



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DOMINICANA

**SALUD PÚBLICA**

# INFORME DE MEDICIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA, 2020

SANTO DOMINGO  
REPÚBLICA DOMINICANA



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DOMINICANA  
**SALUD PÚBLICA**

# **INFORME DE MEDICIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA, 2020**

República Dominicana  
Noviembre, 2024



**SALUD PÚBLICA**

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

**Título original**

Informe de Medición del Gasto en Tuberculosis en la República Dominicana, 2020

**Coordinación Editorial**

Viceministerio de Salud Colectiva

**Formato gráfico**

Enmanuel Trinidad. Dirección de Normas, Guías y Protocolos, MISPAS

**eISBN:** 978-9945-644-86-9

**Primera edición**

Noviembre, 2024

Santo Domingo, República Dominicana

Se agradece el involucramiento, participación y respuesta de todos los actores clave contactados que constituyeron una canal para la obtención de datos de fuentes primarias y secundarias.

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



## **Autoridades**

**Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**  
Ministro de Salud Pública

**Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio**  
Viceministro de Salud Colectiva

**Dr. José Antonio Matos Pérez**  
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

**Dr. Miguel Rodríguez Viñas**  
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

**Lcda. Raysa Bello Arias de Peña**  
Viceministra de Asistencia Social

**Dr. Fernando Ureña González**  
Viceministro de Salud Pública

## **EQUIPO RESPONSABLE**

**Ricardo Alberto Elías Melgen.** Director de Gestión de Salud de la Población

**Dra. Clara de la Cruz.** Coordinadora Técnica Programa de Tuberculosis

**Dra. Altagracia Milagros Peña González.** Directora de Normas, Guías y Protocolos

## **EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR**

### **Programa de Tuberculosis**

**Anyeli García.** Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica

**María Rodríguez.** Médico coordinador de TB-DR

### **Servicio Nacional De Salud**

**Yaneiris Cuevas.** Programa de TB

**Ilka González.** Directora de Planificación

**Merary Encarnación.** Encargada Programa VIH

**Francia Matos Segura.** Apoyo técnico recolección de datos

**Julio C. Mieses Ramírez.** Apoyo análisis económico

### **Equipo De Consulta Externa**

**Dania Guzmán Sánchez.** Investigadora

## **ASESORÍA Y VIABILIDAD JURÍDICA, METODOLÓGICA Y SANITARIA**

### **Dirección de Normas Guías y Protocolos**

**Lcda. Anel Payero González.** Coordinadora Técnica Legal

**Dra. Ibsen Veloz Suarez.** Encargada de Reglamentación Sanitaria

**Dra. Judhy Astacio.** Analista de Documentación Sanitaria

**Lcda. Dayanara Lara Vittini.** Analista de Documentación

## CONTENIDO

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS .....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. JUSTIFICACIÓN .....	10
3. PANORAMA DE LA TUBERCULOSIS EN EL CONTEXTO GENERAL DE AMÉRICA LATINA Y LA REPUBLICA DOMINICANA.....	10
3.1 La Tuberculosis en el Contexto Internacional.....	10
3.2 La Tuberculosis en el Contexto Nacional .....	17
4. FINANCIAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE PONER FIN A LA TUBERCULOSIS EN REPÚBLICA DOMINICANA .....	18
4.1 Contexto del financiamiento relacionado con la Tuberculosis y la medición del gasto .....	18
4.2 Financiamiento para la atención a la TB en República Dominicana .....	19
5 MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO DE LA MEDICIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS (MEGATB).....	30
5.1 Aspectos conceptuales de los estudios de medición de gasto .....	30
5.2 Fuentes de información para la estimación del gasto en tuberculosis en República Dominicana .	42
5.3 Limitaciones de los datos de las intervenciones relacionadas con la tuberculosis.....	47
6. CRITERIOS Y METODOLOGÍA DE COSTOS PARA LA ESTIMACIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS EN REPÚBLICA DOMINICANA .....	48
6.1 Datos para la estimación del gasto en prevención de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020.....	48
6.2 Datos para la estimación del gasto en atención y tratamiento de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020.....	51
6.3 De los datos en coinfección TB-VIH.....	73
6.4 Limitaciones de los datos para la estimación del gasto de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020 .....	76
7 RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS EN REPÚBLICA DOMINICANA .....	76
7.1 Estimación del gasto en prevención de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020.....	76
7.2 Estimación del gasto en detección y diagnóstico de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020 .....	77
7.3 Estimación del gasto en profilaxis o terapia preventiva ambulatoria de la TB en República Dominicana al 2020 .....	78
8. GLOSARIO .....	79
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	83
10.ANEXOS .....	85

## SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AF	Agente de Financiamiento
ALC	América Latina y el Caribe
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
BCRD	Banco Central de la República Dominicana
CGTB	Categoría de Gasto en Tuberculosis
CONAVIHSIDA	Consejo Nacional para el VIH y el Sida
DPS	Dirección Provincial de Salud
EF	Esquema de Financiamiento
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENDESA	Encuesta Demográfica de Salud
ENGIH	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares
FF	Fuente de Financiamiento
IEF	Ingresos a los Esquemas de Financiamiento
IGRA	Interferón gamma
IPC	Índice de Precios al Consumidor
ISFL	Instituciones Sin Fines de Lucro
MDR	Multi Drogo Resistente
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MEGATBRD	Medición del Gasto en Tuberculosis en la República Dominicana
MES	Modalidad de Entrega de Servicios
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NASA	Asistencia Nacional de Gastos para el SIDA (por sus siglas en ingles)
OAI	Oficina de Acceso a la Información
OCI	Organismos de Cooperación Internacional
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadística
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEN TB	Plan Estratégico Nacional de la Respuesta a la Tuberculosis
PETPJ	Plan Especial Transitorio de Pensionados y Jubilados
PoR	Presupuestos Orientados a Resultados
PSC	Programas de Salud Colectiva
PSF	Pruebas de Sensibilidad a Fármacos
PSS	Prestador de Servicios de Salud
RC	Régimen Contributivo
RD	República Dominicana
RNTB	Respuesta Nacional a la TB
RS	Régimen Subsidiado
SCS	Sistema de Cuentas de Salud
S.C.O.	Sin Clasificar en Otra categoría
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social

SEEPROS	Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SHA	Sistemas de Cuentas en Salud (por sus siglas en ingles)
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SIOE	Sistema de Análisis Operacional y Epidemiológico
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SNS	Servicio Nacional de Salud
SPD	Sistema Presupuestario Dominicano
SRS	Servicio Regional de Salud
TB	Tuberculosis
TARV	Tratamiento Antirretroviral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	Organización Mundial de la Salud (por sus siglas en ingles)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

## 1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud constituyen unidades de análisis, estudio y comparación, sobre todo en el ámbito de las inversiones que realiza el Estado para proporcionar salud y bienestar a su población, pero principalmente, sirven como base el estudio y modificación de las reformas de salud, el diseño de las políticas públicas, y la definición de intervenciones tanto de salud individual como de salud colectiva.

De igual manera aportan información sobre el avance en el financiamiento para el alcance de las metas e indicadores establecidos en las estrategias de desarrollo, los objetivos de desarrollo sostenible y los compromisos asumidos por los países en el contexto regional y mundial.

Algunos autores resaltan que en las últimas décadas los sistemas de salud de diferentes países han observado demandas crecientes de bienes y servicios vinculados a la atención en salud, lo cual ha incrementado en forma sostenida el gasto total en salud en términos nominales, como en porcentajes del producto bruto interno (PIB). Entre las posibles causas de las mayores demandas se destacan: el envejecimiento poblacional, las innovaciones biomédicas, y los costos asociados a la atención de enfermedades no transmisibles (en países más desarrollados), la atención de enfermedades infecciosas (en países de menor desarrollo) y la atención de enfermedades catastróficas.

Las mediciones de gasto para enfermedades particulares tienen su sustento en la metodología desarrollada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), para la medición del gasto en Sida (MEGAS); por lo cual, las clasificaciones taxonómicas del MEGAS sirven de marco de referencia para la identificación de dimensiones, categorías de gastos, variables, en fin, el flujo del financiamiento y gasto en la respuesta nacional para la prevención y control de la TB, una vez efectuadas las adecuaciones metodológicas.

El presente informe, recoge la metodología utilizada para la estimación del gasto en Tuberculosis en la República Dominicana presentado las instituciones que conforman las diferentes dimensiones.

## 2. JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional resulta importante conocer el financiamiento y gasto en TB, pues debido al crecimiento sostenido del gasto en salud observado a nivel mundial ha dado lugar a la necesidad de asignar eficientemente los recursos, con lo cual, incide en la elegibilidad de los países como el nuestro, clasificados como de ingreso medio, a ser receptores de financiamiento por parte de Organismos de Cooperación Internacional, tales como el Fondo Mundial.

En efecto, en el año 2015, la República Dominicana entró en la clasificación del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/Sida, la Tuberculosis y la Malaria como país de ingresos medio – altos. Concomitantemente, la carga de tuberculosis del país pasó de “elevada” a “moderada”, lo cual influyó en que fuese elegible para una asignación final de financiamiento de transición para el periodo 2019-2021, lográndose una extensión al primer semestre 2022 por la disponibilidad de fondos. Estos fondos de transición se orientaban a respaldar actividades que favorecieran la transición total al financiamiento domestico de las actividades que estaban siendo apoyadas por el Fondo Mundial.

Dicha situación conlleva a que los tomadores de decisiones en el sector salud cuenten con evaluaciones económicas que constituyen una valiosa herramienta de apoyo a la definición de políticas, resoluciones o proyectos con impacto programático y financieros para la continuidad de las intervenciones que a la fecha hayan sido cubiertas con fondos externos o gastos de bolsillos de los hogares.

De esta manera, con el MEGATBRD puede identificarse el nivel de cumplimiento del Gobierno Dominicano en asumir lo comprometido y cubrir los gastos relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y Control la tuberculosis, una patología que, por sus características, forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

## 3. PANORAMA DE LA TUBERCULOSIS EN EL CONTEXTO GENERAL DE AMÉRICA LATINA Y LA REPUBLICA DOMINICANA

### 3.1 La Tuberculosis en el Contexto Internacional

La reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la TB que se celebró el 26 de septiembre del 2018 concluyó con una declaración política acordada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. En ella se reafirmaron los compromisos vigentes de los ODS y de la Estrategia Fin de la TB de la OMS. En la declaración política de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas se incluyeron, entre otros, los siguientes compromisos mundiales.<sup>(1)</sup>

- Tratar con éxito a 40 millones de personas afectadas por TB entre el 2018 y el 2022, con atención especial a las personas vulnerables y a las poblaciones marginadas
- Proporcionar tratamiento preventivo al menos a 30 millones de personas para 2022
- Recaudar al menos USD 13 000 millones anuales para el acceso universal al diagnóstico, tratamiento y atención de la TB para el 2022, y
- Movilizar al menos USD 2.000 millones anuales para la investigación de la TB.

Con base a esto, se fijaron metas e indicadores para la Región de las Américas (ALC) que se recogen en el cuadro siguiente:

CUADRO: Indicadores mundiales y metas para el fin de la TB						
Indicadores Mundiales	Línea de Base	Situación actual	Hitos		Metas ODS	Meta Estrategia Fin de la TB
	2015	2018	2020	2025	2030	2035
Reducción del número de muertes por TB, en comparación con el 2015 (porcentaje y valor correspondiente)	24,900	22,900	35% 16,200	75% 6,200	90% 2,500	95% 1,250
Reducción de la tasa de incidencia* de la TB, en comparación con el 2015 (porcentaje y valor correspondiente)	27.5	28.7	20% 22.0	50% 13.8	80% 5.5	90% 2.8
Porcentaje de hogares afectados que tienen que hacer frente a costos catastróficos debidos a la TB	N.D.	N.D.	0	0	0	0
N.D.: no disponible			* Tasa por 100,000 habitantes			
Fuente: Elaborador a partir de los Indicadores de Tuberculosis en América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud, 2020						

Para 2020 la OMS estimó:



291.000 casos nuevos y 27.000 muertes por TB. Las muertes por TB aumentaron en 3.000 en 2020 en comparación con 2019 debido a la pandemia por COVID-19.



197.364 casos nuevos, con un 68% de cobertura de tratamiento, inferior a lo reportado en el 2019 del 82% casos nuevos de TB.



155.207 personas con TB que conocían su estado de VIH (79%), evidenciando una preocupante tendencia a la baja en los últimos tres años.



3.900 personas que iniciaron tratamiento para TB farmacorresistente, 10% menos que en el 2019.

Más recientemente (2021), la OMS estimó que en el mundo, de 10 millones de personas con TB, 815.000 estarían coinfectadas con VIH (8%). Para la Región de Las Américas, la OMS estimó 290.000 casos nuevos de tuberculosis, de los cuales 29.000 casos nuevos de TB eran en personas con VIH (10%). De las muertes estimadas en 2019 (22.900), el 26% ocurrió en personas con VIH. El 80% de los casos con TB/VIH se concentra en 7 países: Brasil, México, Haití, Perú, Colombia, República Dominicana y Ecuador.

Durante ese periodo en ALC se notificaron:

- 235,600 casos nuevos de TB.
- 187, 956 personas con TB conocían su estado de VIH (80%), manteniéndose este porcentaje estable en los últimos 5 años.
- 20,124 personas con TB presentaron coinfección con VIH.
- 61% de las personas con TB/VIH recibieron TAR.

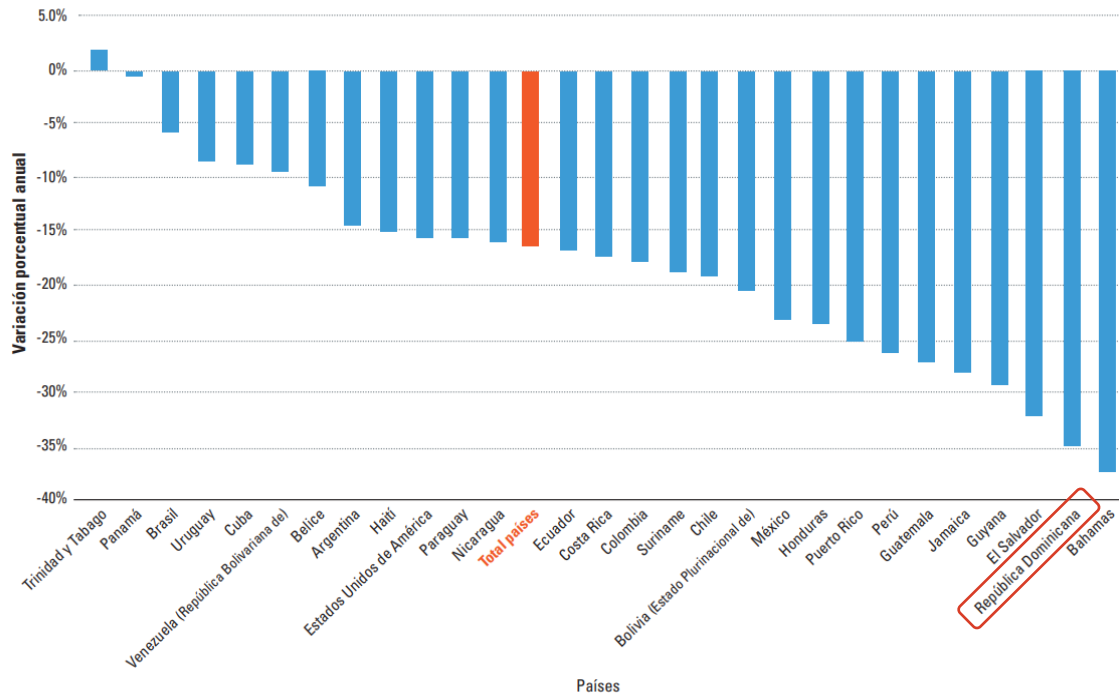
- La cobertura de la terapia preventiva con isoniácida (TPI)
- en personas viviendo con VIH es actualmente muy baja con 26% en el 2019.

El reporte de la TB en ALC de la OPS 2020 presentaba a República Dominicana como uno de los diez (10) países que en 2019 a nivel de la Región concentraban 90% de todos los casos estimados de TB-RR/MDR. En efecto, con una tasa de 2.0 y 220 casos registrados y notificados, ocupaba el décimo lugar, tal y como se observa en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Países con mayor carga estimada de tuberculosis resistente a la rifampicina o multirresistente, Región de las Américas, 2019</b>			
<b>País</b>	<b>Número de casos de TB-RR/MDR</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tasa</b>
Perú	3,100	28%	9.5
Brasil	2,600	24%	1.2
México	970	9%	0.8
Colombia	610	6%	1.2
Argentina	590	5%	1.3
Haití	560	5%	5.0
Venezuela (República Bolivariana de)	370	3%	1.3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	350	2%	3.0
Ecuador	230	2%	1.3
República Dominicana	220	2%	2.0
<b>Países con mayor número de casos de TB-RR/MDR</b>	<b>9,600</b>	<b>87%</b>	<b>1.8</b>
<b>Región de las Américas</b>	<b>11,000</b>	<b>100%</b>	<b>1.1</b>
<b>Notas: a.</b> Las tasas indicadas son sobre 100 000 habitantes. <b>b.</b> TB-RR/MDR: tuberculosis resistente a la rifampicina o multirresistente.			
<b>Fuente: Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.</b>			

Sin embargo, el Informe indica que, según datos preliminares, en las Américas se observó un descenso medio en la notificación de casos de TB de 14,8% en el 2020 en relación con el 2019, entre los 28 países que notificaron (de 225 029 a 191 777 casos de TB de un año a otro). El porcentaje de descenso varió entre países: en algunos casos es elevado, como en la República Dominicana y Bahamas, que registran descensos superiores a 35% (gráfico 1).

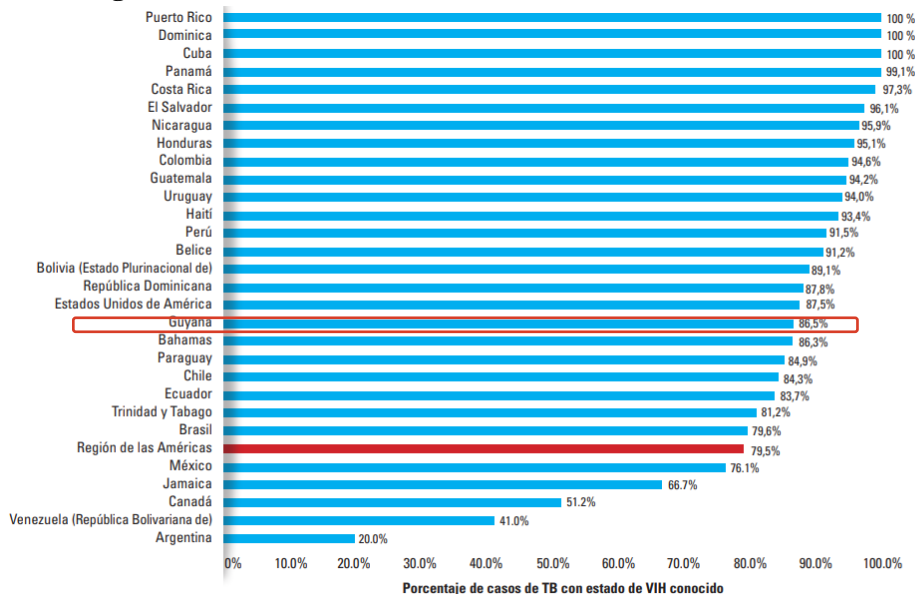
**Gráfico 1. Variación porcentual de los casos de tuberculosis notificados en el 2020 con respecto al 2019**



Fuente: Elaborado con data modificada por países. Sistema de Recolección de datos mundiales de la Rtuberculosis. Organización Mundial de la Salud. 2019-2020

En relación a la proporción de casos de TB notificados que tenían documentada la realización de una prueba de VIH en las Américas fue de 80,0%, que sigue siendo inferior al porcentaje recomendado, de 100%. La mayoría de los países estaban por encima del promedio regional, pero algunos —como Argentina, Canadá o la República Bolivariana de Venezuela— tienen una gran brecha por cubrir o un problema en sus registros (gráfico 2).

**Gráfico 2. Proporción de casos de tuberculosis notificados que tienen documentada su situación con relación al VIH. Región de las Américas. 2019**



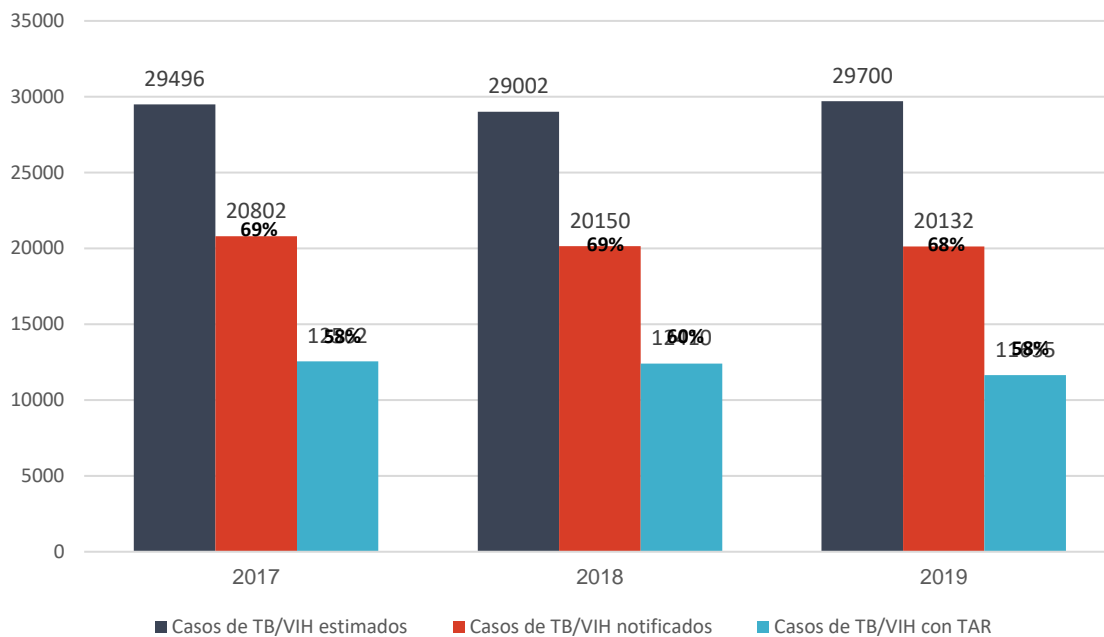
*Nota:* se incluyen los países que notifican 10 o más casos de TB.  
 TB: tuberculosis; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

En el 2019, se estimó que hubo 29,700 casos de TB asociados a la infección por el VIH (11% del total de casos estimados de TB), de los cuales se notificaron 20,132 (68%). En el caso de República Dominicana fueron notificados 1,100 casos de **coinfección TB/VIH**, representando el 4% de los Países con mayor carga de coinfección por TB/VIH de la Región de ALC, con una tasa de 10.2 y un 75% de casos en TAR.

A nivel de la región la tasa de coinfección fue de 2.9 y la media de casos en TAR de un 58%, tratándose de una cifra muy preocupante, dada la recomendación de brindar esta terapia a 100% de estos casos y de que en los últimos tres años (ver gráfico 3) se ha mantenido constante por lo que para avanzar en el abordaje de la coinfección TB/VIH, se debe fortalecer la coordinación entre los programas de TB y VIH y la implementación de las actividades de colaboración.

**Gráfico 3. Proporción de casos de coinfección por TB/VIH estimados, notificados y en tratamiento, Región de las Américas, 2017-2019**



\*TAR: tratamiento antirretroviral; TB: tuberculosis; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

**Fuente:** Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020

Entre los pacientes con TB la proporción de casos con **diabetes mellitus** del total de casos de TB notificados en ALC a 2019 fue de un 10%, mientras que esta comorbilidad en RD fue de un 5%.

Se han hecho avances en la administración del tratamiento preventivo de la TB en contactos menores de 5 años en algunos países como Trinidad y Tobago, Costa Rica, Colombia, Honduras y el Estado Plurinacional de Bolivia, donde se logró administrarlo a 100% en el 2019. Sin embargo, el promedio regional es solo de 59% entre los países que cuentan con esta información, y algunos países tienen porcentajes muy bajos, como el nuestro que reportó un 36%.

En el cuadro siguiente se presentan los indicadores reportados a nivel de ALC y República Dominicana:

**CUADRO: Indicadores prioritarios República Dominicana y Región ALC, 2019**

País / Región	Cobertura Tratamiento contra la TB	Tasa de éxito del TTO		% familias afectadas TB con costos catastróficos	% pacientes nuevos TB diagnosticados pruebas rápidas recomendadas por OMS	Cobertura Tratamiento contra la ILTB		Cobertura de investigación de contactos	Cobertura de pacientes TB con PSF	Cobertura Tratamiento con nuevos medicamentos anti-TB	% pacientes con TB que conoce su estado de VIH	Tasa de letalidad por TB
		2019	Nuevos y recaídas 2018			TB-RR/MDR 2017	2019					
República Dominicana	79.8%	76.4%	57.7%	nd	40.0%	36.4%	4.0%	51.1%	47.3%	nd	87.8%	nd
<b>Región de las Américas</b>	<b>81.9%</b>	<b>75.6%</b>	<b>59.6%</b>	nd	<b>24.9%</b>	<b>59.3%</b>	<b>25.8%</b>	<b>68.8%</b>	<b>40.5%</b>	<b>12.0%</b>	<b>79.5%</b>	<b>7.0%</b>

ILTB: infección latente por tuberculosis; OMS: Organización Mundial de la Salud; PSF: pruebas de sensibilidad a fármacos; TB: tuberculosis; TB-RR/MDR: tuberculosis resistente a la rifampicina o multirresistente; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

Fuente: Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020

### 3.2 La Tuberculosis en el Contexto Nacional

Los reportes de atenciones a la Tuberculosis, elaborados por el SNS para 2018, 2019 y el primer semestre de 2020 indican que el porcentaje de coinfección TB-VIH para todas las formas de ingreso a nivel nacional fue el siguiente: 2018: 25.8; 2019: 25.9 y 2020: 26.3 (1er semestre)

En efecto, el reporte analítico de las atenciones brindadas indica que:

- Para el año 2018 el resultado de la realización de 3,467 test de VIH para el total de los casos TB notificados, fueron 895 que resultaron positivos. Esto quiere decir que en dicho año se registró un testeo de VIH en el 85.5% de las personas diagnosticadas con tuberculosis y que el 22.0% resultó positivo en una prueba de VIH, el 63.4% de negativo y a un 14.5% no se le hizo prueba o no se informó su resultado. Los casos recaída presentan mayor porcentaje de resultados positivos, con un 30.1%
- Para el año 2019 se tiene información sobre 3,300 pruebas de VIH aplicadas a los pacientes identificados con Tuberculosis, de las cuales 855 resultaron positivas. Para los pacientes que presentaron pruebas con resultados se reporta un 25.8% de coinfección. Las provincias con mayor porcentaje de coinfección son Santiago Rodríguez (73.3%) y Puerto Plata (65.9%), mientras que Elías Piña y Hermanas Mirabal las de menor, según lo reportado.
- Para el período enero – junio 2020 se tienen los resultados de 803 pruebas de VIH realizadas a los pacientes identificados con tuberculosis, de las cuales 211 resultaron positivas, derivando en un 26.3.% de coinfección de TB y VIH. Los 211 casos de coinfección de TB – VIH reportados muestran que el 69.7% (147 casos) fueron masculinos, mientras que el 30.3% restante corresponde a 64 casos femeninos. La distribución por grupos de edad de dichos casos evidenció que los hombres de 40 a 44 años concentraron el mayor número de casos, representando un 21.8% (32 casos) del total de coinfecciones de TB – VIH masculinos, mientras que, de todos los casos femeninos registrados, el mayor porcentaje se reflejó en mujeres de 35 a 39 años con un 20.3% y 13 casos.

## 4. FINANCIAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE PONER FIN A LA TUBERCULOSIS EN REPÚBLICA DOMINICANA

### 4.1 Contexto del financiamiento relacionado con la Tuberculosis y la medición del gasto

La literatura internacional sobre los sistemas de salud refiere que desde el punto de vista económico, el *sector salud es un ejemplo de los principales fallos del mercado* y esto debido a que contiene diversos mercados incompletos que dificultan su abordaje a través de la visión usual de mercado; de ahí la necesidad de los gobiernos de la intervención pública en este sector, con el fin de proporcionar lineamientos, objetivos, roles y directrices que cada agente debe seguir al interior del Sistema de Salud.

Conocer la respuesta de los agentes o actores clave que intervienen en la prestación de servicios relacionados con la tuberculosis implica determinar a qué componentes críticos se orientan los recursos para identificar brechas, efectuar un financiamiento adecuado y, si se requiere, definir intervenciones innovadoras para el control de la enfermedad.

El informe de OPS refiere elementos diversos sobre la financiación de los países de la Región de ALC, donde se establece que se requieren recursos financieros sostenibles, para adquirir cartuchos y mantener los equipos para poder realizar pruebas de diagnóstico molecular rápido. Esto aunado a la eficiencia del transporte de muestras, que garantice el acceso a la prueba; y la conectividad para la transmisión oportuna de resultados, lo que implica inversión de recursos. <sup>(2)</sup>

De igual manera, se indica que el acceso universal a las pruebas de sensibilidad a fármacos (PSF) es clave para mejorar la detección de casos de TB-RR/MDR en la Región. En el caso particular de la República Dominicana, determinar el nivel de inversión para la detección de estos casos y la provisión de tratamiento, es clave para la toma de decisiones programáticas y financieras.

El informe de OPS señala lo siguiente: *“Los países de la Región de las Américas presupuestaron USD 307 millones para la prevención y el control de la TB para el 2019, 74% de los cuales correspondieron a recursos nacionales. En el 2019, existió una brecha del 17% entre lo presupuestado y la financiación realmente recibida. El Fondo Mundial está reduciendo su financiación en la Región, pasando de USD 41,3 millones en el 2018 a USD 26,4 millones en el 2020. Los países deben aumentar los recursos para acelerar las intervenciones que permitirán poner fin a la TB”*.

En ese contexto una de las recomendaciones para acelerar el avance hacia el fin de la tuberculosis en las Américas es cubrir las brechas financieras existentes, aumentando los recursos nacionales y reduciendo la dependencia de fondos externos, para garantizar la sostenibilidad.

En el caso de República Dominicana, el cambio en la calificación en su categoría de renta como país de ingreso mediano alto provocó un desplazamiento de las fuentes de financiamiento internacionales y la decisión del Gobierno de incrementar los recursos a través de presupuesto nacional. En efecto, el país fue incluido en el proceso de transición del financiamiento y debía seguir las recomendaciones relacionadas con el proceso de planificación para la sostenibilidad y la transición que indicaba lo siguiente:

- a. Tomar en consideración la situación financiera actual y las opciones de financiamiento futuras para apoyar una cobertura continuada de las intervenciones y los servicios clave incluso con las reducciones en el apoyo de donantes del Fondo Mundial (u otros).
- b. El financiamiento también debe tener en cuenta el financiamiento futuro estimado con el fin de ampliar la cobertura y alcanzar los objetivos y metas nacionales en materia de VIH y tuberculosis.
- c. Dada la importancia que tiene el gobierno en el financiamiento la tuberculosis, el espacio fiscal constituye una cuestión básica. Es importante explorar la ampliación de las fuentes de financiamiento nacionales, incluidos los ingresos generales, el seguro nacional de salud y los mecanismos innovadores, como los gravámenes asignados y los bonos de impacto. También debe considerarse la función que cumple la responsabilidad social corporativa y otras formas de contribuciones financieras y en especie del sector privado. Esto debería combinarse con un análisis de las perspectivas probables de financiamiento externo continuado procedente de fuentes no pertenecientes al Fondo Mundial.

En el caso particular del cálculo de costos y financiamiento actual del programa de tuberculosis un ejercicio clave era la identificación de las fuentes de financiamiento:

- Gastos del sector público en tuberculosis.
- Gastos sin ánimo de lucro, del sector privado y por cuenta de pacientes/aseguradoras.
- Resumen del financiamiento actual para tuberculosis anualmente por donante.

El estudio de medición de gasto es la herramienta de evaluación económica idónea para determinar las categorías de gastos por fuentes y para verificar el cumplimiento del plan de transición y la carta de compromiso que lo oficializa, firmada entre tres instituciones gubernamentales, a saber:

1. Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud y Progresando con Solidaridad (PROSOLI), que establecía que, para el período 2019-2022, el Ministerio de Salud Pública (MSP) aportará un total de US\$853,727.14 dólares (equivalentes a RD\$41,661,884.33 pesos dominicanos);
2. Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud (SNS/SRS) invertirán US\$1,564,785.00 dólares (RD\$76,361,508.14 pesos dominicanos); y
3. Programa Progresando con Solidaridad de la Vicepresidencia de la República (PROSOLI) aportará US\$112,550.87 dólares (RD\$5,492,482.57 pesos dominicanos).

El total de recursos estimados por fuentes públicas en 2019-2022 es de US\$2.5 millones de dólares (RD\$123.5 millones de pesos).

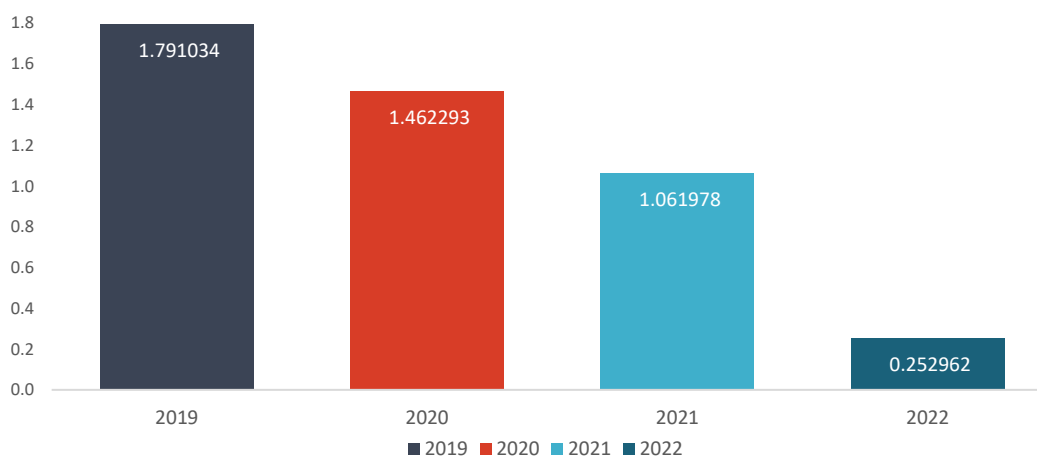
#### **4.2 Financiamiento para la atención a la TB en República Dominicana**

Para el periodo de inicio de la transición del país el Plan Estratégico para la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2019-2021 refería que a 2017 el 85% del gasto en TB era financiado con recursos nacionales y que el 15% restante estaba financiado por el Fondo mundial, de los cuales, aproximadamente 2/3 de los gastos cubrían gastos recurrentes que debían ser asumidos por el País, con metas esperadas de aumento por año de un 5% hasta llegar al 100% en el 2022.

#### 4.2.1 De las asignaciones de recursos del Fondo Mundial a la República Dominicana

Para el período 2017-2019 las asignaciones del Fondo Mundial para República Dominicana para la TB fueron de US\$ 4,493,840. De un presupuesto firmado de US\$ 4.568 millones, lo desembolsado y comprometido fue de US\$4.315 millones para la *Reducción de la incidencia y mortalidad por tuberculosis en República Dominicana*, focalizando las intervenciones en poblaciones clave y grupos de riesgo para acabar con la epidemia en el país, la ejecución de la subvención del Fondo Mundial según el explorador de datos fue el siguiente: <sup>(3)</sup>

**Gráfico 4: Monto en US\$ asignado por año de la subvención del Fondo Mundial para Tuberculosis, 2019-2021, 2022**



Fuente: Fondo Mundial. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. [Online].; 2022]

La estructura de gasto del presupuesto de US\$5,305,068 es la que se presenta en el cuadro siguiente:

CUADRO: Panorama de inversión del Fondo Mundial de presupuesto de la subvención para TB en República Dominicana			
Panorama de inversiones		Categoría de Costo	Monto US\$ con base a CC
Nivel 1	Nivel 2		
Costos relacionados con productos básicos, equipos de salud y PSM	Equipos de salud	Equipos y productos de salud	207,176
	Productos de salud/ materias primas	Productos de salud no farmacéuticos	343,302
		Costo de gestión de compras y suministros	26,328
Costos relacionados con la actividad del programa	Capacidades institucionales y técnicas	Servicios profesionales externos	1,243,608
	Costos relacionados con el programa	Material de comunicación y publicación	435,061
		Apoyo vital al cliente/ poblaciones objetivas	299,504
		Costos relacionados con viajes	1,270,852
Costos relacionados con la gestión del programa	Recursos humanos (incluidos agentes fiscales)	Recursos humanos	875,348

	infraestructura y gastos no sanitarios	Infraestructura	109,768
		Equipos no sanitarios	326,789
	Costos indirectos y gastos generales		165,872

Fuente: The Global Fund, 2022. Y se actualiza a Fondo Mundial. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. [Online].; 2022

La clasificación del rendimiento a diciembre de 2019 fue B1 y a diciembre de 2020 fue B2, lo cual pudiera estar asociado a los efectos de la pandemia. En el caso del nivel de desempeño por indicadores fue el siguiente:

- Rango de 60 – 80%. Porcentaje de pacientes con TB nuevos y recidivantes seropositivos que reciben TAR durante el tratamiento de la TB.
- Rango de 60 – 80%. Tasa de éxito – Todas las formas: Porcentaje de casos de TB, todas las formas bacteriológicamente confirmadas más clínicamente diagnosticados, tratados con éxito (curados más tratamiento completado) entre todos los casos de TB registraos para tratamiento durante un periodo específico, casos nuevos y recidivantes.
- Rango de 80 – 100%. Número de casos notificados de todas las formas de TB (bacteriológicamente confirmadas + clínicamente diagnosticados), casos nuevos y recidivantes.
- Rango entre 100 y >100%. Número de casos de TB con RR-TB y/o MDR-TB notificados.
- Rango entre 100 y >100%. Número de casos de TB con RR-TB y/o MDR-TB que iniciaron tratamiento de segunda línea.

#### 4.2.2 De la ejecución programática del Programa de Tuberculosis del financiamiento del Fondo Mundial a la República Dominicana

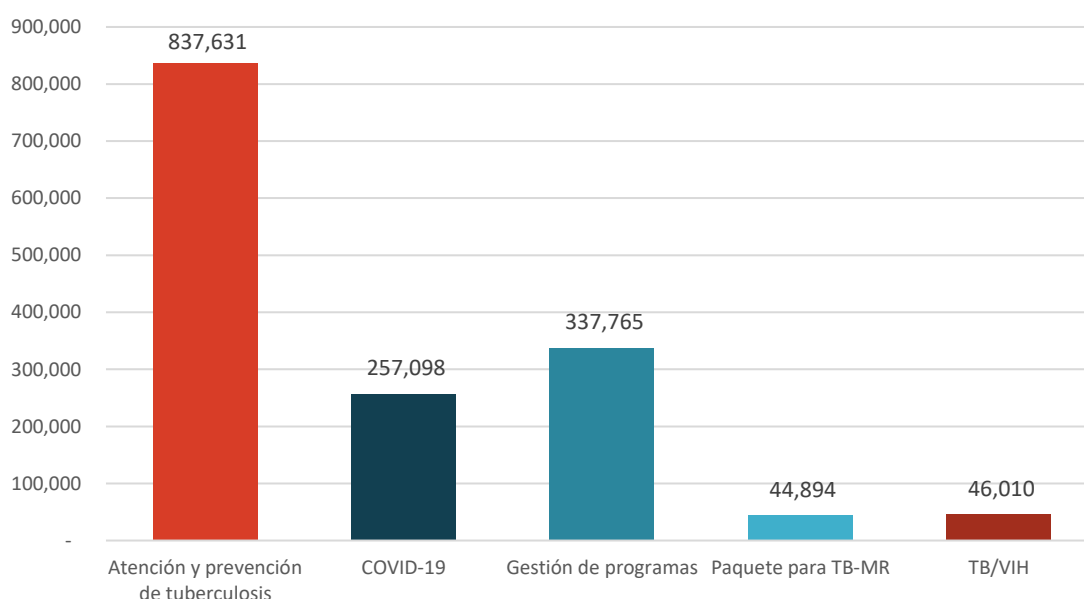
Para 2020, los fondos asignados al Programa de Tuberculosis, a través de la UEP (Unidad Ejecutora de Proyectos) ejecutaron unos US\$1.5 millones de dólares en el marco del Proyecto: “Reducción de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis en la República Dominicana, focalizando intervenciones en población clave y grupos de riesgo para el Fin de la epidemia en el país”, bajo el Acuerdo de Subvención DOM-T-MSPAS 1788, en las actividades siguientes:

- **Atención y prevención de la TB:** abarcando asistencia técnica para protocolos de atención a PPL, entrega de kits alimenticios, capacitación a personal de las DPS/DAS, estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, estudios de barrera de acceso a migrantes, apoyo a la implementación del SUTMER, búsqueda de casos y seguimiento a la adherencia, instalación de equipos Xpert, entre otros.
- **Paquetes para TB-MDR:** estrategia de acompañamiento a pacientes con TB DR, equipamiento UTR para implementar tratamientos acortados, entre otros.
- **Coinfección TB-VIH:** implementación de modelo integrado en 15 provincias, actualización de la guía de coinfección incorporando el modelo integrado, jornadas de información sobre TB, signos y síntomas, dirigido a PVV a través de redes de personas viviendo con VIH, entre otros.

- **COVID-9:** adquisición de cartuchos y gastos de logísticas para Xpert para diagnóstico de Covid-19, distribución de kits de EPP, entre otros.
- **Gestión de programas:** recursos humanos de la UEP y asistenta técnica para la implementación del modelo demostrativo TB/VIH (para fines de la medición, esta última se reclasifica).

Los detalles de las erogaciones se incluyen en el anexo 1 que ascienden a US\$1.523,398.23 dólares americanos, que a la tasa de cambio del Banco Central prevista para el estudio de RD\$56.5882 x US\$1.00, asciende a unos RD\$86,206,363.72. En el grafico siguiente se presenta el resumen por componentes.

**Gráfico 5: Monto en US\$ ejecutado por la UEP del Programa de Tuberculosis por componente de la subvención del Fondo Mundial para Tuberculosis, 2020.**



**Fuente:** Informe de Subvenciones del Fondo Mundial para la Tuberculosis. **Unidad Ejecutora de Proyectos. MISPAS, 2022.**

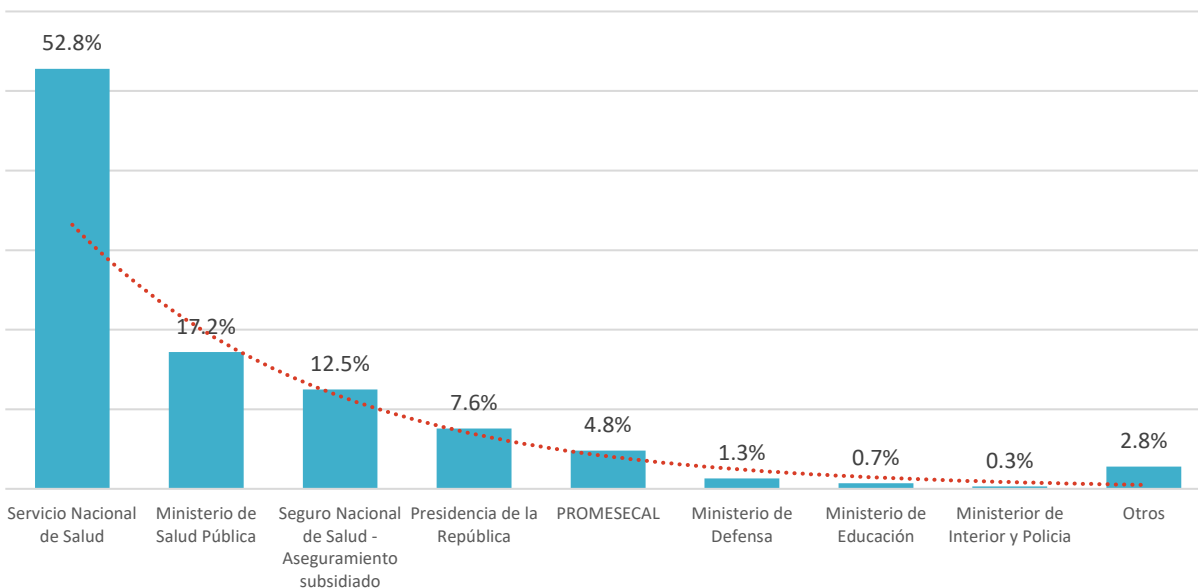
#### 4.2.3 De las asignaciones presupuestarias nacionales proveniente de fuentes internas

El análisis de las partidas presupuestarias institucionales, estructurados por programas, actividades y productos pueden no reflejar el gasto orientado a patologías específicas, por lo cual desarrollar un análisis del gasto por función salud permite identificar y agrupar programas presupuestarios que reflejan el esfuerzo gubernamental en la asignación de recursos para poner fin a la TB.

Para contextualizar lo antes expresado, para 2020 el presupuesto para la función salud ascendió a RD\$87,035.2 millones, RD\$11,105.9 millones adicionales a lo contemplado en el Proyecto del año 2019, donde el 85.7% (RD\$74,583.0 millones) del presupuesto aprobado se destinó a gastos corrientes y el 15.1% (RD\$12,452.2 millones) a gastos de capital. Para dicho año representó el 10.8% (vs 9.6% en 2019) del presupuesto de gastos y un 21.6% (versus 21.8% en 2019) del presupuesto de gastos para Servicios Sociales.<sup>(4)</sup>

Si observamos el gráfico siguiente, la mayor proporción del presupuesto se encuentra en el Capítulo 5180 de la Dirección Central del SNS, cuya estructura presupuestaria se compone de varios programas: 01- Dirección Central, 02- Provisión de servicios de salud en establecimientos de primer nivel, 12 - Provisión de servicios de salud en establecimientos no autogestionado, 13 - Provisión de servicios de salud en establecimientos auto gestionados, 40 - Salud materno neonatal y 41 - Prevención y atención de la tuberculosis\*.

**Gráfico 6. Distribución de los fondos del presupuesto nacional según la clasificación de función salud por instituciones ejecutoras, 2020**



**Fuente:** Ley de presupuesto general de Estado No. 506-19. Tomo I: Gobierno Central. Parte III: Distribución institucional de los gastos apropiados. DIGEPRES (2020).

El Programa 42 directamente vinculado a las intervenciones relacionadas con la TB y que cuenta con asignaciones en el presupuesto del MISPAS también, no refleja el monto de las inversiones que el Gobierno realiza en dicha patología. De hecho, el mismo se limitaba a intervenciones específicas en Santo Domingo y el Distrito Nacional con expansión en el siguiente bienio para implementar el mismo conjunto de intervenciones en el resto del país.

Es por ello que considerar las *asignaciones y ejecuciones presupuestarias visibles* o directamente atribuibles como el gasto en TB dejaría por fuera rubros de gastos importantes como la fuerza laboral de los establecimientos de salud que prestan servicios de atención a los pacientes con tuberculosis o con sospecha de estarlo que los demandan en los centros del primer nivel de atención y del nivel complementario, como veremos más adelante. Lo mismo ocurre con las unidades programáticas institucionales que coordinan programas nacionales, definen políticas, establecen el marco regulatorio, desarrollan las guías y protocolos de atención, cuyos salarios son parte del objeto de gasto Remuneraciones y contribuciones en el Programa 01 - Actividades Centrales.

De igual manera, en los presupuestos nacionales se encuentran identificadas las contribuciones a la seguridad social, cuyos recursos son mancomunados por la TSS, por lo cual es preciso conocer cuales intervenciones relacionadas con la TB fueron cubiertas por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

\*Programa presupuestario definido en el marco del Presupuesto Orientado a Resultados (PoR), metodología implementada por DIGEPRES para TB a partir de 2020.

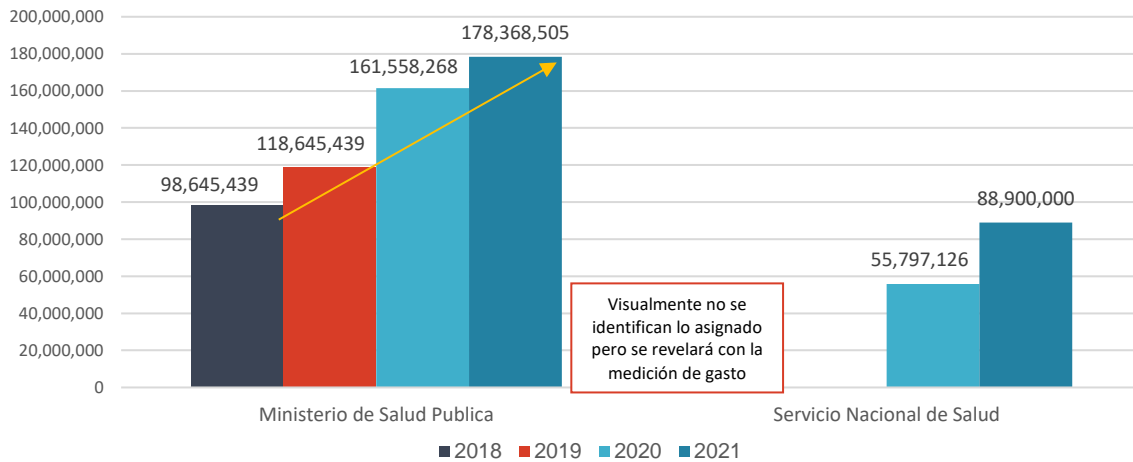
**CUADRO: Panorama de inversión del Gobierno Dominicano en TB en República Dominicana, 2018 - 2021**

Estructura Programática Presupuestaria		Comentarios	Monto por año en RD\$				
Programa	Actividad		2018	2019	2020	2021	
<b>0207 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)</b>							
13- Servicios de Salud Colectiva (SC)	0004-Prevención y Control de la Tuberculosis	Para este año la estructura programática se mantenía como actividad dentro del programa de SC y en este renglón se contemplaban los recursos para la adquisición de los medicamentos.	98,645,439				
13- Servicios de Salud Colectiva	04 - Personas sintomáticos respiratorios evaluados y detectados.	Para este año se inicia el cambio en estructura programática, aplicando la metodología de productos asociados a resultados para materno-infantil y tuberculosis.		54,515,225			
	05 - Personas contacto de casos TB investigada, evaluada y con tratamiento preventivo (General, migrantes y personas privadas de libertad).			12,948,487			
	06 - Personas diagnosticadas con TB y TB drogo-resistente tratadas oportunamente.			40,472,479			
	07 - Personas con coinfección TB y VIH diagnosticada en tratamiento.			10,709,248			
41 - Prevención y atención de la tuberculosis	Acciones Comunes.	En 2020 cambia la estructura programática, aplicando la metodología de Programa Orientado a Resultados (PoR), con un piloto para la provincia de Santo Domingo para la entrega de kit de apoyo nutricional. En 2021 se agregan recursos para este componente incluyendo otras provincias. Se identifican recursos para cubrir los gastos relacionados con personal del Programa de Tuberculosis en Acciones Comunes.			16,869,357	17,195,728	
	02-Personas sintomáticas respiratorios detectados.				59,569,503	59,569,503	
	03-Pacientes TB con factores de baja adherencia acceden a paquete de soporte nutricional en: 2020 Santo Domingo y el Distrito Nacional; 2021 – provincias priorizadas.					17,379,763	33,863,629
	04-Personas contacto de casos TB investigada, evaluada y referida para tratamiento preventivo (general, migrantes y personas privadas de libertad).					12,948,487	12,948,487
	05-Personas diagnosticadas con TB y TB drogo-resistente con acceso a medicamentos oportunamente.					44,081,910	44,081,910
	06 -Personas con coinfección TB y VIH diagnosticada con acceso a medicamentos oportunamente					10,709,248	10,709,248
<b>Total por año</b>			98,645,439	118,645,439	161,558,268	178,368,505	
<b>Variación anual en relación año previo</b>			→ (Base)	↑ (20.3%)	↑ (36.2%)	↑ (10.4%)	
<b>Variación anual en relación año base</b>			→ (Base)	↑ (20.3%)	↑ (63.8%)	↑ (81.8%)	

Estructura Programática Presupuestaria		Comentarios	Monto por año en RD\$	
Programa	Actividad		2020	2021
<b>5180 – Servicio Nacional de Salud (SNS)</b>				
41 - Prevención y atención de la tuberculosis	Acciones Comunes.	En 2020 cambia la estructura programática, aplicando la metodología de Programa Orientado a Resultados (PoR), con un piloto para la provincia de Santo Domingo para la entrega de kit de apoyo nutricional. En 2021 se agregan recursos para este componente incluyendo otras provincias.	8,014,140	13,420,266
	02-Pacientes TB con factores de baja adherencia acceden a paquete de soporte nutricional en: 2020 Santo Domingo y el Distrito Nacional; 2021 – provincias priorizadas.		38,122,681	58,556,516
	03-Pacientes TB reciben paquete de salud mental en Santo Domingo y el Distrito Nacional.		9,660,305	16,923,218
<b>Total por año</b>			<b>55,797,126</b>	<b>88,900,000</b>
<b>Variación anual en relación año previo</b>			→ (Base)	↑ (49.3%)
<b>Variación anual en relación año base</b>			→ (Base)	↑ (49.3%)
Leyenda: → Sin movimiento; ↑ aumento; ↓ disminución. Respecto a año anterior.				
<b>Fuente: Ley de presupuesto general de Estado No. 506-19. Tomo I: Gobierno Central. Parte III: Distribución institucional de los gastos apropiados. DIGEPRES (2017-2021).</b>				

Ahora bien, para conocer la evolución de las asignaciones presupuestarias respecto del año de estudio (2020) observemos los recursos “visibles” \* en los presupuestos de los últimos cuatro años, que se presenta en el cuadro xx y resumimos en el gráfico siguiente:

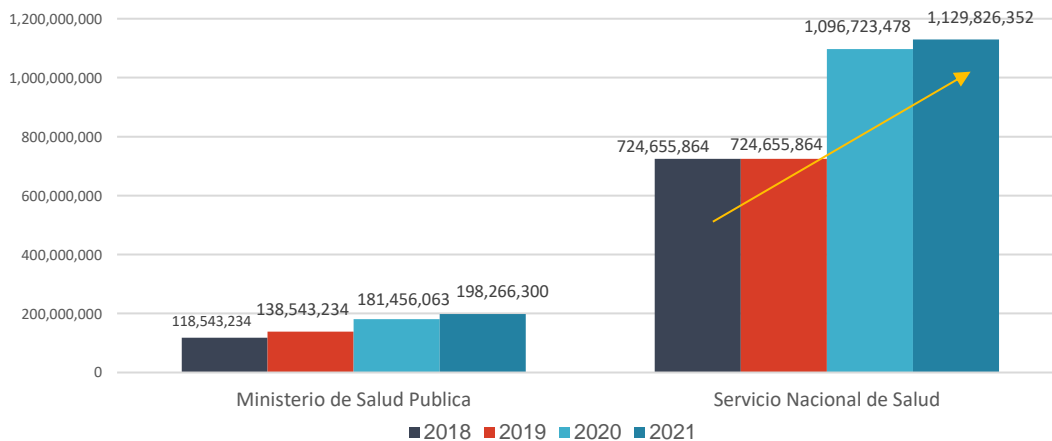
**Gráfico 7. Evolución de la asignación presupuestaria visible al MISPAS y SNS, 2018-2021**



**Fuente:** Ley de presupuesto general de Estado No. 506-19. Tomo I: Gobierno Central. Parte III: Distribución institucional de los gastos apropiados. DIGEPRES (2018-2021).

Si tan solo agregamos al gráfico anterior el gasto nominal tanto de la División de TB del MISPAS como del personal de los servicios de TB en el SNS, con base a la nómina de diciembre 2020\*\*, sin contar con los costos de servicios básicos, material gastable y otros costos indirectos veremos como aumenta el financiamiento del Gobierno Dominicano en la prestación del servicio:

**Gráfico 8. Evolución de la asignación presupuestaria al MISPAS y SNS para TB, 2018-2021**



**Fuente:** Ley de presupuesto general de Estado No. 506-19. Tomo I: Gobierno Central. Parte III: Distribución institucional de los gastos apropiados. DIGEPRES (2017-2021).

\*Hemos denominado de esta manera a aquellos recursos que son fácilmente identificables en el presupuesto porque cuentan con un producto, actividad o programa con la denominación TB o Tuberculosis.

\*\*Se parte del supuesto de que se mantienen los mismos cargos, aunque haya rotación de personas. En 2020 se considera el aumento del 30% a los salarios de médicos y enfermeras realizado por el Gobierno.

Si comparamos las asignaciones presupuestarias 2019-2021 versus los compromisos asumidos por el Gobierno Dominicano en la carta rubricada por DIGEPRES, SNS, MISPAS y PROSOLI como intención de compromisos para poner fin a la TB remitida al Fondo Mundial indicando que serían priorizadas las actividades relativas a la red de transporte de muestras, supervisión de la calidad de atención y apoyo al desarrollo de capacidades de los recursos humanos que ofertan la atención directa a las personas afectadas por TB y sin considerar los recursos de personal vinculado a la planificación, coordinación de la respuesta y atención directa, encontramos que el Gobierno ha cumplido cabalmente, tal como se presenta en el cuadro comparativo siguiente:

<b>CUADRO: Compromisos asumidos por el Gobierno Dominicano ante Fondo Mundial y asignaciones presupuestarias 2019-2021 en RD\$</b>				
<b>Descripción</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total</b>
<b>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</b>				
Comprometido	2,742,484	8,699,961	13,680,678	<b>25,123,123</b>
Asignado en presupuesto (diferencia año previo)	20,000,000	42,912,829	16,810,237	<b>79,723,066</b>
Diferencia incremental presupuesto vs compromiso	17,257,516	34,212,868	3,129,559	<b>54,599,943</b>
<b>Servicio Nacional de Salud</b>				
Comprometido	2,307,450	15,410,835	26,486,899	<b>44,205,185</b>
Asignado en presupuesto (diferencia año previo)	-	55,797,126	33,102,874	<b>88,900,000</b>
Diferencia incremental presupuesto vs compromiso	-2,307,450	40,386,291	6,615,975	<b>44,694,815</b>
Fuente: Ley de presupuesto general de Estado No. 506-19. Tomo I: Gobierno Central. Parte III: Distribución institucional de los gastos apropiados. DIGEPRES (2019-2021).				

Es preciso indicar que no se incluye el 2022 porque hubo un cambio en la estructura programática presupuestaria; sin embargo, ya en 2021 el compromiso del MISPAS que era de un incremento total de RD\$76.4 millones fue superado en RD\$38.1 millones. En el caso del SNS el compromiso total era de RD\$76.4 millones y para 2021 ya se habían incorporado RD\$88.9, superando el compromiso en RD\$12.5 millones un año antes.

La revisión del presupuesto 2022 dicho año nos permitió constatar la asignación presupuestaria a lo que antes se denominaba PROSOLI y hoy se denomina SUPERATE, así como un incremento en el SNS, tal como se visualiza en el cuadro de la página siguiente. En este se observa la inclusión de RD\$32.0 millones en SUPERATE, con lo cual supera en más de 500% la asignación de RD\$26.5 por encima de los RD\$5.5 comprometidos.

En el caso del SNS aumenta en RD\$16.3 millones con relación a 2021, pasado de RD\$88.9 millones a RD\$105.2 millones.

**CUADRO: Producción de bienes y servicios por programas por Capítulos Presupuestarios República Dominicana 2022**

<b>Nombre</b>	<b>Objetivo específico de la END</b>	<b>Beneficiario</b>	<b>Unidad medida</b>	<b>Metas físicas (unidad de medida)</b>	<b>Metas financieras (rd\$)</b>
<b>0201 - PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA</b>					
<b>SUBCAPITULO: 02 - GABINETE DE LA POLÍTICA SOCIAL</b>					
<b>PROGRAMA 41 - Prevención y Atención de la Tuberculosis</b>					
<b>7389 - Pacientes TB con factores de baja adherencia acceden a soporte nutricional</b>	2.2.2	Pacientes de Tuberculosis	Número de pacientes TB reciben soporte nutricional	1,300	34,200,289
<b>0207 - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL</b>					
<b>PROGRAMA 41 - Prevención y Atención de la Tuberculosis</b>					
<b>7415 - Sistema nacional de Salud fortalecido con la certificación del Sistema vigilancia antituberculosis</b>	2.2.1	Población en general	Porcentaje de DPS/DAS con sistema de vigilancia de TB implementado.	20	32,000,000
<b>5180 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>					
<b>PROGRAMA 41 - Prevención y Atención de la Tuberculosis</b>					
<b>7401 - Pacientes TB con factores de baja adherencia reciben DOT domiciliario en regiones priorizadas</b>	2.2.1	Pacientes TB con factores de baja adherencia	Número de pacientes TB sensible y pacientes TB MDR reciben DOT domiciliario en Regiones priorizadas	900	81,500,687
<b>7402 - Pacientes TB reciben paquete de salud mental en regiones priorizadas</b>	2.2.1	Pacientes TB	Pacientes TB reciben paquete salud mental en Regiones priorizadas	2,500	23,705,687

Fuente: Ley Presupuesto General del Estado, Anexo III. Presupuesto físico financiero y orientados a resultados. Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES). 2022

## 5 MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO DE LA MEDICIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS (MEGATB)

### 5.1 Aspectos conceptuales de los estudios de medición de gasto

El punto de partida para la estimación del gasto en tuberculosis son las mediciones efectuadas para enfermedades específicas, como el VIH y Sida; sin embargo, sus adaptaciones se basan en las cuentas nacionales de salud que cuenta con una metodología internacional denominada Sistema de Cuentas de Salud (SCS 2011) que consiste en una descripción sistemática de los flujos financieros relativos al consumo de los bienes y servicios de salud.

El SCS 2011 se enfoca en el gasto en salud cuyo propósito es el consumo, vinculándolo a la provisión y el financiamiento. Estas distinciones se deben a que el gasto corriente y la formación bruta de capital responden a necesidades distintas: el primero reúne la provisión de bienes y servicios, mientras que el segundo responde al incremento de la capacidad de respuesta de los proveedores.

La estimación de gasto se base en la determinación de las transacciones que ocurren en el sector salud y de manera particular las relacionadas con la tuberculosis. En ese contexto, se dividen en:

- Transacciones de productos, referidas al consumo final de bienes y servicios.
- Transacciones distributivas, que comprenden transacciones concedidas a los hogares con el fin de prestar servicios de salud a los miembros de la familia.
- Transacciones financieras, que incluyen la disposición de activos y pasivos financieros, o préstamos de los agentes de financiamiento a los proveedores de servicios de salud.
- Otros flujos, referidos al consumo de capital fijo y adquisiciones menos las disposiciones

Esto es importante, para comprender y tener en cuenta la distinción entre el momento en que se brindaron los bienes y servicios o se generaron los compromisos por ellos, del momento en que se pagaron. De acuerdo al Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas del Fondo Monetario Internacional (FMI, 2001), en la base del devengado, “*los flujos se registran cuando se crea, transforma, intercambia, transfiere o extingue valor económico*”. En otras palabras, los eventos económicos se registran en el período en que ocurren, independientemente de que se haya efectuado o no el pago.

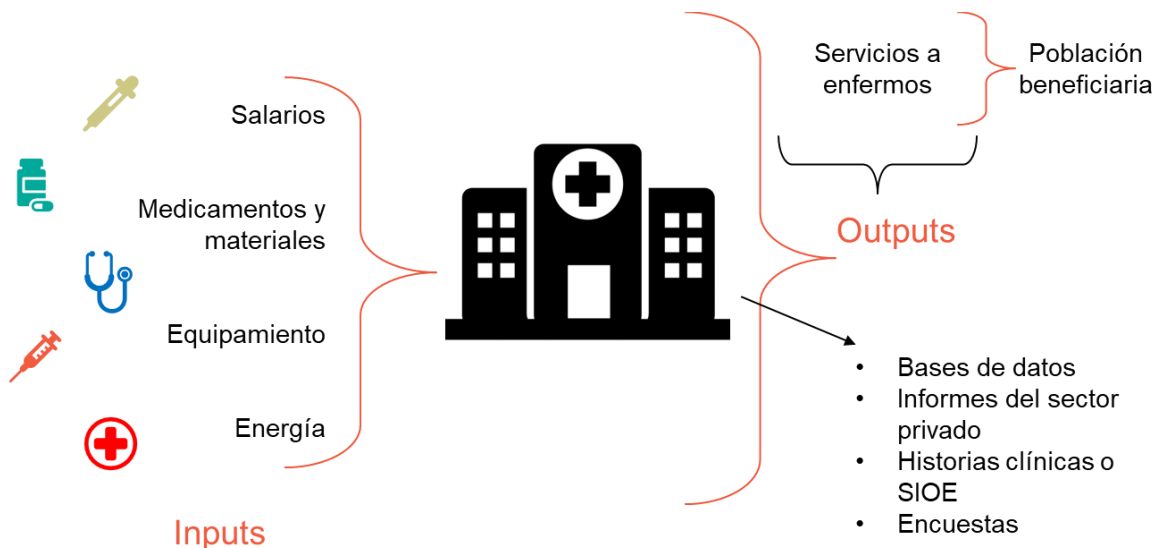
Desde el punto de vista de MEGATB implica estimar el gasto conforme a los servicios efectivamente brindados, pues si bien en los sistemas de información financiera para los presupuestos públicos, se concibe como estándar el uso de la etapa presupuestaria del devengado, en el mismo puede estarse incurriendo en el pago a proveedores de servicios previamente contratados o bienes adquiridos pero aún no consumidos; cuya información sirve de referencia para cuantificar los costos de adquisición del período corriente y su imputación a las intervenciones de análisis.

Ahora bien, en el caso de la seguridad social suele ser un poco más complejo porque implica obtener el resultado de las reclamaciones pagadas del año corriente menos las reclamaciones devengadas en el año anterior pagadas en el año corriente más las reclamaciones devengadas del año corriente pendientes de

pago. En ocasiones la limitación de datos obliga al uso de proxy conforme los datos obtenidos en el periodo de análisis.

Es importante destacar que los estudios de MEGA se basan en la *estimación de gastos* y esto implica considerar que: a. El gasto *NO* es presupuesto; b. Jamás es una estimación de necesidades; c. Es gasto en bienes y servicios consumibles y d. Se imputa el costo directo.

**Figura 1. Ejemplo de flujo esquemático para la estimación de costo en tratamiento**



Fuente: Adaptado de IZAZOLA. Taller Medición del Gasto en Salud (MEGAS) Perú, 2019.

### 5.1.1 Dimensiones de análisis en la medición del gasto en tuberculosis

Tanto la medición del gasto en Sida y por tanto de TB como el SCS están enmarcado en el modelo triaxial de estimación, donde el valor de los bienes y servicios coinciden con los valores en la provisión y el financiamiento, por ende, la clasificación cruzada de los tres ejes (proveedores, funciones y esquemas de financiamiento) permite definir el conjunto básico de tablas del gasto corriente en salud que ha de disponer cada país. En este sentido, el uso de los agentes de financiamiento como enlaces a la financiación pasa a un segundo plano.

Para la construcción de las matrices habrá de considerarse todos los ejes en las dimensiones del gasto, a saber:

Las *fuentes de financiamiento* son las entidades que suministran los fondos. Se trata de los hogares, las empresas, el gobierno y el resto del mundo, tal como usualmente se conviene en las cuentas nacionales de un país.

Los *agentes financieros* son las entidades que reciben los fondos de las fuentes, y los aplican para cubrir el costo de los programas de salud o para comprar bienes y servicios. Son los que toman las decisiones programáticas sobre qué intervenciones se van a realizar.

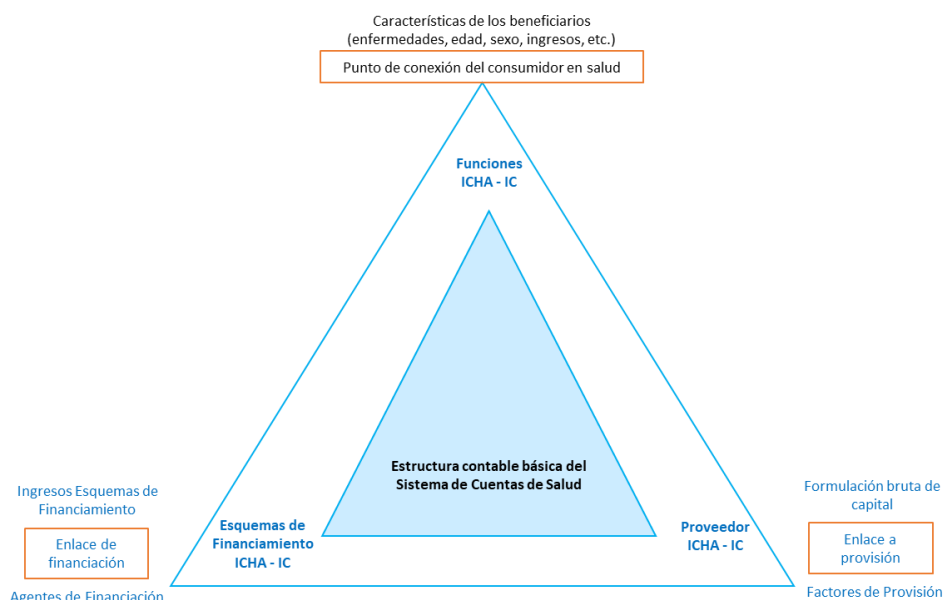
Los *proveedores* son las entidades que entregan los bienes y servicios de salud.

Las **funciones** son los tipos de bienes y servicios de salud que son entregados por los proveedores, tales como atención preventiva, curativa, internamiento, etc.

Los **ingresos – esquemas – agentes de financiamiento** completan lo que se denomina dimensiones del financiamiento, pues permiten seguir los recursos desde su origen, a los mecanismos que los organizan y las unidades institucionales que sirven de intermediarias. Por su parte, los proveedores y las funciones de salud completan las dimensiones del uso, describiendo a los tipos de unidades que proveen los bienes y servicios, así como en cuáles grupos de prestaciones (según propósito) se destinan los fondos.

Los **factores de provisión** muestran los insumos utilizados por los proveedores para entregar los servicios, mientras que la formación bruta de capital presenta los rubros en los cuales los proveedores están creando capacidades.

**Figura 2. Marco contable básico del Sistema de Cuentas de Salud 2011**



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud (SHA) 2011 (OMS, EUROSTAT, OECD).

Para MEGATB en la medida que se cuenten con informaciones para hacer los cruces se contarán con matrices del gasto corriente en salud:

- **FSxHF** - tipos de ingresos y esquemas de financiamiento: De donde procede el dinero de cada esquema.
- **HFxFA** - esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento: Quien gestiona los esquemas de pagos.
- **FSxFA** - tipos de ingresos y agentes de financiamiento: Procedencia de los fondos que gestiona cada agente.
- **HFxHP** - esquemas de financiamiento y proveedores de salud: Hacia qué proveedores se dirigen los pagos.

- **HFxHC** - esquemas de financiamiento y funciones de salud: Muestra la asignación general y específica de recursos a las funciones de salud por parte de los esquemas.
- **FPxHP** - factores de provisión y proveedores de salud: Muestra cuales son los insumos utilizados en el proceso de provisión y qué grupos específicos de proveedores los utilizan. Esta solo se tiene disponible para los esquemas gubernamentales, debido a la carencia de datos que permita estimar la estructura en los proveedores privados.
- **HPxHC** - proveedores y funciones de salud: La estructura de la provisión de los bienes y servicios agrupados en las diferentes funciones de salud.

#### 5.1.1.1 De las fuentes de financiamiento

En el documento metodológico se amplía el marco conceptual de la medición del gasto en TB basado en las metodologías de SHA 2011 y MEGAS; sin embargo, se presenta la homologación de las reglas\* de financiamiento del sector para definir los esquemas que se presentan en la figura 4 y se describen a continuación:

**Esquemas gubernamentales:** definidos por leyes, se articulan a través del Sistema Presupuestario Dominicano (SPD) y se financian mediante impuestos generales, donaciones y préstamos pagados por el gobierno, quien canaliza los fondos a través de las instituciones que operan el esquema. El derecho a los beneficios de los esquemas de gobierno es automático a través de los programas de salud colectiva y la red pública.

Las asignaciones de recursos para las actividades y productos con función salud se rigen por la Ley N°423–06 Orgánica del Presupuesto Público. A través de esta se establecen los fondos para el Servicio Nacional de Salud (SNS) creado por la Ley N°123–15 con la función de provisión de servicios de salud en el sector público, financiado mediante transferencias del Presupuesto Nacional y venta de servicios a seguros de salud.

**Esquemas de seguros sociales de salud:** El SDSS es un sistema segmentado en el cual los fondos se mancomunan en nueve esquemas de seguros de salud, los cuales son administrados por 15 administradoras de riesgos de salud y laborales. Los esquemas identificados se presentan en el cuadro 3.

\*Establecido por derecho, en virtud de las leyes, reglamentos o contratos, o en la práctica administrativa y se evalúa su clasificación tomando los siguientes cuatro criterios: Modo de participación, derecho al a prestación, método de obtención de fondos y mancomunación.

CUADRO: Esquemas de seguros sociales en salud de la República Dominicana		
Denominación	Sustento Legal	Descripción
<b>Régimen Contributivo (RC) del Seguro Familiar de Salud</b>	Ley N°87 – 01 que crea el SDSS	Se financia mediante cotizaciones obligatorias y se pueden incorporar trabajadores (y sus dependientes) del sector formal con ingreso por encima del salario mínimo nacional.
<b>Régimen Subsidiado (RS) del Seguro Familiar de Salud</b>		Financiado mediante recursos del Presupuesto Nacional y se destina a personas en situación de pobreza multidimensional, que labora en el sector informal o con ingresos por debajo del salario mínimo.

**CUADRO: Esquemas de seguros sociales en salud de la República Dominicana**

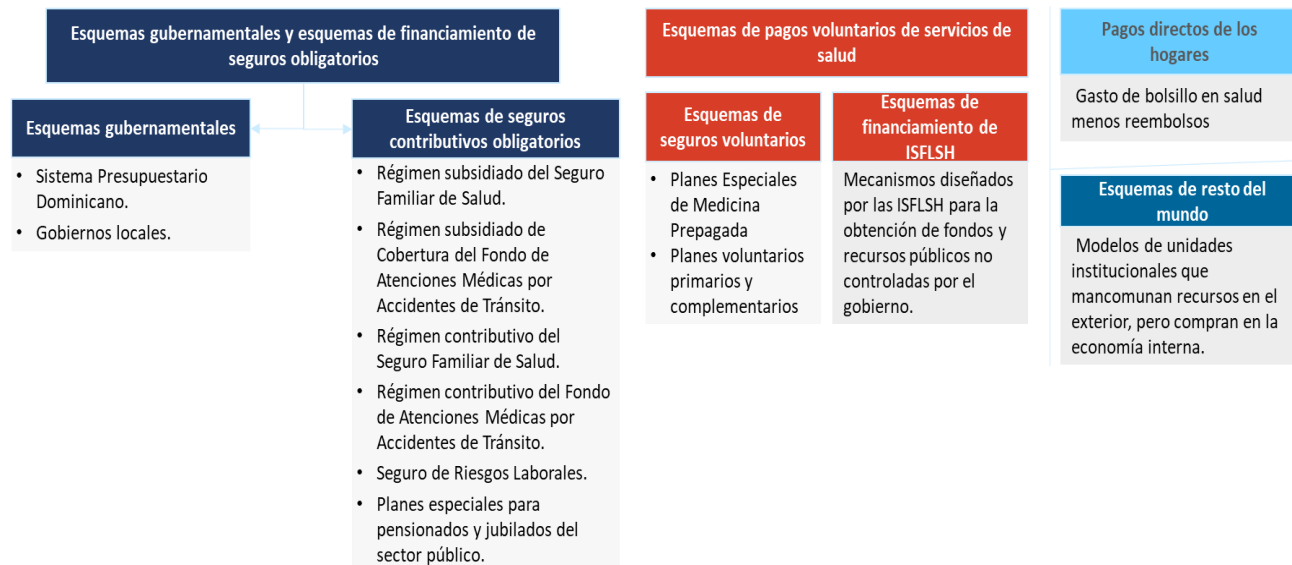
Denominación	Sustento Legal	Descripción
RC del FONAMAT	Resolución N°332 – 03 del CNSS	Establecido para cubrir las atenciones médicas por accidentes de tránsito para asegurados del RC-SFS. Se financia a partir de las cotizaciones y cápitas de dicho régimen.
RS del FONAMAT		Establecido para cubrir las atenciones médicas por accidentes de tránsito para asegurados del RS-SFS. Se financia a partir recursos el Presupuesto Nacional.
Seguro de Riesgos Laborales	Ley N°87 – 01 del SDSS	Destinado a los trabajadores formales y con ingresos sobre el salario mínimo. Se financia mediante cotizaciones cubiertas exclusivamente por empleador.
Plan Especial Transitorio de Pensionados y Jubilados	Decreto N°342 – 09	Se financia mediante contribuciones de los pensionados y del Estado (en sustitución del empleador).
Plan para Pensionados de las Fuerzas Armadas	Decreto N°159-17	Se financia mediante contribuciones de los pensionados.
Plan para Pensionados del Sector Salud	Decreto N°371-16	Se financia mediante contribuciones de los pensionados y del Estado (en caso de ser necesario).
Plan Transitorio Especial para Pensionados de la Policía Nacional	Resolución N°00207-2016 de la SISALRIL	Se financia mediante contribuciones de los pensionados y del Estado (en caso de ser necesario).
<b>Fuente: Adaptado del Marco legal del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). 2022</b>		

Los *esquemas de financiamiento en salud voluntarios o privados* de la República Dominicana se rigen por las siguientes normativas y leyes:

- Los **seguros voluntarios** se sustentan en la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social N°87-01, la cual permite que las ARS oferten planes alternativos. Las aseguradoras ofertan planes alternativos y de medicina prepagada en base a la ley Sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana N°146-02. Se financian mediante contribuciones voluntarias.
- Los **esquemas de ISFLSH** se financian mediante recursos autogenerados por las entidades, donaciones internacionales y transferencias del gobierno. Se regulan mediante la Ley N°122 - 05 de regulación y fomento de las asociaciones sin fines de lucro.
- Los **esquemas de pagos directos de los hogares** se basan Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social N°87-01, donde se establecen los copagos por servicios consumidos.

En el anexo 2 se amplía la matriz del marco legal y normativo de los esquemas de financiamiento en la República Dominicana.

**Figura 3: Resumen de esquemas de financiamiento a la salud en la República Dominicana**



Fuente: Actualizado para este informe de Ministerio de Salud Pública. Serie homogénea del gasto sanitario para el período 2004 – 2014, aplicando el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) 2011. MSP: DPI, Santo Domingo, República Dominicana, 2017.

Para el año de estudio las estructuras de financiamiento identificadas fueron las siguientes:

CUADRO: Correspondencia de categorías de MEGAS Sugerida		
<b>Doméstico Público</b>	Central / Nacional	FE.01.01.01 Gobierno Central
	Seguridad Social	FE.01.02 Instituciones a la seguridad social, o FE.01.01.04 Contribuciones obligatorias gubernamentales a la seguridad social FE.02.01.01 Corporaciones nacionales: contribuciones obligatorias a la seguridad social FE.02.02.01 Hogares: contribuciones obligatorias a la seguridad social, o REV3 + REV 4
<b>Privado</b>	Corporaciones / instituciones domesticas lucrativas	FE.02.01 Corporaciones domesticas (excluyendo contribuciones a la seguridad social)
	Hogares	FE.02.02 Hogares (excluyendo contribuciones a la seguridad social)
	Instituciones no lucrativas	FE.02.03 Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del seguro social) excluyendo REV.05
<b>Internacional o Externo</b>	Fondo Mundial SIDA, TB y Malaria	FE.03.02.07 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
	Otros Multilaterales	FE.03.02 Organizaciones Multilaterales excluyendo FE.03.02.18 y FE.03.02.07

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Izazola, Taller Medición del Gasto en Salud (MEGAS) enero 2019.

### 5.1.2 De la clasificación taxonómica de Medición del Gasto en Tuberculosis (CGT) en República Dominicana

Tal como se refirió en el documento del protocolo del estudio, la medición del gasto en TB *no tiene una estructura o clasificación taxonómica* como lo tiene el VIH y Sida. Es por ello que, con base a la experticia de la consultora y basado en MEGAS se han identificado, adecuado y definido unas categorías de gasto que serán utilizadas en los resultados de la medición, las cuales presentamos a continuación y definimos en el anexo 3 adaptándolas al contexto de TB a nivel nacional. Se presenta un cuadro por cada dimensión:

<b>CUADRO: Clasificación taxonómica MEGATBRD</b>	
<b>Fuentes de Financiamiento</b>	
<b>FF.01. Doméstico Público</b>	
<b>FF.01.01. Gubernamentales</b>	
FF.01.01.01 Gobierno Central	
FF.01.01.02 Gobierno estatal o provincial	
FF.01.01.03 Gobierno local o municipal	
FF.01.02. Instituciones de seguridad social	
FF.01.99. Otras entidades públicas s.c.o.	
<b>FF.02. Entidades privadas nacionales</b>	
FF.02.01. Sociedades nacionales	
FF.02.02. Hogares	
FF.02.03. Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del seguro social)	
FF.02.99. Otras entidades privadas de financiación sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)	
<b>FF.03. Entidades internacionales</b>	
<b>FF.03.01. Gobiernos que brindan asistencia bilateral</b>	
FF.03.01.01. Gobierno de Estados Unidos	
FF.03.01.99. Otros gobiernos, otros organismos bilaterales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)	
<b>FF.03.02. Organismos multilaterales</b>	
FF.03.02.01. Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria	
FF.03.02.02. Organización Mundial de la Salud (OMS)	
FF.03.02.99. Otros organismos multilaterales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)	
<b>FF.03.03. Organizaciones y fundaciones internacionales</b>	
FF.03.03.01 Organizaciones internacionales sin fines de lucro	
FF.03.03.02 Organizaciones internacionales con fines de lucro	
<b>FF.99. Entidades financieras sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)</b>	
<b>Ingresos</b>	
<b>ING.01. Transferencias de ingresos nacionales del gobierno</b>	
ING.01.01. Transferencias y donaciones internas	
ING.01.02. Transferencias del gobierno a seguros sociales de salud en nombre de grupos específicos	
ING.01.03. Subsidios a ONG	
ING.01.04. Transferencias de ingresos nacionales del gobierno, incluidos los préstamos reembolsables, sin desglosar	
<b>ING.02. Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno</b>	
ING.02.01. Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno	
<b>ING.03. Contribuciones a la seguridad social</b>	
ING.03.01. Contribuciones a la seguridad social por parte de los trabajadores	
ING.03.02. Contribuciones a la seguridad social por parte de los empleadores	
ING.03.03. Contribuciones a la seguridad social por parte de trabajadores por cuenta propia	
ING.03.98. Contribuciones a la seguridad social sin desglosar	

## CUADRO: Clasificación taxonómica MEGATBRD

### ING.04. Pago anticipado obligatorio (distinto de ING.3 y no especificado)

### ING.05. Pago anticipado voluntario

ING.05.01. Pago anticipado voluntario de personas y hogares

ING.05.02. Pago anticipado voluntario de los empleadores

ING.05.03. Pago anticipado voluntario sin desglosar

### ING.06. Otros ingresos nacionales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

### ING.07. Transferencias externas directas

#### ING.07.01 Transferencias financieras externas directas

ING.07.01.01 Transferencias financieras externas directas bilaterales

ING.07.01.02 Transferencias financieras externas directas multilaterales

ING.07.01.98 Transferencias financieras externas directas sin desglosar

#### ING.07.02 Ayuda externa directa en bienes y especie

##### ING.07.02.01. Ayuda bilateral directa

ING.07.02.01.01. Ayuda bilateral directa en bienes

ING.07.02.01.02. Ayuda bilateral directa en especie: servicios (incluidos AT)

##### ING.07.02.02. Ayuda multilateral directa

ING.07.02.02.01. Ayuda multilateral directa en bienes

ING.07.02.02.02. Ayuda multilateral directa en especie: servicios (incluidos AT)

##### ING.07.02.98. Otras ayudas directas en especie sin desglosar

### ING.98. Ingresos de los planes de financiación de la salud (sin desglosar)

### ING.99. Otros ingresos de los planes de financiación de la salud sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

## Esquemas de Financiamiento

### ESQ.01. Esquemas de gobierno y esquemas obligatorios de asistencia sanitaria

#### ESQ.01.01. Esquemas de gobierno

ESQ.01.01.01. Esquemas de gobierno central

ESQ.01.01.02. Esquemas de gobierno estatal

ESQ.01.01.98. Esquemas de gobierno sin desglosar

#### ESQ.01.02. Regímenes obligatorios de seguro de enfermedad contributivos

##### ESQ.01.02.01. Planes de seguro social de salud

ESQ.01.02.01.01. Planes de seguro social de salud para empleados del sector privado

ESQ.01.02.01.02. Planes de seguro social de salud para empleados del gobierno

ESQ.01.02.01.98. Plan de seguro social de salud no relacionado con el tipo de empleo o no desagregado

##### ESQ.01.02.02. Esquemas de seguros privados obligatorios

##### ESQ.01.02.98. Regímenes obligatorios de seguro de enfermedad contributivos no desagregado

### ESQ.01.98. Esquemas gubernamentales o regímenes obligatorias de seguro de enfermedad no desagregados

### ESQ.02. Esquemas de pago voluntario

#### ESQ.02.01. Planes de seguros voluntarios

##### ESQ.02.01.01. Seguro de salud primario / sustitutivo

ESQ.02.01.01.01. Seguros basados en el empleador (distintos de los esquemas de empresas)

ESQ.02.01.01.02. Seguro voluntario basado en el gobierno

ESQ.02.01.01.98. Esquemas de cobertura primaria no desagregados.

##### ESQ.02.01.02. Planes de seguro basados en la comunidad y planes de seguro complementarios / suplementarios

##### ESQ.02.01.98. Planes de seguro voluntarios no desagregados

#### ESQ.02.02. Esquemas de organización sin fines de lucro

ESQ.02.02.01. Esquemas de organizaciones sin fines de lucro (excluyendo ESQ.02.02.02)

ESQ.02.02.02. Esquemas de agencias extranjeras residentes

ESQ.02.02.98. Esquemas de organización sin fines de lucro no desagregados

#### ESQ.02.03. Esquemas empresariales con fines de lucro

**CUADRO: Clasificación taxonómica MEGATBRD****ESQ.03. Gasto de bolsillo****ESQ.03.01. Gasto de bolsillo directo sin costo compartido****ESQ.03.02. Costo compartido con terceros pagadores**

ESQ.03.02.01. Participación en los costos con los esquemas gubernamentales y los esquemas obligatorios de seguro de salud

ESQ.03.02.02. Costo compartido con planes de seguro voluntarios

**ESQ.03.98. Costo compartido no desagregado****ESQ.04. Esquemas externos (no residentes)****ESQ.04.01. Esquemas obligatorios (no residentes)****ESQ.04.02. Esquemas voluntarios (no residentes)**

ESQ.04.02.01. Planes de seguro de salud voluntarios (no residentes)

**ESQ.04.02.02 Otros esquemas (no residentes)**

ESQ.04.02.02.01. Filantropía / esquemas de ONG internacionales

ESQ.04.02.02.02. Esquemas de agencias de desarrollo extranjero

ESQ.04.02.02.03. Esquemas de enclaves (por ejemplo, organizaciones internacionales o embajadas)

**Agentes de Financiamiento****AF.01. Sector Público****AF.01.01. Gobiernos Territoriales****AF.01.01.01. Autoridades Centrales**

AF.01.01.01.01. Ministerio de Salud (o entidad equivalente del sector)

AF.01.01.01.02. Ministerio de Justicia (o entidad equivalente del sector)

AF.01.01.01.03. Otros ministerios (o entidades equivalentes de cada sector)

AF.01.01.01.04. Despacho del primer ministro o presidente

AF.01.01.01.99. Otras entidades de autoridades centrales o federales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

**AF.02. Sector Privado**

AF.02.01. Seguridad social privada

AF.02.02. Programas de seguros de empleadores

AF.02.03. Empresas privadas de seguros (distintas del seguro social)

AF.02.04. Hogares privados (pagos personales)

AF.02.05. Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del seguro social)

AF.02.99. Otros agentes privados de financiación sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

**AF.03. Organizaciones internacionales de compra****AF.03.01. Oficinas nacionales de organismos bilaterales que gestionan recursos externos y cumplen funciones de agentes de financiación****AF.03.02. Organismos multilaterales que gestionan recursos externos**

AF.03.02.02. Organización Mundial de la Salud (OMS)

AF.03.02.99. Otros organismos multilaterales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

**AF.03.03. Organizaciones y fundaciones internacionales**

AF.03.03.01 Organizaciones internacionales sin fines de lucro

AF.03.03.02 Organizaciones internacionales con fines de lucro

**AF.99. Entidades financieras sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)****Proveedores de Servicios****PS.01. Sector Público****PS.01.01. Organizaciones gubernamentales**

PS.01.01.01. Hospitales (públicos)

PS.01.01.02. Atención ambulatoria (pública)

PS.01.01.03. Centros de salud mental y abuso de sustancias (públicos)

PS.01.01.04. Laboratorios y centro de diagnóstico por imágenes (públicos)

PS.01.01.05. Farmacias y proveedores de artículos médicos (públicos)

## CUADRO: Clasificación taxonómica MEGATBRD

### PS.01.02. Entidades gubernamentales (públicas)

- PS.01.02.01. Departamentos dependientes del Ministerio de Salud o equivalente
- PS.01.02.02. Departamentos dependientes del Ministerio de Justicia o equivalente
- PS.01.02.98. Entidades gubernamentales no desglosadas

### PS.02. Sector Privado

#### PS.02.01. Proveedores sin fines de lucro

- PS.02.01.01. Hospitales (privada, sin fines de lucro)
- PS.02.01.02. Atención ambulatoria (privada, sin fines de lucro)
- PS.02.01.03. Centros de salud mental y abuso de sustancias (privada, sin fines de lucro)
- PS.02.01.04. Laboratorios y centro de diagnóstico por imágenes (privada, sin fines de lucro)
- PS.02.01.05. Farmacias y proveedores de artículos médicos (privada, sin fines de lucro)

#### PS.02.02. Proveedores con fines de lucro

- PS.02.02.01. Hospitales (privado, con fines de lucro,)
- PS.02.02.02. Atención ambulatoria (privada, con fines de lucro,)
- PS.02.02.03. Centros de salud mental y abuso de sustancias (privada, con fines de lucro,)
- PS.02.02.04. Laboratorios y centro de diagnóstico por imágenes (privada, con fines de lucro)
- PS.02.02.05. Farmacias y proveedores de artículos médicos (privada, con fines de lucro)

### PS.03. Entidades bilaterales y multilaterales, ONG y fundaciones internacionales - en oficinas nacionales

- PS.03.01. Organismos bilaterales
- PS.03.02. Organismos multilaterales
- PS.03.03. ONG y fundaciones internacionales
- PS.03.98. Entidades bilaterales y multilaterales, ONG y fundaciones internacionales - en oficinas nacionales no desagregados

### PS.04. Proveedores del resto del mundo (actividades realizadas fuera del país)

#### PS.98. Proveedores sin desglosar

## Modalidad de Entrega de Servicios

### MES.01. Modalidad basada en Establecimientos de Salud

- MES.01.01. Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria
- MES.01.02. Basados en el establecimiento: Atención hospitalaria
- MES.01.03. Tratamiento bajo observación directa (DOT por sus siglas en inglés)
- MES.01.98. Basados en el establecimiento sin desglosar
- MES.01.99. Otros basados en el establecimiento s.c.o.

### MES.02. Modalidad basada en entrega de servicios comunitarios o en hogar

- MES.02.01. Basados en la comunidad: centro
- MES.02.02. Basados en la comunidad: unidad móvil
- MES.02.03. Basados en la comunidad: actividades de divulgación
- MES.02.04. Basados en la comunidad: basados en hogares (incluye puerta a puerta)
- MES.02.98. Basados en el hogar y la comunidad sin desglosar
- MES.02.99. Basados en el hogar y la comunidad s.c.o.

### MES.03. No aplicable (CGT que no tiene una MES específica)

#### MES.98. Modalidades sin desglosar

## Categoría de Gasto en Tuberculosis (CGT)

### CGT.01. Prevención de la Tuberculosis

- CGT.01.01. Difusión y comunicación sobre la prevención de la TB
- CGT.01.02. Aplicación de vacuna contra la TB

### CGT.02. Atención y Tratamiento de la Tuberculosis

#### CGT.02.01. Atención Ambulatoria

- CGT.02.01.01. Profilaxis o terapia preventiva ambulatoria de la TB
- CGT.02.01.02. Análisis, detección de casos y diagnóstico de TB

## CUADRO: Clasificación taxonómica MEGATBRD

### CGT.02.01.03. Tratamiento de la TB

CGT.02.01.03.01. Tratamiento de la TB (sensible a los medicamentos) (incluye DOTS)

CGT.02.01.03.02. Tratamiento de la TB (farmacorresistente)

CGT.02.01.03.98. Tratamiento de la TB sin desglosar por tipo de TB

CGT.02.01.03.99. Tratamiento de la TB s.c.o.

### CGT.02.01.04. Tratamiento psicológico y servicios apoyo asociado a la Tuberculosis

CGT.02.01.04.01. Apoyo de adherencia y retención para TB

CGT.02.01.04.02. Apoyo nutricional asociado al tratamiento de la TB

CGT.02.01.04.03. Apoyo psicosocial asociado a la TB

### CGT.02.01.05. Atención domiciliaria

### CGT.02.03. Atención hospitalaria

CGT.02.03.01. Tratamiento hospitalario de la TB

### CGT.03. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas

CGT.03.01. Planificación estratégica, coordinación y desarrollo de políticas

CGT.03.02. Costos de administración y gestión de programas (por encima del nivel de prestación de servicios)

CGT.03.03. Investigación científica en operaciones e implementación

CGT.03.04. Sistemas de suministro de fármacos

CGT.03.05. Sistemas y tecnologías de información de gestión

CGT.03.06. Rastreo de recursos y gasto en TB (Medición de Gasto en Tuberculosis)

### CGT.03.07. Mejora y construcción de infraestructura

CGT.03.07.01. Fortalecimiento del sistema de laboratorios

CGT.03.07.02. Construcción o adecuación de servicios de TB

CGT.03.07.98. Mejora y construcción de infraestructura no desglosados por intervención

### CGT.03.98. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas no desagregados

CGT.03.99. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

### CGT.04. Sinergias para el desarrollo

CGT.04.01. Educación formativa para desarrollar una fuerza laboral en temas de TB y otras capacitaciones no relacionadas con actividades específicas

### CGT.98. Actividades relativas a TB sin desglosar por tipo

### CGT.99. Actividades relativas a TB s.c.o.

## Población beneficiaria

### PB.01. Población con TB sensible

PB.01.01. Población general con TB sensible / mayor de 15 años (De 15 años en adelante)

PB.01.02. Población general con TB sensible / menor de 15 años (0 a 14 años)

PB.01.03. Población con TB sensible / VIH

PB.01.04. Población con TB sensible / institucionalizadas (PPL y albergados)

PB.01.05. Población con TB sensible / migrantes

PB.01.06. Población con TB sensible / trabajadores de la salud en centros hospitalarios

PB.01.07. Población con TB sensible / trabajadores de la salud en centros penitenciarios

PB.01.98. Población con TB sensible sin desglosar

### PB.02. Población con TB drogoresistente

PB.02.01. Población general con TB drogoresistente / mayor de 5 años (De 5 años en adelante)

PB.02.02. Población general con TB drogoresistente / menor de 5 años (0 a 4 años)

PB.02.03. Población con TB drogoresistente / VIH

PB.02.04. Población con TB drogoresistente / institucionalizadas (PPL y albergados)

PB.02.05. Población con TB drogoresistente / migrantes

PB.02.06. Población con TB drogoresistente / trabajadores de la salud en centros hospitalarios

PB.02.07. Población con TB drogoresistente / trabajadores de la salud en centros penitenciarios

PB.02.98. Población con TB drogoresistente sin desglosar

## CUADRO: Clasificación taxonómica MEGATBRD

### **PB.03. Población general**

PB.03.01. Población general adulta (mayor de 15 años)

PB.03.02. Población general menor (menor de 15 años)

PB.03.98. Población general sin desglosar

### **PB.04. Población con intervenciones no dirigidas explícitamente**

### **PB.99. Población objetivo s.c.o.**

## **Factores de producción (FP)**

### **FP.01. Gastos corrientes directos e indirectos**

#### **FP.01.01. Gastos de personal**

##### **FP.01.01.01. Proveedores de servicios directos**

FP.01.01.01.01. Costos laborales (salarios) - Proveedores de servicios directos (PSD)

FP.01.01.01.02. Beneficios extrasalariales - PSD (incluidos incentivos y salario 13)

FP.01.01.01.03. Aportes patronales a la seguridad social

FP.01.01.01.04. Consultores externos

FP.01.01.01.98. Proveedores de servicios directos sin desglosar

##### **FP.01.01.02. Gastos de personal para la gestión del programa**

FP.01.01.02.01. Costos laborales (salarios) - Proveedores de servicios directos (PSD)

FP.01.01.02.02. Beneficios extrasalariales - PSD (incluidos incentivos y salario 13)

FP.01.01.02.03. Aportes patronales a la seguridad social

FP.01.01.02.04. Consultores externos para la gestión de programa

FP.01.01.02.98. Personal para la gestión del programa sin desglosar

##### **FP.01.02. Otros gastos corrientes operativos y de gestión del programa**

FP.01.02.01. Costo de alquiler de oficinas

FP.01.02.02. Costo de servicios de oficina (electricidad, agua, basura, etc.)

FP.01.02.03. Gastos de viaje para coordinación, monitoreo y supervisión (viáticos)

FP.01.02.04. Gastos de transporte

FP.01.02.05. Gastos de suministros de oficina

FP.01.02.06. Impresiones y copias operación

FP.01.02.98. Otros costos corrientes sin desglosar

FP.01.02.99. Otros costos corrientes s.c.o.

##### **FP.01.03. Productos y suministros médicos**

###### **FP.01.03.01. Productos farmacéuticos**

FP.01.03.01.01. Medicamentos para la tuberculosis

FP.01.03.01.02. Vacuna contra la tuberculosis

FP.01.03.01.03. Vitaminas y minerales

FP.01.03.01.98. Productos farmacéuticos sin desglosar

FP.01.03.01.99. Productos farmacéuticos s.c.o.

###### **FP.01.03.02. Suministros médicos y no médicos**

###### **FP.01.03.02.01. Suministros médicos**

FP.01.03.02.01.01. Jeringas

FP.01.03.02.01.02. Productos de algodón

FP.01.03.02.01.99. Suministros médicos s.c.o.

###### **FP.01.03.02.02. Suministros no médicos**

FP.01.03.02.02.01. Tarjetas y otros productos de papel o cartón

FP.01.03.02.02.02. Material de promoción e información

FP.01.03.02.02.03. Alimentos y nutrientes para población beneficiaria

FP.01.03.02.02.04. Transporte relacionado con beneficiarios

FP.01.03.02.02.05. Apoyo financiero a los beneficiarios

FP.01.03.02.02.06. Viáticos, transporte y otros costos relacionados con capacitación

FP.01.03.02.02.07. Logística de eventos, incluidos los servicios de catering

## CUADRO: Clasificación taxonómica MEGATBRD

### FP.01.03.03. Reactivos y materiales de laboratorio e imágenes

FP.01.03.03.01. Pruebas de diagnóstico de TB (incluidas las pruebas rápidas)

FP.01.03.03.02. Materiales para imágenes de apoyo diagnóstico

FP.01.03.03.98. Reactivos y materiales sin desglosar

### FP.01.04. Costos indirectos

FP.01.04.01. Servicios de intermediación financiera

### FP.01.98. Gastos corrientes directos e indirectos sin desglosar

### FP.01.99. Gastos corrientes directos e indirectos s.c.o.

## FP.02. Gastos de capital

### FP.02.01. Edificios

FP.02.02.01. Mejoras de laboratorios y otras infraestructuras

FP.02.02.02. Construcción y renovación de servicios de TB

FP.02.02.98. Edificios sin desglosar

### FP.02.02. Vehículos

### FP.02.03. Otros gastos de capital

FP.02.03.01. Tecnología de la información (hardware y software)

FP.02.03.02. Equipos de laboratorio y otros equipos médicos

FP.02.03.03. Equipo y mobiliario de uso no médico

FP.02.03.98. Otros gastos de capital sin desglosar

### FP.02.98. Gastos de capital sin desglosar

### FP.98. Factores de producción sin desglosar

Fuente: Adaptado de la base de Medición del Gasto en Salud (MEGAS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) 2009 y versión revisada 2019.

## 5.2 Fuentes de información para la estimación del gasto en tuberculosis en República Dominicana

Para el desarrollo del estudio de medición del gasto en tuberculosis se utilizan diferentes fuentes institucionales y de consulta a actores clave:

### 5.2.1 Fuente de información institucionales / oficiales

#### a. Banco Central de la República Dominicana (BCRD):

- Base de Datos de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) 2018 que aporta información sobre pagos efectuados por pruebas de TB y otros servicios relacionados. Esta encuesta es un estudio cuyo objetivo es recopilar información estadística en todo el territorio nacional a lo largo de las 52 semanas del año del levantamiento, sobre el gasto de las familias dominicanas y su composición o destino final, así como del ingreso de los hogares y sus fuentes. En efecto, la BD ENGIH 2018 aporta información sobre pagos efectuados por los hogares para la realización de pruebas de IGRA, pruebas de imágenes, así como consultas a Infectólogos.
- Tabla de cálculo para la actualización o indexación de valores por la variación del Índice de Precios al Consumidor IPC (Base anual: octubre 2019 - septiembre 2020 = 100), la cual se utiliza para actualizar precios de años previos al del estudio.

#### b. Portal “Dinero en el Tiempo”: (5)

- Tabla para el cálculo de la tasa de inflación promedio del dólar, utilizando la fórmula de IPC, donde podemos calcular el valor del dólar en el año deseado si se conoce el año inicial y el IPC

(índice de precios al consumidor) de ambos años. Esto es para aquellos precios encontrados en dólares de Estados Unidos

*c. Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES):*

- Leyes de presupuestos nacionales desde el año 2018 al 2021 en su Tomo I y II para obtener los recursos “visibles” destinado a Tuberculosis en los capítulos presupuestarios N<sup>os</sup> 207 y 5180 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Servicio Nacional de Salud, respectivamente.
- Presupuestos Orientados a Resultados correspondientes a los años 2019 a 2021 para identificar la estructura programática definidas para el Programa 42 destinado a TB y las coberturas de gasto en las actividades presupuestarias que lo conforman. Cabe señalar que es a partir de 2021 que en el presupuesto del capítulo presupuestario 0207 del Ministerio de Salud es que se incluye el detalle del producto 03-Pacientes TB con factores de baja adherencia acceden a soporte nutricional, lo cual se visualiza en la sección de Financiamiento de este informe.
- Se utilizaron los datos de metas físicas y financieras contempladas en los presupuestos, tanto los definidos por productos como los orientados a resultados (PoR). Cabe señalar que es a partir de 2021 que en el presupuesto del capítulo presupuestario 0207 del Ministerio de Salud que se incluye el detalle del producto 03-Pacientes TB con factores de baja adherencia acceden a soporte nutricional.
- En dicho año se indica que se contempla la compra de 7,200 kits nutricionales para entregar cada mes a 800 pacientes por 6 meses con Tuberculosis sensible y 200 mensuales a pacientes con Tuberculosis MDR. El monto destinado para ello fue de RD\$33.9 millones, lo que supone un costo por kits de RD\$4,708.33 aproximadamente. Para los años precedentes esto era cubierto con recursos del Fondo Mundial.

*d. Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA):*

- Acceso a la herramienta de reportes de Monitoreo Global del Sida (GAM, por sus siglas en inglés), para fines de identificar los datos del indicador Número de pacientes de TB (nuevos y que recaen en la enfermedad) que son VIH-positivos que iniciaron el tratamiento para TB durante el período del que se informa que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral o que empezaron terapia antirretroviral durante el tratamiento de TB dentro del año de reporte.

En dicho año se indica que se contempla la compra de 7,200 kits nutricionales para entregar cada mes a 800 pacientes por 6 meses con Tuberculosis sensible y 200 mensuales a pacientes con Tuberculosis MDR. El monto destinado para ello fue de RD\$33.9 millones, lo que supone un costo por kits de RD\$4,708.33 aproximadamente. Para los años precedentes esto era cubierto con recursos del Fondo Mundial.

*e. Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM):*

- Datos de la subvención aprobada al país y la ejecución por año publicada en el portal <https://data.theglobalfund.org/grant/DOM-T-MSPAS/2/disbursements/time-cycle>.

**f. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS):**

A través del **Programa de Tuberculosis**, dependiente del Viceministerio de Salud Colectiva, ha manejado lo siguiente:

▪ **Bases de datos e indicadores:**

- Reportes de indicadores relacionados con coinfección TB-VIH, desagregados por Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud.
- Base de datos de personas con TB drogo resistente cierre preliminar 2021.
- Base de datos de casos sospechosos de TB 2019-2020.

▪ **Presupuestos, datos de precios y ejecuciones financieras:**

- Datos de ejecución financiera del Fondo Mundial por objeto de gastos y actividades programáticas 2018-2020.
- Presupuestos anuales de la División de Tuberculosis 2018-2020.
- Estimaciones de precios del Fondo Rotatorio de la OPS para identificar el costo de adquisición de los medicamentos de primera y segunda línea adquiridos por el país 2018 - 2021.
- Presupuesto de apoyo PEPFAR a través del CDC.
- Presupuesto Orientado a Resultados 2020 TB.

A través de la **Dirección de Inmunoprevenibles por vacunas** (antiguo *Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI*) del Viceministerio de Salud Colectiva:

- Datos de aplicación de la vacuna de Bacillus de Calmette y Guérin (BCG) 2017, el cual con base a la proyección del PoR se estimó para 2020.

**g. Oficina Nacional de Estadística (ONE):**

- Datos de población según el Censo Nacional de Población y Vivienda y su actualización con las proyecciones a 2030.

**h. Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud:** HFG, por sus siglas en inglés, es un proyecto de USAID que 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, el cual es liderado por Abt Associates y 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, fortaleciendo los sistemas de salud y ayudar a los países, a medida que van pasando a través de las transiciones económicas necesarias, para alcanzar el cuidado de salud universal.

- Estudio de Costeo del paquete de servicios de VIH en los Servicios de Atención Integral (SAI) apoyados por PEPFAR, en el cual se contemplan los costos de materiales directos utilizados para la atención a infecciones oportunistas.

**i. Seguro Nacional de Salud (SENASA):** a través de la Oficina de Acceso a la Información (OAI):

- Datos de cobertura de vacuna BCG por afiliados 2020.
- Servicios otorgados, ciudadanos atendidos y valor autorizado en 2020 por tipo de atenciones de salud relacionadas a tuberculosis por régimen de financiamiento y código CIE-10.

*j. Servicio Nacional de Salud (SNS):*

- **Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS):** Boletines de análisis de la prestación de servicios de tuberculosis en la red pública del SNS.
- **Base de Datos del Módulo de Producción de Servicios, Nivel Complementario:** comprende información agregada de servicios brindados en los establecimientos de la red pública y para algunos módulos (consulta externa, imágenes, laboratorios), que pueden servir para estimar atenciones provistas a los pacientes que demandan servicios por tuberculosis.
- **Base de Datos del Sistema de Información Operacional Epidemiológica (SIOE) de Tuberculosis:** conjunto de instrumentos de registro y reportes de información, que permite una adecuada y oportuna recolección de la información operacional y epidemiológica para la toma de decisiones en el Programa de Tuberculosis. En este sistema se recogen los datos relacionados con los casos detectados, tratados, curados, coinfección TB/VIH, desagregados por grupo de edad y sexo, sector pertenencia instituciones prestadoras y notificados, región y provincia, nacionalidad entre otros.
- **Nómina institucional:**
  - Requerimientos de datos de salarios pagados a profesionales y técnicos de la salud directamente vinculados a la prestación de servicios de tuberculosis.
  - Personal pagado por el proyecto financiado a través de CDC.
- **Guías, normas y otros documentos oficiales:** facilitados por el equipo de los programas de TB y VIH del SNS:
  - Guía Nacional para la atención de la coinfección TB y VIH;
  - Algoritmo de diagnóstico de casos sospechosos (presuntivos) de Tuberculosis Pulmonar y uso de pruebas moleculares rápidas.
  - Informe de monitoreo y evaluación final de la implementación del Sistema Único de Transporte de Muestras Biológicas y Envíos de Resultados (SUTMER) de Tuberculosis en la red de establecimientos del SNS.

*k. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL):* a través de la Oficina de Acceso a la Información (OAI).

- Estadísticas de cobertura de servicios por Administradoras de Riesgos de Salud y codificación bajo CIE-10 detallando los Montos Pagados, Servicios Otorgados y Ciudadanos atendidos por coberturas de salud relacionadas con Tuberculosis, por categoría de ARS y Grupos de atención según Régimen de Financiamiento 2020, clasificadas por:
  - Grupos de atención
  - Coberturas
  - Codificación CIE-10

*l. World Health Organization (WHO):*

- Global Health Expenditure Database.

### **5.2.2 Revisión de literatura relacionada con la Tuberculosis**

En la sección de referencias bibliográficas se citan todas las documentaciones que sirvieron de base para el desarrollo del presente estudio, para lo cual se efectuó la:

- Identificación y revisión de literatura internacional incluyendo consulta en bases de datos de publicaciones científicas de estudios sobre poblaciones con características compartidas con la población con TB, priorizando a. Literatura sobre financiamiento a la salud a la TB; b. Literatura sobre gastos presupuestarios y donaciones; c. Literatura sobre planes estratégicos y reportes de ejecución financiera y programáticas; d. Literatura sobre costo de las intervenciones en TB.
- Identificación del marco normativo, los informes de gestión o notificación programática, las leyes presupuestarias y los reportes de ejecución financiera, resultados de encuestas nacionales de salud y de hogares, entre otros.

### **5.2.3 Consulta a actores clave / informantes**

Para complementar la búsqueda de información se hicieron consultas importantes para entender la lógica del proceso de la atención en lo relativo a la tuberculosis, cuyas evidencias se presentan en el anexo 4, a saber:

- a.** Reunión virtual con el Equipo de trabajo coordinador de la MEGATB, con el cual se tuvo la reunión de inicio de los trabajos el 21-12-2021, definiendo alcance, marco metodológico e identificando intervenciones preliminares a incluir en el gasto, ruta para el desarrollo, limitaciones probables de los datos (costeo de intervenciones), fuentes de financiamiento, sistemas de información, contactos, entre otros aspectos que fueron incorporados en una ayuda memoria que forma parte de los entregables en el producto 1 de la Asistencia Técnica.
- b.** Reunión virtual de trabajo con el Ing. Edwin Ramírez de la Dirección de Gestión de la Información para identificar en la nómina del SNS el recurso humano destinado a la atención de la Tuberculosis en los establecimientos de primer nivel y nivel complementario de salud. De igual manera, identificación de las salidas de datos de los informes operacionales del SIOE-TB no disponibles en el repositorio de información y estadísticas.
- c.** Reunión virtual de trabajo con la Dra. Yaneiris Cuevas del Programa de Tuberculosis del SNS para la revisión de las primeras estimaciones del gasto, comentar el enfoque metodológico e identificar vacíos de información, así como análisis las matrices remitidas para la captura de datos y necesidades de documentaciones complementarias.
- d.** Reunión de trabajo para revisar los datos provistos al Lic. Julio Mieses por el PAI, en el contexto de las Cuentas Nacionales de Salud, identificación de documentos complementarios para la estimación a 2020 de las vacunas de BCG. Compartir criterios y canales de argumentación ante las OAI para la obtención de los datos requeridos a través del SAIP.

- e. Reunión de revisión de respuestas proporcionadas por la Dra. María Rodríguez a preguntas específicas sobre el tratamiento a personas con TB drogoresistente, pruebas complementarias. Revisión de la estimación y metodología del costeo de los diferentes esquemas de tratamiento.
- f. Adicionalmente, fueron consultados mediante entrevista o vía telefónica la Dra. Merary Encarnación del Programa de VIH del SNS sobre la coinfección TB-VIH, el Dr. Máximo Melo sobre logística de la prestación del servicio a nivel centros del cuerpo castrense, el Dr. José Ledesma, Médico Infectólogo, sobre atenciones a nivel privado; la Dra. Belkys Marcelino, ex Encargada del Programa Nacional de Control de la TB; el Dr. Mejía Biaggi del Consultorio de Visa.

### **5.3 Limitaciones de los datos de las intervenciones relacionadas con la tuberculosis**

Diversos factores que afectan la disponibilidad y calidad del dato relacionado con las IO:

- No se cuenta con información homogénea acerca del número de coinfectados reportados en informes generados por fuentes oficiales: Reporte a OMS del MISPAS, Reporte a ONUSIDA en el GAM de CONAVIHSIDA, RIESS del SNS. Esto en virtud de que no se especifica la fecha de los cortes de los datos, ni se cuenta con una bitácora de los cambios y limpiezas efectuadas a las Bases de Datos que afectan la información provista para un mismo año.
- No se cuenta con datos de referencia nacional de costos de procedimientos e intervenciones específicas, tales como la realización de pruebas, por lo cual se tuvo que acceder a estudios de otros países con programas similares al nuestro y realizar los ajustes en moneda local.
- La base de datos del SIOE-TB cuenta con campos vacíos donde el registro de respuesta es dual: positivo o negativo, si o no, indicación del esquema de tratamiento, entre otros, lo que implica que pudiera haber un subregistro de los casos de coinfección de TB/VIH o en parámetros que afectan alguna de las estimaciones realizadas para este estudio.
- No se cuentan con precios de mercado de las intervenciones en el sector privado.
- No se dispone de información que indique si los pacientes en el sector privado son drogo resistentes ni el esquema de tratamiento en el que pudieran estar.
- No se cuenta con datos de peso en las bases de datos de pacientes con TB drogo resistente por lo cual se hizo una exploración referencial para la asignación media de los tratamientos para el cálculo del costo por esquemas registrados.
- A pesar de que algunos medicamentos, según la consulta a actores clave del SNS y el MISPAS, ya no se utilizan en los esquemas de tratamiento, en el SIOE-TB las opciones de selección lo incluyen, por ejemplo, la rifabutina que desde 2018 no se adquieren; sin embargo, la denominación del esquema es 2RfbHZE/4RfbHE. Es posible, aunque no tenemos la certeza, que esto es lo que conduce a que haya campos vacíos relacionados con los esquemas de tratamiento, lo que incide en la estimación. Para poder incluir el total de pacientes, se partió de la información provista por técnicos del Programa de Tuberculosis, de que se les administra el más común que es 2HRZE/4(HR).

## 6. CRITERIOS Y METODOLOGÍA DE COSTOS PARA LA ESTIMACIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS EN REPÚBLICA DOMINICANA

### 6.1 Datos para la estimación del gasto en prevención de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020

#### 6.1.1 De la vacunación contra la TB

La vacuna BCG forma parte del esquema básico de vacunación nacional que se ejecuta a través de la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas (antiguo Programa de Inmunizaciones -PAI-) del Ministerio de Salud (MISPAS). Esta vacuna se usa para prevenir la tuberculosis (TB) en personas que tienen riesgo alto de TB o que viven en una zona donde la TB es común. Se elabora con una forma atenuada (debilitada) de una bacteria que se llama *Mycobacterium bovis* (bacilo de Calmette-Guérin), que es similar a la bacteria que causa la TB.

A nivel nacional la vacuna se aplica en los recién nacidos en una dosis única y se aplica al tiempo de la vacuna contra la Hepatitis B, por lo cual, el costo de mano de obra por aplicación de la BCG calcula considerando la metodología definida para la implementación del presupuesto orientado a resultados (PoR), sobre cuya se hizo la imputación de los elementos de costos del tiempo efectivo de trabajo para personal auxiliar de enfermería en los establecimientos de la red pública de salud del SNS.

#### RECUADRO: Criterios para estimar el costo de personal

- Los costos de personal son los que reflejan la relación de las Instituciones Públicas con las personas; por tanto, incluyen los costos que se derivan de una relación laboral o que son consecuencia de esa relación (la seguridad social, las indemnizaciones, los premios, etc.).
- Para establecer el costo de personal es necesario obtener información de las personas según estén asignadas a uno o varios Centro de Costos (CC). Por ejemplo, si el CC es la unidad de emergencia se debe obtener información de las personas asignadas a dicho CC; así como, sobre personas que presten servicios en más de un CC.
- La asignación de costos de personal se realizará utilizando un índice que haga homogénea la relación persona tiempo (mes, día, hora, etc.). Este índice se denomina TET y se calcula a partir de la relación entre el número de días u horas trabajadas por una persona dividido entre el número total de días o de horas de un período.
- Para calcular el costo de personal por Producto se utilizará el TET calculado como el tiempo que una persona destina a la realización de un producto, dicho índice se expresa en términos de porcentaje.

Fuente: Informe preliminar de Metodología de Costeo. Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES) 2015.

#### 6.1.1.2 Datos de cobertura de vacunación con BCG:

La memoria institucional del MISPAS indica que la cobertura de vacunación para BCG registrada fue de 106.6%, superando la meta establecida del 95%. Considerando que la proyección para el PoR se estimó sobre la base de la cobertura de un 95% y que para 2018 según la evaluación de DIGEPRES sobre la ejecución financiera de PAI reporta un alcance de un 94% y que el informe de ejecución financiera del MISPAS a 2020 muestra una ejecución calculada del 74.0% se parte del supuesto que se mantuvo el alcance

de personas utilizados en la estimación de las CNS. El alcance por grupo de edad y tipo de establecimiento se presenta en el cuadro siguiente: <sup>(6)</sup>

Grupo de edad	Ámbito de alcance			
	Hospitales	PNA	Jornada	Total
< de 1 Año	29,616	9,421	0	39,037
1 a 4 Años	3	42	3	48
<b>Total</b>	<b>29,619</b>	<b>9,463</b>	<b>3</b>	<b>39,085</b>
*Nota: La Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas, antiguo Programa Ampliado de Inminización Fuente: Base de datos de la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas. Republica Dominicana, 2020.				

### 6.1.1.3 Criterios para el cálculo del personal que aplica la vacuna

- Debido a la falta de información de la denominación de cargo del personal para aplicación de la vacuna en los centros de salud y conforme al documento metodológico de DIGEPRES que partió de una amplia consulta con el PAI, el SNS y la Dirección de Planificación del MISPAS se considera el salario nominal del personal auxiliar de enfermería.
- Utilizar el salario de la escala en el SNS para personal auxiliar de enfermería a diciembre 2020 fijado en RD\$25,709.25 y aplicar el 15.39% de los aportes patronales al Sistema Dominicano de Seguridad Social, al igual que la doceava parte del salario de navidad establecido en el Código de Trabajo (CT) de la República Dominicana.
- Tomar en cuenta el tiempo establecido en las advertencias y precauciones especiales de empleo establecida en la ficha técnica de la vacuna de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios que indica lo siguiente:” Aunque *las reacciones anafilácticas son raras, durante la vacunación se debe contar con las medidas necesarias para su manejo y tratamiento. Siempre que sea posible, deberá observarse al paciente en cuanto a síntomas de reacción alérgica hasta 15-20 minutos después de haber recibido la vacuna*”. <sup>(7)</sup>
- Se considera que el tiempo de la atención equivale a unos 10 minutos que utiliza la enfermera para preparar, aplicar la vacuna y registrar los datos de la persona inmunizada, no se computa el criterio precedente porque se parte del supuesto que, mientras se vacuna a uno la otra persona está en sala esperando el tiempo de observación de la reacción.
- Utilizar ese dato para calcular el tiempo efectivo dedicado a la atención, considerando una jornada de 6 horas, en el tiempo mensual establecido en el CD de 23.83 días de trabajo.

Con base en los criterios anteriores se cuantifica el monto en RD\$ dedicado por una auxiliar de enfermería a la aplicación de la BCG, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Tiempo efectivo dedicado por auxiliar enfermería a la aplicación de la vacuna BCG y costo en RD\$</b>			
<b>Calculo salario mensual</b>			
<b>Salario auxiliar de enfermería</b>	<b>SDSS</b>	<b>Salario navidad</b>	<b>Total salario</b>
1 mes	15.39%	1 mes	1 mes
25,709	3,957	2,142	55,375
<b>Tiempo efectivo y costo RD\$</b>			
<b>Dias / mes trabajado</b>	<b>Horas / día jornada laboral</b>	<b>Minutos / hora x día</b>	<b>Minutos dedicados x paciente</b>
23.83	6	60	10
1,335	222	4	37
Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. Republica Dominicana (MEGATBRD) 2020.			

### 6.1.1.3 Criterios para el cálculo de costos directos e indirectos

Se utilizan los *costos directos* provistos por el PAI para las proyecciones del PoR y las Cuentas Nacionales de Salud a 2017, indexado con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) a 2020, cuyo factor de ajuste es de 1.1069 según la metodología para la actualización de valores por la variación del IPC del Banco Central de la República Dominicana. De esta manera, se consideran los insumos presentados en el cuadro siguiente, considerando los costos de:

1. Jeringuillas de 1cc 27g x 3/8.
2. Pañitos húmedos.
3. No se incluyen los costos asociados a paquetes fríos y cajas de bioseguridad porque su distribución corresponde al conjunto de vacunas en ellos.

En el caso de los *costos indirectos* se consideran los siguientes rubros, actualizados con IPC:

1. El costo de los servicios básicos imputados en atención de primera vez de enfermería en pediatría.<sup>(8)</sup>
2. El costo de la tarjeta de la cédula del niño/a se divide entre las dos vacunas que se colocan al nacer, es decir, BCG y HPB.
3. Se computa el costo de la tarjeta de vacunación de adultos.

<b>CUADRO: Costo directo materiales e indirectos en RD\$ vacuna BCG</b>					
<b>Cálculo costos directos</b>			<b>Cálculo costos indirectos</b>		
<b>Insumos</b>	<b>2017</b>	<b>2020</b>	<b>Insumos</b>	<b>2017</b>	<b>2020</b>
BCG	7.94	8.79	Cedula del niño/niña-tarjetas	4.1	4.5
Jeringuillas 1cc 27g x 3/8	1.61	1.78			
Pañitos húmedos	0.48	0.53	Servicios básicos *	5.0	5.5
<b>Total</b>	<b>10.03</b>	<b>11.10</b>	<b>Total</b>	<b>9.10</b>	<b>9.99</b>
* Este costo es de junio 2018. el factor de ajuste es de 1.0913.					
Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.					

## 6.2 Datos para la estimación del gasto en atención y tratamiento de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020

### 6.2.1 De la periodicidad y ruta para la detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Con base a lo establecido en la Guía, a las personas detectadas con TB o con coinfección TB/VIH se le realiza lo siguiente:

- Captación por sospechas con base a sintomatologías. Generalmente es efectuado por una enfermera auxiliar que refiere a un médico para su diagnóstico
- Diagnóstico clínico por un profesional de la medicina
- Inclusión en terapia preventiva
- Realización de pruebas para determinar TB
- Inclusión en tratamiento para TB

### 6.2.2 Captación y detección de la tuberculosis

Para 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS)\* liberó una serie de nuevas directrices para ampliar el acceso al tratamiento preventivo de la TB, recomendando lo siguiente:

- Ampliar la aplicación del tratamiento preventivo de la TB entre las poblaciones de mayor riesgo, como los contactos domésticos de los pacientes con TB, las personas con VIH y otras personas en situación de riesgo por tener una inmunidad «reducida» o vivir en condiciones de hacinamiento.
- Integrar los servicios de tratamiento preventivo de la TB en las actividades actuales de detección de casos de TB activa.
- Efectuar una prueba cutánea de la tuberculina o un análisis de liberación de interferón gamma (IGRA, por sus siglas en inglés) para detectar la infección por TB.
- Utilizar opciones nuevas y más cortas de tratamiento preventivo, además de la muy utilizada profilaxis diaria con isoniazida durante seis meses. Las alternativas más cortas que se recomiendan actualmente incluyen la administración diaria de rifapentina en combinación con isoniazida durante un mes; la administración semanal de rifapentina en combinación con isoniazida durante tres meses; la administración diaria de rifampicina en combinación con isoniazida durante tres meses; o la administración diaria de rifampicina durante cuatro meses.

Tal como establece el Reglamento Técnico los establecimientos de salud están llamados a detectar, captar los casos sospechosos de TB y referirlos a los servicios de Tuberculosis. Estos casos se clasifican en:

- 1) Caso sospechoso TB
- 2) Sintomático Respiratorio (SR)
  - i. Sintomático Respiratorio Esperado (SRE)
  - ii. Sintomático Respiratorio Identificado (SRI)
  - iii. Sintomático Respiratorio Examinado (SREx) <sup>(9)</sup>

También se incluye dentro de los casos registrados en el DHIS los denominados *estudios de contacto*. En ese sentido, el RT indica que es preciso realizar un examen y seguimiento semestrales durante dos (2) años siguientes, de acuerdo a los procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, tanto para los contactos de TB sensible como drogoresistente.

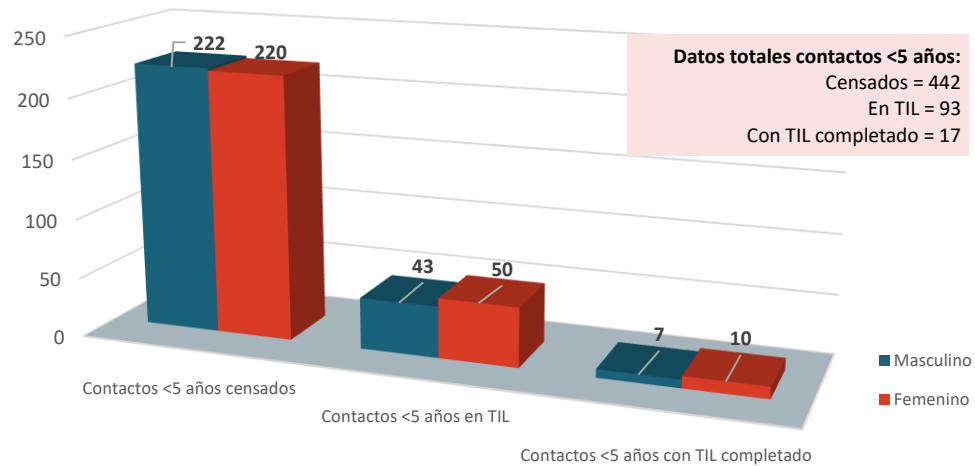
Los datos programáticos específicos reportados en el *Informe Operacional 2020* se presentan en los gráficos siguientes:

CUADRO: Datos República Dominicana de Estudio de Contactos registrados a 2020							
Ítem	Grupo de edad				Sexo		Total
	0 - 4 años	5 - 14 años	15 - 64 años	65 y más años	M	F	
1. Contactos Esperados	40	155	12740	1365	9350	4950	14300
2. Contactos Censados	811	995	3225	351	2570	2812	5382
3. Contactos Evaluados	272	409	1486	163	1074	1256	2330
4. Contactos con Diagnóstico de TB	8	10	68	8	43	51	94
5. Contactos con TB Pulmonar Bacteriológicamente confirmados	2	3	39	3	22	25	47

Fuente: Sistema de Información Operacional y Epidemiológica (SIOE-TB), 2020. (SNS/MISPAS).

Cuando se analizan dentro del contexto de datos programáticos de estudios de contacto referidos a tratamiento para infección latente en menores de 5 años, se tienen los resultados siguientes:

**Gráfico 9. Estudio de contacto <5 años y en TIL, Rep. Dominicana 2020**



Fuente: Sistema de Información Operacional y Epidemiológica (SIOE-TB), 2020 (SNS/MISPAS).

### 6.2.3 De los datos de detección de casos sospechosos / presuntivos de TB:

Para el año de estudio, los datos de la Base de Datos DHIS reflejaban el comportamiento por Región de los casos esperados, evaluados y diagnosticados, tal como se presenta en el cuadro siguiente, en el cual se aprecia que la Región Enriquillo, seguida de Valdesia son las que mayor porcentaje de casos sospechosos captaron en relación a los estimados, alcanzando 35% y 34%, respectivamente.

CUADRO: Registro de casos sospechosos presuntivos estimados, identificados, evaluados y diagnosticados, por Servicio Regional de Salud (SRS) 2020															
Servicio Regional de Salud	Total de Casos Sospechosos / Presuntivos estimados	Casos Sospechoso/ Presuntivo Identificados	%	Casos Sospechosos/ Presuntivo Examinados/ evaluados	%	Casos Sospechosos/ Presuntivo diagnosticado por BK	%	Casos Sospechosos/ Presuntivo diagnosticado por Xpert	%	Casos Sospechosos/ Presuntivo diagnosticado por Cultivo	%	Total de casos Sospechosos/ Presuntivos con síntomas respiratorios	%	Total de casos Sospechosos/ Presuntivos sin síntomas respiratorios	%
SRS0 Metropolitano	29516	8623	29%	7586	88%	359	5%	510	7%	77	1%	7441	86%	257	3%
SRS1 Valdesia	5232	1784	34%	1520	85%	141	9%	21	1%	3	0%	1182	66%	0	0%
SRS2 Norcentral	8832	2799	32%	2375	85%	463	19%	846	36%	19	1%	2215	79%	20	1%
SRS3 Nordeste	5975	1701	28%	1543	91%	176	11%	135	9%	3	0%	1157	68%	14	1%
SRS4 Enriquillo	1625	573	35%	264	46%	20	8%	0	0%	0	0%	342	60%	179	68%
SRS5 Este	12059	3405	28%	3130	92%	82	3%	294	9%	8	0%	2263	66%	139	4%
SRS6 El Valle	7043	1531	22%	1511	99%	194	13%	384	25%	6	0%	1089	71%	18	1%
SRS7 Cibao Occidental	8380	345	4%	281	81%	7	2%	18	6%	4	1%	273	79%	39	14%
SRS8 Cibao Central	7655	1812	24%	1533	85%	56	4%	42	3%	2	0%	867	48%	81	5%
<b>Total</b>	<b>86,317</b>	<b>22,573</b>	<b>26%</b>	<b>19,743</b>	<b>87%</b>	<b>1,498</b>	<b>8%</b>	<b>2,250</b>	<b>11%</b>	<b>122</b>	<b>1%</b>	<b>16,829</b>	<b>75%</b>	<b>747</b>	<b>4%</b>

Fuente: Base de datos del Servicio Regional de Salud. SNS-MISPAS, 2020.

De acuerdo con lo establecido en las guías y normas nacionales la identificación de casos sospechosos implica la consulta médica y la consejería prediagnóstico. Para fines del estudio se asume que el apoyo a la salud mental de personas afectadas por tuberculosis, al momento de la identificación del caso sospechoso de TB la realiza quien lo identifica, le prescribe la toma de muestra o el personal del servicio de tuberculosis: médico, personal de enfermería, promotor de salud u otro.

### 6.2.3.1 Criterios para el cálculo del gasto de personal asociado a la detección, examen y evaluación de los casos sospechosos/presuntivos de TB:

Para efectuar el cálculo relacionado con este proceso se partió de los criterios siguientes:

- I. Computar la proporción salarial, con base a los costos de mano de obra de personal de enfermería, médicos generales y especialistas en procesos similares, a la identificación de casos sospechosos/presuntivos, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad y porcentaje de recursos humanos de los servicios de TB red SNS, según categoría considerada en detección, por SRS, 2020</b>							
Servicio Regional de Salud (SRS)	Personal de enfermería *		Personal médico especialista **		Personal medicina general ***		Total personal
	Cantidad	%T	Cantidad	%T	Cantidad	%T	Cantidad
SRS0 Metropolitano	111	49%	25	11%	89	40%	225
SRS1 Valdesia	80	91%	3	3%	5	6%	88
SRS2 Norcentral	118	75%	8	5%	31	20%	157
SRS3 Nordeste	136	80%	3	2%	31	18%	170
SRS4 Enriquillo	77	93%	3	3%	3	4%	83
SRS5 Este	19	18%	27	26%	59	56%	105
SRS6 El Valle	42	29%	10	7%	94	64%	146
SRS7 Cibao Occidental	78	57%	6	4%	53	39%	137
SRS8 Cibao Central	100	98%	0	0%	2	2%	102
<b>Total</b>	<b>761</b>		<b>85</b>		<b>367</b>		<b>1,213</b>
* Incluye las categorías siguientes: bachiller técnico de enfermería, auxiliar de enfermería, enfermero (a), enfermera de atención directa, enfermero (a) I y II, director(a) de enfermería y supervisora de enfermería.							
** Incluye las categorías de médicos ayudantes siguientes: pediatría, neumología, psicología, anestesiología, cardiología, epidemiología, medicina familiar, ginecología, medicina interna, radiología.							
*** Incluye las categorías siguientes: médico general, médico residente, médico pasante de ley.							
<b>Nota:</b> los porcentajes de cada categoría se calculan dividiendo la cantidad entre el total del personal incluido en el conteo.							
<b>Fuente:</b> Registro de datos del recurso humano de los Servicios de Tuberculosis. Servicio Nacional de Salud. 2020.							

Como se observa la composición porcentual del personal por cada región de salud varía y es por ello que se considera un criterio robusto distribuir el porcentaje asignado del personal identificado en cada intervención para la estimación del gasto. Esto impacta en el cálculo pues donde hay mayor cantidad de personal enfermería el gasto estimado para intervenciones provistas en otros SRS por personal médico, es menor, ya que los sueldos son más bajos que los de los médicos generales y especialistas.

- II. Computar la proporción salarial, con base a los costos identificados para médicos generales y especialistas, para casos sospechosos/presuntivos examinados/evaluados.

- III. Para inferir el tipo de personal que podría estar realizando el examen/evaluación se procedió a utilizar la nómina en los servicios de TB para identificar el porcentaje que representan del personal médico en sus respectivas categorías, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad y porcentaje de personal médico servicios TB, en examen/evaluación de casos sospechosos/presuntivos, por SRS, 2020</b>					
Servicio Regional de Salud (SRS)	Personal médico especialista **		Personal medicina general ***		Total personal
	Cantidad	%T	Cantidad	%T	Cantidad
SRS0 Metropolitano	25	22%	89	78%	114
SRS1 Valdesia	3	38%	5	63%	8
SRS2 Norcentral	8	21%	31	79%	39
SRS3 Nordeste	3	9%	31	91%	34
SRS4 Enriquillo	3	50%	3	50%	6
SRS5 Este	27	31%	59	69%	86
SRS6 El Valle	10	10%	94	90%	104
SRS7 Cibao Occidental	6	10%	53	90%	59
SRS8 Cibao Central	0	0%	2	100%	2
<b>Total</b>	<b>85</b>		<b>367</b>		<b>452</b>

Fuente: Registro de datos de recursos humanos de los Servicios de Tuberculosis, Servicio Nacional de Salud, 2020.

- IV. Calcular el gasto según el tipo de método diagnóstico utilizado y los costos directos e indirectos indicados para ello en la sección 6.2.2.3.

### 6.2.3.2 Criterios para el cálculo de costos directos e indirectos:

Para el cálculo de los *costos directos de mano de obra directa e indirecta* relacionados con otras prestaciones de salud (atención por profesionales de salud) la base siempre será la nominal; pero considerando que no se dispone de un estudio de la dedicación de tiempo utilizado en cada tipo de atención para cada persona que interviene en la atención a la TB fuera de los servicios de TB, se prevé utilizar, en los casos necesarios, los provistos en el costeo de paquetes de servicios de VIH de 2018, cuyo detalle, se presenta en el cuadro siguiente: <sup>(8)</sup>

<b>CUADRO: Costos Unitarios manos de obra según atención de primera vez y subsecuentes al 2018 (Valores en RD\$)</b>						
Atenciones	Costos 1era vez			Costos subsecuentes		
	Directa	Indirecta	Total	Directa	Indirecta	Total
Consejería	147	47	<b>193</b>	98	22	<b>120</b>
Consejería de adherencia	78	0	<b>78</b>	52	0	<b>52</b>
Enfermería	46	27	<b>73</b>	18	9	<b>27</b>
Médico general	171	27	<b>199</b>	57	9	<b>66</b>
Médico especialista	407	11	<b>418</b>	136	4	<b>140</b>
Psicología	209	187	<b>397</b>	156	125	<b>281</b>
Laboratorio	58	14	<b>72</b>	58	14	<b>72</b>

Fuente: Costeo de servicios de VIH 2018.

Se procede al ajuste de los costos de referencia con el IPC para 2020, teniendo como resultado los siguientes:

Atenciones	Costos 1era vez			Costos subsecuentes		
	Directa	Indirecta	Total	Directa	Indirecta	Total
Consejería	160	51	211	107	24	131
Consejería de adherencia	85	0	85	57	0	57
Enfermería	50	30	80	20	9	30
Médico general	187	30	217	62	9	72
Médico especialista	445	12	457	148	4	153
Psicología	228	204	433	170	136	306
Laboratorio	63	15	78	63	15	78

Fuente: Informe de Costeo del paquete de servicios de VIH en los Servicios de Atención Integral (SAI). 2018.

En el caso de los *costos de las pruebas diagnósticas* que se realizan para la detección y confirmación, dando que en la búsqueda intencionada de información y las consultas a actores clave del sistema de salud se determinó que no se cuenta con estudios nacionales que lo determinen, se consideraron los costos establecidos en un estudio realizado en Colombia. Se utiliza el costo promedio de las ciudades consideradas en dicho estudio, calculando la tasa de inflación del dólar para establecer los costos que luego serán ajustados con IPC y calculado a tasa de cambio nacional, tal como se presenta en el cuadro siguiente: <sup>(10)</sup>

CUADRO: Datos en US\$ y RD\$ costos pruebas para detección TB, ajustado con IPC 2020					
Tipo de prueba	Datos en US\$ de 2015			2020	
	Medellín	Pereira	Promedio	Ajuste inflación	Monto en RD\$
Bk	5.1	3.2	4.1	4.4	247.9
Cultivos	26.5	15.0	20.8	23.0	1,300.4
Xpert	74.2	85.8	80.0	87.6	4,954.3

Fuente: Adaptado a partir del estudio de Álvarez Peñaranda, et al. Costo-efectividad de tres pruebas diagnósticas de tuberculosis pulmonar en dos ciudades de Colombia, 2015. ENF INF MICROBIOL 2019 39 (4): 129-133. Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín.

Es importante destacar que, si bien los indicadores macroeconómicos de ambos países pueden diferir, se hicieron consultas bibliográficas que pudieran sustentar los cambios, tales como:

- En el caso del estudio de Colombia que aporta información sobre costos de pruebas por baciloscopia, cultivo o G-Expert se hizo una revisión comparativa de las Guías nacionales para la atención de la coinfección TB y VIH, determinando la similitud en cuanto al personal que interviene y la ruta para la prestación del servicio.
- Por otro lado, en diciembre 2019 se hacía referencia a que los estudios de TB en el sector privado, utilizando el G-Xpert rondaba los RD\$5,000, lo que muestra que los costos entre ambos países no presentan un alto margen de diferencia en la estimación lo que reduce el margen de error o sobreestimación. <sup>(11)</sup>

En el caso de los *costos indirectos* se consideran los siguientes rubros, actualizados con IPC, costos de servicios básicos, planillas y materiales indirectos utilizados en el proceso de la atención, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

CUADRO: Costos indirectos unitarios de la atención de primera vez y subsecuentes según las categorías de atenciones, actualizadas con IPC, 2020 (Valorado en RD\$)								
Atenciones	Costos 1era vez				Costos subsecuentes			
	Servicios Básicos	Planilla	Materiales indirectos	Total	Servicios Básicos	Planilla	Materiales indirectos	Total
Consejería	10	46	4	60	7	31	4	42
Consejería de adherencia	12	55	10	77	8	36	10	54
Enfermería	5	17	14	36	2	10	14	27
Médico general	11	33	38	81	4	12	38	54
Médico especialista	10	37	38	85	3	13	38	54
Psicología	11	35	8	55	7	24	3	34
Laboratorio	5	9	0	14	5	9	0	14

Fuente: Informe de Costeo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID )2018, actualizado con Índice de Precios al Consumidor (IPC).

### 6.2.3 Terapia preventiva ambulatoria:

El RT establece la administración de las siguientes terapias preventivas:

1. Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI) a utilizarse en los contactos en que se descarte tuberculosis que han sido priorizados para tratamiento de la Infección Latente por TB.
2. Terapia preventiva con Trimetoprim - sulfametoazol (cotrimoxazol) a todos los pacientes con VIH que tengan TB activa, independientemente del número de linfocitos CD4.
3. Contactos menores de 5 años, de casos de tuberculosis sensible, sin evidencias de enfermedad, deberán recibir la Terapia preventiva con Isoniacida (TPI) por seis (6) meses.

#### 6.2.3.1 De los datos de tratamiento preventivo:

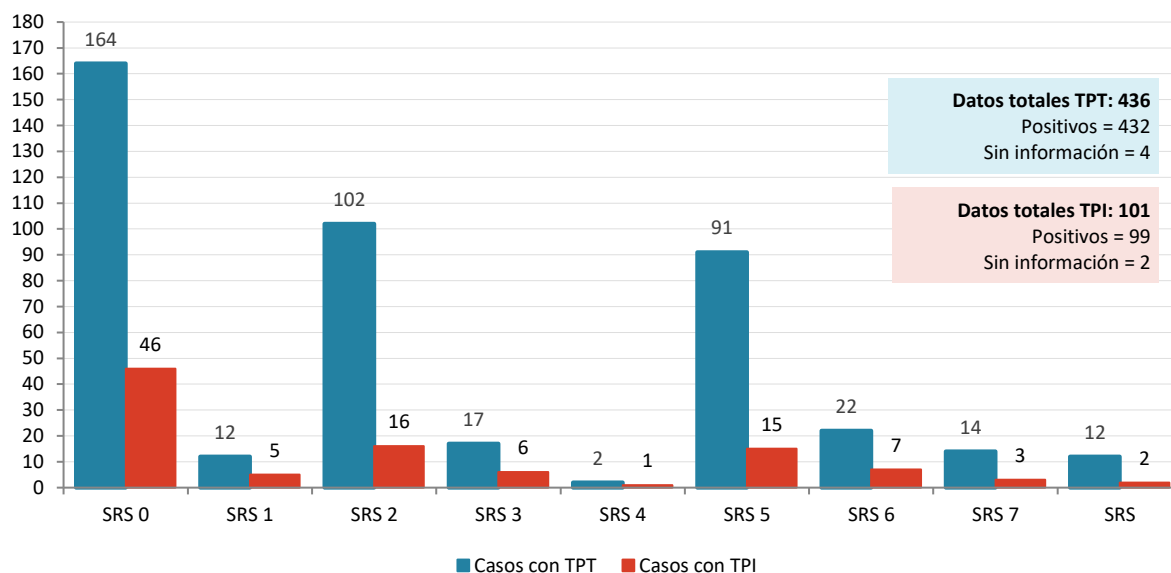
Para el caso de los menores de 5 años se utilizan los datos que provienen del Informe Operacional del SIOE-TB 2020 y que identifican los contactos y menores con TIL que se presentan en el cuadro siguiente.

CUADRO: Datos de contactos menores de 5 años censados y en TIL, 2020							
Ítems	Grupo de edad				Sexo		Total
	0 - 4 años	5 - 14 años	15 - 64 Años	65 y más años	M	F	
1. Contactos < de 5 años censados	442	0	0	0	222	220	442
2. Contactos menores de 5 años con Tratamiento para infección latente (TIL)	93	0	0	0	43	50	93
3. Contactos menores de 5 años que hayan completado Tratamiento para infección latente (TIL)	17	0	0	0	7	10	17

Fuente: Sistema de Información Operacional y Epidemiológica (SIOE-TB), 2020.

En tanto, de la base de datos del SIOE-TB se consideran los casos que aparecen en G7-Ha recibido TPI filtrado por la fecha de definición del caso. Se consideran los datos que indican el tratamiento con Isoniacida registrado para población mayor de 5 años en el SIOE-TB. El criterio de selección es el registro de respuesta SI. Adicionalmente, se hizo revisión de la base de datos proporcionada por el SNS, cuyo dato indica que un total de 436 personas estaban en Terapia Preventiva con Trimetoprim Sulfa, considerando la fecha de definición de casos y cuya distribución por SRS es la siguiente:

**Gráfico 10. Distribución de casos registrados que utilizaron TPT, SIOE-TB 2020**



Fuente: Sistema de Información Operacional y Epidemiológica (SIOE-TB), 2020.

Debido a que no se cuentan con datos específicos del cumplimiento del tratamiento con TPI y TMP-SMX, se parte del supuesto de que las 180 y 160 dosis, respectivamente, se cumplen en la misma proporción de la condición de egreso del esquema de tratamiento de TB de los casos que fueron identificados en cada tipo de profilaxis preventiva. A este fin, el análisis de la base de datos permite extrapolar la data presentada en el cuadro siguiente.

En el caso de los <5 años, el RT establece en el numeral 7.2.1.4 establece lo siguiente: “*Los contactos menores de 5 años, de casos de tuberculosis sensible, sin evidencias de enfermedad, deberán recibir la Terapia preventiva con Isoniacida (TPI) por seis (6) meses, acorde a lo establecido en las guías y manuales elaborados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis*”.

Dado que no se cuentan con información precisa, solo del cumplimiento del tratamiento de 17 de los 93 (18.28%) casos registrados con TIL en <5 años, se utiliza la proporción para el cálculo computado en adultos, con base al porcentaje que representa la media del total de las dosis (68.5%), equivalente a 63.7 dosis.

<b>CUADRO: Porcentaje de cumplimiento de profilaxis con TPI y TMP-SMX, 2020</b>						
Terapia Preventiva	Rango % de cumplimiento					Total
	100%	Entre 99% y 75%	Entre 74% y 50%	Entre 49% y 25%	24% y menos	
Cumplimiento terapia con Isoniacida (180 dosis) en adultos	21	27	27	9	17	<b>101</b>
Cumplimiento terapia con Trimetoprim Sulfa (160 dosis)	170	147	40	33	46	<b>436</b>
Cumplimiento terapia con Isoniacida (180 dosis) <5 años	17	27	27	9	13	<b>93</b>

Fuente: Sistema de Información Operacional y Epidemiológica (SIOE-TB), 2020.

Al analizar la base de datos pudimos observar lo siguiente:

***Terapia Preventiva con Isoniacida:***

- El rango mínimo de tratamiento fue de 6 días con un gasto de RD\$27.40. Esto correspondió a un paciente VIH+ cuya condición de egreso fue fallecido.
- El rango máximo de tratamiento fue de 257 días con un gasto de RD\$1,173.78. Esto correspondió a un paciente VIH+ que fue recuperado después de haber sido perdido en el seguimiento, cuya condición de egreso fue curado.
- El rango medio, cuya data es la que se utiliza para el cálculo del gasto, fue de 123 días, cuyo gasto asciende a RD\$562.95.

***Terapia Preventiva con Trimetoprim - sulfametoxazol (cotrimoxazol):***

- El rango mínimo de tratamiento fue de 5 días con un gasto de RD\$7.5. Esto correspondió a dos pacientes VIH+ cuya condición de egreso fue perdido durante el seguimiento.
- El rango máximo de tratamiento fue de 260 días con un gasto de RD\$390.0. Esto correspondió a un paciente VIH+ que tuvo recaída, cuya condición de egreso fue fallecido.
- El rango medio, cuya data es la que se utiliza para el cálculo del gasto, fue de 132 días, cuyo gasto asciende a RD\$197.60.

***6.2.3.2 Criterio para el cálculo de costos directos de la profilaxis o terapia preventiva ambulatoria de la TB:***

- ***De la mano de obra de entrega de medicamentos:***

Se imputa el costo de los medicamentos entregados para pacientes que no son VIH+ en virtud de lo establecido en la Guía Nacional de Atención de Coinfección de TB/VIH que indica que al paciente coinfectado con TB/VIH la TMP/SMX (1 tableta 160/800mg v.o. c/día) será proporcionado durante 160 días en el Servicio de Atención Integral (SAI).

Tal como se observó en el gráfico 6 de los 101 casos en TPI 99 eran VIH+ y de los 436 en TPTMP SMX, 432 eran VIH+, por lo cual no se considera el costo de mano de obra en la entrega. En el caso de los menores de 5 años no se cuenta con información para establecer la proporción que eran hijos/as de madres VIH+ y que pudieron obtener el tratamiento en los SAI. En ese tenor se considera la proporción de los casos registrados en el SIOE-TB, de los cuales el 62.5% fueron atendidos en el ámbito domiciliario y el restante 37.5% en un establecimiento de salud para el caso de TPI y de 35.1% y 64.9%, respectivamente, para TPT.

De esta manera se imputa el costo de mano de obra de dispensación en farmacia del estudio de referencia para las atenciones en EE.SS. estimado en RD\$2.73 el salario por minuto ajustado con IPC\*. Si bien el estudio de USAID refiere que en atenciones iniciales es de 2 minutos y en subsecuentes utilizan en promedio 4 minutos, estudios internacionales refieren que la media de dispensación es de:

- 15.9 minutos según Abaurre, R., García-Delgado, P., Maurandi, M. D., Arrebola, C., Gastelurrutia, M. Á., Martínez-Martínez, F. (2015). Diseño y pilotaje de un proceso estructurado para el servicio de dispensación de medicamentos. Atención Primaria, 47(1), 7-14.

- 6.6 minutos adicionales considerados como el tiempo de espera previo a la dispensación, según la Universidad de Concepción de Chile, en la tesis Diagnóstico de los procesos de dispensación de medicamentos en Farmacia ambulatoria, junio 2020.
- 3.37 minutos si solo se consideran las actividades de validación, alistamiento, registro y facturación y dispensación informada y no los tiempos de espera que ascienden a 25 minutos en ocasiones, según la Universidad Militar Nueva Granada de Bogotá. <sup>(12)</sup>

Sobre la diversidad que pueden dar los tiempos y considerando que el estudio de USAID se efectuó en establecimientos privados sin fines de lucro, se utiliza el tiempo de entrega y se le agrega el tiempo de espera del estudio de Chile para concretar las actividades relacionadas con la validación, alistamiento, registro y facturación y dispensación informada. En ese sentido, el tiempo invertido computado es de 8.6 minutos primera vez y 10.6 minutos subsecuentes, con lo cual, el costo de mano de obra por persona, incluyendo la proporción de los aportes patronales es de RD\$23.48 y RD\$28.94, respectivamente.

Se considera al promotor en salud para la visita a domicilio, computándose a partir de estimar el tiempo destinado, según consulta a actores clave, de unos 30 minutos para llevar, registrar y asegurar la toma del medicamento. Para el cálculo se utiliza el promedio de los salarios para esta denominación de cargos que es de RD\$10,000 y RD\$15,000 mensual. El resultado del costo para este renglón se presentan el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Tiempo efectivo dedicado por promotor salud en la visita para entrega de tratamiento preventivo</b>			
<b>Calculo salario mensual</b>			
<b>Salario Promedio Promotor</b>	<b>SDSS</b>	<b>Salario navidad</b>	<b>Total salario</b>
1 mes	15.39%	1 mes	1 mes
12,500	1,924	1,042	15,465
<b>Tiempo efectivo y costo RD\$</b>			
<b>Dias mes</b>	<b>Horas día</b>	<b>Minutos hora</b>	<b>Minutos dedicados</b>
23.83	8	60	30
649	81	1.4	41
Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.			

- **De los costos de los medicamentos para profilaxis o terapia preventiva ambulatoria de la TB:**

Para el costo de Trimetoprim-Sulfametoxazol se utilizó el precio de venta publicado en el listado de medicamentos de PROMESE/CAL de 2020 de RD\$1.5 para presentación en Tableta 160 mg / 800 mg y cuyo tratamiento de 160 dosis, 1 tableta diaria, asciende a un total de RD\$240.00 (US\$4.24).

En el caso de la Isoniazida se utiliza el precio de adquisición de las compras de este producto que se realizó al mecanismo de compra del Fondo Estratégico de la OPS. De esta manera el precio para el tratamiento completo es el que se presenta en el cuadro siguiente y en dosis por día asciende a RD\$4.57:

<b>CUADRO: Costo tratamiento completo preventivo con Isoniacida</b>						
<b>Medicamento</b>	<b>PU</b>	<b>Cant diaria</b>	<b>CU x día US\$</b>	<b>Dosis</b>	<b>Total US\$</b>	<b>Total RD\$</b>
Isoniacida	0.03	3	0.08	180	14.53	822.11

Fuente: Base de registro de precios de adquisición del Fondo Estratégico (FE) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y dosis instruída en la Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH. República Dominicana. 2020

#### 6.2.4 Atención y tratamiento de la TB sensible

El punto de partida para la construcción de los datos correspondientes a los usuarios de los servicios, en cuanto a las intervenciones relacionadas con la atención y tratamiento de la TB sensible es la base de datos del SIOE-TB, del cual se extraen los datos presentados en el cuadro siguiente, con base en una serie de criterios que se describen a seguidas.

##### 6.2.4.1 De los datos de atención y tratamiento de la TB sensible:

Para el cálculo de la cantidad de *usuarios por intervención* se procedió a:

- Selección de la casilla F2-Fecha definición del caso para computar los casos que fueron detectados en cada año y que es congruente con el informe operacional. El dato por SRS se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de casos de TB, por SRS, 2020</b>	
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>
SRS0 Metropolitano	1366
SRS1 Valdesia	218
SRS2 Norcentral	372
SRS3 Nordeste	94
SRS4 Enriquillo	72
SRS5 Este	412
SRS6 El Valle	128
SRS7 Cibao Occidental	80
SRS8 Cibao Central	118
<b>Total</b>	<b>2860</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

- E.I.1.1-Fecha toma de muestra BK1 para determinar cantidad a la que se le hizo toma de muestra para determinar TB. E.I.2.1-Fecha toma de muestra BK2 para determinar cantidad a la que se le hizo una segunda toma de muestra para determinar TB.

Es importante destacar que en este caso particular para no sobreestimar el gasto, se contabilizó toda aquella muestra que fue tomada en un día diferente a la BK1 porque implica un esfuerzo adicional del personal de laboratorio. La cantidad de casos por SRS se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de pruebas de BK realizadas, por SRS, 2020</b>			
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>		<b>Total</b>
	<b>BK1</b>	<b>BK2</b>	
SRS0 Metropolitano	584	162	746
SRS1 Valdesia	156	59	215
SRS2 Norcentral	133	36	169
SRS3 Nordeste	37	18	55
SRS4 Enriquillo	36	6	42
SRS5 Este	124	44	168
SRS6 El Valle	75	5	80
SRS7 Cibao Occidental	25	0	25
SRS8 Cibao Central	39	6	45
<b>Total</b>	<b>1209</b>	<b>336</b>	<b>1545</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

- E.II.1.2-Prueba Molecular para determinar a los que fue necesario realizar prueba con G-Xpert. Para verificar aquellos a los cuales se les repitió la prueba se utilizó el procedimiento descrito para las tomas de muestra BK, establecido a partir de la casilla E.II.2.1-Fecha toma de muestra Prueba Molecular2. Los resultados del análisis por SRS se presentan en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de pruebas moleculares realizadas, por SRS, 2020</b>			
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>		<b>Total</b>
	<b>G-Xpert 1</b>	<b>G-Xpert 2</b>	
SRS0 Metropolitano	938	47	985
SRS1 Valdesia	52	0	52
SRS2 Norcentral	237	8	245
SRS3 Nordeste	64	2	66
SRS4 Enriquillo	25	1	26
SRS5 Este	268	12	280
SRS6 El Valle	85	2	87
SRS7 Cibao Occidental	49	0	49
SRS8 Cibao Central	93	1	94
<b>Total</b>	<b>1811</b>	<b>73</b>	<b>1884</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

- E.III.1.1-Fecha toma de muestra Cultivo para determinar los que fueron sometidos a este tipo de pruebas. Se considera los argumentos antes indicados para identificar los que se sometieron a un segundo cultivo, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de cultivos realizado, por SRS, 2020</b>			
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>		<b>Total</b>
	<b>Cultivo 1</b>	<b>Cultivo 2</b>	
SRS0 Metropolitano	247	14	261
SRS1 Valdesia	5	0	5
SRS2 Norcentral	39	1	40
SRS3 Nordeste	14	0	14
SRS4 Enriquillo	2	0	2
SRS5 Este	18	1	19
SRS6 El Valle	17	0	17
SRS7 Cibao Occidental	7	0	7
SRS8 Cibao Central	42	0	42
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>16</b>	<b>407</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

- E.IV.1.1-Fecha Toma de muestra PS1 para determinar la cantidad de pruebas de este tipo que fue realizada.

<b>CUADRO: Cantidad de pruebas de sensibilidad realizada, por SRS, 2020</b>			
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>		<b>Total</b>
	<b>Cultivo 1</b>	<b>Cultivo 2</b>	
SRS0 Metropolitano	125	0	125
SRS1 Valdesia	1	0	1
SRS2 Norcentral	54	1	55
SRS3 Nordeste	4	0	4
SRS4 Enriquillo	0	0	0
SRS5 Este	8	0	8
SRS6 El Valle	12	0	12
SRS7 Cibao Occidental	0	0	0
SRS8 Cibao Central	47	0	47
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>1</b>	<b>252</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

- E.V.1-Rx, E.V.2-TAC y E.V.3-RMI para determinar el tipo de medio diagnóstico utilizado en los casos de 2020, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de imágenes realizadas, por SRS, 2020</b>			
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>		
	<b>Rx</b>	<b>TAC</b>	<b>RMI</b>
SRS0 Metropolitano	751	150	9
SRS1 Valdesia	113	19	2
SRS2 Norcentral	202	79	6
SRS3 Nordeste	48	9	0
SRS4 Enriquillo	14	3	0
SRS5 Este	243	43	8
SRS6 El Valle	34	3	0
SRS7 Cibao Occidental	44	9	1
SRS8 Cibao Central	41	13	2
<b>Total</b>	<b>1490</b>	<b>328</b>	<b>28</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

- H1-Eschema de tratamiento para determinar en qué esquema de tratamiento para la TB e encontraba cada persona con coinfección de TB/VIH. Es pertinente indicar que la BD contempla 250 casos con el esquema de tratamiento sin información, de los cuales 126 tienen registrada condición de egreso “excluido” debido a que son pacientes drogoresistente y por tanto se descuentan del total para no duplicar el gasto calculado para pacientes en esta condición.

Por otro lado, los 124 restantes que no cuentan con información sobre el esquema, debido a que los mismos presentan las condiciones de egreso de fallecido, perdido en el seguimiento, tratamiento terminado y curado, según las consultas a actores clave el esquema regular es en el que debe considerar, por lo que se suman a los 46 casos con 2HRZE/4(HR), computándose un total de 170 casos bajo este esquema. De esta manera, la cantidad de personas bajos los esquemas de tratamiento, por SRS, se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Casos de TB según esquema de tratamiento de la TB, por SRS, 2020</b>			
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>		
	<b>2HRZE/4(HR)</b>	<b>2HRZE/4(HRE)</b>	<b>2RfbHZE/4RfbHE</b>
SRS0 Metropolitano	88	1230	3
SRS1 Valdesia	5	206	2
SRS2 Norcentral	34	311	3
SRS3 Nordeste	7	82	0
SRS4 Enriquillo	5	53	10
SRS5 Este	23	376	0
SRS6 El Valle	0	123	0
SRS7 Cibao Occidental	3	73	0
SRS8 Cibao Central	5	91	1
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>2545</b>	<b>19</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

- H2-Opciones administración del TDO para identificar donde fue entregado el tratamiento. De este análisis se concluye que el 70.26% recibió tratamiento en un establecimiento de salud y el 29.74% a domicilio.

- I1-Realizó consejería Post Diagnóstico para determinar cuáles recibieron este servicio.
- I3-Aplicación formulario SATTB para determinar a cuáles se le dio seguimiento para la adherencia al tratamiento.
- L1-Fecha de visita domiciliaria para cuantificar la cantidad de visitas realizadas.
- I8-Apoyo Psicológico o Psiquiátrico para cuantificar el número que recibió este tipo de servicios;
- I9-Apoyo nutricional para determinar quienes recibieron durante el periodo de análisis.

En estos últimos 5 criterios se utilizó la variable de respuesta SI para seleccionar el número a computar que se presenta para cada caso por SRS en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de personas a las que se les brindo servicios relacionados con la atención y tratamiento por TB sensible en Rep. Dominicana, por SRS, 2020</b>					
<b>Servicio Regional de Salud (SRS)</b>	<b>Cantidad</b>				
	<b>Consejería Post Diagnóstico</b>	<b>Seguimiento adherencia TTO</b>	<b>Visita domiciliaria</b>	<b>Apoyo Psicológico</b>	<b>Apoyo nutricional</b>
SRS0 Metropolitano	1269	1052	829	641	647
SRS1 Valdesia	203	153	104	59	62
SRS2 Norcentral	330	257	216	83	139
SRS3 Nordeste	83	65	53	19	34
SRS4 Enriquillo	45	31	31	18	19
SRS5 Este	360	282	224	96	116
SRS6 El Valle	107	80	79	45	50
SRS7 Cibao Occidental	69	55	58	8	7
SRS8 Cibao Central	83	63	34	37	16
<b>Total</b>	<b>2549</b>	<b>2038</b>	<b>1628</b>	<b>1006</b>	<b>1090</b>

**Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.**

Agrupando los datos antes presentados por SRS, tenemos los siguientes:

<b>CUADRO: Cantidad de personas notificadas con Tuberculosis o servicios proporcionados en el sector público Rep. Dominicana, 2020</b>	
<b>Ítem</b>	<b>2020</b>
Número de personas detectadas con TB	2860
Número de personas detectadas con TB que se le hizo prueba de VIH	2529
Número de personas con TB a los que se le proporciono consulta médica seguimiento al finalizar Fase 1 tratamiento en el periodo de estudio	1743
Número de personas con TB a los que se le proporciono consulta médica seguimiento al finalizar Fase 2 tratamiento en el periodo de estudio	719
Número de pruebas Bk realizadas en el periodo de estudio	1545
Número de pruebas con G-Expert realizadas en el periodo de estudio	1884
Número de cultivos realizados	391
Número de Pruebas de Sensibilidad (PS) realizadas	252
Número de imágenes de Rx realizadas	1490
Número de imágenes TAC realizadas	328
Número de imágenes RMI realizadas	28
Número de personas con TB que recibieron tratamiento preventivo con isoniacida	194
Número de personas con TB que recibieron tratamiento preventivo con Trimetroprim sulfa	436
Número de pacientes de TB con tratamiento para TB en esquema 2HRZE/4(HR)	170

<b>CUADRO: Cantidad de personas notificadas con Tuberculosis o servicios proporcionados en el sector público Rep. Dominicana, 2020</b>	
<b>Ítem</b>	<b>2020</b>
Número de pacientes de TB con tratamiento para TB en esquema 2HRZE/4(HRE)	2545
Número de pacientes de TB con tratamiento para TB en esquema 2RfbHZE/4RfbHE	19
Número de pacientes de TB que recibieron tratamiento en establecimiento de salud	1921
Número de pacientes de TB que recibieron tratamiento a domicilio	813
Número de pacientes de TB que recibió consejería post-diagnóstica	2549
Número de pacientes de TB que recibió se dio seguimiento adherencia	2038
Número de pacientes de TB a los que se proporcionó Apoyo Psicológico o Psiquiátrico	1006
Número de pacientes de TB a los que se proporcionó apoyo nutricional	1090
Número de pacientes de TB a los que se hizo visita domiciliaria	1628
Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.	

#### **6.2.4.2 De los costos relacionados con la atención y tratamiento de la TB sensible:**

##### **6.2.4.2.1 Costos relativos a los recursos humanos**

Los costos relacionados con otras prestaciones de salud (atención por profesionales de salud) fueron indicados en la sección 6.2.1. de este informe.

Sin embargo, dado que se cuenta con el gasto en nómina para el periodo de estudio, se procedió a establecer el promedio salarial según denominaciones de cargo para el cálculo porcentual de tiempo estimado a partir de consultas a proveedores de servicios de salud de la dedicación de tiempo en la ejecución de las intervenciones y el monto restante se aplicará a otras intervenciones s.c.o., por lo cual para futuros estudios es preciso hacer un levantamiento de la dedicación porcentual de los profesionales a actividades de prevención, atención, tratamiento, sistemas de información, planificación monitoreo y evaluación. Para imputar el gasto se construye la distribución siguiente:

El SNS a través del Portal Único de Solicitud de Acceso a la Información (SAIP) en respuesta a la solicitud N° SAIP-SIP-000-60011 sobre la nómina del personal asignada a la prestación del servicio de tuberculosis en los establecimientos de salud, facilitó la data que fue procesada para el cálculo de los aportes patronales y del salario de navidad, resultando lo que se presenta por Región de Salud en el cuadro siguiente:

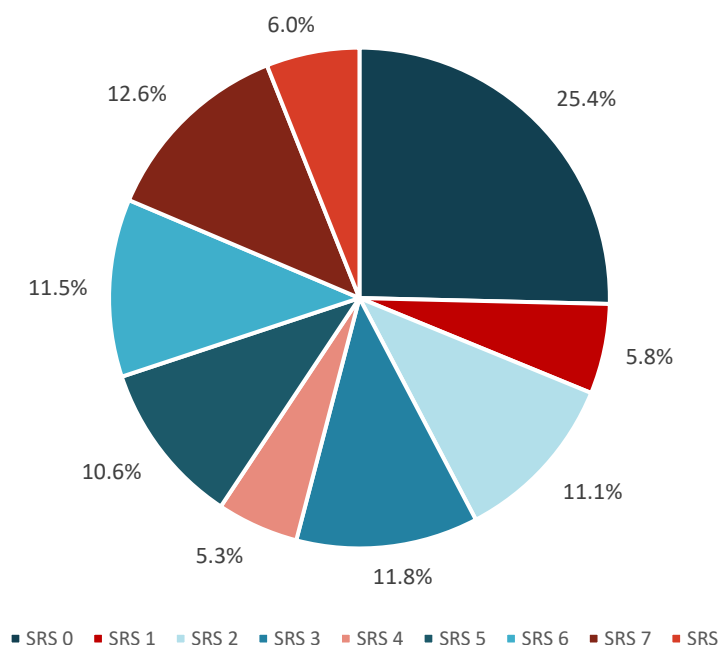
**CUADRO: Sueldo anual personal SNS servicios Tuberculosis por Servicio Regional de Salud (RD\$), 2020**

SRS	Sueldo Base	Incentivos	Sueldo Bruto	Sueldo anual	Salario de navidad	Aporte SDSS	Total
SRS 0 Metropolitano	16,393,629	1,596,606	17,990,235	215,882,819	17,990,235	30,275,754	264,148,808
SRS 1 Valdesia	3,716,810	410,600	4,127,410	49,528,922	4,127,410	6,864,206	60,520,538
SRS 2 Norcentral	7,075,799	818,317	7,894,116	94,729,390	7,894,116	13,067,585	115,691,091
SRS 3 Nordeste	7,373,725	992,807	8,366,532	100,398,384	8,366,532	13,617,796	122,382,712
SRS 4 Enriquillo	3,251,800	514,752	3,766,552	45,198,623	3,766,552	6,005,425	54,970,600
SRS 5 Este	6,704,835	807,954	7,512,788	90,153,462	7,512,788	12,382,489	110,048,739
SRS 6 El Valle	7,292,108	864,071	8,156,179	97,874,145	8,156,179	13,467,065	119,497,389
SRS 7 Cibao Occidental	7,712,259	1,265,825	8,978,084	107,737,014	8,978,084	14,243,000	130,958,098
SRS Cibao Central	3,798,918	485,124	4,284,041	51,408,495	4,284,041	7,015,841	62,708,377
<b>Total general</b>	<b>63,319,883</b>	<b>7,756,055</b>	<b>71,075,938</b>	<b>852,911,254</b>	<b>71,075,938</b>	<b>116,939,160</b>	<b>1,040,926,352</b>

Fuente: Nómina de los servicios de Tuberculosis. Servicio Nacional de Salud. 2020.

La distribución porcentual en función de los SRS permite establecer que la mayor concentración es en la Región Metropolitana donde se concentra una gran parte de los establecimientos de salud:

**Gráfico 11. Distribución porcentual RR. HH por SRS, SNS 2020**



Fuente: Nómina de los servicios de Tuberculosis. Servicio Nacional de Salud. 2020.

Cuando se visualiza según nivel gerencial o de atención los resultados son los que se resumen en el cuadro siguiente y se presentan en detalle en el anexo 5:

CUADRO: Sueldo anual personal SNS servicios Tuberculosis por Nivel de Prestación (RD\$), 2020					
Nivel de prestación	Sueldo bruto mensual	Sueldo bruto anual	Sueldo de navidad	Aporte patronal SDSS	Total general
Hospital	11,781,304	141,375,644	11,781,304	18,723,344	171,880,292
PNA	53,727,361	644,728,326	53,727,361	88,016,121	786,471,808
Programa TB	2,772,030	33,264,355	2,772,030	5,057,849	41,094,234
SRS y Gerencias de Área	2,795,244	33,542,928	2,795,244	5,141,845	41,480,018
<b>Total general</b>	<b>71,075,938</b>	<b>852,911,254</b>	<b>71,075,938</b>	<b>116,939,160</b>	<b>1,040,926,352</b>

Fuente: Nómina de los servicios de Tuberculosis. Servicio Nacional de Salud. 2020.

En el caso de las DPS/DAS se cuenta con 39 profesionales que apoyan el rol rector relacionado con la TB con la distribución de la remuneración siguiente:

CUADRO: Sueldo anual personal DPS/DAS servicios TB en nivel rector (Valorado en RD\$)					
Ítem	Sueldo bruto mensual	Sueldo bruto anual	Sueldo de navidad	Aporte patronal SDSS	Total general
DPS/DAS	1,724,942	20,699,303	1,724,942	2,958,036	25,382,281
<b>Total general</b>	<b>1,724,942</b>	<b>20,699,303</b>	<b>1,724,942</b>	<b>2,958,036</b>	<b>25,382,281</b>

Fuente: Nómina de recursos humanos. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2020.

#### 6.2.4.2.2 Costos relativos a las pruebas e imágenes para el diagnóstico de casos de TB

Para el costo de las pruebas diagnósticas que se realizan para la detección y confirmación, dando que en la búsqueda intencionada de información y las consultas a actores clave del sistema de salud se determinó que no se cuenta con estudios nacionales que lo determinen, se consideraron los costos establecidos en un estudio realizado en Colombia. Se utiliza el costo promedio de las ciudades consideradas en dicho estudio, calculando la tasa de inflación del dólar para establecer los costos ajustados con IPC, tal como se presenta en el cuadro siguiente: <sup>(10)</sup>

CUADRO: Datos en US\$ costos pruebas para detección TB, ajustado con IPC 2020					
Tipo de prueba	Datos en US\$ de 2015			2020	
	Medellín	Pereira	Promedio	Ajuste inflación	Monto en RD\$
Bk	5.1	3.2	4.1	4.4	247.9
Cultivos	26.5	15.0	20.8	23.0	1,300.4
Xpert	74.2	85.8	80.0	87.6	4,954.3

Fuente: Costo-efectividad de tres pruebas diagnósticas de tuberculosis pulmonar en dos ciudades de Colombia. Álvarez Peñaranda, et al. 2015.

Es importante destacar que, si bien los indicadores macroeconómicos de ambos países pueden diferir, se hicieron consultas bibliográficas que pudieran sustenta los cambios, tales como:

- En el caso del estudio de Colombia que aporta información sobre costos de pruebas por baciloscopia, cultivo o G-Expert se hizo una revisión comparativa de las Guías nacionales para la atención de la coinfección TB y VIH, determinando la similitud en cuanto al personal que interviene y la ruta para la prestación del servicio.
- Por otro lado, en diciembre 2019 se hacía referencia a que los estudios de TB en el sector privado, utilizando el G-Xpert rondaba los RD\$5,000, lo que muestra que los costos entre ambos países no presentan un alto margen en la estimación lo que reduce el margen de error. <sup>(11)</sup>

Para el costo de las imágenes se utilizaron los costos de los estudios del hospital Ney Arias Lora y para Rx el costo de US\$7.75 de MEGAS 2012, actualizado con IPC y a la tasa de cambio del Banco Central, obteniendo los resultados siguientes: <sup>(13)</sup>

CUADRO: Costos estudios de imágenes, 2020 (Valorado en RD\$)	
Imágenes	2020
Radiografía	556
Tomografía	1,935
Resonancia Magnética	4,700
Fuente: Registro de Costos. Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora. Actualización IPC RX MEGAS. 2020	

#### 6.2.4.2.3 Costos relativos a los kits nutricionales de apoyo a las personas con

Antes de la creación del Programa 41 Prevención y Atención de la Tuberculosis en el Presupuesto Orientado a Resultados de la DIGEPRES que contempla el Producto Pacientes TB con factores de baja adherencia reciben Soporte Nutricional, el apoyo nutricional era proporcionado con recursos del Fondo Mundial.

Si bien para 2021 se estimó que 1,000 pacientes de TB recibirían el apoyo nutricional con un presupuesto asignado de RD\$39.2 millones, lo que implicaría una erogación de RD\$39,200 pesos por pacientes y una asignación mensual de RD\$6,533.33 durante los seis (6) meses que dura el tratamiento, para fines de este estudio se considera el costo promedio de compras realizadas por el Ministerio de Salud y se ajusta el precio para 2020 con el IPC, cuyo factor de ajuste fue de 1.0401. A este fin, los costos considerados de la adquisición de los kits son los que se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO: Costos kits nutricionales, 2020 (Valorado en RD\$)	
Ítem	2020
Kits de apoyo nutricional para pacientes con TB	5,052
Fuente: Costos promedios Acta 050-2021 comité de Compras: Contrataciones, adquisición MISPAS junio 2021, ajustado con IPC.	

#### 6.2.4.2.4 Costos relativos a los esquemas de tratamiento para TB:

La guía de atención establece que todos los casos de TB sensible o sin evidencia de drogo resistencia, incluidas las personas con VIH, recibirán un esquema estandarizado con drogas de primera línea compuesto

por Rifampicina (R), Isoniacida (H), Pirazinamida (Z) y Etambutol (E), (2RHZE/4RHE) durante 6 meses y estrictamente supervisado.<sup>(14)</sup>

Todo paciente coinfectado TB/VIH recibirá tratamiento para la TB según los esquemas establecidos. En los pacientes que están en ARV con Inhibidores de la Proteasa (IP), se puede utilizar la rifabutina, en sustitución de la rifampicina; en estos casos se utilizara el siguiente esquema: 2RfbHZE/4RfbHE, con mono fármacos en lugar de CDF.

Para el cálculo de los esquemas de tratamiento se procedió de la manera siguiente:

- Identificar las estimaciones de precios de OPS tanto para las adquisiciones de medicamentos de primera como de segunda línea desde 2018 a 2021. Esto así debido a que era posible que un medicamento

Utilizaron los costos de la Metodología de Medición de Gasto en Tuberculosis de la República Dominicana (MEGATBRD), cuyo resultado se presenta a continuación:

CUADRO: Costos esquemas completos de tratamiento contra la TB sensible, 2020 (Valorado en RD\$)	
Ítem	2020
2HRZE/4(HR)	6,859
2HRZE/4(HRE)	7,664
2RfbHZE/4RfbHE	8,066
Fuente: Cálculo estimación en base a Medición del Gasto en Tuberculosis en la República Dominicana (MEGATBRD), ajuste con IPC y Tasa Banco Central. 2020	

A partir de esta estimación se infiere el costo unitario promedio por día/paciente a precios de 2020 para una persona coinfectada con TB/VIH que es tratado en los esquemas siguientes: 1) 2HRZE/4(HR) – RD\$60.59; 2) 2HRZE/4(HRE) – RD\$50.40 y 3) 2RfbHZE/4RfbHE – RD\$52.63.

### 6.2.5 Metodología para la estimación del gasto de hogares en TB

Para estimar el gasto de los hogares según disponibilidad de datos, hemos partido de un enfoque de costo, asumiendo una serie de supuestos en cuanto a prevalencia por edad y sexo, utilización de servicios del sector público, protocolos de tratamiento, etc., utilizando la información del programa nacional de atención y las cifras epidemiológicas sobre el estado de la incidencia de la TB y su impacto económico.

#### 6.2.5.1 Coberturas de procedimientos relativos a la TB en el Seguro Familiar de Salud

El gasto de hogares en atenciones relacionados con la tuberculosis se obtiene de la identificación los pagos efectuados por estos para cubrir atenciones en salud demandadas en establecimientos de salud del sector privado (clínicas, farmacias, laboratorios e imágenes) o la estimación basada en encuesta de salud como la ENDESA o de hogares como la ENIGH.

Sin embargo, también puede obtenerse información correspondiente a los aportes a la seguridad social, ya sea en relación a su vinculación como trabajador contribuyente o por el copago o cuota moderadora que realiza en aquellas *intervenciones que son cubiertas en Plan de Servicios de Salud* (PDSS) donde en el

Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS) se cubre el 80% y con fondos de bolsillo el restante 20%.

Los aportes en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) para el SFS es de un 7.09% para el patrono y 3.04% para los trabajadores, según la Ley No 87-01 y su modificación, por lo cual la desagregación de las partidas toma en cuenta estos porcentajes para la asignación del gasto en cuanto al esquema de financiamiento y fuentes de ingresos.

Las fuentes de información principales para la obtención de las coberturas en actividades relativas a la TB son el SENASA y la SISALRIL.

### 6.2.5.2 Acceso geográfico a las intervenciones relativa a la TB

Otro gasto importante que es cubierto por los hogares es el *gasto en transporte* para obtener la medicación o acceder a servicios de prevención, atención y tratamiento. Para ello, definimos el método de estimación del medio de transporte más usado por la población para utilizar como proxy para la estimación.

Para estimar el gasto se partió de supuestos; sin embargo, para afinar el cálculo de las erogaciones de bolsillo se procedió a identificar el patrón de movilidad de las personas con base en la Encuesta Nacional de Movilidad 2019. Dicha investigación nos aporta datos sobre el tipo de vehículo que más utilizan los residentes, a saber: (15)

- Un 30.5% indicó usar con mayor frecuencia la guagua o autobús como medio de transporte;
- El 28.1% hace uso de los carros públicos;
- El 19.0% se desplaza en motoconchos;
- El 15.5% utiliza su vehículo de motor propio;
- El 6.9% se moviliza a pie o en bicicletas.

Para estimar el precio de los pasajes o consumos de combustible por tipo de vehículo no se cuenta con literatura nacional actualizada, sin embargo, se utilizaron varios métodos para poder establecerlo:

1. Utilizar los datos del estudio “El sistema de transporte colectivo den la articulación del Gran Santo Domingo”, actualizando con IPC de transporte: <sup>(16)</sup>

CUADRO: Precio por tipo de vehículo 2007 y actualización 2020			
Tipo de vehículo	Precios en RD\$		
	Año base	Ida	Ida y vuelta
	2007	2020	2020
OMSA expreso (estatal)	10	17.8	35.55
Guaguas voladoras (sindical)	15	26.7	53.33
Carros de concho (sindical)	12	21.3	42.66
Motores (sindical)	10	17.8	35.55
Autobuses (privados)	10	17.8	35.55
Taxi (viajes)	120	213.3	426.60

CUADRO: Precio por tipo de vehículo 2007 y actualización 2020			
Tipo de vehículo	Precios en RD\$		
	Año base	Ida	Ida y vuelta
	2007	2020	2020
Fuente: El sistema de transporte colectivo den la articulación del Gran Santo Domingo. Revista Ciencia y Sociedad, Volumen XXXII. Numero 1, Dorrejo, E. et al. Enero – marzo 2007			

### Consideraciones:

1. Los datos anteriores corresponden a traslados en la provincia de Santo Domingo. Ha de considerarse que la movilizad interna en provincias del interior, menos urbanizadas, pueden ser mayores debido a que las personas vivan en zonas bateyanas o de difícil acceso; sin embargo, debido a las limitaciones de los datos y a que el análisis más profundo no es objeto del MEGATB, nos circunscribimos a utilizar los precios actualizados para las movilizaciones internas.
2. Para las movilizaciones realizadas en vehículos propios se utiliza como proxy el monto estimado de consumo de galones de gasolina regular que establece que en un vehículo de gama media se consume un litro de gasolina por cada 12 kilómetros, aunque dicho valor pudiera estar subvaluado, considerando el tipo de vehículo (carro, jeepeta o camioneta) y su consumo según las condiciones del mismo.
3. Los precios de la gasolina regular eran de RD\$196.30 al 2020\*.

Para el establecimiento del comportamiento de la población con tuberculosis se utilizan los datos generales de atención de casos por nivel del establecimiento de salud, según el boletín del SNS que indica que en 2020 el 77% se atendió en establecimientos del PNA y el 23% en el NC.

Para MEGATBRD se realizó una exploración aleatoria de la base de datos haciendo ejercicio de mapeo entre la dirección de CPN y dirección provista por los pacientes, que permitieron estimar el costo de las visitas. Dicho valor se imputa a las visitas domiciliarias, a diferencia que estas son cubiertas con recursos presupuestarios del Estado Dominicano. Los resultados finales del ejercicio se presentarán en el informe final de la estimación, cuando se incluya el gasto de hogares.

\*La publicación del MIC es hasta el 30 de abril 2020 con RD\$188.04; por lo cual se considera el precio de agosto 2020.

En los costos considerados para MEGATBRD se computan como días de transporte los relacionados con la profilaxis con Trimetropin Sulfa que, tal como establece la Guía Nacional de Atención de Coinfección de TB/VIH, en el paciente coinfectado con TB/VIH la TMP/SMX (1 tableta 160/800mg vía oral c/día) será proporcionado durante 160 días en el Servicio de Atención Integral (SAI). Dado que esto se computa en el marco de los medicamentos entregados con la misma periodicidad que los ARV, se excluyen para no duplicar en la estimación de VIH, pero se incluye para TB, por lo cual, para fines del Gasto Nacional en Salud deberá incluirse esta proporción. Esto también aplica para la proporción de la TPI que se administra por 6 meses, en igual número de dosis que los esquemas

La consulta con el Programa de Tuberculosis reveló que los pacientes, según establece la estrategia DOTS, reciben el medicamento diariamente de lunes a viernes y se le provee el tratamiento para los fines de semana, eso hace que el número de visitas al establecimiento se reduzcan de 130 días (50 en primera fase y 80 en segunda fase) a 92 días, ya que se estima un promedio de 8.67 días de fines de semana en 4.33 meses que efectivamente dura el tratamiento. En este análisis no se consideran los días feriados adicionales y por ende el resultado de cantidad de días de fines de semana es de 37.54.

El análisis de la base de datos permitió establecer el número de visitas que debe efectuar un paciente con coinfección de TB – VIH para su atención y tratamiento:

<b>CUADRO: Número de visitas pacientes TB/VIH según intervención</b>	
<b>Intervención</b>	<b>Cantidad</b>
Visita inicial de detección	1
Visita inicial diagnóstico médico	1
Visita de profilaxis con isoniacida	92
<b>Visita realización de B</b>	1
Visita realización de prueba molecular	1
Visita toma muestra cultivo	1
Visita prueba de sensibilidad	1
Visita esquema tratamiento	92
Fuente: Sistema de Información Operacional y Epidemiológico (SIOE). 2019	

- Se parte del supuesto de que el 100% de los casos fueron detectados y diagnosticados en un establecimiento de salud en las proporciones establecidas en el boletín del SNS y referidas en el punto 9.2.1.8 de este informe, cuya proporción se utiliza para el cálculo de los costos de la atención sanitaria.
- Para la realización de pruebas de laboratorios e imágenes se computa que el 100% fueron realizadas en establecimientos del nivel complementario, por tanto, se imputa el costo de transporte estimado para este nivel de atención.

### **6.3 De los datos en coinfección TB-VIH**

Un elemento importante de la estimación es considerar los recursos destinados a la atención de la coinfección TB-VIH pues, además de que ha sido una de las intervenciones financiadas con recursos del Fondo Mundial, forma parte del PoR establecido por el Gobierno Dominicano para cumplir con los compromisos asumidos en el marco de la transición\*.

En efecto, el inicio de “Modelo Integrado de Atención para Optimizar el Manejo del Paciente Coinfectado con TB/VIH República Dominicana” permitió revelar la importancia de esta intervención programática.

Es importante destacar que esta estimación no se contempla dentro del gasto en atención y tratamiento referido en el punto 7.2 de este informe, por lo cual, se segregan para identificar la inversión de recursos en TB-VIH; pero para fines de cuantificación del Gasto Nacional en Salud (GNS) debe excluirse para no duplicar con los resultados de la estimación en la Medición de Gasto en Sida (MEGAS). Para el cálculo de la inversión en TB-VIH se identificaron los indicadores presentados en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de PVV reportados con coinfección de TB y tratados en el sector público, 2020</b>	
<b>Ítem</b>	<b>2020</b>
<b>Número de personas con coinfección TB/VIH.</b>	653
<b>Número de personas con coinfección TB/VIH que reciben TARV.</b>	394
Número de personas con <b>coinfección TB/VIH</b> que recibieron tratamiento preventivo con cotrimoxazol.	85
Número de pacientes de TB (nuevos y que recaen en la enfermedad) que son VIH-positivos que iniciaron el tratamiento para TB durante el periodo del que se informa que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral o que empezaron terapia antirretroviral durante el tratamiento de TB dentro del año de reporte.	373
Fuente: Sistema de Información Operacional y Epidemiológico (SIOE): reportes de Monitoreo Global del Sida (GAM) 2018-2020.	

Para el cálculo de la cantidad de *usuarios por intervención* se procedió a:

- i. Identificación de las casillas para el análisis de casos que se utilizan de la base de datos del SIOE-TB son:
  - C5-PVV seleccionando los que están registrados como SI;
  - D1-Fecha identificación del caso sospechoso para computar los casos que fueron detectados en cada año.
  - E.I.1.1-Fecha toma de muestra BK1 para determinar cantidad a la que se le hizo toma de muestra para determinar TB;
  - E.II.1.2-Prueba Molecular para determinar a los que fue necesario realizar prueba con G-Xpert;
  - E.III.1.1-Fecha toma de muestra Cultivo para determinar los que fueron sometidos a este tipo de pruebas.
  - E.V.1-Rx, E.V.2-TAC y E.V.3-RMI para determinar el tipo de medio diagnóstico utilizado;

\*Para el Fondo Mundial, la *transición* es el proceso mediante el cual un país, o un componente de un país, se encamina hacia financiar y ejecutar sus programas de salud de manera totalmente independiente a las ayudas del Fondo, a la vez que continúa manteniendo los logros y ampliándolos cuando sea apropiado. En consonancia con esta definición, el Fondo Mundial considera que una transición ha sido exitosa cuando los programas de salud nacionales pueden, como mínimo, mantener —y, de preferencia, mejorar— la cobertura equitativa y la aceptación de los servicios a través de sistemas para la salud resilientes y sostenibles, incluso después de que terminen las ayudas del Fondo.

- F2-Fecha definición de caso para calcular cuando fue considerado como caso de TB;
- G7-Ha recibido TPI para determinar a los que se le aplicó terapia preventiva con isoniazida.
- G11-Inicio de Trimetoprim sulfá para identificar los que iniciaron tratamiento preventivo;
- H1-Esquema de tratamiento para determinar en qué esquema de tratamiento para la TB se encontraba cada persona con coinfección de TB/VIH.
- H2-Opciones administración del TDO para identificar donde fue entregado el tratamiento;
- I1-Realizo consejería Post Diagnóstico para determinar cuáles recibieron este servicio;
- I3-Aplicación formulario SATTB para determinar a cuáles se le dio seguimiento para la adherencia al tratamiento;
- L1-Fecha de visita domiciliaria para cuantificar la cantidad de visitas realizadas;

- I8-Apoyo Psicológico o Psiquiátrico para cuantificar el número que recibió este tipo de servicios;
- I9-Apoyo nutricional para determinar quienes recibieron durante el periodo de análisis.

El resultado del análisis de la BD 2020 es la que se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Cantidad de personas con TB reportados con coinfección de VIH y tratados en el sector público</b>	
<b>Ítem</b>	<b>2020</b>
Número de personas detectadas con coinfección TB/VIH	653
Número de personas con coinfección TB/VIH que se les hizo Bk en el periodo de estudio	186
Número de personas con coinfección TB/VIH que se les hizo prueba con G-Expert	383
Número de personas con coinfección TB/VIH que se les hizo cultivo	68
Número de personas con coinfección TB/VIH que se les hizo Prueba de Sensibilidad (PS)	39
Número de personas con coinfección TB/VIH que se hizo Rx	351
Número de personas con coinfección TB/VIH que se hizo TAC	37
Número de personas con coinfección TB/VIH que se hizo RMI	1
Número de personas con coinfección TB/VIH que recibieron tratamiento preventivo con isoniacida	85
Número de personas con coinfección TB/VIH que recibieron tratamiento preventivo con Trimetoprim sulfá	424
Número de pacientes de TB / VIH-positivos con tratamiento para TB en esquema 2HRZE/4(HR)	13
Número de pacientes de TB / VIH-positivos con tratamiento para TB en esquema 2HRZE/4(HRE)	512
Número de pacientes de TB / VIH-positivos con tratamiento para TB en esquema 2RfbHZE/4RfbHE	5
Número de pacientes de TB / VIH-positivos que recibieron tratamiento en establecimiento de salud	361
Número de pacientes de TB / VIH-positivos que recibieron tratamiento a domicilio	178
Número de pacientes de TB / VIH-positivos que recibió consejería post-diagnóstica	509
Número de pacientes de TB / VIH-positivos que recibió se dio seguimiento adherencia	451
Número de pacientes de TB / VIH-positivos a los que se proporcionó Apoyo Psicológico o Psiquiátrico	259
Número de pacientes de TB / VIH-positivos a los que se proporcionó apoyo nutricional	268
Número de pacientes de TB / VIH-positivos a los que se hizo visita domiciliaria	316
Fuente: MISPAS, 2019, Sistema de Información Operacional y Epidemiológico (SIOE) y de los reportes de Monitoreo Global del Sida (GAM) 2018-2020.	

#### 6.4 Limitaciones de los datos para la estimación del gasto de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020

- i. La base de datos del SIOE-TB proporciona respuestas cerradas a si la persona reportada como caso definido recibió o no TPI; sin embargo, dicha información no permite determinar si el tratamiento indicado de 160 días fue completado. Por otro lado, de 2860 casos, 311 tenían respuesta, de los cuales 101 eran SI y 210 NO. En el restante 89%, 163 casos tenían respuesta “Desconocida” y en 2386 casos la casilla estaba vacía.

## 7 RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO EN TUBERCULOSIS EN REPÚBLICA DOMINICANA

### 7.1 Estimación del gasto en prevención de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020

#### 7.1.1 Gasto en la aplicación de la vacuna contra las formas graves de TB

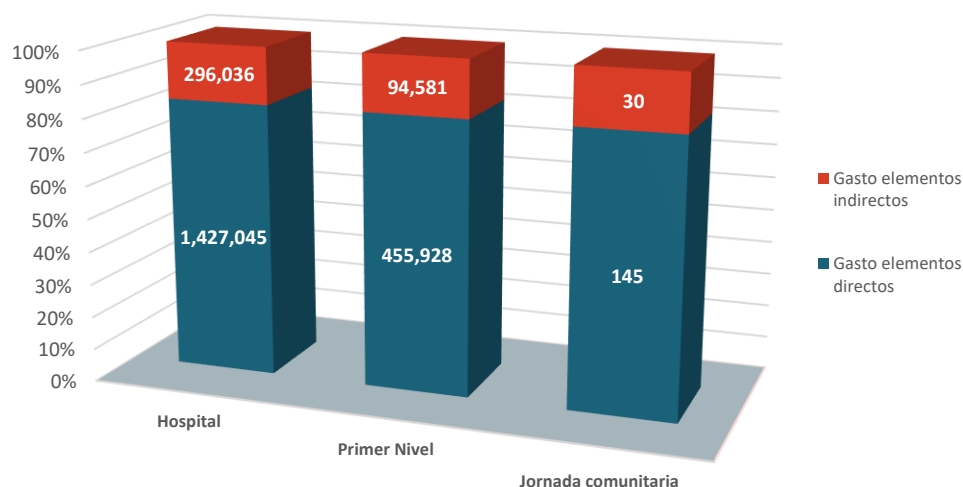
Con base en los datos y criterios definidos en la sección VI, acápite 6.1.1. se estima el gasto en la aplicación de la vacuna BCG a menores de 5 años, cuyo resultado por ámbito de aplicación se presenta en el cuadro siguiente:

<b>CUADRO: Gasto estimado en aplicación vacuna BCG en RD, 2020</b>				
<b>Grupo de edad</b>	<b>Ámbito de alcance</b>			
	<b>Hospitales</b>	<b>PNA</b>	<b>Jornada</b>	<b>Total</b>
< de 1 Año	1,722,906	548,065	0	2,270,971
1 a 4 Años	175	2,443	175	2,792
<b>Total</b>	<b>1,723,081</b>	<b>550,509</b>	<b>175</b>	<b>2,273,764</b>

Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

Cuando se visualiza la estimación por rubro de gasto y ámbito de aplicación de la vacuna, tenemos los resultados presentados en el gráfico siguiente:

**Gráfico 12. Gasto en RD\$ por rubros en aplicación vacuna BCG**



Fuente: Medición del Gasto en Tuberculosis: Base en criterios definidos. República Dominicana (MEGATBRD) 2020.

Es importante indicar que según la clasificación taxonómica la aplicación de vacuna en un hospital, corresponde a una modalidad de entrega ambulatoria.

## 7.2 Estimación del gasto en detección y diagnóstico de la Tuberculosis en República Dominicana a 2020

### 7.2.1 Gasto en la detección, examen y evaluación de casos sospechosos/presuntivos de TB

Con base en los datos y criterios definidos en la sección VI, acápite 6.2.2. se estima el gasto en la *detección, examen y evaluación de casos sospechosos/presuntivos de TB*, cuyo resultado en cuanto a gasto de mano de obra personal médico y de enfermería, así como los costos indirectos (planillas) asociados se presenta en el cuadro siguiente:

CUADRO: Gasto en RD\$ estimado en la identificación, examen y evaluación de casos sospechosos/presuntivos de TB, por Servicio Regional de Salud (SRS) 2020								
Servicio Regional de Salud	M.O. identificación casos TB	M.O. Examen/evaluación casos TB	Total costos directos M.O.	Servicios Básicos	Planillas y otros	Materiales indirectos	Total costos indirectos	Total General CD y CI
SRS0 Metropolitano	1,519,079	1,848,471	3,367,550	806,713	255,643	285,115	1,347,472	4,715,022
SRS1 Valdesia	177,547	433,052	610,599	161,640	51,223	57,128	269,992	880,591
SRS2 Norcentral	353,252	572,593	925,845	252,563	80,036	89,263	421,862	1,347,707
SRS3 Nordeste	190,802	324,287	515,089	164,086	51,998	57,993	274,077	789,166
SRS4 Enriquillo	55,458	83,379	138,837	28,074	8,897	9,922	46,893	185,730
SRS5 Este	866,756	835,280	1,702,037	332,852	105,479	117,639	555,970	2,258,006
SRS6 El Valle	296,906	321,455	618,362	160,683	50,920	56,790	268,393	886,755
SRS7 Cibao Occidental	51,209	59,781	110,990	29,882	9,470	10,561	49,913	160,903
SRS8 Cibao Central	149,943	286,629	436,572	163,023	51,661	57,617	272,301	708,873
<b>Total</b>	<b>3,660,954</b>	<b>4,764,926</b>	<b>8,425,879</b>	<b>2,099,518</b>	<b>665,326</b>	<b>742,028</b>	<b>3,506,872</b>	<b>11,932,751</b>

Fuente: DHIS: MISPAS, 2020.

La estimación del gasto en mano de obra (M.O.) y pruebas de laboratorio realizadas para la detección, examen y evaluación de los casos sospechosos/presuntivos de TB, según los datos registrados en el DHIS y presentados en la sección 6.2.2.1 de este informe, arrojan los resultados siguientes:

CUADRO: Gasto en RD\$ estimado en el diagnóstico de casos sospechosos/presuntivos de TB, por Servicio Regional de Salud (SRS) 2020							
Servicio Regional de Salud	M.O. diagnóstico	Diagnóstico realizado mediante:			Costos indirectos		Total CD y CI laboratorio
		Bk	Xpert	Cultivo	Servicios Básicos	Planillas y otros	
SRS0 Metropolitano	73,990	88,980	2,526,691	100,131	4,821	8,734	2,803,347
SRS1 Valdesia	12,905	34,948	104,040	3,901	841	1,523	158,159
SRS2 Norcentral	103,867	114,757	4,191,335	24,708	6,768	12,261	4,453,696
SRS3 Nordeste	24,559	43,623	668,830	3,901	1,600	2,899	745,412
SRS4 Enriquillo	1,564	4,957	-	-	102	185	6,808
SRS5 Este	30,034	20,324	1,456,563	10,403	1,957	3,545	1,522,827
SRS6 El Valle	45,677	48,084	1,902,450	7,802	2,976	5,392	2,012,381
SRS7 Cibao Occidental	2,268	1,735	89,177	5,202	148	268	98,798
SRS8 Cibao Central	7,821	13,880	208,080	2,601	510	923	233,815
<b>Total</b>	<b>302,686</b>	<b>371,289</b>	<b>11,147,168</b>	<b>158,648</b>	<b>19,723</b>	<b>35,729</b>	<b>12,035,244</b>

Fuente: DHIS: MISPAS. 2020

### 7.3 Estimación del gasto en profilaxis o terapia preventiva ambulatoria de la TB en República Dominicana al 2020

Con base en los criterios definidos en la sección 6.2.3.2. se estima el gasto considerando los costos de mano de obra en la entrega de medicamentos y el costo del esquema según la media de tratamiento registrado en el SIOE-TB. No se computa el gasto en transporte para no duplicar, ya que se computa como parte de las actividades consideradas en la intervención de visitas domiciliarias.

CUADRO: Gasto en profilaxis o tratamiento preventivo ambulatorio de la TB en RD, 2020											
Población beneficiaria		Media tratamiento (dosis)	Ámbito de alcance								
Descripción	Cantidad		EE.SS.			Domiciliario			Total RD\$		
			M.O.	Med	Subtotal	M.O.	Med	Subtotal	M.O.	Med	Total
<b>Terapia Preventiva con Isoniacida</b>											
< de 1 año	93	123	819	19,633	20,452	2,358	32,721	35,079	3,176	52,354	55,531
PVV	99	123	n/a	20,899	20,899	n/a	34,832	34,832	0	55,732	55,732
PG >15 años	2	123	18	422	440	6,422	704	7,126	6,440	1,126	7,566
<b>Subtotal</b>	<b>194</b>		<b>836</b>	<b>40,954</b>	<b>41,791</b>	<b>8,780</b>	<b>68,257</b>	<b>77,037</b>	<b>9,616</b>	<b>109,212</b>	<b>118,828</b>
<b>Terapia Preventiva con Trimetoprim - sulfametoxazol (cotrimoxazol)</b>											
PVV	432	132	n/a	55,408	55,408	n/a	29,956	29,956	0	85,364	85,364
PG >15 años	4	132	61	513	574	7,804	277	8,081	7,865	790	8,655
<b>Subtotal</b>	<b>436</b>		<b>61</b>	<b>55,921</b>	<b>55,982</b>	<b>7,804</b>	<b>30,233</b>	<b>38,037</b>	<b>7,865</b>	<b>86,154</b>	<b>94,019</b>
<b>Total</b>			<b>897</b>	<b>96,876</b>	<b>97,773</b>	<b>16,583</b>	<b>98,490</b>	<b>115,074</b>	<b>17,481</b>	<b>195,366</b>	<b>212,847</b>

Fuente: Medición del Gasto en TBRD: Criterios definidos. 2020.

Tal como se explicará en la sección de criterios para la estimación del gasto, no se incluye la entrega de medicamentos a PVV en los SAI porque esto es parte del gasto en Sida.

## 8. GLOSARIO

**Captación:** es el conjunto de acciones a ser realizadas para identificar casos sospechosos de tuberculosis con el fin de realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad y detectar los casos de tuberculosis para tratarlos de manera oportuna.

**Caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado:** es la persona cuyo diagnóstico de tuberculosis ha sido comprobado por bacteriología (baciloscopia, prueba molecular rápida o cultivo).

**Caso sospechoso de tuberculosis:** es la persona con signos y síntomas sugestivos de TB. Incluye a los sintomáticos respiratorios.

**Contacto:** es la persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico.

**Copago:** es el aporte en dinero que hace el afiliado del Régimen Contributivo y Contributivo Subsidiado al adquirir los medicamentos ambulatorios incluidos en el Plan Básico de Salud y cuya finalidad es contribuir al pago del precio de esta partida. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.

**Cuota Moderadora Variable:** es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud para el sector público, y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.

**Cuota Moderadora Fija:** es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un medio diagnóstico contenido en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, y cuya finalidad es evitar el exceso en el uso de estos. La cuota moderadora fija será revisada cada seis meses. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado están exentos del pago de cuota moderadora fija.

**Esquema de financiamiento:** son una ampliación del concepto de los regímenes de protección social del Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS), que los define como un “cuerpo de reglas, apoyado por una o más unidades institucionales, que regula la provisión de prestaciones de protección social y su financiamiento...las unidades institucionales pueden sustentar más de un esquema de protección social, cuando administran y proveen diversos tipos de beneficios sociales”. El Anexo 3 presenta el detalle de la clasificación de los esquemas bajo los criterios del SHA 2011.

**Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud:** es un mecanismo regional de cooperación técnica para compras conjuntas de medicamentos esenciales y suministros estratégicos de salud pública. Así, el Fondo es un componente central de la estrategia de OPS para avanzar hacia la salud universal. Este fortalece los sistemas de gestión de suministros estratégicos, brindando cooperación técnica para planificar la demanda, garantizar el uso racional y evitar desabastecimientos en los países de las Américas.

**Formación bruta de capital:** adquisición de activos producidos; es decir, los activos se utilizan en la producción de otros bienes y servicios a lo largo de un año o un período más largo. En este componente se suman la formación bruta de capital fijo, la variación de inventarios; y las adquisiciones menos disposiciones de objetos valiosos.

**Gasto corriente en salud:** consumo final de bienes y servicios de salud de las unidades residentes, incluyendo los servicios de salud ofrecidos a individuos y los servicios colectivos.

**Intervención:** es un conjunto de actividades y procedimientos acordes con un diagnóstico, dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

**IPC (Salud):** Índice que muestra los cambios de los precios del grupo salud de la canasta básica familiar, en relación a un mes base=100, para determinado país y mes (Así vamos en salud – Colombia).

**Isoniazida o INH:** un medicamento usado para prevenir la tuberculosis activa en las personas que tienen la infección de tuberculosis latente. La isoniazida también es uno de los cuatro medicamentos que suelen usarse para tratar la tuberculosis activa (CDC).

**Negativo:** por lo general se refiere al resultado de una prueba. Si usted tiene una reacción negativa a la prueba cutánea de la tuberculina, es probable que no tenga la infección por tuberculosis (CDC).

**Paciente con TB y VIH:** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB y que tiene un resultado positivo de la prueba del VIH realizado en el momento del diagnóstico de TB u otra evidencia documentada en el registro de atención de VIH, tales como la inscripción en el registro de pre-ARV o en el registro de ARV una vez que el ARV se ha iniciado.

**Positivo:** por lo general se refiere al resultado de una prueba. Si usted tiene una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina, es probable que tenga una infección de tuberculosis (CDC).

**Presupuesto en función salud:** Comprende las asignaciones presupuestarias clasificadas en la función salud del Presupuesto Nacional.

**Prueba IGRA:** es una prueba de sangre que puede determinar si una persona está infectada con las bacterias de la tuberculosis. Mide el grado de reacción del sistema inmunitario de una persona ante las bacterias de la tuberculosis, mediante un análisis de sangre de laboratorio (CDC).

**Radiografía de tórax:** una fotografía del interior del tórax. La radiografía de tórax es una fotografía del pecho tomada con rayos X. El médico puede analizar esta placa para determinar si las bacterias de la tuberculosis han dañado los pulmones (CDC).

**Rifampicina (RIF):** uno de los cuatro medicamentos que se utilizan a menudo para tratar la enfermedad de tuberculosis activa. Se lo considera un medicamento de primera elección (CDC).

**Servicio Regional de Salud:** son instituciones desconcentradas del SNS en forma administrativa, funcional y territorial, llamadas a coordinar la provisión de servicios de salud, organizadas en redes de provisión para responder a las demandas de su demarcación geográfica de incidencia o los que les sean referidos por la complejidad de los casos conforme a su capacidad resolutoria.

**SHA 2011:** Un sistema de cuentas de salud es el manual acordado internacionalmente para medir el gasto en salud. Ha sido promovido por la OCDE, la UE y la OMS. Desde 2016 se convirtió en obligatorio para los Estados miembros de la UE. Su objetivo es una contabilidad completamente desagregada por programa / enfermedad (MEGAS).

**SIOE-TB:** es el conjunto de instrumentos de registro y reportes de información, que permite una adecuada y oportuna recolección de la información operacional y epidemiológica para la toma de decisiones en el Programa de Tuberculosis. En este sistema se recogen los datos relacionados con los casos detectados, tratados, curados, coinfección TB/VIH, desagregados por grupo de edad y sexo, sector pertenencia instituciones prestadoras y notificados, región y provincia, nacionalidad entre otros.

**Terapia por observación directa (DOT, por sus siglas en inglés):** una forma de ayudar a los pacientes a tomar sus medicamentos para la tuberculosis. Si usted recibe terapia por observación directa, se reunirá con un miembro del personal de salud todos los días o varias veces por semana. Se reunirán en un lugar acordado por ambos. Puede ser la clínica especializada en tuberculosis, su casa, su trabajo o cualquier otro lugar conveniente. Usted se tomará sus medicamentos en presencia del trabajador de salud.

**Tratamiento completo:** Paciente con TB que completó el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia que muestre que la baciloscopía o el cultivo de esputo del último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron, o porque los resultados no están disponibles.

**Transacción:** se puede interpretar como un flujo económico o un tipo de relación formal entre varias unidades de la misma rama del sector, es decir, entre consumidores y proveedores, proveedores y unidades de financiamiento, o consumidores y unidades de financiamiento.

**Tuberculina (PPD, por sus siglas en inglés):** un líquido que se inyecta debajo de la piel en la parte inferior del brazo durante la prueba cutánea de la tuberculosis. Si usted tiene la infección de tuberculosis latente, es probable que presente una reacción positiva a la tuberculina (CDC).

**Tuberculosis:** es una infección bacteriana causada por un germen llamado *Mycobacterium tuberculosis*. La TB se disemina a través del aire, cuando una persona con TB pulmonar tose, estornuda o habla.

**Tuberculosis extrapulmonar:** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos que no sean los pulmones, por ejemplo, pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges.

**Tuberculosis pulmonar:** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB, que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se

clasifica como TBP porque hay lesiones en los pulmones. Las Linfadenopatías tuberculosas intratorácicas (mediastínicas y / o hiliares) o derrame pleural tuberculoso, sin alteraciones radiológicas en los pulmones, constituye un caso de TB extrapulmonar. Un paciente con TB pulmonar y extrapulmonar debe clasificarse como un caso de TBP.

**Vacuna BCG:** una vacuna contra la tuberculosis que lleva las iniciales de los científicos franceses que la desarrollaron, Calmette y Guérin. La vacuna BCG no es de uso frecuente en los Estados Unidos, sin embargo, en los países donde la tuberculosis es común, a menudo se le administra a los bebés y niños pequeños (CDC).

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2018/09/26/default-calendar/un-general-assembly-high-level-meeting-on-ending-tb>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2020. Regional. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Enfermedades transmisibles, VIH, ITS, Tuberculosis; 2020.
3. Fondo Mundial. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. [Online].; 2022 [cited 2023. Available from: <https://data.theglobalfund.org/grants>.
4. DIGEPRES. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL GOBIERNO CENTRAL, ORGANISMOS AUTÓNOMOS Y DESCENTRALIZADOS NO FINANCIEROS E INSTITUCIONES PÚBLICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Informe de Ejecucion. Santo Domingo: DIGEPRES, Presupuesto; 2020.
5. tiempo Dee. Dinero en el tiempo. [Online].; 2020 [cited 2020. Available from: <https://www.dineroeneltiempo.com/inflacion/dolar>.
6. Ministerio de Hacienda. Informe Anual de la Evaluación de la Ejecución Física y Financiera. Informe de evaluación. Santo Domingo: Ministerio de Hacienda, Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES); 2018. Report No.: 2018.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [Online].; 2020 [cited 2022. Available from: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/40773/FT\\_40773.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/40773/FT_40773.html).
8. Hernández N, Ortiz. Costeo del paquete de servicios de VIH en los Servicios de Atención Integral (SAI) apoyados por PEPFAR. MD: Proyecto de Financiamiento y Gobernanza en Salud, Abt Associates. USAID; 2018.
9. MISPAS. Reglamento Técnico para la Prevención y el Control de la Tuberculosis. Resolución ministerial 000013 de fecha 01 de julio 2014 Santo Domingo, D.N.; 2014.
10. Álvarez Peñaranda Á, Morales Puerta A, Rodríguez-Ramírez, Hernández-Sarmiento JM. Costo-efectividad de tres pruebas diagnósticas de tuberculosis pulmonar en dos ciudades de Colombia, 2015. [Online].; 2015 [cited 2022. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2019/ei194d.pdf>.
11. Servicio Nacional de Salud (SNS). SNS digital. [Online].; 2019 [cited 2023. Available from: <https://snsdigital.gob.do/instalan-maquinas-para-pruebas-rapidas-de-tuberculosis-en-hospitales-srs-norcentral/>.

12. Cañas Soto SAS. Repositorio unimilitar. [Online].; 2016 [cited 2023. Available from: <https://repository.unimilitar.edu.co/items/6d73da4d-a622-4e40-baf0-74e3b71dfc68>.
13. Hospital Traumatologico Dr. Ney Arias Lora. Hospital Traumatologico Dr. Ney Arias Lora. [Online].; 2023 [cited 2023. Available from: <https://www.hospitalneyarias.gob.do/index.php/servicios/item/276-estudios-de-imagenes>.
14. Ministerio de Salud Pública. Repositorio Institucional del Ministerio de Salud Publica. [Online].; 2020 [cited 2023. Available from: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2029/9789945621327.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Instituto Nacional de Transito y Transporte Terreste. Instituto Nacional de Transito y Transporte Terreste. [Online].; 2020 [cited 2023. Available from: <https://opsevi.intrant.gob.do/wp-content/uploads/2020/08/boletin-03-2020-digital.pdf>.
16. Dorrejo , Negrín K, Pérez C. El sistema de transporte colectivo en la articulación del gran Santo Domingo. Ciencia y Salud Republica Dominicana. 2007 Enero-Marzo; XXXII(1).
17. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2023 noviembre 15. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/events /detail/ 2018 /09 /26 / default-calendar/un-general-assembly-high--level-meeting-on-ending-tb>.

## 10. ANEXOS

<b>ANEXO 1: Detalle de la ejecución de la UEP-Programa de Tuberculosis -MISPAS de la subvención del FM al 2020</b>		
<b>Componente/ Actividades</b>	<b>Monto</b>	
	<b>En US\$</b>	<b>En RD\$</b>
<b>Atención y prevención de tuberculosis</b>	<b>837,631</b>	<b>47,400,014</b>
Adquisición y entrega de Bolsas de alimentos	75,348	4,263,796
Asistencia Técnica para la revisión de los protocolos de atención a Personas Privadas de Libertad.	6,022	340,797
Asistencia Técnica para revisión y ajustes de los manuales y procedimientos	2,148	121,562
Asistencia Técnica: Apoyo Estrategia Mentoría Nivel central al Nivel intermedio	43,041	2,435,596
Capacitación de DPS/DAS	10,490	593,628
Capacitación a las DPS en la Estrategia de CCC y el Plan de Comunicación y Abordaje de Barreras de Acceso	10,883	615,823
Cofinanciamiento estudio Barreras en Migrantes PEPFAR	12,555	710,447
Consultoría para diseño de sistema de referencia Binacional de casos	13,067	739,419
Confección y Colocación buzones de Quejas, Denuncias, Reclamaciones y Sugerencias en los servicios de atención de TB.	7,449	421,526
Desarrollo e implementación de módulos de capacitación a distancia	24,838	1,405,536
Contratación de Programador para finalizar los módulos de laboratorio, MDR en el SIOE. (octubre 2019-marzo 2020)	2,076	117,460
Contratación de Asistencia Técnica para realizar la intervención de 11 hospitales priorizados para el apoyo psicosocial.	19,869	1,124,350
Estudio del Análisis de la demora diagnóstico	2,068	117,051
Estrategia para abordar el estigma y la discriminación asociadas a la TB, que incluya:		
a) Articulación y ejecución de políticas internas antidiscriminatorias;		
b) Instauración de mecanismo anónimo de casos de denuncias;	4,329	244,993
c) Código anti discriminatorio y régimen de consecuencias.		
Implementación del SUTMER	202,682	11,469,406
Implementación de la intervención adherencia, en las provincias priorizadas, con la coordinación directa de las DPS, a través del SATTB y el seguimiento a las inasistencias	13,696	775,026
Impresión de la Guía de manejo de la TB/Diabetes	10,752	608,411
Intervenciones de búsqueda de inasistente y seguimiento a la adherencia	59,443	3,363,763
Instalación de los equipos Xpert	312	17,632
Incorporar a las Escuelas y comunidades en las actividades de IEC para la búsqueda de atención de forma oportuna.	31,447	1,779,532
Mantenimiento de Unidad Móvil, instalación equipo Rayos X, emplomado.	11,570	654,748
Plan de capacitación continua para personal de TB (rectoría y servicios) en derechos humanos y ética para erradicar estigma y discriminación en TB.	200	11,304
Jornadas Regionales de sensibilización al personal de salud sobre ética y derechos humanos.		
Pasantía en el Hospital Robert Reid Cabral a Pediatra de hospitales provinciales para manejo de TB en menores de 18 años.	2,847	161,113
Promoción y detección por Sub-beneficiarios del FM: Apoyo a la Red de afectados	29,904	1,692,229
Promoción y detección por Sub-beneficiarios del FM: Implementar iniciativa Control de TB en Grandes Ciudades	29,162	1,650,208
Promoción y detección por Sub-beneficiarios del FM: Jornada de Detección de TB en PPL	59,673	3,376,776

<b>ANEXO 1: Detalle de la ejecución de la UEP-Programa de Tuberculosis -MISPAS de la subvención del FM al 2020</b>		
<b>Componente/ Actividades</b>	<b>Monto</b>	
	<b>En US\$</b>	<b>En RD\$</b>
Promoción y detección por Sub-beneficiarios Promoción y detección por Sub-beneficiarios del FM: Intervenciones dirigidas a los migrantes haitianos para detección y vinculación a los servicios de atención	20,228	1,144,670
Readecuación laboratorio de TB (LNSPDD)	56,525	3,198,648
Reuniones de alto nivel para discutir el cumplimiento de las disposiciones para la extensión de horarios para los servicios de Tb.	6,291	356,018
Reuniones Semestrales por SRS para monitorear los indicadores de la Estrategia Fin de la TB en coordinación con OPS, los resultados de las supervisiones y el sistema de consecuencia e incentivos. Formación de facilitadores del Modelo de Calidad, que lideren este proceso mediante la conformación de equipos de calidad en los servicios, con la participación del equipo de la DIGEPI.	1,653	93,537
Reuniones de trabajo y seguimiento al recién conformado grupo de TB infantil, para la discusión de casos y análisis de los datos.	1,222	69,154
Supervisión por SRS/DPS/DAS y nivel central	50,817	2,875,646
Visitas seguimiento a los Sub receptores	15,024	850,207
<b>COVID-19</b>	<b>257,098</b>	<b>14,548,728</b>
Compra de cartucho Xpert para diagnóstico de Covid19	118,447	6,702,723
Compra de cartucho Xpert para diagnóstico de Covid19 (Aduanas, Transporte y Servicios)	26,328	1,489,851
Adquisición y distribución de Kit de protección para el personal de Salud, así como al personal de servicio comunitario y a las poblaciones claves y priorizadas. (mascarillas, guantes).	96,665	5,470,113
Apoyo a la vigilancia - compra equipo laptop para el nivel central.		
Adquisición de tabletas para el personal que trabaja en acciones de prevención y control de TB Contratación de data y servicio de comunicación telefónica x 6 meses (Equipos informáticos - Tablet	15,658	886,041
<b>Gestión de programas</b>	<b>337,765</b>	<b>19,113,525</b>
Recursos Humanos para la gestión Operativa de la UEP	279,368	15,808,948
Asistencia Técnica para la implementación del Modelo demostrativo TB/VIH	58,397	3,304,577
<b>Paquete para TB-MR</b>	<b>44,894</b>	<b>2,540,468</b>
Estrategia de Acompañamiento a pacientes con TB DR	8,499	480,963
Supervisión de la implementación de la prueba Xpert y LPA	3,564	201,679
Visitas de evaluación Comité de Luz verde	27,242	1,541,585
Equipamiento UTR para implementar tratamientos acortados	5,417	306,545
Implementación del tratamiento acortado de TB-DR y fármaco vigilancia activa (FAVIA)	171	9,696
<b>Coinfección TB/VIH</b>	<b>46,010</b>	<b>2,603,629</b>
Implementación de modelo integrado en 15 provincias	36,716	2,077,699
Actualización de la guía de coinfección incorporando el modelo integrado	2,715	153,645
Impresión de las guías de TB/VIH actualizados	1,857	105,101
Jornadas de información sobre TB, signos y síntomas, dirigido a PVV a través de redes de personas viviendo con VIH.	1,233	69,791
Visita a las SAIs para informar a los PVV sobre el riesgo de enfermar por TB.	3,488	197,393
<b>Total ejecutado</b>	<b>1,523,398</b>	<b>86,206,364</b>

**Fuente: MISPAS, 2020, Unidad Ejecutora de Proyectos.**

## ANEXO 2. Matriz de marco legal y normativo de esquemas de financiamiento en la República Dominicana

Tipo de esquema	Nombre del esquema de financiamiento	Instituciones / Agentes	Nombre del agente que opera el esquema	Marco legal	Modo de participación	Derecho a los beneficios	Método de recolección de fondos	Mancomunación
Esquemas gubernamentales	Sistema Presupuestario Dominicano	<b>Ministerio de salud y otras unidades públicas</b>	Ministerio de salud	a) Ley N° 423 – 06 Orgánica del Presupuesto Público. b) Ley N° 123 - 15 que crea el Servicio Nacional de Salud	Obligatorio / Automático para todos los habitantes	No contributivo	Obligatorio	Nacional
	Gobiernos locales		Alcaldías y juntas de distritos municipales					Ley No. 176-07 del Distrito Nacional y los Municipios
Esquemas de seguros sociales	Régimen Contributivo del SFS	<b>Seguro Nacional de Salud</b> <b>Otras agencias de seguros sociales</b> <b>Instituciones privadas de seguros</b>	ARS SENASA	a) Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01. b) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01	Obligatorio	Contributivo		A nivel de esquema
			Otras ARS públicas					
			ARS privadas (lucrativas)					
	ARS privadas (no lucrativas o autogestión)							
	Régimen Contributivo del Fondo de Atenciones Médicas por Accidentes de Tránsito	<b>Seguro Nacional de Salud</b> <b>Otras agencias de seguros sociales</b>	ARS SENASA	a) Resolución del Consejo Nacional de la Seguridad Social de la República Dominicana/N° 332-3. b) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las C) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01 personas de nacionalidad extranjera.				
			Otras ARS públicas					
<b>Instituciones privadas de seguros</b>								
Seguro de Riesgos Laborales	<b>Otras agencias de seguros sociales</b>	ARS privadas (lucrativas)	Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01.					
		ARS privadas (no lucrativas o autogestión)						
Plan para Pensionados de las Fuerzas Armadas	<b>Seguro Nacional de Salud</b>	ARS SENASA	a) Decreto de la Presidencia de la República Dominicana/N° 159-17.					

## ANEXO 2. Matriz de marco legal y normativo de esquemas de financiamiento en la República Dominicana

Tipo de esquema	Nombre del esquema de financiamiento	Instituciones / Agentes	Nombre del agente que opera el esquema	Marco legal	Modo de participación	Derecho a los beneficios	Método de recolección de fondos	Mancomunación
				b) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera. C) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01				
	Plan para Pensionados del Sector Salud			a) Decreto de la Presidencia de la República Dominicana/N° 371-16. b) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera. c) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01 personas de nacionalidad extranjera.				
	Régimen Subsidiado del SFS			a) Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01. b) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera.				
	Régimen Subsidiado del Fondo de Atenciones Médicas por Accidentes de Tránsito			a) Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01. b) Resolución del Consejo Nacional de la Seguridad				

## ANEXO 2. Matriz de marco legal y normativo de esquemas de financiamiento en la República Dominicana

Tipo de esquema	Nombre del esquema de financiamiento	Instituciones / Agentes	Nombre del agente que opera el esquema	Marco legal	Modo de participación	Derecho a los beneficios	Método de recolección de fondos	Mancomunación
				<p>Social/N° 332-03.</p> <p>c) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera.</p> <p>c) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01 personas de nacionalidad extranjera.</p>				
	Plan Transitorio Especial para Pensionados de la Policía Nacional			<p>a) Ley Orgánica de la Policía Nacional/N° 590-16.</p> <p>b) Resolución de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales/N° 00207-2016 crea el Plan Especial de Servicios de Salud de los Pensionados de la Policía Nacional.</p> <p>c) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera.</p> <p>c) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01 personas de nacionalidad extranjera.</p>				
	Plan Especial Transitorio para Pensionados del Ministerio de Hacienda			<p>a) Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01.</p> <p>b) Resolución CNSS No. 377-</p>				

## ANEXO 2. Matriz de marco legal y normativo de esquemas de financiamiento en la República Dominicana

Tipo de esquema	Nombre del esquema de financiamiento	Instituciones / Agentes	Nombre del agente que opera el esquema	Marco legal	Modo de participación	Derecho a los beneficios	Método de recolección de fondos	Mancomunación
				02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera.				
	Plan para Pensionados del Sector Salud	<b>Instituciones privadas de seguros</b>	ARS CMD	a) Decreto de la Presidencia de la República Dominicana/N° 371-16. b) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera. c) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01 personas de nacionalidad extranjera.				
	Plan Especial Transitorio para Pensionados del Ministerio de Hacienda	<b>Seguro Nacional de Salud</b>	Otras ARS públicas	a) Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01. b) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera. c) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01 personas de nacionalidad extranjera.				
<b>Esquemas de instituciones sin fines de lucro</b>	Proyectos y establecimientos de salud gestionados por ISFLSH no financiados y no financiados por otros esquemas	<b>Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH)</b>	Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares	a) Ley N° 122 - 05 de regulación y fomento de las asociaciones sin fines de lucro.	Voluntario	No contributivo	Voluntario	A nivel de esquema

## ANEXO 2. Matriz de marco legal y normativo de esquemas de financiamiento en la República Dominicana

Tipo de esquema	Nombre del esquema de financiamiento	Instituciones / Agentes	Nombre del agente que opera el esquema	Marco legal	Modo de participación	Derecho a los beneficios	Método de recolección de fondos	Mancomunación
Esquemas de pagos directos de los hogares	Gasto de Bolsillo en Salud	Hogares	Hogares	a) Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01. b) Ley Sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana/N° 146-02.	Voluntario	Contributivo	Voluntario	Individual
Esquemas de seguros voluntarios	Planes Alternativos de Salud	Seguro Nacional de Salud	ARS SENASA	a) Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social/N° 87-01. b) Resolución CNSS No. 377-02 que establece el derecho de afiliación al SDSS para todas las personas de nacionalidad extranjera. c) Decreto Presidencial N° 96 – 16, el cual actualiza el Reglamento de la TSS a partir de la Ley N° 87 – 01 personas de nacionalidad extranjera.	Voluntario	Contributivo		A nivel de esquema
		Otras agencias de seguros sociales	Otras ARS públicas					
		Instituciones privadas de seguros	ARS privadas (lucrativas) ARS privadas (no lucrativas/autogestión)					
	Planes de medicina prepagada	Instituciones privadas de seguros	Compañías de seguros	Ley Sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana/N° 146-02.				

Fuente: 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguros Sociales.

### ANEXO 3. Clasificaciones taxonómicas de la MEGATBRD

#### INTRODUCCIÓN A LA CLASIFICACION TAXONOMICA DE LA MEDICION DEL GASTO EN TUBERCULOSIS EN REPUBLICA DOMINICANA

El presente anexo recoge las clasificaciones sobre las cuales se ha trabajado la valoración del gasto relativo a la Tuberculosis en la República Dominicana, diseñado por la autora con el objetivo de dar seguimiento\* a los recursos de la respuesta nacional a dicha epidemia y el flujo de recursos financieros entre los actores del sector de la salud.

Estas clasificaciones tienen su base conceptual principal en el Sistema Nacional de Cuentas de Salud – SC (SHA 2011, por sus siglas en inglés) y en la metodología de Medición del Gasto en Sida – MEGAS) (NASA, por sus siglas en inglés), la cual fue definida con la finalidad determinar los flujos de fondos utilizados para financiar las respuestas nacionales a la epidemia del VIH, considerando las tres dimensiones del gasto: Financiación, provisión y uso.

De esta manera, los estudios de medición de gasto constituyen el proceso de seguimiento de recursos que siguen las transacciones financieras desde su origen hasta su destino final (es decir, los beneficiarios que reciben los bienes y servicios). Por tanto, no se limitan a hacer un seguimiento de los gastos en salud, sino que también siguen los gastos no sanitarios, como mitigación social, educación, mano de obra, justicia y otros sectores relacionados con la respuesta multisectorial a las enfermedades específicas que se den seguimiento.

La clasificación definida se limita a las necesidades actuales para el desarrollo del estudio de MEGATBRD 2020, aunque incluye algunas categorías que no necesariamente se emplean en el estudio. Constituye un punto de partida para su adecuación a nivel internacional para definir un manual completo y homogéneo de clasificación taxonómica.

#### FUENTES DE FINANCIAMIENTO (FF)

Las *fuentes de financiamiento* son las entidades que suministran los fondos. Se trata de los hogares, las empresas, el gobierno y el resto del mundo, tal como usualmente se conviene en las cuentas nacionales de un país.

**FF.01. Doméstico Público:** Recursos que provienen de ingresos de carácter tributario y de los que derivan de préstamos y donaciones externas. La fuente de *Gobierno Central* agrupa los ingresos que el Estado obtiene mediante el ejercicio de su poder al crear impuestos de carácter obligatorio mediante disposiciones legales.

También contempla las unidades “institucionales” que realizan aportes en favor de grupos específicos, tales como los afiliados a la seguridad social en el régimen subsidiado, pues no trata de contribuciones enmarcadas en una relación de patrono – empleado, sino de protección social en salud.

Consideran los recursos correspondientes a préstamos provenientes de instituciones internacionales o nacionales.

**FF.02. Entidades privadas nacionales:** Recursos aportados por las sociedades nacionales (empresas) y los hogares y otras entidades en favor de terceros o propios. En el caso de las empresas incluye las aportaciones a los seguros obligatorios en el marco de lo establecido en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

**FF.03. Entidades Internacionales:** Recursos que se originan fuera del país y se ejecutan en el año en curso. Las subvenciones internacionales bilaterales y multilaterales así como los fondos contribuidos por instituciones e individuos fuera del país están incluidos en la medida en que se utilicen en el periodo de medición del gasto.

<b>Cuadro 1: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Fuentes de Financiamiento</b>
<b>FF.01. Doméstico Público</b>
<b>FF.01.01. Gubernamentales</b>
FF.01.01.01 Gobierno Central
FF.01.01.02 Gobierno estatal o provincial
FF.01.01.03 Gobierno local o municipal
FF.01.02. Instituciones de seguridad social
FF.01.99. Otras entidades públicas s.c.o.
<b>FF.02. Entidades privadas nacionales</b>
FF.02.01. Sociedades nacionales
FF.02.02. Hogares
FF.02.03. Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del seguro social)
FF.02.99. Otras entidades privadas de financiación sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)
<b>FF.03. Entidades internacionales</b>
<b>FF.03.01. Gobiernos que brindan asistencia bilateral</b>
FF.03.01.01. Gobierno de Estados Unidos
FF.03.01.99. Otros gobiernos, otros organismos bilaterales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)
<b>FF.03.02. Organismos multilaterales</b>
FF.03.02.01. Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
FF.03.02.02. Organización Mundial de la Salud (OMS)
FF.03.02.99. Otros organismos multilaterales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)
<b>FF.03.03. Organizaciones y fundaciones internacionales</b>
FF.03.03.01 Organizaciones internacionales sin fines de lucro
FF.03.03.02 Organizaciones internacionales con fines de lucro
<b>FF.99. Entidades financieras sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)</b>

## INGRESOS A LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (IEF)

Los *ingresos* son los fondos de los esquemas de financiamiento que se reciben a través de mecanismos específicos de aportación. El objetivo de esta clasificación es agrupar las *fuentes de financiamiento de los esquemas*, dividiéndolos en categorías que definan quién o qué sector institucional (externo o interno) aporta los recursos.

**IEF.01. Transferencias de ingresos nacionales del gobierno:** Comprende las transferencias internas del presupuesto para los regímenes públicos centralizados y las que realiza el gobierno central a los gobiernos locales. Estos ingresos no se limitan a los esquemas públicos, pues pueden realizarse subsidios y transferencias de recursos públicos a los módulos de financiamiento privado.

**IEF.02. Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno:** Se registran los ingresos del gobierno general que no integran las recaudaciones de recursos en la economía interna. El proveedor del fondo a los agentes es el gobierno, pero el fondo en sí mismo, tiene su origen en el extranjero. Un ejemplo tácito en TB son las subvenciones del Fondo Mundial, las cuales se integran al presupuesto nacional pero el donante es multilateral.

**IEF.03. Contribuciones a la seguridad social:** Constituyen los pagos realizados por los empleadores en nombre de sus trabajadores, de los trabajadores autónomos, personas en desempleo o que trabajan por cuenta propia, con la finalidad de contar con derechos a las prestaciones de la seguridad social.

**IEF.05. Pago anticipado voluntario:** Corresponde a las primas de los seguros, las cuales tienen por finalidad financiar el derecho a las prestaciones de los regímenes de seguros médicos voluntarios.

**IEF.06. Otros ingresos nacionales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.):** Contempla los ingresos del país para financiar los regímenes que no están incluidos en IEF.01 a IEF.05 y que las fuentes realizan de forma voluntaria y se obtienen de manera interna. En esta categoría se registran fondos de los hogares, empresas y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) radicadas en el país, así como aquellos sin proveedor de los fondos especificado.

**IEF.07. Transferencias externas directas:** Registra las transacciones extranjeras que reciben directamente los diferentes esquemas de financiamiento.

## Cuadro 2: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Ingresos

### **IEF.01. Transferencias de ingresos nacionales del gobierno**

IEF.01.01. Transferencias y donaciones internas

IEF.01.02. Transferencias del gobierno a seguros sociales de salud en nombre de grupos específicos

IEF.01.03. Subsidios a ONG

IEF.01.04. Transferencias de ingresos nacionales del gobierno, incluidos los préstamos reembolsables, sin desglosar

### **IEF.02. Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno**

IEF.02.01. Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno

### **IEF.03. Contribuciones a la seguridad social**

IEF.03.01. Contribuciones a la seguridad social por parte de los trabajadores

IEF.03.02. Contribuciones a la seguridad social por parte de los empleadores

IEF.03.03. Contribuciones a la seguridad social por parte de trabajadores por cuenta propia

IEF.03.98. Contribuciones a la seguridad social sin desglosar

### **IEF.04. Pago anticipado obligatorio (distinto de IEF.3 y no especificado)**

### **IEF.05. Pago anticipado voluntario**

IEF.05.01. Pago anticipado voluntario de personas y hogares

IEF.05.02. Pago anticipado voluntario de los empleadores

IEF.05.03. Pago anticipado voluntario sin desglosar

### **IEF.06. Otros ingresos nacionales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)**

### **IEF.07. Transferencias externas directas**

#### **IEF.07.01 Transferencias financieras externas directas**

IEF.07.01.01 Transferencias financieras externas directas bilaterales

IEF.07.01.02 Transferencias financieras externas directas multilaterales

IEF.07.01.98 Transferencias financieras externas directas sin desglosar

#### **IEF.07.02 Ayuda externa directa en bienes y especie**

##### **IEF.07.02.01. Ayuda bilateral directa**

IEF.07.02.01.01. Ayuda bilateral directa en bienes

IEF.07.02.01.02. Ayuda bilateral directa en especie: servicios (incluidos AT)

##### **IEF.07.02.02. Ayuda multilateral directa**

IEF.07.02.02.01. Ayuda multilateral directa en bienes

IEF.07.02.02.02. Ayuda multilateral directa en especie: servicios (incluidos AT)

##### **IEF.07.02.98. Otras ayudas directas en especie sin desglosar**

### **IEF.98. Ingresos de los planes de financiación de la salud (sin desglosar)**

### **IEF.99. Otros ingresos de los planes de financiación de la salud sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)**

## ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO (EF)

Los *esquemas de financiamiento* son una ampliación del concepto de los regímenes de protección social del Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS) y que se integran a la NASA en la revisión de 2019, definido como un “*cuerpo de reglas, apoyado por una o más unidades institucionales, que regula la provisión de prestaciones de protección social y su financiamiento...las unidades institucionales pueden sustentar más de un esquema de protección social, cuando administran y proveen diversos tipos de beneficios sociales*”.

Los cuerpos de reglas pueden establecerse por derecho, en virtud de las leyes, reglamentos o contratos, o en la práctica administrativa. En este sentido, los esquemas NO comprenden agrupaciones de instituciones, sino los módulos mediante los cuales se pagan los servicios, que a su vez, muestran el nivel de regulación de los fondos. De manera básica se parte de la base jurídica para estudiar los esquemas de financiamiento y se evalúa su clasificación tomando los siguientes cuatro criterios.

1. **Modo de la participación:** Este puede ser obligatorio por cobertura automática o por el pago de cotizaciones a seguros sociales, o voluntaria, tratándose de cobertura a personas, grupos o empresas de manera discrecional.
2. **Derecho a la prestación:** Consiste en las condiciones para una persona adquirir derecho a los servicios de salud del esquema de financiamiento: i) no contributiva, que se define por el marco legal y normativo, ii) contributiva, que se crea por el pago de cotizaciones de personas o en su nombre, y iii) discrecional, que se basa en los criterios de una entidad privada.
3. **Método de obtención de fondos:** Si se trata de fondos obligatorios (impuestos, deuda pública, prepagos obligatorios) o voluntaria (pagos voluntarios a los seguros privados o pagos de hogares).
4. **Mancomunación:** A nivel de programas, territorial, individual (pagos directos).

**EF.01. Esquemas de gobierno y esquemas obligatorios de asistencia sanitaria:** La principal razón por la que el gobierno interviene en los sistemas de salud es para brindar la atención de los grupos vulnerables o de toda la población, lo que implica la formulación de diferentes mecanismos legales, normativos y administrativos. Contempla los esquemas que reflejan el abordaje de los sistemas de protección social en salud contributiva y no contributiva en los regímenes públicos de la República Dominicana.

- **EF.01.01. Esquemas de gobierno:** Se determinan por ley o por el gobierno, creando un presupuesto cuya responsabilidad, generalmente, recae sobre una agencia gubernamental. Estos esquemas responden a las políticas (tales como la Estrategia Nacional de Desarrollo – END 2030 -), programas (por ejemplo, los Programas de Salud Colectiva – PSC- en el marco de los Presupuestos Orientados a Resultados – PoR -) y metas de la gestión gubernamental y se basan principalmente en el financiamiento obligatorio (vía impuestos generales). En este contexto, se identificaron y se agruparon los esquemas en los dos mecanismos básicos identificados ara MEGATBRD:
  - **Sistema Presupuestario Dominicano (SPD):** Se define por la Ley N° 423 – 06 Orgánica del Presupuesto Público, y en su marco de aplicación es donde se asignan los recursos y se

definen las fuentes de financiamiento para el cumplimiento de las políticas, programas y metas de gobierno.

- **Régimen Subsidiado (RS) del Seguro Familiar de Salud (SFS):** Se define mediante la Ley N° 87 – 01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), considerándose esquemas gubernamentales de financiamiento porque un grupo de la población con determinadas condiciones socioeconómicas tiene derecho universal a un paquete de prestaciones definidas por ley o por una normativa. La forma de financiamiento es sobre el presupuesto público, una base no contributiva, por lo tanto, son esquemas gubernamentales, a pesar de denominarse seguro.
- **EF.01.02. Regímenes obligatorios de seguro de enfermedad contributivos:** Constan de modelos para garantizar servicios a la población mediante su participación obligatoria, basada en el pago de contribuciones no vinculadas al riesgo por parte del beneficiario elegible como asegurado o en su nombre\*. En el nivel local se identifican los siguientes:
  - **Régimen Contributivo (RC) del SFS:** Se define mediante la Ley N° 87 – 01, que crea el SDSS. El RC se financia esencialmente por cotizaciones obligatorias de los trabajadores y los empleadores en su nombre.
  - **Plan Especial Transitorio de Pensionados y Jubilados (PETPJ):** Se hace operativo por Decreto N° 342 – 09, sustentado en la Ley N° 87 – 01, con los pensionados del Estado como beneficiarios. Se basa en contribuciones realizadas por los pensionados y una parte es cubierta por el Estado en sustitución del empleador. Las erogaciones figuran en el SPD porque la Ley N° 87 – 01 establece que el pagador de la pensión debe servir de agente de retención de las cotizaciones del seguro de salud, no porque se trate de un esquema gubernamental.

**EF.02. Esquemas de pago voluntario:** Constituyen esquemas de financiamiento privado y externo, pues mientras en los esquemas públicos el gobierno establece por legislación el derecho y la obligatoriedad de los beneficios, en los privados lo que los caracteriza es que el consumo de bienes y servicios es de tipo voluntario y con criterios de discrecionalidad.

- **EF.02.01. Planes de seguros voluntarios:** En este mecanismo se incluyen los planes voluntarios primarios y complementarios, los planes de medicina prepagada y los seguros de personas en salud.
- **EF.02.02. Esquemas de organización sin fines de lucro:** Comúnmente las ISFL u ONG recaudan ingresos del sector privado (sociedades y organismos de cooperación internacional) y toman decisiones sin la participación o el control del gobierno\*\*.

**EF.03. Esquema de pago directo de los hogares:** Comprende las erogaciones de las familias, denominadas gasto de bolsillo menos los reembolsos de los seguros obligatorios y/o voluntarios.

**EF.04. Esquemas externos:** Abarca los modelos en que los fondos se recaudan y mancomunan en el exterior, pero que financian servicios de residentes en la economía interna o el exterior.

\* Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) pueden tener ingresos de autogeneración para financiar las operaciones, provenientes, aunque no exclusivamente, de las inversiones en instrumentos financieros e ingresos de reaseguros.

\*\* El control del gobierno se define como la habilidad para determinar las políticas o programas de una ISFLSH o contar con algún acuerdo contractual que le permita determinar aspectos claves de las políticas de la ISFLSH.

<b>Cuadro 3: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Esquemas de Financiamiento</b>
<b>EF.01. Esquemas de gobierno y esquemas obligatorios de asistencia sanitaria</b>
<b>EF.01.01. Esquemas de gobierno</b>
EF.01.01.01. Esquemas de gobierno central
EF.01.01.02. Esquemas de gobierno estatal
EF.01.01.98. Esquemas de gobierno sin desglosar
<b>EF.01.02. Regímenes obligatorios de seguro de enfermedad contributivos</b>
<b>EF.01.02.01. Planes de seguro social de salud</b>
EF.01.02.01.01. Planes de seguro social de salud para empleados del sector privado
EF.01.02.01.02. Planes de seguro social de salud para empleados del gobierno
EF.01.02.01.98. Plan de seguro social de salud no relacionado con el tipo de empleo o no desagregado
<b>EF.01.02.02. Esquemas de seguros privados obligatorios</b>
<b>EF.01.02.98. Regímenes obligatorios de seguro de enfermedad contributivos no desagregado</b>
<b>EF.01.98. Esquemas gubernamentales o regímenes obligatorias de seguro de enfermedad no desagregados</b>
<b>EF.02. Esquemas de pago voluntario</b>
<b>EF.02.01. Planes de seguros voluntarios</b>
<b>EF.02.01.01. Seguro de salud primario / sustitutivo</b>
EF.02.01.01.01. Seguros basados en el empleador (distintos de los esquemas de empresas)
EF.02.01.01.02. Seguro voluntario basado en el gobierno
EF.02.01.01.98. Esquemas de cobertura primaria no desagregados.
<b>EF.02.01.02. Planes de seguro basados en la comunidad y planes de seguro complementarios / suplementarios</b>
<b>EF.02.01.98. Planes de seguro voluntarios no desagregados</b>
<b>EF.02.02. Esquemas de organización sin fines de lucro</b>
EF.02.02.01. Esquemas de organizaciones sin fines de lucro (excluyendo EF.02.02.02)
EF.02.02.02. Esquemas de agencias extranjeras residentes
EF.02.02.98. Esquemas de organización sin fines de lucro no desagregados
<b>EF.02.03. Esquemas empresariales con fines de lucro</b>
<b>EF.03. Esquema de pago directo de los hogares</b>
<b>EF.03.01. Gasto de bolsillo directo sin costo compartido</b>
<b>EF.03.02. Costo compartido con terceros pagadores</b>
EF.03.02.01. Participación en los costos con los esquemas gubernamentales y los esquemas obligatorios de seguro de salud
EF.03.02.02. Costo compartido con planes de seguro voluntarios
<b>EF.03.98. Costo compartido no desagregado</b>
<b>EF.04. Esquemas externos (no residentes)</b>

### Cuadro 3: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Esquemas de Financiamiento

#### EF.04.01. Esquemas obligatorios (no residentes)

#### EF.04.02. Esquemas voluntarios (no residentes)

EF.04.02.01. Planes de seguro de salud voluntarios (no residentes)

#### EF.04.02.02 Otros esquemas (no residentes)

EF.04.02.02.01. Filantropía / esquemas de ONG internacionales

EF.04.02.02.02. Esquemas de agencias de desarrollo extranjero

EF.04.02.02.03. Esquemas de enclaves (por ejemplo, organizaciones internacionales o embajadas)

### AGENTES DE FINANCIAMIENTO (AF)

Los *agentes de financiamiento* se constituyen como los enlaces entre los recursos económicos y la provisión de servicios de salud, gestionando el pago de bienes y servicios en diversas formas:

- a. Como unidad institucional que financia los servicios producidos por su red de prestación de servicios para TB, por ejemplo, el Ministerio de Salud con las DPS para el tema de las vacunas o el SNS con la subvención hospitalaria.
- b. Como ente de compra de servicios a proveedores de servicios de salud (PSS) en el caso de las ARS que cubren pruebas IGRA, hospitalizaciones u otros servicios que hayan pagado durante el periodo de análisis.
- c. Como ente que reembolsa las coberturas directas de bienes y servicios que han hecho los hogares.

El SHA 2011 lo define como una unidad institucional que participa en uno o más esquemas de financiamiento. Puede encargarse de recaudar ingresos, pagar (comprar) servicios de un determinado esquema de financiamiento de la salud, y participar en la gestión y regulación del financiamiento de la salud.

**AF.01. Agentes del Sector Público:** Comprende unidades institucionales del gobierno central, provincial, regional o local, las agencias de seguros sociales y las organizaciones no gubernamentales controladas por el Gobierno.

- **AF.01.01.01. Autoridades Centrales:** Incluye agencias nacionales y centralizadas controladas por el gobierno central, tales como el MISPAS, el Seguro Nacional de Salud (SENASA) u otras entidades públicas.
- **AF.01.01.02. Autoridades provinciales, regionales, locales:** Comprende unidades institucionales del gobierno local, pudiendo gestionar esquemas de gobiernos locales o central.
- **AF.01.01.03. Agencia de la seguridad social:** Unidades económicas de control gubernamental y con un estatus jurídico específico, con el propósito principal de gestionar el esquema de seguro social. Los fondos del seguro social pueden gestionar uno o más tipos de seguro social (pensión, salud, accidente, atención de larga duración, etc.).

Las reformas nacionales permiten que las compañías de seguros participen en la gestión del esquema de seguro social, fungiendo como ARS. Por ello, tanto los fondos de enfermedad y las compañías de seguros privados pueden participar en la gestión de un esquema de seguro social de salud.

Las *agencias del seguro social* de salud son entidades jurídicas con la obligación, definida por ley, de garantizar el acceso al conjunto de servicios de salud. Los fondos del seguro social no tienen fines de lucro y se basan en el principio de autogobierno a través de representantes de los asegurados y los empleadores.

**AF.02. Agentes del Sector Privado:** Comprende las unidades institucionales de:

- a. Las empresas o compañías de seguros privadas que manejan seguros voluntarios;
- b. Los hogares constituidos un grupo de personas que comparten vivienda y que ponen en común que colocan parte o la totalidad de su renta para el consumo de bienes y servicios de salud relacionados con la TB;
- c. Las ISFL u ONG que prestan ayudas financieras, bienes o servicios a los hogares y con funcionamiento no controlado por el gobierno. Sus rentas no son traspasadas a accionistas, sino que se reinvierten en la propia entidad.

El SHA indica que las ISFL pueden tener programas específicos de salud (con fondos y gestión de fondos separados) y realizar programas ellos mismos (como proveedores de servicios de salud) o financiar a proveedores de salud para que los lleven a cabo. En este caso, el esquema de financiamiento es: esquema de financiamiento de instituciones sin fines de lucro, con las ISFLSH cumpliendo el papel de agentes de financiamiento. Los fondos pueden aportarlos los hogares, el gobierno, entidades extranjeras o fundaciones, para que no sean ellos los que gestionen los programas de salud – sino que solo aporten los recursos a los mismos.

**AF.03. Organizaciones internacionales de compra:** Comprende las unidades institucionales que residen en el extranjero o que tienen oficinas alojadas en el país y gestionan recursos externos de manera directa, cumpliendo funciones de agentes de financiación.

#### Cuadro 4: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Agentes de Financiamiento

##### AF.01. Agentes del Sector Público

##### AF.01.01. Gobiernos Territoriales

##### AF.01.01.01. Autoridades Centrales

AF.01.01.01.01. Ministerio de Salud (o entidad equivalente del sector)

AF.01.01.01.02. Ministerio de Justicia (o entidad equivalente del sector)

AF.01.01.01.03. Agencias que administran los servicios nacionales de salud

AF.01.01.01.04. Agencia que administra un seguro nacional de salud

AF.01.01.01.05. Otros ministerios (o entidades equivalentes de cada sector)

AF.01.01.01.04. Despacho del primer ministro o presidente

AF.01.01.01.99. Otras entidades de autoridades centrales o federales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

#### Cuadro 4: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Agentes de Financiamiento

##### **AF.01.01.02. Autoridades provinciales, regionales, locales**

##### **AF.01.01.03. Agencia de la seguridad social**

AF.01.01.03.01. Agencia del seguro social de salud

AF.01.01.03.02. Otras agencias de la seguridad social

##### **AF.02. Agentes del Sector Privado**

AF.02.01. Empresas de seguros privados

AF.02.02. Programas de seguros de empleadores privados

AF.02.03. Empresas privadas de seguros (distintas del seguro social)

AF.02.04. Hogares privados (pagos personales)

AF.02.05. Instituciones nacionales sin fines de lucro (distintas del seguro social)

AF.02.99. Otros agentes privados de financiación sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

##### **AF.03. Organizaciones internacionales de compra**

##### **AF.03.01. Oficinas nacionales de organismos bilaterales que gestionan recursos externos y cumplen funciones de agentes de financiación**

##### **AF.03.02. Organismos multilaterales que gestionan recursos externos**

AF.03.02.02. Organización Mundial de la Salud (OMS)

AF.03.02.99. Otros organismos multilaterales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)

##### **AF.03.03. Organizaciones y fundaciones internacionales**

AF.03.03.01 Organizaciones internacionales sin fines de lucro

AF.03.03.02 Organizaciones internacionales con fines de lucro

##### **AF.99. Entidades financieras sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)**

#### **PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD (PSS)**

Los *proveedores (PSS)* son entidades que participan en la producción, la provisión y la prestación de servicios de TB y relacionados, a cambio de un pago por su contribución que puede ser directo o previamente subvencionado.

**PS.01. Proveedores del Sector Público:** Los proveedores públicos son servicios (centrales, regionales, locales) del gobierno territorial y otras unidades (instituciones de seguridad social, universidades y establecimientos paraestatales autónomos, unidades empresariales públicas cuyas intervenciones sociales están desvinculadas de sus operaciones en el mercado). PS.01 Proveedores del sector público incluye organizaciones gubernamentales que proveen bienes y servicios en la respuesta a la TB.

- **PS.01.01. Organizaciones gubernamentales:** Esta partida comprende las organizaciones públicas que proveen bienes y servicios en la respuesta a la TB y que forman parte del gobierno.
  - **PS.01.01.01. Hospitales:** Son establecimientos autorizados cuya actividad principal es suministrar servicios médicos, de diagnóstico y tratamiento, lo que incluye médicos, enfermeras y otros servicios de salud para pacientes internos y los servicios especializados que requieren alojamiento.

- **PS.01.01.02. Centros de Atención ambulatoria:** Establecimientos públicos cuya función principal es la provisión de cuidados médicos y otra atención relacionada con la TB en forma ambulatoria. Incluye consultorios de médicos, centros especializados en atención de día o domiciliaria.
  - **PS.01.01.03. Centros de salud mental y abuso de sustancias (públicos):** Consta de centros que tratan personas con enfermedades mentales severas o adicciones, que pueden requerir estancias.
  - **PS.01.01.04. Laboratorios y centro de diagnóstico por imágenes (públicos):** Establecimientos públicos cuya función principal es realizar diagnósticos por medio de análisis bioquímicos, pruebas clínicas, radiología y otros aparatos de estudio por imágenes.
  - **PS.01.01.05. Farmacias y proveedores de artículos médicos (públicos):** Proveedores públicos de artículos no duraderos como medicamentos vendidos. Aquí se puede clasificar a las Farmacias del Pueblo, ya que Las farmacias de hospitales que atienden principalmente a pacientes internados se consideran parte de los establecimientos clasificados en PS.01.01.01. o cuando son parte de centros ambulatorios se codifican en PS.01.01.02.
- **PS.01.02. Entidades gubernamentales (públicas):** Comprende a los proveedores de bienes y servicios de la respuesta nacional a la TB que forman parte del gobierno general, tales como el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y los departamentos dependientes de los diferentes ministerios. Estas entidades son principalmente proveedores de actividades de promoción y prevención (incluidas las intervenciones dirigidas a su propio personal), así como la gestión del programa, las actividades de sensibilización, las políticas de TB y la reglamentación relacionada con la atención.

**PS.02. Proveedores del Sector Privado:** Los proveedores privados incluyen unidades institucionales con y sin fines de lucro. También pueden ser personas autónomas (que trabajan por cuenta propia), designadas como “consultorios”, independientemente del tamaño de su establecimiento.

La categoría PS.02 incluye las organizaciones no gubernamentales que proveen bienes y servicios en la respuesta a la TB. Las definiciones del tipo de establecimiento incluido en PS.01. son aplicables en el ámbito del sector privado donde las denominaciones hospitalares se refieren a las clínicas privadas.

## Recuadro 1: Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)

El término ‘organizaciones de la sociedad civil’ (OSC) hace referencia, de manera amplia, a las organizaciones e instituciones que operan al margen del sector público y del sector privado. Las OSC incluyen:

- **ONG**, generalmente registradas y con personalidad jurídica;
- **organizaciones comunitarias**, u organizaciones de base comunitaria (OBC), generalmente de carácter local y gestionadas por miembros de la comunidad (estas entidades no necesariamente están registradas, salvo que la legislación del país lo exija);
- **organizaciones confesionales** (OC) conectadas con un grupo religioso, que las respalda (si bien las de mayor tamaño pueden estar registradas como ONG, las más pequeñas suelen ser similares a las OBC);
- **redes y asociaciones** de personas u organizaciones que trabajan en un determinado ámbito, como por ejemplo la TB, el control del VIH o la diabetes (se trata de agrupaciones asociativas que prestan apoyo a los miembros que las integran y realizan actividades educativas y de promoción en relación con las cuestiones que constituyen su centro de interés. Algunas adoptan la forma de coaliciones o consorcios; las de mayor tamaño pueden estar registradas como ONG).

Fuente: Engage-TB. Organización Mundial de la Salud. ((2014).

**PS.03. Proveedores de Entidades bilaterales y multilaterales, ONG y fundaciones internacionales - en oficinas nacionales:** Incluye los OCI que, además de su función principal como agentes de financiación, participan directamente en la producción de bienes y servicios registrados en las categorías de gasto relativo a la TB (CGTB). Las oficinas bilaterales y multilaterales en los países también cumplen el papel de proveedores y deben estar registradas en consecuencia, siempre que se cuente con la información para la desagregación. Los organismos bilaterales y multilaterales, generalmente, son proveedores de actividades de asistencia técnica, gestión, prevención y sensibilización, entre otras intervenciones significativas.

## Cuadro 5: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Proveedores de Servicios

### PS.01. Proveedores del Sector Público

#### PS.01.01. Organizaciones gubernamentales

PS.01.01.01. Hospitales (públicos)

PS.01.01.02. Atención ambulatoria (pública)

PS.01.01.03. Centros de salud mental y abuso de sustancias (públicos)

PS.01.01.04. Laboratorios y centro de diagnóstico por imágenes (públicos)

PS.01.01.05. Farmacias y proveedores de artículos médicos (públicos)

#### PS.01.02. Entidades gubernamentales (públicas)

PS.01.02.01. Departamentos dependientes del Ministerio de Salud o equivalente

PS.01.02.02. Departamentos dependientes del Ministerio de Justicia o equivalente

PS.01.02.98. Entidades gubernamentales no desglosadas

### PS.02. Proveedores del Sector Privado

#### PS.02.01. Proveedores sin fines de lucro

PS.02.01.01. Hospitales (privada, sin fines de lucro)

PS.02.01.02. Centros de Atención ambulatoria (privada, sin fines de lucro)

PS.02.01.03. Centros de salud mental y abuso de sustancias (privada, sin fines de lucro)

PS.02.01.04. Laboratorios y centro de diagnóstico por imágenes (privada, sin fines de lucro)

## Cuadro 5: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Proveedores de Servicios

PS.02.01.05. Farmacias y proveedores de artículos médicos (privada, sin fines de lucro)

### PS.02.02. Proveedores con fines de lucro

PS.02.02.01. Hospitales (privado, con fines de lucro,)

PS.02.02.02. Centros de Atención ambulatoria (privada, con fines de lucro,)

PS.02.02.03. Centros de salud mental y abuso de sustancias (privada, con fines de lucro,)

PS.02.02.04. Laboratorios y centro de diagnóstico por imágenes (privada, con fines de lucro)

PS.02.02.05. Farmacias y proveedores de artículos médicos (privada, con fines de lucro)

### PS.03. Proveedores de Entidades bilaterales y multilaterales, ONG y fundaciones internacionales - en oficinas nacionales

PS.03.01. Organismos bilaterales

PS.03.02. Organismos multilaterales

PS.03.03. ONG y fundaciones internacionales

PS.03.98. Entidades bilaterales y multilaterales, ONG y fundaciones internacionales - en oficinas nacionales no desagregados

### PS.04. Proveedores del resto del mundo (actividades realizadas fuera del país)

### PS.98. Proveedores sin desglosar

## MODALIDAD DE ENTREGA DE SERVICIOS (MES)

La *modalidad de entrega* se refiere al ámbito de prestación de los servicios, basados en las instalaciones y productos básicos.

**MES.01. Modalidad basada en Establecimientos de Salud:** Esta modalidad incluye las clínicas, hospitales, sitios fijos e independientes de consejería, servicios de tuberculosis y otras instalaciones especializadas, instalaciones para pacientes ambulatorios, instalaciones para pacientes hospitalizados y otras instalaciones.

**MES.02. Modalidad basada en entrega de servicios comunitarios o en hogar:** Esta modalidad comprende las atenciones provistas en la comunidad: centros de ONG o de la sociedad civil, unidades móviles de servicios temporales rotatorios o semifijos.

- Las actividades de divulgación se refieren a un modelo proactivo de encuentro para la captación de personas con TB.
- Las visitas casa a casa (puerta a puerta) se refiere al ámbito de la intervención que permite hacer promoción de la salud (ventilación adecuada, buena higiene de la tos) y control de la TB (detección oportuna posibles síntomas de TB entre los miembros de las familias visitadas).

**MES.03. No aplicable (CGT que no tiene una MES específica):** Referida al ámbito en que los servicios no son otorgados en un establecimiento de salud o la comunidad, tales como las intervenciones de gestión, planificación, regulación, investigaciones, entre otras relacionados con las Entidades Gubernamentales que ejecutan funciones que se cruzan con PB.03. Intervenciones No Dirigidas.

## Cuadro 6: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Modalidad de Entrega de Servicios

### MES.01. Modalidad basada en Establecimientos de Salud

MES.01.01. Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria

MES.01.02. Basados en el establecimiento: Atención hospitalaria

MES.01.03. Tratamiento bajo observación directa (DOT por sus siglas en inglés)

MES.01.98. Basados en el establecimiento sin desglosar

MES.01.99. Otros basados en el establecimiento s.c.o.

### MES.02. Modalidad basada en entrega de servicios comunitarios o en hogar

MES.02.01. Basados en la comunidad: centro

MES.02.02. Basados en la comunidad: unidad móvil

MES.02.03. Basados en la comunidad: actividades de divulgación

MES.02.04. Basados en la comunidad: basados en hogares (incluye puerta a puerta)

MES.02.98. Basados en el hogar y la comunidad sin desglosar

MES.02.99. Basados en el hogar y la comunidad s.c.o.

### MES.03. No aplicable (CGT que no tiene una MES específica)

### MES.98. Modalidades sin desglosar

## CATEGORIA DE GASTO EN TUBERCULOSIS (CGTB)

Las *categorías de gasto en TB* se centran en la clasificación funcional que incluye la prevención, atención y tratamiento, y otros servicios sanitarios y no sanitarios relacionados con la respuesta nacional a la TB.

El SHA ofrece una amplia descripción de la clasificación funcional de salud (ICHA-HC) que permite a los profesionales que trabajan en el rastreo de recursos conocer las limitaciones y viabilidad dentro del marco de la contabilidad en salud del principio subyacente de que “lo que se consume ha sido previamente producido y financiado”. Sin embargo, abstraemos de dicho manual metodológico los *usos del enfoque funcional*:

- Agrupar bienes y servicios de salud por finalidad;
- Cruzar la clasificación de estos grupos con otras clasificaciones de cuentas de salud importantes;
- Generar indicadores, como por ejemplo la proporción del gasto en atención curativa y preventiva, la distribución del gasto entre pacientes internados y ambulatorios, así como otros indicadores cruzando la clasificación con información financiera o de provisión, tales como: el gasto privado en grupos de bienes y servicios de salud (por ejemplo, bienes médicos comprados mediante pagos directos), o servicios por modo de provisión (por ejemplo, pacientes internados o ambulatorios). Los indicadores necesarios para el control nacional pueden ser diferentes y pueden estar conectados a niveles de información más detallados

Un aspecto importante a destacar es que los PSS pueden brindar bienes y atenciones en salud con diferentes propósitos, por lo cual, no existe una relación biunívoca entre un proveedor y una agrupación de categorías de gasto en TB.

En este sentido, esto permite describir cuáles son los propósitos del gasto en TB, así como tener disponible la información por proveedores, donde se concentran los tipos de atenciones. Las principales definiciones son:

**CGT. 01. Prevención de la Tuberculosis:** La prevención se define como un conjunto integral de actividades o programas diseñado para reducir el riesgo de exposición a las bacterias de la tuberculosis. Entre los resultados se encuentran una disminución en las formas graves de tuberculosis (meningitis tubérculos o tuberculosis diseminada) entre la población y mejoras en la calidad y la seguridad en los centros de salud con respecto a las terapias o programas de protección respiratoria. Los servicios de prevención comprenden la aplicación de la vacuna.

- **CGT.01.01. Difusión y comunicación sobre la prevención de la TB:** Se refiere a los programas de campañas de prevención de la TB enfocados en los riesgos sanitarios; campañas con una finalidad explícita de prevención.
- **CGT.01.02. Aplicación de vacuna contra la TB:** Aplicación de la vacuna BCG como garantía del incremento de la resistencia a la infección tuberculosa y en el marco del esquema de vacunación nacional bajo coordinación de la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacuna (antiguo Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI-).

**CGT. 02. Atención y Tratamiento de la Tuberculosis:** Esta función hace referencia a todos los gastos, las compras, las transferencias y la inversión en los que se incurrió para brindar acceso a actividades relacionadas en Centros de Primer Nivel de Atención (dispensarios, clínicas rurales y consultorios de profesionales independientes), hogares o la comunidad para el tratamiento y la atención de adultos y niños/as sospechosos o diagnósticos con TB. El componente de atención y tratamiento incluye las siguientes intervenciones y actividades:

- **CGT.02.01. Atención Ambulatoria:** Es cualquier tipo de atención médica o sanitaria prestada sin que se requiera hospitalización. Se refiere a los gastos destinados a optimizar la calidad de vida de las personas TB-positivas y sus familias. Se refieren al continuo de atención por medio de terapia profiláctica, diagnóstico y tratamiento, apoyo nutricional; apoyo psicológico; vigilancia clínica y servicios de laboratorio relacionados. La atención ambulatoria abarca las siguientes intervenciones y actividades:
  - **CGT.02.01.01 Profilaxis o terapia preventiva ambulatoria de la TB:** Incluye, el costo de la isoniazida para prevenir la tuberculosis, así como el régimen 3HP (tomado una vez por semana durante 12 semanas) que constituye una alternativa más corta al estándar de cuidado más antiguo, llamado terapia preventiva de isoniazida, en la que las personas lo toman todos los días durante entre 6 y 36 meses.

La TPT tiene dos objetivos principales: 1) proteger a las personas que ya están infectadas con la bacteria de la TB para que no se enfermen de tuberculosis activa, y 2) proteger a las personas que no están infectadas pero que corren el riesgo de exposición a la TB para que no se infecten en primer lugar.

La terapia preventiva es una de las mejores maneras de mantener a los individuos y las familias a salvo de la TB, lo que a su vez ayuda a las comunidades a liberarse de la TB y a mantenerse libres de ella. Se provee a las personas VIH+ y a los contactos de casos de TB menores de 15 años.

- **CGT.02.01.02. Análisis, detección de casos y diagnóstico de TB:** Se refiere a la identificación de los casos sospechosos con base a la sintomatología, el diagnóstico por un profesional de la medicina y la realización de pruebas para la determinación de la enfermedad.
- **CGT.02.01.03. Tratamiento de la TB:** Incluye, aunque no exclusivamente, lo gastos en el tratamiento tanto para preservar la salud del paciente como para prevenir la propagación de la enfermedad entre la población. Sus bases bacteriológicas estriban en el elevado número de bacilos que existen en la mayor parte de lesiones humanas de la TB y en la capacidad de mutar que tiene el *M. tuberculosis* cuando alcanza un número elevado de divisiones; ello hace imprescindible la asociación de fármacos que eviten la selección de mutantes resistentes.
  - **CGT.02.01.03.01. Tratamiento de la TB (sensible a los medicamentos) (incluye DOTS):** Contiene los gastos en los esquemas adoptados en las guías nacionales y reglamentos técnicos para tratar la TB. Los esquemas de tratamiento para la tuberculosis varían en la duración, los tipos de medicamentos contra la tuberculosis recetados, su dosis y la frecuencia con que se toman. Los proveedores de atención médica pueden elegir el esquema de tratamiento de la tuberculosis apropiado con base en los resultados de sensibilidad a los medicamentos, afecciones concurrentes (p. ej., VIH, diabetes) y posibles interacciones farmacológicas.
  - **CGT.02.01.03.02. Tratamiento de la TB (farmacorresistente):** Referente a los gastos pertinente a la tuberculosis resistente a los medicamentos, causada por bacterias de TB que son resistentes a por lo menos un medicamento de primera línea contra la enfermedad. La tuberculosis multirresistente (MDR TB, por sus siglas en inglés) es resistente a más de un medicamento contra la tuberculosis y por lo menos a la isoniazida (INH) y a la rifampicina (RIF). La tuberculosis extremadamente resistente (XDR TB, por sus siglas en inglés) es un tipo poco común de tuberculosis multirresistente que es resistente a la isoniazida y a la rifampicina, así como a todas las fluoroquinolonas y a por lo menos uno de tres medicamentos inyectables de segunda línea (p. ej., amikacina, kanamicina o capreomicina).
  - **CGT.02.01.03.98. Tratamiento de la TB sin desglosar por tipo de TB:** Cuando no se cuenta con información suficiente para segregar el gasto entre la CGT.02.01.03.01. y CGT.02.01.03.02. se utiliza esta categoría.
  - **CGT.02.01.03.99. Tratamiento de la TB s.c.o.:** Para registro de gasto de tratamiento que no haya sido clasificado en las categorías precedentes.
- **CGT 02.01.04. Tratamiento psicológico y servicios apoyo asociado a la Tuberculosis**
  - **CGT.02.02.04.01. Apoyo de adherencia y retención para TB:** Referido a las intervenciones desarrolladas para lograr un grado en que la conducta del paciente, en

relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. Incluye las actividades de educación para la adherencia, como estrategia continua de acompañamiento a los usuarios, cuyo propósito es que se tome conciencia del compromiso de tomar medicamentos para la TB de forma eficiente, se fortalezca el sentido de autoeficacia en cuidar de sí y en afrontar los factores que puedan limitar el comportamiento adherente.

- **CGT.02.01.04.02. Apoyo nutricional asociado al tratamiento de la TB:** La TB es una de las principales enfermedades infectocontagiosas que afecta gravemente el estado nutricional debido al incremento del metabolismo inherente a la infección, así como a una reducción de la ingesta calórica que finalmente afecta las reservas del organismo. Dentro de este contexto, es lógica y razonable la provisión de un complemento nutricional como medida de soporte a las personas que padecen la enfermedad. El consumo de nutrientes y toda la logística involucrada en el proceso de prestación de apoyo nutricional deben contabilizarse en esta categoría.
- **CGT.02.02.04.03. Apoyo psicosocial asociado a la TB:** Se refiere a los servicios ambulatorios psicológicos para personas con TB+, que incluyen la consulta por un profesional de la salud. Si en el Programa de Control de la TB y la red de establecimientos se contrata al psicólogo para la prestación de apoyo y tratamiento psicológico a cualquier persona con TB, tal contratación debe registrarse en esta categoría de gasto.
- **CGT 02.01.05. Atención domiciliaria:** Basado en el apoyo externo para enfermos de TB. Esto puede incluir, aunque no exclusivamente, las visitas domiciliarias de personal médico o no médico para evaluar las condiciones de vida, atender las necesidades psicológicas y acompañar a enfermos de TB al hospital. Estas visitas podrían incluir la provisión de apoyo psicológico domiciliario para miembros de la familia y la enseñanza de información básica sobre TB, primeros auxilios, nutrición, etc.
- **CGT.02.03. Atención Hospitalaria:** Todas las actividades de atención en el hospital para adultos y niños/as TB+ destinadas al tratamiento de la enfermedad por medio de procedimientos diagnósticos, cuidados intensivos y atención hospitalaria general. El tratamiento hospitalario para TB debe registrarse en ASC.02.03.01.
  - **CGT 02.03.01. Tratamiento hospitalario de la TB:** Se refiere a un conjunto de medicamentos, diagnósticos y atención utilizado para el tratamiento de la TB en el ámbito hospitalario.

### **CGT. 03. Catalizadores de Programas y Fortalecimiento De Sistemas**

- **CGT.03.01. Planificación estratégica, coordinación y desarrollo de políticas:** Se refiere a los gastos incurridos en el nivel administrativo fuera del punto de prestación de atención sanitaria, que incluye la divulgación de información estratégica y sobre prácticas óptimas (eficiencia y eficacia de programas, planificación/evaluación de los esfuerzos de prevención, atención y

tratamiento; análisis y aseguramiento de la calidad de los datos demográficos y sanitarios relacionados con la TB y la puesta a prueba de modelos de ejecución aun cuando estos puedan realizarse en una institución de prestación).

También se incluyen en este componente las actividades de coordinación, los gastos relacionados con la realización de planificación estratégica nacional en materia de TB y de planificación de recursos humanos.

El seguimiento de los recursos humanos dentro de los costos de programas es diferente de los desembolsos de recursos humanos según se informa para el personal que presta servicios de prevención y tratamiento —CGT.01 y CGT.02— porque se ofrecen como parte de los servicios de atención sanitaria (p. ej., sueldo de un médico o de una enfermera de los servicios de TB).

- **CGT.03.02. Costos de administración y gestión de programas (por encima del nivel de prestación de servicios):** Costos incurridos en la gestión de programas encuadrados en la respuesta nacional a la TB, en la provisión de supervisión administrativa de rutina y ad hoc y asistencia técnica al personal del programa. Los gastos destinados a la búsqueda y contratación de un agente de financiación autorizado para asumir la función de compra para determinada categoría de gasto relativo a la TB también se incluyen en CGT.03.02. Los gastos operativos relacionados con la gestión de fondos deben registrarse aquí.
- **CGT.03.03. Investigación científica en operaciones e implementación:** Se refiere a las inversiones y los gastos incurridos en la realización de investigación de operaciones aplicadas con el objetivo de mejorar la gestión, prestación y calidad de los servicios sanitarios.
- **CGS.03.04. Sistemas de suministro de fármacos:** Incluye los procesos de adquisición, la logística, el transporte y el suministro de fármacos esenciales para la atención de personas con TB. La finalidad de estos gastos es aumentar la capacidad de los sistemas de logística y suministro de medicamentos, incluidos la dotación de personal, el desarrollo de sistemas administrativos y la mejora de la infraestructura de transporte.

Dichas actividades implican sistemas de apoyo para productos farmacéuticos, tecnologías de diagnóstico, equipos médicos, artículos básicos médicos e insumos para brindar atención y tratamiento a las personas afectadas por la TB. Esto incluye el diseño, el desarrollo y la puesta en marcha de sistemas mejorados para previsión, adquisición, almacenamiento, distribución y vigilancia de eficacia de productos farmacéuticos contra la TB y de artículos básicos e insumos pertinentes.

Los fármacos para la TB adquiridos y entregados deben codificarse en CGT.02.01.03., en la subcategoría que corresponda.

- **CGS.03.05. Sistemas y tecnologías de información de gestión:** Computa la puesta en marcha y las actualizaciones de sistemas de información, software y hardware integrados en redes informáticas para gestionar los datos relacionados con la TB, tales como el SIOE.

- **CGS.03.06. Rastreo de recursos y gasto en TB (Medición de Gasto en Tuberculosis):** Comprende las inversiones efectuadas para determinar el gasto de un país en la prevención, atención y tratamiento, así como planificación y otras categorías.
- **CGS.03.07. Mejora y construcción de infraestructura:** Trata de las inversiones, compras y gastos en construcción, refacción, alquiler, adquisición (equipos, insumos, muebles y vehículos), gastos operativos y/o instalación para la ejecución de programas de TB.

La categoría incluye inversiones en capital para construir infraestructura destinada a brindar servicios relacionados con la TB. Entre las inversiones en programas se encuentran los altos costos fijos de arranque (p. ej., compra de computadoras y conectividad para el correo electrónico).

También se incluyen el desarrollo y el fortalecimiento de las instalaciones de laboratorio para apoyar las actividades relacionadas con la TB, entre ellas, compra de equipos y artículos básicos, provisión de garantía de calidad, capacitación de personal en el uso de los equipos y otro tipo de asistencia técnica.

- **CGS.03.07.01 Fortalecimiento del sistema de laboratorios:** Comprende compra de equipamiento para mejorar los servicios de apoyo relacionados a la TB, fortalecimiento de la garantía de la calidad de los servicios, formación del personal de laboratorio. También incluye la implementación y actualización de sistemas de información, software y hardware integrados en las redes de información para administrar la información relacionada con el diagnóstico de la TB.
- **CGS.03.07.02 Construcción o adecuación de servicios de TB:** Incluye la inversión realizada en instalaciones nuevas para gestionar la prevención, el tratamiento y la atención de personas con TB.
- **CGS. 03.07.98 Mejora y construcción de infraestructura no desglosados por intervención**
- **CGS.03.98. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas no desagregados:** Incluye todos los gastos de programas para los que el equipo de seguimiento de recursos no dispone de información para clasificarlos en una categoría CGT específica.
- **CGS.03.99. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas sin clasificar en otras categorías (s.c.o.):** Incluye todos los demás gastos de programas no enumerados más arriba.

#### **CGT. 04. Sinergias para el Desarrollo:**

- **CGT.04.01. Educación formativa para desarrollar una fuerza laboral en temas de TB y otras capacitaciones no relacionadas con actividades específicas:** Incluye la educación impartida a enfermeros y médicos adicionales que se necesitarán en el futuro o incluso a los promotores comunitarios de salud que apoyan las estrategias de intervención comunitaria para la adherencia y retención de los pacientes con TB.

También computa la formación destinada a proporcionar conocimientos sobre los cambios en las normas o guías de atención en salud, entre otros documentos desarrollados para regular u orientar acerca de los nuevos esquemas de tratamiento, ruta de atención en los servicios de TB, entre otros aspectos.

Las actividades para fortalecer o expandir la formación previa al servicio, como capacitación de profesores o desarrollo de planes de estudio, también se codifican en esta categoría.

**CGT. 98. Actividades relativas A TB sin desglosar por tipo:** Incluye los programas, intervenciones y servicios de prevención, atención y tratamiento para los que el equipo de seguimiento de recursos no dispone de información para clasificarlos en una CGT específica.

**CGT.99. OTRAS actividades relativas a TB sin clasificar en otras categorías (s.c.o.):** Incluye todos los demás programas, intervenciones y actividades de atención y tratamiento no registrados más arriba y que el país considera gastos relevantes.

#### **Cuadro 7: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Categoría de Gasto en Tuberculosis (CGTB)**

##### **CGT.01. Prevención de la Tuberculosis**

CGT.01.01. Difusión y comunicación sobre la prevención de la TB

CGT.01.02. Aplicación de vacuna contra la TB

##### **CGT.02. Atención y Tratamiento de la Tuberculosis**

###### **CGT.02.01. Atención Ambulatoria**

CGT.02.01.01. Profilaxis o terapia preventiva ambulatoria de la TB

CGT.02.01.02. Análisis, detección de casos y diagnóstico de TB

###### **CGT.02.01.03. Tratamiento de la TB**

CGT.02.01.03.01. Tratamiento de la TB (sensible a los medicamentos) (incluye DOTS)

CGT.02.01.03.02. Tratamiento de la TB (farmacorresistente)

CGT.02.01.03.98. Tratamiento de la TB sin desglosar por tipo de TB

CGT.02.01.03.99. Tratamiento de la TB s.c.o.

###### **CGT.02.01.04. Tratamiento psicológico y servicios apoyo asociado a la Tuberculosis**

CGT.02.01.04.01. Apoyo de adherencia y retención para TB

CGT.02.01.04.02. Apoyo nutricional asociado al tratamiento de la TB

CGT.02.01.04.03. Apoyo psicosocial asociado a la TB

###### **CGT.02.01.05. Atención domiciliaria**

###### **CGT.02.03. Atención hospitalaria**

CGT.02.03.01. Tratamiento hospitalario de la TB

##### **CGT.03. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas**

CGT.03.01. Planificación estratégica, coordinación y desarrollo de políticas

CGT.03.02. Costos de administración y gestión de programas (por encima del nivel de prestación de servicios)

CGT.03.03. Investigación científica en operaciones e implementación

CGT.03.04. Sistemas de suministro de fármacos

## Cuadro 7: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Categoría de Gasto en Tuberculosis (CGTB)

CGT.03.05. Sistemas y tecnologías de información de gestión

CGT.03.06. Rastreo de recursos y gasto en TB (Medición de Gasto en Tuberculosis)

### **CGT.03.07. Mejora y construcción de infraestructura**

CGT.03.07.01. Fortalecimiento del sistema de laboratorios

CGT.03.07.02. Construcción o adecuación de servicios de TB

CGT.03.07.98. Mejora y construcción de infraestructura no desglosados por intervención

### **CGT.03.98. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas no desagregados**

**CGT.03.99. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)**

### **CGT.04. Sinergias para el desarrollo**

CGT.04.01. Educación formativa para desarrollar una fuerza laboral en temas de TB y otras capacitaciones no relacionadas con actividades específicas

### **CGT.98. Actividades relativas a TB sin desglosar por tipo**

### **CGT.99. Actividades relativas a TB s.c.o.**

## **POBLACION BENEFICIARIA (PB)**

La *identificación de la población beneficiaria (BP)* tiene como objetivo cuantificar los recursos asignados específicamente a una población como parte del proceso de prestación de servicios de una intervención programática. La PB se seleccionará de acuerdo con la intención u objetivo del gasto en dicha intervención programática. Esto representa un resultado vinculado a los recursos gastados, independientemente de su efectividad o cobertura efectiva.

Los individuos pueden pertenecer a más de una categoría; sin embargo, lo que debe clasificarse es el gasto de acuerdo con el objetivo principal del programa. El objetivo de este vector es identificar los flujos y gastos de financiamiento en los que se incurrió durante el desarrollo e implementación de servicios destinados explícitamente a la población beneficiaria específica, en particular para identificar los servicios de prevención para poblaciones clave que se consideran dentro del Plan Estratégico Nacional de la Tuberculosis (PEN TB).

**PB.01. Población diagnosticada con TB:** Se incluyen todas las personas diagnosticadas con TB pero con un ámbito específico de atención (privados de libertad), profesión (trabajadores de la salud), estatus social (migrantes) o condición de salud (personas que viven con VIH).

**PB.02. Población accesible específica:** Se computa los escolarizados que reciben servicios específicos de sensibilización u otro de prevención. También incluye los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, promotores de la salud y otros) que reciben formación relacionada con la TB.

**PB.03. Población general:** Comprende la población que no es clave ni accesible descrita en PB.01. o a aquellas a las que se dirigen intervenciones destinada a la población en general no importando su condición de salud o social, su ámbito de recepción del bien o servicio. Por ejemplo, aplica en el caso de una campaña publicitaria, o la aplicación de la BCG, entre otras.

**PB.04. Población con intervenciones no dirigidas explícitamente:** Se utiliza cuando los gastos no corresponden a poblaciones explícitamente seleccionadas o dirigidas, es decir, no benefician directamente a una población, tales como las que se codifican bajo CGT.03. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas.

**PB.99. Población objetivo s.c.o.:** Incluye las no clasificadas en las anteriores.

#### Cuadro 8: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Población beneficiaria

##### **PB.01. Población diagnosticada con TB**

- PB.01.01. Población general con TB mayor de 15 años (De 15 años en adelante)
- PB.01.02. Población general con TB menor de 15 años (0 a 14 años)
- PB.01.03. Población VIH con TB
- PB.01.04. Población Privada de Libertad con TB (PPL)
- PB.01.05. Población institucionalizada con TB (Albergados)
- PB.01.06. Población migrante con TB
- PB.01.07. Trabajadores de la salud en centros hospitalarios con TB
- PB.01.08. Trabajadores de la salud en centros penitenciarios con TB
- PB.01.98. Población con TB sin desglosar
- PB.01.99. Población con TB s.c.o.

##### **PB.02. Población accesible específica**

- PB.02.01. Población escolarizada
- PB.02.01. Profesionales de la salud (médicos y no médicos)

##### **PB.03. Población general**

- PB.03.01. Población general adulta (mayor de 15 años)
- PB.03.02. Población general menor (menor de 15 años)
- PB.03.98. Población general sin desglosar

##### **PB.04. Población con intervenciones no dirigidas explícitamente**

##### **PB.99. Población objetivo s.c.o.**

#### **FACTORES DE PRODUCCION (FP)**

Los *factores de producción (FP)* comprenden las operaciones corrientes, las cuales constan de las remuneraciones a empleados, compras de bienes y servicios, intereses, subsidios, donaciones, prestaciones sociales y otros pagos. Por ende, los FP muestran la distribución de los insumos destinados a la provisión de bienes y servicios de salud, por lo que es recomendable que en las matrices generadas se vean desde la clasificación por proveedores\*.

El SHA 2011 define los FP como los insumos utilizados en el proceso de producción de los bienes y servicios de salud. En la terminología de las cuentas nacionales, los factores de provisión una parte se considera componentes de valor agregado (por ejemplo, retribuciones a los trabajadores), otra parte se considera consumo intermedio (por ejemplo, materiales y servicios utilizados).

El conocimiento del gasto de los proveedores de salud en los insumos necesarios para producir bienes y servicios (factores de provisión) se puede utilizar para muchos objetivos políticos.

La clasificación del costo de los recursos captura los gastos de acuerdo con la clasificación económica estándar de los recursos utilizados para la producción de bienes y servicios. La clasificación incluye dos categorías principales: (1) gastos corrientes y (2) gastos de capital.

**FP.01. Gastos corrientes directos e indirectos:** Comprende el gasto en bienes y servicios consumidos durante el año de estudio, que debe realizarse de forma recurrente para mantener la producción de los servicios por parte de la organización.

\*En los cruces con las funciones de salud, puesto que tratan de la agrupación de gasto de servicios según propósitos, no debe mal interpretar como un "costeo". Debe considerarse que representa el gasto que en un periodo determinado se realizó para obtener un servicio.

- **FP.01.01. Gastos de personal:** Comprende la remuneración total, tanto en efectivo como en especie, pagada por una empresa a un trabajador por el trabajo realizado en el último período contable. Incluye sueldos y salarios y todo tipo de prestaciones sociales, pagos por horas extra y el valor de los pagos en especie, como por ejemplo los uniformes del personal. Se subdividen en:
  - a. Costos laborales para los prestadores directos de los servicios y
  - b. Costos laborales del personal que contratado para la gestión de programas, por ejemplo, personal del Programa de Tuberculosis, de los Servicios Regional de Salud y de las Direcciones Provinciales de Salud.
- **FP.01.02. Otros gastos corrientes operativos y de gestión del programa:** Abarca los gastos relacionados con la gestión de programas y las intervenciones directamente vinculadas a CGT.03. Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas.
- **FP.01.03. Productos y suministros médicos y no médicos:** Subcategoría que permite identificar los principales productos farmacéuticos y suministros médicos asociados con la detección, atención y tratamiento de la TB, así como los biológicos utilizados en la prevención de la forma grave de la enfermedad. Abarca también aquellos insumos no médicos que se utilizan en la atención, tales como los productos de papel o cartón (tarjeta de vacunación, formularios de registro de datos), alimentos para soporte nutricional, apoyo de transporte a beneficiarios para el acceso a los servicios de TB, entre otros.

**FP.02. Gastos de capital:** En este se registra el valor de los activos no financieros que se adquieren, enajenan o han experimentado un cambio de valor durante el período en estudio. Estas categorías incluyen renovaciones importantes y reconstrucción o ampliación de activos fijos existentes, ya que estas intervenciones pueden mejorar y ampliar lo esperado anteriormente.

## Cuadro 9: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Factores de producción (FP)

### FP.01. Gastos corrientes directos e indirectos

#### FP.01.01. Gastos de personal

##### FP.01.01.01. Proveedores de servicios directos

FP.01.01.01.01. Costos laborales (salarios y beneficios extrasalariales) - Proveedores de servicios directos (PSD)

FP.01.01.01.02. Costos laborales (salarios y beneficios extrasalariales) - Proveedores de servicios de apoyo indirectos (PSId)

FP.01.01.01.03. Aportes patronales a la seguridad social

FP.01.01.01.04. Consultores externos

FP.01.01.01.98. Proveedores de servicios directos sin desglosar

##### FP.01.01.02. Gastos de personal para la gestión del programa

FP.01.01.02.01. Costos laborales (salarios y beneficios extrasalariales) - Proveedores de servicios directos (PSD)

FP.01.01.02.02. Aportes patronales a la seguridad social

FP.01.01.02.03. Consultores externos para la gestión de programa

FP.01.01.02.98. Personal para la gestión del programa sin desglosar

#### FP.01.02. Otros gastos corrientes operativos y de gestión del programa

FP.01.02.01. Costo de alquiler de oficinas

FP.01.02.02. Costo de servicios de oficina (electricidad, agua, basura, etc.)

FP.01.02.03. Gastos de viaje para coordinación, monitoreo y supervisión (viáticos)

FP.01.02.04. Gastos de transporte

FP.01.02.05. Gastos de suministros de oficina

FP.01.02.06. Impresiones y copias operación

FP.01.02.98. Otros costos corrientes sin desglosar

FP.01.02.99. Otros costos corrientes s.c.o.

#### FP.01.03. Productos y suministros médicos y no médicos

##### FP.01.03.01. Productos farmacéuticos

FP.01.03.01.01. Medicamentos para la tuberculosis

FP.01.03.01.02. Vacuna contra la tuberculosis

FP.01.03.01.03. Vitaminas y minerales

FP.01.03.01.98. Productos farmacéuticos sin desglosar

FP.01.03.01.99. Productos farmacéuticos s.c.o.

##### FP.01.03.02. Suministros médicos y no médicos

###### FP.01.03.02.01. Suministros médicos

FP.01.03.02.01.01. Jeringas

FP.01.03.02.01.02. Productos de algodón

FP.01.03.02.01.99. Suministros médicos s.c.o.

###### FP.01.03.02.02. Suministros no médicos

FP.01.03.02.02.01. Tarjetas y otros productos de papel o cartón

FP.01.03.02.02.02. Material de promoción e información

FP.01.03.02.02.03. Alimentos y nutrientes para población beneficiaria

FP.01.03.02.02.04. Transporte relacionado con beneficiarios

FP.01.03.02.02.05. Apoyo financiero a los beneficiarios

FP.01.03.02.02.06. Viáticos, transporte y otros costos relacionados con capacitación

FP.01.03.02.02.07. Logística de eventos, incluidos los servicios de catering

###### FP.01.03.03. Reactivos y materiales de laboratorio e imágenes

FP.01.03.03.01. Pruebas de diagnóstico de TB (incluidas las pruebas rápidas)

FP.01.03.03.02. Materiales para imágenes de apoyo diagnóstico

FP.01.03.03.98. Reactivos y materiales sin desglosar

#### FP.01.04. Costos indirectos

FP.01.04.01. Servicios de intermediación financiera

**Cuadro 9: Clasificación taxonómica MEGATBRD - Factores de producción (FP)**

**FP.01.98. Gastos corrientes directos e indirectos sin desglosar**

**FP.01.99. Gastos corrientes directos e indirectos s.c.o.**

**FP.02. Gastos de capital**

**FP.02.01. Edificios**

FP.02.02.01. Mejoras de laboratorios y otras infraestructuras

FP.02.02.02. Construcción y renovación de servicios de TB

FP.02.02.98. Edificios sin desglosar

**FP.02.02. Vehículos**

**FP.02.03. Otros gastos de capital**

FP.02.03.01. Tecnología de la información (hardware y software)

FP.02.03.02. Equipos de laboratorio y otros equipos médicos

FP.02.03.03. Equipo y mobiliario de uso no médico

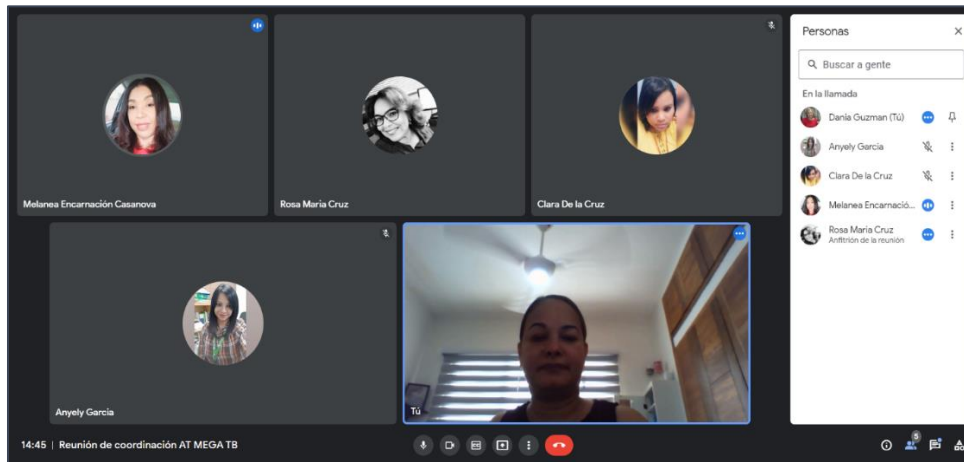
FP.02.03.98. Otros gastos de capital sin desglosar

**FP.02.98. Gastos de capital sin desglosar**

**FP.98. Factores de producción sin desglosar**

## ANEXO 4. Evidencia reuniones virtuales con actores clave

### Reunión inicial equipo técnico del Programa de Tuberculosis (21-12-2021)



### Reunión trabajo Dirección Gestión de la Información SNS 14-01-2022

	Suma de Ca. Masculinos	Suma de Ca. Femeninas	Total Consultas
19. Clínica	7453	3195	10648
19.1 Clínica Cardiorrespiratoria	9329	1440	10769
19.2 Clínica General	77235	3518	80753
19.3 Clínica Pediatría	9679	423	10102
19.4 Clínica Psiquiatría	2952	145	3097
20. Consultas	72950	30235	103185
21. Endocrinología	1751	124	1875
22. Enfermería	2819	1817	4636
23. Fisiología	1871	833	2704
24. Ginecología	6200	2703	8903
25. Geriatría	854	302	1156
26. Inmunología	0	0	0
27. Neumología	9332	5072	14404
28. Nutrición	9734	5465	15199
29. Oftalmología	15427	1758	17185
30. Medicina Familiar	97488	8352	105840
31. Medicina General	448096	247238	695334
32. Medicina Interna	10735	6241	16976
33. Neftología	28838	5072	33910
34. Neurología	2883	9555	12438
35. Neumología	8632	663	9295
36. Nefrología	2480	911	3391
37. Nutrición	23025	14521	37546
38. Oncología	0	0	0
39. Otorrinolaringología	68504	22947	91451
40. Odontología	6200	6062	12262
41. Otorrinolaringología	90678	66094	156772
42. Dientes	7832	6062	13894
43. Dientes	90678	66094	156772
44. Dientes	90678	66094	156772
45. Dientes	90678	66094	156772
46. Dientes	90678	66094	156772
47. Dientes	90678	66094	156772
48. Dientes	90678	66094	156772
49. Dientes	90678	66094	156772
50. Dientes	90678	66094	156772
51. Dientes	90678	66094	156772
52. Dientes	90678	66094	156772
53. Dientes	90678	66094	156772
54. Dientes	90678	66094	156772

### Reunión trabajo Programa TB SNS 26-01-2022

	FECHA_NI	REGION	PROVINC	MUNICIPIO	USAR_DE	USAR_DESIG	USAR_PREST	L_PRESTA	PO_FEM
1	16/09/2009	REGION 5	LA ROMANA	LA ROMANA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	LA ROMANA	FU
2	19/12/2002	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
3	14/10/1990	REGION 5	EDRO DE MA	EDRO DE MA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	EDRO DE MA	FU
4	12/02/1995	REGION 5	EL SEIBO	SACHES	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	CENTRO COA	FU
5	12/03/1998	REGION 5	LA ROMANA	LA ROMANA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	CENTRO COA	FU
6	09/11/1979	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
7	15/11/1976	REGION 0	PUERTO PLATA	PUERTO PLATA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	ALTO MAYOR	FU
8	19/04/1973	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
9	23/03/1979	REGION 5	GATO MAYOR	GATO MAYOR	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	ALTO MAYOR	FU
10	13/07/1983	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
11	07/06/1997	REGION 5	PUERTO PLATA	PUERTO PLATA	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	CABARETE	FU
12	11/12/1997	REGION 5	ALTAGRACIA	ALTAGRACIA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	ALTAGRACIA	FU
13	18/08/1999	REGION 5	ALTAGRACIA	ALTAGRACIA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	ALTAGRACIA	FU
14	25/12/1980	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
15	22/11/1994	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
16	23/11/1991	REGION 5	EDRO DE MA	EDRO DE MA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	ALTO MAYOR	FU
17	07/07/1992	REGION 5	EL SEIBO	EL SEIBO	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	ALTO MAYOR	FU
18	18/11/1976	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
19	27/07/1966	REGION 2	SANTIAGO	SANTIAGO	94.00.28.02	94.00.28.02	94.00.28.02	ALTO MAYOR	FU
20	04/08/1999	REGION 5	LA ROMANA	LA ROMANA	94.00.28.2	94.00.28.2	94.00.28.2	ALTO MAYOR	FU



## ANEXO 5: Nómina SNS por Nivel de prestación y SRS, 2020

Nivel de prestación x SRS	Sueldo bruto mensual	Sueldo bruto anual	Salario de navidad	Aporte laboral SDSS	Total anual
<b>HOSPITAL</b>	<b>11,781,304</b>	<b>141,375,644</b>	<b>11,781,304</b>	<b>18,723,344</b>	<b>171,880,292</b>
R0	2,770,405	33,244,861	2,770,405	4,558,839	40,574,105
R1	451,546	5,418,546	451,546	661,894	6,531,986
R2	2,019,130	24,229,564	2,019,130	3,230,368	29,479,062
R3	2,800,571	33,606,854	2,800,571	4,443,882	40,851,308
R4	505,575	6,066,902	505,575	764,159	7,336,636
R5	910,579	10,926,950	910,579	1,482,081	13,319,610
R6	321,765	3,861,185	321,765	530,289	4,713,240
R7	1,354,804	16,257,643	1,354,804	2,012,347	19,624,794
R8	646,928	7,763,140	646,928	1,039,484	9,449,552
<b>PNA</b>	<b>53,727,361</b>	<b>644,728,326</b>	<b>53,727,361</b>	<b>88,016,121</b>	<b>786,471,808</b>
R0	10,274,582	123,294,984	10,274,582	16,645,567	150,215,133
R1	3,589,983	43,079,802	3,589,983	6,050,036	52,719,821
R2	5,874,986	70,499,827	5,874,986	9,837,217	86,212,029
R3	5,362,624	64,351,492	5,362,624	8,812,473	78,526,590
R4	3,260,977	39,131,721	3,260,977	5,241,265	47,633,964
R5	6,602,209	79,226,512	6,602,209	10,900,408	96,729,130
R6	7,680,339	92,164,067	7,680,339	12,652,230	112,496,636
R7	7,444,547	89,334,566	7,444,547	11,900,568	108,679,681
R8	3,637,113	43,645,355	3,637,113	5,976,357	53,258,825
<b>PROGRAMA TB</b>	<b>2,772,030</b>	<b>33,264,355</b>	<b>2,772,030</b>	<b>5,057,849</b>	<b>41,094,234</b>
R0	2,772,030	33,264,355	2,772,030	5,057,849	41,094,234
<b>SRS Y GERENCIAS DE AREA</b>	<b>2,795,244</b>	<b>33,542,928</b>	<b>2,795,244</b>	<b>5,141,845</b>	<b>41,480,018</b>
R0	2,173,218	26,078,619	2,173,218	4,013,499	32,265,336
R1	85,881	1,030,574	85,881	152,276	1,268,731
R3	203,336	2,440,038	203,336	361,440	3,004,814
R6	154,074	1,848,893	154,074	284,545	2,287,512
R7	178,734	2,144,805	178,734	330,085	2,653,624
<b>Total general</b>	<b>71,075,938</b>	<b>852,911,254</b>	<b>71,075,938</b>	<b>116,939,160</b>	<b>1,040,926,352</b>

Fuente: Nomina de los Servicio de Tuberculosis. Servicio Nacional de Salud.2020.



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,  
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514  
Teléfono: (809) 541-3121  
[www.msp.gob.do](http://www.msp.gob.do)  
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA