# PILOTAJE RIE REPÚBLICA DOMINICANA

Lecciones aprendidas de una estrategia de colaboración entre la Dirección Regional de Salud V, organizaciones comunitarias, organizaciones no-gubernamentales, y la sociedad civil

# “Implementar RIE ha sido un matrimonio  sin divorcio entre la Regional de Salud V y las ONG”

**Dr. Elsa Valdez, Gerente Asistencial SRS-V**

## Avanzando con Socios y Comunidades

Avanzando con Socios y Comunidades (APC por sus siglas en Inglés) es un acuerdo de cooperación de cinco años, financiado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR por sus siglas en Inglés) por medio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en Inglés) bajo el Acuerdo No. AID-OAA-A-12-00047, que comenzó en octubre 1, 2012. APC en la República Dominicana es implementado por medio de JSI Research & Training Institute, Inc. El proyecto se enfoca en apoyar y promover los programas comunitarios que buscan mejorar la salud de las poblaciones clave y vulnerables y lograr otros alcances relacionados con la salud, especialmente relacionados con VIH/Sida. APC proporciona liderazgo mundial para la planeación de programas de enfoque comunitario, ejecuta y administra las pequeñas y medianas sub-adjudicaciones, apoya la reforma de las adquisiciones mediante la preparación de las adjudicaciones para su ejecución por medio de USAID, y desarrolla la capacidad técnica de las organizaciones para poner en práctica programas eficaces.

**JSI RESEARCH & TRAINING INSTITUTE, INC**.
República Dominicana
Calle Padre Pina No. 105
Zona Universitaria
Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono: 809-688-5629
Web: advancingpartners.org

# CONTENIDO


## 01

### Contexto

*Páginas 5–8*

- *Contexto Nacional*
- *Contexto en la Región Este*

## 02

### Respuesta Integral Expandida (RIE)

*Páginas 9–11*

- *Mesa de trabajo de Referencia y Contra-referencia*
- *Mesa de trabajo de Calidad de Servicios*
- *Mesa de trabajo para abordar el Estigma y la Discriminación*
- *Mesa de trabajo de Monitoreo y Evaluación*

## 03

### Conclusión

*Páginas 9–36*

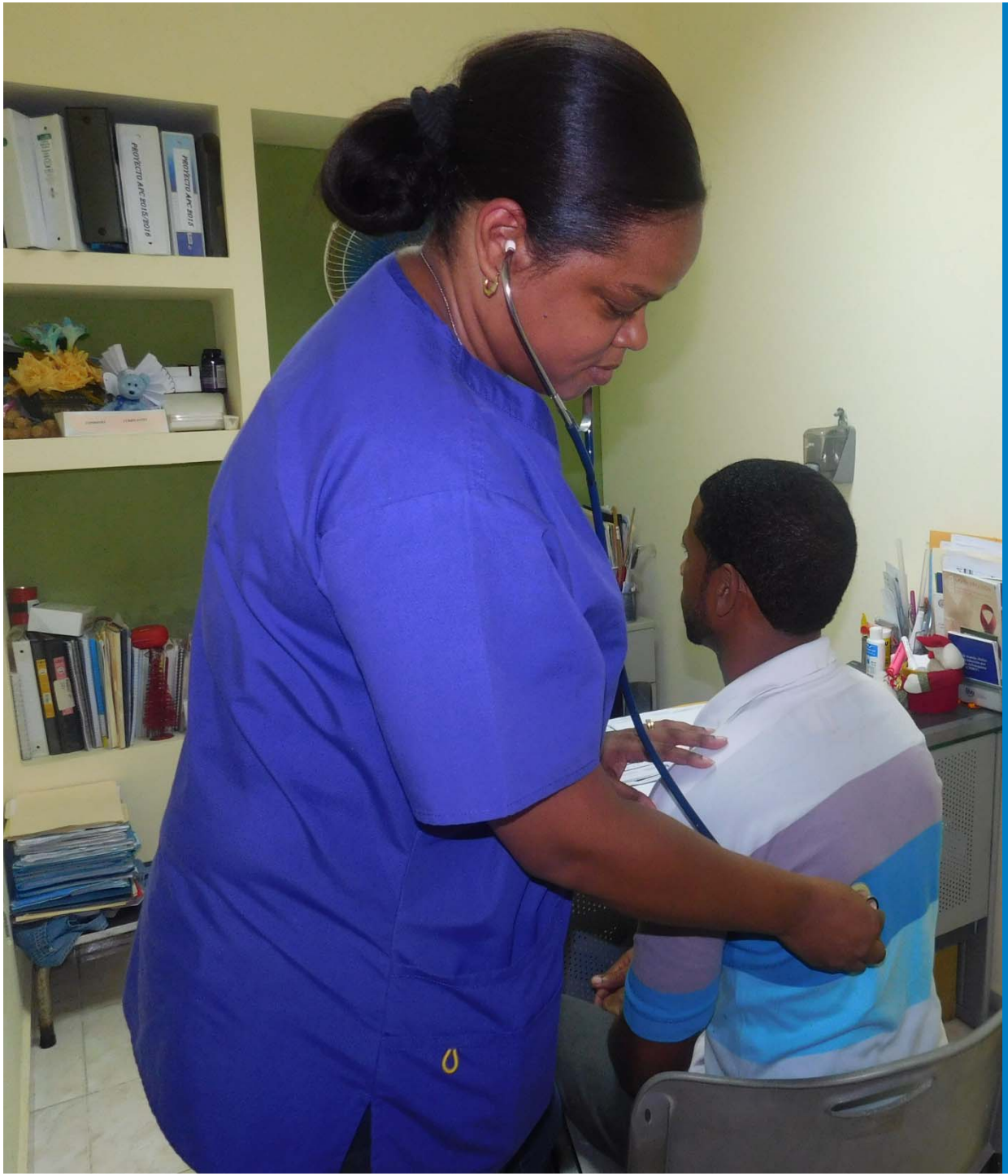
- *Conclusión*

## 04

### Anexos

*Páginas 9–36*

- *Diagrama de Flujo del Sistema de Referencia y Contra-referencia*
- *Formulario de Referencia y Contra-referencia*
- *Formulario para la Documentación de Casos de Estigma y Discriminación en los Servicios de Salud*




# Contexto

Dra. Luisa Reyes atiende a un usuario en la Clínica Esperanza y Caridad, San Pedro de Macorís
Crédito de la fotografía: Proyecto APC

# Contexto Nacional

En la República Dominicana la prevalencia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha mantenido estable en la población general (0.9% en los hombres y 0.7% en las mujeres), según lo refleja la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) del 2002, 2007, y del 2013.

Aunque la prevalencia del VIH ha estado relativamente estable en la población general, existen diferencias en el comportamiento de la epidemia en las diferentes zonas geográficas del país.

La prevalencia de VIH más alta se ha registrado en dos regiones de salud: en la región VII y en la región III. En la región VII la prevalencia de VIH es de un 1.8%. Esta región es conocida como la región del Cibao Occidental, la cual es conformada por las provincias de Valverde, Santiago Rodríguez, Montecristi y Dajabón, estas dos últimas en la franja fronteriza norte con Haití. En la región III la prevalencia del VIH es de un 1.7%. Esta región incluye las provincias de Samaná, Hermanas Mirabal, Duarte, y María Trinidad Sánchez.

Así como la prevalencia de VIH en la República Dominicana varía entre zonas geográficas, también varía según el tipo de población. Se han identificado subpoblaciones que están a mayor riesgo de contraer el virus, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las trabajadoras sexuales (TRSX), y las personas trans. La prevalencia del VIH en estas poblaciones es mucho más alta comparada con la de la población general: 5.2% en los HSH, 18% en las personas trans, y 4.5% en las TRSX. La diferencia entre la prevalencia en la población general (menor a 1%) y la prevalencia entre las poblaciones clave (mayor a 5%) es característica típica de lo que se denomina como una epidemia concentrada.

La epidemia concentrada da paso para que los esfuerzos a combatir el VIH sean dirigidos de manera especial a las subpoblaciones más afectadas—ya que son las que más aportan a las nuevas infecciones—y así lograr proteger tanto las subpoblaciones como la población en general. En la República Dominicana existen varios actores que trabajan constantemente para lograr un control de la epidemia, concretamente para alcanzar las metas 90-90-90 para el año 2020. Dichas metas definen el control de la epidemia de VIH si un 90% de las personas que viven con VIH conocen su diagnóstico, de estas personas un 90% está recibiendo tratamiento antirretroviral, y de estas personas un 90% ha alcanzado una carga viral suprimida.

Aunque la República Dominicana está implementando estrategias para avanzar hacia la meta del 90-90-90; según las estimaciones realizadas en el año 2015, 69,000 personas viven con VIH de las cuales alrededor de 20,000 desconocen su estatus serológico. Para el presente año 2016, se estima que en la República Dominicana se producirán 2,360 nuevas infecciones por VIH, lo que evidencia la necesidad de acelerar los esfuerzos si se quiere alcanzar el control de la epidemia para el año 2020.

# Contexto en la Región del Este

Los servicios de salud en la República Dominicana son gestionados en nueve regiones de salud que se denominan Servicios Regionales de Salud (SRS). El SRS abarca todos los hospitales regionales, hospitales provinciales y municipales, las clínicas rurales, y los servicios de atención integral (SAIs). El Servicio Regional de Salud del Este es coordinado por la Dirección Regional de Salud V, cuya sede es la provincia de San Pedro de Macorís. En el marco del VIH, la Dirección Regional de Salud V actúa de acuerdo al Plan Estratégico Nacional (PEN) 2015-2018, para darle respuesta a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al VIH/Sida. El plan de trabajo anual de la Regional de Salud V es desarrollado siguiendo las directrices del sistema nacional de salud y va dirigido a darle respuesta a las necesidades de las personas que habitan en la región V.

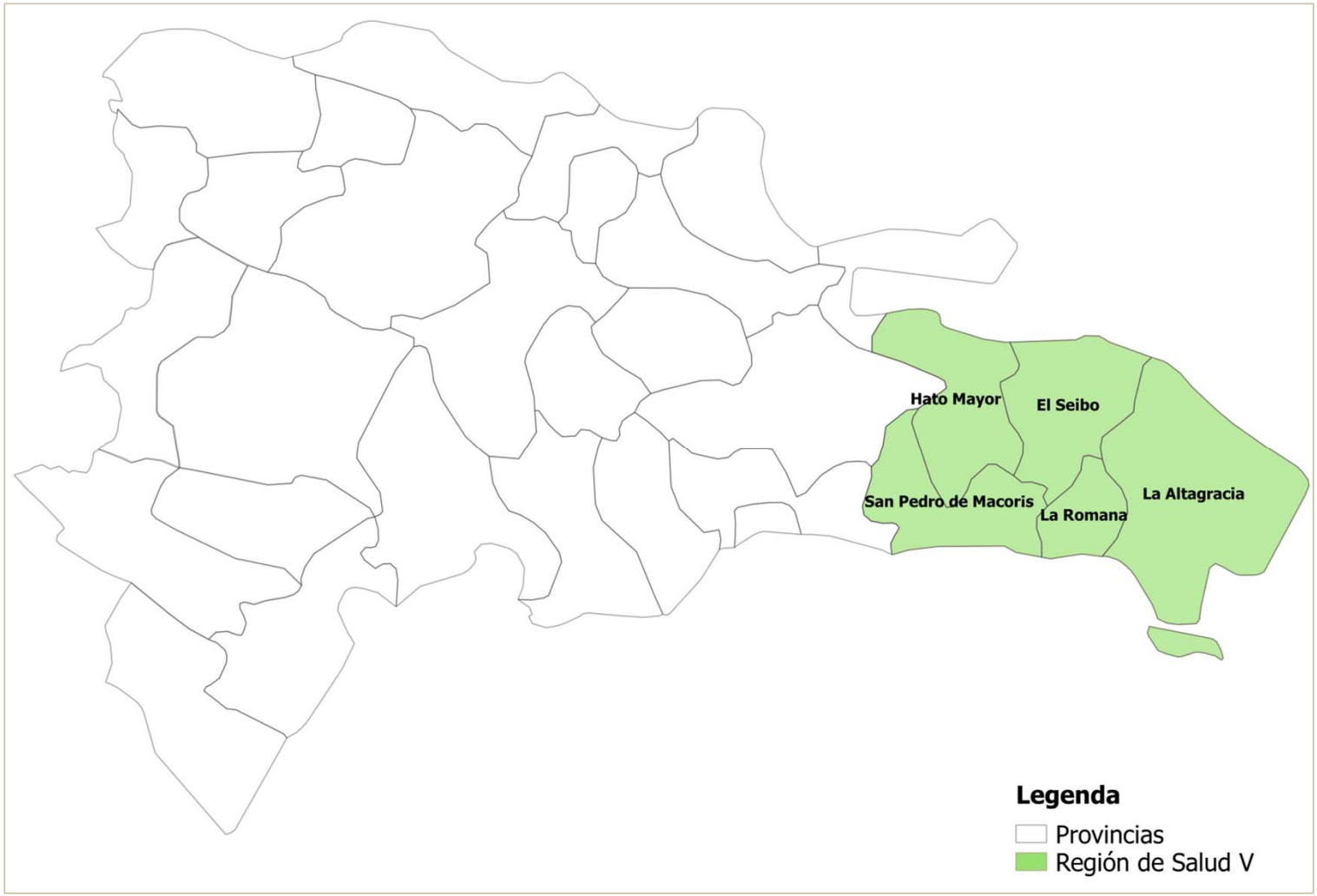
La región V de salud está integrada por las provincias de: El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana, y San Pedro de Macorís. El desarrollo y la diversidad de producción agrícola, la construcción, y el turismo, son los sectores económicos que predominan en esta región. Según revelan los datos de la ENDESA publicada en el 2013, la región V es la tercera región con más alta prevalencia de VIH. Además, existen brechas para que las poblaciones claves tengan acceso a los servicios de salud en esta región, tales como la escasez de servicios de salud que respondan a las necesidades de las poblaciones clave, la falta de articulación y coordinación entre las acciones de intervención de las diferentes agencias, ONG, y el estado, y la ausencia de un sistema de referencia y contra-referencia multisectorial.

El proyecto Avanzando con Socios y Comunidades (APC por sus siglas en Inglés) el cual es financiado por USAID bajo el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), lleva trabajando en la región V y en otras regiones del país con organizaciones no-gubernamentales (ONG) desde el año 2014 con el fin de aumentar el acceso a los servicios de calidad de VIH para las poblaciones clave y de mayor vulnerabilidad.

Debido a que la Dirección Regional de Salud V ya venía implementando el PEN 2007-2015, con el objetivo de disminuir la prevalencia del VIH en la región y las ONG socias de APC en la región V (ADOPLAFAM, Clínica Esperanza y Caridad, Clínica de Familia, Este Amor, y Jehovah Nisi), estaban trabajando para el beneficio de las personas clave, el proyecto APC identificó la necesidad de articular la colaboración entre la Regional de Salud V, las ONG, y la sociedad civil. Esto con el fin de facilitar y armonizar la continuidad de servicios de VIH en la región.

En el 2014, APC le propuso al SRS-V liderar la gestión de la articulación de acciones público-privadas que hasta el momento se venían trabajando paralelamente. El SRS-V aceptó la propuesta ya que reconocía la importancia de la colaboración entre el sector público, el sector privado, y la sociedad civil para lograr el control de la epidemia.

# Mapa de la República Dominicana resaltando la Región de Salud V



# Respuesta Integral Expandida (RIE)

Dra. Albania Melo SAI con Políticas de No Discriminación en el Hospital Provincial Nuestra Señora de La Altagracia, Higuey
Crédito de la Fotografía: Proyecto APC

# Respuesta Integral Expandida (RIE)

APC propuso la Respuesta Integral Comunitaria (RIC)* como un marco para facilitar la coordinación entre la regional de salud, la sociedad civil, y las ONG. El equipo de APC adaptó RIC según el contexto de la epidemia del VIH en el país y es en ese punto donde nació la Respuesta Integral Extendida (RIE).

APC propuso como objetivo general de RIE el crear un espacio interinstitucional y multidisciplinario a nivel regional para liderar la respuesta a la epidemia de VIH/Sida en la región de salud V. Los resultados esperados de RIE establecidos fueron los siguientes:

- Reducción de la transmisión del VIH
- Reducción en la morbilidad y mortalidad por SIDA
- Disminución del impacto de la epidemia en localidades y en las poblaciones afectadas

Como parte de la estrategia RIE se establecieron cinco áreas técnicas: referencia y contra-referencia, estigma y discriminación, monitoreo y evaluación, calidad de los servicios, y la coordinación interinstitucional.

Una vez se planteó la estrategia, se conformaron cinco mesas de trabajo con actores del ministerio de salud de la región V, miembros de poblaciones claves, representantes de organizaciones no-gubernamentales, y personal de APC. Cada mesa de trabajo tiene un facilitador que es parte del equipo de APC y un relator que debe tomar nota en cada reunión y luego presentar un informe no más largo de cinco páginas con los temas discutidos en la mesa de trabajo y los próximos pasos.

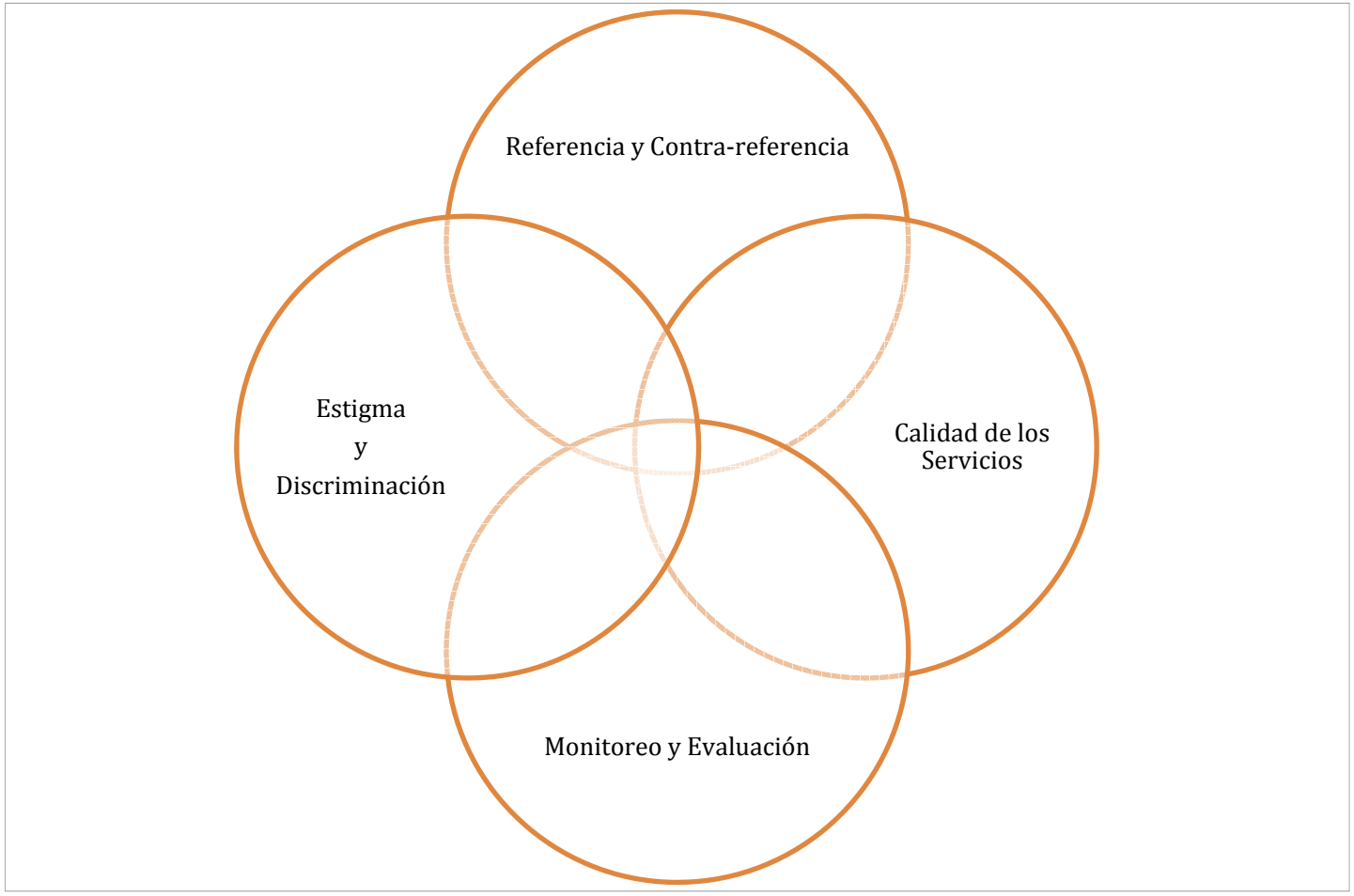
La mesa de trabajo de coordinación interinstitucional se unió con la mesa de trabajo de Referencia y Contra-referencia, (ver la sección de referencia y contra-referencia).

Es importante destacar que más allá de la implementación de la estrategia RIE en la región V, la intención de los diferentes actores que se convocaron era la de trabajar en equipo para dar soluciones a las necesidades de la población, lo cual fue un elemento fundamental para el éxito de RIE.

Otro elemento fundamental para el éxito de RIE, fue el liderazgo de la Dirección Regional de Salud V. Meses antes de la propuesta de APC de implementar RIE, la Dirección Regional de Salud V venía viendo la importancia de fortalecer las redes con las ONG y las organizaciones de base comunitaria que trabajan en el sector de salud, y con la sociedad civil. El liderazgo de la Dirección Regional de Salud V junto con la ayuda y guía del proyecto APC dio paso a la colaboración coordinada entre los diferentes sectores.

* La Comprehensive Community Response (CCR) o RIC en Español es una adaptación de un borrador genérico del proceso de coordinación al nivel distrital (2005) desarrollado por David Dobrowolski, Rose Schneider, y Nora Rosenberg en la Unidad de Desarrollo de Capacidades para VIH/Sida en el Instituto de FHI.

# Áreas técnicas de concentración de RIE en la Región Este



# Mesa de trabajo de Referencia y Contra-referencia

La mesa de trabajo de Referencia y Contra-referencia se formó para asegurar la continuidad de la atención a los usuarios a lo largo de la red de servicios de salud. Aunque el SRS tiene un sistema de referencia y contra-referencia, se identificó la necesidad de establecer un sistema holístico a nivel interinstitucional que sirviera no solo para referir personas a servicios de salud, sino también a servicios de nivel social, legal, y de derechos humanos.

La referencia es el envío de usuarios de un prestador de servicios a otro. La contra-referencia, o retorno, es cuando el usuario vuelve a donde el prestador de servicios quien lo remitió con información acerca del servicio que recibió.

## Miembros

La mesa está integrada por representantes gubernamentales de la Dirección Regional de Salud V, de los servicios de Atención al Usuario, de los hospitales de la región, así como del Seguro Nacional de la Salud (SENASA), de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), proveedores de salud de los SAI, de la fiscalía, y del tribunal. En la mesa también participan miembros de las ONG Este Amor, ADOPLAFAM, y Jehovah Nisi. El facilitador de la mesa es un representante del proyecto APC.

## Planteamiento

Se identificaron las principales necesidades por tipo de servicios y las instituciones que podrían satisfacer dichas necesidades. Paralelo a este ejercicio en la mesa de trabajo de Coordinación Interinstitucional se identificó que la prioridad era la de hacer una conexión entre los servicios de salud y los SAI, y se tomó la determinación de unir esta mesa de trabajo a la de Referencia y Contra-referencia.

Un diagrama de flujo fue desarrollado para ilustrar cómo funcionaría el sistema interinstitucional de referencia y contra-referencia, (véase anexo I.) El proceso de la creación y la implementación del sistema se dividió en dos fases. En la primera fase se hizo el análisis para identificar necesidades por tipo de servicio, definir procesos, y elaborar instrumentos. La segunda fase incluyó un pilotaje en la provincia San Pedro de Macorís el cual servirá para validar el modelo antes de implementarlo en las otras provincias de la región V.

## Logros

**Desarrollo y pilotaje del sistema de referencia y contra-referencia** en la provincia San Pedro de Macorís. Inicialmente se visitaron 14 instituciones y se identificaron 12 personas a nivel gerencial con las que se socializó el sistema. Se identificó personal en cada institución como agentes focales para darle seguimiento al sistema de referencia y contra-referencia. Por último se elaboró un plan de trabajo para un período

de siete meses en el cual se establecieron metas por tipo de servicio.

**Directorio de Servicios:** La mesa de trabajo de Referencia y Contra-referencia desarrolló un directorio de servicios en San Pedro de Macorís. El directorio está dividido en seis categorías—acceso a servicios, servicios de salud, asistencia legal, asistencia social, y servicios de promoción de asistencia social. Cada categoría tiene una lista de las instituciones que proveen dichos servicios, el horario de atención, y el tipo de población a la que sirve. También se identificó una persona en cada institución que estuviera disponible para responder preguntas acerca de los servicios ofrecidos. En el directorio se presentan los datos de contacto de la persona a cargo de las referencias. El directorio fue distribuido a 16 organizaciones en San Pedro de Macorís.

**Elaboración de una guía** para la validación del directorio. La guía desglosa los tipos de servicios en seis categorías: acceso a servicios de calidad, servicios de salud, asistencia legal, asistencia social a necesidades básicas, asistencia social a necesidades del hogar, y servicios de promoción de asistencia social. Cada categoría tiene la definición de cada servicio para que el llenado del directorio sea uniforme y para que la validación de la información se haga según las definiciones dadas en la guía.

**Formulario de Referencia y Contra-referencia:** Se elaboró un formulario para monitorear las referencias a servicios y las contra-referencias, (véase anexo II.) Los puntos pendientes son la evaluación y el ajuste del sistema de referencia y contra-referencia y la expansión del sistema a las otras cuatro provincias de la región V.

## Lecciones Aprendidas

Cuando se hace el diseño de un sistema de referencia y contra-referencia, el mapeo de los servicios no solo debe incluir servicios de salud, sino además otros servicios que puedan solucionar las diferentes necesidades de la población. Así mismo, se deben identificar miembros del personal en cada institución que provea dichos servicios para que esta persona promueva el sistema de referencia y contra-referencia y le dé seguimiento a las personas que fueron referidas a su organización.

La contra-referencia no debe ser un obstáculo más para el beneficiario. Los obstáculos que puedan impedir la contra-referencia se deben identificar antes de implementar el sistema para que este sea ajustado.

## Desafíos

Aún no se ha identificado una manera que el directorio esté disponible electrónicamente para facilitar el acceso a la información y para que el directorio sea actualizado constantemente.

Factores que afectan la contra-referencia, son el costo del transporte, el cuidado de los niños mientras la usuaria o usuario del servicio se desplaza a recibir el mismo, y los permisos que el paciente debe pedirle a su empleador.

# Mesa de trabajo de Calidad de Servicios

La coordinación para mejorar la calidad de servicios debe de aumentar. Antes de RIE, no existía un enlace entre las ONG y las instituciones gubernamentales que vinculara el trabajo alrededor de la calidad de los servicios de VIH. La mesa de trabajo de Calidad de los Servicios fue creada como un espacio para compartir experiencias, lecciones, metodologías y herramientas con el propósito de mejorar la calidad de los servicios de VIH/SIDA.

## Miembros

Representantes de la Dirección Regional de Salud V, coordinadores de SAI, personal de hospitales del sector público, miembros de la ONG Clínica de Familia (de la provincia La Romana) y miembros de la ONG Clínica Esperanza y Caridad (de la provincia San Pedro de Macorís). El facilitador de la mesa es un representante del proyecto APC.

## Planteamiento

Elaboración de planes de mejora de la calidad a partir de las necesidades identificadas a través de análisis situacionales efectuados en los establecimientos de salud de la región V, incluyendo los resultados de encuestas de satisfacción de los usuarios.

## Logros

Se elaboró una **encuesta de satisfacción del usuario** para identificar brechas y oportunidades para mejorar la calidad de los servicios. La encuesta inicial para establecer la línea base se realizó en 11 SAI de la región V. Posteriormente se hicieron encuestas de satisfacción del usuario en cinco SAI de los hospitales provinciales. Gerentes y técnicos del SRS-V fue capacitado para medir la **adherencia al tratamiento de VIH,** usando los historiales de dispensación de medicamentos de los usuarios.

También se logró la **sensibilización del personal de salud** dirigido a todos los proveedores de salud en temas como la adherencia al tratamiento y la atención al usuario. Estas capacitaciones se realizaron en seis hospitales. También se hicieron jornadas de sensibilización con organizaciones de base comunitaria para mejorar los servicios de prevención y atención a las poblaciones clave.

Otro logro que resultó de la mesa de trabajo de Calidad de Servicios son las **mediciones periódicas del nivel de cumplimiento de los estándares de calidad** siguiendo las normas nacionales de calidad para la atención a personas con VIH/SIDA.

En el Hospital Provincial Teófilo Hernández en el Seibo, se **remodeló el SAI** con el fin de mejorar las instalaciones donde las personas que viven con VIH reciben servicios. Este fue un esfuerzo de colaboración y coordinación entre la Dirección Regional de Salud V, el proyecto APC, la ONG ADOPLAFAM, la Clínica de Familia, y las directivas del hospital y del SAI.

En la remodelación del SAI, se instalaron fuentes de agua, aires acondicionados, y archivadores de metales para los historiales

médicos. También se instalaron televisores, sillas, y mesas para la sala de espera. Por su parte la regional hizo mejoras en la estructura física del espacio como la remodelación de los pisos y la reparación de los desagües.

La instalación de **buzones de sugerencias** es otro logro de la mesa de trabajo de Calidad de los Servicios. Los buzones se colocaron en cuatro hospitales y un SAI—Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Hospital Municipal Dr. Ángel Ponce, Hospital Municipal Dr. Alejo Martínez, Hospital Municipal Dr. Pedro María Santana y en el SAI de Verón.

## Lecciones Aprendidas

Un ejemplo de buena práctica, donde hay varias lecciones aprendidas, es la relación que se forjó entre el Hospital Provincial Teófilo Hernández en el Seibo y la ONG Clínica de Familia. Este fue el primer caso, dentro del marco de RIE, que ilustra como una relación público-privada puede llegar a tener un impacto positivo en los servicios de salud. APC y la Regional de Salud V facilitaron un enlace de colaboración entre la Clínica de Familia y el hospital provincial. Por medio de este mecanismo de colaboración la Clínica de Familia dio asistencia técnica al personal del hospital para desarrollar un plan de mejora continua de la calidad.

La Clínica de Familia hizo una medición de los tiempos de espera de los beneficiarios, hizo encuestas de satisfacción de los usuarios, y guío al personal del SAI en hacer una autoevaluación acerca de la calidad de los servicios. Durante estas actividades de valoración se establecieron áreas donde se podía mejorar la calidad de los servicios. Por ejemplo, se identificó que las mujeres embarazadas eran las únicas que tenían acceso a recibir los resultados de la prueba de VIH el mismo día, que el personal de emergencia prefería no tramitar el ingreso de pacientes con VIH, y que las condiciones físicas del SAI estaban muy deterioradas.

Los resultados de las actividades de valoración se usaron para establecer una línea de base que se usó para diseñar el plan de mejora del hospital. La Clínica de Familia también capacitó al personal del hospital en temas de gestión de la calidad de los servicios. Se hicieron charlas de sensibilización del personal y el hospital elaboró los códigos de los derechos de los usuarios. Las capacitaciones y el uso de los derechos de los usuarios no solamente fueron dirigidos al SAI, sino al resto del personal del hospital, lo cual ayudó a mejorar la calidad de los servicios, tanto para las poblaciones clave como para la población en general.

El SAI ahora tiene **disponible los resultados de la prueba de VIH el mismo día,** se **aumentó el personal de laboratorio,** y se impuso el **cumplimiento de los horarios del personal médico.** Estas mejoras han contribuido a que el tiempo de espera de los usuarios sea menor.

Gracias al apoyo que el SAI recibió de la directora del hospital se logró que el plan de mejora se implementará en todo el hospital, no solo en el SAI. El personal de diferentes

áreas del hospital participó en la sensibilización para mejorar la calidad de los servicios para las personas clave y con VIH. El proceso no fue fácil y en un principio hubo resistencia por parte del personal médico pero con el apoyo de la directora del hospital y la gerente del SAI, el personal del hospital ahora está dispuesto a brindarle servicios más amigables a las personas que viven con VIH y a beneficiarios de poblaciones clave. Esta es una lección aprendida fundamental. Si las herramientas solo se implementan en el SAI la responsabilidad de la ejecución del plan de mejora solo caerá en unos pocos, algo que no propicia la sostenibilidad. Las directrices deben de venir desde los directivos de los hospitales y varias personas deben estar involucradas en el proceso de implementación de la estrategia.

## Desafíos

Aunque se cuenta con el apoyo de las directivas en el Hospital Teófilo Hernández para la continuación del plan de mejora, las rotaciones de los proveedores de salud presentan un desafío cuando se trata de involucrar a más personal que sirvan como embajadores fijos de la estrategia. Si RIE se adoptara a nivel nacional, cada hospital público recibiría a los proveedores de salud en rotación presentándoles el plan de mejora del hospital y cuáles son las áreas que se están trabajando en el momento. En el Hospital Teófilo Hernández se lograron varias mejoras pero se necesita que más personal esté involucrado en seguir el plan de mejora de servicios para que la implementación de la estrategia sea sostenible.

En el Hospital Teófilo Hernández desde hace tres años no hay escasez de ARV. Sin embargo, un desafío que obstaculiza el tratamiento de las personas que viven con VIH es la falta de una farmacia que le brinde medicamentos para el tratamiento de enfermedades e infecciones oportunistas. La farmacia que proveía estos servicios para las personas que viven con VIH fue trasladada a la clínica que funciona en Villa Guerrero y muchos de los beneficiarios no tienen los fondos suficientes para el transporte o para pagar el precio completo de los medicamentos en la farmacia del hospital. Parte de la mejora de la calidad de los servicios requiere que los insumos estén disponibles para los beneficiarios ya que una infección o una enfermedad que se deje sin tratar presenta un riesgo mayor para las personas inmunocomprometidas.

*"El entrenamiento de gestión de la calidad no solamente va a ayudar a los usuarios pero también va a fomentar un mejor amiente laboral."–**Dra. Mariana Paredes, Gerente del SAI, Hospital Teófilo Hernández***

# Adecuación del SAI, Hospital Teófilo Hernández, El Seibo

Foto Crédito: Proyecto APC

# Mesa de trabajo para abordar el Estigma y la Discriminación

Los casos de estigma y discriminación influyen en la evasión de recibir servicios por parte de las poblaciones clave, en el abandono del tratamiento, en el aislamiento social, y contribuye a la baja autoestima de los usuarios afectados. La mesa para abordar el estigma y la discriminación fue creada con el propósito de garantizar el acceso a servicios amigables y de alta calidad independiente de las condiciones del usuario como miembros de poblaciones clave o personas viviendo con VIH.

## Miembros

La mesa para abordar el estigma y la discriminación está conformada por representantes de organizaciones de base comunitaria como Grupo de Apoyo Este Amor, y la Fundación Jehová Nisi, la Clínica de Familia, y la Clínica Esperanza y Caridad, representantes de la ONG ADOPLAFAM, miembros de hospitales públicos de la región, y un representante de APC.

## Planteamiento

Crear un espacio donde miembros de poblaciones clave, representantes de la regional de salud, y directores de hospitales analicen en conjunto las problemáticas de estima y discriminación y la violencia basada en género. Aunque APC ya venía trabajando la abogacía por los derechos humanos y las políticas de anti-discriminación con sus socios, RIE sirvió como marco de coordinación para que las jornadas de sensibilización, el desarrollo de los derechos de los usuarios, y otros componentes fueran directrices dadas por la regional de salud V.

## Logros

En los hospitales Dr. Francisco A. Gonzalvo en la provincia La Romana, Teófilo Hernández en la provincia El Seibo, Nuestra Señora de La Altagracia en la provincia La Altagracia, Antonio Musa en la provincia San Pedro de Macorís, Leopoldo Martínez en la provincia Hato Mayor, y en la clínica de Verón en la provincia La Altagracia, se hicieron **sensibilizaciones para el personal médico** para mejorar los servicios cuando se atienden usuarios de poblaciones clave y personas que viven con VIH. En conjunto con los directivos de los hospitales se desarrollaron **políticas anti-discriminatorias** las cuales abarcan una lista de normas de los derechos de los usuarios que fueron puestas en diferentes lugares visibles de los hospitales, así como el desarrollo de un **formulario para la documentación de casos de estigma y discriminación**, (véase anexo III).

Se formaron comités intrahospitalarios para la documentación y el seguimiento de casos de estigma y discriminación en cinco hospitales y dos clínicas pre citados. Dichos comités identifican, analizan, y resuelven casos de estigma y discriminación que se pueden presentar en esos establecimientos. Estos comités están compuestos por

personas de las poblaciones clave y personal del centro de salud.

Durante la implementación de RIE, ocho casos de estigma y discriminación que se identificaron por medio del comité intrahospitalario se han presentado en la mesa de trabajo. Los casos se estudian y se proponen recomendaciones tales como mecanismos de veeduría, ampliar la sensibilización del personal, y aplicar sanciones disciplinarias.

Cuando se desarrolló la encuesta de satisfacción del usuario, la mesa de calidad de servicios consultó con la mesa para abordar el estigma y la discriminación con la intención de incluir elementos de estigma y la discriminación en la encuesta y así poder monitorear más de cerca la mejora de la calidad de los servicios.

## Lecciones Aprendidas

El compromiso a nivel directivo de los hospitales es un elemento fundamental para el éxito de las actividades de sensibilización y capacitación de los proveedores de servicios de salud. En el caso del hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo, la directora del hospital le abrió las puertas a una mujer trans que trabaja para la organización de base comunitaria Grupo de Apoyo Este Amor para que hiciera las jornadas de sensibilización. Sin el apoyo de la directora del hospital el resultado de las jornadas hubiera sido incierto.

En la mesa de trabajo para abordar el Estigma y Discriminación se le dio voz a miembros de poblaciones clave, para que colaboraran con directivos de hospitales y con la regional de salud, a los fines de formular una respuesta viable y sostenible a las problemáticas de estigma y discriminación y a la violencia basada en género. Este tipo de colaboración que surge a partir de las interacciones entre actores donde se proponen y se implementan soluciones es el propósito de RIE.

## Desafíos

La capacitación del personal médico debe ser periódica para que se pueda crear una cultura donde no existan casos de estigma y discriminación cuando se le brinden servicios a la población. Las capacitaciones que se realizaron durante RIE solo alcanzan a un bajo número de personal del cual un gran porcentaje está en rotación o son estudiantes que están realizando pasantías temporales.

La disminución de casos de estigma y discriminación debe ocurrir no solamente en el sector de salud. Las jornadas de sensibilización y capacitación deberían realizarse en otras organizaciones que presten otro tipo de servicios a las poblaciones clave para aprovechar el ímpetu que se está ganando en el sector de salud en la región del este.

*"Cuando la cabeza del hospital está interesada [en la sensibilización] todo funciona." –**Lupita Raposo, Promotora de Salud, Grupo Este Amor y facilitadora de las jornadas de sensibilización***

# Políticas anti-discriminatorias Hospital Teófilo Hernández, El Seibo

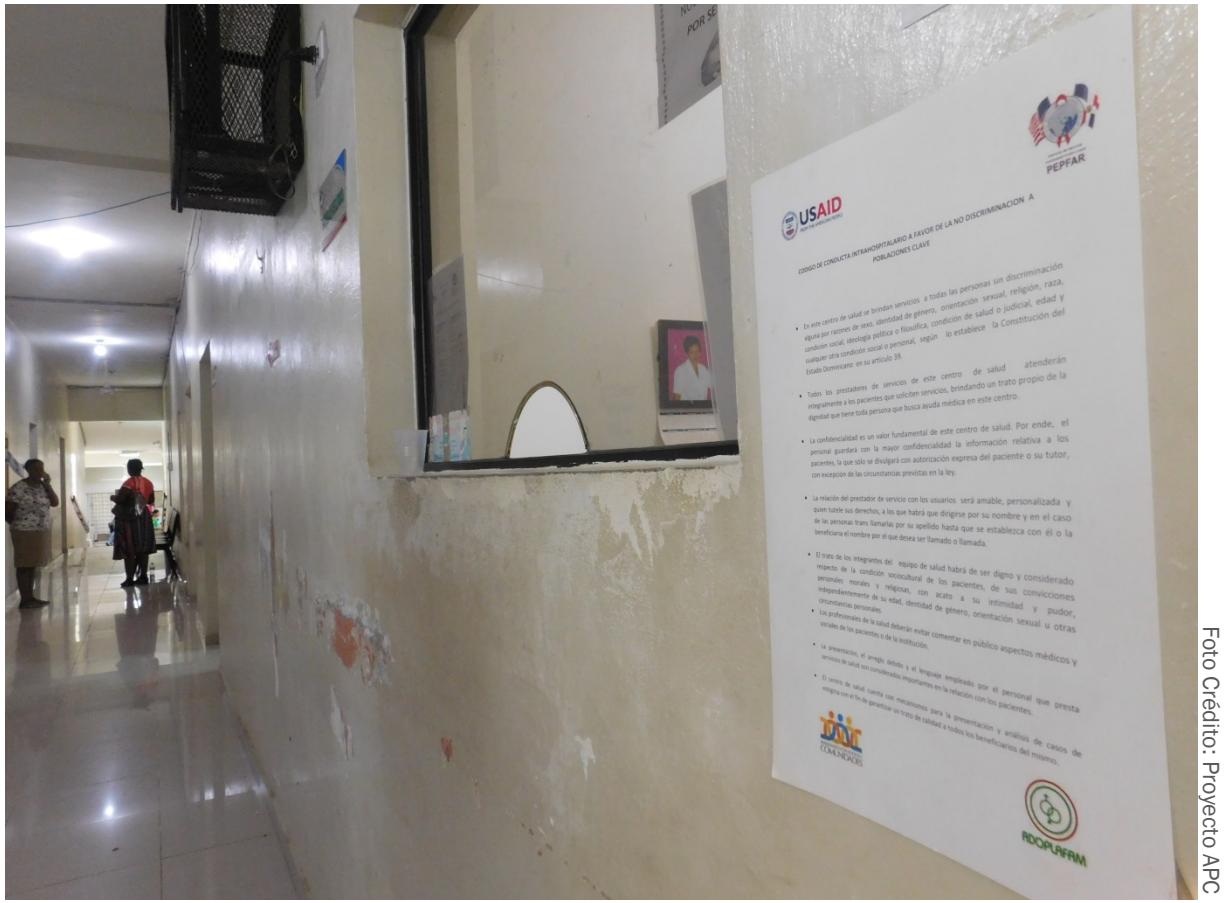



Foto Crédito: Proyecto APC

# Mesa de trabajo de Monitoreo y Evaluación

La Mesa de Trabajo de Monitoreo y Evaluación surge por la necesidad de desarrollar un espacio donde se involucraran los encargados de programas de los SAI y los encargados de programas de las provincias, para analizar la situación de la epidemia del VIH en la región V de forma estandarizada y periódica.

## Miembros

La mesa de trabajo de Monitoreo y Evaluación está conformada por la encargada del área de monitoreo y evaluación del SRS-V, coordinadores de zona del SRS-V, oficiales de monitoreo y evaluación de la ONG ADOPLAFAM, encargados de los SAI, y el oficial de monitoreo y evaluación de APC.

## Planteamiento

Existen diferentes herramientas que se usan para la recolección de datos de los indicadores nacionales de VIH a nivel regional. Sin embargo esto presenta un desafío cuando se quiere mejorar la calidad de los datos y calibrar los instrumentos de medición.

El análisis de los datos se facilitaría si se armonizaran las herramientas y si se midiera la calidad de los datos recolectados. Aparte de armonizar las herramientas también se identificó la necesidad de desarrollar un instrumento para recoger datos de las poblaciones clave. La mesa de trabajo de Monitoreo y Evaluación pretendía crear vínculos directos entre la Dirección Regional de Salud V, las ONG, y los hospitales públicos, para mejorar la gestión y establecer un sistema de monitoreo y evaluación funcional.

## Logros

La mesa de trabajo de Monitoreo y Evaluación realizó varias actividades, incluyendo un **taller para mejorar la calidad de los datos y el manejo y uso de la información para la toma de decisiones.**

También realizó sesiones de trabajo donde participaron todos los encargados de los SAI de la región V para **crear vínculos directos y mejorar la gestión de la recolección de datos.**

En esta mesa de trabajo **se revisaron formularios institucionales que se usan para recoger la información de VIH.** Se realizaron talleres para mejorar la calidad de los datos y el manejo de la información para tomar decisiones fundadas y planear de forma estratégica.

Se capacitó el personal de monitoreo y evaluación en el **uso de la herramienta Proceso para el Diagnóstico de la Calidad de Datos Rutinarios** (RDQA por sus siglas en Inglés), con el fin de verificar la calidad de los datos reportados y evaluar la capacidad de los sistemas de gestión de datos.

## Lecciones Aprendidas

Se identificaron áreas de mejora para fortalecer los mecanismos de la recolección de datos como la necesidad de crear una base de datos común para reportar los datos a la regional de salud.

También se hizo la socialización y definición de indicadores de la situación de VIH, un ejercicio de análisis de los indicadores, y se identificó la necesidad de reportar los datos de las pruebas de VIH por tipo de población.

## Desafíos

Aunque se alcanzaron varios logros en el área de monitoreo y evaluación, aún hace falta mucho camino por recorrer para mejorar el reporte de las fuentes de información y generación de datos.

Todavía falta estandarizar el instrumento de recolección de datos de VIH e implementar su uso en la región V. A medida que se implemente el uso del instrumento se debe establecer la metodología y la periodicidad de las reuniones donde se analizarán los datos y se planeará el seguimiento de las actividades.

Ya que se hicieron las capacitaciones para usar la herramienta RDQA el próximo desafío será el uso periódico de la herramienta en los diferentes niveles que componen la Región V de salud. El uso continuo del RDQA ayudará a medir la calidad de los datos recolectados para establecer planes de mejora con la meta de alcanzar una calidad óptima de los datos.

# Conclusión

Representante de la Regional de Salud-V llenando una encuesta de satisfacción de usuario del Hospital Doctor Antonio Musa, San Pedro de Macorís.
Crédito de la Fotografía: Proyecto APC

# Conclusión

**El pilotaje RIE fortaleció la respuesta al VIH en la región de salud V de diferentes maneras.** Esta experiencia de coordinación multisectorial creó un espacio para el diálogo--el cual fue facilitado por APC--entre entidades que están a la vanguardia para la reducción del VIH en la República Dominicana pero que muy rara vez tienen la oportunidad de identificar obstáculos y diseñar estrategias en conjunto. Usar RIE sirvió como un compás de navegación que guío la coordinación entre las ONG, las organizaciones de base comunitaria, la sociedad civil, y la Dirección Regional de Salud V.

La participación de los diferentes actores en las mesas de trabajo creó un espacio dinámico donde líderes de poblaciones clave, personal de hospitales, y miembros de la regional de salud asumieron el compromiso de encontrar soluciones viables que beneficien a las poblaciones más afectadas por el VIH. Esa interacción entre las personas que representan diferentes entidades es lo más valioso del pilotaje RIE, ya que es de allí donde surge la manifestación de un problema y se llega a una solución por medio del intercambio de experiencias entre los grupos diversos que conforman las mesas de trabajo.

Durante el pilotaje RIE, se alcanzaron varios logros como a) el desarrollo e implementación de planes de mejora para darle un mejor servicio a las poblaciones clave y a las personas con VIH, b) la movilización de recursos en el caso de la remodelación del SAI del hospital Teófilo Hernández, c) la formación de comités intrahospitalarios para la documentación de casos de estigma y discriminación, d) el desarrollo y adopción de normas antidiscriminatorias, e) la capacitación del personal médico en la medición de la adherencia, f) la elaboración de un sistema multisectorial de referencia y contra-referencia, g) la capacitación del personal de M&E en la herramienta RDQA para la mejora de la calidad de los datos, h) la identificación de la necesidad de armonizar las herramientas de recolección de datos.

Otro logro a resaltar es la colaboración entre los diferentes hospitales. Por ejemplo, durante reuniones de las mesas de trabajo se dieron casos en que la directiva de un hospital expresó no tener curas. La directiva de otro hospital propuso entregarle curas ya que tenían exceso de curas en este hospital.

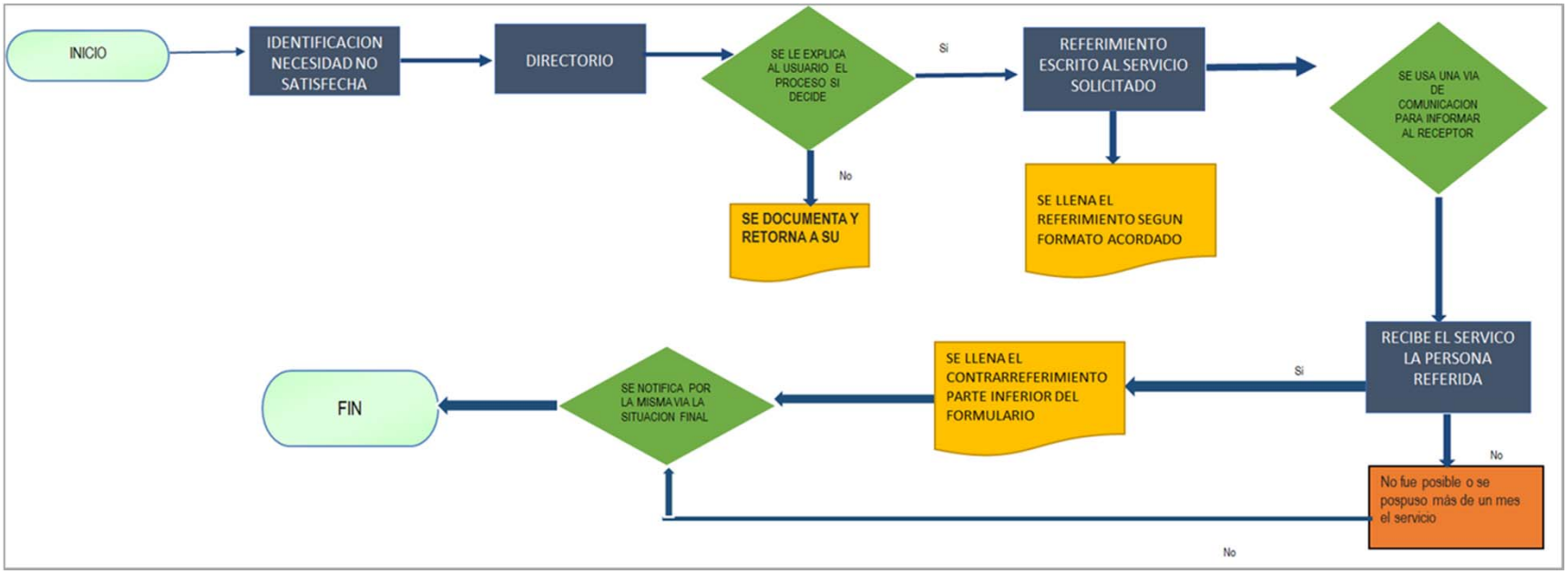
Cuando se elaboró este informe de las lecciones aprendidas del pilotaje RIE, fue evidente que los actores tanto gubernamentales como no-gubernamentales deseaban continuar implementando la estrategia RIE. Aunque varios elementos de RIE ya fueron integrados en el plan anual del SRS-V, el espacio que propicia el intercambio de ideas y la colaboración entre diferentes actores es indispensable para fortalecer la respuesta al VIH/SIDA.

La voluntad de Dirección Regional de Salud V combinado con las diversas experiencias y conocimientos de cada persona que participó en el pilotaje RIE, resultó en la colaboración multisectorial público-privada, que unió esfuerzos independientes en una sola voz fortaleciendo la respuesta al VIH.

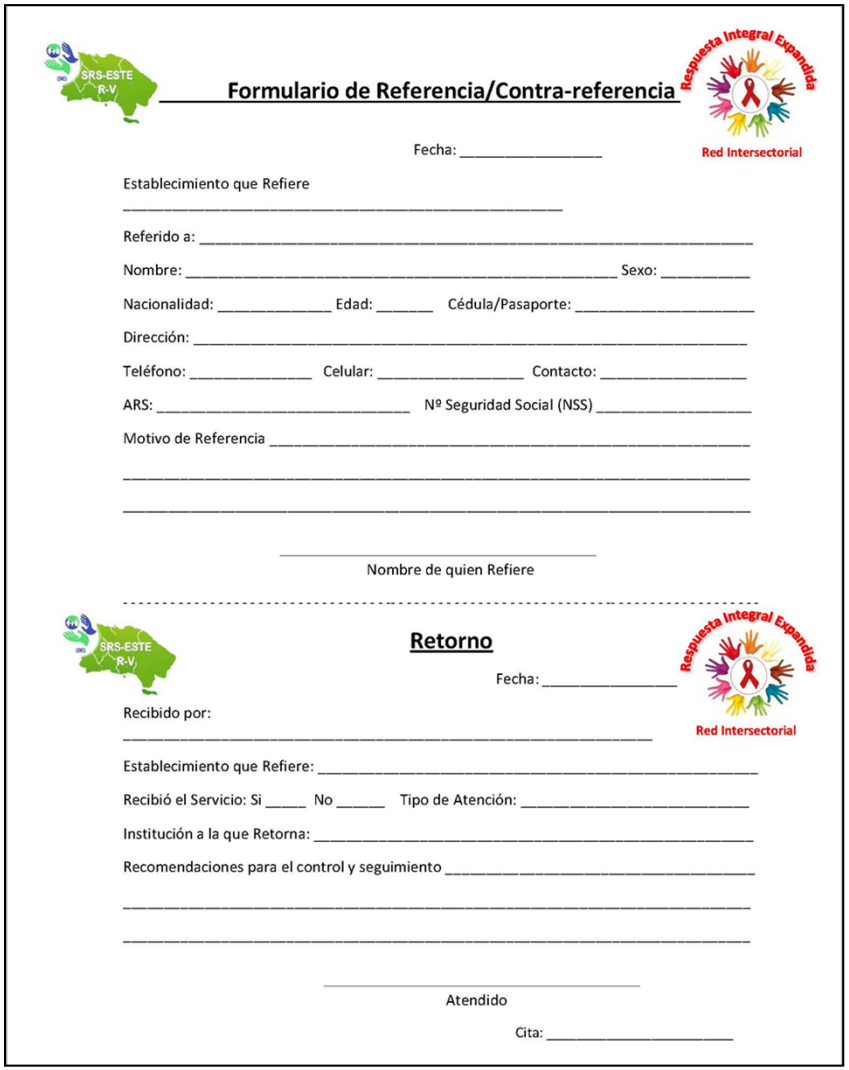
# Anexos

Dra. Wendy Gálvez prestando servicios de salud a un usuario de la Clínica de Familia, La Romana.
Crédito de la Fotografía: Proyecto APC y Clínica de Familia

# I. Diagrama de flujo del sistema Referencia y Contra-referencia



# II. Formulario Referencia y Contra-Referencia



SRS-ESTE R-V

**Formulario de Referencia/Contra-referencia**

Respuesta Integral Expandida

Red Intersectorial

Fecha: _____

Establecimiento que Refiere

_____

Referido a: _____

Nombre: _____ Sexo: _____

Nacionalidad: _____ Edad: _____ Cédula/Pasaporte: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Contacto: _____

ARS: _____ Nº Seguridad Social (NSS) _____

Motivo de Referencia _____

_____

_____

_____

Nombre de quien Refiere

---

SRS-ESTE R-V

**Retorno**

Respuesta Integral Expandida

Red Intersectorial

Fecha: _____

Recibido por:

_____

Establecimiento que Refiere: _____

Recibió el Servicio: Si _____ No _____ Tipo de Atención: _____

Institución a la que Retorna: _____

Recomendaciones para el control y seguimiento _____

_____

_____

_____

Atendido

Cita: _____

# III. Formulario para documentación de casos de E&D en los servicios de salud

**FORMULARIO PARA LA DOCUMENTACION DE CASO DE ESTIGMA Y DISCRIMINACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Generales**

**Nombre o código de la persona que presenta el caso**_____

**Fecha en que se documenta el caso**_____

**Nombre del centro de salud donde sucedió el caso reportado** _____

**Provincia donde está ubicado el centro de salud**_____

**Documentación de caso**

Fecha en que se sucedió el caso_____

**De la siguiente lista, marque con una X en los enunciados que se corresponden con el caso de estigma y discriminación.**

Negación de entrada al centro de salud

Negación de consulta médica.

Negación de tratamiento.

Aislamiento o retardo de la consulta o tratamiento.

Maltrato físico.

Maltrato verbal.

Ruptura de confidencialidad.

Otro _____

**El acto de discriminación fue cometido por:**

| Personal | Área del Centro al que pertenece |
|---|---|
| Médico | |
| Enfermera | |
| Personal de laboratorio | |
| Portero | |
| Personal de limpieza | |
| Directivo del hospital | |
| Otro | |

**Argumentación del caso**

Narre con sus palabras el hecho sucedido.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Notifico usted a alguna autoridad del centro de salud sobre la situación de discriminación que sufrió.

Sí _____ No_____

En caso de su respuesta ser afirmativa:

¿A quién le notificó?: _____

Si su respuesta es afirmativa, comente sobre los resultados de su denuncia.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Observaciones**

_____
_____
_____
_____
_____

Nombre de la persona que apoyo la documentación del caso

_____

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

DOMINICANS AND AMERICANS IN PARTNERSHIP TO FIGHT HIV/AIDS
PEPFAR

AVANZANDO CON SOCIOS Y COMUNIDADES

JSI
JSI Research & Training Institute, Inc.