



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LOS PROGRAMAS CONTRA EL VIH Y SIDA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Marzo 2017

Este documento fue preparado por Sharon Nakhimovsky, Jonathan Cali, Claudia Valdez y Carlos Avila 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 su sigla 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 cuyo personal trabaja en los países que se han asociado para incrementar sus recursos de salud, administrar en forma más efectiva dichos recursos y a tomar las decisiones de compras más apropiadas. Con cinco años de duración y \$209 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

**Marzo 2017**

**Acuerdo Cooperativo No:** AID-OAA-A-12-00080

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

**Cita Recomendada:** Nakhimovsky, Sharon, Jonathan Cali, Claudia Valdez y Carlos Avila. Marzo 2017. *Oportunidades para mejorar las eficiencias de los programas contra el VIH y SIDA en la República Dominicana*. Bethesda, MD: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814  
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | [www.abtassociates.com](http://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)



# OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LOS PROGRAMAS CONTRA EL VIH Y SIDA 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.



<b>Índice</b> .....	<b>i</b>
<b>Acrónimos</b> .....	<b>iii</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Métodos</b> .....	<b>3</b>
2.1 Recolección y análisis de datos .....	3
2.2 Definiciones de eficiencia.....	3
<b>3. Oportunidades para enfrentar las ineficiencias del gasto actual en VIH y SIDA</b> .....	<b>5</b>
3.1 Mejorar la coordinación con el sector privado para garantizar el acceso a los servicios necesarios de VIH.....	5
3.2 Mejorar la planeación entre necesidades y asignación de recursos humanos para salud .....	7
3.3 Mejorar el apego a las guías de tratamiento para VIH.....	8
3.4 Mejorar las prácticas de gestión de suministros farmacéuticos para el almacenamiento y compra de medicamentos .....	9
3.5 Aumentar la capacidad para efectuar pruebas del VIH.....	10
<b>4. Conclusiones</b> .....	<b>13</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>15</b>

## Lista de Gráficas

Gráfica 1. Mejora de la eficiencia para alcanzar los objetivos del sistema de salud.....	4
--	---





# ACRÓNIMOS

<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>CV</b>	Carga Viral
<b>CONAVIHSIDA</b>	Consejo Nacional para el VIH y el SIDA
<b>ENT</b>	Enfermedades No Transmisibles
<b>GoRD</b>	Gobierno de la República Dominicana
<b>HFG</b>	Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud
<b>HSH</b>	Hombres que tienen Sexo con Hombres
<b>LNSPDD</b>	Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>ONG</b>	Organizaciones No Gubernamentales
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PVV</b>	Personas que viven con el VIH
<b>RD</b>	República Dominicana
<b>RHS</b>	Recursos Humanos en Salud
<b>SAI</b>	Servicio de Atención Integral
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud
<b>SNS</b>	Servicio Nacional de Salud
<b>SUGEMI</b>	Sistema Unificado de Gestión de Medicamentos e Insumos
<b>TAR</b>	Terapia Antirretroviral
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>WISN</b>	Indicadores de Carga de Trabajo para la Estimación de Necesidades de Personal





# I. INTRODUCCIÓN

Desde el 2001, la República Dominicana (RD) ha estado implementando importantes reformas destinadas a garantizar cobertura universal de salud para todos los dominicanos, proteger a la población contra gastos catastróficos y mejorar la eficiencia y calidad de la atención de salud. Como parte de estas reformas, RD estableció un sistema público de aseguramiento de salud que garantiza un paquete explícito de servicios esenciales para la población afiliada y creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) para dirigir la provisión de servicios públicos. El sistema público de aseguramiento de salud consta de dos regímenes: un “régimen subsidiado” que cubre a los residentes de bajos ingresos y es administrado por una aseguradora pública, el Seguro Nacional de Salud (SENASA), y un “régimen contributivo” que cubre a los trabajadores del sector formal y sus familias y el cual es operado por administradoras de riesgos de salud privadas (ARS) y SENASA.

Las reformas del sector salud han cambiado la forma en que el país responde al VIH y SIDA. La respuesta es coordinada por el Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA) y recibe el apoyo de muchas organizaciones públicas y privadas de diferentes sectores. El tratamiento de VIH y SIDA es, en su mayoría, ofrecido por los Servicios de Atención Integral especializados (SAI), localizados en hospitales públicos y por organizaciones no gubernamentales (ONG).

La respuesta nacional al VIH es financiada a través del gobierno de la República Dominicana (GoRD), el gasto de los hogares, donantes internacionales, y empresas del sector privado mediante programas de responsabilidad social. Mientras los donantes proveen cerca de la mitad (47 por ciento) del gasto total en VIH y SIDA (Valladares Cardona y Valdez 2016), el GoRD ha tomado medidas para aumentar su compromiso financiero con el VIH y trabaja para desarrollar una estrategia que garantice una respuesta nacional sostenida contra el VIH/SIDA. Por ejemplo, desde el 2015 el GoRD financia el 100 por ciento de los medicamentos relacionados con el VIH, los que dependían en gran medida de financiamiento de donantes hasta el 2013 (Valdez and Barillas 2016). Esta transición refleja la creciente prioridad que el gobierno está dando a salud y VIH –lo que también está reflejado en el hecho de que salud representó el 17 por ciento del total del gasto gubernamental para el 2014 (Banco Mundial 2016).

No obstante que el GoRD aumenta su compromiso con el VIH, los costos del programa de VIH van rápidamente en aumento y al mismo tiempo que los donantes están reduciendo sus compromisos de financiamiento. Este aumento en costos, se debe en parte, a que la adopción reciente de las guías de atención y tratamiento del VIH, incrementa el número de pacientes que deben recibir los ARV (Panel de Antirretrovirales-Guía para Adultos y Adolescentes 2016). Igualmente, mientras RD tiene una epidemia concentrada y una de las prevalencias más bajas de la Región del Caribe (prevalencia de 0.8 por ciento en el 2013<sup>1</sup>), el país tiene el segundo número más alto de

## Cuadro I. Meta 90-90-90 UNAIDS

“Para el 2020, el 90% de todas las personas que viven con el VIH conocerán su status virológico. Para el 2020, el 90% de todas las personas con diagnóstico de infección por VIH recibirán TAR continuado. Para el 2020, el 90% de todas las personas que reciben terapia antirretroviral tendrán supresión viral”.

ONUSIDA 2014

<sup>1</sup> ENDESA (2013), Republica Dominicana, Encuesta Demográfica de Salud. Extraído de: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>



personas viviendo con el VIH (PVV), después de su vecino Haití. Además, mientras RD alcanzó el 39 por ciento de cobertura de terapia antiretroviral (TAR) para todas las PVV<sup>2</sup>, aún existen disparidades entre la población general y grupos vulnerables, incluyendo migrantes y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y mucho trabajo queda aún por hacer para alcanzar las metas de 90-90-90 de Naciones Unidas (Cuadro 1).

Otros factores también juegan un papel en el incremento de los costos de la atención y tratamiento del VIH en RD. La inflación en los costos de productos y servicios médicos va en aumento en RD y globalmente (Hewitt 2016). Es más, el mayor contribuyente a la inflación médica es la atención de las enfermedades no-transmisibles (ENT), las que representaron el 64 por ciento del total de años de vida ajustados por discapacidad en RD para el 2015 (IHME 2016). Es probable que este porcentaje se incremente en la medida en que la expectativa de vida aumenta y la población envejece (Euromonitor 2013). Estos factores son causantes del aumento de los costos de la atención de salud y VIH en RD, lo que plantea un cuestionamiento sobre la capacidad del país para mantener los niveles actuales de financiamiento de VIH.

En este contexto, el GoRD está buscando formas de aumentar el espacio fiscal para el gasto de VIH, mediante la movilización de recursos domésticos adicionales y el mejoramiento de la eficiencia. Este documento resume algunos de los hallazgos de la evaluación realizada por el Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), de las mayores fuentes de ineficiencia de los programas de VIH en RD y como enfrentarlas. El resumen incluye recomendaciones para mejorar la calidad y el acceso equitativo a la prestación de servicios de VIH. Su inclusión se basa en el supuesto de los autores, de que el programa de VIH solo alcanzará una eficiencia óptima en su gasto, con suficiente penetración de intervenciones efectivas de prevención y tratamiento en los grupos de alto riesgo. La Sección 2 de esta sinopsis reseña la metodología utilizada, y la Sección 3 presenta las fuentes de ineficiencia y propone soluciones potenciales para aumentar la eficiencia del gasto y operación de los programas contra el VIH de RD y mejorar la sostenibilidad del programa. La Sección 4 concluye acerca de la implicación de estos hallazgos para los actores del sistema dominicano de salud.

---

<sup>2</sup> Banco Mundial (2016). Indicadores Banco Mundial. Extraído de:  
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators#>

## 2. MÉTODOS

### 2.1 Recolección y análisis de datos

Para entender el origen de las ineficiencias en RD, HFG realizó una revisión de informes y documentos de agencias internacionales, gobierno e investigadores independientes. Igualmente, HFG condujo entrevistas a informantes claves con 25 individuos de 16 organizaciones, identificados por los socios por poseer conocimiento local y representar un amplio rango de perspectivas sobre la respuesta nacional. Ellos representan agencias gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales, incluyendo la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y Amigos Siempre Amigos, entre otros. HFG condujo entrevistas entre 31 de octubre y 4 de noviembre del 2016, como parte de una visita exploratoria para entender el contexto político y económico del financiamiento de la respuesta al VIH en RD. HFG tomó información relevante de sus investigaciones a nivel global sobre eficiencia de asignación y eficiencia técnica, para identificar intervenciones que han probado ser exitosas en otros lugares y que parecían apropiadas para RD.

### 2.2 Definiciones de eficiencia<sup>3</sup>

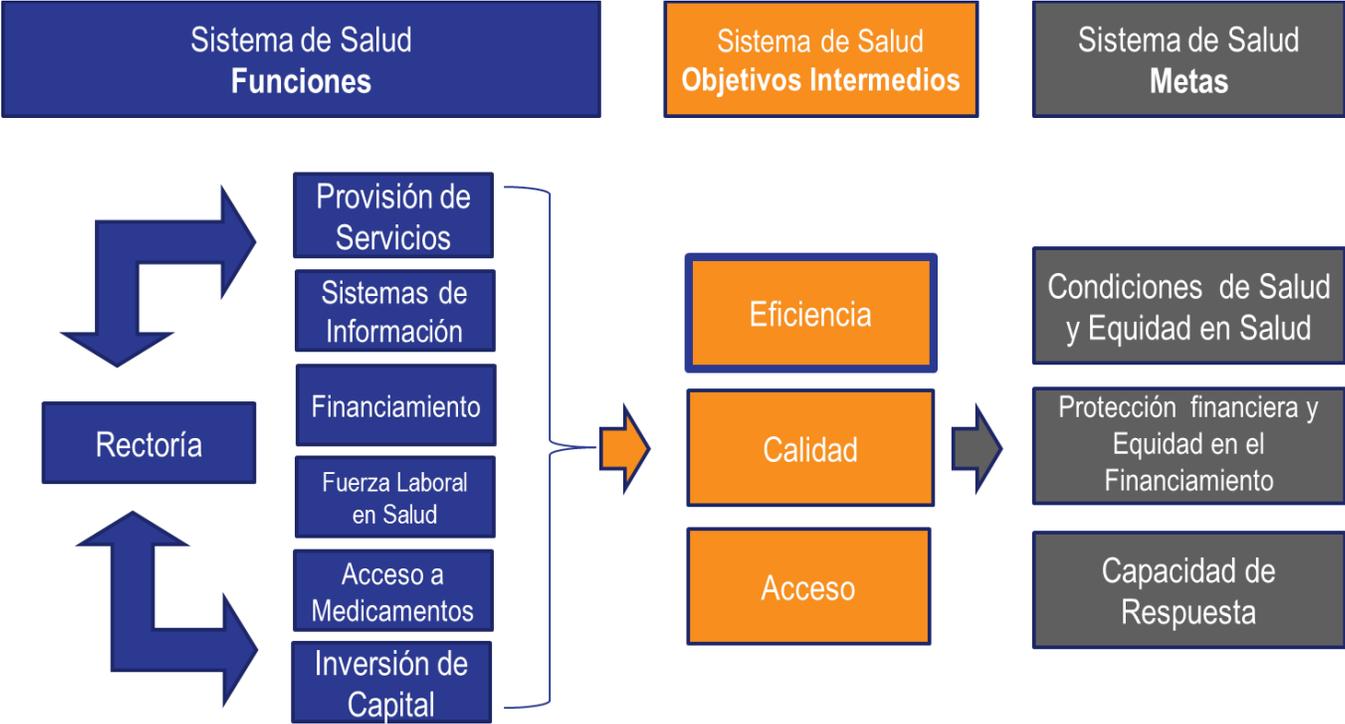
La investigación de políticas utiliza conceptos universales de eficiencia y los adapta al sistema de salud. Un concepto de eficiencia se refiere a la selección de que intervenciones comprar, de tal forma que los recursos se distribuyen en una manera que maximice la salud de la población y es consistente con lo que se considera justo y equitativo. Este tipo de eficiencia es llamado “eficiencia de asignación” y es resumido como “hacer las cosas correctas” (Chisholm y Evans 2010). Otro concepto se refiere a la eficiencia en el proceso de producir esas cosas –esto es, producir la mayor cantidad de productos de salud (ej. número de servicios entregados) o resultados de salud (ej. tasas más bajas de mortalidad) para un determinado conjunto de insumos (ej. capital humano, financiero y físico), incluyendo la selección de los insumos utilizados en la prestación de servicios para minimizar costos, todo esto con conciencia de calidad del servicio (Heredia-Ortiz 2013). Este tipo de eficiencia se conoce como “eficiencia técnica” y es resumida como “hacer las cosas bien” (Chisholm y Evans 2010).

El marco en el Gráfico I, ilustra cómo el mejoramiento de la eficiencia de asignación y eficiencia técnica, juegan un papel importante para conectar las reformas del sistema con las metas generales del sistema de salud. Estas metas incluyen: mejorar el estado de salud para todos, garantizar protección financiera para todos, especialmente para la población pobres y de menos recursos y alcanzar una respuesta del sistema de atención de salud que cubra las expectativas legítimas de los pacientes. Algunas reformas mejoran directamente la eficiencia, lo que a su vez contribuye al alcance de las metas del sistema de salud, al aumentar el valor de las inversiones del sistema de salud.

---

<sup>3</sup> Esta sección fue adaptada de un reporte publicado anteriormente por los autores (Nakhimovsky et al. 2016).

Gráfica I. Mejora de la eficiencia para alcanzar los objetivos del sistema de salud



Fuente: Autores, adaptado de Kutzin (2013) y OMS (2000)

## 3. OPORTUNIDADES PARA ENFRENTAR LAS INEFICIENCIAS DEL GASTO ACTUAL EN VIH Y SIDA

### 3.1 Mejorar la coordinación con el sector privado para garantizar el acceso a los servicios necesarios de VIH

#### Fuentes de ineficiencia

Actualmente, el Plan Estratégico Nacional de Salud del GoRD indica que la coordinación insuficiente entre las ONG y actores del sector público de salud, ha dado como resultado la duplicación de servicios de prevención y tratamiento de VIH en algunas comunidades y la escasez de servicios en otras (PEN 2015-2018). En regiones donde los servicios están disponibles, la discriminación y el estigma pueden impedir que las PVV accedan a los servicios o permanezcan en tratamiento. Las barreras para la atención debido a discriminación, se agudizan especialmente para poblaciones clave (HSH, transtérmino y trabajadoras sexuales). Por ejemplo, una encuesta del 2012 encontró que casi el 17 por ciento de HSH y transtérmino reportaron haber experimentado discriminación en los establecimientos de salud en Santo Domingo, mientras que el 21 y el 49 por ciento experimentaron discriminación en establecimientos de salud en la provincia La Altagracia y en Santiago respectivamente (CONAVIHSIDA et al. 2012).

El establecimiento de una relación formal de contratación de servicios con las ONG, podría crear oportunidades para RD de aprovechar la capacidad existente para la respuesta nacional al VIH y reducir barreras de acceso debido al estigma, mejorando así los resultados de salud con el mismo nivel de insumos. La contratación de las ONG podrían ser particularmente beneficiosa en regiones donde el sector público tiene menos presencia y para proporcionar servicios específicos (ej. algunas pruebas de laboratorio, ver más abajo) (Proyecto SHOPS 2012). La reducción de barreras de acceso a través de contratación con las ONG sería muy efectivo con poblaciones claves –las clínicas de atención primaria administradas por las ONG pueden ser más amigables para poblaciones claves. Algunos datos soportan esta afirmación: un estudio que estará disponible próximamente, encontró que 25 por ciento del personal de salud encuestado en el sector público, tenía temor de tocar a un paciente de la población clave, en comparación con el 6 por ciento en las ONG; 25 por ciento de los que trabajan en establecimientos públicos habían escuchado a alguien en el establecimiento dirigirse de manera irrespetuosa a alguien de la población clave, comparado con solo 1 por ciento en las ONG; y 97 por ciento del personal de los establecimientos públicos de salud encuestados respondieron que prefieren no brindar servicios a alguien a quien consideran estuvo involucrado en actividades inmorales, mientras solo 1 por ciento de los que trabajan en las ONG respondió de igual manera (Valdez et al. 2017).

Además de aprovechar la capacidad existente y reducir las barreras de acceso, la literatura internacional señala varias maneras en las que el establecer contratos puede contribuir en particular a mejorar la eficiencia: i) el proceso para definir el propósito de la contratación ayuda a alinear recursos con prioridades; ii) mayor flexibilidad entre los actores no-gubernamentales puede evitar demoras burocráticas; y iii) la autonomía de gestión de los proveedores no-gubernamentales les permite responder adecuadamente a las necesidades locales (Banco Mundial 2008).

De acuerdo a informantes claves, los actores en RD, incluyendo a SNS, SENASA y los administradores de riesgo privados, están muy conscientes de esta oportunidad y han explorado la posibilidad de contratar las ONG para la prestación de servicios de VIH y SIDA. Es más, la Ley General de Salud permite de manera explícita a los actores públicos, establecer contratos formales con las ONG (Ley General de Salud 42-01 Capítulo II, artículo 6)<sup>4</sup>, y el MSP tiene alguna experiencia previa contratando a la ONG PROFAMILIA para el procesamiento de muestras para el recuento de CD4. Desafortunadamente, los actores públicos no cuentan con suficientes mecanismos para iniciar o administrar relaciones de compra con las ONG. Las ONG pueden también requerir construcción de capacidad adicional, desarrollo de productos y mejores estructuras de costos y precios para manejar acuerdos contractuales.

## Oportunidades

**El desarrollo de capacidad suficiente para realizar alianzas formales o contractuales entre la red pública de salud y las ONG para la provisión de servicios de VIH y SIDA**, es factible en RD, aunque requerirá inversiones e interés a largo plazo. La capacidad para iniciar y gestionar alianzas formales con las ONG para la provisión de servicios de VIH, puede ser realizada por el SNS o, directamente a través de los nueve Servicios Regionales de Salud. Los pasos iniciales que los actores gubernamentales pueden tomar para avanzar hacia esa meta incluyen:

1. Crear un punto focal y/o un grupo técnico de trabajo dentro del SNS para encabezar un dialogo con las ONG acerca del establecimiento de relaciones de compra.
2. Comisionar un documento de opciones sobre diseños de compras público-privadas que pudieran tener más sentido para RD y discutir con una amplia gama de partes interesadas.
3. Revisar ejemplos de relaciones de compra similares de América Latina y El Caribe para identificar lecciones aprendidas y mejores prácticas. Por ejemplo, arreglos contractuales en Bolivia y Guatemala han logrado mejoría en la cobertura de servicios, aunque han enfrentado algunos retos en la implementación (Banco Mundial 2008).
4. Desarrollar un plan de acción, que incluya necesidades técnicas y financieras, cronograma y roles y responsabilidades, para avanzar el desarrollo de un diseño para la contratación de servicios de VIH (potencialmente entre otros) específico para el contexto de país, que pueda producir mejoras en cobertura y calidad de los servicios y eficiencia en el gasto.

---

<sup>4</sup> Ley General de Salud 42-01 (2001). Santo Domingo, República Dominicana.

## 3.2 Mejorar la planeación entre necesidades y asignación de recursos humanos para salud

### Fuentes de ineficiencia

El GoRD está comprometido con una serie de reformas a su plataforma de políticas de recursos humanos para salud (RHS). En el 2013, el GoRD especificó cinco compromisos claves de RHS que incluyen, fortalecimiento de leyes, un marco para el monitoreo de políticas y mecanismos de supervisión dentro del gobierno para proveer una mejor conducción de los asuntos de RHS. También incluye la creación de nuevas oportunidades de capacitación y desarrollo de habilidades de la fuerza de trabajo clínica y del personal involucrado en las políticas de RHS, planificación y gestión a todos los niveles del gobierno (Brito-Anderson 2015).

Un componente esencial de estos compromisos es la meta de mejorar la productividad de la fuerza de trabajo, lo que se ha constituido en un reto. Muchos trabajadores de salud, quienes se consideran mal pagados, trabajan menos horas en el sector público en las mañanas, antes de trasladarse a la práctica privada en la tarde. Este fenómeno es particularmente perjudicial para la respuesta al VIH porque limita el acceso de las poblaciones clave, las que podrían no tener acceso a servicios en establecimientos públicos durante la estrecha ventana cuando están abiertos. En cambio, algunos reciben la atención que necesitan de las ONG, las que están abiertas por mayor tiempo a pesar de que los empleados son retribuidos con salarios similares.

Para abordar estos problemas, el Congreso Nacional aprobó la Ley de Carrera Sanitaria en el 2014. Esta ley “sirve como el marco legal, regulador y administrativo, detallando la relación laboral entre el gobierno y los trabajadores de salud y clasificando el rango y estructura salarial y las funciones laborales. Como tal, la Ley provee una base sólida y una mayor autoridad al Ministerio [de Salud Pública] para presionar por cambios de políticas y de asignaciones de recursos necesarios, para facilitar un sistema de gestión más efectivo” (Brito-Anderson 2015). Dando seguimiento a esta ley, el MSP redactó un plan de acción y estableció grupos de trabajo para su implementación. Por separado, ha desarrollado un manual para reclutamiento, selección y contratación de trabajadores de salud en el sistema público de salud (Brito-Anderson 2015).

A pesar de estos importantes logros, informantes claves indicaron que este trabajo a nivel de política, aún tiene que producir un efecto real para los trabajadores de salud que proveen servicios de VIH. Se requieren pasos adicionales para construir sobre la aprobación de la Ley de Carrera Sanitaria.

### Oportunidades

- ▶ **Mantener los establecimientos de salud abiertos por mayor tiempo:** El GoRD podría considerar realizar una evaluación a profundidad, sobre las motivaciones y preferencias de los trabajadores de salud y utilizar esta información para diseñar un paquete de incentivos apropiado, que podría motivar a los trabajadores a laborar un mayor número de horas en los establecimientos públicos y mantener su compromiso durante toda la jornada de trabajo. Esto permitiría a las PVV recibir atención de calidad en la hora que es conveniente para ellas. Una herramienta para evaluar las motivaciones de los trabajadores de salud, es la Encuesta Rápida sobre Retención- Kit de Herramientas desarrollada por el proyecto USAID-CapacityPlus (Jaskiewicz y Deussom 2015).

- ▶ **Considerar el inicio de un programa de incentivos pago-por-desempeño para la prestación de servicios de prevención y tratamiento de calidad:** El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo han dado apoyo al GoRD, para la implementación de un proyecto de pago-por-desempeño entre los Servicios Regionales de Salud del SNS. Este proyecto provee un bono adicional, a los establecimientos que alcancen ciertos indicadores relacionados con la calidad y oportunidad de servicios de atención crónica, en el primer nivel de atención. Aunque el proyecto ha enfrentado retos en el uso efectivo del sistema de gestión clínica, los indicadores de desempeño han mejorado desde su implementación (Banco Mundial 2012). Dado el gran alcance del aprendizaje entre las plataformas de atención del VIH y de enfermedades crónicas (Rabkin y Sadr 2011), los actores de VIH pueden aprender de la experiencia de este Proyecto e implementar un programa similar para proveedores públicos o unidades dentro de los proveedores, quienes brindan servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH.

### 3.3 Mejorar el apego a las guías de tratamiento para VIH

#### Fuentes de ineficiencia

Las nuevas guías para el tratamiento de VIH fueron aprobadas en el 2015 y el 2016. Estas incluyen once regímenes para adultos y dos pediátricos. Sin embargo, un estudio del 2016, encontró que muchos proveedores no prescriben el régimen especificado en las guías y otros no siguen el protocolo correcto para cambiar el tratamiento a regímenes de segunda o tercera línea. Por ejemplo, el 28 por ciento de los proveedores de la muestra no seleccionaron la primera línea como se pide en las guías, 38 por ciento no se adhirió al criterio para avanzar al paciente a un régimen de segunda línea, y solo el 28 por ciento indicó el régimen correcto de tercera línea (Valdez y Barillas 2016). Una revisión de expedientes de pacientes encontró que a cerca de un tercio de los pacientes (31 por ciento), no se les indicaron los medicamentos estipulados en las guías y a 5 por ciento de pacientes nuevos se les dio inmediatamente medicamentos de tercera línea. El estudio estima que DOP\$ 126,000 (US\$ 2,704) por paciente fueron usados ineficientemente debido a la falta de cumplimiento de las guías (Valdez y Barillas 2016).

Este estudio también consideró las razones por las que los proveedores se adhirieron o no a las guías. La mayoría de los proveedores (80 por ciento), asistieron a capacitación sobre TAR en el último año. Este hallazgo indica que existe una brecha en la cobertura de capacitación y también que las capacitaciones en su forma actual, son insuficientes para promover la utilización efectiva de las guías (Valdez y Barillas 2016). En lugar de utilizar las guías nacionales de la Republica Dominicana, el 42 por ciento de los médicos muestreados, consultaron con colegas o se refirieron a guías internacionales. El hallazgo indica ya sea falta de conocimiento o una preferencia por otro tipo de guía. Finalmente, el estudio encontró que más del 50 por ciento reportaron que no habían tenido supervisión en el último año, lo que señala una clara brecha en la supervisión gubernamental de las prácticas de prescripción de los ARV (Valdez y Barillas 2016).

#### Oportunidades

- ▶ **Establecer mecanismos para monitoreo y cumplimiento:** Primero, el GoRD debe iniciar visitas de supervisión de rutina a los SAI para monitorear la adherencia a las guías para ARV. Adicionalmente, el GoRD puede considerar el diseño de un sistema para monitorear el uso de los ARV que incluya una alerta temprana para las prácticas irracionales de prescripción (Valdez y Barillas 2016). Estas prácticas de monitoreo y supervisión pueden ser acompañadas por sanciones para aquellos que no cumplan con las guías. En Brasil, el reembolso a los pacientes por algunos fármacos de alto costo a través del Sistema Nacional de Salud (SUS), ocurre solamente si la prescripción

cumple con las guías nacionales (Costa et al. 2016). De manera similar, la República de Kyrgyz estableció un programa que pagaba por los costos de fármacos para pacientes ambulatorios, solo en casos en que su uso estaba alineado con las guías estándar de tratamiento (Kadyrova et al. 2004 en MSH 2012).

Además de la supervisión, la evidencia indica que un abordaje múltiple tiene más probabilidades de lograr los cambios deseados en la conducta de los proveedores (Costa et al. 2016). Algunas opciones a considerar por el GoRD incluyen las siguientes:

- ▶ **Expandir los programas de capacitación para prescriptores:** Considerar la revisión y expansión de las herramientas educativas actualmente en uso, para promover la prescripción correcta en adherencia con las guías terapéuticas nacionales (Valdez y Barillas 2016). El GoRD puede considerar también iniciar “visitas de extensión educativa” en las que profesionales capacitados realizan visitas uno-a-uno con otros proveedores, para promover la adherencia a las guías. Esta modalidad de diseminación ha sido probada con algún éxito en Brasil para otro tipo de prescripciones en atención ambulatoria (Valdez and Barillas 2016).
- ▶ **Crear materiales de diseminación adicionales:** Los proveedores encuestados en el referido estudio, apoyaron la idea de diseminar “materiales visuales de instrucción” –por ejemplo, folletos y posters– para comunicar con claridad las guías nacionales para el tratamiento con los ARV (Valdez y Barillas 2016).
- ▶ **Considerar una revisión del proceso de desarrollo de guías:** En algunos países los proveedores no se adhieren a las guías nacionales, en parte debido a que no confían en ellas o porque están abrumados de guías. Es más, la evidencia señala que las guías desarrolladas con participación de los proveedores ganan también más aceptación entre ellos (Costa et al. 2016). El GoRD puede considerar aumentar la participación y circuitos de retroalimentación durante la próxima ronda de desarrollo de guías, para estimular ideas nuevas y también explicar y justificar el proceso para el desarrollo de guías, aumentando así la confianza y conciencia entre la audiencia meta.

### 3.4 Mejorar las prácticas de gestión de suministros farmacéuticos para el almacenamiento y compra de medicamentos

#### Fuentes de ineficiencia

Desde el 2014, CONAVIHSIDA ha contratado a una compañía privada para el almacenamiento de productos para VIH incluyendo los ARV y suministros diagnósticos para VIH. Este sistema es independiente del utilizado para almacenar todos los otros medicamentos y productos para el sistema de salud público, bajo el cual PROMESE/CAL, una entidad descentralizada creada por decreto presidencial, actúa como el operador logístico para el sector público de salud. El espacio disponible en PROMESE/CAL está subutilizado, mientras que el almacenamiento privado para los productos de VIH tiene un costo adicional de US\$25,000 mensuales (SNS et al. 2016). De esta forma, la fragmentación entre la respuesta al VIH y el resto del sistema de salud, ha creado una duplicación ineficiente de funciones y un exceso de gastos.

Al mismo tiempo, el SNS pronostica que el número y el costo esperado del tratamiento para PVV en los ARV de tercera línea, aumentará en los próximos años. Entre el 2015 y el 2016, el número de PVV en los ARV de tercera línea ya se elevó de 15 a 91 individuos. Este aumento destaca la importancia de identificar formas de obtener los ARV a precios más bajos y promover prácticas de prescripción eficientes. (Ver Sección 3.3).

## Oportunidades

- ▶ **Integración de la compra de productos de VIH dentro del sistema público de salud:** El GoRD debería considerar transferir a PROMESE/CAL la gestión de productos para VIH. La concentración de las funciones de compra, almacenamiento y distribución en PROMESE/CAL y los Servicios Regionales de Salud (SRS), reducirá el desperdicio y contribuirá a ahorro de costos para el GoRD. Además del proceso de compra, el MSP y el SNS deberían considerar una integración más amplia de los servicios de VIH dentro del sistema público de salud. Esta integración facilitará la integración de la gestión de compra y también abrirá oportunidades para capturar ahorros adicionales de costos.
- ▶ **Introducir combinaciones costo-efectivas de medicamentos ARV en las guías y un nuevo mecanismo internacional de compra:** El GoRD puede identificar medicamentos alternativos para el tratamiento de tercera línea a través de un análisis de costo-efectividad. RD podría también, explorar nuevos mecanismos de compra para medicamentos de tercera línea, tales como la compra conjunta de medicamentos a través del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). La compra conjunta de los ARV con otros países, permitiría a la República Dominicana obtener medicamentos a precios más bajos debido al aumento de volumen y el poder de negociación de un comprador regional.
- ▶ **Mayor inversión para prevención:** La implementación de nuevos modelos de prevención y atención del VIH puede aumentar las pruebas y la adherencia al tratamiento en poblaciones claves, limitando así nuevos casos y la necesidad de medicamentos de segunda y tercera línea y reduciendo los niveles de recursos necesarios para el TAR.

## 3.5 Aumentar la capacidad para efectuar pruebas del VIH

### Fuentes de ineficiencias

Existen oportunidades significativas para reducir la ineficiencia en el proceso de la **prueba diagnóstica de VIH**. La tecnología para la prueba rápida y el diagnóstico de PVV, ha ofrecido a los países de ingresos medios y bajos, una intervención de bajo costo que ha aumentado dramáticamente la efectividad y penetración del alcance del programa de VIH (Reid et al. 2013). Sin embargo, en RD el uso de la tecnología de prueba rápida se ha mantenido bajo. En el 2015, el sistema de información estratégica del SNS y el Sistema Unificado de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI), reportaron que de 750,000 pruebas rápidas para VIH que fueron programadas y adquiridas, solo 502,000 (67 por ciento) fueron actualmente consumidas por la red pública de salud (SNS 2015).

La penetración insuficiente de la prueba rápida en RD, representa una barrera para identificar casos nuevos y vincular los pacientes a tratamiento. Una causa de este problema, es la inversión insuficiente del gobierno para llegar a las poblaciones clave con la prueba rápida. De hecho, actualmente solo proyectos internacionales están realizando actividades de alcance y pruebas de diagnóstico dirigidas en la población clave. Sin embargo, en entrevistas con actores nacionales, estos expresaron que las campañas son típicamente de corto plazo, mientras que la identificación y alcance de las poblaciones clave requiere servicios de diagnóstico permanentes.

Una dotación insuficiente de trabajadores de salud autorizados para administrar la prueba rápida, es otra razón para su baja utilización. Actualmente, la regulación del GoRD estipula que los especialistas de laboratorio, quienes no están ubicados en centros de atención primaria, son los únicos autorizados a sacar sangre para la prueba de VIH. De hecho, estudios de Zimbabue y Botsuana indican que la prueba rápida puede ser tan efectiva y segura cuando es administrada por enfermeras entrenadas y consejeros no profesionales. En consecuencia, esos países revisaron sus regulaciones (Alemnji et al. 2011). En general, el sistema de salud dominicano es demasiado dependiente de médicos y otros proveedores de atención de salud especializada, para completar tareas que pudieran ser realizadas por enfermeras y auxiliares de enfermería. En el 2013, RD tenía 5.3 médicos por cada enfermera y 1.2 médicos por cada enfermera y auxiliar de enfermería (OPS y MSP 2014). Mientras tanto, el país tiene como meta tener cuatro enfermeras por cada médico (Evangelista 2013).

Estas ineficiencias resultan en una penetración insuficiente de la prueba rápida. Estas también crean demoras en la referencia de personas VIH positivas a programas de consejería y tratamiento. Las demoras en la referencia, aumentan las posibilidades de que una persona VIH positiva, se pierda para el seguimiento antes de ser vinculada a tratamiento y aumenten las posibilidades de que la persona VIH positiva infecte a alguien más antes de recibir tratamiento (Reid et al. 2013). Ambas situaciones reducen el valor de la inversión en prueba rápida y aumentan los costos de responder a la epidemia, debido al incremento de los costos de tratamiento.

Igualmente existen ineficiencias en los procesos para las **pruebas de seguimiento clínico del VIH**—específicamente las pruebas de CD4 y carga viral (CV). Actualmente, el Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSPDD) procesa el 71 por ciento de todas las pruebas de CD4 y el 100 por ciento de las pruebas de CV (George et al. 2015). Esta concentración coloca una carga pesada sobre los equipos y los trabajadores de salud en ese laboratorio. Probablemente esto reduzca también la puntualidad de los resultados, la que para la prueba de CD4 es menor para el LNSPDD que para las ONG que procesan el 29 por ciento restante de las pruebas (promedio 20 vs 11 días) (George et al. 2015). Además de los retrasos en analizar las muestras, la programación de transporte de muestras entre los centros de salud y el LNSPDD no delinean claramente los roles y responsabilidades de los participantes de la cadena de suministro. Un sistema más fuerte de monitoreo de la cadena de suministro mejoraría la adherencia a la programación. Adicionalmente, el pobre cumplimiento de los estándares de seguridad, impactan negativamente la puntualidad y calidad de las pruebas de laboratorio del SNS (George et al. 2015).

Los problemas con las pruebas de seguimiento clínico discutidos en esta sección pueden ocasionar pérdidas. Los resultados de las pruebas de CD4 y CV son esenciales para establecer el TAR correcto para los pacientes. Las demoras podrían resultar en desviaciones de las guías nacionales, lo que probablemente conduciría a costos más altos de los medicamentos para el TAR. La adherencia insuficiente a protocolos de seguridad puede resultar en errores médicos que ocasionan gastos adicionales.

## Oportunidades

- ▶ **Revisar las regulaciones para permitir a los proveedores del primer nivel de atención administrar las pruebas rápidas:** Suficiente evidencia disponible globalmente indica que las pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH no tienen que ser realizadas por especialistas de laboratorio, sino que pueden ser administradas por otro tipo de trabajadores de salud en el nivel de atención primaria. El GoRD debería seguir esta mejor práctica para obtener el mayor beneficio de la tecnología de prueba rápida, mejorando así las tasas de identificación de individuos VIH positivos y reduciendo las pérdidas de seguimiento. Este paso requerirá también el establecimiento de programas de capacitación y supervisión para garantizar la calidad de la administración de la prueba (OMS 2012).
- ▶ **Descentralizar la capacidad para procesar muestras de pruebas de CD4 y CV:** Como recomiendan George et al (2015), el establecimiento de centros de análisis de muestras bajo los nueve centros regionales que actualmente manejan las pruebas, puede reducir el tiempo de entrega de resultados y la carga sobre el LNSPDD.
- ▶ **Integrar el diagnóstico de VIH y pruebas clínicas con otros programas de salud pública:** George et al. (2015) recomienda integrar los sistemas de referencias de pruebas de VIH y tuberculosis. Alemnji et al. 2011 señala que, en algunos países, los programas de salud han integrado la prueba rápida para VIH con la prueba de embarazo, sífilis y malaria, lo que hace la intervención costo-efectiva aún más costo-efectiva. El GoRD podría considerar si este abordaje contribuiría a alcanzar metas mutuas a través de áreas de salud. Dada la gran carga de las ENT en RD, una mayor integración de la prueba de VIH dentro del sistema de salud podría crear mayores ganancias en eficiencia, al integrar la prueba de VIH con otros servicios de pruebas a través de sistema de salud, incluyendo aquellas para la atención de las ENT.
- ▶ **Mejorar la claridad y el monitoreo de los procedimientos para las pruebas de muestras y el retorno de resultados:** Después de la descentralización, este paso puede reducir el tiempo de retorno entre la administración de la prueba y el reporte de resultados, lo que puede reducir pérdidas de seguimiento y mejorar la adherencia a tratamientos costo-efectivos incluidos en las guías nacionales. Estas acciones pueden también reducir costos médicos innecesarios que son el resultado de pobre adherencia a las guías de seguridad.

## 4. CONCLUSIONES

El GoRD ha demostrado un claro compromiso de financiar la respuesta nacional al VIH. El aumento de costos, el financiamiento decreciente de los donantes, y el imperativo de aumentar la cobertura de TAR requieren de asegurar la sostenibilidad de los programas de VIH de largo plazo. Si los recursos domésticos asignados para la atención y tratamiento del VIH no mantienen el ritmo de las necesidades de recursos, la lucha contra el VIH se puede perder y RD puede mostrar incremento en las tasas de infección en jóvenes. En combinación con los esfuerzos para obtener nuevas fuentes de financiamiento doméstico para cubrir costos, el GoRD debe reducir al máximo cualquier posibilidad de desperdicio en su gasto programático de VIH y buscar estrategias para mejorar la eficiencia. Este informe destaca algunas ineficiencias claves en el gasto en VIH del GoRD y sugiere ideas de estrategias para promover una programación eficiente y efectiva.



## REFERENCIAS

- Alemnji, George, John N. Nkengasong, y Bharat S. Parekh. "HIV testing in developing countries: what is required?" *Indian Journal of Medical Research* 2011 Dec; 134(6): 779–786.  
<https://dx.doi.org/10.4103%2F0971-5916.92625>.
- Banco Mundial. 2012. Reforma del Sector Salud APL segunda fase Republica Dominicana. Estatus de la implementación y Resultados. Reporte No: ISR7983.
- Banco Mundial. 2016. Indicadores Mundiales de Desarrollo. Recuperado de:  
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>. Acceso febrero 6, 2017.
- Brito-Anderson, Sonia, Mayra Minaya, Wanda Jaskiewicz, Allison A. Foster, Alex Collins, y Laura Ramirez. 2015. Tracking human resources for health commitments: progress in the Dominican Republic. *IntraHealth International*. <https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/resource-other-attachments/hrhcommitmentsdrcasestudy.pdf>.
- Chisholm, D. y D. Evans. 2010. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. In *World Health Report (2010) Background Paper*.  
<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28UCefficiency.pdf>.
- CONAVIHSIDA, DIGECITS, ONUSIDA, Fondo Mundial, CDC, CESDEM. Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en poblaciones clave 2012. pág: 54-64. Santo Domingo, República Dominicana.
- Costa, Juliana de Oliveira, Celline C. Almeida-Brasil, Brian Godman, Michael Fischer, Jonathan Dartnell, Aine Heaney, et al. 2016. Implementation of clinical guidelines in Brazil: should academic detailing be used? *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. 7:105-115.
- ENDESA (Encuesta Demográfica de Salud). (2013). República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud. Recuperado de: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>.
- Euromonitor. 2013. Passport: Dominican Republic in 2030: the future demographic.  
<http://www.euromonitor.com/medialibrary/PDF/Future-Demographic-Dominican-Republic.pdf>.
- Evangelista, Maribel. 2013. "Resultados II Medición de las Metas Regionales de los RHUS: República Dominicana." presented at the Resultados II Medición de las Metas Regionales de los RHUS, San Jose, Costa Rica, May 30.  
[http://www.observatoriorh.org/centro/sites/observatoriorh.org.centro/files/webfiles/2013/iv\\_encuentro/metas\\_dom.pdf](http://www.observatoriorh.org/centro/sites/observatoriorh.org.centro/files/webfiles/2013/iv_encuentro/metas_dom.pdf).
- George, A., C. Valdez, E. Moquete, y E. Barillas. 2015. Baseline Assessment of Sample Referral Networks in Vertically Managed Disease Control Programs for HIV and TB in the Dominican Republic. Submitted to the US Agency for International Development by the Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health
- Heredia-Ortiz, E. 2013. Data for efficiency: a tool for assessing health systems' resource use efficiency. Bethesda, MD: Health Finance and Governance project.
- International Health Metrics and Evaluation (IHME). 2016. Data visualization country comparison – Dominican Republic – Disability adjusted life years. <http://www.healthdata.org/>

- Jaskiewicz, Wanda y Rachel Deussom. 2015. Supporting Country-Led Efforts to Recruit and Retain Health Workers and Improve Productivity. Washington, DC: CapacityPlus Project, IntraHealth International. [https://www.capacityplus.org/files/resources/Legacy%20Brief%204\\_09-25.pdf](https://www.capacityplus.org/files/resources/Legacy%20Brief%204_09-25.pdf)
- Kadyrova, N., B. Waning, y C. Cashin. "Kyrgyzstan Outpatient Drug (OPD) Benefit Program: Use of Automated Claims Data to Evaluate the Impact of the OPD Benefit Program on Rational Drug Prescribing by Physicians and Generic Drug Use by Patients." Paper presented at ICIUM 2004 Conference, March 30,-April 2, Chiang Mai, Thailand.
- Kutzin, Joseph. 2013. "Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy." *Bulletin of the World Health Organization* 91:602-611. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Kutzin, Joseph, Winnie Yip, y Cheryl Cashin. 2016. "Alternative financing strategies for universal health coverage." *World Scientific Series in global health economics and public policy* volume 1: the economics of health and health systems: 43.
- Management Sciences for Health. 2012. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- OMS (Organización Mundial de Salud). 2000. Reporte Mundial de Salud 2000 – sistemas de salud: mejorando el desempeño. Ginebra: OMS.
- OMS (Organización Mundial de Salud). 2012. Abordajes para provisión de servicios de prueba y consejería de HIV: un marco estratégico del programa de PCH. OMS: Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA. 2014. 90-90-90 – una meta ambiciosa de tratamiento para contribuir a acabar con la epidemia de SIDA. Publicado 8 Oct 2014. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.
- OPS (Organización Panamericana de Salud) y MSP (Ministerio de Salud Pública). 2014. Indicadores básicos de salud: Republica Dominicana. [http://www.l.paho.org/dor/images/stories/archivos/indicadores2\\_2014.pdf](http://www.l.paho.org/dor/images/stories/archivos/indicadores2_2014.pdf).
- Panel de Antiretroviral Guías para adultos y adolescentes. 2016. "Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents." accessed April 28. <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- Proyecto SHOPS. 2012. Private Sector Engagement in HIV/AIDS and Health in the Eastern Caribbean: Findings from Country Assessments. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.
- Rabkin, Miriam y Waffa M. El-Sadr. 2011. Why reinvent the wheel? Leveraging the lessons of HIV scale-up to confront non-communicable diseases. *Global Public Health* 6(3): 247-256.
- Reid, Steven D., Sarah J. Fidler, y Graham S Cooke. "Tracking the progress of HIV: the impact of point-of-care tests on antiretroviral therapy. *Clinical Epidemiology* 2013: 5. 387-396. <http://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S37069>.
- SNS (Servicio Nacional de Salud), DIGECITSS, CONAVIHSIDA y SIAPS/USAID. 2016. Ejercicio de priorización de la programación de medicamentos e insumos de VIH para la compra en el 2017. República Dominicana.
- SNS (Servicio Nacional de Salud); Departamento de Medicamentos. 2015. Reporte y análisis de compras y procesamiento de pruebas rápidas de VIH del SUGEMI. Santo Domingo, República Dominicana.

- Valdez, Claudia y Edgar Barillas. Baseline Study Report: Prescription Practices for Antiretroviral Therapy in Comprehensive Care Services of the Dominican Republic. SIAPS, USAID, SNS, DIGECITSS: Santo Domingo. <http://siapsprogram.org/publication/baseline-study-report-prescription-practices-for-antiretroviral-therapy-in-comprehensive-care-services-of-the-dominican-republic/>.
- Valdez, Claudia y Edgar Barillas. 2015. Financiamiento de la compra de medicamentos e insumos para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA en República Dominicana. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Programa Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Valdez, C, E. Barillas, I. Cepeda, y L. Ledesma. 2017. Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana. Presentado al proyecto del Fondo Mundial del Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) en Santo Domingo, República Dominicana.
- Valladares Cardona, Ricardo y Claudia Valdez. 2016. Gasto Privado de Bolsillo en la Respuesta al VIH en República Dominicana: Avances y Desafíos hacia la Cobertura Universal de Salud. ONUSIDA: Borrador no publicado.



**BOLD THINKERS DRIVING  
REAL-WORLD IMPACT**