

> *Traductora: Ella dice que está trabajando en una casa de familia, pidiendo un día para ir al médico, o a cualquier otra cosa, y la misma persona cercana a ella puede preguntar por qué ella viene al médico, por qué ella está haciendo todo eso, por qué ella está pidiendo días, entonces ella no quiere que nadie sepa de su condición, ella no le da información a nadie. -Mujer migrante.*

El miedo y temor ocasionados por el estigma llevan a que, de forma efectiva, las personas eviten contactos que puedan acabar revelando a terceros su estatus de VIH positivo. Muchos prefieren no registrarse en el SFS, precisamente porque entienden que sería hacer público su estatus serológico, lo que mantiene alejadas de los registros públicos a muchas personas seropositivas.

Este tipo de poblaciones pueden ser de las más difíciles de alcanzar y convencer de la necesidad de afiliarse al sistema de salud. Para ellas, al igual que para el resto de las PVVS, lo que está en juego es su privacidad y la confidencialidad de su información personal. Asegurar a estas personas el manejo confidencial de sus datos es cardinal, explicándoles además cuál y cómo es el uso que se da a sus datos personales.

2.1.2 Barreras estructurales

Las barreras estructurales son aquellas que dependen del sistema político y el contexto social, encontrándose más allá del control personal.

2.1.2.1 Burocracia y difícil acceso

La burocracia es quizás la barrera estructural más insidiosa con relación al SFS. El papeleo, los requisitos, las filas y la incertidumbre del proceso de afiliación son el temor y una realidad para algunos de los participantes. Entre los elementos que denotan burocracia durante el proceso de afiliación al SFS, y que fueron identificados por los participantes, cabe mencionar los siguientes: la centralización del servicio, la lentitud en la desvinculación del asegurado privado una vez que pierde el empleo, así como en la atención médica.

- Lentitud para otorgar el SFS e incertidumbre sobre el resultado final.

La lentitud en otorgar el SFS puede llevar al incremento en las tasas de abandono del proceso. Los participantes consideran que las personas de escasos recursos no tienen el tiempo para esperar un

proceso largo de afiliación. Dicen vivir vidas al máximo, para ellos la necesidad de subsistencia no da espacios a tomarse tiempo para filas o visitas a oficinas públicas en el centro de la ciudad. Existe la percepción de no haber garantías de obtener el SFS.

> *Lo que pasa es que me han comentado en el trabajo, me dicen que es muy complicado, que vas a gastar mucho dinero y no te van a hacer nada, este…, que lo van a dejar engavetado. -Mujer población general.*

> *Yo perdí una cita por no tener seguro, porque tenía que buscar pasaje, tenía que buscar para pagar la diferencia, y tenía que buscar los estudios que me hagan, el dinero de los estudios que me hagan y no pude ir. -Mujer población general.*

- Centralización del servicio.

Si bien es cierto que varios de los participantes conocían dónde quedaban las oficinas del SENASA, otros lucían poco orientados sobre cómo llegar y cuál era la dirección exacta. La existencia de oficinas pequeñas dentro de sus sectores o más cercanas a ellos facilitaría su registro en el SFS. En referencia a la ubicación de las oficinas del SENASA, una participante expresó:

> *Allá, la que está allá, 'lejísimo'. -Mujer población general.*

- Lentitud en la desvinculación del asegurado privado una vez que pierde el empleo.

Las personas que poseían un seguro privado, al encontrarse desempleadas, permanecen un tiempo, cuya duración es desconocida, vinculadas al seguro privado, aunque según los participantes su estatus es inactivo. Esto produce que las personas no puedan inscribirse en el SENASA, a pesar de estar desempleadas. El seguro privado logra retener un tiempo al afiliado, mientras este consigue un nuevo empleo, lo cual le permitiría la reactivación del estatus de asegurado.

- Lentitud en el recibo de la atención en salud.

La mala fama del SFS puede desalentar a otros que deseen afiliarse al sistema público. Una vez con el SFS, los participantes notaron mayor lentitud en la entrega del servicio médico que aquellos que no requieren esperar por la autorización del seguro.

> *He escuchado también que hay personas que están como desencantadas, porque 'ta' bien que es un seguro del Gobierno, pero no es el mismo trato, es más lento el proceso… Entonces hay personas que dicen: ¿para qué yo voy con ese seguro?, ¿para qué yo lo voy a buscar?, ¿para qué lo quiero?, ¿entiende? -Mujer trabajadora sexual.*

2.1.2.2 Legales

Un requisito básico para afiliarse al SFS es poseer la ciudadanía dominicana o la residencia legal (extranjeros) y, por ende, estar indocumentado es una barrera legal de tipo estructural. Esta situación puede afectar de manera indistinta tanto a nacionales dominicanos como a extranjeros. La generalidad de los migrantes participantes en el estudio ha visto afectadas sus posibilidades de afiliación al SFS, debido a que se encuentran indocumentados. A continuación, algunas respuestas de los participantes a la pregunta: ¿tú sabes quién puede tener seguro?

> *Si uno tiene su cédula, si uno tiene un documento que valga la pena… Yo no tengo seguro, yo no tengo ni pasaporte todavía. -Hombre migrante.*

El citado participante lleva doce años en la República Dominicana y no ha podido regularizar su situación migratoria. Según comentarios en el GF con mujeres migrantes, hay muchos que no tienen acta de

nacimiento, y para tener pasaporte (haitiano, en este caso) deben esperar seis meses, y hay quienes no disponen de los recursos para hacerlo.

> *Traductora: Son ochenta dólares, cien dólares, ciento diez dólares, ese es el costo del precio del pasaporte extranjero, entonces tiene que tener el acta de nacimiento, tiene que tener la cédula haitiana, o si no tiene todo le va a salir más costoso… Ellos no tienen el plan de regularización, comoquiera si tienen el pasaporte en la mano, salen corriendo [huir] por la migración, por cualquier cosa, ellos tienen que salir corriendo". -Mujer migrante.*

Cabe resaltar la opinión de un migrante que piensa que merecen ser considerados en el SFS, dado el aporte que realizan al país:

> *Estamos trabajando para el país, no tenemos documentos, pero igual estamos haciendo un aporte para el país, y es importante estar informados con respecto a lo que el país nos ofrece a nosotros como comunidad… Para mí es importante. -Hombre migrante.*

Sin embargo, al no tener documentos, otros se sienten desmotivados para salir a buscar información o a solicitar directamente el SFS.

> *Tú no tienes documentos, como tú no tienes documentos de alguna forma tú… no te sientes motivado a buscar información. -Hombre población general.*

Por otro lado, los HSH ven problemático que legalmente no puedan afiliar a sus parejas sentimentales por asuntos legales que consideran discriminatorios y desiguales. Sienten que tienen derecho a solicitar la protección de sus parejas sentimentales como dependientes del seguro, y no debería haber un impedimento para esto. Este obstáculo legal es una barrera estructural para su afiliación al SFS. Entienden que las leyes del país deben ser ampliadas para extender estos derechos humanos fundamentales a todas las personas, sin distinción alguna.

- De empleadores a sus empleados (migrantes).

La vulnerabilidad tiene varios rostros. En el caso de los trabajadores extranjeros, una de las principales barreras estructurales para el registro en el SFS está representada por su permanencia indefinida dentro del estatus de ilegalidad, al que los someten unos empleadores que no gestionan los permisos de trabajo correspondientes. La población migrante indocumentada es víctima constante de estafas, atropellos y engaños que involucran a sus empleadores y otros desaprensivos.

Según nos informaron, principalmente en el sector de la construcción, existe la práctica de los empleadores que deducen fielmente de los pagos realizados el monto correspondiente a la Seguridad Social que incluye el SFS. Aunque pretenden aparentar que cumplen con la Ley 87-01, en realidad es un mecanismo de engaño y estafa a los trabajadores y al Estado dominicano. Estos empleadores o contratistas no proceden a colaborar con sus empleados en la regularización de su estatus, ya sea solicitando una visa o un permiso de trabajo, sin lo cual no pueden solicitar la inclusión de sus empleados en la Seguridad Social. Por tanto, se trata de empleados que carecen de un carnet de afiliación con el cual podrían reclamar los beneficios de una afiliación por la que, sin embargo, pagan cada mes.

2.1.2.3 Pobreza, vulnerabilidades y exclusión social

La situación de pobreza, vulnerabilidad y exclusión social incluye categorías de análisis como el desempleo, el empleo precario e informal, el paro recurrente, las situaciones de abuso, el inmediatismo, el 'vivir al día', la imposibilidad o falta de planificación, la ausencia de oportunidades, la situación de los migrantes, la desvinculación social e incapacidad de ejercer los derechos sociales. Todas estas

características van en detrimento del concepto de previsión ante riesgos de salud. De forma particular, la población estudiada presenta de forma concomitante varias capas de vulnerabilidad, por lo que no es posible simplemente clasificarlos o etiquetar las personas dentro de grupos de acuerdo con una sola categoría de vulnerabilidad.

La mayor expresión de desprotección social fue exteriorizada en palabras sencillas por una de las participantes que, luego de sollozos por su situación, expresó lo siguiente:

> *Bueno, si me ayudan (a salir a solicitar el SFS), sí yo voy con esa persona, me gusta que me ayuden. -Mujer población general PVVS.*

Esta participante cree que ella no puede tramitar el SFS por su cuenta; sin embargo, si alguien puede ayudarla a hacer el trámite, entonces ella está dispuesta a cooperar. Este ejemplo demuestra la percepción de algunas PVVS, que consideran que por sí solas no podrían tramitar el SFS, un sentimiento muy común en personas excluidas socialmente.

La situación de pobreza y exclusión social en que viven muchos de los participantes es el sustrato de las barreras personales antes mencionadas, principalmente de la indefensión aprendida. El estudio no recogió de forma cuantitativa datos sobre el estatus socioeconómico y nivel de los participantes. Sin embargo, diversas categorías relacionadas con la pobreza fueron reconocidas frecuentemente en estos grupos. Destacan la búsqueda y lucha constantes de los participantes por la obtención de los programas de ayuda social del Gobierno. Aun cuando no fue el objetivo del estudio, los participantes hacían alusión a que para ellos era importante no solo estar en el SFS, o lograr la afiliación al mismo, sino también conseguir el paquete de beneficios sociales que el Gobierno ofrece a través de la tarjeta Solidaridad, así como el bono gas y el bono luz, entre otros.

Los migrantes haitianos que participaron en el estudio se encuentran dentro de la situación descrita en este acápite, en el cual hablamos de pobreza, vulnerabilidades y exclusión social. Obviamente, no es la migración en sí la que los ha hecho vulnerables o pobres, sino que las vulnerabilidades asociadas a la migración dependen de quién emigra, bajo cuáles condiciones y de con qué recursos dispone (Global Migration Group, 2016). La situación de irregularidad migratoria o de indocumentación agrega a sus vidas una nueva capa de vulnerabilidad, que no estaba presente en su país de origen. Llegar a un país en condiciones de pobreza e indocumentados conlleva exponerse a ser luego deportados.

Algunos participantes migrantes, principalmente mujeres que trabajan en la calle como vendedoras ambulantes, hicieron mención de la inseguridad y el temor a la deportación. Narran historias sobre cómo deben retirarse precipitadamente de los espacios públicos antes que las autoridades de migración dominicanas los apresen y deporten, en caso de no poder demostrar su estatus legal en el país.

La situación anteriormente descrita muestra las dificultades que podría tener cualquier iniciativa de afiliación dirigida a las PVVS pertenecientes a estas poblaciones clave difíciles de alcanzar, independientemente de su estatus legal, que no es la única traba en términos de vulnerabilidad y exclusión social, sino quizás el caso más extremo.

Están presentes historias de vida dramáticas con claras necesidades de atención psicológica. Una necesidad de atención psicológica desatendida puede coartar la posibilidad de que alguien busque su afiliación al SFS.

> *(Yo) vivía muy bien, una mujer con su esposo, casada, con tres hijos, uno (hijo) que es doctor me lo atracaron y me lo mataron y he vivido así, toda la vida así, la gente que me ve*

así y me cree muy bien, no le doy como importancia a la vida, una decepción muy grande me quedó. -Mujer UDI.

2.1.3 Síntesis de barreras

Los resultados del estudio son consistentes con diversos modelos para definir y monitorear barreras en servicios de salud (Carrillo et al., 2011; IOM, 1993). Igualmente, la evidenciada falta de conocimiento de las PVVS con relación al SFS también encuentra respaldo en lo reportado en la Encuesta de Hogar y Propósitos Múltiples de la República Dominicana (ENHOGAR), en su módulo sobre el Seguro Familiar de Salud. ENHOGAR muestra que el conocimiento sobre Seguridad Social, el SFS y sus componentes va desde un 43.9% en la región Cibao noroeste, hasta un 77.4% en la región Enriquillo, porcentajes que varían considerablemente dependiendo de si en el hogar existe o no al menos una persona afiliada a la Seguridad Social (SISALRIL, ONE, 2016). De manera que, aunque el presente estudio no tuvo como objetivo identificar barreras según la zona de residencia, es evidente a partir de ENHOGAR 2016 que existe una falta de acceso a la información en determinadas zonas del país, siendo otras privilegiadas también en cuanto al número de personas afiliadas.

Si bien es cierto que el estudio pudo identificar barreras personales y estructurales de las PVVS respecto a su afiliación al SFS, no es menos cierto que muchas personas no sienten un fuerte impacto por el hecho de mantenerse fuera del mismo. La razón para ello es que, debido a su estatus de VIH, muchas reciben una atención preferencial y gratuita que incluye lo básico, como por ejemplo el tratamiento antirretroviral y las pruebas de seguimiento. En tal sentido, no resulta extraño que, pese a no contar con el SFS, algunos no se hayan visto forzados a recurrir al SFS del régimen contributivo del SENASA.

- Las barreras personales son flexibles, dinámicas e intervenibles.

El desconocimiento y la desinformación figuran como las grandes barreras personales para la afiliación al SFS. Ambas son fácilmente vinculables al resto de las barreras personales.

Diversas capas de vulnerabilidades[9] se suman en esta población estudiada y se presentan concomitantemente, múltiples, diferentes y relacionales. Una misma persona puede presentar varias de las características: puede ser a la vez positivo al VIH, HSH, migrante indocumentado, persona que usa drogas y trabajador sexual. Dicho esto, la exclusión social, las vulnerabilidades y la pobreza predeterminan la probabilidad de estar bien informado o que, de entrada, tenga algún interés en conocer sobre el SFS. De cualquier manera, ¿a quién le interesa el seguro? Por supuesto, hemos incluido en nuestro análisis el 'desinterés' como una barrera ante el SFS, dado que fue una respuesta común en los grupos. Esto no significa que el desinterés sea el problema en sí; en este caso, podría ser más un signo o síntoma que una causa del problema.

La desinformación es perniciosa, pues puede llevar a que la persona adquiera ideas erróneas sobre la afiliación y su proceso. La desinformación es utilizada por mafias o hasta por empleadores para aprovecharse y engañar a personas desposeídas y vulnerables. La ley debe actuar en esos casos.

Por otro lado, la desmotivación de uno lleva al desaliento de los otros en sus intentos de gestionar el SFS para sí mismos. La desmotivación se vincula a barreras como la burocracia.

Por otro lado, fue poco común encontrar en esta población estudiada una respuesta alentadora ante la dificultad y los obstáculos para obtener el SFS. Ante circunstancias adversas de la vida de carácter permanente y, en particular, la imposibilidad de alcanzar el deseado aseguramiento, algunos participantes habían ya desistido de la idea de lograr la afiliación al SFS.

[9] Florencia Luna. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo No. 1, 2008, pp. 60-67.

La educación popular podría ser una alternativa para trabajar con estas poblaciones de forma directa en el entorno donde viven.

- Las barreras personales tienen su correlato en las estructurales.

Las barreras personales tienen su correlato en las barreras estructurales, como la exclusión social, la falta de oportunidades y la burocracia institucional. Por consiguiente, el abordaje de las barreras estructurales conlleva menguar las barreras personales. Las barreras personales de la desmotivación, el desconocimiento y la desinformación están ligadas a la exclusión social y la burocracia institucional.

La falta de documentación legal indica la exclusión social y una mayor vulnerabilidad hacia la pobreza, particularmente para las PVVS migrantes. Las consideraciones legales también impiden que las parejas sentimentales de LGBT sean consideradas en el orden del matrimonio legal. Estas condiciones son un impedimento para la afiliación de dichas personas al SFS como dependientes, según el artículo 7, que detalla los criterios de calificación de los beneficiarios dependientes.[10]

Otro requerimiento burocrático es la evaluación de la situación socioeconómica de los hogares para determinar la elegibilidad al régimen subsidiado. La evaluación es sometida al escrutinio de un programa que contiene diecisiete variables para obtener un índice de calidad de vida (ICV) de los hogares (SIUBEN, 2012),[11] por lo que se trata de un proceso sumamente técnico, cuyos resultados son simplemente ininteligibles para la mayoría de sus posibles beneficiarios. A partir del mapa de la pobreza, el SIUBEN identifica los hogares para levantar luego información sobre las condiciones de la vivienda y las personas que la habitan. Entre los datos de la vivienda se clasifica el tipo de vivienda, los materiales de la pared, el techo y el piso, el acceso a los servicios básicos y la jefatura del hogar. Sobre los miembros del hogar se determina el nivel educativo, la situación ocupacional y los documentos de identidad.

Estas informaciones en su conjunto conforman el ICV, que genera cuatro categorías, desde la pobreza extrema (ICV-I) y la pobreza moderada (ICV-II), hasta el estrato medio (ICV-III) y el estrato alto menos carenciado (ICV-IV). Familias categorizadas en los dos más bajos estratos llenan los requisitos socioeconómicos para calificar al régimen subsidiado mientras que sólo algunas familias en el tercer estrato son elegibles a este régimen de la seguridad social. El ICV se construyó a partir del método denominado "Proxy Means Testing", sustentado en métodos estadísticos que generan un conjunto de ponderadores, combinando información de diecisiete variables altamente relacionadas con la calidad de vida de las familias. El conjunto de ponderadores cambia para la zona urbana y para la rural. La gráfica 1 muestra las dimensiones asociadas a la calidad de vida de los hogares: características de la vivienda, servicios básicos y equipamiento, capital humano, y sexo del jefe del hogar, así como capacidad de sustento familiar.

[10] "Se consideran beneficiarios dependientes del afiliado titular del régimen subsidiado el cónyuge debidamente registrado o compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital anterior a su inscripción, siempre que no exista impedimento legal para el matrimonio y no pertenezca a otro régimen de financiamiento del SDSS".
[11] Según lo estipula el artículo 8, se refiere a criterios e instrumentos socioeconómicos adoptados por el SIUBEN.

Gráfica 1. Dimensiones asociadas a la calidad de vida de los hogares.

Fuente: SIUBEN, 2018 (http://siuben.gob.do/como-trabajamos/como-medimos-la-pobreza/).

Nuevamente, dados los tecnicismos de este análisis, sus resultados no siempre resultan obvios para la población evaluada. Por consiguiente, en la población de estudio está bastante generalizada la confusión respecto a por qué unos sí califican para el régimen subsidiado y otros no. Se resume en un sentimiento de impotencia cuando el hogar y sus habitantes resultan no llenar los requisitos de afiliación frente a otros en situaciones muy similares, puesto que quizás difieren en aspectos irrelevantes pero claves desde el punto de vista de la metodología de análisis utilizada.

El Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado tiene como beneficiarios a las personas sin empleo, las personas discapacitadas y las personas indigentes que tengan domicilio en los vecindarios del mapa de la pobreza demarcado por el SIUBEN. El Régimen Contributivo tiene como derechohabientes a los trabajadores con empleos formales y a los pensionados. El Régimen Contributivo Subsidiado, que aún no ha sido implementado, cubriría a los profesionales y técnicos que trabajan de forma independiente, a los trabajadores por cuenta propia, a los trabajadores a domicilio, así como a los jubilados y pensionados de este régimen. La no existencia del Régimen Contributivo Subsidiado deja a los trabajadores del empleo informal desprotegidos y sin ninguna opción para afiliarse al SFS.

2.2 Motivaciones

Las motivaciones principales identificadas para la afiliación al SFS incluyen:

- Protección financiera ante la enfermedad y garantía de acceso a servicios de salud.
- Tener hijos/hijas como dependientes.
- Experiencias positivas en la afiliación y la utilización del SFS.

2.2.1 Protección financiera ante la enfermedad y garantía del acceso a servicios de salud

Existe una necesidad real del SFS para poder acceder a ciertos servicios de salud. Los participantes saben que no cuentan con una capacidad de pago de los servicios de salud, que implican honorarios por consulta a los profesionales, realización de pruebas analíticas, sean invasivas o no invasivas, y compra de medicamentos, entre otros. Una participante reconoce los beneficios del SFS, según se muestra en el extracto siguiente:

> *Ah, es que es muy bueno, uno no está en condición de estar pagando clínica y entonces eso le ayuda mucho a uno. Por ejemplo, yo hace dos años tuve una cirugía y eso me cubrió prácticamente todo, y era algo que era urgente, era rápido. -Mujer TRSX.*

> *Porque si usted tiene seguro no le sale todo difícil, le sale todo bien, porque si usted va a pagar cien pesos quizás no le sale nada o quizás paga la mitad. -Mujer población general.*

> *Se le hace más fácil con el seguro… de que lo atiendan más rápido… Cuando usted no tiene nada… siéntate ahí te atendemos ahora… nadie lo vio. No lo atienden, lo dejan ahí. -Mujer UDI.*

2.2.2 Tener hijos/hijas como motivación para afiliarse al SFS

Es de sumo interés para las madres y los padres contar con un seguro de salud que les permita encarar los problemas de salud de sus hijos e hijas. En el contexto de las PVVS, donde el riesgo de que sus hijos estén afectados por el VIH es mayor, y donde la infección por VIH es una realidad en los miembros menores de la familia, contar con el SFS se torna aún más relevante. Madres y padres con VIH, así como familias donde más de un miembro es VIH positivo, podrían ser considerados como de alta prioridad en el proceso de afiliación al SFS. Citas que expresan el deseo de afiliación al SFS por protección de su prole:

> *Yo quisiera tener el seguro, porque yo quiero llevar la hija mía al hospital, para que el seguro me ayude con algo. -Mujer población general.*

En el caso de los migrantes que ya han regularizado su estatus migratorio en la República Dominicana, ello no quiere decir que automáticamente los empleadores cumplirán con su responsabilidad de registrar a los empleados. Un joven migrante que recién había obtenido su documento de identidad (cédula), fruto del plan de regularización, aún mantiene las esperanzas y la motivación tras años de espera:

> *Siempre voy al ingeniero, el jefe mío, y me llama a la oficina. Me dijo que está trabajando eso… Pero también yo quiero que me salga el seguro por mis hijos. -Hombre migrante.*

2.2.3 Experiencias positivas en la afiliación y utilización del SFS

Así como las experiencias negativas en la afiliación al SFS desmotivan, y llevan a la propagación de percepciones negativas acerca de la burocracia y el mal funcionamiento administrativo, de igual manera, las experiencias positivas llenan de esperanza a quien las escucha. Prácticamente en la totalidad de aquellos que ya están afiliados, la respuesta fue positiva respecto a recomendar a otros afiliarse al SFS. Si bien es cierto que las personas reconocen que pueden existir dificultades a la hora de inscribirse en el seguro de salud, y aunque en su caso todavía no lo hayan logrado, entienden que es más positivo estar afiliado que no estarlo.

Es bueno de tenerlo… Si tú no 'tiene' un seguro tú 'va' a un hospital es a pasar trabajo que tú vas, porque un seguro es lo mejor tenerlo". -Hombres UDI.

Había inscripciones en el barrio, o sea en un centro comunal y yo fui y me inscribí. -Mujer trabajadora sexual.

Yo fui y yo me inscribí de una vez, en SENASA. -Hombre UDI.

Tuve una alergia terminal… No tenía ni para el transporte porque no podía trabajar… Una enfermera… me dijo que tu seguro cubre todo eso y ella misma me movió… Una señora muy buena. -HSH.

La afiliación inmediata al SFS luego de un diagnóstico de VIH fue vista como algo ideal y positivo por cada participante en los GF. Les gustaría que ese llamado o esa convocatoria de afiliación a las PVVS se hicieran en el marco del SAI al cual asisten.

2.2.4 La obtención de las tarjetas de subsidios de la Red de Protección Social

En cada grupo focal realizado, a más de un participante le hacía ilusión poder contar con los beneficios de los planes sociales del Gobierno dominicano. Para ellas como PVVS, el no alimentarse bien es tan crítico o peor que no contar con el SFS. Las PVVS desean que se las incluya en la Red de Protección Social, que ofrece beneficios para los subsidios Comer es Primero (PCP) y Bonogás para Hogares (BH) del programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI). Asimismo, el Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE), el Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP), el Suplemento Alimenticio del Programa de Protección a la Vejez en Extrema Pobreza (PROVEE), que pertenece al Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), y el Bono Luz para el subsidio del suministro de energía eléctrica.[12]

La elegibilidad a los programas de protección social, incluyendo el régimen subsidiado del SFS, es determinada por el SIUBEN. Una vez que el SIUBEN evalúa el estatus socioeconómico de las PVVS, estas pueden acceder a programas de servicios básicos que tienen como finalidad suplementar el ingreso familiar, prevenir la desnutrición y brindar cobertura médica. La buena alimentación es imprescindible para la efectividad del tratamiento antirretroviral.

2.2.5 Síntesis de las motivaciones

Al realizar las preguntas sobre la importancia y el interés por afiliarse al SFS, la respuesta fue siempre unánimemente positiva en cada GF. A pesar de que algunos entendiesen ciertos aspectos relacionados

[12] Administradora de Subsidios (ADESS), Vicepresidencia de la República Dominicana. Tarjetas de subsidios. Disponible en: http://www.adess.gov.do/v2/P_SoloTexto.aspx?EntId=205.

con la afiliación, en general, todos tenían claro que su salud es importante y, por ende, el acceso a los servicios de salud y sobre todo cómo pagarlos. El hecho de que el Gobierno cubra parte de los mismos de forma gratuita atenúa su preocupación respecto de quién paga. Para ellos lo importante es que los reciben. El tratamiento antirretroviral se ofrece de manera gratuita en las ONG, pero estas no brindan todos los servicios médicos que las PVVS pueden requerir. El SFS garantiza el acceso a todos los servicios de salud.

Las motivaciones identificadas son coherentes con la finalidad del SFS, que es proteger a las personas frente a riesgos de salud. Los participantes mostraron interés, no solo en que se les reconozca su derecho a la salud en términos de atención médica, sino también en el acceso a los beneficios de los subsidios sociales provistos por el Gobierno dominicano.

Al hablar del 'interés de los participantes en el SFS' podría resultar contradictorio plantear 'la falta de interés' en el SFS como barrera. Conviene aclarar nuestra interpretación al respecto. Primero, no todos los individuos mostraron desinterés en el SFS, sino que, por el contrario, algunos habían realizado ingentes esfuerzos para obtenerlo, aunque unos lo habían alcanzado y otros no.

Otros manifestaron que había más cosas de que preocuparse, por lo que no estaban dispuestos a destinar tiempo y esfuerzos para diligenciar un seguro de salud. Este grupo fue la minoría, pero destaca que fue la totalidad de hombres que usan drogas y trabajadores sexuales en quienes se observó esta 'falta de interés'.

Al final del GF, los participantes, quizás fruto del efecto de las preguntas y del diálogo con relación al GF, manifestaron 'interés' en el SFS, lo cual hemos reportado. Este interés o esta motivación por el SFS, en algunos casos, puede ir cargado de deseabilidad social y verse como una respuesta esperable en el marco de su participación.

2.3 Recomendaciones

Colaborar en la promoción de la regularización de migrantes trabajadores debe ser parte de la agenda de las entidades reguladoras de la Seguridad Social.

Debe desarrollarse un sistema donde el SAI identifique a los usuarios que requieren ser afiliados al SFS y conectarlos con el SENASA. De ser posible, la solicitud debe ser llenada en el mismo SAI.

A continuación, proponemos algunas alternativas sobre cómo el Gobierno dominicano, las ONG, y las organizaciones de la cooperación internacional podrían superar las barreras personales y estructurales encontradas.

Considerando las motivaciones de las PVVS, la probabilidad de éxito de las estrategias que buscan su incorporación en el SFS vendrá dada en la medida en que sean accionables, específicas, pertinentes, factibles, aceptables, validadas y ejecutadas con la participación de la población de interés.

- Recomendaciones para el Gobierno dominicano:
    - Orientadas hacia la superación de barreras personales:
        - Mejorar los mecanismos de comunicación e información al usuario. Poner información a disposición del público que sea precisa, clara y sencilla es un reto del Gobierno con miras a combatir la barrera de la falta de conocimiento. Podría resultar útil la celebración de sesiones informativas, en coordinación con organizaciones socias que trabajan con poblaciones clave y priorizadas, para orientarlas respecto al proceso, debido a la dificultad de alcanzar a estas poblaciones por los medios de comunicación ordinarios.

        - Corregir las informaciones erróneas en torno a la afiliación al SFS se traduce en crear campañas educativas, clarificando las dudas comunes de las personas y atacando las ideas desorientadoras. Hay que mostrar a las personas cómo distinguir los rumores y las noticias falsas de aquellas que son reales, pero sobre todo a identificar cuáles son las fuentes fidedignas.
        - Promoción de los beneficios del SFS a través del periodismo.
        - Instruir al personal de seguridad de las oficinas públicas, incluyendo el SENASA, respecto a las buenas maneras y relaciones humanas hacia todas las personas, sin importar aspecto físico o apariencias, así como a evitar resultar toscos o intimidantes para las personas, sin importar su perfil social.
    - Orientadas hacia la superación de barreras estructurales:
        - Descentralización del proceso de inscripción y disminución de la burocracia, diseñando y realizando labores administrativas de mejora continua de sus operaciones diarias, con la intención de superar los aspectos burocráticos que ralentizan las respuestas y la entrega de servicios.
        - Desmontar los obstáculos existentes a nivel administrativo, así como trabajar colaborativamente con otras organizaciones que faciliten el desmantelamiento de tales barreras.
        - Producir un acercamiento con la Junta Central Electoral para que, en la medida en que los inmigrantes indocumentados regularizan su situación, puedan ser evaluados oportunamente e identificados vía el SIUBEN y, en el caso particular de las PVVS, reciban información que las oriente directamente hacia el SENASA.
    - Orientadas hacia la superación de ambas barreras a la vez:
        - Propuesta de afiliación inmediata posdiagnóstico del VIH, donde la intervención conjunta entre el CONAVIHSIDA, la DIGECITSS, el Servicio Nacional de Salud y las Regionales de Salud, en conjunto con el SENASA, puede resultar necesaria.
        - Realizar jornadas de afiliación al SFS con acompañamiento por pares de las organizaciones socias.
        - Las campañas de afiliación deben ser programadas atendiendo al mapa de la pobreza, considerando de manera adicional a las organizaciones socias que pueden trabajar en diferentes puntos del país, ya que ellas son conocedoras de los obstáculos adicionales que su población debe enfrentar en esas localidades.
- Recomendaciones para las ONG:
        - Acompañar al Gobierno y a las organizaciones de cooperación internacional en la convocatoria y organización de jornadas de afiliación al SFS con acompañamiento por pares de las organizaciones socias.
        - Fungir de canal de contacto entre su población y el SENASA, sirviendo para identificar aquellas PVVS que aún no han sido afiliadas, y generando sus propias listas de contacto y vinculación.
        - Las redes que han sido formadas por las ONG que trabajan con poblaciones clave deben ser voceras de sus pares en las diferentes provincias y regiones. Se identificó que, posiblemente, la situación de cara a la afiliación al SFS puede variar en función de la localidad de residencia urbana o rural. Es importante el rol veedor de las

organizaciones socias para llamar la atención acerca de los obstáculos que podrían resultar específicos de los residentes en esas localidades del interior del país.

- Recomendaciones para las organizaciones de cooperación internacional:
  - Colaborar con el Gobierno y las ONG en la promoción de los beneficios del SFS.
  - De ser necesario, podría asesorar al SENASA respecto a mejorar los mecanismos de comunicación e información al usuario.
  - Revisar junto con el CONAVIHSIDA la efectividad y las nuevas propuestas para alcanzar la afiliación inmediata posdiagnóstico del VIH.
  - Revisar con el CONAVIHSIDA la posibilidad de generar una lista con las PVVS que aún no tienen SFS, y luego suministrarla al SENASA para que proceda a su evaluación e inscripción.
  - Apoyar al Gobierno en sus jornadas de afiliación al SFS con acompañamiento por pares de las organizaciones socias.

2.3.1 Superando barreras personales

- El Gobierno, liderado por la SILSARIL y el SENASA, con el apoyo de la cooperación internacional y de la colaboración de los Servicios Regionales de Salud, los Servicios de Atención Integral y las ONG, puede mejorar los mecanismos de comunicación e información al usuario sobre sus derechos y los requisitos de afiliación.

Uno de los hallazgos del estudio fue la barrera de desconocimiento sobre informaciones básicas de la afiliación al SFS, a las cuales se tiene acceso una vez afiliado. Para vencer esa barrera se sugiere:

  - Disponibilidad y acceso mejorado sobre los procedimientos de aplicación, dónde y con quién informarse.
  - Desarrollar un mecanismo para informar y retroalimentar al usuario sobre el estatus de su proceso de afiliación. Por ejemplo, mensajes de actualización vía teléfono móvil (SMS) sobre el estatus de aplicación.
  - Es recomendable disponer de información en otros idiomas, como *creole* e inglés, para usuarios haitianos y de otras naciones.

Este estudio facilita información valiosa que puede ser útil en el diseño de una estrategia de IEC, con datos sobre el contenido de los mensajes y rumores que se han ido tejiendo en relación con el SFS. A partir del análisis de estos mensajes se podría diseñar tal plan de IEC.

- El Gobierno, las instituciones socias, y la cooperación internacional pueden promocionar los beneficios del SFS.

Ante barreras personales como los rumores que versan sobre las dificultades del proceso de afiliación, alimentados por el temor a los fraudes y engaños de empleadores, sería aconsejable que el Gobierno, la cooperación internacional y demás socios considerasen utilizar periodistas para promover el lado positivo de la afiliación al SFS entre poblaciones clave y priorizadas, y cómo hacerlo de forma segura. Dado el masivo uso de las redes sociales, deben asegurarse de que sean medios utilizados para alcanzar a las PVVS, y con acceso a los SAI, pero sobre todo directamente con las ONG a las cuales pertenecen, para alcanzar casos no registrados en el sistema de información oficial.

De esta manera, puede ofrecerse orientación y conocimiento, así como despejarse dudas sobre el SFS. Se debe incluir información relativa a la no discriminación y a las facilidades de inclusión de personas que

padecen enfermedades crónicas en general, incluyendo el VIH como una de tantas otras condiciones de salud con la cual se puede vivir si se tiene acceso a servicios de salud.

2.3.2 Superando barreras estructurales

Los resultados del estudio muestran fehacientemente la existencia de barreras estructurales. Esto es de esperar, dada la literatura existente sobre barreras de acceso a servicios de salud. Sin embargo, en términos de proponer recomendaciones acerca de cómo superar tales barreras estructurales, el estudio presenta serias limitaciones, pues se concentró solo en recopilar datos del lado de la demanda y no desde el punto de vista de la oferta.

Las recomendaciones siguientes atañan al Gobierno dominicano y estas podrían ser consideradas en un mediano o largo plazo.

- Descentralización del proceso de inscripción, disminuyendo la burocracia.

Descentralizar el proceso de inscripción y entrega del carnet desde las oficinas del SENASA hacia otras entidades como los SAI, el CONAVIHSIDA, o las asociaciones civiles. Parece ser una buena opción acercar las oficinas del SENASA al ámbito comunitario, que resulta más accesible, asequible, cómodo y menos intimidante, especialmente para las poblaciones clave y priorizadas, que asistir a las oficinas del SENASA.

Establecer otros puntos para diligenciar la afiliación al SFS, los cuales podrían ubicarse de manera temporal o permanente dentro de hospitales públicos que cuenten con un SAI, como lo han hecho algunos hospitales en Santo Domingo. En general, es recomendable que los centros de salud cuenten con alguna oficina de referencia para dar información sobre dónde y cómo obtener el SFS. El personal del SAI podría ser muy útil en ese sentido. Algunos lo vieron como el lugar ideal para realizar todos los procesos relacionados con su afiliación.

Los procesos deben ser simplificados para evitar las idas y vueltas innecesarias, de manera que se pueda disminuir la burocracia.

- Desmontar los obstáculos existentes a nivel administrativo, así como trabajar colaborativamente con otras organizaciones que faciliten el desmantelamiento de tales barreras.

Sin lugar a dudas, las trabas legales representan la barrera más sólida, complicada y la que mayores controversias genera. Lidiar con estas barreras requiere el análisis de leyes que regulan distintos ámbitos de la vida, incluyendo el matrimonio y la ciudadanía.

Se requiere de alternativas legales viables y procedimientos simplificados para aumentar la población de PVVS que mayor conflicto presenta a la hora de afiliarse al SFS. Dado que no son necesariamente barreras personales, sino estructurales, toca a las instituciones del Gobierno la difícil tarea de buscar mecanismos que permitan la entrada de esta población en la Seguridad Social, desmontando los impedimentos legales.

Por ejemplo, las PVVS migrantes que ya han regularizado su estatus y son empleadas no deberían tener inconvenientes para afiliarse al SFS.

2.3.3 Superando de forma combinada barreras personales y estructurales

Resultaron particularmente atractivas para las PVVS las estrategias que promueven la afiliación al SFS a partir del acercamiento de los servicios y procesos de afiliación a los espacios regularmente compartidos entre ellos, y que sean ellos quienes sirvan de enlace en la convocatoria. Estas estrategias podrían ser útiles para eliminar las barreras personales y estructurales al mismo tiempo.

- Propuesta de afiliación inmediata posdiagnóstico del VIH.

Aprovechar espacios como el propio SAI donde las PVVS asisten ha resultado en experiencias positivas, según lo que comentaron las organizaciones socias. Debe evaluarse con mayor detenimiento qué funcionó en esa estrategia y cómo mejorarla. El CONAVIHSIDA ha intervenido en forma directa con los SAI, por lo que convendría evaluar más de cerca su experiencia y rescatar las lecciones aprendidas para relanzar, en la medida de lo posible, este tipo de acciones directas de coordinación entre el SAI del SNS y el SENASA, con enfoque a niveles regionales.

Se podría promover una capacitación especial destinada a los consejeros de los SAI y las organizaciones socias de base comunitaria sobre los beneficios de la Seguridad Social, y sobre cómo la confidencialidad y privacidad no se ven afectadas al inscribirse en el SFS.

- Jornadas de afiliación al SFS del SENASA con acompañamiento de promotores de las organizaciones socias.

El SENASA puede realizar jornadas de afiliación al SFS en conjunto con organizaciones socias. Algunos participantes de los GF manifestaron que ellos podrían ser portavoces, en caso de realizarse actividades o eventos que busquen incrementar el número de PVVS afiliadas. Serían los primeros en alcanzar a la población a la que pertenecen, y crear conciencia sobre el problema y la necesidad de afiliación de sus pares al SFS. Los pares podrían ser claves a la hora de entregar los mensajes, hablando en la manera y de la forma en que ellos se comunican entre sí, simplificando la transmisión de contenidos difíciles. Además, de manera prospectiva, podrían servir de enlace y referencia sobre el funcionamiento del seguro, una vez adquirido.

Es bien conocido que las poblaciones clave y priorizadas no asisten a cualquier convocatoria. Ellas participan y se involucran en la medida en que entienden que sus legítimos representantes están liderando la convocatoria y, por ende, les sirve para validar que el evento o la actividad van en su beneficio. Se debe considerar incentivos apropiados para ese rol. Varias organizaciones socias fueron muy receptivas, y plantearon su apoyo y disponibilidad para avanzar en esa línea de trabajo con el Proyecto HFG.

3. METODOLOGÍA TÉCNICA

3.1 Justificación

Este estudio fue guiado por un enfoque de investigación cualitativa, cuya utilización se considera apropiada para examinar en profundidad las razones que las personas dan para la toma de decisiones. El punto de vista de los participantes respecto al tema de estudio es lo primordial. En este caso, entender el punto de vista de las PVVS respecto a su afiliación al SFS ha sido el objetivo del estudio. Los grupos focales permiten recopilar este tipo de información, teniendo en cuenta que todos los participantes pueden construir una imagen de la realidad buscando coincidencias y diferencias desde sus respuestas e interacciones como grupo.

3.2 Selección de la muestra

El investigador principal (IP) apoyó a las ONG asociadas en la selección de los participantes en el estudio. Las ONG identificaron sujetos ya afiliados a sus grupos de apoyo que cumplían con los criterios de inclusión. Los participantes fueron identificados y convocados a través de las organizaciones socias que trabajan de manera rutinaria con la población meta del estudio.

Los criterios de selección de la muestra fueron:

1) Adultos, de 18 años en adelante.
2) Individuos que viven con el VIH.
3) Conocimiento de su estatus de afiliación al Seguro Familiar de Salud.
4) Con capacidad de consentir verbalmente al estudio.
5) Individuos de las poblaciones clave,[13] o
6) Individuos de las poblaciones prioritarias.[14]

3.3 Lista de ONG participantes

Seis ONG participaron en la convocatoria y organización de los grupos focales:

1) Red Dominicana de Personas con VIH/sida (REDOVIH).
2) MODEMU.
3) Comunidad Abierta.
4) Este Amor.
5) Comunidad de Trans, Travestis y Trabajadoras Dominicanas (COTRAVETD).
6) Movimiento Socio Cultural para los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA).

[13] Lesbianas, hombres que tienen sexo con hombres, bisexuales, personas transgénero, hombres y mujeres trabajadores sexuales, y personas que usan drogas intravenosas.
[14] Migrantes (específicamente, trabajadores de la construcción y la agricultura, y vendedores ambulantes).

3.4 Reclutamiento de participantes

Cada ONG generó una lista de candidatos elegibles que cumplieran con los criterios de inclusión y los invitaron individualmente a participar en el estudio. La ONG se comunicó con sus afiliados por la vía telefónica y realizaron la convocatoria de los GF. Toda la comunicación con los candidatos seleccionados se hizo por teléfono. Las ONG no se identificaban con la persona que contestaba el teléfono si el candidato seleccionado no era quien respondía. El IP verificó con la ONG que los candidatos seleccionados cumplieran con los criterios de elegibilidad del estudio.

3.5 Consentimiento informado

Al inicio de las reuniones de los grupos focales, el IP explicó el propósito del estudio y solicitó el consentimiento informado verbal. El IP explicó los riesgos y beneficios de unirse al estudio e informó que los participantes podían salir de la reunión en cualquier momento. Los participantes no tenían que responder a una pregunta si esta los hacía sentir incómodos. Las reuniones de grupos focales fueron audiograbadas y se pidió a los participantes usar un alias para identificarse. El IP explicó que el rechazo de su participación en el estudio no afectaría a su afiliación con la ONG asociada. Se pidió a los y las participantes no repetir nada de lo dicho durante las sesiones de los GF para mantener la privacidad de los participantes. El estudio no recopiló información personal identificable.

3.6 Aprobación por el Comité de Ética

El protocolo del estudio recibió la revisión y aprobación ética de la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de Abt Associates, Inc, y del Comité de Ética de Investigación de la Fundación Dominicana de Infectología, Inc.

3.7 Dificultades

La organización de los grupos fue un reto debido a que se obtuvo la aprobación ética para iniciar el estudio a finales de noviembre, y los GF fueron realizados en las últimas semanas de diciembre. Se invitó a las instituciones socias a conocer sobre el protocolo del estudio. No obstante las explicaciones sobre los procedimientos del estudio, no todas las instituciones estuvieron de acuerdo con los mismos. Específicamente, el reclutamiento de PVVS pertenecientes a poblaciones clave y priorizadas representó el primer gran reto para los investigadores, pues, siguiendo las normativas del IRB, el estudio no contemplaba un incentivo para las organizaciones socias por la organización y el reclutamiento de los participantes. Se especificó que, dada la naturaleza de este trabajo colaborativo con la organización, se esperaba su apoyo voluntario a tales fines. Varias organizaciones no aceptaron proceder con su participación bajo estas condiciones, por lo que se requirió identificar otras instituciones similares que estuvieran dispuestas y pudieran realizar la convocatoria con sus propios recursos institucionales.

Si bien en el reclutamiento no se logró el apoyo de todas las instituciones inicialmente contempladas, esto no afectó para alcanzar la meta del número de participantes requeridos en el estudio, habiéndose obtenido una participación en el rango esperado en cada grupo focal (entre cinco y ocho participantes por GF).

A pesar de la composición predeterminada de los grupos focales según poblaciones clave y priorizadas, no fue posible controlar u objetar la participación de personas que podrían representar varias características de los grupos seleccionados. Por ejemplo, dentro del grupo de hombres en la población general de PVVS participaron migrantes y HSH, pues llegaron invitados como parte del grupo que trabaja con la REDOVIH. Igualmente, en el grupo de HSH participó un migrante.

Durante la organización de los grupos focales encontramos personas que usan drogas que no se encontraban en óptimas condiciones para participar en la discusión grupal, y algunos participantes se mostraron confrontativos con otros. No obstante, la situación fue controlada deteniendo momentáneamente la entrevista y pidiendo la colaboración del grupo. Finalmente, se alcanzó la meta de completar las respuestas a la guía de preguntas, aunque el GF duró menos del tiempo estimado.

Durante la realización de los dos GF con PVVS migrantes (hombres y mujeres) surgió la necesidad de contar con un(a) traductor(a), uno para cada grupo, dado que los participantes tenían muy poco tiempo en el país y no manejaban el idioma español de una manera que les permitiera comunicarse de forma efectiva. La organización socia facilitó los traductores, lo cual supuso un ligero cambio en la dinámica de los GF. No obstante, se pudo llevar a cabo con normalidad y la interacción de los participantes con el traductor y el moderador fue efectiva. Las transcripciones se limitaron al idioma español, y no hubo traducción del *creole* al español, utilizándose lo dicho por el o la traductora para el análisis. Las perspectivas del traductor podrían filtrarse en el análisis, de existir alguna diferencia entre lo expresado por los participantes y lo traducido.

3.8 Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 69 participantes. La tabla I presenta la descripción de las características de los GF, la organización convocante y la fecha de realización.

Tabla 1. Descripción general de las características de las poblaciones incluidas en el estudio, organización convocante y fechas de realización de los grupos focales.

Características del grupo (n= 10)	Número de participantes (n= 69)	Organización socia convocante (n= 6)	Fechas (n= 7 días)
Mujeres población general con VIH	5	Red Dominicana de Personas con VIH/sida (REDOVIH)	12.13.2017
Hombres población general con VIH	6	Red Dominicana de Personas con VIH/sida (REDOVIH)	12.13.2017
Mujeres trabajadoras sexuales	5	MODEMU	12.14.2017
Hombres trabajadores sexuales	8	Comunidad Abierta	12.19.2017
Mujeres migrantes	8	Movimiento Socio Cultural para los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA)	12.15.2017
Hombres migrantes	7	Movimiento Socio Cultural para los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA)	12.15.2017
Mujeres transgénero	6	Comunidad de Trans, Travestis y Trabajadoras Dominicanas (COTRAVETD)	12.18.2017
Mujeres que usan drogas intravenosas	8	Comunidad Abierta	12.21.2017
Hombres que usan drogas intravenosas	8	Comunidad Abierta	12.21.2017
HSH	8	Este Amor	01.18.2018

Fuente: datos del estudio.

3.9 Descripción del análisis

El análisis fue llevado a cabo en dos etapas continuas. Mediante un análisis de contenido fueron identificadas categorías de análisis a partir de las notas tomadas; luego dichas categorías fueron codificadas y aplicadas a las transcripciones literales en un programa de análisis cualitativo. La primera etapa consistió en identificar y clasificar, a partir de las notas tomadas durante los GF, las barreras, motivaciones y recomendaciones dadas por los participantes, creando así categorías de análisis. En una segunda etapa, las categorías de análisis fueron codificadas en el programa de análisis cualitativo Dedoose 2.0. Las transcripciones literales de cada GF fueron subidas a Dedoose, donde se les aplicaron los códigos, y se crearon nuevos códigos a partir de la riqueza informativa de las transcripciones. Se seleccionaron extractos apropiados para representar las opiniones de los participantes en los resultados del estudio.

ANEXOS

Invitación telefónica

Estimado XX: Esta organización se ha asociado con la Iniciativa de Financiamiento Sostenible de USAID, para evaluar los desafíos que enfrentan las PVVS al inscribirse en el Seguro Familiar de Salud. Como parte de esta evaluación, quieren saber cuánto conocen las PVVS acerca de los beneficios del SFS, su cobertura y los servicios prestados. Para aprender sobre esto, al investigador le gustaría hablar con un grupo de nuestros miembros en nuestra organización. ¿Estaría dispuesto a participar en un grupo focal de noventa minutos con ellos y otros miembros de nuestro centro? La participación es voluntaria y no afectará los servicios que ya recibe como miembro de nuestra organización. El grupo focal será grabado, pero no se usarán nombres, por lo que nada de lo que diga podrá ser vinculado a usted. Además, el personal del centro no podrá escuchar ni leer las transcripciones de la sesión.

Sinceramente,

Personal del centro XX

Guía. Introducción y consentimiento informado para el estudio

Introducción y consentimiento informado para el estudio (leer a todos los encuestados).

[Moderador] ¡Hola! Gracias a todos por participar en este grupo focal. Sabemos que su tiempo es muy valioso, por lo que realmente apreciamos que se hayan tomado el tiempo de participar en este grupo. Mi nombre es [NOMBRE] y el nombre de mi colega es [NOMBRE]. Soy un investigador consultor de Abt Associates, con sede en Washington, DC. Estoy aquí porque [la ONG] y Abt Associates, en nombre de USAID, están llevando a cabo un estudio cualitativo sobre las motivaciones y barreras de las PVVS para afiliarse al SFS.

Estamos visitando [la ONG] para realizar entrevistas con PVVS para saber qué está sucediendo en el terreno y cuáles son los desafíos para la afiliación al seguro de salud. Las entrevistas deberán durar alrededor de noventa minutos y cubrirán las necesidades de atención de salud y la cobertura de salud de las PVVS. Estas entrevistas brindarán información importante sobre cómo el SFS llega a las PVVS. Utilizaremos lo que aprendamos de estas entrevistas para contribuir a un informe sobre cuán efectivo es el SFS para atender a personas como ustedes.

Este reporte se enviará a USAID para informar al Gobierno federal sobre los desafíos para inscribirse en el SFS, así como sobre las estrategias de intervención para aumentar la afiliación.

Declaración de confiabilidad

Declaración de confiabilidad [el entrevistador debe leer esto a todos los encuestados].

Yo actuaré como moderador, lo que significa que plantearé algunas preguntas iniciales al grupo y facilitaré la discusión. [NOMBRE DEL REGISTRADOR] tomará notas y podrá señalarme preguntas si me olvido de algo. Animamos a cada uno de ustedes a ser lo más honestos posible, y a compartir sus puntos de vista, incluso si difieren de los de los demás en el grupo: no hay respuestas incorrectas. Queremos tener tantos puntos de vista como sea posible.

Antes de comenzar, me gustaría repasar algunos detalles rápidamente. Esta conversación será grabada. Sin embargo, el informe y los materiales que presentaremos no identificarán a ninguno de ustedes ni a sus organizaciones por su nombre. Su información personal permanecerá confidencial en la medida permitida por la ley, y sus respuestas solo serán compartidas en forma agregada y no identificada. Su participación en este grupo focal es completamente voluntaria. Los alentamos a que respondan estas preguntas con honestidad y a conciencia; sin embargo, no tienen que responder ninguna pregunta con la que no se sientan cómodos. Les reembolsaremos el costo del transporte a la reunión, entregando 10 US$ en efectivo al finalizar la sesión.

Tenemos algunas reglas básicas: usen un alias en lugar de su nombre, pueden hablar sin esperar a que los llame, pero les pido que hablen de uno en uno. También pueden interrumpirme si sienten que estoy avanzando demasiado rápido para pasar de un tema a otro y les gustaría seguir discutiendo ese tema.

Para proteger su privacidad y la de los demás, me gustaría recordarles que no repitan a nadie lo que escuchen durante esta conversación después de que abandonen este grupo.

Yo podría apagar la grabadora en cualquier momento si así lo desean. No tengo la grabadora encendida ahora; ¿está bien que la encienda ahora?

¿Tienen alguna pregunta antes de comenzar?

¿Tengo su permiso para comenzar la sesión?

¿Alguna pregunta?

Este protocolo de entrevista está destinado a grupos de 5-8 individuos que cumplan con los criterios de elegibilidad.

Por favor, use el guion de consentimiento verbal individualmente con los participantes antes de iniciar la sesión.

Preséntese y pida a los participantes que se presenten de uno en un uno (usar alias en lugar de nombres).

Solicite permiso para grabar las sesiones.

El texto en itálicas es información de antecedentes para el entrevistador.

Por favor, permita 90 minutos para la sesión del grupo focal.

Centro: [NOMBRE].

Número de participantes: [introduzca el número].

Entrevistador: [apellido del entrevistador].

Redacción: [apellido de la persona a cargo de la redacción].

FECHA/HORA DEL GRUPO FOCAL: [fecha/hora].

Guía de preguntas

Para comenzar, hablemos sobre el Seguro Familiar de Salud (SFS).

1. ¿Saben qué es el SFS? [Vaya alrededor del salón y pida a cada participante que diga su alias y responda esta pregunta]. (Explorar: ¿quiénes pueden afiliarse? ¿Qué servicios se proveen?).

2. ¿Creen que es importante inscribirse en el SFS?
    a. ¿Están familiarizados con el proceso de afiliación?
    b. ¿Es difícil encontrar información sobre la afiliación?
    c. ¿Creen que tienen todos los documentos requeridos para inscribirse?
    d. ¿Saben dónde inscribirse?
    e. ¿Cuánto tiempo toma el proceso de afiliación?
3. ¿Están inscritos en el SFS?
    a. Si la respuesta es afirmativa: ¿qué los motivó a inscribirse?
    b. ¿Cuál fue la parte más fácil del proceso de afiliación?
    c. ¿Cuál fue la parte más difícil del proceso de afiliación?
    d. ¿Cuánto tiempo tomó el proceso de afiliación?
    e. ¿El proceso de afiliación fue en la misma oficina?
    f. ¿El proceso de afiliación fue en el mismo edificio?
    g. ¿Le pareció que usted sabía a dónde ir en cada paso del proceso de afiliación?
    h. ¿Aconsejaría a otras personas que se afiliaran al SFS? (Preguntas de sondeo: ¿por qué? ¿Por qué no?).
    i. ¿Cuál es el principal beneficio de afiliarse al SFS?
    j. Si la respuesta es no: ¿cuál es la razón principal de no estar afiliado?
    k. ¿Está interesado en inscribirse?
    l. ¿Sabe si califica para la afiliación?
    m. ¿Sabe cómo, cuándo y dónde afiliarse?
    n. ¿Cuál sería la parte más difícil del proceso de afiliación?
    o. ¿Cuál sería la parte más fácil del proceso de afiliación?
    p. ¿Qué lo motivaría a usted a inscribirse?
    q. ¿Cree que usted se beneficiaría con la afiliación?
4. Cuando usted fue diagnosticado con el virus del VIH:
    a. ¿Alguien le habló sobre el SFS?
    b. ¿Alguien le sugirió que usted debería inscribirse en el SFS?
    c. ¿Sabía usted si calificaba para afiliarse al SFS?
    d. ¿Consideró afiliarse al SFS para recibir tratamiento?
    e. ¿Estaba al tanto de los beneficios de afiliarse al SFS?

Ahora, hablemos sobre el acceso a los servicios de atención de la salud.

1. ¿Cómo recibe usted atención de salud?
    a. ¿Usted siente que recibe suficientes/adecuados servicios de salud?
    b. ¿Está satisfecho con su atención de salud?
    c. ¿Cómo financia su atención de salud?
    d. ¿Con qué frecuencia recibe servicios de atención de salud?

Finalmente, me gustaría discutir cómo se podría mejorar el proceso de afiliación al SFS.

1. ¿Qué lo motivaría a usted a afiliarse? (Sondear: incentivos, ubicación, proceso de afiliación).
2. ¿Qué podría hacer más fácil el proceso actual de afiliación? (Sondear: información, documentación requerida, tiempo en el proceso de afiliación, ubicación, transporte, servicio al usuario).
3. ¿En su opinión, cómo puede el SFS afiliar a un número mayor de personas como usted?
4. ¿Cuál sería el proceso de afiliación ideal? (Sondear: información, documentación requerida, tiempo en el proceso de afiliación, ubicación, transporte, servicio al usuario).
5. ¿Cree que los pacientes deberían poder afiliarse al SFS inmediatamente después de su diagnóstico de VIH?
6. ¿Funcionaría una estrategia de prueba, tratamiento y afiliación?

Antes de terminar, me gustaría ir alrededor del salón una vez más y preguntar a cada uno de ustedes si hay algo más que quisieran decir, ya sea sobre la afiliación al SFS o sobre el acceso a los servicios bajo el SFS.

¿Hay alguna pregunta que yo pueda responder? Gracias por su tiempo hoy y por su apoyo a esta importante iniciativa de investigación.

REFERENCIAS

Canario, J. A., Álvarez, T. A., Cali, J. G. y Díaz, N. (2017). *Planificando intervenciones para superar las barreras para la afiliación al Seguro Familiar de Salud de personas que viven con VIH. Informe de reunión técnica*. Santo Domingo, República Dominicana: Abt Associates.

Carrillo, J. E., Carrillo, V. A., Pérez, H. R., Salas-López, D., Natale-Pereira, A. y Byron, A. T. (2011). Defining and targeting health care access barriers. *J Health Care Poor Underserved*, *22*(2), 562-575. doi: 10.1353/hpu.2011.0037. PubMed PMID: 21551934

Centro de Estudios Sociales y Demográficos e ICF International. (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud 2013*. Santo Domingo, República Dominicana: autor.

Congreso Nacional de la República Dominicana. (2001). *Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Recuperado de https://www.dgii.gov.do/legislacion/leyesTributarias/Documents/87-01.pdf

Consejo Nacional de la Seguridad Social. (2009). *Resoluciones del Acta No. 212 de la sesión ordinaria del CNSS. Resolución No. 212-02*. Recuperado de http://www.cnss.gob.do/phocadownload/Documentos/resoluciones/2009/8_RESOLUCION_JULIO_212-01-212-04.pdf

Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA). (2012). *Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Clave*. Santo Domingo, República Dominicana: autor.

CONAVIHSIDA y Ministerio de Salud. (2014). *Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS y al VIH-sida 2015-2018*. Santo Domingo, República Dominicana: autor.

Global Migration Group. (2018). *Addressing vulnerabilities associated with migration*. Recuperado de http://www.globalmigrationgroup.org/theme/addressing-vulnerabilities-associated-migration

Institute of Medicine (US); Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services; Millman, M. (Ed.). (1993). *Access to health care in America. 2. A model for monitoring access*. Washington, DC: National Academies Press.

ONUSIDA. (2016a). *República Dominicana, country factsheets*. Recuperado de http://www.unaids.org/es/regionscountri.es/countries/dominicanrepublic

ONUSIDA. (2016b). *Acción acelerada para acabar con el sida. Estrategia ONUSIDA 2016-2021*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

Seguro Nacional de Salud. (2015). *Instituciones acuerdan orientar a la población a través de las emisoras comunitarias*. Recuperado de http://www.arssenasa.gov.do/index/contenido.asp?id=892

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y Oficina Nacional de Estadística. (2018). *El Seguro Familiar de Salud. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2016*. Santo Domingo, República Dominicana: Publicolor/INPUBLICOS. Recuperado de http://www.sisalril.gov.do/pdf/publicaciones/sisalril_enhogar_2016.pdf

Vicepresidencia de la República Dominicana, Administradora de Subsidios. (2009-2015). *Tarjetas de subsidios*. Recuperado de http://www.adess.gov.do/v2/P_SoloTexto.aspx?EntId=205

Vicepresidencia de la República Dominicana, Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). (2012). *Estudio Socioeconómico de Hogares en la República Dominicana*. Recuperado de http://siuben.gob.do/wp-content/uploads/siubenlibrocalidaddevida.pdf

Vicepresidencia de la República Dominicana, SIUBEN. (2018). *¿Cómo medimos la pobreza?*. Recuperado de http://siuben.gob.do/como-trabajamos/como-medimos-la-pobreza

Health Finance & Governance

Expanding Access. Improving Health.

Abt ASSOCIATES

BOLD THINKERS DRIVING REAL-WORLD IMPACT