



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



ALTERNATIVAS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA AL VIH Y SIDA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Febrero 2018

Este documento fue preparado por Jonathan Cali, Claudia Valdez, 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 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 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

Febrero 2018

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

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

Cita Recomendada: Cali, Jonathan; Claudia Valdez, y Nassim Díaz. Febrero 2018. *Alternativas para la sostenibilidad de la respuesta al VIH y SIDA en la República Dominicana*. Rockville, MD: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates.



Abt Associates Inc. | 6130 Executive Blvd | Rockville, Maryland 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)



ALTERNATIVAS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA AL 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.

Lista de acrónimos	iii
1. Introducción.....	1
2. Proceso para el desarrollo de las propuestas.....	3
3. Resumen de las propuestas para respaldar la respuesta al VIH....	5
4. Propuestas para respaldar la respuesta al VIH.....	9
4.1 Mejorar la eficiencia de la respuesta al VIH.....	9
4.1.1 Actualizar y monitorear la adherencia a las guías clínicas y protocolos para ARVs	9
4.1.2 Hacer cumplir la Ley de Carrera Sanitaria, incluso la implementación de un régimen de evaluación del desempeño de los recursos humanos en salud.....	10
4.1.3 Descentralizar el procesamiento de las pruebas de CD4 y carga viral	11
4.1.4 Transferir la responsabilidad de almacenar y distribuir ARVs y productos para VIH a PROMESE/CAL y el Servicio Regional de Salud	11
4.1.5 Mejorar la coordinación entre los actores que contribuyen a la Respuesta al VIH y SIDA para clarificar roles y responsabilidades	12
4.2 Aumentar el financiamiento de la Respuesta al VIH.....	13
4.2.1 Desarrollar un programa de VIH con financiamiento dedicado en el presupuesto nacional	14
4.2.2 Establecer un impuesto o un programa de responsabilidad social dedicado al sistema de salud.....	14
4.2.3 Hacer cumplir la ley que ordena a todas las instituciones gubernamentales dedicar una porción de su presupuesto para prevención de VIH.....	16
4.3 Integrar la Respuesta al VIH con el Sistema de Salud	16
4.3.1 Integrar servicios de VIH en la atención primaria de salud	16
4.3.2 Incluir la cobertura de ARVs en el esquema del Seguro Familiar de Salud.....	17
4.3.3 Integrar las organizaciones no gubernamentales al sistema de salud como proveedores de servicios a través de contratos públicos utilizando mecanismos públicos y privados	18
4.3.4 Transferir a PROMESE/CAL las responsabilidades de compra de ARVs.....	19
4.4 Prevenir nuevos casos de VIH.....	20
4.4.1 Adoptar la prevención combinada como estrategia principal para la prevención del VIH	20
4.4.2 Expandir la estrategia “Tratamiento para Todos” a nivel nacional	21



4.4.3 Ampliar los esfuerzos para pruebas, prevención y divulgación a nivel de la comunidad a través de organizaciones no gubernamentales y establecimientos públicos	22
5. Conclusión.....	25
Anexo A: Referencias.....	27

Lista de Tablas

Tabla 1. Resumen de las propuestas	5
Tabla 2. Comparación de costos de almacenamiento y distribución.....	12

Lista de Gráficas

Gráfica 1: Opciones para generar ingresos adicionales para el sector salud.....	15
Gráfica 2. Implementación de la recomendación <i>Tratar a Todos</i> entre adultos y adolescentes viviendo con el VIH a noviembre del 2017.....	21
Gráfica 3. Número de nuevas infecciones para escenarios de la estrategia de tratamiento de VIH.....	22

LISTA DE ACRÓNIMOS

ARS	Administrador de riesgo de salud
ARV	Antirretroviral
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional para el VIH y el SIDA
CV	Cargo viral
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
DIGECITSS	Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida
DIGEPRES	Dirección General de Presupuesto
GdRD	Gobierno de la República Dominicana
HFG	Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud
LNSPDD	Laboratorio Nacional de Salud Pública "Dr. Defilló"
MAP	Ministerio de Administración Pública
MH	Ministerio de Hacienda
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA
PEN	Plan Estratégico Nacional para el VIH
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA
PVV	Personas viviendo con VIH
PrEP	Profilaxis preexposición
SAI	Servicios de atención integral
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SFS	Seguro Familiar de Salud
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SNS	Segura nacional de salud
SRS	Servicios Nacional de Salud
TB	Tuberculosis

UNAP

Unidad de atención primaria

USAID

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

VIH

Virus de inmunodeficiencia humana

I. INTRODUCCIÓN

Tras los esfuerzos concertados del gobierno de la República Dominicana (GdRD), la sociedad civil y otros socios, la República Dominicana ha demostrado avances notables en la estabilización de la epidemia de VIH. Entre el 2014 y el 2016, el número de nuevas infecciones disminuyó de 2,700 a 2,500 (ONUSIDA 2017). Del 2015 al 2016, el porcentaje de personas viviendo con el VIH (PVV) que conocían su estatus aumentó de 62 a 69. Sin embargo, el país no ha alcanzado un aumento correspondiente en cobertura de tratamiento. El porcentaje de PVV diagnosticado en tratamiento disminuyó de 75 a 66 (ONUSIDA 2017).

El gobierno de la República Dominicana se ha trazado el compromiso de alcanzar las Metas 90-90-90 de ONUSIDA en el 2020 (ver cuadro 1). Con este fin, más de 20,000 PVV tendrán que ser identificadas, y recibir tratamiento, y seguimiento. El GdRD ya está financiando el 100% de las necesidades de medicamentos antirretrovirales (ARVs) y gastó un total estimado de RD\$ 527 millones (US\$11.4 millones) en ARVs y otros insumos relacionados con el VIH (Valdez, Cali, Diaz, & Ávila, 2017). La rápida expansión de las actividades y los aumentos de los costos asociados, requerirán re examinar la estructura del programa de VIH, una mayor eficiencia de las cadenas de suministro relacionadas con el VIH y la prestación de servicios de VIH, además de la identificación de nuevas fuentes de financiamiento para la respuesta al VIH. Por otra parte, la ampliación de la respuesta al VIH deberá ser sostenida en el futuro hasta que la epidemia esté bajo control.

Meta 90-90-90 de ONUSIDA

“Para el 2020, el 90% de todas las personas que viven con el VIH conocerán su estatus de VIH. Para el 2020, el 90% de todas las personas con diagnóstico de infección por VIH recibirán terapia antiretroviral continuada. Para el 2020, el 90% de todas las personas que reciben terapia antiretroviral tendrán supresión viral”.

ONUSIDA 2014



Una amplia coalición de instituciones gubernamentales de la República Dominicana, sociedad civil y organizaciones internacionales bajo los auspicios de la Mesa de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional frente al VIH (Mesa de Sostenibilidad)¹, ha estado trabajando para trazar una ruta que garantice la sostenibilidad de la respuesta al VIH. El grupo, dirigido por el Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA), el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) financiado por USAID, se reunió para revisar evidencia y alcanzar consenso sobre propuestas para: 1) mejorar la eficiencia de la respuesta al VIH, 2) aumentar el financiamiento de la respuesta, 3) integrar la respuesta al VIH con el resto del sistema de salud, y 4) prevenir nuevos casos de VIH. Este informe detalla las alternativas de estrategia exploradas por el grupo y sugiere los próximos pasos en el caso de que las autoridades pertinentes decidan implementarlas.

Las propuestas presentadas aquí son recomendaciones acordadas por la Mesa de Sostenibilidad, y en su mayoría no han sido consideradas o adoptadas como política oficial por las autoridades relevantes. Además, éstas no representan todas las posibles intervenciones para aumentar la sostenibilidad de la respuesta nacional. Otras propuestas fueron discutidas por el grupo, pero no con el nivel de detalle requerido para incluirlas en este documento, mientras que otras pueden haber sido discutidas o diseminadas a través de otros foros.

El propósito de este informe es sintetizar las observaciones y sugerencias formuladas por la Mesa de Sostenibilidad, para ser consideradas por el GdRD y otros actores relevantes. El GdRD podrá beneficiarse del uso de este informe para el desarrollo de su estrategia de sostenibilidad del VIH. Además le servirá para la revisión del Plan Estratégico Nacional para el VIH (PEN) y la elaboración de otros documentos de planificación y políticas. En la siguiente sección se explica el proceso utilizado para el desarrollo de las propuestas. Las secciones posteriores, resumen las 15 propuestas abordadas en este informe para sustentar la respuesta al VIH y luego profundizar sobre cada propuesta.

¹ La Mesa de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional frente al VIH es un grupo informal de actores relevantes convocados por el Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud financiado por USAID, y ONUSIDA en febrero de 2017. El grupo está conformado por entidades del gobierno dominicano (incluyendo CONAVIHSIDA, MSP, SNS, MH, SISALRIL, Laboratorio Nacional Dr. Defillo, SENASA, CNSS, PROMESE/CAL, DIDA), organizaciones no gubernamentales (incluyendo INSALUD, Coalición ONGSIDA, ASOLSIDA, ASA, REDOVIH, Fundación Plenitud, IDCP, COIN) y organizaciones internacionales y donantes bilaterales (UNICEF, UNFPA, UNAIDS, PAHO, USAID, CDC, PEPFAR, APC Project, SIAPS Project). La Mesa de Sostenibilidad participó en tres talleres en el año 2017 para revisar y discutir evidencias relevantes vinculadas a la sostenibilidad de la respuesta a VIH y SIDA. En agosto de 2017, CONAVIHSIDA asumió la responsabilidad de convocar a la Mesa de Sostenibilidad para decidir sobre alternativas para sostener la respuesta al VIH las cuales están incluidas en este informe.

2. PROCESO PARA EL DESARROLLO DE LAS PROPUESTAS

Las propuestas para respaldar la respuesta al VIH abordadas en este informe son el resultado de un proceso participativo que incluyó revisiones de literatura existente y evidencia de ineficiencias en la respuesta al VIH de la República Dominicana, estudios comisionados por miembros de la Mesa de Sostenibilidad, talleres con actores para validar los resultados de los estudios y sesiones de lluvia de ideas para asegurar la sostenibilidad de la respuesta al VIH. A lo largo del 2017, el Proyecto HFG financiado por USAID contribuyó a este proceso con varios estudios. HFG llevó a cabo una revisión de las oportunidades para mejorar la eficiencia de la respuesta al VIH en la República Dominicana, basada en estudios previos realizados en el país y en la experiencia del proyecto de apoyo a otros países alrededor del mundo para mejorar la eficiencia de los esfuerzos para enfrentar el VIH y el SIDA (Nakhimovsky et al., 2017). HFG también realizó un análisis de la brecha financiera que comparó las estimaciones del costo de implementar el PEN con el gasto real de la respuesta para determinar el déficit de financiamiento (Valdez, Cali, & Ávila, 2017). Para abordar este déficit, otro estudio de HFG identificó y estimó los ingresos de varias fuentes de financiamiento nuevas para el sector salud y el VIH (De Peña Peralta, 2017). Finalmente, HFG colaboró con CONAVIHSIDA, el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA) y UNICEF para actualizar y completar un análisis de caso de inversión que comparó los beneficios financieros y epidemiológicos de la Estrategia Acelerada para acabar con la epidemia del SIDA con otras propuestas (Adesina & Ávila, 2017). Los talleres de actores de VIH contaron con la asistencia de un amplio grupo de participantes que incluyó a representantes del gobierno de la República Dominicana (GdRD), organizaciones internacionales, socios de desarrollo y de la sociedad civil. También se incluyeron a aquellos que estaban fuera del sector salud, tales como el Ministerio de Hacienda (MH) y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Tras varios meses de revisión de las evidencias y participación en discusiones, los actores presentaron las recomendaciones aquí descritas durante un taller en agosto de 2017.

3. RESUMEN DE LAS PROPUESTAS PARA RESPALDAR LA RESPUESTA AL VIH

Tabla I. Resumen de las propuestas

Estrategia	Responsable	Pasos Siguietes
I. Mejorar la eficiencia		
1.1 Mejorar la adherencia a las normas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> DIGECITSS SNS Mesa de Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar visitas de supervisión Ampliar el entrenamiento de proveedores Establecer un mecanismo regular para sustituir por ARVs de menor costo
1.2 Hacer cumplir la “Ley de Carrera Sanitaria”	<ul style="list-style-type: none"> MSP MAP SRS 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar estructuras de evaluación de desempeño del personal y guías para sanciones Desarrollar herramientas, guías y entrenamiento para la supervisión de los SAI
1.3 Descentralizar el proceso para las pruebas de CD4 y carga viral (CV)	<ul style="list-style-type: none"> SNS SRS 	<ul style="list-style-type: none"> Implementar la estrategia de descentralización de CD4 y CV Desarrollar un sistema integrado de transporte de muestras y resultados
1.4 Transferir el almacenaje y distribución de ARVs a PROMESE/CAL y SRS	<ul style="list-style-type: none"> MSP MH PROMESE/CAL 	<ul style="list-style-type: none"> PROMESE/CAL solicita presupuesto para la gestión de ARVs El MSP emite una comunicación para transferir la gestión de ARVs a PROMESE/CAL
1.5 Mejorar la coordinación de los actores de la respuesta al VIH	<ul style="list-style-type: none"> CONAVIHSIDA MSP 	<ul style="list-style-type: none"> CONAVIHSIDA estudia e identifica la superposición de roles e inversiones El MSP emite directivas para clarificar roles donde sea necesario
2. Aumentar el financiamiento de la respuesta al VIH		
2.1 Desarrollar un programa de VIH/SIDA con financiamiento dedicado dentro del presupuesto nacional	<ul style="list-style-type: none"> CONAVIHSIDA MSP SNS DIGEPRES 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructurar el presupuesto de VIH/SIDA para alinearlo con el mandato legal e incluir resultados
2.2 Establecer impuestos o responsabilidad social corporativa para aumentar las recaudaciones para el sector salud	<ul style="list-style-type: none"> Congreso dominicano MH MSP CONAVIHSIDA 	<ul style="list-style-type: none"> MSP y CONAVIHSIDA presentan opciones para nuevas recaudaciones al MH y el Congreso; abogan por mayor financiamiento para el sector salud

Estrategia	Responsable	Pasos Siguintes
2.3 Aplicar la ley para que instituciones públicas dediquen presupuesto para prevención de VIH	<ul style="list-style-type: none"> • CONAVIHSIDA • MSP • SNS • ONG 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar programas de prevención de VIH dirigidos a poblaciones específicas (estudiantes, militares, migrantes, trabajadores agrícolas, industria turística) • Presentar ideas de financiamiento a ministerios relevantes para cumplir con los requerimientos de la Ley de SIDA
3. Integrar la respuesta al VIH con el sistema de salud		
3.1 Integrar los servicios de VIH a la atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> • MSP • SNS • CONAVIHSIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo estudios de factibilidad y planificación de la integración • Actualizar normas, regulaciones y protocolos • Seleccionar centros pilotos de atención primaria • Modificar los sistemas de información y referencia y la estructura de la cadena de suministros • Entrenar personal de atención primaria y las normas de VIH • Explorar formas para reducir el estigma • Pilotos de integración en establecimientos seleccionados • Monitorear los pilotos y documentar las lecciones aprendidas • Expandir a establecimientos adicionales
3.2 Incluir la cobertura de ARVs en el esquema del Seguro Familiar de Salud (SFS)	<ul style="list-style-type: none"> • CONAVIHSIDA • SISALRIL • MSP 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar un plan para mantener la adquisición centralizada de ARVs al tiempo que los ARVs se financian y se entregan a través del SFS • Identificar y abordar barreras legales y regulatorias • Desarrollar sistemas de información que admitan la integración de los ARVs en el SFS • Aprobar la cobertura de ARVs en el paquete básico de servicios • Modificar el per cápita del SFS de ser necesario • Identificar y acreditar proveedores adicionales de ARV, de ser necesario
3.3 Integrar a las ONG en el sistema como proveedores de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • CONAVIHSIDA • ONG • SNS • MSP • SENASA 	<p>Contratación directa por el SNS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar capacitación sobre contratación a personal del SNS y las ONG • Acelerar el registro de las ONG que permita recibir contratos gubernamentales • Definir actividades contractuales y medición de desempeño <p>Contratación del SFS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseminar información a las ONG sobre los servicios cubiertos por el SFS y los procedimientos de facturación • Proporcionar asistencia técnica en la acreditación de las ONG para recibir fondos del SFS • Brindar recursos y asistencia técnica para desarrollar los sistemas de facturación de las ONG

Estrategia	Responsable	Pasos Sigüientes
3.4 Transferir las responsabilidades de la compra de ARV a PROMESE/CAL	<ul style="list-style-type: none"> • MSP • PROMESE/CAL • CONAVIHSIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear la unidad de compras internacionales en PROMESE/CAL • Capacitar el personal y asignar presupuesto a PROMESE/CAL para llevar a cabo las nuevas funciones • El MSP emite una directiva para transferir la responsabilidad de la compra de ARVs de CONAVIHSIDA a PROMESE/CAL
4. Prevenir nuevos casos de VIH		
4.1 Adoptar la estrategia de prevención combinada	<ul style="list-style-type: none"> • CONAVIHSIDA • MSP • SNS 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación sistémica de la transmisión de VIH • Implementar la estrategia nacional de condones en su totalidad • Adaptar regulaciones e implementar actividades de promoción de PrEP (profilaxis preexposición) • Llevar a cabo actividades de promoción de la circuncisión masculina voluntaria
4.2 Expandir la estrategia “Tratamiento para Todos” a nivel nacional	<ul style="list-style-type: none"> • MSP • SNS 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear y documentar las lecciones aprendidas de los pilotos de Tratamiento para Todos • Desarrollar el plan de expansión de tratamiento para todos, incluyendo estimación de costos, acciones para su implementación, responsabilidades, cronograma • Actualizar el protocolo nacional de tratamiento • Difundir el plan de implementación entre los actores
4.3 Ampliar los esfuerzos para la prueba, prevención y divulgación a nivel de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • MSP • SNS • ONG 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a las UNAP la capacitación y los recursos necesarios para incrementar las pruebas de VIH • Establecer incentivos para las UNAP para la identificación y aplicación de la prueba a poblaciones en riesgo de VIH • Proporcionar asistencia técnica a las ONG en el cumplimiento de las normas del MSP • Contratar u otorgar donaciones a las ONG para expandir actividades de divulgación y prueba

4. PROPUESTAS PARA RESPALDAR LA RESPUESTA AL VIH

4.1 Mejorar la eficiencia de la respuesta al VIH

La Mesa de Sostenibilidad y otros actores han reconocido que el programa de VIH no puede esperar aumentos significativos del financiamiento, sin realizar un esfuerzo concertado para mejorar la eficiencia de los gastos actuales. En marzo del 2017, el grupo técnico de trabajo comisionó un estudio para identificar las fuentes de ineficiencia en la respuesta al VIH y las opciones para abordar las mismas (Nakhimovsky et al., 2017). A partir de estudios previos realizados en la República Dominicana y de experiencias internacionales, el estudio destacó las fuentes potenciales de ineficiencia por la duplicación de esfuerzos entre proveedores públicos y privados sin fines de lucro, la asignación y gestión inadecuada de los recursos humanos de salud, la pobre adherencia a las guías de tratamiento, las prácticas ineficientes de la cadena de suministro y el procesamiento inadecuado de las pruebas diagnósticas. Para cada área identificada, el informe ofreció varias opciones para mejorar la eficiencia. A través de discusiones en talleres realizados en marzo y agosto del 2017, la Mesa de Sostenibilidad y otros actores acordaron una serie de intervenciones que el país deberá de poner en práctica para mejorar la eficiencia de la respuesta al VIH.

4.1.1 Actualizar y monitorear la adherencia a las guías clínicas y protocolos para ARVs

La Mesa de Sostenibilidad estuvo de acuerdo en que el actualizar y mejorar el seguimiento de la adherencia a las guías clínicas para la provisión de ARVs tiene un potencial significativo de producir ahorros de costos para la respuesta de VIH del país. Los miembros de la Mesa concuerdan en que la pobre adherencia a las guías de tratamiento de VIH ha resultado en una migración innecesaria de pacientes a ARVs de segunda y tercera línea, a un costo alto para la respuesta nacional al VIH. Un estudio publicado en el 2016 acerca de las prácticas de prescripción de ARVs en los SAI (servicios de atención integral) reportó que al 5% de la población recién iniciada se le prescribe ARVs de tercera línea sin autorización, y que 27% de pacientes migraron a drogas de segunda y tercera línea dentro de los tres meses de iniciación, en lugar del estándar internacional de cinco años de tratamiento de primera línea previos a la migración (Valdez et al., 2016). El estudio reveló que el avance a segunda y tercera línea de tratamiento no estaba respaldado por evidencia. Estas prácticas aumentaron el costo de la compra de medicamentos en RD\$ 126,000 (US\$ 2,734) por paciente por año (Valdez et al., 2016).

En el informe también se descubrió que con frecuencia los trabajadores de salud no prescribieron los medicamentos correctos de acuerdo con lo estipulado en las guías actuales. Solo el 60% de los proveedores prescribió el tratamiento de segunda línea adecuado y el 28% prescribió una tercera línea de tratamiento que cumplía con las guías clínicas. Finalmente, las guías en sí mismas no incluyen los regímenes de tratamiento más costo-efectivos. En el año del estudio, el país adquirió medicamentos de primera línea a un costo de US\$ 130 por paciente por año, medicamentos de segunda línea por US\$ 195, por paciente por año, y medicamentos de tercera línea US\$ 3,800, por paciente por año (Valdez et al., 2016). Los costos de medicamentos de tercera línea para el 2018 se redujeron en un 48% con

respecto al año anterior, debido a la adición de dos medicamentos nuevos que pueden ser adquiridos a precios más bajos (Dolutegravir y GENVOYA).

Para mejorar la adherencia a las guías y asegurar que los protocolos incorporen las opciones más costo-efectivas de ARVs, el país puede:

1. Emitir un mandato a DIGECITSS para realizar visitas de supervisión y auditorias no anunciadas a los SAI para observar las prácticas de prescripción de ARVs y su cumplimiento con las guías y protocolos nacionales. DIGECITSS puede coordinar con el liderazgo del SNS y los SAI la introducción o fortalecimiento de mecanismos para sancionar a los proveedores que no sigan las guías y protocolos y no puedan justificar las desviaciones de los protocolos.
2. Ampliar las oportunidades de capacitación de los proveedores, incluido el aprendizaje de pares, aprendizaje electrónico y la disseminación de folletos y volantes, para reforzar el conocimiento sobre las guías y los protocolos. Un estudio del año 2016 encontró que solo el 72% de los proveedores pudieron seleccionar los medicamentos de primera línea recomendados y el 62% pudo describir los criterios adecuados para migrar a los pacientes a un régimen de segunda línea (Valdez et al., 2016).
3. Establecer un mecanismo a través de la *Mesa de Medicamentos* para revisar anualmente los precios internacionales de referencia de los ARVs y actualizar los protocolos para sustituir medicamentos costosos por opciones más costo-efectivas.

4.1.2 Hacer cumplir la Ley de Carrera Sanitaria, incluso la implementación de un régimen de evaluación del desempeño de los recursos humanos en salud

Los miembros de la Mesa de Sostenibilidad expresaron su preocupación de que la baja productividad de los trabajadores sigue siendo una fuente significativa de ineficiencia en el sector salud. Aunque la República Dominicana ha avanzado considerablemente en la formalización y regulación de la fuerza de trabajo en el sector salud, los actores afirman que el limitado número de horas de trabajo y la pobre adherencia a las guías y estándares de tratamiento reducen la eficiencia de la respuesta al VIH al disminuir la calidad de la atención y de la información. La pobre adherencia a las guías de tratamiento y el manejo inadecuado de las infecciones resultan en costos más altos para los mismos o peores resultados de salud, mientras que la baja calidad de la información complica la gestión relacionada con la salud.

La Ley de Carrera Sanitaria de la República Dominicana (395-14) fue promulgada el 2 de septiembre del 2014. La ley formaliza el servicio civil del sector salud, define las categorías de trabajadores y establece procesos de reclutamiento estándar, así como también determina los requerimientos de capacitación y fija las reglas de remuneración. La Ley de Carrera Sanitaria “establece incentivos por desempeño y resultados” como un componente de la remuneración de los trabajadores de la salud (Art. 14). En los años posteriores a la promulgación, el MSP estableció grupos de trabajo y desarrolló un plan de acción para operacionalizar los nuevos mecanismos solicitados en la ley (Brito-Anderson 2015), aunque la Mesa de Sostenibilidad expresó que los sistemas para la evaluación del desempeño y las guías para sanciones no han sido aún implementados adecuadamente. El grupo sugirió que el MSP se acerque al Ministerio de Administración Pública (MAP) para iniciar discusiones sobre la adopción de regulaciones adicionales que definan los procesos de evaluación del desempeño y las sanciones por pobre desempeño o el incumplimiento de los protocolos nacionales.

Se requieren también más esfuerzos de gestión para hacer cumplir los protocolos y normas y asegurar la calidad de la atención de VIH y la productividad del personal. En el 2018 el Proyecto HFG financiado por USAID comenzará a brindar asistencia técnica a los Servicios Regionales de Salud seleccionados, para mejorar la supervisión de los SAI. Con esta asistencia, los Servicios Regionales de Salud desarrollarán herramientas, guías y capacitación para asistir a los coordinadores de zona a proporcionar supervisión adicional de los SAI.

4.1.3 Descentralizar el procesamiento de las pruebas de CD4 y carga viral

El grupo de Sostenibilidad de VIH expresó interés en dar seguimiento a las recomendaciones ofrecidas anteriormente de descentralizar el procesamiento de las pruebas de CD4 y carga viral para mejorar la eficiencia y aumentar la oportunidad del retorno de los resultados. Un estudio del 2015 reveló que el Laboratorio Nacional de Salud Pública “Doctor Defilló” (LNSPDD) es responsable del procesamiento de más de dos tercios de las pruebas de CD4 y de todas las pruebas de carga viral (George et al., 2015). La centralización del análisis de las muestras para las pruebas, unido a la falta de adherencia a los cronogramas y a los estándares de seguridad, probablemente retrasa el retorno de los resultados. Para el 2015, el LNSPDD tardó un promedio de 20 días para retornar los resultados de la prueba de CD4 en comparación con un promedio de 11 días en una organización no gubernamental (ONG) que también estaba analizando pruebas de CD4 (George et al., 2015). Se requiere un rápido retorno de los resultados a fin de que los trabajadores de la salud tomen decisiones informadas sobre la atención clínica de los pacientes con VIH (George et al., 2015; Nakhimovsky et al., 2017).

El proyecto SIAPS financiado por USAID y CONAVIHSIDA, y el Fondo Global ha desarrollado una estrategia nacional para descentralizar el análisis de las pruebas de CD4 y carga viral (Mira et al., 2016). SIAPS y el SNS han realizado un análisis del sistema de transporte de muestras de CD4 y carga viral. El SNS y los servicios regionales de salud podrían contribuir a la sostenibilidad de la respuesta al VIH con la implementación de la estrategia nacional de descentralización y la creación de *un sistema de transporte integrado de muestras y resultados*. El SNS podría requerir asistencia técnica adicional de los socios internacionales para completar la implementación.

4.1.4 Transferir la responsabilidad de almacenar y distribuir ARVs y productos para VIH a PROMESE/CAL y el Servicio Regional de Salud

PROMESE/CAL es la entidad legal de la República Dominicana responsable del almacenaje y distribución de todos los medicamentos e insumos necesarios para el sistema público de salud del país, de acuerdo con los decretos presidenciales 608-12 y 168-13. PROMESE/CAL actualmente lleva a cabo esta función para hospitales públicos y centros de atención primaria, pero no almacena o distribuye productos farmacéuticos o insumos para los programas especializados de salud tales como el programa de VIH. CONAVIHSIDA contrata un almacén privado para almacenar los ARVs y otros suministros y paga a PROMESE/CAL por los servicios especializados de distribución. Los almacenes regionales están destinados a servir como áreas de almacenamiento intermedio, con responsabilidad de distribuir los suministros a los centros de salud en su respectiva región. Actualmente, solo seis de las nueve regiones de salud están almacenando y distribuyendo productos farmacéuticos e insumos relacionados con el VIH (Valdez, Cali, Diaz, y Avila 2017).



Además de no cumplir con el marco legal del país, los arreglos existentes para almacenar y distribuir ARVs y otros suministros relacionados con el VIH son ineficientes y cuestan más de lo necesario. Un informe del 2017 del proyecto HFG reveló que la República Dominicana podría ahorrar aproximadamente RD\$ 7.5 millones (US\$ 163,115) por año transfiriendo responsabilidades de almacenamiento a PROMESE/CAL e integrando la distribución con la red de distribución de PROMESE/CAL para hospitales y centros de atención primaria.

Tabla 2. Comparación de costos de almacenamiento y distribución

Servicio	Modelo Actual (YOBEL + PROMESE)		Modelo Público (PROMESE)		Ahorros Estimados		%
	Anual RD\$	Anual US\$	Anual RD\$	Anual US\$	RD\$	US\$	
Almacenamiento (634 m ³)	1. 13,800,000	2. 300,000	3. 9,500,000	4. 206,163	5. 4,300,000	6. 93,837	7. 31%
Transporte (total anual)	8. 4,800,000	9. 104,000	10. 1,600,000	11. 34,722	12. 3,200,000	13. 69,278	14. 67%
Total	15. 18,600,000	16. 404,000	17. 11,100,000	18. 240,885	19. 7,500,000	20. 163,115	21. 40%

Fuente: Replicado de Valdez, Cali, Diaz, y Avila (2017), con autorización de los autores

El grupo de sostenibilidad de VIH reconoce las posibles ganancias en eficiencia derivadas de la transferencia de las responsabilidades de almacenamiento y distribución a PROMESE/CAL y a los servicios regionales de salud. El Proyecto SIAPS apoyado por USAID desarrolló un plan detallado para implementar la transferencia y en el 2018 HFG ofrecerá asistencia técnica para apoyar a los almacenes regionales restantes en el inicio del almacenamiento de ARVs y otros productos (Espinoza & Acosta, 2015). Para iniciar formalmente la transferencia, el MSP tendrá que emitir una comunicación oficial solicitando la entrega progresiva de ARVs y otros suministros relacionados con el VIH desde la aduana o desde el almacén privado a los almacenes de PROMESE/CAL. El MH también tendrá que aprobar la apropiación de fondos adicionales para PROMESE/CAL, para cubrir los costos administrativos y logísticos de estos nuevos productos. Este aumento puede ser compensado por la expiración del contrato del almacén privado y la eliminación de los fondos pagados por CONAVIHSIDA a PROMESE/CAL para la distribución.

4.1.5 Mejorar la coordinación entre los actores que contribuyen a la Respuesta al VIH y SIDA para clarificar roles y responsabilidades

La Respuesta al VIH en la República Dominicana se beneficia de los esfuerzos conjuntos de muchas instituciones y organizaciones, tanto dentro como fuera del sector salud. CONAVIHSIDA, el MSP, el SNS, PROMESE/CAL, el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Humberto Bogaert Díaz, las instituciones del sistema de seguridad social incluyendo las aseguradoras de salud, las ONG proveedoras de servicios, la sociedad civil y organizaciones comunitarias, el MH y el Ministerio de Educación, entre otros, apoyan la respuesta al VIH. Además, una plétora de organizaciones internacionales financian y proporcionan asistencia para la implementación de la Respuesta Nacional, incluidos PEPFAR, el Fondo Global, la Organización Panamericana de la Salud, Agencias de Naciones Unidas, fundaciones privadas y las ONG y otros socios internacionales de implementación. El gran número de instituciones que

contribuyen con la respuesta al VIH puede complicar los esfuerzos para garantizar que las inversiones se coordinen, se evite la duplicación de esfuerzos y que todas las áreas críticas de la respuesta reciban los fondos y la atención que requieren.

Un estudio del 2017 acerca de la brecha de financiamiento para VIH en la República Dominicana sugiere que una mejor coordinación de los actores podría aumentar la eficiencia de la respuesta al VIH. El estudio reveló que para las actividades de “educación y prevención” se proyectaba un déficit en el financiamiento de RD\$ 829 millones (US\$ 18 millones) mientras que las actividades para “fortalecer la respuesta” recibieron aproximadamente RD\$ 304 millones en exceso del financiamiento necesario (Valdez, Cali, & Ávila, 2017). Este es solo un ejemplo de cómo los limitados recursos para la respuesta de VIH pueden no estar alineados apropiadamente con las prioridades nacionales. En otras instancias, la falta de claridad y coordinación de las responsabilidades para llevar a cabo las funciones de la respuesta generan ineficiencias. Por ejemplo, CONAVIHSIDA compra, almacena, y asume la responsabilidad de la distribución los ARVs a pesar de la existencia de PROMESE/CAL, la entidad nacional con la responsabilidad legal de compra, almacenaje y distribución de medicamentos en el sistema público de salud. Finalmente, algunas ONG tienen exceso de condones donados para la prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, mientras que algunos establecimientos públicos no tienen suficientes condones para satisfacer la demanda de los pacientes (Valdez, Espinoza, Ledesma, y Barillas 2017).

Mejorar la coordinación y aclarar las funciones y responsabilidades de los actores podría aumentar la eficiencia de la respuesta al VIH, reducir la duplicación y permitir que los recursos y el financiamiento se redistribuyan a las actividades en las que sería mejor utilizarlas. Como entidad responsable de coordinar la respuesta al VIH, CONAVIHSIDA debe tomar la iniciativa para evitar la duplicación de la asistencia técnica y las donaciones de entidades internacionales. El MSP, con su rol regulador y de cumplimiento en el sector de la salud, debe definir aún más y, cuando sea necesario, hacer cumplir las responsabilidades existentes de las entidades para llevar a cabo funciones esenciales para la Respuesta al VIH.

4.2 Aumentar el financiamiento de la Respuesta al VIH

Mientras que mejorar la eficiencia de la respuesta al VIH será imprescindible para asegurar que los recursos disponibles producen el máximo impacto, no todo el déficit en la financiación para el VIH puede ser superado únicamente a través de un gasto más eficiente. Un estudio de la brecha de financiamiento de salud para el VIH presentado por HFG a la Mesa de Sostenibilidad, analizó la diferencia entre el nivel de recursos necesarios para implementar el PEN y la cantidad de dinero siendo gastado en la Respuesta al VIH por entidades gubernamentales y donantes internacionales del 2015 al 2018 (Valdez, Cali, & Ávila, 2017). El estudio identificó una brecha financiera para VIH de RD\$ 1,050 millones (US\$ 22.5 millones) en el 2016 y RD\$ 654 millones (US\$ 14.2 millones) en el 2017. Estimó que se necesitaron RD\$ 2,540 millones (US\$ 55.12 millones) en el 2016 para implementar el PEN, y que RD\$ 2,610 millones (US\$ 56.59 millones) serían necesarios en el 2017. El GdRD y los donantes internacionales solo gastaron combinadamente RD\$ 1,500 millones (US\$ 32.5 millones) en el 2016 y se estimó un gasto de RD\$ 1,940 millones (US\$ 42.2 millones) en el 2017. Se espera que la brecha financiera más grande en el 2017 sea en el área de educación y prevención, seguida por derechos humanos (Valdez, Cali, & Ávila, 2017). Después de revisar las proyecciones de ingresos de varios impuestos y esquemas de responsabilidad social corporativa y discutir las opciones con los actores nacionales, la Mesa de Sostenibilidad planteó los siguientes enfoques para recaudar ingresos adicionales para la respuesta al VIH:

4.2.1 Desarrollar un programa de VIH con financiamiento dedicado en el presupuesto nacional

Los miembros de la Mesa de Sostenibilidad, incluidos los del MH, han expresado preocupación acerca de que las actividades para enfrentar el VIH y SIDA podrían estar recibiendo mayores niveles de financiamiento, si las solicitudes de presupuesto estuvieran mejor organizadas, con más transparencia y orientadas hacia resultados. Los miembros del grupo indican que las solicitudes presupuestales pasadas, no vinculaban solicitudes específicas con resultados deseados. No expresaban claramente como el valor de las solicitudes era determinado, y no correspondían con las responsabilidades legales de las entidades que las realizaban. Por ejemplo, el presupuesto administrativo para CONAVIHSIDA no se vincula directamente a los resultados esperados, no hay un vínculo entre el valor de las solicitudes y el costo del Plan Estratégico Nacional para VIH y SIDA, el presupuesto para la compra de ARVs es solicitado por DIGECITSS en lugar de PROMESE/CAL y las solicitudes de CONAVHISIDA para el financiamiento de servicios de salud son realizadas vía el MSP en lugar del SNS.

Para asegurar que las actividades de VIH y SIDA reciban los montos totales de dinero solicitados, la Mesa de Sostenibilidad sugiere que aquellos responsables de preparar las solicitudes de presupuesto en CONAVIHSIDA, el MSP, y el SNS interactúen con mayor regularidad con la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES) del MH, para reestructurar conjuntamente las solicitudes de presupuesto. DIGEPRES expresó, su preferencia que las solicitudes de presupuesto sean presentadas como parte de un programa organizado de VIH, con actividades específicas y resultados esperados. Las actividades y costos previstos deben estar vinculados al Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA y deben estar asignadas a las instituciones que tienen el mandato legal de llevarlas a cabo. La reestructuración del presupuesto de VIH y SIDA tiene el potencial de conducir a un aumento inmediato de los recursos disponibles para la respuesta al VIH y SIDA.

4.2.2 Establecer un impuesto o un programa de responsabilidad social dedicado al sistema de salud

Un estudio realizado en el 2017 por el proyecto de HFG de USAID estimó las recaudaciones potenciales del establecimiento de nuevos impuestos dirigidos al sector salud, el aumento de los impuestos existentes sobre productos no saludables y el desarrollo un esquema de responsabilidad social corporativa (De Peña Peralta, 2017).

Nuevo impuesto a los refrescos: El estudio reveló que un impuesto de RD\$ 5.00 (US\$ 0.11) por litro de refrescos azucarados podría generar RD\$ 3,700 millones (US\$ 78.2 millones) para el sector salud en el 2018, de los cuales parte del dinero podría ser dirigido hacia la respuesta al VIH. Un impuesto sobre las bebidas azucaradas tendría el beneficio adicional de desincentivar el consumo de estos productos, que es sabido contribuyen a la obesidad y la diabetes.

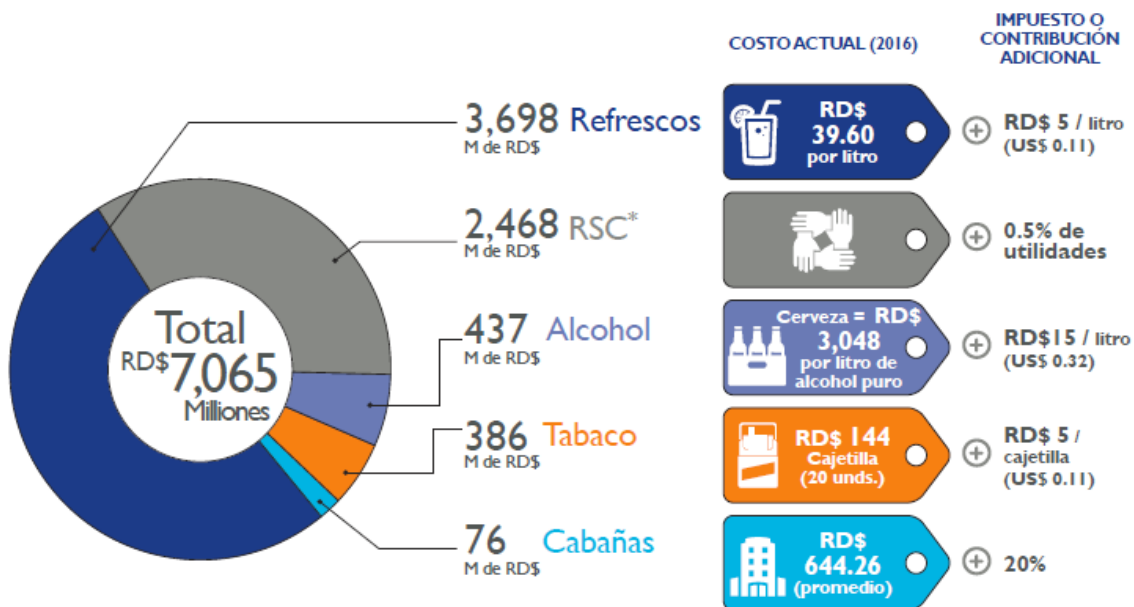
Impuesto a las cabañas: Finalmente, el estudio examinó el impacto de instituir un impuesto nacional a las “cabañas” de corta estancia, como un medio de recaudar ingresos adicionales para el sector salud y la respuesta al VIH. Los gobiernos locales recaudan actualmente un impuesto del 10% sobre las cabañas de corta estancia, pero el gobierno nacional no grava estos establecimientos. Un 20% de impuesto sobre el precio final de la habitación podría agregar RD\$ 75.83 millones (US\$ 1.6 millones) al presupuesto de salud (De Peña Peralta, 2017).

- *Aumento del impuesto al alcohol:* El estudio proyectó que el aumento del impuesto existente sobre alcohol de RD\$ 15.00 (US\$ 0.33) por litro de alcohol puro podría generar RD\$ 437 millones (US\$ 9.2 millones) para el sector salud en el 2018. Los recursos para el sector salud también podrían aumentarse asignándole una mayor proporción de los ingresos actualmente

recaudados por los impuestos al alcohol. Por ejemplo, la asignación del 70 por ciento de los ingresos totales de los impuestos al alcohol al sector salud proporcionaría RD\$ 89,340 millones (US\$ 1,890 millones) para salud en el 2018.

- **Aumento del impuesto a los cigarrillos:** El estudio también examinó el ingreso que podría ser potencialmente recaudado por el aumento de los impuestos a los cigarrillos de RD\$ 5.00 (US\$ 0.11) por paquete de 20 cigarrillos. Este aumento traería RD\$ 386.3 millones (US\$ 8.2 millones) adicionales al sector salud. Por otra parte, el compromiso de destinar el 70 por ciento del impuesto existente a los cigarrillos a la salud proporcionaría RD\$ 74,500 millones (US\$ 1,570 millones) al presupuesto de salud en el 2018.
- **Responsabilidad Social Corporativa:** El estudio exploró la creación de un esquema de responsabilidad social para empresas que están registradas como proveedoras de servicios al gobierno. Se requeriría que las empresas donaran el 0.5% de sus ganancias brutas para poder participar en ciertas licitaciones para contratos gubernamentales. El estudio reveló que, suponiendo que la mitad de las empresas participaran, el gobierno podría recaudar RD\$ 2,470 millones (US\$ 52 millones) para la respuesta al VIH y SIDA en el 2018.

Gráfica I: Opciones para generar ingresos adicionales para el sector salud



Fuente: HFG (2017)

Cualquier nuevo impuesto o aumento en los impuestos destinados a la salud tendría que ser instituido a través de legislación. El MSP y CONAVIHSIDA pueden abogar ante el MH, el Congreso y el presidente para conseguir mayores ingresos para la salud y compartir evidencia de los ingresos que se generarían a través de los impuestos propuestos, y el esquema de responsabilidad social corporativa presentados aquí.

4.2.3 Hacer cumplir la ley que ordena a todas las instituciones gubernamentales dedicar una porción de su presupuesto para prevención de VIH

Mientras que una nueva ley que establezca mecanismos adicionales para recaudar recursos para la salud podría ser un enfoque prometedor para financiar la respuesta al VIH, las autoridades sanitarias pueden abogar también por la implementación de leyes existentes que aportarían recursos adicionales para la respuesta al VIH y SIDA. La Ley de VIH/SIDA (135-11) requiere específicamente que todas las entidades públicas incluyan recursos en sus presupuestos para acciones que contribuyan a la respuesta nacional al VIH y SIDA. La ley también faculta a CONAVIHSIDA para coordinar con los ministerios y otras instituciones públicas, para facilitar la inclusión de fondos para actividades de prevención del VIH y SIDA en cada uno de sus presupuestos. Según los miembros de la Mesa de Sostenibilidad, la mayoría de los ministerios y entidades públicas, fuera de los específicamente responsables de la salud, no están contribuyendo a la respuesta al VIH y SIDA.

Para mejorar el cumplimiento de la Ley de VIH/SIDA y movilizar recursos para la respuesta, CONAVIHSIDA puede trabajar con ONG locales, el MSP y el SNS, para identificar las brechas más grandes en la prevención del VIH, diseñar programas de prevención para llenar estas brechas y proponer estas ideas a otros ministerios y entidades públicas que tienen el mayor potencial para contribuir al financiamiento de los programas, en función de sus misiones y el tamaño de sus presupuestos. Algunos de los posibles contribuyentes pueden incluir al Ministerio de Educación, el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, el Ministerio de la Juventud, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de Turismo para financiar la prevención orientada a la industria del turismo, el Ministerio del Interior y Policía y el Ministerio de Defensa para la prevención dirigida a los migrantes, la policía y el ejército, el Ministerio de Trabajo para la prevención dirigida a los trabajadores y el Ministerio de Agricultura para programas para la población que trabajan en los bateyes. Trabajando en estrecha colaboración con sus contrapartes en estos ministerios, y con el respaldo del presidente, CONAVIHSIDA puede tener la capacidad de dirigir fondos adicionales hacia la respuesta al VIH y SIDA sin la necesidad de aprobar nuevas leyes.

4.3 Integrar la Respuesta al VIH con el Sistema de Salud

Gracias a una mayor asequibilidad y efectividad de los ARVs, la atención del VIH y SIDA se ha vuelto más parecida al manejo de una enfermedad crónica que a una enfermedad infecciosa de emergencia. A medida que los donantes internacionales comienzan a reducir los fondos de emergencia para controlar la epidemia, los países receptores están reevaluando la sostenibilidad de los programas verticales de VIH en paralelo con el resto del sector de salud. La Mesa de Sostenibilidad apoya la integración de por lo menos algunos aspectos de la respuesta al VIH en el sistema de salud para reducir costos, mejorar la experiencia de los pacientes y garantizar la sostenibilidad de la respuesta al VIH en el país.

4.3.1 Integrar servicios de VIH en la atención primaria de salud

Los miembros de la Mesa de Sostenibilidad han recomendado que los servicios rutinarios de VIH, tales como pruebas y consejería, suministro regular de ARVs de primera línea y consultas para pacientes estables, se puedan llevar a cabo en centros de atención primaria en lugar de centros especializados en VIH. En teoría, la provisión de servicios de VIH de rutina en los centros de atención primaria de salud ampliaría el alcance geográfico de los servicios de VIH, facilitando a los pacientes el hacerse la prueba y recibir sus ARVs. La integración también puede reducir los costos de la prestación de servicios de VIH,

aliviar la carga de los SAI con sobrepoblación y aumentar la capacidad del sistema de salud para evaluar y tratar a más pacientes, y permitir que los SAI se concentren en el manejo de casos complicados.

Mientras que la integración de servicios de VIH con la atención primaria puede ser ideal, existen varias barreras prácticas que requieren ser superadas antes de que la integración se pueda llevar a cabo. En primer lugar, el personal de atención primaria deberá ser capacitado para la realización de pruebas, el manejo de pacientes con VIH, la prescripción de los regímenes adecuados de tratamiento y la referencia de casos complicados. En segundo lugar, la evidencia sugiere que las PVV se enfrentan al estigma en los establecimientos públicos de salud, y los pacientes pueden estar renuentes a recibir tratamiento en los centros de atención primaria de la localidad, donde los miembros del personal que ellos conocen personalmente pueden enterarse de su condición (Valdez, Barillas, Cepeda, & Ledesma, 2017).

El SNS, CONAVIHSIDA, y el MSP deberán completar estudios de viabilidad para documentar formalmente los cambios en las prácticas, guías, leyes y regulaciones que serán necesarios para integrar la atención del VIH en los centros de atención primaria. Los estudios de viabilidad también deberán incluir encuestas sobre la disposición de las PVV de recibir tratamiento para el VIH en los centros de atención primaria locales, y documentar los sistemas de capacitación del personal y de referencia que el SNS y el MSP deberán implementar antes de iniciar la integración. El SNS y el MSP pueden aprovechar la experiencia previa de la integración de los servicios de VIH y TB en Puerto Plata, para identificar algunas barreras potenciales para la integración (Maceira et al., 2017). Las ONG que actualmente brindan servicios integrados de atención primaria y VIH también pueden servir como una rica fuente de lecciones aprendidas para la integración.

Después de una adecuada preparación, el SNS, CONAVIHSIDA y el MSP pueden comenzar a integrar la atención en varios establecimientos como un programa piloto y evaluar la relación costo-efectividad de la integración. Si bien los preparativos para la integración llevarán tiempo y requerirán una inversión sustancial, ampliar el acceso a las pruebas y el tratamiento de VIH y mejorar la utilización de recursos limitados ayudará a garantizar la sostenibilidad de la respuesta al VIH a largo plazo.

4.3.2 Incluir la cobertura de ARVs en el esquema del Seguro Familiar de Salud

La Mesa de Sostenibilidad recomienda que el esquema del Seguro Familiar de Salud (SFS) comience a cubrir la atención integral del VIH, incluyendo los antirretrovirales, a fin de proporcionar una fuente sostenible de financiamiento para la respuesta al VIH y mejorar la eficiencia de la compra, distribución y financiamiento de medicamentos y productos para el VIH. En el 2016, el SFS gastó RD\$ 207 millones (US\$ 4.49 millones) en la respuesta al VIH, en comparación con más de RD\$ 460 millones (US\$ 10 millones) gastados por el MSP y RD\$ 204 millones (US\$ 4.43 millones) que gasto CONAVIHSIDA (Valdez, Cali, & Ávila, 2017). Mientras que el MSP y CONAVIHSIDA necesitan abogar cada año por los presupuestos para apoyar la respuesta al VIH ante el MH, el gasto de la seguridad social responde a la utilización real de los servicios. Por lo tanto, una vez que se incluyan los ARVs en el paquete de beneficios, el financiamiento aumentará o disminuirá automáticamente en respuesta a la cantidad de personas que reciben tratamiento. Incluir los ARVs en el paquete de beneficios del SFS protegerá el financiamiento de los ARVs, independientemente de las prioridades políticas futuras.

Para garantizar que los ARVs estén incluidos en el paquete de beneficios del SFS, CONAVIHSIDA y el MSP pueden desarrollar un plan para realizar los cambios necesarios en la compra, financiamiento y distribución de los ARVs, trabajando con socios internacionales, SENASA, asociaciones de empleadores, sindicatos, aseguradoras privadas y otros actores afectados. La SISALRIL será responsable de proyectar el impacto de incluir los ARVs en el costo per cápita de la prestación del paquete de servicios. El plan deberá ser aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Según varios actores, la

inclusión de algunos ARVs en el paquete de beneficios está sujeta a leyes y regulaciones contradictorias. Algunos ARVs están incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos que el SFS tiene el mandato legal de cubrir. Sin embargo, otras regulaciones excluyen la cobertura de ARVs debido a su costo. USAID, a través del proyecto HFG, ha encargado una revisión para determinar las leyes y regulaciones que deberían modificarse para permitir la inclusión de ARVs en el paquete de servicios. USAID también está ofreciendo asistencia técnica para el desarrollo del plan operativo y la revisión de las necesidades de actualización de los sistemas de información.

4.3.3 Integrar las organizaciones no gubernamentales al sistema de salud como proveedores de servicios a través de contratos públicos utilizando mecanismos públicos y privados

La red de establecimientos de servicios de atención integral para VIH de la República Dominicana incluye 61 servicios adscritos a hospitales públicos y 11 administrados por ONG. La Mesa de Sostenibilidad sugirió que una alternativa para mantener la respuesta al VIH incluye contratar algunas ONG para prestar servicios a poblaciones clave y ampliar su alcance para dar cabida al aumento de la identificación de casos y el tratamiento del VIH. Muchas ONG dependen en gran medida de donantes internacionales como el Fondo Mundial y PEPFAR para obtener apoyo financiero, aunque algunas reciben financiación de donaciones privadas y copagos por servicios de salud (Maceira et al., 2017). Es poco probable que estas organizaciones puedan continuar prestando servicios de VIH a medida que los donantes internacionales comienzan a reducir sus inversiones. Para agravar esta situación, la evidencia sugiere que las ONG son los proveedores de servicios de salud menos estigmatizantes para las poblaciones clave como las trabajadoras sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres y la población trans. Un estudio del 2017 reveló que solo el 6 por ciento de los trabajadores de salud en las ONG tienen temor de tocar a una persona de una población clave, en comparación con el 25 por ciento en instalaciones públicas, y solo un uno por ciento de los trabajadores de salud de las ONG prefieren no prestar servicios a alguien involucrado en actividades inmorales, en comparación con el 97 por ciento en establecimientos públicos (Valdez, Barillas, Cepeda, & Ledesma, 2017).

Dado el objetivo de la República Dominicana de alcanzar las metas de 90-90-90 en el 2020, los servicios de las ONG no solo deben mantenerse, sino que deben ampliarse para satisfacer la necesidad de identificar nuevos pacientes e incluirlos en tratamiento. Existen varias opciones para integrar a las ONG en el sistema de salud, a fin de sustentar los servicios amigables para las poblaciones claves y aumentar la disponibilidad para satisfacer las necesidades de ampliar el "tratamiento para todos". Una opción es que el MSP y el SNS integren a las ONG en la red de prestación de servicios, mediante la emisión contratos para la identificación nuevos casos de VIH y la prestación de servicios de VIH a personas que no estén afiliadas en el SFS, especialmente miembros de poblaciones clave. La Ley de Regulación y Promoción de Asociaciones sin Fines de Lucro (122-05) y la Ley de Adquisiciones y Contratos de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones (34006; 449-06) ofrecen un marco legal a través del cual el MSP y el SNS pueden contratar o celebrar acuerdos con las ONG para este fin (Maceira et al., 2017). Poner en práctica estos acuerdos requeriría el compromiso entre el MSP, el SNS y el Centro para el Desarrollo y Promoción de Asociaciones sin Fines de Lucro, para agilizar el registro de las ONG, capacitar a funcionarios gubernamentales y a las ONG sobre cómo gestionar el proceso de contratación y definir las actividades específicas que se les solicitará implementar a las ONG (Maceira et al., 2017).

Una segunda opción para integrar a las ONG en el sistema de salud es fortalecer su capacidad de establecer contratos con SENASA y ARS privadas para brindar servicios a los afiliados de los regímenes subsidiado y contributivo. Algunas ONG ya están facturando a las administradoras de riesgos de salud públicos y privados (ARS) por los servicios prestados a sus miembros, pero otras no han recibido la

acreditación requerida para ser reembolsadas, no facturan correctamente a la ARS o no se han percatado de que los servicios que prestan están cubiertos por el SFS. Por ejemplo, dos ONG entrevistadas en el 2017 asumieron que el SFS no cubriría ningún servicio para pacientes con VIH y, por lo tanto, no facturaron consultas, pruebas de laboratorio básicas ni pruebas diagnósticas, perdiendo hasta RD\$ 440,000 (US\$ 9,550) por año (Valdez, Cali, Díaz, & Ávila, 2017). Los proveedores de servicios de las ONG deben recibir información clara acerca de los servicios cubiertos por el SFS y el proceso de acreditación. También requieren inversiones en sistemas de información y facturación para poder integrarse completamente en el SFS. El MSP y CONAVIHSIDA pueden facilitar el intercambio de información y capacidad entre SENASA, las ARS privadas y los proveedores de servicios de las ONG para garantizar que las ONG estén plenamente integradas en el SFS.

4.3.4 Transferir a PROMESE/CAL las responsabilidades de compra de ARVs

La Ley sobre Compras y Contrataciones Públicas de la República Dominicana (340-06) y los Decretos Presidenciales 608-12 and 168-13 requieren que la entidad pública establecida para la compra de medicamentos y suministros para el sector salud, PROMESE/CAL, compre todos los suministros para el sector salud. Actualmente, PROMESE/CAL gestiona las compras públicas de proveedores nacionales, pero no adquiere suministros de proveedores internacionales. Para el programa de VIH, CONAVIHSIDA gestiona la adquisición de ARVs, suministros de prueba y fórmula infantil con fondos del MSP. CONAVIHSIDA trabaja con el intermediario internacional USAID *Global Health Supply Chain Program-Procurement and Supply Management* para gestionar los pedidos, realizar pagos y recibir los suministros de aduanas (Valdez, Cali, Diaz, & Ávila, 2017).

Si bien CONAVIHSIDA ha gestionado adecuadamente la compra de ARV y otros productos básicos para el VIH, existen varias razones para transferir las responsabilidades de compra a PROMESE/CAL. Primero, la ley dominicana establece a PROMESE/CAL como la entidad responsable de la compra de medicamentos y suministros en el país. La compra de medicamentos y suministros por CONAVIHSIDA contradice la ley actual. En segundo lugar, PROMESE/CAL ya gestiona las compras de medicamentos y suministros para hospitales públicos y centros de atención primaria de salud y puede recibir fondos directamente del MH para comprar medicamentos, reduciendo el tiempo de preparación necesario para las compras. Por otra parte, actualmente CONAVIHSIDA no recibe fondos directamente del MH, sino que recibe una transferencia del MSP. La incapacidad de CONAVIHSIDA para recibir fondos directamente del MH crea ineficiencias y demoras en la preparación de los recursos monetarios necesarios para pagar a los proveedores internacionales. Según el acuerdo actual, las compras requieren doce meses de preparación antes de que se puedan efectuar los pagos a los proveedores (Valdez, Cali, Díaz, & Ávila, 2017). Finalmente, el MSP compra medicamentos y suministros para otros programas especiales de salud, como el programa de TB y el programa de medicamentos de alto costo. La transferencia de las responsabilidades de compra de ARV a PROMESE/CAL sentaría un precedente y establecería las capacidades necesarias para consolidar las compras de los programas especiales de salud bajo la entidad pública de compras médicas del gobierno. Otros programas especiales de salud podrían transferir las responsabilidades de compra a PROMESE/CAL más adelante, lo que agilizaría las compras para los servicios de salud en el país, tal como lo exige la ley.

Debido al estatus de PROMESE/CAL como entidad de compra legal para el sistema de salud dominicano, relativamente pocos cambios legales o regulatorios serían necesarios para que PROMESE/CAL pudiera asumir la responsabilidad para la compra de medicamentos y suministros para VIH. La mayor barrera para que PROMESE/CAL asuma esta responsabilidad, la constituye su falta de experiencia y conocimiento sobre la gestión de compras internacionales. PROMESE/CAL requerirá desarrollar una unidad de compras internacionales con un presupuesto dedicado, procedimientos operativos estándar, y

un personal calificado con las habilidades y conocimientos requeridos para gestionar compras internacionales. Tanto CONAVIHSIDA como el MSP poseen este conocimiento y experiencia y podrían ofrecer apoyo para el desarrollo de capacidades a PROMESE/CAL. El proyecto HFG de USAID está programado para brindar asistencia técnica a PROMESE/CAL en el 2018, en preparación para el desarrollo de una unidad de compras internacionales.

4.4 Prevenir nuevos casos de VIH

En última instancia, la reducción de nuevos casos de VIH que requieren tratamiento y atención de por vida, tendrá mayor impacto para respaldar la respuesta al VIH. La prevención de nuevos casos de VIH permitirá a la República Dominicana enfocar los recursos hacia las poblaciones más vulnerables y garantizar que haya recursos disponibles para tratar a todas las personas infectadas con el VIH. La evidencia sugiere que la prevención es uno de los componentes de la respuesta al VIH que recibe la menor atención e inversión en la República Dominicana. El análisis de la brecha financiera de HFG estimó que las áreas de Educación y Prevención tuvieron la mayor brecha de financiamiento de salud en el 2017. El gobierno dominicano y los donantes internacionales gastaron en combinación RD\$ 198 millones (US\$ 4.3 millones) en el 2017, cuando el PEN estimó que RD\$ 1,040 millones (US\$ 22.6 millones) serían necesarios para implementar las actividades de prevención planificadas (Valdez, Cali, & Ávila, 2017). Además, el financiamiento para las actividades de prevención, especialmente la prevención basada en la comunidad depende en gran medida del financiamiento del Fondo Mundial y otros donantes internacionales (Maceira et al., 2017). La Mesa de Sostenibilidad recomendó las siguientes actividades para prevenir nuevos casos de VIH.

4.4.1 Adoptar la prevención combinada como estrategia principal para la prevención del VIH

ONUSIDA define prevención combinada como *“programas basados en derechos, informados por evidencia y de propiedad comunitaria, que utilizan una mezcla de intervenciones **biomédicas, conductuales y estructurales** priorizadas, para cumplir con las necesidades actuales de prevención de individuos y comunidades particulares, a fin de tener el mayor impacto sostenido en la reducción de nuevas infecciones”* (UNAIDS 2010).

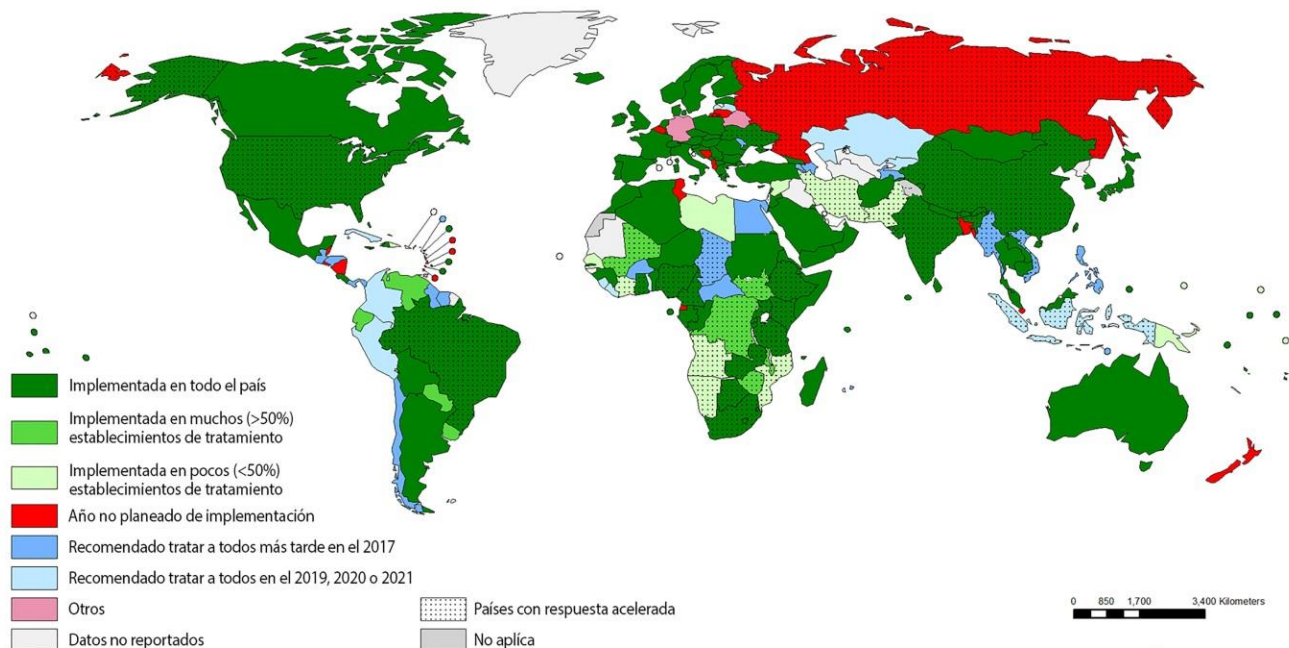
La adopción de una estrategia efectiva de prevención combinada requiere que los formuladores de políticas entiendan las formas comunes de transmisión de la enfermedad, las poblaciones más afectadas, las variaciones geográficas en la prevalencia, el tamaño de la población afectada y los determinantes estructurales de la infección (AVERT, 2017a). Con esta información, los formuladores de políticas pueden elegir la combinación de las intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para tener el mayor impacto en la reducción de la propagación de la epidemia. Entre los ejemplos de intervenciones biomédicas se incluyen los condones, la profilaxis previa y posterior a la exposición y la circuncisión masculina. Las intervenciones conductuales incluyen medios masivos y comunicaciones a nivel comunitario para reducir el comportamiento de riesgo y aumentar el uso de intervenciones biomédicas, asesoramiento, educación sexual y programas contra el estigma y la discriminación (AIDS-Free, 2017; AVERT, 2017a). Las intervenciones estructurales incluyen aumentar el acceso de las niñas a la educación, intervenciones para abordar la desigualdad económica, la despenalización de las relaciones entre personas del mismo sexo y el trabajo sexual, las intervenciones de empoderamiento de la comunidad y otras que abordan los determinantes estructurales de la infección (AVERT, 2017a).

La Mesa de Sostenibilidad destacó varias intervenciones de prevención que deben fortalecerse como parte de una estrategia de prevención combinada en la República Dominicana. El grupo solicitó la actualización e implementación de una estrategia nacional de uso del condón, adaptar las regulaciones nacionales sobre la terapia previa a la exposición (PrEP), una campaña de comunicación para promover el acceso a PrEP y actividades de promoción para comunicar los beneficios de la circuncisión masculina voluntaria para la prevención del VIH. Una evaluación sistemática de la transmisión del VIH en el país ayudaría a identificar otras intervenciones y poblaciones meta para una estrategia de prevención combinada.

4.4.2 Expandir la estrategia “Tratamiento para Todos” a nivel nacional

Actualmente PEPFAR apoya un programa piloto de "tratamiento para todos" en 11 SAI en Santiago, Puerto Plata, Santo Domingo y La Romana. La estrategia de "tratamiento para todos", también conocida como Prueba e Inicio, Prueba y Tratamiento, y Tratar a Todos, establece que todas las personas deben recibir terapia antirretroviral (TAR) tan pronto como sea posible, independientemente del recuento de CD4 (OMS, 2015). Los estudios demuestran que las personas con VIH iniciadas con tratamiento tempranamente tienen mejores resultados clínicos (OMS, 2015). Además, una serie de estudios descubrió que el tratamiento temprano que producía una carga viral suprimida era un método extremadamente eficaz para prevenir la transmisión del VIH (AVERT, 2017b). El tratamiento para todos ha sido adoptado por la OMS, ONUSIDA y PEPFAR como una estrategia esencial para alcanzar los objetivos 90-90-90 y eliminar el VIH como una amenaza a la salud pública para el año 2030, y se ha implementado o se implementará próximamente en la mayoría de los países (Gráfica 2).

Gráfica 2. Implementación de la recomendación *Tratar a Todos* entre adultos y adolescentes viviendo con el VIH a noviembre del 2017



Los límites y los nombres presentados y las designaciones utilizadas en este mapa no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud con relación al estatus legal de ningún país, territorio, ciudad o área o de de sus autoridades, o lo concerniente a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas o discontinuas representan aproximadamente líneas fronterizas para las cuales puede que no todavía haya un completo acuerdo.

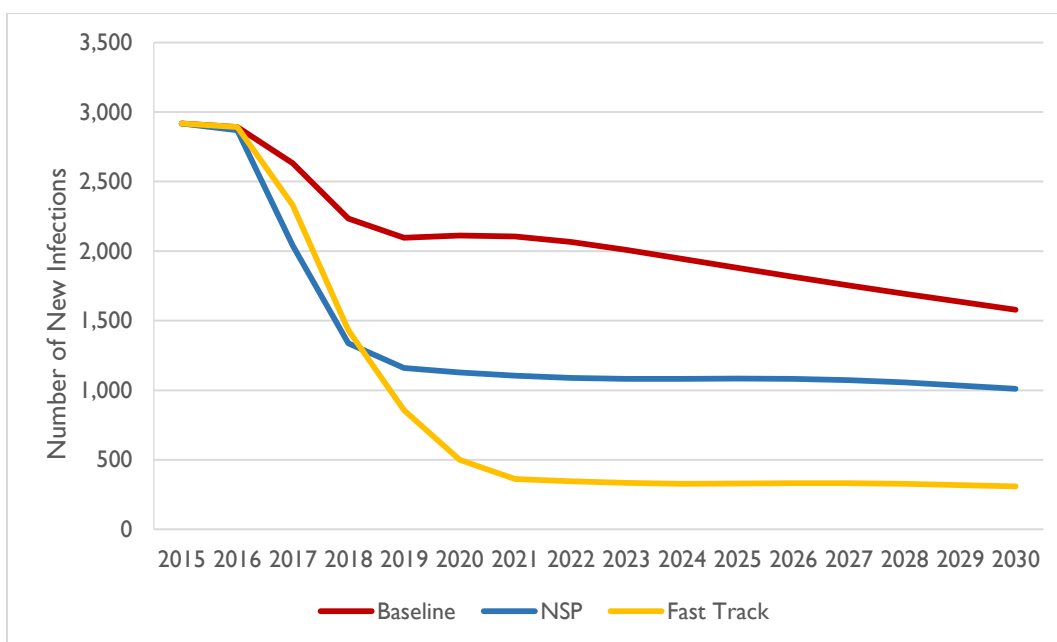
Fuente de datos: Organización Mundial de la Salud
 Producción del mapa: Información Evidencia e Investigación (IER por sus siglas en inglés)
 Organización Mundial de la Salud


Organización Mundial de la Salud
 © OMS 2017-Todos los derechos reservados

Fuente: OMS 2017

Un análisis de caso de inversión de VIH realizado en el 2017 por ONUSIDA, CONAVIHSIDA, el MSP / DIGECITSS, UNICEF, USAID, PEPFAR y HFG, determinó que la adopción inmediata de la estrategia Aceleración de la Respuesta (Fast Track), que incluye el tratamiento para todos, reduciría las nuevas infecciones de VIH en la República Dominicana a 310 por año para el 2030. En contraste, retrasar la adopción del tratamiento para todos resultaría en 1,010 nuevas infecciones por año para el 2030. El análisis encontró que la adopción de Fast Track resultaría en 8,300 muertes menos y 7,900 nuevas infecciones menos que con la implementación de las directrices existentes (Adesina & Ávila, 2017).

Gráfica 3. Número de nuevas infecciones para escenarios de la estrategia de tratamiento de VIH



Fuente: Adesina & Ávila (2017)

HFG brinda actualmente apoyo técnico al MSP para desarrollar un plan de expansión del tratamiento para todos a nivel nacional. El plan proporcionará estimaciones de los recursos necesarios, opciones para expandir el acceso y la secuencia recomendada para la ampliación a escala del tratamiento para todos.

4.4.3 Ampliar los esfuerzos para pruebas, prevención y divulgación a nivel de la comunidad a través de organizaciones no gubernamentales y establecimientos públicos

La Mesa de Sostenibilidad expresó la necesidad de ampliar el acceso a los servicios de prevención para prevenir futuros casos de VIH y respaldar la respuesta al VIH del país. Un método discutido por el grupo que contribuiría a la expansión de la estrategia de "tratamiento para todos" sería aumentar el acceso a pruebas de VIH en centros de atención primaria de salud y las comunidades. Las unidades de atención primaria públicas (UNAP) podrían recibir insumos adicionales y capacitación para la prueba y se les incentivaría a aumentar el número de pruebas en los establecimientos y en las comunidades circundantes. Aquellos con resultados positivos serían remitidos a los SAI y a otros centros especializados para recibir tratamiento. Como se discutió en la sección 4.3.1, estimular una expansión de las pruebas en los UNAP aliviaría la carga de los SAI para las pruebas y estimularía el diagnóstico

temprano y la iniciación del TAR, lo que reduce la transmisión. El aumento de las pruebas por parte de las unidades de atención primaria también permitiría el acceso a nuevas poblaciones que los SAI no están alcanzando con las campañas de pruebas.

La Mesa de Sostenibilidad también propuso fortalecer a las ONG para realizar actividades de prueba, divulgación y prevención en las comunidades. Los estudios muestran que las ONG son más amigables que el sector público para las poblaciones clave que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH, pero algunas ONG carecen de los recursos para expandir las actividades de prevención entre las comunidades de alto riesgo (Valdez, Barillas, Cepeda, & Ledesma, 2017). Muchas ONG tampoco cumplen con las normas del MSP, lo que les impide recibir financiación pública e integrarse plenamente en el sistema nacional de salud. El sistema nacional de salud puede aprovechar las redes y conexiones de las ONG con poblaciones clave existentes, para expandir las actividades de prevención a poblaciones de difícil acceso.

5. CONCLUSIÓN

La República Dominicana está alcanzando una coyuntura crítica en sus esfuerzos para eliminar la epidemia de VIH en el país. El gobierno de la República Dominicana ha logrado progresos sustanciales en la movilización de recursos domésticos para financiar el tratamiento de VIH, pero debe ahora acelerar sus esfuerzos para alcanzar las metas 90-90-90, a la vez que da pasos para asegurar la sostenibilidad de la respuesta al VIH en el futuro. Aunque no es exhaustivo, este informe documenta numerosas propuestas para avanzar en la sostenibilidad de la respuesta que han sido propuestas o discutidas en varios talleres con la Mesa de Sostenibilidad. Los actores nacionales y los socios de asistencia internacional han estado discutiendo algunas de estas propuestas durante años, pero aún no se han establecido pasos concretos para su implementación, mientras que otras son relativamente nuevas y podrían ser respaldadas con investigación y pruebas adicionales. Este informe será una referencia valiosa para los actores nacionales responsables de planificar los próximos pasos críticos para garantizar la sostenibilidad de la respuesta al VIH en la República Dominicana.

ANEXO A: REFERENCIAS

- Adesina, A. & Ávila, C. (2017). *Investment Case to Fast-Track and Sustain the HIV Response in the Dominican Republic*. Bethesda, MD and Santo Domingo, Dominican Republic: Health Finance and Governance project, Abt Associates Inc. Recuperado de: <https://www.hfgproject.org/investment-case-fast-track-sustain-hiv-response-dominican-republic/>
- AIDS-Free (The Strengthening High Impact Interventions for an AIDS-free Generation). (2017). *An Overview of Combination Prevention*. Arlington, VA: JSI Research & Training Institute, Inc. Recuperado de: <https://aidsfree.usaid.gov/resources/pkb/combination/overview-combination-prevention>.
- AVERT. (2017a). *HIV Prevention Programs Overview*. Recuperado de: <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview>.
- AVERT. (2017b). *Treatment for Prevention for HIV*. Recuperado de: <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/treatment-as-prevention>.
- Brito-Anderson, S., Minaya, M., Jaskiewicz, M., Foster, A. A., Collins, A., & Ramirez, L. (2015). *Tracking human resources for health commitments: progress in the Dominican Republic*. IntraHealth International. Recuperado de: <https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/resource-other-attachments/hrhcommitmentsdrcasestudy.pdf>
- De Peña Peralta, V. L. (2017). *Opciones para reducir la brecha de financiamiento en salud y alcanzar una respuesta acelerada contra el VIH - Análisis de financiamiento para el sector salud*. Bethesda, MD: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates Inc.
- Espinoza, H., & Acosta, K. (2015). *Propuesta para el traslado de las operaciones de almacenamiento y transporte de productos de CONAVIHSIDA a PROMESE CAL*. 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.
- George, A., Valdez, C., Moquete, E., & Barillas, E. (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
- HFG (Health Finance and Governance Project). (2017). *Opciones y mecanismos innovadores de recaudación de recursos para el sector salud en La República Dominicana*. Bethesda, MD: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates Inc. Recuperado de: <https://www.hfgproject.org/opciones-y-mecanismos-innovadores-de-recaudacion-de-recursos-para-el-sector-salud-en-la-republica-dominicana/> .
- Maceira, D., Bonfert, A., Parsons, D., & García de León, C. (2017). *Dominican Republic Country Report: Transition Readiness Assessment*. Washington, DC: Acceso Global. Recuperado de: <http://www.acesoglobal.org/blog/2017/9/18/dominican-republic-transition-readiness-assessment>.
- Mira, P., Valdez, C., Barrillas, E., & Moquete, E. (2016). *Estrategia de descentralización de tecnologías para pruebas de monitoreo del VIH en la Red de Servicios de República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana: Servicio Nacional de Salud y Consejo Nacional del VIH y el SIDA.

- Nakhimovsky, S., Cali, J., Valdez, C., & Avila, C. (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. Recuperado de: <https://www.hfgproject.org/oportunidades-para-mejorar-las-eficiencias-de-los-programas-contra-el-vih-y-sida-en-la-republica-dominicana/>
- UNAIDS (United Nations Joint Program on HIV and AIDS). (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections*. Geneva: UNAIDS. UNAIDS Discussion Paper 10. Recuperado de: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111110_JC2007_Combination_Prevention_paper_en.pdf .
- UNAIDS. (2014). 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
- UNAIDS. (2017). *AIDSinfo Factsheets*. Recuperado de: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
- Valdez, C., Barillas, E., Díaz, M., Ledesma, J., & Marte, Y. (2016). *Informe Estudio de Línea de Base: Prácticas de prescripción de medicamentos antirretrovirales en los servicios de atención integral de la República Dominicana*. Santo Domingo, 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., Barillas, E., Cepeda, I., & Ledesma, L. (2017). *Diagnóstico de la Situación de Estigma y Discriminación hacia Poblaciones Claves, en 15 Servicios de Atención Integral al VIH (SAI) priorizados, en República Dominicana*. Presentado al proyecto del Fondo Mundial del Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) en Santo Domingo, República Dominicana.
- Valdez, C., Espinoza, H., Ledesma, L., & Barillas, E. (2017). *Diagnóstico de la cadena de suministro de condones en sector público – Informe final* - Santo Domingo, República Dominicana. Grupo consultor GIS presentado a Population Services International (PSI) y Society For Family Health Dominican Republic (SFH/DR) en el marco del proyecto Support for International Family Planning and Health Organizations 2: Sustainable Networks (SIPFO 2) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Valdez, C., Cali, J., & Avila, C. (2017). *Brechas financieras en la respuesta nacional al VIH y SIDA*. Bethesda, MD y Santo Domingo, República Dominicana: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates Inc. Recuperado de: <https://www.hfgproject.org/brechas-financieras-en-la-respuesta-nacional-al-vih-y-sida/>
- Valdez, C., Cali, J., Diaz, N., & Avila, C. (2017). *Evaluación de la Gestión de Suministros y Flujos de Financiamiento y Gasto de Antirretrovirales e Insumos para el Diagnóstico de VIH*. Bethesda, MD y Santo Domingo, República Dominicana: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates Inc.
- WHO (World Health Organization). (2015). *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1.
- WHO. (2017). *HIV Estimates and WHO HIV policy uptake*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/hiv/data/en/>



**BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT**