



## CONSULTORÍA:

Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2022.

REPÚBLICA DOMINICANA

## Tabla de contenido

Tabla de contenido.....	2
Relación de cuadros .....	3
Relación de ilustraciones.....	3
Relación de gráficos .....	4
Siglas y abreviaturas.....	5
1. Antecedentes .....	6
2. Introducción .....	7
2.1. Caracterización del país.....	7
2.2. Situación de la TB en el país. ....	8
2.2.1. Situación actual de la TB .....	8
2.2.2. Evolución de la TB en los últimos años .....	10
3. Marco teórico.....	14
3.1. Bases teóricas .....	14
3.2. Definiciones conceptuales.....	14
3.2.1. Género.....	14
3.2.2. Enfoque basado en los derechos humanos a la TB.....	14
3.2.3. Poblaciones clave y vulnerables.....	14
4. Objetivos del estudio .....	15
4.1. Objetivo general .....	15
4.2. Objetivos específicos. ....	15
5. Metodología y desarrollo de trabajo de campo. ....	15
5.1. Talleres de priorización de poblaciones clave más vulnerables y marginadas. ....	17
5.2. Grupos focales de poblaciones clave de TB. ....	20
5.3. Grupos focales de barrera de género.....	20
5.4. Entrevistas a profundidad sobre barrera de género .....	21
5.5. Entrevistas a profundidad sobre contexto legal de TB. ....	22
6. Resultados.....	24
6.1. Poblaciones clave en TB .....	24
6.1.1. Poblaciones clave identificadas.....	24
6.1.2. Poblaciones clave priorizadas. ....	25
6.1.3. Categorización de poblaciones clave priorizadas. ....	27
6.1.3.1. Población clave Personas con VIH .....	27
6.1.3.2. Población clave: Migrantes haitianos .....	48
6.1.3.3. Población clave Usuarios de Drogas .....	66
6.1.3.4. Población clave LGBTI .....	79
6.2. Exploración e Identificación de las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB. ....	93
6.2.1. Entrevistas.....	93
Comprensión y experiencia de la TB .....	93
Detalles sobre el último episodio de enfermedad.....	97
Descripción del estigma y sus influencias .....	102
Barreras y facilitadores en el camino de la TB .....	104
Impacto de la pertenencia al género/población clave en la experiencia de la TB ....	114
Compromiso y participación significativos.....	116
6.2.2. Grupos focales.....	116

Roles de hombres, mujeres y persona transgénero .....	117
Barreras de Género .....	122
En ir a los establecimientos de salud .....	122
Género y apoyo al diagnóstico y tratamiento.....	128
6.3. Exploración e Identificación del contexto legal de TB.....	132
6.3.1. Entorno legislativo y de políticas: poblaciones clave y vulnerables .....	132
6.3.1.1. Población clave 1: Personas que viven con VIH.....	134
6.3.1.2. Población clave 2: Migrantes.....	143
6.3.1.3. Población clave 3: LGBTI .....	150
6.3.1.4. Población clave 4: Usuarios de Drogas. ....	156
6.3.2. Entorno legislativo y político general, derechos humanos y TB .....	163
6.3.3. Entorno legislativo y de políticas: igualdad y equidad de género. ....	168
7. Conclusiones.....	173
8. Recomendaciones .....	174
9. Bibliografía .....	176
10. Anexos.....	177
10.1. Anexo 1: Relación de centros de salud que participaron en el estudio. ....	177
10.2. Anexo 2: Plantilla resumen de priorización de las poblaciones claves en TB Calificación. ....	178
10.3. Anexo 3: Resumen de normas legales relacionadas a TB.....	179

## Relación de cuadros

Cuadro N° 1: Participantes del taller de priorización de poblaciones clave de TB. ....	18
Cuadro N° 2: Participantes en grupos focales de poblaciones clave - TB.....	20
Cuadro N° 3: Participantes en grupos focales de barrera de género - TB. ....	21
Cuadro N° 4: Participantes en entrevista sobre barrera de género - TB. ....	22
Cuadro N° 5: Participantes en entrevista sobre contexto legal - TB.....	23
Cuadro N° 6: Poblaciones clave identificadas. ....	24
Cuadro N° 7: Poblaciones clave priorizadas.....	25
Cuadro N° 8: Desafíos que enfrenta las personas con VIH en el camino de la TB.....	39
Cuadro N°9: Apoyo en el acceso a los servicios de salud a las personas con VIH .....	46
Cuadro N° 10: Desafíos que enfrenta las personas migrantes en el camino de la TB. ....	60
Cuadro N° 11: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes. ....	65
Cuadro N° 12: Desafíos que enfrenta las personas usuarias de drogas en el camino de la TB. .....	73
Cuadro N° 13: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas usuarias de drogas. .....	78
Cuadro N° 14: Desafíos que enfrenta la persona LGBTI en el camino de la TB. ....	88
Cuadro N° 15: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas LGTBIQ+.....	92
Cuadro N° 16: Desafíos que enfrenta en el camino de la TB. ....	107
Cuadro N° 17: Apoyo en el acceso a los servicios de salud.....	113

## Relación de ilustraciones

Ilustración 1: Incidencia de tuberculosis por edad y sexo – República Dominicana, 2021 .....	9
Ilustración 2: Incidencia de Tuberculosis en todas sus formas por Departamentos – República	

Dominicana 2021.....	9
Ilustración 3: Número de casos estimados y notificados de Tuberculosis nuevos y recaídas – República Dominicana 2000 – 2020.....	10
Ilustración 4: Tendencia de la Terapia Combinada de la Infección por el VIH y la Tuberculosis en República Dominicana, 2017-2021 .....	11
Ilustración 5: Proporción de casos de TB/VIH por provincia .....	12
Ilustración 6: Casos de TB en migrantes haitianos.....	13
Ilustración 7: Casos de TB en Privados de Libertad .....	13

## Relación de gráficos

Diagrama 1: Población clave de personas con VIH, República Dominicana 2022 .....	27
Diagrama 2: Población clave Migrantes Haitianos, República Dominicana 2022.....	48
Diagrama 3: Población clave Usuarios de Drogas, República Dominicana 2022 .....	66
Diagrama 4: Población clave LGBTI, República Dominicana 2022 .....	79
Diagrama 5: Comprensión y experiencia de la TB, República Dominicana 2022 .....	93
Diagrama 6: Detalles sobre el último episodio de enfermedad, República Dominicana 2022.....	97
Diagrama 7: Descripción del estigma y sus influencias, República Dominicana 2022.....	102
Diagrama 8: Facilitadores en el camino de la TB, República Dominicana 2022 .....	108
Diagrama 9: Impacto de la pertenencia al género y la TB, República Dominicana 2022 .....	114

## Siglas y abreviaturas

FM	Fondo Mundial
LAC	América Latina y el Caribe
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PAT	Personas afectadas de TB
PIH	Partners In Health
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PVVIH	Personas que viven con VIH
PPL	Población Privada de Libertad
SAI	Servicios de Atención Integral
SES	Socios en Salud
TB	Tuberculosis
TBTF	Tuberculosis en todas sus formas
TB MDR	Tuberculosis Multidrogo resistente
TB RR	Tuberculosis resistente a la rifampicina
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
USAID	Agencia de EE. UU. para el Desarrollo Internacional (por su sigla en inglés)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
GF	Grupo Focal
OEA	Organización de los Estados Americanos
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
COIN	Centro de Orientación e Investigación Integral
MODEMU	Movimiento de Mujeres Unidas
ASA	Amigos siempre amigos (organización no gubernamental)
LGBTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales y con orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales diversas.
SAI	Servicio de Atención Integral
MCP	Mecanismo Coordinador País
OMS	Organización Mundial de la Salud
COVID	Corona Virus Disease (Enfermedad coronavirus)
OBF	Organizaciones basadas en la fe
BM	Banco Mundial
ADOPLAFAM	Asociación Dominicana de Planificación Familiar
ASODENAT	Asociación Dominicana de Enfermos y Afectados por la Tuberculosis
ASOLSIDA	Alianza Solidaria para la Lucha Contra el VIH y Sida
BACRIS	Fundación Batallón Cristiano

## 1. Antecedentes

El Fondo Mundial (FM) para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (The Global Fund en inglés) fue creado en el 2002. El FM se encarga de financiar proyectos que tienen como objetivo principal, reducir el impacto de cualquiera de estas 3 enfermedades en países priorizados o elegibles para subvención.

Partners In Health, en alianza con la Coalición de TB de las Américas, y con el respaldo de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), Mecanismos de Coordinación País (MCP), y los Ministerios de Salud a través de los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT), presentó una solicitud de financiamiento al FM el 03 de agosto del 2018.

Partners In Health (PIH), ha sido designado por el Fondo Mundial como receptor principal de la subvención multipaís para la TB en la región de América Latina y el Caribe. El proyecto es denominado: “Promover e implementar el ENGAGE TB a través de la Sociedad Civil para reducir las barreras de acceso a los servicios de TB en poblaciones clave de países de la región de LAC” (OBSERVA TB).

El proyecto OBSERVA TB tiene como componentes principales de intervención, la consolidación del enfoque ENGAGE-TB en LAC para la integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), y la implementación o consolidación de los observatorios sociales de TB. En este marco, se han programado asistencias técnicas nacionales, en los 11 países de intervención del presente proyecto, con el fin de conocer y evaluar cualitativamente la situación de las poblaciones clave de TB, identificar las barreras de género y su impacto en el acceso a los servicios de salud de TB, así como analizar el contexto legal de TB con un enfoque de derechos humanos. Para ello, se ha preparado un protocolo estándar “Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2021”.

Cabe mencionar que en República Dominicana existen pocos estudios sobre poblaciones clave con relación a la tuberculosis. Sin embargo, existen numerosos estudios de poblaciones clave en con relación a riesgo y abordaje del VIH, consultados para el presente proyecto dado que el marco de la coinfección TB/VIH arroja información de valor sobre temas sensibles al acceso a servicios, estigma y discriminación, calidad de la atención, contextos legales y desafíos comunes las poblaciones clave seleccionadas conforme a la metodología definida para el levantamiento de información requerida para esta investigación.

Para tal efecto se contrató a un equipo consultor, quien aplicó la metodología y actividades planteadas en el protocolo de este estudio multipaís. Dicho equipo integrado por personal técnico con asiento en Perú, y personal con experiencia y calificación en investigación de la República Dominicana.

## 2. Introducción

El presente proyecto, realizado en República Dominicana, es parte del estudio sobre “Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2021”.

Con el fin de iniciar las tareas programadas y detalladas en los términos de referencia, se inició con la presentación del plan de trabajo al PNCT. El equipo consultor obtuvo la aprobación y se logró además la integración del equipo del Programa Nacional tanto en la coordinación, como en la provisión de información y la participación en varias de las actividades programadas (priorización de poblaciones clave, grupos focales, y entrevistas a profundidad de actores clave del contexto legal).

Previo acuerdo con los líderes y financiadores del presente Proyecto, se seleccionaron para el levantamiento de información tres localidades: Distrito Nacional, Santo Domingo (donde según censos recientes vive más de la mitad de la población dominicana y donde se concentra la mayor estadística relacionada con la TB), y la Provincia La Altagracia (principal zona turística, de características urbano-rurales, y de interés en términos de movilidad para migrantes y otras poblaciones clave identificadas).

Las principales tareas del equipo consultor han consistido en la coordinación, levantamiento de información a través de las metodologías planteadas, procesamiento y transcripciones de entrevistas (integradas en el ATLAS-Ti) y generación de informes según los formatos provistos por el equipo coordinador de la consultoría en los 11 países objeto del estudio.

### 2.1. Caracterización del país

República Dominicana, forma parte de las Antillas Mayores (archipiélago que comparte con Cuba, Puerto Rico y Jamaica), a nivel de América Central, y específicamente en la parte oriental de la isla “Hispaniola” que comparte con Haití. Está ubicada entre el océano Atlántico (al norte) y el mar Caribe (al sur), formando parte del trópico de Cáncer. Sus límites son: al este, el Canal de la Mona y al oeste la república de Haití. Su extensión territorial es de 48,442 kilómetros cuadrados, incluyendo sus islas adyacentes (Saona, Beata, Catalina y Alto Velo), ocupando el segundo lugar en tamaño con relación a los países de las Antillas Mayores.

Tiene un relieve muy accidentado, ocupado en un 50% por cinco sierras y tres grandes cordilleras, dentro de ellas, la Cordillera Central donde se localiza la elevación más alta de las Antillas: el pico Duarte (con 3,187 metros). El resto de la superficie del territorio nacional está conformado por cuatro grandes valles, siendo el principal el Valle del Cibao.<sup>1</sup>

República Dominicana, según el último censo, cuenta una población de 10.847.904 personas con una densidad de población de 223 habitantes por Km<sup>2</sup>.<sup>2</sup> Se estima además una

---

<sup>1</sup>[http://www.embajadadominicana.nl/?page\\_id=2407#:~:text=Est%C3%A1%20ubicada%20entre%20el%20oc%C3%A9ano,%2D72%C2%BA%2001%E2%80%B2%20latitud%20oeste](http://www.embajadadominicana.nl/?page_id=2407#:~:text=Est%C3%A1%20ubicada%20entre%20el%20oc%C3%A9ano,%2D72%C2%BA%2001%E2%80%B2%20latitud%20oeste).

<sup>2</sup><https://datosmacro.expansion.com/paises/república-dominicana>.

población de migrantes (de predominio haitiano) que supera el millón de personas de esta nacionalidad.

Con relación a su división política, el país está dividido en 31 provincias y el Distrito Nacional, siendo Santo Domingo la ciudad principal capital del país y sede del Gobierno central. El sistema de gobierno es presidencialista y se gestiona a través de tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Cada cuatro años se celebran elecciones.<sup>3</sup>

El crecimiento del PIB se situó en 4.7 % en 2021 con relación al año 2019, reflejando una reactivación real de la economía dominicana<sup>4</sup>. No obstante, según último reporte del BM (año 2020) hubo un descenso de este indicador: 6.7%.<sup>5</sup>

La tasa de pobreza monetaria general varió de 21.0% en 2019 a 23.4% en 2020. Esto implicó, en términos absolutos, que 268,515 dominicanos cayeron en la pobreza general. El porcentaje de personas consideradas de pobreza extrema tuvo un incremento de 0.8% de 2.7% en 2019, a 3.5% en 2020.<sup>6</sup>

## 2.2. Situación de la TB en el país.

### 2.2.1. Situación actual de la TB

De acuerdo con el Informe Mundial de la TB publicado por la OMS en octubre de 2021, en el 2020 estimó 4,500 (3,400-5,700) casos nuevos de TB para República Dominicana. La tasa de incidencia estimada para ese mismo año fue de 41 (31-52) por 100,000 habitantes. Sin embargo, en dicho año, el país reportó un total de 2,760 casos de TB de todas las formas (TBTF) de los cuales 2,544 (92%), corresponde a incidencias (casos nuevos y recaídas). Si comparamos la incidencia estimada del 2019 (4,500) con la notificada por el país (3,879), el alcance es de 86.2% de detección. En relación con los casos coinfectados TB/VIH, 549 tuvieron VIH (25% entre aquellos con estatus conocido). De ellos, 373 tuvieron acceso a terapia antirretroviral (68%)<sup>7</sup>. Respecto a TB resistente, en el año 2020 se reportaron 159 casos de TB MDR/RR confirmados por laboratorio y 10 casos TB XDR.<sup>8</sup>

Con respecto al año 2021, de acuerdo con la presentación publicada por el PNCT de República Dominicana<sup>9</sup>, se notificaron 3,273 casos incidentes de TB, lo que representa una tasa de 31.1 por 100 mil habitantes. Asimismo, se tuvo una incidencia de 763 casos de coinfección TB/VIH, para el mismo año, y con relación a TB MDR/RR, en el año 2020 se diagnosticaron 149 casos y 10 casos resistentes a Fluoroquinolonas (Pre XDR).

En la actualidad, el 93% de la población dominicana cuenta con un servicio de salud que oferta las intervenciones de prevención y control de la tuberculosis, a través de una red de aproximadamente 1,670 establecimientos de salud públicos y privados, que garantizan el

<sup>3</sup> [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=república-dominicana&lang=fr](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=república-dominicana&lang=fr)

<sup>4</sup> <https://www.bancentral.gov.do/a/d/5278-economia-dominicana.Reporte-de-cierre-del-año-2021>

<sup>5</sup> [https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=DO&most\\_recent\\_year\\_desc=true](https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=DO&most_recent_year_desc=true)

<sup>6</sup> <https://mepyd.gob.do/publicaciones/boletin-pobreza-monetaria-a6-no8#:~:text=La%20tasa%20de%20pobreza%20monetaria,%2C%20a%203.5%25%20en%202020.>

<sup>7</sup> [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_profiles/?inputs=&lan="ES"&entity\\_type="country"&iso2="DO" 1/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs=&lan=)

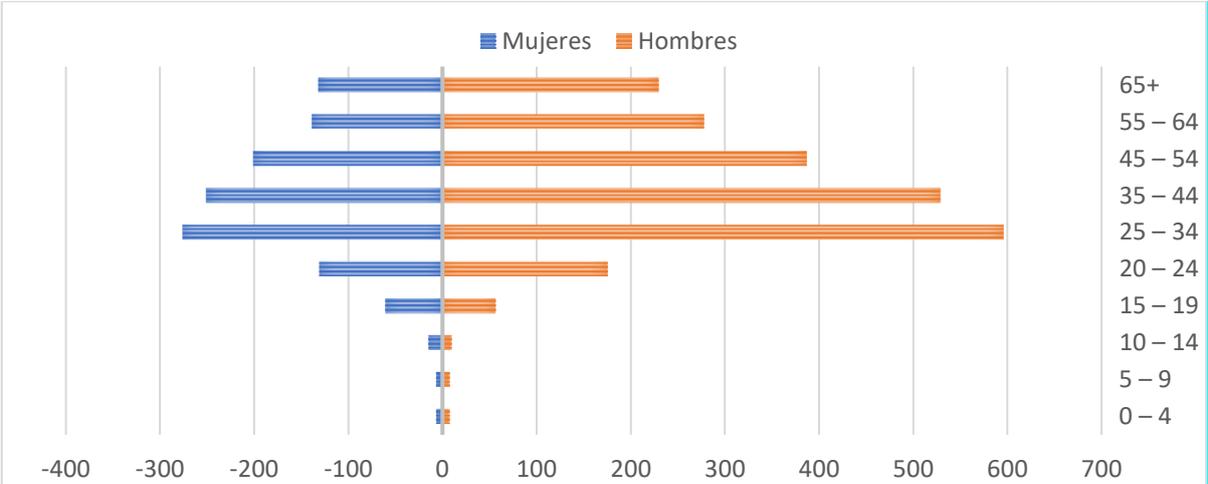
<sup>8</sup> [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_profiles/?inputs=&lan="ES"&entity\\_type="country"&iso2="DO" 1/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs=&lan=)

<sup>9</sup> Presentación Dr. Melanea Encarnación – Día Mundial de la Tuberculosis. MSP – PNT. 24/03/2022.

acceso al diagnóstico y tratamiento antituberculosis sin costo a 9, 610,219 personas. No obstante, a que las pruebas y los medicamentos son gratuitos tanto para tuberculosis como para VIH, y que se cuenta con un Sistema de Seguridad Social que cubre aspectos básicos de la atención, estudios y tratamientos complementarios suelen ser cubiertos por la población lo que se explicará más adelante en el desarrollo del presente informe como una barrera de acceso a servicios de TB.

En relación con la edad y género, la Tuberculosis es predominante en el sexo masculino, en especial en el grupo de edad de 25 a 34 años, tanto en mujeres como en hombres (Ilustración 1).

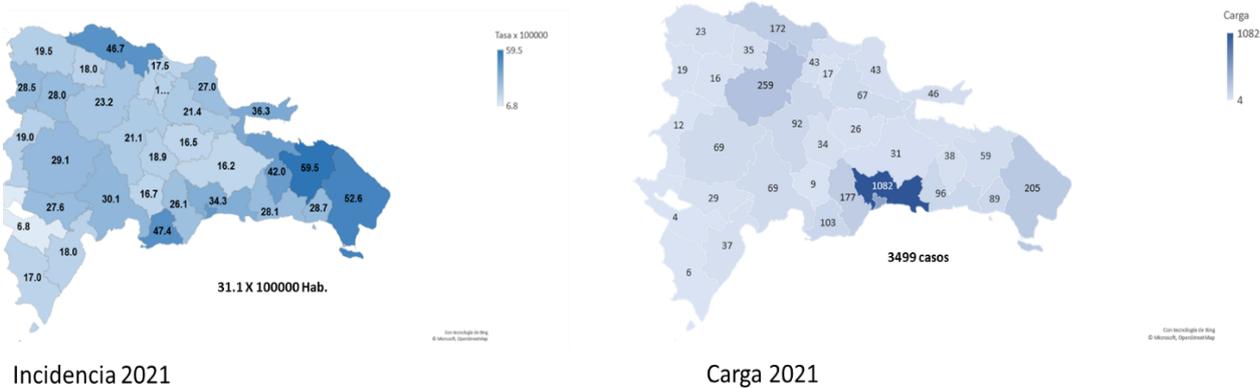
Ilustración 1: Incidencia de tuberculosis por edad y sexo – República Dominicana, 2021



Fuente: Ministerio de Salud Pública. PNT. Sistema de información operacional y epidemiológico (SIOE).

En relación con la distribución geográfica de TB en el año 2021, las tasas más altas de TB se dan en las provincias de La Altagracia, El Seibo y el Distrito Nacional (dos de estas, consideradas para el estudio).

Ilustración 2: Incidencia de Tuberculosis en todas sus formas por Departamentos – República Dominicana 2021

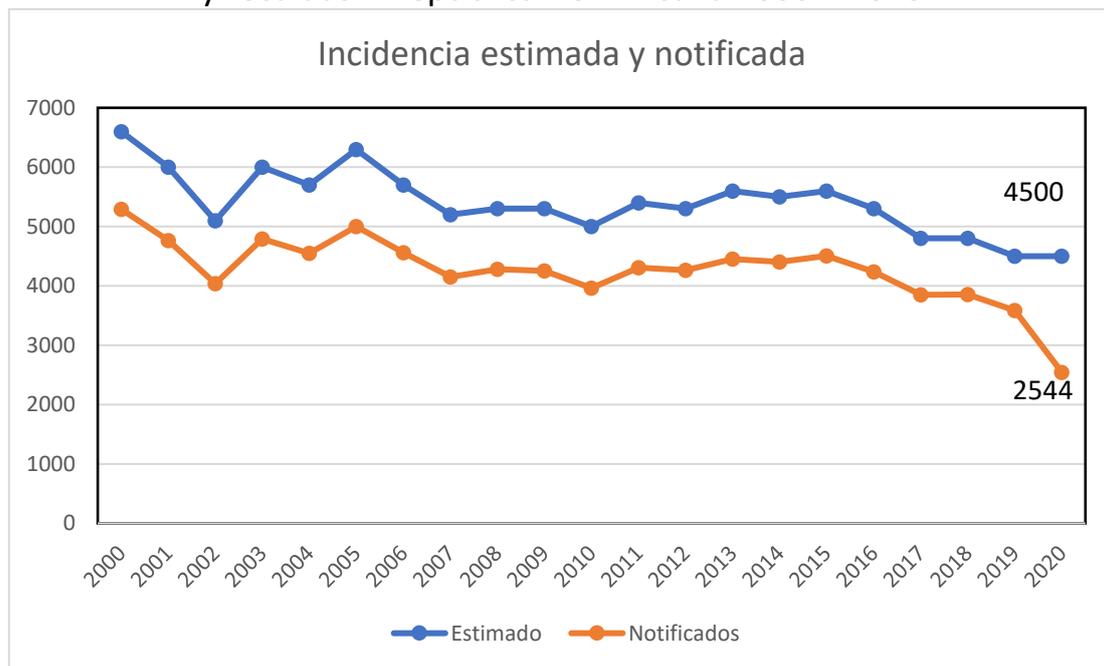


Fuente: Ministerio de Salud Pública. PNCT. Sistema de información operacional y epidemiológico (SIOE).

### 2.2.2. Evolución de la TB en los últimos años

La brecha entre el número de casos incidentes estimados por OMS y los notificados por el PNT de República Dominicana, ha ido fluctuando entre 79% y 80% en los últimos 20 años hasta el 2019. Debido a la pandemia del COVID-19, hubo un descenso significativo en la detección de casos, incrementando la brecha lo que se expresa en que en el 2020 sólo se detectó el 56.5% respecto a los casos estimados.

Ilustración 3: Número de casos estimados y notificados de Tuberculosis nuevos y recaídas – República Dominicana 2000 – 2020



Fuente: Base de Datos TB OMS – 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data#:~:text=Notificaciones%20de%20casos%20%5B2Mb%5D>

### Poblaciones claves de TB.

Si bien en el país no existen estudios previos sobre género y poblaciones claves en tuberculosis, el Programa Nacional de TB registra información de coinfección TB/VIH, migración haitiana y personas privadas de libertad. No se tiene información sobre otras poblaciones clave afectadas por tuberculosis. No obstante, en octubre del 2014, se publicó un estudio sobre “Definición y dimensionamiento de poblaciones clave para el VIH y el Sida en la República Dominicana” en el que se concluye que los aspectos con mayor necesidad de intervención son: un mayor financiamiento (en cantidad de fondos y sostenibilidad de los mismos), el fortalecimiento de la sociedad civil y en especial (ONG, OBF, y otras instancias de apoyo comunitario), las alianzas estratégicas entre el Estado y los organismos de cooperación internacional, la creación de programas de apoyo de asistencia social para mejora en la calidad

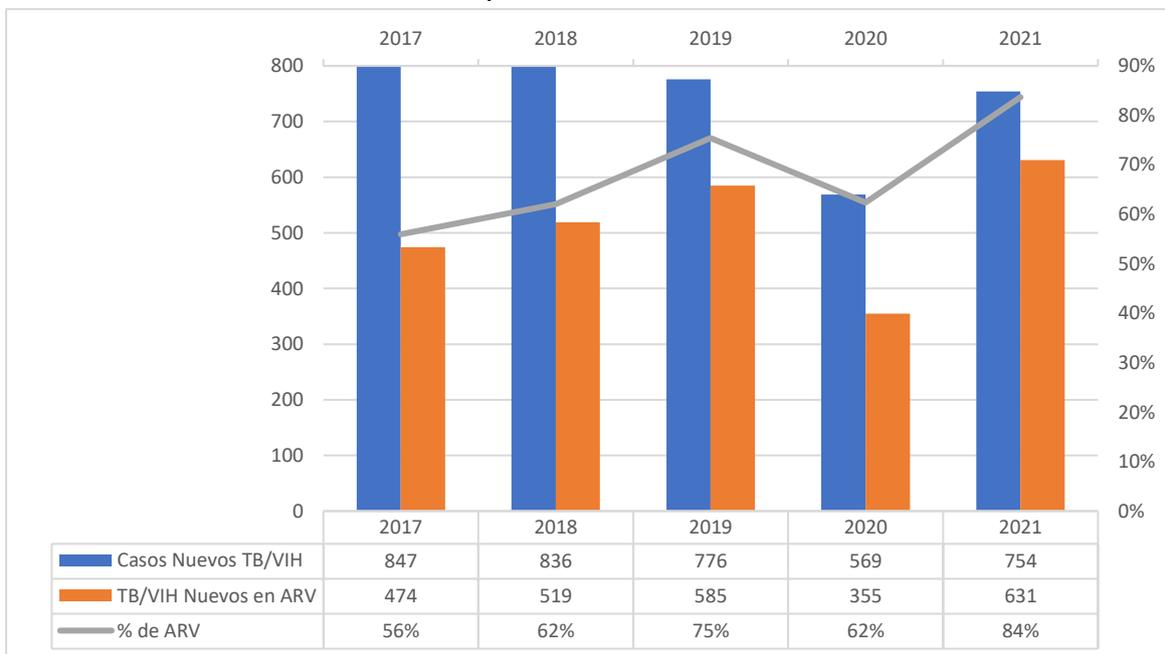
de vida, y la complementariedad de la cobertura en salud, por citar ejemplos relacionados con poblaciones clave y población general<sup>10</sup>.

### Tuberculosis en Personas viviendo con VIH.

El protocolo nacional para manejo de la coinfección garantiza que se tenga conocimiento sobre el número de personas con TB que tiene VIH, y viceversa (personas con VIH que conocen su condición de TB). Esto así por la obligatoriedad de la realización de ambas pruebas en los programas que dan entrada a sendos pacientes. Otras condiciones de salud agredas son documentadas en los expedientes correspondientes, bajo las normas y recomendaciones de país para la gestión de usuarios y conforme a los criterios de manejo clínico de los médicos tratantes.<sup>11</sup>

En la Ilustración 4 observamos que el número de casos nuevos notificados de coinfección TB/VIH descendió significativamente el año 2020, producto de la Pandemia del COVID-19 (priorización de la captación con respecto a la situación y las necesidades de enfrentar la situación, lo que incluye inversión de fondos y colocación de personal de los programas en servicios propios de la estrategia para enfrentar la epidemia). Del mismo modo se analiza el acceso a tratamiento antirretroviral que estuvo en ascenso en los últimos años antes de la pandemia, pero que en el 2020 descendió a los niveles de 2018 (62%). No obstante, en el 2021 se logró la cobertura más alta en los 5 últimos años (84%).

Ilustración 4: Tendencia de la Terapia Combinada de la Infección por el VIH y la Tuberculosis en República Dominicana, 2017-2021



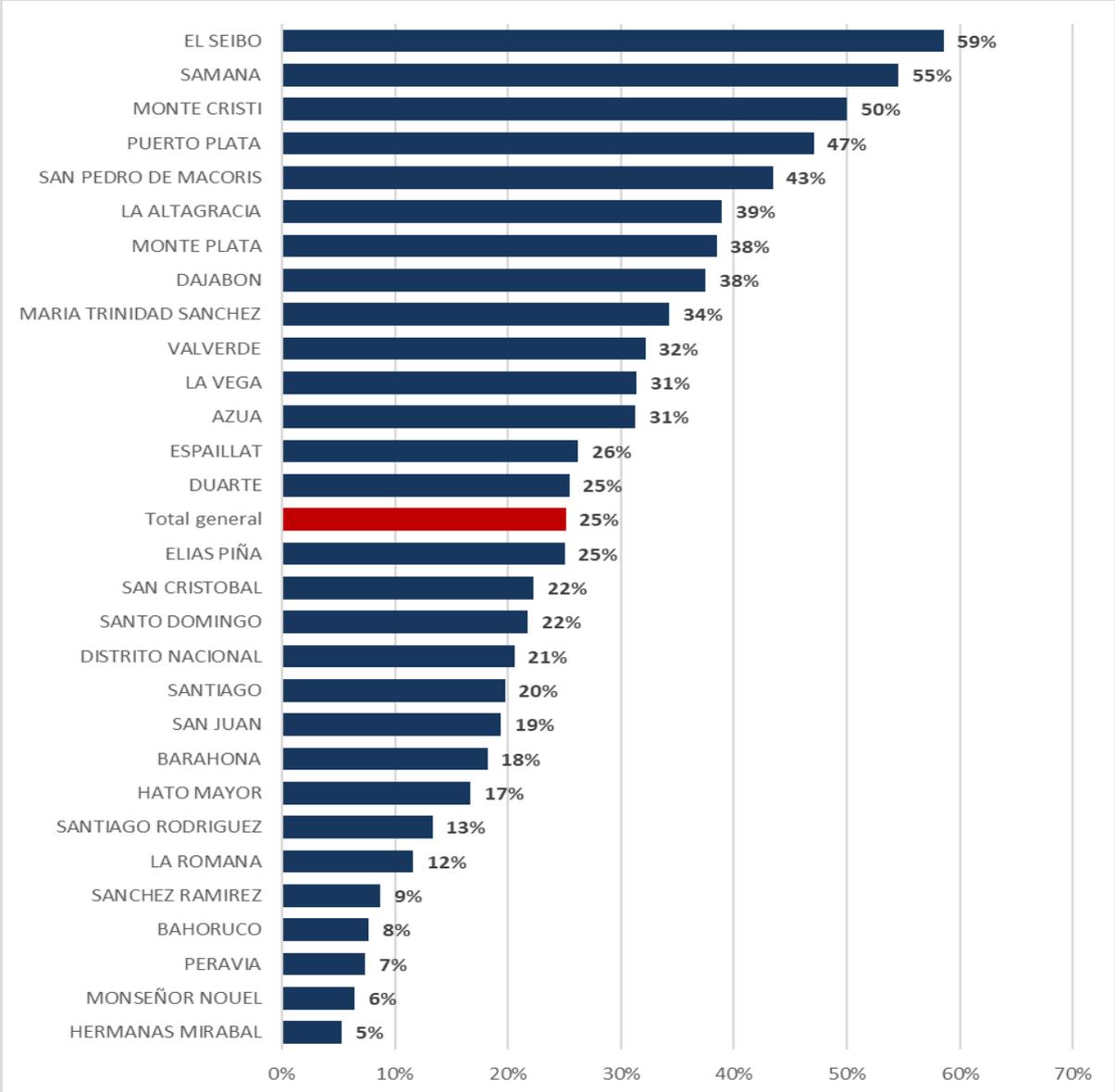
Fuente: Ministerio de Salud Pública. PNT. Sistema de información operacional y epidemiológico (SIOE).

<sup>10</sup> Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogart Díaz y ONUSIDA. Definición y dimensionamiento de poblaciones clave para el VIH y el Sida en la República Dominicana

<sup>11</sup> Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH. Mayo 2020.

Con respecto a la distribución geográfica de la coinfección TB/VIH en el país en relación con el total de casos de TB por provincias, El Seibo es la provincia que mayor proporción de casos coinfectados tiene (59%), seguido por Samaná (55%), Montecristi (50%), Puerto Plata (47%), siendo el promedio nacional 25%. (Ilustración 5)

Ilustración 5: Proporción de casos de TB/VIH por provincia



Fuente: Ministerio de Salud Pública. PNT. Sistema de información operacional y epidemiológico (SIOE).

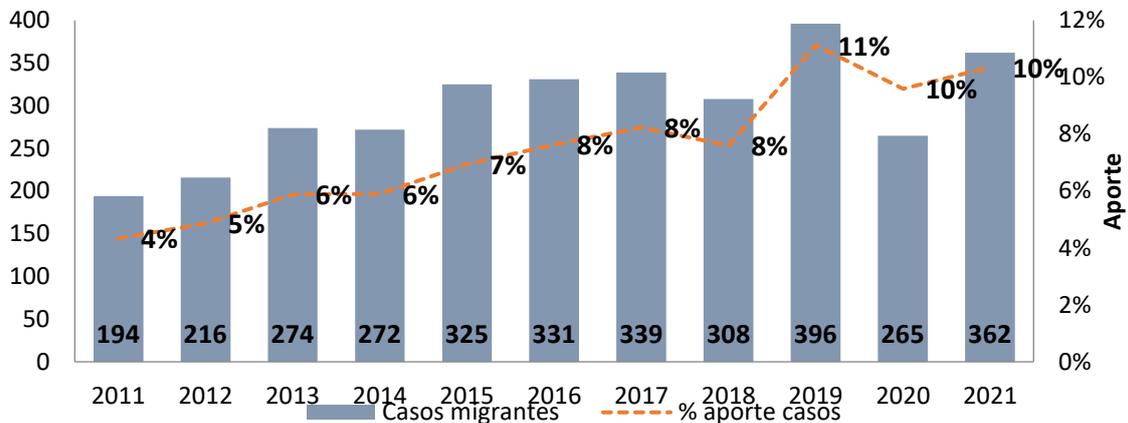
**TB y migración.**

La principal población migrante en República Dominicana es la haitiana, que en los últimos años se ha incrementado, y a la que se asocia una proporción del 10% del total de casos de TB ((Ilustración 6). Del total de los 109 núcleos migratorios que registra el país, otros cinco son de interés por cantidad (Venezuela, Colombia, Cuba, Estados Unidos, China), más no viven las mismas circunstancias en términos de acceso a salud, y las estadísticas de casos en esta población no se recoge sistemáticamente, lo que se atribuye a que asisten a centros privados

que no siempre cumplen con la notificación obligatoria (como es mandatorio según las normas y disposiciones del MSP).

La población haitiana experimenta una llamativa movilidad en la búsqueda de oportunidades para generación de ingresos, por lo que las estadísticas pueden fluctuar entre un año y otro (además de brechas de adherencia que serán citadas más adelante).

Ilustración 6: Casos de TB en migrantes haitianos.

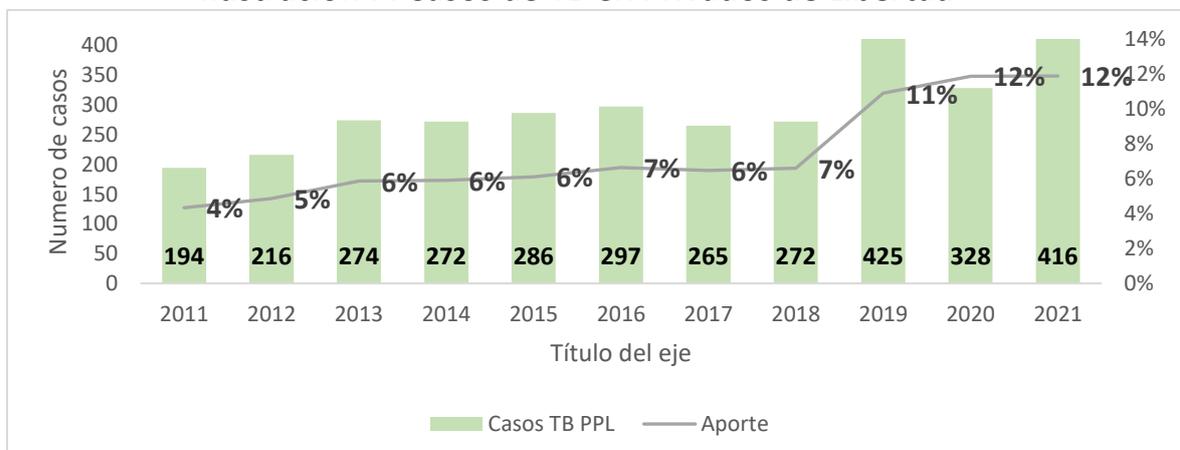


Fuente: Ministerio de Salud Pública. PNT. Sistema de información operacional y epidemiológico (SIOE)

## TB y Personas Privadas de Libertad

Respecto a la proporción de las personas privadas de libertad con tuberculosis en comparación con el total de casos de TB, en los últimos 3 años ha incrementado significativamente (12%), siendo las prisiones una fuente de transmisión de alto riesgo por el elevado hacinamiento existente (Ilustración 7). Cabe destacar que a pesar de que el PNCT levanta estadísticas sistemáticamente, no todas las cárceles cuentan con programas o servicios de Tuberculosis, y no en todas se han implementado los programas automatizados para la recolección de información.

Ilustración 7: Casos de TB en Privados de Libertad



Fuente: Ministerio de Salud Pública. PNT. Sistema de información operacional y epidemiológico (SIOE)

### **3. Marco teórico.**

#### **3.1. Bases teóricas**

Existen diversas iniciativas y mecanismos para la identificación y caracterización de las poblaciones clave con relación a la tuberculosis. Además de esfuerzos del MSP y estudios particulares llevados a cabo por organismos de cooperación internacional (que incluyen al FM), una de las oportunidades de priorización ha sido la evaluación CRG, que incluye aspectos de vulnerabilidad, barreras, desafíos y necesidades de incidencia política.

A los grupos que cursan con mayor riesgo a contraer TB o con acceso limitado a los servicios de salud por factores biológicos, conductuales, financieros, sociales o estructurales, se les denomina poblaciones clave y vulnerables a la TB.

La evaluación CRG cuestiona y destaca la importancia de los derechos humanos, los contextos legales, la percepción de género y sus implicaciones en la respuesta a la TB. Los grupos comunitarios y de la sociedad civil contra la TB, son actores importantes tomados en cuenta para el desarrollo de este estudio.

#### **3.2. Definiciones conceptuales**

##### **3.2.1. Género**

Conjunto de normas, roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos, que una sociedad determinada considera apropiados o valorados para las mujeres, los hombres y las personas transgénero.

##### **3.2.2. Enfoque basado en los derechos humanos a la TB**

Defensa de los derechos de las personas afectadas por la TB, incluidos los derechos a la vida, la salud, la no discriminación, la privacidad, el consentimiento informado, la vivienda, la alimentación, el agua, el acceso a servicio de salud y las oportunidades de generación de ingresos para una vida digna. El enfoque se centra en los determinantes sociales y económicos de la enfermedad, abordando el estigma, la discriminación, las condiciones ambientales y el entorno de protección social que se gesta desde el Gobierno y las instancias correspondientes. Enuncia las obligaciones legales nacionales e internacionales, de los gobiernos y los actores no estatales, para garantizar pruebas y tratamiento bajo estándares de calidad y humanización en la provisión de servicios de tuberculosis. Incluye disponibilidad, accesibilidad, cobertura, y sistemas de gestión sanitaria que se correspondan con las necesidades de las personas afectadas por TB.

##### **3.2.3. Poblaciones clave y vulnerables**

Personas vulnerables a la infección por tuberculosis, y cuyas condiciones generales de vida, limitan el acceso oportuno y el cumplimiento de normas en términos de diagnóstico, tratamiento y curación. Las poblaciones clave (vulnerables) tienen características

socioeconómicas matizadas por la marginalización, y que plantean barreras puntuales para para acceder a la atención médica de manera oportuna y eficiente.

## **4. Objetivos del estudio**

### **4.1. Objetivo general**

Evaluar cualitativamente las poblaciones clave, las barreras de género y el contexto legal relacionado a TB a nivel nacional, basándose en un protocolo estándar.

### **4.2. Objetivos específicos.**

- Identificar, categorizar y seleccionar prioritariamente las poblaciones clave en TB, a nivel nacional.
- Explorar e identificar las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB, a nivel nacional.
- Explorar e identificar el contexto legal de TB con un enfoque de derechos humanos, a nivel nacional.

## **5. Metodología y desarrollo de trabajo de campo.**

### **a) Tipo de investigación**

La metodología se desarrolló de acuerdo con las disposiciones del Protocolo de investigación, versión 2.0. 19 de agosto de 2021 “Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2021” de Socios en Salud Sucursal Perú.

El estudio cualitativo, se realizó mediante el método deductivo- inductivo. La información se recolectó (tal como se sugirió para una investigación cualitativa), a través de entrevistas a profundidad, entrevistas con informantes clave del contexto legal y grupos focales (de personas afectadas por TB y poblaciones clave identificadas en los talleres de priorización). Para la priorización se contó con el aval y apoyo presencial del PNCT (representado por su directora en todos los talleres), y la aplicación de una herramienta puntuable a partir de definiciones de vulnerabilidad (criterios) y realidades nacionales identificadas por los participantes, representantes de la sociedad civil y que pertenecen a servicios de salud de los diferentes niveles que componen el Sistema en la República Dominicana.

Para los grupos focales, se captaron personas afectadas por TB y representantes de poblaciones clave en coordinación con ONG especializadas y reconocidas por su trabajo en el país, así como personal de servicios.

Los informantes clave de contexto legal, se seleccionaron a partir de su experiencia en el tema de tuberculosis, su incidencia en las decisiones de país y su representatividad en el sector público, privado, de ONG y de la cooperación internacional.

## b) Sujeto de estudio

El ámbito de estudio fueron las ciudades de República Dominicana: Santo Domingo, Distrito Nacional, La Altagracia, las cuales tienen alta carga de TB y son las priorizadas por el Programa Nacional. De estas ciudades se convocaron a los participantes con criterios que permitieran lograr la muestra deseada, tomando en cuenta grupos de edad, estatus de infección, y valor participativo según metodologías para la realización de grupos focales. Para la identificación de una muestra de valor, se consultaron actores claves de la sociedad civil con experiencia en el trabajo con personas afectadas por la tuberculosis (de reconocimiento local y por parte del PNCT). Para las entrevistas a profundidad de personas afectadas, se tomaron en cuenta centros de salud especializados en el manejo de tuberculosis, de alta demanda y en correspondencia con los criterios de selección (género y grupos de edad), distribuidos en las provincias seleccionadas para garantizar la mirada integral de la información recolectada.

Para la evaluación de personas clave y género, fueron sujeto de estudio a personas afectadas por TB de diferentes géneros, edad y residencia rural o urbana, definidas como personas que hayan tenido TB (una antigüedad no mayor de 5 años) o que actualmente padezcan de TB y acudan a los establecimientos de salud. Los sujetos de estudio fueron seleccionados de entre las personas por TB en servicio y/o vinculadas a ONG como activistas; adicionalmente mediante la técnica de bola de nieve las personas con TB nos refirieron personas que hayan tenido TB para invitarlos a participar. La firma del consentimiento informado se desarrolló en un ambiente privado dentro los establecimientos de salud y en los grupos focales. Las características de las poblaciones clave identificadas, fueron tomadas en cuenta por razones de confidencialidad y en el ánimo de obtener información de calidad (lugar, condiciones, horario de las entrevistas, llenado de listados de participantes y uso de seudónimos, etcétera).

## c) Muestreo

El muestreo fue previamente analizado y correspondiente con la metodología del estudio, para el caso de las personas afectadas de TB, se aplicó un cuestionario, con el objetivo de seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida. De acuerdo con el protocolo de investigación:

Dimensiones de la investigación	Número de personas por actividad (N=113)	
<b>Personas clave de TB</b>	4 grupos focales (una por cada población clave previamente identificada) con grupos de mínimo de 4 y máximo de 6 participantes mayores de 18 años cada uno. Total: 24 personas.	05 talleres de trabajo con actores claves convocados por la organización civil que trabaja con TB en el país para la priorización de personas clave. Se espera de 4 a 7 participantes por taller. Total: 35 personas.
<b>Barreras de género</b>	4 grupos focales con un mínimo de 4 y máximo de 6 personas afectadas por TB mayores de 18 años cada uno. Total: 24 personas.	15 entrevistas a profundidad dirigida a personas afectadas por la TB (hombres, mujeres, persona transgénero, diversos grupos de edad, urbanos/rurales) Total: 15 personas.

<b>Contexto legal de TB</b>	15 entrevistas a profundidad con informantes clave. Total: 15 personas.
<b>Criterios de inclusión:</b>	Personas afectadas por la TB mayores de 18 años Personas que trabajen en organizaciones civiles y estatales. Personas que brinden su consentimiento informado para participar en este estudio.
<b>Criterios de exclusión:</b>	Personas con enfermedad psiquiátrica, trastorno neurológico o retraso mental.

### 5.1. Talleres de priorización de poblaciones clave más vulnerables y marginadas.

La identificación de poblaciones claves para la realización de la evaluación cualitativa, se llevó a cabo en cumplimiento con la metodología de trabajo presentada a Partners In Health (PIH), organización designada por el Fondo Mundial como receptor principal de la subvención multipaís para la TB en la región de América Latina y el Caribe.

El Ministerio de Salud Pública, así como el Servicio Nacional de Salud (los dos principales componentes del Sistema Nacional de Salud), son las instancias responsables de la formulación e implementación de estrategias de prevención y control, la gestión de los servicios, y la articulación para el fortalecimiento de la Respuesta Nacional con organismos de cooperación internacional y las organizaciones de la sociedad civil (OSC).

Con la asistencia de la Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM), miembro de Observa TB, y activistas locales de las tres provincias priorizadas en la República Dominicana (Santo Domingo, Distrito Nacional, y La Altagracia), se realizó la coordinación, convocatoria, logística y aplicación de la metodología para la identificación de las poblaciones claves con las cuales trabajar, lográndose lo siguiente:

- Número de talleres/Grupos de Trabajo: 8 (Tres en Santo Domingo y Distrito Nacional los días 7 y 20 de diciembre; y cinco en La Altagracia, el día 21 de diciembre).
- Número de participantes en los talleres: 49.
- Número de instituciones (Servicios y OSC): 12.
- Activistas y enlaces comunitarios: 26. El resto, personal de servicios de TB de distintas disciplinas (médicos, bioanalistas, enfermeras, psicólogos y personal de atención a usuarios).

La metodología llevada a cabo es consistente con la propuesta técnica de la Evaluación Cualitativa. En un primer momento, se hicieron las motivaciones de participación en el taller a través de las presentaciones del Estudio, la Metodología y las Estadísticas Nacionales actualizadas y provistas por el PNCT. Seguido de esto, los participantes fueron organizados en mesas de trabajo de 6 a 8 personas para el análisis conjunto y el llenado de la plantilla de priorización de poblaciones claves. Cada encuentro terminó con una plenaria en la que se presentaron los consensos sobre las poblaciones claves con sus respectivas justificaciones (las discusiones entregadas por escrito como soporte de la elección). Es importante destacar, que, en la República Dominicana, los enlaces comunitarios, voluntarios, consejeros pares y otras

personas vinculadas al apoyo de las personas afectadas por TB, no tienen profesión universitaria. Probablemente (frecuentemente), tampoco hayan completado la educación secundaria.

Los enlaces comunitarios, como se define para los fines de este estudio, son personas vinculadas a servicios, a ONG, a juntas de vecinos, organizaciones basadas en la fe, a clubes o a espacios donde tienen la oportunidad de captación de sintomáticos respiratorios y su posterior acompañamiento.

Las vías de entrada a un servicio de tuberculosis son variadas (escenarios). Escenarios: percepción de riesgo (particular y a partir del conocimiento propio); referencia de personas o familiares (entorno comunitario; enlace con personal de UNAP o ONG capacitado); iniciativas de captación por proyectos de ONG (no disponibles en todas las comunidades); consultas; internamiento por razones ajena a la TB y que llevan a sospecha e inducen el diagnóstico por protocolo clínico.

**Cuadro N° 1: Participantes del taller de priorización de poblaciones clave de TB.**

<b>Nro.</b>	<b>Nombre (seudónimo PAT)</b>	<b>Institución</b>	<b>Cargo</b>	<b>Profesión</b>
1	Carmen	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
2	Ruth	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
3	Raquel Reynoso	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
4	Yahaira	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
5	Dominga	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
6	Patricia	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
7	Santa Rafel	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
8	Camilo	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
8	Erick Pichardo	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
10	Luz Esther Martínez	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
11	Morelia M.	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
12	Claudy Denis	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
13	Cristiana G	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
14	Florentina Corden	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
15	Melva	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
16	Margarita Peralta	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica

<b>Nro.</b>	<b>Nombre (seudónimo PAT)</b>	<b>Institución</b>	<b>Cargo</b>	<b>Profesión</b>
17	Cristina Ortega	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
18	Angela Hernández	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
19	Ercilia Pie	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
20	Inocencio	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
21	Fior María	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
22	Radamés Hidalgo	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
23	Marisela Pérez	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
24	Stephany Villafaña	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
25	Edwin Nolasco	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
26	Silvia Celestina	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
27	María Angelina	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
28	Shoury Pierre	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
29	Mary	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
30	Ana	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
31	Joselyn Sánchez Parra	Hospital La Altagracia	Directora	Medico
32	Melanea Encarnación	Programa Nacional de Tuberculosis	Coordinadora	Médico
33	Luis Rafael Pérez Bidó	Asociación Dominicana de Enfermos y Afectados por la Tuberculosis (ASODENAT)	Asesor Financiero	No aplica
34	Héctor Germán	ASODENAT	Subdirector	No aplica
35	Rosanna Almánzar	Alianza Solidaria para la Lucha Contra el VIH y Sida (ASOLSIDA)	Administradora	No aplica
36	Kathy Brito	Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM)	Encargada Proyectos	No aplica
37	Niurka Martínez	Fundación Batallón Cristiano - BACRIS	Directora	No aplica
38	María Germán	FEDOPO - Centros de Salud de la República Dominicana	Promotora	No aplica
39	Héctor Germán	No aplica	Promotora	No aplica
40	Rosanna Almánzar	No aplica	Promotora	No aplica
41	Guzmán	No aplica	Promotora	No aplica
42	Luisa María	No aplica	Promotora	No aplica
43	Yilda Peguero	No aplica	Promotora	No aplica
44	Laura Encarnación	No aplica	Promotora	No aplica
45	María Del Rosario	No aplica	Promotora	No aplica
46	F. Paula M.	No aplica	Enlace Comunitario	No aplica
47	Ezequiel Almánzar	No aplica	Enlace	No aplica

Nro.	Nombre (seudónimo PAT)	Institución	Cargo	Profesión
			Comunitario	
48	Ruth Dinzey	PNCT	Técnico	Personal de salud

## 5.2. Grupos focales de poblaciones clave de TB.

Los grupos focales, se realizaron según cuotas por sexo y grandes grupos de edad. Se consideró la disgregación de estos grupos según las variables o atributos mencionados por la posibilidad de encontrar diferencias significativas entre ellos. Entre hombres y mujeres (por la eventualidad de que las mujeres tengan menor oportunidad de expresar sus ideas) y entre personas ancianas y jóvenes adolescentes miembros de poblaciones clave.

Cuadro N° 2: Participantes en grupos focales de poblaciones clave - TB.

Nro.	Seudónimo.	Población clave	Sexo	Grupo de edad
1	Miguel	PVVIH	Hombre	45-60
2	Felicia	PVVIH	Mujer	35-44
3	Matilde	PVVIH	Mujer	35-44
4	Patricia	PVVIH	Mujer	35-44
5	Carlos	PVVIH	Hombre	45-60
6	Ascencio	PVVIH	Hombre	45-60
7	Jonas	Migrante	Hombre	35-44
8	Linda	Migrante	Mujer	25-34
8	Altagracia	Migrante	Mujer	25-34
10	Petit	Migrante	Hombre	25-34
11	Mirde	Migrante	Mujer	25-34
12	Fabienne	Migrante	Mujer	25-34
13	Toutebon	Migrante	Hombre	25-34
14	Candy	LGBTI	Persona transgénero	25-34
15	Michelle	LGBTI	Persona transgénero	25-34
16	Lilly	LGBTI	Persona transgénero	25-34
17	La Tormento	LGBTI	Mujer	35-44
18	Margarita	LGBTI	Mujer	25-34
19	Lorain	LGBTI	Mujer	35-44
20	Alan	Usuario Drogas	Hombre	35-44
21	Loop	Usuario Drogas	Hombre	35-44
22	El Vizco	Usuario Drogas	Hombre	35-44
23	El chino	Usuario Drogas	Hombre	35-44
24	Titi	Usuario Drogas	Hombre	35-44
25	Cachorro	Usuario Drogas	Hombre	35-44
26	Michael	Usuario Drogas	Hombre	35-44
27	Pamela	Usuario Drogas	Mujer	25-44
28	Nicole	Usuario Drogas	Mujer	24-44

## 5.3. Grupos focales de barrera de género

Se realizaron los grupos focales considerando la desagregación de estos grupos según las variables o atributos mencionados por la posibilidad de encontrar factores de valor para la

realización del estudio. Entre hombres y mujeres (por la eventualidad de que las mujeres tengan menor oportunidad de expresar sus ideas) y entre personas ancianas y jóvenes adolescentes miembros de poblaciones clave.

**Cuadro N° 3: Participantes en grupos focales de barrera de género - TB.**

<b>Nro.</b>	<b>Seudónimo.</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grupo de edad</b>
1	Antonio	Hombre	25-34
2	Ángela	Mujer	25-34
3	Lidia	Mujer	25-34
4	Laura	Mujer	35-44
5	Manuela	Mujer	35-44
6	Eridania	Mujer	35-44
7	Cecilia	Mujer	35-44
8	Marisol	Mujer	25-34
8	Doris	Mujer	25-34
10	Judith	Mujer	25-34
11	Belkys	Mujer	25-34
12	Wilson	Hombre	25-34
13	Cristina	Mujer	25-34
14	Katherine	Mujer	35-44
15	Claritza	Mujer	25-34
16	Margarita	Mujer	25-34
17	Elizabeth	Mujer	25-34
18	Carmen	Mujer	25-34
19	Miguel	Hombre	45-60
20	Eduard	Hombre	45-60
21	Carlos	Hombre	25-34
22	Juana	Mujer	45-60
23	Karla	Mujer	25-34
24	Natalia	Mujer	25-44

#### **5.4. Entrevistas a profundidad sobre barrera de género**

Se realizaron 15 entrevistas a profundidad, para esto se inició con la búsqueda de participantes en los establecimientos de salud de las zonas de intervención. Posteriormente se invitó a participar del estudio a las personas afectadas por TB de diferentes géneros, edad y residencia, definidas como personas que hayan tenido TB (antigüedad no mayor de 5 años) o que, actualmente padezcan de TB y acudan a establecimientos de salud. Los entrevistados cumplieron los criterios de inclusión.

Se realizaron las coordinaciones con cada participante: fecha, hora y lugar para la aplicación de las entrevistas. Estas tuvieron una duración en promedio de 50 min a 1.5 horas aproximadamente, en el caso de informantes claves del contexto legal y grupos focales, (menos tiempo en el caso de personas afectadas por TB, muchos de los cuales no se encontraban en las mejores condiciones de salud por diagnóstico reciente y compromiso pulmonar que debió ser considerado por los entrevistadores).

Por otro lado, las personas entrevistadas que aceptaron en su totalidad vivían en las zonas urbanas de las ciudades intervenidas o en las zonas periféricas de las mismas (periférico no

significa rural pues fuera de la ciudad en las provincias seleccionadas se viven condiciones de urbanidad y o de ruralidad según definiciones universales. La definición de ruralidad no aplica a estas provincias dado que son de predominio urbano (según definiciones estándar...no rurales)

Además, mencionar que las personas que aceptaron ser entrevistados eran en su mayoría mujeres dándose mayor aceptación para brindar información al respecto, con relación a los hombres cuya participación fue más resistente.

**Cuadro N° 4: Participantes en entrevista sobre barrera de género - TB.**

<b>Nro.</b>	<b>Seudónimo.</b>	<b>Genero</b>	<b>Urbano/rural</b>	<b>Grupo de edad</b>
1	Katerin	Mujer	Urbano	25-34
2	Mirsy	Mujer	Urbano	25-34
3	Linda	Mujer	Urbano	25-34
4	Ghermithe	Mujer	Urbano	25-34
5	Cristina	Mujer	Urbano	35-44
6	María	Mujer	Urbano	35-44
7	Carlos	Hombre	Urbano	35-44
8	Matilde	Mujer	Urbano	35-44
8	Patricia	Mujer	Urbano	25-34
10	Miguel	Hombre	Urbano	45-60
11	Felicia	Mujer	Urbano	35-44
12	Luis	Hombre	Urbano	35-44
13	Angela	Mujer	Urbano	25-34
14	Manuela	Mujer	Urbano	25-34
15	Wilson	Hombre	Urbano	25-34

### **5.5. Entrevistas a profundidad sobre contexto legal de TB.**

Los informantes clave para entorno legal, según la metodología, fueron seleccionados conforme al perfil, referencia profesional y experiencia en temas relacionados con las políticas públicas que inciden los temas de TB. La guía de entrevistas a profundidad correspondió al Protocolo de investigación haciendo énfasis según la metodología en enfoques transversales: derechos y género (CDG) en TB a nivel de país, acceso a salud, contexto legal y oportunidades de incidencia.

Las preguntas exploraron el entorno legislativo y político general, derechos humanos, entorno de acceso y servicios de TB, y su implicación en poblaciones clave, género como un eje transversal de la atención. Se aplicó para los fines, la guía provista como insumo de la investigación.

Los participantes en las entrevistas a profundidad fueron considerados bajo principios de entrevistas semiestructuradas y abiertas. Si bien es cierto que fueron guiadas conforme a protocolos, se llevaron a cabo en un ambiente de conformidad, comodidad, confianza en el estudio, amplia valoración de la utilidad de la investigación, y la evocación en temas exploratorios. Se tomó en cuenta con especial cuidado, las descripciones detalladas de las experiencias de los participantes. El entrevistador intervino con la insistencia prudente, buscando obtener la mayor cantidad de información del participante. Las preguntas fueron

de lo general a lo específico: inicialmente, el entrevistador estableció una relación con el participante haciendo preguntas generales sobre su rutina (rapport). Las entrevistas duraron entre 45 a 60 minutos, lo que se grabó en audios y se transcribieron de manera criptada.

Cuadro N° 5: Participantes en entrevista sobre contexto legal - TB.

Nro.	Nombre o seudónimo.	Institución	Cargo	Profesión
1	Melanea Encarnación	Programa Nacional de Tuberculosis	Coordinadora	Médico
2	César Castellanos	IDESIP	Director	Psicólogo clínico, maestría terapia familiar, terapia sexual, neurociencia. Docente.
3	Erika Suero	Pact/USAID	Consultora	Abogada. Especialista en derechos humanos.
4	Leonardo Sánchez	Amigos Siempre Amigos (ASA-ONG)	Director	Psicólogo.
5	Rafael Draper	Ministerio de Salud Pública.	Ex director de Hospitales de ambos modelos de gestión según Sistema de Salud Pública. Ex director de contrataciones del Seguro Nacional de Salud. Ex director de ARS de enfermeras.	Ginecólogo. Especialista en gestión de salud, endocrinología ginecológica y fertilidad.
6	Ingrid Bretón	Grupo Paloma.	Directora Ejecutiva.	Psicóloga.
7	Rafaelina Guerrero.	Consultora de Salud.	Independiente tras 30 años en ocupaciones fijas en MSP y e organismos de cooperación internacional.	Médico especialista en Salud Pública. Epidemióloga. Especialista en Gestión de Salud y Seguridad Social.
8	Desirée Luis	USAID/Achieve/Pact	Directora	Comunicación social. Maestría en Salud Pública. Gerente de proyectos en salud.
9	Rosa Cruz	Ministerio de Salud Pública.	Unidad Ejecutora de Proyectos del FM, en apoyo al PNCT.	Médico. Especialista en salud pública. Docente.
10	Máximo De Jesús	ADOPLAFAM	Coordinador de Proyectos	
11	Luís Pérez Bidó	ASODENAT/ADOPLAFAM	Director Financiero ASODENAT.	Psicólogo.
12	Ramón Acevedo	CONAVIHSIDA	Técnico/Activista comunidad LGBTI	Especialista en Desarrollo Humano y VIH/SIDA.
13	Carlos Peláez	Dirección de Salud Mental del MSP	Técnico de la Dirección de Salud Mental del MSP.	Psicólogo. Especialista en salud sexual y reproductiva. Ex director de IEC de la DIGECITSS. Enlace técnico en Cruz Roja y Hogares Crea.

Nro.	Nombre o seudónimo.	Institución	Cargo	Profesión
14	Gricely Pozo	Gerente CEMDOE. Medicina privada.	CEMDOE. Docente.	Emergencióloga. Docente. Ex subdirectora hospital de autogestión. Ex directora de Hospital de segundo nivel.
15	Cristian De León	Encargado de Emergencias y Urgencias Médicas del Servicio Nacional de Salud/Región Metropolitana.	Servicio Nacional de Salud/Región Metropolitana.	Emergenciólogo acreditado local e internacionalmente. Especialización en gestión.

## 6. Resultados.

### 6.1. Poblaciones clave en TB

#### 6.1.1. Poblaciones clave identificadas.

Para poder identificar las poblaciones claves a presentar en el taller priorización de República Dominicana, se trabajó con el PNTB del Ministerio de Salud, identificando las siguientes poblaciones:

Cuadro N° 6: Poblaciones clave identificadas.

Nro.	Población clave identificada	Observación
1	Personas que viven con el VIH	Viven en condiciones vulnerables, con limitado acceso a servicios complementarios de salud, y limitadas oportunidades de beneficiarse con las políticas de protección social.
2	Migrantes	Es una población con temor de asistir a servicios oportunamente a pesar de presentar signos y síntomas sugestivos de TB, por temor a ser deportados.
3	Refugiados	Dificultades para el acceso a los servicios de salud.
4	Prisioneros y detenidos	Hacinamiento y mala alimentación, dificultades para el ingreso por el riesgo que implica.
5	Personas que Usan Drogas	El estado de su salud confunde la sintomatología, lo que es una barrera clínica porque puede impedir el diferenciar entre síntomas de TB y otras condiciones.
6	Personas con dependencia del alcohol	La dependencia al alcohol es un limitante para la adherencia.
7	Fumadores	El ser una persona fumadora favorece la evolución de la infección de latente a pulmonar.
8	Trabajadores sexuales	Sufren estigma y discriminación, generalmente viven en condiciones de pobreza.
9	Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales	Estigma y discriminación muy presente en la sociedad y también reflejada en los establecimientos de salud.
10	Poblaciones indígenas	Viven en condiciones precarias y pueden no priorizar acceder a los servicios de salud, por desconocimiento y por elegir tratarse con medicina tradicional.
11	Personas sin Hogar	Falta de información oportuna y adecuada, viven en condiciones precarias, no priorizan la salud.

12	Personas con discapacidades físicas o mentales	Son de difícil acceso, por falta de autonomía para moverse, dependen de otras personas.
13	Pobres urbanos	Viven en condiciones precarias, no saben de la gratuidad de algunos servicios o del tratamiento.
14	Pobres de zonas rurales	Viven en condiciones precarias, no saben de la gratuidad de algunos servicios o del tratamiento. Posibilidad de no contar con establecimientos de salud que atiendan TB cercanos a sus hogares.
15	Personas con diabetes	Su posibilidad de adquirir TB es mayor por su sistema inmune.
16	Personas de edad avanzada	Pueden requerir asistencia para moverse y eso limita su acceso a los servicios.
17	Trabajadores Hospitalarios	Según las condiciones de su lugar de trabajo, pueden estar expuestos o no a riesgos de contagiarse.
18	Trabajadores penitenciarios	Según las condiciones de su lugar de trabajo, pueden estar expuestos o no a riesgos de contagiarse.
19	Trabajadores comunitarios de salud/extensión	Pueden estar expuestos a contagiarse al realizar visitas domiciliarias.
20	Visitantes de Prisiones	Pueden estar expuestos a contagiarse al realizar visitas a las prisiones.
21	Comunidades peri-carcelarias	Todas las comunidades pueden tener riesgo, pero al tener contacto (actividades económicas) con familiares de personas privadas de su libertad con TB, aumentan el riesgo.
22	Comunidades peri-mineras	Pueden estar expuestos a contagiarse al tener actividades económicas que los acerquen a mineros afectados por TB.
23	Personas que consumen drogas – Miembros de la familia	Falta de información oportuna y adecuada, no conocen de la gratuidad de algunos servicios o del tratamiento.

### 6.1.2. Poblaciones clave priorizadas.

En los talleres de priorización, tal como lo establecía la metodología, se presentó una lista sugerida de poblaciones a considerar en la aplicación de la herramienta para selección (misma a aplicar en los 11 países participantes en el estudio. Al finalizar los talleres se priorizaron 4 poblaciones clave (cantidad solicitada y descritas a continuación). Sin embargo, tanto en la respuesta nacional como por sugerencia de los participantes, otras dos poblaciones se entienden como de alta relevancia por riesgo de adquirir TB: Personas Privadas de Libertad y Trabajadores/as sexuales.

Cuadro N° 7: Poblaciones clave priorizadas.

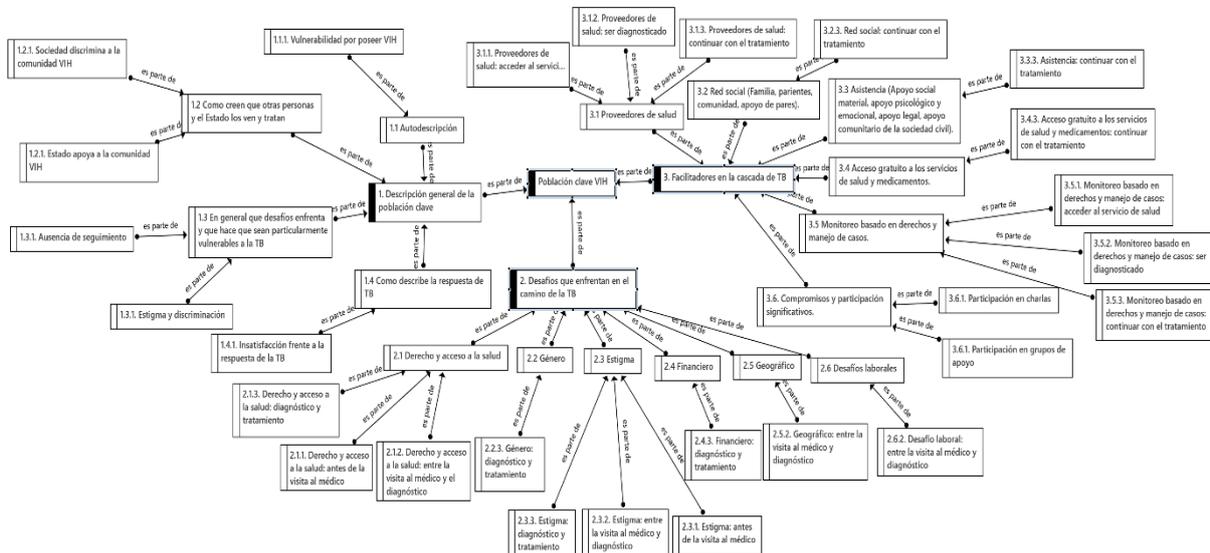
Nro.	Población clave priorizada	Observación
1	Personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La coinfección TB/VIH es uno de los temas más críticos en el abordaje de ambas poblaciones.</li> <li>• Para ambas condiciones (TB para las PVVIH, y viceversa), la posibilidad de comorbilidad y riesgo de infección es un factor considerable, tomado en cuenta en las guías y protocolos, y reconocida por las personas a partir de la información que reciben en el caso de ambos diagnósticos.</li> <li>• En el caso de las PVVIH, la inmunosupresión, les hace más propensos a desarrollar tuberculosis.</li> <li>• En el país tanto las personas con tuberculosis como las PVVIH viven en condiciones vulnerables, con limitado acceso a servicios complementarios de</li> </ul>

		<p>salud, y limitadas oportunidades de beneficiarse con las políticas de protección social (creadas y gerenciadas desde el Poder Ejecutivo), lo que afecta calidad de vida, mejoras en la salud y adherencia a los tratamientos para ambas condiciones (VIH y TB).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las PVVIH son sujeto de estigma y discriminación, lo que limita su acceso oportuno a los servicios de TB, a pesar de que existe un protocolo para su manejo y la detección temprana de sintomáticos respiratorios.</li> <li>• Los servicios de TB y de VIH están separados en los centros, y esto limita el acceso oportuno a la atención conjunta entre ambos programas.</li> </ul>
2	Migrantes (priorizados los nacionales haitianos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los migrantes (en especial de nacionalidad haitiana) son los más afectados por la TB según las referencias estadísticas del país.</li> <li>• Las condiciones de pobreza y las barreras idiomáticas son las principales limitaciones de acceso a servicios oportunos de detección temprana y tratamiento.</li> <li>• Pese a esfuerzos nacionales, protocolización y capacitación del personal en servicio, persisten el estigma y la discriminación.</li> <li>• Por irregularidades en el estatus migratorio, es una población con temor de asistir a servicios oportunamente a pesar de presentar signos y síntomas sugestivos de TB.</li> <li>• Es una limitante el temor a ser apresados y deportados en los centros de servicios, aun cuando las leyes dominicanas lo prohíben.</li> <li>• Por no contar con documentación, no tienen cobertura de salud para tratamiento complementario, ni pueden acceder a programas de protección social.</li> <li>• Los enlaces comunitarios refieren una baja percepción de riesgo por parte de esta población.</li> <li>• El hacinamiento por las condiciones de pobreza en la que vive la mayoría de migrantes aumenta el riesgo de infección por TB.</li> <li>• Por razones culturales, es una costumbre acudir a curanderos o remedios naturales, antes de acceder a un servicio formal de salud (lo que suele ocurrir cuando los métodos citados no han dado resultado y cuando las complicaciones generan preocupación).</li> </ul>
3	Usuarios de Drogas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los usuarios de drogas, en su mayoría, llevan estilos de vida que les afectan emocional y psicológicamente, lo que limita su percepción de riesgo.</li> <li>• Muchos están reclusos en cárceles o en instituciones de recuperación, por lo que el diagnóstico depende de la pertinencia de las autoridades de estos centros.</li> <li>• Son una población altamente estigmatizada y por lo tanto, se limitan en el acceso a servicios.</li> <li>• El acceso a servicios de control de TB no es su prioridad, sobre todo en casos de indigencia por pobreza extrema o falta de apoyo de sus familiares.</li> <li>• El consumo, les conduce a condiciones de pobreza, lo que conlleva a limitaciones económicas para acceder a los servicios y cubrir diagnósticos y tratamientos complementarios.</li> <li>• Muchos son fumadores o tienen condiciones de salud que hace los hace más vulnerables a adquirir TB pulmonar.</li> <li>• La mayoría de los usuarios de drogas, no han priorizado la adquisición de seguros de salud y por ende no tienen cobertura de servicios de salud. Pocos tienen empleos formales.</li> <li>• Esta población, igual que las dos anteriores, también es propensa a estigma y discriminación tanto en la sociedad como en los servicios.</li> <li>• El deterioro de su salud confunde la sintomatología (es una barrera clínica la diferenciación entre síntomas de TB y otras condiciones atribuibles al consumo).</li> </ul>
4	Comunidad LGTBIQ+	<p>Esta es una población sujeta a altos niveles de estigma y discriminación, tanto en la comunidad como en los servicios. Esto limita el acceso oportuno a los servicios de control de tuberculosis.</p>

### 6.1.3. Categorización de poblaciones clave priorizadas.

#### 6.1.3.1. Población clave Personas con VIH

Diagrama 1: Población clave de personas con VIH, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI Población clave personas con VIH

### Descripción general de la población clave

### Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

#### Autodescripción.

Desde el inicio de la Epidemia de VIH a la fecha, se han logrado avances con relación al estigma asociado a la condición. No obstante, persiste la discriminación en la comunidad, las familias y los centros de salud. El incumplimiento de la Ley de SIDA con relación a la realización de la prueba con fines laborales, más el hecho de que muchas PVIH tienen otras condiciones estigmatizantes (ser miembro de la comunidad LGTBIQ+, migrante o usuario de drogas, por ejemplo), limita las oportunidades de empleos formales y por ende la disponibilidad de recursos financieros para mejores condiciones de vida y la cobertura de salud.

La vulnerabilidad frente a la TB es mayor en personas de escasos recursos. PVIH con oportunidades de acceder a servicios de salud privados, no enfrentan los mismos problemas. De hecho, las estadísticas de país no están claras con relación a los diagnósticos de personas con condiciones de vida más privilegiadas (de hecho, con menos riesgo de adquirir la enfermedad o presentar complicaciones), pese a la instrucción de notificación obligatoria. Como en muchas otras condiciones de salud, la información sobre las personas afectadas por TB queda asentada en el centro y bajo criterios de “confidencialidad” acordada entre la persona afectada y el médico tratante.

Las personas participantes del grupo focal para población priorizada de personas que viven

con VIH señalaron que se autodenominan como personas coinfectadas, es decir infectadas doblemente al ser ambas TB y VIH infecciones, como observamos en el siguiente testimonio recogido:

*“Bueno, sí, soy una PVVIH, y eh, hemos tenido, yo he tenido situaciones también, y compañeros que están infectados también” (participante del GF de personas con VIH)*

En el desarrollo exploraremos qué tanto ello las afecta en el trayecto de la TB; es decir, en el camino que transcurren hacia su recuperación.

En los casos de combinarse en una persona varias condiciones estigmatizantes, la situación es más complicada. Es el caso, por ejemplo, de una persona con VIH, con TB sobreañadida, que es usuario de drogas y migrante. En los ejercicios, esta condición se presentó. Dicha combinación multiplica el estigma sobre todo en las familias y en los centros de salud. Es común la presunción de que pertenecer a una de estas poblaciones, justifica el riesgo, lo que aleja al personal de salud de un manejo clínico objetivo.

El temor a la discriminación es la principal barrera de acceso a servicios y diagnóstico oportuno. Las condiciones económicas no son las más favorables, lo que se atribuye a distorsiones sociales sobre la percepción de género, el estigma asociado con ser VIH positivo, el abandono de la familia y la falta de oportunidades para acceder a empleos formales.

Un factor común entre esta población y las demás priorizadas para fines del Estudio, es que las iniciativas de protección social no se dirigen a grupos específicos, independientemente de que estos sean considerados de impacto epidemiológico.

### ***Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.***

Si bien desde el Estado existe legislación que crea un marco jurídico para garantizar los derechos de a las personas con VIH o con SIDA en la República Dominicana, las personas participantes del estudio señalan que existen políticas que los favorecen como es el caso del acceso al tratamiento gratuito. No obstante, aunque también se encuentra normado el derecho al trabajo y que el diagnóstico de VIH no debe condicionar la obtención de un puesto laboral, el conservarlo o el obtener un ascenso, en la práctica, según refirieron, no es siempre así. Para corroboración, podemos referenciar el siguiente testimonio:

*“sí un patrón descubre que tú estás infectado, que muchas veces mandan a hacer las pruebas de controles sin que uno se dé cuenta, porque te dicen ve al laboratorio a hacerte unas pruebas, y si tú sales positivo, eh, muchas veces puedes ser despedido sin justificación alguna (participante del GF de personas con VIH).*

De esta manera entendemos que las personas con TB y VIH se encuentran en una situación de vulnerabilidad mayor debido al estigma y discriminación, lo que puede evidenciarse en la privación de una actividad social como trabajar, o sencillamente participar en actividades sociales (cotidianas para la población general). El confinamiento, o el hecho simple de

compartir con personas afectadas por TB o en riesgos de infección, aumentan su vulnerabilidad.

Se adicionan los problemas financieros o no tener una alimentación saludable y suficiente para enfrentar las consecuencias clínicas asociadas a su tratamiento y recuperación en el caso de la tuberculosis.

Las personas participantes de este grupo señalaron que no son tratadas con igualdad y que ello se agrava si se suman otras condiciones como la orientación sexual, el uso de drogas, el estar recluido en una cárcel o ser migrante.

### ***En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.***

La población de personas que viven con VIH/SIDA, es sujeto de estigma y discriminación en varios escenarios: la comunidad, la familia, y en los establecimientos de salud. En el capítulo anterior se citan testimonios indicativos de algunos desafíos en la comunidad en general, acrecentado, por ejemplo, en escenarios laborales donde se da la realización de la prueba de VIH sin previo aviso. Esto se traduce en limitación para obtener empleo o desvinculación sin “una causa justificada o aparente”. Cabe destacar que es una franca violación a derechos humanos, que está sugerido como hecho sancionable en la Ley de SIDA, pero que no se cumple por falta de monitoreo desde los organismos correspondientes.

Debe destacarse que la Ley de SIDA establece que una persona VIH positiva, no se está obligada a informar sobre su condición de salud, y su permanencia en un puesto debe asociarse solo al desempeño. No contar con un trabajo que les permita tener un estilo de vida saludable y condiciones económicas amigables, aumenta el hacinamiento, limitaciones con la alimentación, y por ende la exposición a la bacteria de la tuberculosis.

A pesar de los esfuerzos de país, persiste discriminación en los centros de salud por parte del personal, lo que provoca que las personas con VIH sean más vulnerables a la tuberculosis debido a que no se procura diagnóstico oportuno por miedo a los malos tratos o la divulgación de su información.

El camino hacia el diagnóstico (y posterior tratamiento en caso de resultar positivo), inicia de varias formas: preocupación propia de la persona afectada por TB en el caso de que maneje información sobre los síntomas; por recomendación de algún amigo o familiar; por captación en el nivel comunitario a través de personal de UNAP u ONG; o por cumplimiento del protocolo para el manejo de la coinfección TB/VIH. Sobre este último, se toma la decisión de descartar coinfección en el programa que capta al paciente. Es decir, si la persona ha llegado al centro a través del servicio de TB, se realiza la prueba de VIH, y en caso de ser positiva, se hace interconsulta con el Servicio de Atención integral (SAI). De igual modo, si el paciente es diagnosticado en el SAI, se hace la prueba de TB y se interconsulta según corresponda. El expediente y toda información, permanece en el programa que le dio entrada.

La administración de los medicamentos se ofrece en el programa que admite a la persona, bajo la responsabilidad del médico tratante y con el apoyo de las enfermeras, psicólogos o enlaces comunitarios. En el caso de que una persona no esté en condiciones físicas que le

permitan asistir al establecimiento, los medicamentos son provistos a la persona afectada por TB a través de las estrategias de cuidado domiciliar descritas en los lineamientos técnicos de ambos programas.

Es frecuente que la persona afectada por TB no quiera ser atendido en el establecimiento más cercano a su domicilio por temor al estigma y discriminación. Esto implica mayores gastos en transporte y que se tenga la necesidad de abandonar el trabajo (en caso de que se tenga uno formal).

La falta de educación es un factor incidente en la calidad de vida. Se expresa en varios sentidos. Por un lado, no tener oportunidad de acceder a puestos de trabajo formales por no contarse con los requisitos académicos. Por otro lado, la falta de capacidad para comprender riesgos, enfrentarlos, limitarlos y acceder oportunamente a servicios de diagnóstico y tratamiento.

El autoaislamiento de las personas con VIH se da muchas veces por el temor de contagiar a otros; pero también por el temor que sienten de comunicar su diagnóstico y ser estigmatizados y discriminados por sus familiares, parejas y amistades. Enfrentar esta situación es un gran desafío. El temor al rechazo, la discriminación de la que son sujeto, la falta de recursos económicos y la falta de oportunidades para una vida digna, les hace más vulnerables a la TB.

Debido a que por no demostrar los cuidados especiales que deben tener o incluso evidenciar los efectos iniciales de la medicación, pueden poner en mayor riesgo su salud y llegar a la coinfección. Las personas participantes señalaron esto como el principal desafío que enfrentan, como podemos ver en el siguiente testimonio:

*“Bueno, el principal es el estigma y discriminación, obviamente también cuando se hace el debut de que tú eres una persona que vive con VIH, el miedo, el miedo a informar a tu pareja o a tus parejas sexuales, o a tu familia, tus hijos que tú vives...que tú tienes esa condición. Porque esa noticia, es una noticia que paniquea a cualquiera” (participante del GF de personas con VIH)*

Con respecto a ello un participante señaló que el personal de salud de psicología que brinda el diagnóstico debería hacer seguimiento al contexto familiar y comunitario que atraviesa la persona afectada por TB post diagnóstico, lo que no siempre se realiza (pese a estar normatizado y señalado como abordaje en los lineamientos técnicos). Así vemos que el soporte psicológico para enfrentar el diagnóstico con la familia sería un soporte que sean menos vulnerable a la TB las personas con VIH.

Como se ha señalado en el documento de contexto legal, y según lo expresado tanto en grupos focales como en las entrevistas a informantes claves, la única disposición que establece derechos y mecanismos que den respuesta a la violación de los derechos humanos es la Ley de SIDA. Otras leyes, como la Ley General de Salud o la Ley de Seguridad Social, no hacen referencia específica a los casos de VIH. En estas, las indicaciones sobre la no discriminación en cuanto al acceso a servicios se aborda de manera general, citando derechos universales y

para todos los dominicanos independientemente de raza, religión, género, condición económica, procedencia, entre otros aspectos.

Aunque se cuenta con lineamientos técnicos para el abordaje programático y clínico de la tuberculosis, no existe una ley específica para la enfermedad. En este mismo orden, el código de trabajo no destaca el manejo de las personas que viven con VIH o que padecen tuberculosis, quedando las decisiones sobre permisos o permanencia en los puestos de trabajo, bajo el criterio de los empleadores.

Esta falta de especificación se acrecienta con el hecho de que los horarios de servicios no son consistentes con los horarios de las jornadas laborales, lo que representa una brecha de acceso. Lo común es que se priorice el empleo con relación al esquema de tratamiento, afectándose la adherencia.

La identificación de un caso de violación a los derechos humanos es muy limitada, y no se cuenta con un sistema judicial lo suficientemente robusto como para su procesamiento legal. En el país se han realizado capacitaciones específicas para el personal del contexto judicial, haciendo énfasis no solo en el manejo de casos, sino en el interés de participación de peritos en la formulación de leyes que favorezcan a las poblaciones claves con relación a temas de salud.

Al ser estas acciones esporádicas, no se cuenta con un sistema de educación continua ni se evidencia resultados en términos de modificación a las leyes vigentes, relacionadas con las poblaciones clave. Ninguna de las leyes relacionadas con la salud o con temas objeto de este estudio, está en proceso de revisión según consultas para los fines del presente estudio.

### ***Como describe la respuesta de TB***

Con fines de analizar situaciones y plantear propuestas que fortalezcan la respuesta nacional a la tuberculosis, el PNCT coordina mesas técnicas con tomadores de decisiones, en las que se plantean propuestas concretas. Dichos espacios se ven afectados por otras necesidades de país (como el caso de pandemias, brotes, iniciativas presidenciales, prioridades del MSP, por citar ejemplos). El COVID 19 es un ejemplo de que, a pesar de las intenciones y planificación, no siempre se pueden cumplir las agendas.

En general las personas que viven con VIH participantes del estudio consideran que, la tuberculosis no se encuentra dentro de las políticas del Estado, que no existe una reglamentación que priorice acciones para prevención de la coinfección, como lo señala el siguiente testimonio recogido:

*“Bueno no, yo creo que no, no yo no creo que eso está dentro de las políticas. Si se sabe porque todo personal que trabaja en un centro de atención integral, así le llamamos aquí a los centros donde recibimos tratamiento para VIH/SIDA. Tú sabes que la tuberculosis es una oportunista y ellos te orienta, no porque está reglamentado como tal” (participante del GF de personas con VIH)*

La respuesta de país a la tuberculosis consta de documentos técnicos que describen la ruta para la identificación de sintomáticos respiratorios, el diagnóstico y tratamiento hasta la curación, así como el manejo de Multidrogorresistencia o las recaídas. En el caso de las PVVIH, pese a la curación en el caso de la tuberculosis, quedan en la SAI para continuar con el manejo de su condición según los protocolos de atención.

Las oportunidades de manejo de casos en los que se comprueba estigma y discriminación se limitan al nivel de conocimiento de la persona afectada por TB, el que esté integrado en una ONG o iniciativas de la persona de las SAI (que suele tener más información con respecto al personal del programa de tuberculosis en temas específicos de coinfección). Ni en grupos focales, ni en entrevistas a profundidad tanto a personas afectadas por TB, como a informantes claves del contexto legal, no se hizo referencia a casos de sometimiento en el nivel judicial en caso de violaciones a los derechos humanos.

El personal entrevistado, vinculado a la atención a la tuberculosis, no reconoce que el manejo sea discriminatorio. Informantes clave del contexto legal, refieren que el énfasis del programa es el respeto a los derechos humanos fundamentales, hacia cualquier persona indistintamente de si pertenece o no a un grupo clave. Un comentario reiterado, es que concentrar esfuerzos en poblaciones clave, conduce a la auto discriminación y a que se descuiden otras condiciones que también merecen atención.

## **Desafíos que enfrentan en el camino de la TB**

### **Derecho y acceso a la salud**

En general las personas participantes señalaron que, el tener VIH o TB las hace vulnerables al estigma y discriminación. Esta es la principal justificación del temor que tienen **antes de la visita al médico**, el acercarse en busca de un diagnóstico y no ser bien tratado.

Su cotidianidad, los sumerge en situaciones de estigma. Es un desafío del día a día. También señalan respecto a la **obtención del diagnóstico** que existe desconocimiento del personal de salud que los atiende, acerca de las formas de transmisión del VIH, y ello conlleva a que las personas afectadas por TB tengan temor de acercarse en busca de un diagnóstico oportunamente.

A lo anteriormente expresado, varios elementos limitan el acceso oportuno: falta de recursos financieros para asistir a centro que prefieren lejos de sus áreas de residencia (mayor gasto en transporte); miedo al estigma (sobre todo en provincias donde *“todo el mundo se conoce, y si te ven sospechan”*); falta de seguro médico y por ende limitaciones para cobertura dado a que pruebas y medicamentos son gratuitos, mas no así los complementarios; y la limitación de horarios de los servicios, lo que compite con los horarios de empleos.

Respecto a la **continuidad del tratamiento**, varios entrevistados en grupos focales, así como, informantes claves del contexto legal refieren que los servicios deben ser más flexibles de manera que no pongan en riesgo las jornadas laborales. Al ser entrevistados directores de hospitales y gestores de programas, eso no representa un desafío si la institución (establecimiento de salud donde funciona el servicio), gestiona el personal y el programa con

una visión integral y centrada en la necesidad de la persona afectada por TB. Este comentario se refiere específicamente a que los servicios de TB solo se ofrecen de 8:00 am a 12:00 am. Algunos entrevistados indican que con frecuencia se inicia a las 9:00 am y sugieren que se inicie más temprano (para dar oportunidad a llegar a su trabajo y que se extiendan hasta la tarde para flexibilidad).

En el caso de la coinfección, la situación se complica porque los servicios, medicación, citas y seguimiento, no tienen horarios coincidentes.

Las preguntas en los diferentes espacios de recolección de información para los fines de este estudio arrojan respuestas confrontadas. Por un lado, el PNCT no es la instancia para la decisión dado que la gestión de los servicios corresponde al SNS. Los directores de los centros no muestran interés o esperan instrucciones. En resumen, no se identifica con claridad en cual escenario se subsana la situación.

Participantes en los espacios de consulta, señalan que en el caso de la tuberculosis la discriminación se agrava debido a que, por la forma de transmisión, el personal de salud que les atiende siente temor y tratan de que las atenciones sean rápidas y distantes, lo que resulta una en una atención sin calidez y con calidad disminuida al acelerar los procesos, como relata el siguiente testimonio:

*“...en el caso de la tuberculosis, usted sabe que es una enfermedad que se pega por esputo, ¿verdad? Y que cuando uno está hablando a veces sin querer hay partículas en el aire. Entonces es un pánico a nivel de los servicios. Pánico, decimos en dominicana, miedo, miedo a la infección. Y entonces eso hace que te traten diferente, un poquito retirado, un poquito aislado, y como que hacen lo que tienen que hacer de una manera mecánica y rápida” (participante del GF de personas con VIH).*

Otro aspecto que ha sido señalado por las personas participantes es que, dado el contexto de pandemia por la COVID 19, el **acceso a la atención** y tratamiento se vio limitado, debido a que las prioridades han estado enfocadas en atender la emergencia sanitaria. Ha representado un desafío para el país el desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, lo que pone en riesgo a las PVVIH frente a enfermedades oportunistas como es el caso de la tuberculosis. Esta situación que enfrentaron las personas con VIH durante los picos más altos de la pandemia nos lo detalla el siguiente testimonio:

*“Bueno, dado a que existen medicamentos, que ya la persona si lleva su tratamiento de manera adherente no va fallecer por SIDA ni se va complicar, que es una enfermedad que se podría considerar como una enfermedad crónica, y que la persona si lleva su tratamiento de manera adecuada, puede vivir su vida. Entonces se le ha dado más prioridad, bueno en estos últimos dos años, al COVID, muchos de los compañeros de aquí, que pertenecen a la red de aquí murieron por COVID, pero era porque eran pacientes que tenían SIDA, VIH/SIDA, y que no estaban sus medicamentos de manera adecuada y regular” (participante del GF de personas con VIH).*

**Previo al diagnóstico**, el mayor desafío es la falta de recursos económicos para trasladarse a los establecimientos de salud. Se prefiere asistir a centros distantes del lugar de domicilio. Ante sospecha, las personas afectadas por TB entrevistadas refieren mantener sus preocupaciones o diagnósticos en completa confidencialidad (salvo algunas excepciones en las que se cuente con una persona de confianza que puede ser amigo, algún miembro de la familia, o una persona de ONG con la que estén vinculados). Como señalan muchos de los entrevistados, no se tiene suficiente información sobre instituciones que les den apoyo, fuera de los establecimientos donde han decidido asistir.

Respecto de la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento y de finalización del tratamiento, no se mencionaron en el levantamiento de información.

## Género.

Cuando hablamos de género en salud, nos referimos no sólo a las diferencias sino a las desigualdades (menos información y menos recursos) que existen en este caso en el **acceso a los servicios de salud** de las personas con VIH, y que puede hacerlas más vulnerables a la tuberculosis. Las personas participantes señalaron al respecto que, aunque existe una respuesta del estado a partir de normativas o políticas, la discriminación persiste y se agudiza en el caso de las personas con VIH al relacionarla a su orientación sexual y a conductas de riesgo, y es que al ser el VIH de transmisión predominantemente por vía sexual, encierra prejuicios que según nos refieren las personas participantes afectan la decisión de **visitar el centro de salud** y así el **acceder al diagnóstico** y este temor a ser discriminados puede alcanzar incluso la **continuidad del tratamiento** como nos cuenta el siguiente testimonio:

*“Eso ha variado un poco en los últimos tiempos, pero el Estado tiene políticas, lo único es que tenemos discriminación, de aceptación de la condición, del estilo de vida, de la orientación sexual de las personas que viven con VIH. Sin embargo, eso como que no se lleva a cabo, no todo el mundo trata a las personas que vivimos con VIH de manera igualitaria”  
(participante del GF de personas con VIH).*

Durante las entrevistas, se reiteró que el concepto género abarca no solo a hombre-mujer, sino a personas que tienen sexo con su mismo sexo. Las respuestas tanto de personas afectadas por TB como de personal de salud fueron reiterativas en el sentido de que la preferencia sexual si bien es cierto que puede ser un tema “tabú” y “todavía existe discriminación”, no “tiene que afectar el manejo de la TB, del VIH o la coinfección”.

El tema de roles es significativo. El predominio es que las mujeres sean “cuidadoras”, y los hombres “proveedores”. Este hecho es cultural, no exclusivo de las PVVIH u otras poblaciones clave. Esta realidad social limita que los hombres asistan menos a un servicio, con relación a las mujeres que frecuentan más los hospitales, ya sea por causas propias, como por el hecho de “tener que acompañar” a familiares como padres e hijos.

Una realidad a destacar, relacionada con las limitaciones de acceso en el caso de coinfección, es que, si bien el país cuenta con un aproximado de 1,700 de servicios de TB, solo existen 76 Servicios de Atención Integral. De estos, pocos tienen la capacidad de atención a

adultos y niños. La relevancia del hecho es que, si hay varios PVVIH dentro de una misma familia, aumentan los gastos de transporte, estudios y tratamientos complementarios, y la imperiosa necesidad de abandonar empleos para ocuparse de la situación.

Respecto de la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento y durante el tratamiento ambulatorio, no se mencionaron en el recojo de información.

## Estigma.

El diagnóstico de VIH no es información que el paciente divulgue abiertamente. El temor a la discriminación, incluso en el entorno familiar, es una constante, salvo en las personas que por acceso a información o madurez sobre su proceso decidan dar el salto hacia la convivencia natural. Es más común en los casos de activistas VIH positivos, o personas vinculadas a ONG, o integradas en grupos de apoyo.

Las personas con la coinfección TB-VIH, perciben que en general son estigmatizadas. Tener VIH les genera dudas y temor de **acercarse al establecimiento** en busca de ayuda ante la sospecha de tener tuberculosis. Esta estigmatización también es identificada por los participantes desde el personal de salud, es decir, el estigma existente hacia este grupo afecta el tener una atención con calidad y calidez y eso afecta la **obtención del diagnóstico** de TB, pero también durante el tratamiento ya que, según refieren las personas afectadas por TB, los proveedores de salud les atribuyen características al conocer su diagnóstico y las tratan de manera diferente, siendo discriminadas con burlas y/o juicios de valor, y hasta sin cuidar la confidencialidad del diagnóstico.

El VIH genera prejuicios por los modos de transmisión. Culturamente, y pese a esfuerzos de la respuesta al VIH, se asume que una persona VIH positiva es “culpable de su contagio, por su estilo de vida”. Este hecho se considera como una vulnerabilidad por la limitación de acceso oportuno a un diagnóstico y la **permanencia en un esquema de tratamiento** si el servicio no resulta amigable para la persona. Se suman temas de movilidad en búsqueda de mejores condiciones de vida, limitando la adherencia por debilidades del sistema de referencia y contrarreferencia (derivación según nomenclatura del PNCT).

Estos hechos se expresan en conductas discriminatorias durante la atención, como vemos en el siguiente testimonio relacionado con la adherencia al tratamiento:

*“Bueno usted sabe que, eh, VIH es una enfermedad de transmisión sexual, entonces el hecho de que se pegue sexualmente ya es una discriminación porque mucha gente dice, hasta el mismo personal de salud, bueno eso te lo buscaste tú, porque esa no es una enfermedad que te la mandó Dios. Eso te lo buscaste tú, y quizás de la manera más sabrosa, así mismo relajan con uno y entonces, si aparte de eso de la condición de VIH, y vas bien flaquito, con tos, eh, y se determina que lo que tienes es una tuberculosis, eh, entonces, incluso maltratan a uno. Como va a ser que tú tienes tanto tiempo siendo una persona con VIH, ahora vienes con una oportunista, porque no te cuidas, porque no tomas el tratamiento a tiempo...todo ese tipo de cosas. Y eso se da desde la persona que te recibe,*

*la recepcionista, o no sé cómo le llamen...la que está ahí en información, hasta las enfermeras y el mismo personal clínico” (participante del GF de personas con VIH)*

Por estas razones las personas afectadas por TB prefieren atenderse en otras localidades lejanas a las de su residencia, tratando de evitar ser identificadas y que se viole su confidencialidad y el derecho a preservar su información personal. Obviamente es una causa fundamental en lo referente a la **continuidad de su tratamiento**. Es común que las PVVIH, prefieran recibir el tratamiento para tuberculosis en el SAI, donde cuentan con personal al que le tienen más confianza.

*“El estigma y discriminación dentro de los servicios de salud, todavía existe el rechazo, existen la mirada, ese lenguaje no verbal, la gente te mira, hace muecas, morisquetas: en fin, se siente el peso de la discriminación”  
(participante del GF de personas con VIH)*

Respecto de la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento no fue mencionado en el recojo de información.

## **Financiero.**

El Estado Dominicano (Gobierno) cuenta con iniciativas de asistencia social. Básicamente, alimentos, viviendas, subsidios para gas propano (necesario para cocinar), subsidio para cobertura de energía eléctrica, viviendas (construcción y reparaciones), educación, acceso a tecnología, entre otros programas relacionados con la calidad de vida.

Respecto al tema financiero algunas personas con VIH participantes del estudio señalaron recibir apoyo del gobierno para adquirir gas o alimentos. Esta opinión contrasta con las de otros que refieren no contar con alimentos debido a la pérdida del empleo luego de darse a conocer su diagnóstico y no poder recurrir a la asistencia gubernamental, que está condicionada, y que no toma en cuenta situaciones especiales como las de ser una PVVIH o persona afectada por TB.

Estas ayudas son un aporte importante en términos de la situación financiera de los pacientes con VIH y su familia, y sin dudas, aunque no sea suficiente o no cubra todas sus necesidades, el tenerlas contribuye a la mitigación de los gastos de bolsillo, lo que por ende ofrece ciertas facilidades en el camino de la TB por estar relacionadas con el estado nutricional de los afectados. Se relata en el siguiente testimonio:

*“dan unas ayuditas, son mínimas, pero te dan para que tu puedas comprar alguna comida, para que compres el gas, etcétera. Si, es una ayuda, no es gran cosa, pero algo es algo, algo es algo” (participante del GF de personas con VIH).*

Sobre estos subsidios gubernamentales, es necesario destacar que solo se ofrecen a personas con documentación (cédula) por lo que si una persona no está documentada, no tiene acceso. De igual modo, no son ayudas masivas (para toda la población), sino puntuales

y a las que tienen acceso personas identificadas bajo los mecanismos definidos por las estrategias. No están diseñadas o están segmentadas para personas con condiciones especiales como el caso de PVVIH o personas afectadas por TB.

Los contextos de repuesta al VIH y a la tuberculosis, no incluye alianzas formales (a la fecha de este estudio) para cubrir las necesidades de las personas afectadas por sendas condiciones, a través de estas iniciativas gubernamentales.

Es preciso señalar que los participantes consideran la entrega gratuita de medicamentos para la TB y VIH es un valioso aporte del Estado para mejorar su calidad de vida, lo cual disminuye el desafío financiero que deben enfrentar una vez **obtenido el diagnóstico y durante el tratamiento**.

Importante señalar, que el predominio de personas afectadas por TB, son personas de escasos recursos. Es decir, en condiciones generales, no viven dignamente en el orden de la vivienda, alimentación, y otros temas relacionados con la calidad de vida. Salvo excepciones, tampoco cuentan con cuidadores o sustento proveniente de otros miembros de la familia.

Respecto de las etapas antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, y durante la fase hospitalaria del tratamiento estas no fueron mencionadas en el levantamiento de información.

## Geográfico.

Las limitaciones de acceso geográfico no son un problema sensible en la República Dominicana. La cantidad de establecimientos de salud (tres niveles desde UNAP hasta hospitales especializados), es amplia. No obstante, la limitación está dada por la falta de dinero para ir a los establecimientos, sobre todo cuando se tiene un diagnóstico y se debe ir diario al hospital para recibir los medicamentos. Se agrega, que aun cuando se tenga un establecimiento de salud cerca, no todos tienen programa de TB o VIH, y aún si lo tuvieran, no siempre es el lugar de elección de la persona afectada por TB por temor al estigma y la discriminación. Pocas ONG, que suelen ser más amigables, cuentan con servicios de TB, siendo más común que dispongan de programas de VIH.

Las personas participantes del estudio señalan respecto a los desafíos geográficos que experimentan que, por temor al estigma y discriminación, deciden buscar la atención en zonas alejadas de su comunidad, con lo que resguardan la confidencialidad:

*“...Por el asunto del quedar descubierto en la comunidad, por el asunto del estigma y la discriminación que hay sobre nosotros, ¿verdad? Y por pensar que el personal que atiende, el personal clínico que atiende al paciente muchas veces no reúne las características de la confidencialidad”  
(participante del GF de personas con VIH).*

Esto repercute en la búsqueda de atención en localidades alejadas de su comunidad, lo que por la distancia que habría que recorrer, es un desafío que afecta la **visita al médico**, el **obtener y conocer el diagnóstico**, así como la **toma y adherencia al tratamiento**. En el caso

de requerir **hospitalización**, la distancia también limitaría el acceso oportuno.

La mayoría de las personas afectadas por TB, son personas de escasos recursos, y la condición limita que tengan empleos dignos. Muchos, recurren a negocios informales para la generación de ingresos, ocultando en la medida de lo posible, su condición. Por falta de dinero para transporte, estudios (diagnósticos) y tratamientos complementarios, el manejo de la condición no siempre se puede llevar según las recomendaciones médicas. De hecho, varios entrevistados indican: “sé que es importante, que debo cuidarme, pero es más importante comer y buscar el sustento de mi familia”. En el caso de no tener seguro médico, lo que también es frecuente cuando no se tiene un empleo formal, el gasto de bolsillo aumenta, limitando que se acceda a los servicios oportunamente.

Respecto de la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento esta no fue explorada en este punto del recojo de información.

## Desafíos laborales.

Las únicas especificaciones del código laboral dominicano frente a una condición particular son las relacionadas con la maternidad. Esto no significa que no se haga referencia al cumplimiento de derechos humanos fundamentales, pero si es pertinente la observación de que no se hacen especificaciones para grupos especiales<sup>12</sup>.

Como pudimos observar en el desarrollo del análisis el tema laboral está presente debido a que la permanencia o contratación se puede ver vulnerada al conocerse el diagnóstico en su lugar de trabajo. Es una práctica frecuente la realización de la de VIH sin consentimiento, y por los comentarios realizados por los participantes, también sería sin la consejería previa, la que forma parte de las normas. Esto es una vulneración a sus derechos según se describen en la Ley de SIDA.

Es así que, lo laboral se convierte en un desafío pues la **obtención del diagnóstico** podría generar despido, y que algunos trabajadores sientan temor de **acceder a los servicios de salud** de TB por temor a un diagnóstico que conlleve a abandonar sus trabajos, sobre todo por las limitaciones de horarios los que en los servicios suelen coincidir con las jornadas en sus puestos de trabajo.

*“No tengo energía, no puedo respirar, no puedo ni siquiera hacer lo cotidiano como limpiar mi casa o atender a mis hijos”.*

Muchos, por no contar con la comprensión por parte de empleadores, se ven obligados a abandonar sus puestos y dedicarse a empleos informales. Se suma a esta limitación el hecho de que, en las primeras fases de la enfermedad, las condiciones físicas no son las mejores. Citan personas afectadas por TB:

*“Por ejemplo, si un patrón descubre que tú estás infectado, que muchas veces mandan a hacer las pruebas de controles sin que uno se dé cuenta,*

---

<sup>12</sup> [https://mt.gob.do/images/docs/biblioteca/codigo\\_de\\_trabajo.pdf](https://mt.gob.do/images/docs/biblioteca/codigo_de_trabajo.pdf)

*porque te dicen ve al laboratorio a hacerte unas pruebas, y si tus sales positivo, eh, muchas veces puedes ser despedido sin justificación alguna” (participante del GF de personas con VIH).*

Esta situación ocurre, aunque las personas conozcan de la existencia de una legislación que protege el cumplimiento de los derechos de las personas con VIH, ya que según refieren se utilizan otros pretextos para los despidos o simplemente no son contratados, como observamos en el testimonio a continuación:

*“vamos a “limpiar” un poco el personal, porque no hay suficientes trabajos, entonces ahí incluyen a todos los que están infectados. Pero entonces, como uno no sabe exactamente por qué te cancelaron o prescindieron de tus servicios, uno no puede entonces actuar a nivel legal. Porque para actuar a nivel legal y denunciar, tú tienes que tener las pruebas de que fue por tu tener VIH” (participante del GF de personas con VIH).*

Otro desafío es que, para la cobertura de estudios y diagnósticos complementarios, así como para mejoras en la alimentación, no se cuenta con recursos suficientes. Aún si tienen seguro, generalmente es el Plan Básico de Salud y este no cubre mucho de lo que se necesita. Ni el programa de VIH ni el de TB cuentan con recursos para ayudas. Algunas personas afectadas por TB refirieron incluso que, muchas veces tienen que llevar su propia leche, o jugo o agua para **tomarse los medicamentos**, o en ocasiones no van a su cita porque no han “encontrado con qué desayunar y no quieren tomar tantos medicamentos con el estómago vacío”. Se recuerda que, en el caso de coinfección, son muchas “pastillas” porque se administran para TB y para VIH.

Respecto de la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento no se exploró en este punto del levantamiento de información.

Cuadro N° 8: Desafíos que enfrenta las personas con VIH en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	2	2	2	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	2
Género.	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
Estigma	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
Financiero	3	3	3	Participantes no señalaron haber	3

				sido hospitalizados.	
<b>Geográfico</b>	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
<b>Desafíos laborales</b>	1	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
<b>Otro</b>					

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

El cuadro N°8 resume los desafíos que enfrentan las personas con VIH en el camino de la TB, en este se puede observar que, los relacionados al género, estigma, financiero y geográfico son los mayores que enfrentan y en todos los momentos del camino de la TB, aspectos que además se cruzan entre sí, debido a que, por el temor de ser identificados y poder ser discriminados por el estigma percibido, recurren a establecimientos de salud alejados de sus comunidades, lo que les genera gastos de transporte, respecto del género los desafíos están en que existe estigma que señala a las PVVS como personas que realizan conductas de riesgo y con orientación sexual no heterosexual, razón por las que son menospreciadas y vulnera su derecho a la salud. Se evidencia que la fase hospitalaria no fue señalada como un momento en que se generen desafíos o no se exploraron porque los participantes no señalaron haber sido hospitalarios. Por otra parte, los desafíos laborales, así como en general los derechos y acceso a la salud, también resultan un reto para las PVVS.

### **Facilitadores en la cascada de TB**

#### **Proveedores de salud**

En el tema de acceso se ha citado que los caminos hacia el diagnóstico inician en varios escenarios: preocupación propia porque se tenga conocimiento, recomendación de otra persona, identificación como sintomático respiratorio por un enlace comunitario o porque se esté en asistencia (ambulatoria o por ingreso) debido a otra condición.

En la República Dominicana, las pruebas y medicamentos son gratuitos, como lo pueden ser algunos servicios cuando se tiene seguro médico o cuando se recibe un servicio por emergencia o de manera subsidiada (por el gobierno o por alguna ONG en el caso de condiciones especiales como una persona beneficiaria de un proyecto, por ejemplo).

Tanto la Constitución de la República, como las leyes de Salud y de Seguridad Social, indican la universalidad de la atención y el acceso a salud como un derecho inherente a los dominicanos (nótese el término con fines de aclaración en el capítulo correspondiente a migrantes).

Bajo condiciones especiales (como emergencias o necesidad de asistencia en programas de impacto epidemiológico como el caso de la TB o VIH), los servicios básicos se reciben de manera gratuita. No así cuando se trata de servicios especiales (sea para diagnóstico o tratamiento especializados).

Esta “gratuidad” es relativa. Nótese que, en algunos testimonios, las personas afectadas por TB refirieron tener que llevar alimentos (jugo, leche o agua) para tomarse los medicamentos, pues no siempre se cuenta con ellos en el servicio donde reciben la medicación. Además de lo que significa en términos financieros, ha de notarse que se incurre en faltas a derechos humanos (por la no garantía de condiciones mínimas de los servicios y porque implica gasto de bolsillo para algo que se define como “gratuito”). En el caso de no contarse con recursos para comprar este alimento, la persona afectada por TB no asiste, poniendo en riesgo la adherencia.

Si no se cuenta con garantías de alimentación (mínimas), la persona afectada por TB tampoco acude a los servicios ya que requiere “estar con el estómago lleno, o sea, haber desayunado” antes de tomar “todas esas pastillas”. Caso que se agrava en la condición de coinfección.

Una vez en servicio, el paciente, ya sea que pertenezca al Programa de VIH o al Programa de TB, es atendido según los lineamientos técnicos. Nótese, no obstante, que “pertenecer” a un programa, limita la atención integral por el hecho de que contar con interconsulta o algún servicio complementario, implica una articulación eficiente y eficaz en el establecimiento, lo que solo se da en lugares donde se han llevado a cabo procesos para un abordaje sistémico de la persona afectada por TB. La gratuidad total de la atención solo se da en casos de que se cuente con seguro médico (algo a lo que no todas las PVVIH, como otras poblaciones clave, tienen acceso).

A la consulta relacionada sobre el **acceso a la salud** y el manejo de los proveedores de salud, las personas participantes del estudio señalaron que en sentido general el servicio es bueno, que reciben información sobre las enfermedades oportunistas como la tuberculosis y su derecho de recibir atención con empatía, calidez y calidad, lo que puede ver en el siguiente testimonio:

*“Por ejemplo, cuando tú vas, te toca tu cita eh, para recoger tu medicamento, tú llegas, el médico te ve delgado, te ve como que estás tosiendo, tú le dices que tiene una gripe. Y el médico dice, no, vamos a hacerte la prueba de tuberculosis entendiendo que la tuberculosis es una enfermedad oportunista. Y si tú sales positivo, te dan el tratamiento, te dan tu tratamiento de tuberculosis aparte del tratamiento de VIH” (participante del GF de personas con VIH).*

Los participantes identifican al servicio de atención integral – SAI como un lugar en el que reciben apoyo de un equipo multidisciplinario en el que pueden reconocer si existe posibilidad de estar desarrollando una enfermedad oportunista. De ser así, reciben tratamiento, soporte psicológico y la oportunidad de atención complementaria en el establecimiento, por las coordinaciones del personal a cargo (en especial los médicos y enfermeras). En este servicio cuentan con diversas especialidades como infectología, enfermería y psicología, entre otros. Según la percepción de la mayoría de entrevistados, es un servicio amigable, como se expresa en siguiente testimonio:

*Si claro, en el país hay algo que se llama SAI, que significa Servicio de*

*Atención Integral, ahí hay un equipo multidisciplinario. Hay una infectóloga, una psicóloga, están las enfermeras, los cardiólogos y algunos más especialistas, y ahí te tratan con respeto, con cariño, y te dicen todo lo que tiene que ver con tu enfermedad, y las consecuencias de la tuberculosis que es una oportunista. (Participante del GF de personas con VIH).*

No obstante, se ha recogido información que señala al personal de salud como quienes estigmatizan y discriminan a las personas con VIH con TB (o posibilidad de tener un diagnóstico positivo a la TB), ausencia de información al brindar el diagnóstico. Se argumenta adicionalmente, falta de acompañamiento psicológico para enfrentar el diagnóstico, lo que afecta la **obtención del diagnóstico** debido a que puede generar problemas en la familia o el entorno comunitario (énfasis en la pareja).

Ya con un diagnóstico y un esquema de tratamiento, la adherencia no está garantizada en un ambiente discriminatorio, o si por razones particulares se requiere migrar de una provincia a otra cuando el país todavía enfrenta desafíos en términos de referimiento (tema sensible, ampliamente demostrable en estudios y minutas de espacios de análisis sobre la calidad de la atención en salud).

Si bien es cierto que el programa cuenta con mecanismos para el seguimiento (como el caso de una persona afectada por TB que no asista a su cita), algunos solicitan el referimiento u optan por mudarse de ciudad lo que dificulta la **continuidad del tratamiento**. Muchos, al movilizarse (trasladarse de provincia o sector), aun sabiendo su diagnóstico, llegan al establecimiento seleccionado y no siempre informan la condición, prefiriendo “empezar de cero, donde no me conocen”.

Respecto a la etapa de finalización del tratamiento, no se profundizó en el levantamiento de información.

### **Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).**

Muchos de las personas afectadas por TB entrevistados han sido conducidos por algún familiar o amigo cercano. Refieren, además, que, si resultan positivos, son estas personas la que se constituyen en cuidadores y estimulan la red de apoyo.

*“A mí me trajo una vecina que ella dice es promotora de salud”.*

No todas las áreas de residencia (constatado en la consulta sobre opciones de mecanismos de apoyo según pregunta de la guía de entrevistas), se dispone de opciones de apoyo grupal, comunitario, de ONG, o de programas especiales para asistencia domiciliar o social.

Tanto PVVIH entrevistadas en grupos focales, como entrevistados del contexto legal refieren dos desafíos en cuanto a las redes de apoyo. Uno es el hecho de que la presencia de proyectos de ONG no es constante en todo el país. El segundo es que las incidencias son limitadas, los programas no necesariamente abarcan todas las necesidades de las personas afectadas, y los fondos no son sostenibles por ser puntuales y no estar asumidos los paquetes de intervención como políticas de Estado.

Durante el desarrollo del estudio se han encontrado testimonios que refieren el estigma y la discriminación en diferentes espacios, y que es necesario sensibilizar a la comunidad, acompañar a las familias de la persona afectada por TB en el post diagnóstico. Existe temor de enfrentar el diagnóstico frente a la familia y amistades, lo cual puede ser un limitante para la **acceder a los servicios de salud** y ante la **obtención del diagnóstico** el muy necesario apoyo para **continuar el tratamiento**. Por otra parte, existen voces de las personas con VIH participantes del estudio que señalan: “han encontrado apoyo de parte de su comunidad, las personas van informándose y aprendiendo acerca de las formas de transmisión y de los cuidados en la salud y sobre todo en la alimentación que deben seguir”,

*“Bueno, si vive en un pueblo donde hay grupos organizados de personas que viven con VIH, esa persona tiene mucho apoyo del grupo. Pero también yo pienso que, aunque lentamente, la gente ha ido entendiendo que el VIH no se pega así, entonces ese rechazo que había en la comunidad cuando se regaba dizque fulano está infectado, ya no hay, ya la gente te da apoyo, si te tiene que dar un plato de comida te lo da, si te ve que tú estás muy desmejorado, por ejemplo, que te estás poniendo flaquito, que tienes una tos persistente, te dicen: ¡¡cuidao!! Se han convertido como en aliados, aliados de uno. Te estoy hablando de mi caso específico, ¿verdad? Aquí dentro de la comunidad. Se han convertido en aliados, y uno siente como que te quieren, que te están dando apoyo, que te están orientando”  
(participante del GF de personas con VIH).*

Entre los entrevistados, se encontraron situaciones diferentes. Unos refieren haber recibido apoyo de las familias. Otros, sin embargo, refieren incluso violencia o separaciones de sus parejas por temor. Algunos indican “alejamiento” de las familias y amigos por temor al contagio y aun estando curados, prefieren mantenerse aislados, costándoles reinsertarse socialmente “porque el estigma permanece por ignorancia, aun cuando digas que te curaste de la tuberculosis y que el VIH no se contagia a menos que se tenga contacto sexual”. Algunas condiciones son más hostiles como el caso de que además de la condición se consuma drogas, o la persona sea trabajador/a sexual. Mucho peor si se es PPL. Como hemos dicho en maneras reiteradas, muchos casos combinan condiciones.

Respecto a la etapa de finalización del tratamiento, no se trató en el recojo de información.

### **Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).**

La captación de pacientes sintomáticos respiratorios a nivel comunitario, se producen bajo dos circunstancias. La primera es que exista un trabajo activo del personal de la UNAP que corresponde a la localidad; y la segunda es que exista la presencia de una ONG (generalmente por proyectos ejecutados con el apoyo del financiamiento internacional y con metas definidas).

La vía de captación de sintomáticos respiratorios, es el alcance de la persona VIH positivo por la necesidad de cumplimiento del protocolo nacional para descartar coinfección.

Las personas con VIH participantes del estudio señalaron que es necesario reforzar la participación del personal de psicología para el manejo del **diagnóstico** en personas afectadas por TB, familia y comunidad.

Otro grupo de participantes señala recibir apoyo para cubrir gastos referidos a su alimentación desde el Estado, apoyo de su comunidad que les brinda alimentos cuando lo necesitan, y apoyo emocional durante momentos difíciles que enfrentan, lo cual es una ayuda para la **continuidad y finalización del tratamiento**. Pocos refieren conocer otros mecanismos de apoyo y los mínimos están vinculados a alguna ONG.

Tras la pregunta correspondiente (según las guías para personas afectadas por TB, grupos focales e informantes clave del contexto legal), se respondió que no es fácil acceder a mecanismos de procesamiento en el sistema judicial frente a casos de discriminación o violación de derechos. Muchas personas afectadas por TB quisieran hacerlo, sobre todo en los casos en que son desvinculados sin razón aparente, pero cuando se sabe que es por el diagnóstico. La comprobación de la violación es difícil, a lo que se adiciona que el proceso y los gastos implicados no son asequibles.

Entrevistados del Contexto Legal, tanto de ONG como personal de salud, indica “no recordar casos recientes” en caso de que haya existido una situación que justifique el procesamiento legal. El argumento más común es como demostrar en un tribunal y que siempre será “la palabra del médico contra la palabra de la persona afectada por TB...nunca se gana”.

Otros participantes identifican a los grupos de autoayuda como espacios positivos para recibir orientación. Del mismo modo, consideran valioso el trabajo de apoyo psicológico que reciben en la consejería pre test y post test en que reciben como parte del proceso de diagnóstico de VIH. En el caso de TB se dan orientaciones generales sobre riesgos y condición, más en el caso de VIH el proceso es más abarcador en términos de acompañamiento de psicólogos y pares.

Refieren recibir información completa sobre estilos de vida saludables y la importancia de la adherencia. Contar con esta información, contribuye con que las personas afectadas por TB perciban mayor seguridad, cumplan las indicaciones y concluyan sus tratamientos con éxito. Lo dicho se constata con el siguiente testimonio:

*“la consejería pre y post prueba en el país se da por un personal entrenado, que te muestra, te dice ehhh, algunos aspectos clínicos en general, las características, signos y síntomas, te orientan de cómo mantener tu calidad de vida, y como mantenerte adherente al tratamiento” (participante del GF de personas con VIH).*

Como se citó anteriormente, los informantes claves del contexto legal, de manera unánime, refieren no conocer de casos que se hayan sometido a la justicia. Solo una representante de ONG hizo referencia a un caso “hace años”, y pocas instituciones cuentan con abogados los que dan apoyo de manera voluntaria. Funcionarios del sector público, no cuentan con

recursos o experiencia, ni el sistema judicial dominicano establece el manejo para casos de violación de derechos humanos en el caso específico de la tuberculosis o el VIH. En el caso del personal entrevistado, se argumenta que no corresponde al establecimiento de salud dar curso legal, y que su área de acción o competencia se limita a las sanciones en caso de que se compruebe una falta. La ley de SIDA, no obstante establecer las sanciones, no es del todo conocida por las gerencias hospitalarias y especialistas que con frecuencia deben ser interconsultados para el manejo clínico.

Cita un entrevistado del área gerencial:

*“Comprobar una falta en un personal es difícil, siempre será la palabra del médico contra la del paciente, por eso no conozco ningún caso que se haya procesado ni en el establecimiento ni en el sistema judicial”.*

### **Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.**

La gratuidad de los “servicios” está limitada a pruebas y tratamiento. Si una persona demuestra en el establecimiento a través del programa de asistencia social que no cuenta con recursos, o si está **hospitalizado** por complicaciones, existe la posibilidad de que pruebas complementarias sean exoneradas. De no contarse con seguro médico, las opciones son más limitadas. Cabe destacar que para exoneración (proceso) se precisa exposición de la condición lo que limita que la persona agote el procedimiento y frecuentemente prefiera asumir los gastos implicados en su atención.

Una vez diagnosticadas, Las personas con VIH participantes del estudio valoran positivamente que en el país se reciba el tratamiento antirretroviral y de TB de manera gratuita, lo cual es un beneficio que ayuda directamente la **continuidad del tratamiento**, como también al **éxito de este** en el caso de la TB como señala el siguiente testimonio:

*“Los medicamentos son gratis, y no en todos los países del mundo eso se logra” (participante del GF de personas con VIH).*

Respecto a la relación entre el acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos y el acceder a los servicios de salud, como facilitadores en el camino a la TB, no se trató en el levantamiento de información.

### **Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.**

Los participantes refieren que existe una legislación para garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con VIH (Ley de SIDA). En los grupos de ayuda mutua de personas con VIH existen abogados que aportan con información y seguimiento (generalmente de manera voluntaria, por la conciencia de que no se cuenta con fondos para cubrir honorarios).

En casos de vulneración de derechos que se presentan, y aspectos de necesidad de mejora en el **acceso a los servicios de salud** de TB de las personas con VIH, la realidad se expresa en esta cita:

*“Hay una ley que te ampara, pero dentro de los grupos de personas que viven con VIH, que son muchos, hay muchos en todo el país, aquí en Santo Domingo hay varios, eh, ahí hay profesionales del derecho. Entonces se convierten en el personal legal que te va a ayudar. Y también el Ministerio te puede asignar un abogado también” (participante del GF de personas con VIH).*

*“Si claro, en el país hay algo que se llama SAI, que significa Servicio de Atención Integral, ahí hay un equipo multidisciplinario. Hay una infectóloga, una psicóloga, están las enfermeras, los cardiólogos y algunos más especialistas, y ahí te tratan con respeto, con cariño, y te dicen todo lo que tiene que ver con tu enfermedad, y las consecuencias de la tuberculosis que es una oportunista” (participante del GF de personas con VIH).*

Sin embargo, no mencionan o identifican algún mecanismo que vigile o supervise el cumplimiento de estos derechos o que realice el monitoreo basado en derechos. Por ejemplo, para casos que pueden afectar la **obtención de diagnóstico** y la **continuidad al tratamiento** al tratar de ocultarlos para evitar la discriminación, como vemos a continuación:

*“En relación a las personas con VIH, se espera que se respeten los derechos de los pacientes para que no los despidan del centro de labores. En cuanto a la comunidad, que se disminuya el estigma hacia aquellas personas que viven con VIH, dado que su entorno realiza preguntas sobre cómo contrajo la enfermedad y emplea el lenguaje no verbal, haciendo sentir a los pacientes discriminados” (participante del GF de personas con VIH).*

El contexto político y legal de la República Dominicana, sustenta un comportamiento del personal alejado del estigma y discriminación. En el caso específico del VIH, muchos esfuerzos documentados dan fe de ello, incluyendo lineamientos técnicos. Sin embargo, no existen reglamentos o procedimientos claros que guíen al personal gerencial en la valoración sistemática de la calidad de los servicios. Los programas, tanto de VIH como de tuberculosis, limitan el monitoreo a la recolección de datos sobre la ocurrencia de casos, no así a la forma en que son provistos los servicios. Información al respecto, es generalmente recolectada a través de estudios puntuales, que estén dirigidos o implícitos con relación al tema.

Respecto a la etapa de finalización del tratamiento, no se trató en el levantamiento de información.

Cuadro N°9: Apoyo en el acceso a los servicios de salud a las personas con VIH

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	2	2	2
Familia	2	2	2	2
Parientes	2	2	2	2
Comunidad	1	1	2	2
Apoyo entre pares	1	2	3	2

Apoyo social y material	1	1	2	2
Apoyo psicológico y emocional	2	2	2	2
Apoyo legal	1	1	2	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	2	2
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	2	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	1	1
Manejo de casos	1	2	2	1

3 = Muchos, 2 = algunos, 1 = Ninguno

En relación, a los facilitadores en el acceso a los servicios de salud a las personas con VIH se observa que los proveedores de los programas de salud de TB, la familia y los parientes son identificados como quiénes brindan algún apoyo a la cascada de la atención; aun cuando sienten temor de comunicar el diagnóstico a sus familias o amigos, son estos los que los asisten cuando su salud se debilita y quienes los llevan al establecimiento de ser necesario. Así también, aunque en menor medida, la comunidad, apoyo entre pares y el apoyo psicológico también contribuyen en facilitar la cascada, sobre todo el apoyo entre pares para continuar el tratamiento, por lo que refirieron que se necesita mayor sensibilización. Queda pendiente fortalecer el trabajo respecto del monitoreo de basado en derechos.

El Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos, facilita en gran medida la continuidad de tratamiento y la finalización del mismo, lo que indica que la reducción de gastos en salud, incrementa el acceso a servicios de esta población clave.

### ***Compromisos y participación significativos.***

En el país son frecuentes los espacios de análisis sobre el VIH. Las discusiones en mesas técnicas y encuentros para toma de decisiones tocan la TB por ser la principal oportunista. No obstante, las personas afectadas por TB entrevistadas refieren no ser convocados. Lo propio señalan muchos informantes clave que a pesar de entrar en la categoría de “tomadores de decisiones por perfil”, no son convocados o tomados en cuenta. Al profundizar sobre las razones en este grupo en particular, se argumenta que un director es un “ejecutor”, no un “tomador de decisiones”. Una queja verificable en las entrevistas es que si “nos invitan es para conocer lo que pasa no para que decidamos lo que se debe hacer, o para decirnos lo que tenemos que hacer, pero no porque nos escucharon sino porque nos están dando una instrucción”.

Las personas participantes del estudio identifican el involucramiento de organizaciones de la sociedad civil para favorecer a las personas con VIH, fortaleciendo sus capacidades, aunque señalan que las actividades se han visto reducidas en los últimos años, durante la pandemia de COVID 19, como señala el siguiente testimonio:

*“Si, sí, sí, claro que sí, yo he participado en muchísimos talleres que hacen diferentes instituciones aquí en el país, instituciones gubernamentales, en este caso una que era de Salud Pública, y otras que son ONG. Y hemos*

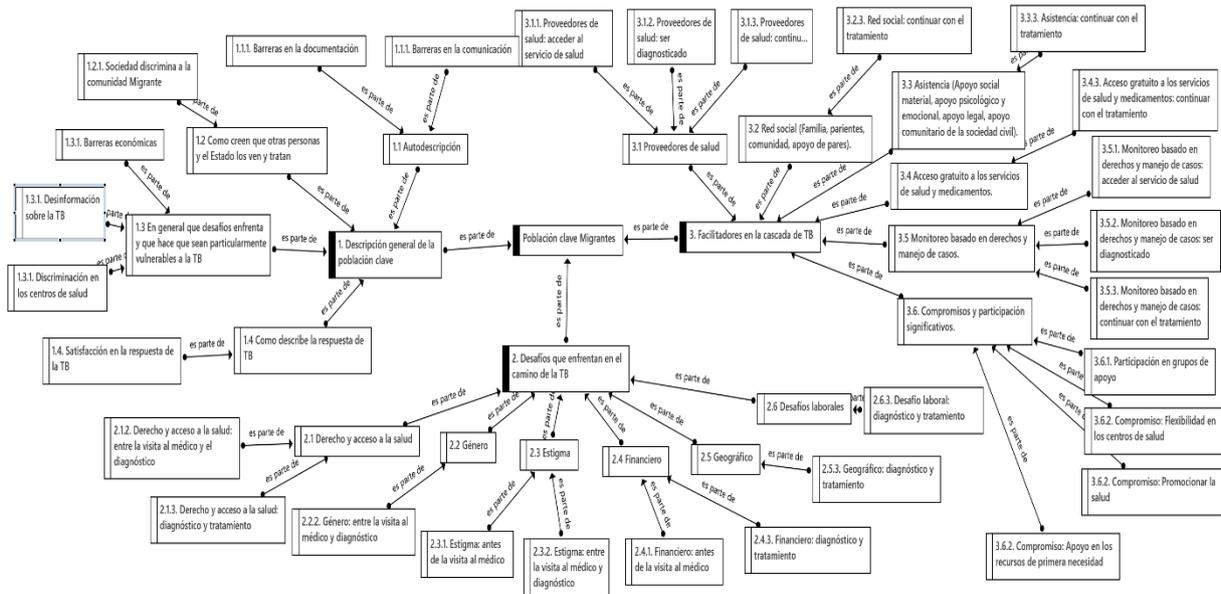
trabajado ahí, pero con el asunto ahora de la pandemia de COVID, todo eso ha estado reducido, pero sí. Fíjate como ustedes nos tomaron en cuenta para este proyecto, para hacernos las entrevistas. Eso significa que somos importantes, que nos están importantizando, esa parte es muy importante” (participante del GF de personas con VIH).

Así también señalan los grupos de apoyo mutuo como espacios de reunión y concertación entre personas afectadas por TB que, aunque no son necesariamente representativos de la población si realizan acciones en favor de esta población, como lo sugiere el siguiente testimonio:

“Bueno hay lo que se llama RENACER, que significa Red de Personas que viven con VIH, hay otro que se llama, ahhh, REDOVIH, hay otro que se llama...hay varios. No es que nos representa, pero también tú sabes, dentro de esos programas hay diferencias individuales” (participante del GF de personas con VIH).

### 6.1.3.2. Población clave: Migrantes haitianos

Diagrama 2: Población clave Migrantes Haitianos, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI Población clave Migrantes Haitianos

### Descripción general de la población clave

### Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

### Autodescripción.

Publicaciones de fuentes oficiales hacen referencia a que en la República Dominicana vive más de un millón de nacionales haitianos (es la población migrante mayor y de interés para fines de análisis de políticas públicas e inversión).

Muchas de las circunstancias de esta población, les hace vulnerables a la tuberculosis. Como se expresa en consultas documentales y en grupo focal con esta población para los fines del estudio, citamos:

Hacinamiento. Por pobreza viven en grandes grupos en espacios pequeños.

Deplorables condiciones de vida: frecuentemente no tiene vivienda y pernoctan en los mismos lugares de trabajo como en el caso de la construcción (actividad principal a la que se dedican como fuente de generación de ingresos). La calidad de la nutrición no es consistente con la salud, y peor si se tiene una condición especial como el caso de la tuberculosis.

Vida en la calle: mujeres y niños indigentes, dedicados a trabajos informales (limpiar vidrios, vender artículos como frutas y artículos de interés para la comunidad general, o pedir limosna).

Riesgo de trata (expuesto, no demostrable, aunque si evidenciable, no tratado en las instancias correspondientes).

Se describen como migrantes con dificultades para comunicarse por la barrera idiomática que existe lo que se convierte junto a la falta de documentación, en una barrera de acceso no solo a detección temprana y tratamiento oportuno, sino a cualquier programa vinculado con mejoras en su calidad de vida.

El abordaje a esta población permitió levantar la siguiente cita:

*“Algunas de las barreras que tienen algunos inmigrantes haitianos, para no decir todos, son barreras de idioma y barreras también de comunicación... Eh porque lo que no tienen documentos tienen miedo para ir a un centro y para recibir un servicio (participante del GF de personas migrantes)”.*

Las condiciones de hacinamiento, la falta de alimentación adecuada, el no contar con seguro médico, ni con oportunidades de protección social, son suficientes razones para asociar la condición de “migrante haitiano” con la vulnerabilidad frente a la infección por tuberculosis.

Adicionalmente, muchas de las oportunidades de tratamiento oportuno, están directamente relacionadas con la falta de recursos económicos y el no contar con documentación que facilite el acceso a oportunidades de protección social o acceso a la salud.

### ***Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.***

Las únicas oportunidades de “protección” están dadas en el sector salud por las indicaciones de la Ley General de Salud y la Ley de Seguridad social, que implican atención independientemente del estatus migratorio. Ni la constitución ni los procedimientos integrados de la Ley de Migración son garantía para que se respeten derechos fundamentales asociados a la salud. Las leyes migratorias, no tocan temas de salud, sino que se concentran en temas de migración y del derecho de residencia en el país.

No obstante, lo anterior, el PNCT, ha impuesto la gratuidad y el acceso libre a servicios de salud, y específicamente los servicios de TB y VIH. A pesar de que pruebas y medicamentos son gratis, la falta de seguro médico (por no contarse con documentación y recursos), limita la cobertura de estudios y tratamientos complementarios.

Según lo expresado en el grupo focal con esta población, las entrevistas a profundidad con personas afectadas por TB migrantes, y las entrevistas a profundidad con informantes del contexto legal, existe estigma y discriminación hacia los migrantes haitianos.

Pese a avances en los últimos años, todavía persiste en la sociedad la marginalización, la pobreza, las inconsistencias salariales con respecto a lo que establecen las leyes, y las brechas de acceso a la protección social. Todos estos factores caben en la definición de respeto derechos humanos fundamentales.

Por las condiciones de pobreza que enfrentan y los prejuicios que existen sobre ellos, se dan situaciones que se expresan en la siguiente cita:

*Hoy yo fui a comprar un cafecito, hoy, en una guagüita la de ambulatoria y había un señor con su traje bien bonito que estaba comprando también chocolate y en otro lado de la guagüita había un haitiano comprando su desayuno también, El haitiano no hizo nada, no habló con él nada más... el señor me miró y me dijo: "ese maldito haitiano que se lo lleve migración, que se lo lleve el diablo". Comenzó a decir cosas, el haitiano no hizo nada ni siquiera el haitiano sabía de la existencia de ese señor (participante del GF de personas migrantes).*

No obstante, un fenómeno social relativo a la migración es ampliamente conocido y reconocido en la sociedad: los migrantes son la principal fuente laboral en la construcción y el trabajo doméstico. Una segunda actividad económica, es la venta de alimentos y ropa, además de su participación en mercados transfronterizos y de la ciudad capital. Pudiera esto traducirse en mejores condiciones de vida. Sin embargo, los márgenes de ganancias por negocios no son equitativos con respecto a los dominicanos, lo que reduce captación de fondos suficientes no solo para asegurar condiciones básicas de vida, sino para acceso a salud.

En términos de asentamiento domiciliar, mucho depende de la actividad económica o las facilidades de asentamiento. Esto es, cortadores de caña en bateyes; actividades agrícolas en zonas rurales; dominio de varios idiomas en áreas turísticas; actividades económicas de otra índole, en zonas urbanas.

La justificación del párrafo anterior con relación a la TB es que el acceso a servicios es igualmente variable. Se cuenta con servicios o no. Si están cercanos al área de residencia, no siempre se prefieren y no siempre tienen los programas instalados. Es claro, que, en todo caso, ser diagnosticado con TB afecta lo que la población migrante considera relevante (y que se destaca en grupos focales y entrevistas): comer.

## ***En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.***

Uno de los desafíos que enfrentan los migrantes haitianos es no contar con un estatus migratorio regular. El no tener documentación para poder acceder a servicios públicos, por otro lado, también se encuentra la barrera idiomática entre los principales desafíos que enfrentan ya que no les facilita el adaptarse e integrarse a la sociedad y acceder o informarse sobre los servicios de salud en tuberculosis, la sintomatología de la TB, el acceso al diagnóstico, tratamiento y recuperación como lo vemos en la siguiente cita:

*“Muchos no saben que, si tienen una tos de más de 15 días, tienen que ir a chequearse, entonces muchas veces esperan pasa mucho tiempo, cuando ya mucho más avanzado, entonces el servicio cuando le presentamos les ofrecemos el servicio dudan en aceptar por falta de información”  
(participante del GF de personas migrantes).*

Otro desafío que enfrentan especialmente es la pobreza y con ella el hacinamiento producto de no tener los medios para una subsistencia en condiciones favorables, los hace priorizar otros temas sobre la atención en salud, incluso cuando ya están recibiendo atención y tratamiento, el no poder costear los gastos de transporte, o requerir un acompañante es una situación que deben enfrentar como señala el siguiente testimonio:

*“eh cuando la persona deja de asistir a sus citas, nosotros como promotores en caso de que la persona no pueda ir por tal razón intentar buscar una solución a ese problema. ¿Qué tienen, si tienen un problema para desplazarse... intentar encontrar esa solución con la clínica donde trabajamos... encontrar una solución o encontrarle el transporte o encontrarle lo que el necesite? Si es porque se siente muy mal, porque no puede ir solo... darle un acompañamiento... entonces esos son los desafíos”  
(participante del GF de personas migrantes).*

## ***Como describe la respuesta de TB***

Las personas participantes señalan que existe una buena respuesta a la TB desde el Estado, debido a que lo fundamental (prueba y medicamentos) está cubierto. Es la percepción de calidad y una “oportunidad y ayuda”. Aun cuando reconocen un reciente desabastecimiento, lo justifican con la epidemia del COVID 19, asumiendo como “normal” que el país se concentrara en algo de mayor relevancia.

La falta de regularización del estatus migratorio (no tener documentos que les acrediten como ciudadanos), el desabastecimiento de medicamentos y limitaciones en la atención oportuna y consistente con sus procesos laborales, han generado que se pierda la continuidad en los tratamientos, aun cuando hayan accedido oportunamente:

*“Entonces ahora lo que va a ver es mucha resistencia, porque los pacientes no llevan tal como tal el tratamiento, faltan días y faltan días, entonces lo que va a ver, según yo imagino... que va a ver mucha resistencia para, ellos*

*van a tener que empezar de nuevo el esquema entonces eso era antes que la respuesta era buena” (participante del GF de personas migrantes).*

Conforme a lo establecido en los lineamientos técnicos, y según lo indicado por tomadores de decisiones del PNCT, el manejo de las personas afectadas por TB es igualitario, equitativo, y no considera condiciones estigmatizantes. De manera consistente con las leyes, la condición de “migrante” no les excluye del cumplimiento de los protocolos.

No obstante, el no contar con documentos que formalicen su residencia en el país, limita que tengan acceso a seguro médico, y, por ende, cobertura de estudios y tratamientos complementarios.

Tanto en entrevistas a profundidad, como en grupos focales, se señaló que, aunque la ley prohíbe la captación de migrantes ilegales con fines de deportación en establecimientos de salud, en las periferias de los centros pueden ocurrir “operativos”, lo que les aleja de los servicios y prefieren optar por los recursos que culturalmente son más aceptables y admitidos: curanderos, remedios caseros y prácticas mágico-religiosas. Cuando acceden a los servicios, probablemente tarde para fines de un tratamiento oportuno, están conscientes de su riesgo y se amparan en las leyes sanitarias, las que han consultado previamente, generalmente con apoyo de alguna ONG o enlace comunitario.

## ***Desafíos que enfrentan en el camino de la TB***

### **Derecho y acceso a la salud**

La Constitución de la República Dominicana es el marco regulatorio que sirve de base para la definición de los derechos de acceso a salud. De ella se desprenden tanto las leyes sanitarias como la ley migratoria y el código de trabajo. Si bien es cierto que este marco regulatorio hace referencia los derechos fundamentales de todas las personas, también es cierto que no especifica los aspectos relativos a la salud, salvo lo relativo a las funciones del Ministerio correspondiente y su rol de definición de las políticas de asistencia para todas las personas que habitan en el territorio nacional.

Las condiciones de vida en general están asociadas a las vulnerabilidades de adquirir tuberculosis. El hacinamiento y la pobreza extrema son factores determinantes. El **acceso a servicios** está permeado por dichas condiciones. El temor a las deportaciones, el estigma y discriminación, la falta de recursos económicos para transporte hacia los centros, la falta de documentación para la creación de los migrantes como usuarios (incluyendo la apertura de expedientes), y las barreras idiomáticas, son los principales desafíos en la cascada de atención a la tuberculosis.

Como se ha citado antes, el PNCT y las autoridades sanitarias, aun cuando han realizado estudios puntuales sobre la situación de esta población, no reconocen que sea una necesidad desarrollar acciones particulares para migrantes, ya que las consideraciones técnicas para el manejo de la TB deben ser las mismas para todos, a pesar de la condición migratoria o el género.

Respecto al **acceso a la salud** de los migrantes haitianos, estos señalan que su nacionalidad limita el acceso a los servicios de salud en general, por discriminación y los tratos que reciben del personal de salud y las autoridades que regulan la migración, las que frecuentemente les vigilan en zonas aledañas a los establecimientos.

Las consecuencias es que la atención se procure de manera tardía y que la adherencia no se garantice aun cuando en el servicio se cumpla con los protocolos de atención. Por lo tanto, el **obtener el diagnóstico y continuar con el tratamiento** es una barrera que se corrobora en el siguiente testimonio:

*“Cada país tiene sus leyes, tiene sus reglamentos, pero yo creo que hay algunos abusos de poder que impide que uno de y ofrezca servicios de salud óptimo a la persona. por ejemplo, hay personas, cuando al final como saben que tienen que recibir su medicación periódicamente... si van debe de ser en un horario donde ellos saben que inmigración no va a estar ahí en la calle, no pueden salir muy temprano y tampoco pueden salir muy tarde, porque ya saben que: “ah no y si me encuentro con inmigración me van a llevar entonces eso es un impedimento y como dijo mi compañera, aun teniendo su documentación tienen miedo de ir al centro, entonces eso es un impedimento” (participante del GF de personas migrantes).*

*“Yo tengo prueba de que fui acompañar a una mujer a parir en maternidad, porque ellas son haitianas no la atienden. Cuando llegué yo, ella tenía dolor, iba a parir sangrando, votando, cuando llega dijeron que no tenía centímetros... porque es haitiana no la atienden. Salimos del hospital porque la atienden. Yo salí para afuera para coger una guagua, ella se empieza a tirar en el piso y yo pe´rate... pero si ella tiene centímetros y llega y va a parir ¿por qué no la atienden? si ella va a parir y ella tiene su documento en la mano y no la atienden... yo lo llevé cuando iba a llegar a casa ella se cayó en medio de la calle... eso fue por la desesperación, como son haitianos no lo atienden. Yo tengo otra también de que iba, se fue tenía su dolor y su documento en la mano. Se fue para allá para la maternidad y cuando ella llegó le dijeron que no, ¡que no atienden haitianos aquí! Se devolvió se fue pa´ su casa y parió allá, entonces eso es discriminación”. (participante del GF de personas migrantes).*

La barrera idiomática como barrera de acceso a los servicios de salud, según lo señalado por los participantes del estudio y el personal de salud, no se enfrenta de manera continua, sistemática o normatizada. Solo algunos centros cuentan con personas capaces de manejar ambos idiomas. Entrevistados refieren que con frecuencia no los entienden cuando expresan su condición, y que no entienden las instrucciones que reciben por parte del personal.

Destacan que a veces el personal de salud no tiene la empatía y paciencia para tratar de entender y dejarse entender por la persona afectada por TB haitiana. Así mismo señalan que el temor de ser detenido y deportado también recae en las personas con estatus migratorio regular, quienes hicieron referencia a que han sido discriminados y hasta detenidos en su

intención de brindar apoyo a sus compatriotas.

La percepción general es que los haitianos no son bien tratados, lo cual afecta tanto la **obtención del diagnóstico**, como el inicio y **continuidad de tratamiento**, ya que por el trato que reciben y el riesgo al que se exponen con agentes de migraciones, pueden optar por no acceder a los servicios de salud en TB, como señalan los siguientes testimonios:

*“En el servicio de salud a veces las personas no se sienten, no sienten una atención eh... mmm... ¿cómo diría? La atención a veces... las personas dicen que la atención no fue óptima por esa misma barrera de idiomática que tienen; entonces a veces que es la que tienen... entonces a veces las enfermeras que atienden las personas no tienen esa paciencia para entender a la persona o hablar más eh... un poquito más lentamente para que la persona entienda, entonces esa barrera idiomática porque a veces la enfermera se desespera y habla con la persona pero habla con una... con la persona de una forma con un tono... y entonces esa persona se siente ofendida”(participante del GF de personas migrantes).*

*“el Estado no ayuda y más con la tuberculosis. Imagínense que la tuberculosis tiene un tratamiento diario, ¡el tratamiento de la tuberculosis es diario!, como la pastilla que el paciente tiene que venir diariamente a coger su pastilla. Migración está ahí, aparte de que migración está ahí, hay abusos también abuso de poder porque el miedo que a mí me entra... ¡Yo soy haitiana! No le importa que yo tenga mi visado, como quiera me deportan, porque hay casos de abusos también... teniendo o no su visado en pasaporte. Como, si es haitiano lo deportan hay casos así también, entonces con todo ese miedo que migración está ahí en los centros los pacientes no vienen a buscar su tratamiento” (participante del GF de personas migrantes).*

El otro factor de interés y que afecta la adherencia es la necesidad de movilidad interna (migración a otros lugares distintos a donde reciben tratamiento), en la búsqueda de mejores condiciones de salud. El no tener documentos y no contarse con información precisa sobre ellos (como nombre, edad, lugar de residencia y factores socio económicos que deben estar integrados en el expediente), son una barrera para compartir información pertinente en el caso de derivación (término usado por el PNCT cuando se trata de referimiento).

La adherencia y curación solo se garantiza en migrantes con asentamiento formal y que hayan logrado posicionarse socialmente, lo que es una situación poco frecuente. El mecanismo más común para seguimiento a la enfermedad es apelar a curanderos o remedios caseros.

La identificación de contactos es otro desafío, que se enfrenta con mayor facilidad solo en localidades con enlaces comunitarios, UNAP con capacitación en el manejo de la TB o presencia de una ONG con programas dirigidos a esta población.

Respecto a la fase hospitalaria del tratamiento, no se recogió en el levantamiento de

información.

## Género.

Con respecto al género, las repercusiones están dadas por los roles. En el caso de los hombres es prioritario aceptar empleos (con frecuencia varios) para cubrir sus necesidades y las de sus familiares, incluyendo los que viven en su país de origen y sobre los cuales tienen responsabilidad. Son los más perseguidos por las autoridades migratorias y por lo tanto los que enfrentan más dificultad para **acceder a los servicios** de manera oportuna.

Según lo señalado en el grupo focal, existe vulneración de derechos de mujeres haitianas, las que asisten a establecimientos de salud con más frecuencia, sobre todo en estado de gestación, quienes son atendidas, pero también sufren tratos discriminatorios por parte del personal como podemos observar en la siguiente cita:

*“En este momento, con este gobierno, el tema de salud más complicado e´ ahora mismo las mujeres que van a los centros de salud a dar a luz. Si no tienen documentos y no sé si en todos los hospitales... porque este gobierno a un agente de inmigración...” (Participante del GF de personas migrantes refiriéndose a que este gobierno ha acrecentado las medidas y el uso del poder de los agentes migratorios).*

Según refieren las personas participantes de este grupo priorizado, el temor que sienten las mujeres haitianas migrantes, influye en la decisión de acceder a los servicios de salud, lo cual afecta todo el camino de la TB. Al limitarse el acceso, un primer contacto en la visita es el médico o la enfermera, y pese a recibirse capacitación por parte del PNCT, no se garantizan las posibilidades de **obtención de diagnóstico**, inicio y **continuidad del tratamiento**, aun cuando son los migrantes una de las poblaciones clave más afectadas.

Respecto a la fase hospitalaria del tratamiento, no se recogió en el levantamiento de información.

## Estigma.

Los migrantes haitianos perciben que persiste el estigma sobre ellos, y que este se materializa en actitudes de discriminación en los establecimientos de salud: reciben ofensas por su procedencia por lo que prefieren automedicarse y atenderse en sus hogares, antes que acudir al establecimiento de salud lo que afecta el camino a la TB desde el **antes de la visita al médico**.

El temor al estigma influye en la decisión de acudir a los servicios de tuberculosis. Así también en el establecimiento de salud se encuentran oficiales de migración que están esperando a personas indocumentadas para deportarlas, lo cual atenta contra el derecho a la salud, y afecta la obtención del diagnóstico. En el caso **obtenga el diagnóstico**, esta situación afecta también la **continuidad del tratamiento** ya que la persona afectada por TB por temor a ser discriminado o identificado por un agente de inmigración tratará de asistir lo menos posible. Solo se dan oportunidades a favor cuando se negocia el acompañamiento a nivel

comunitario o domiciliario. A continuación, testimonios que ejemplifican lo descrito:

*“Al ser haitiano y sabemos que cómo es el haitiano visto en este país, al tener una tuberculosis... donde tose, entonces la vergüenza de que: “yo aparezco en un hospital es... Es...”, Es fuerte, “me van a discriminar, me van a decir porque yo soy haitiana, entonces yo voy tosiendo...” Entonces eso es otra barrera. Entonces la persona en vez de ir al centro, se quedan en su casa y toma su remedio casero” (participante del GF de personas migrantes).*

*“Si no tienen documentos y no sé si en todos los hospitales... porque este gobierno a un agente de inmigración... porque en realidad el tema de inmigración es un tema, salud es otro tema, o sea, cada departamento tiene un director para hacer su trabajo: migración-migración, salud-salud; pero lo que yo quiero decir, no es justo. En un centro de salud hay personas de inmigración que están esperando a las personas que van a llegar a los centros sin documentos para deportarlos. ¡Eso no es justo! O sea, todo eso son las barreras... aunque tienen documentos ellos tienen miedo entonces eso es un tema que tiene que ver ¿cómo se puede mejorar eso?” (participante del GF de personas migrantes).*

*“cómo uno es haitiano, en Haití a veces falta lo económico para ir a los hospitales y a veces también cuando los haitianos llegan a los hospitales, como lo miran, porque son haitianos no lo quieren atender” (participante del GF de personas migrantes).*

Respecto a la fase hospitalaria del tratamiento, no se recogió en el levantamiento de información.

## **Financiero.**

La principal actividad económica del migrante haitiano es el empleo informal (venta de productos, ropa, alimentos), lo que no facilita una entrada fija de dinero. Esto, adicionado a la falta de documentación, genera condiciones de vida desfavorables que conducen al hacinamiento, alimentación inadecuada, viviendas deplorables, pocas oportunidades de descanso entre otros elementos necesarios para una vida digna.

Es común que, en una vivienda pequeña, vivan muchas personas, varias de las cuales pudieran estar expuestas a la TB y por ende contagiar a sus familiares. Por falta de educación, los síntomas pudieran confundirse con otras patologías que son tratadas por propios medios (automedicación) o a través de las prácticas culturales propias de esta población (curanderos, remedios caseros, entre otras).

Lo más frecuente es que se identifique a un sintomático respiratorio de manera tardía. Por las razones ya mencionadas, no acceden oportunamente a los servicios. Cuando ocurre un **diagnóstico**, es muy probable que sea por complicaciones que hacen más difícil su manejo e implique, por ende, una mayor inversión de bolsillo.

Recordemos que, por falta de documentación, no suelen ser pacientes con seguro médico y cumplen con las recomendaciones en términos de pruebas y tratamientos complementarios, solo si disponen de los fondos para ello.

Como se ha citado anteriormente, esta población suele emplear numerosas horas del día en la generación de ingresos, lo que es su prioridad, y tener que asistir al servicio diariamente en la búsqueda de medicación, puede implicar la pérdida de sus trabajos o no tener ingresos para el día. En caso de independencia, igual representa un gasto significativo el transporte, dado que como ocurre en la población clave anterior (PVVIH), por temor al estigma, prefieren ser tratados en zonas lejanas a sus áreas de residencia.

En resumen, el no disponer de recursos económicos, influye en la decisión de buscar atención en salud. Es decir, el **acudir a un establecimiento**, implica un gasto en el que no es prioritario incurrir. Esto es una barrera para el **diagnóstico oportuno** y la **continuidad del tratamiento**.

A continuación, testimonios referidos al aspecto financiero:

*“los factores que influyen mayormente es la ignorancia y el recurso económico y vemos que el recurso económico va todo dizque seis y veinte gentes viviendo en una casa, entonces al no saber que ese tiene tuberculosis... no toman las medidas de precaución, de preventivas, entonces... se infecta más, entonces ahí también hay ignorancia, entonces es un círculo que va a ir así, eso es para mí todo” (participante del GF de personas migrantes).*

*“Otra barrera que hay es la barrera económica... Porque, los pacientes tienen que trasladarse. A veces hay algunos que viven en un lugar un poco retirado, entonces ellos tienen que pagar un pasaje para ir periódicamente a buscar su medicación a veces faltan a la cita por el asunto económico” (participante del GF de personas migrantes).*

*“Tal vez hay personas que no tienen pasaje, viven lejos, busca forma para llegar al centro a buscar su medicamento porque él sabe sino toma el medicamento lo que va a pasar” (participante del GF de personas migrantes).*

*“...Con la barrera económica que a veces faltan a sus citas para recibir su medicación periódicamente por falta económica. Cuando van a la... (no se entiende) Muchas veces las enfermeras dicen: ¿por qué tu no viniste?, ¿por qué tu no...? ... ¿por qué tú siempre? ...entonces un reproche sin preguntar a la persona que fue lo que pasó. ¿Por qué usted no vino? y yo viví esa experiencia, cuando yo estaba en una de Baní. Cuando las personas que venían a recibir su medicación a veces por la barrera económica no venían, entonces era un reproche y por la barrera idiomática hablaban un poquito con mucha presión a la persona. Y la persona se sentía como se retraía un*

*poquito sobre sí misma... y yo siento que la persona se sentía ehmm... no molesta, sino ofendida” (participante del GF de personas migrantes).*

Respecto a la fase hospitalaria del tratamiento, no se recogió comentarios en el levantamiento de información.

## **Geográfico.**

A pesar de que la República Dominicana tiene un territorio accidentado (como se ha señalado en la introducción), los asentamientos migratorios se concentran en las ciudades principales por las facilidades de actividad económica. Generalmente, las características de las localidades son urbanas. Esto significa, que el acceso geográfico no es una barrera en términos de las características territoriales.

No obstante, las barreras de acceso a **visitar el establecimiento**, en lo geográfico se dan por las distancias a recorrer entre las áreas de residencia y los establecimientos seleccionados o asignados para recibir la atención en tuberculosis. Cuando se confirma un **diagnóstico** en el centro más cercano, las personas son referidas a centros especializados para estudios complementarios, o por decisión propia deciden ser atendidos en zonas más distantes de su comunidad (donde no se conozca su condición).

Un elemento citado en grupo focal es que existe una razón adicional para seleccionar lugares distantes: mal trato del personal. Esto significa que donde no reciben una atención digna, se van, procurando un lugar con mayores facilidades. Esto también implica gastos no planificados o inversión de recursos con los que no siempre se cuenta.

Adicionado a lo anterior, algunos participantes del grupo focal de migrantes señalaron que la distancia geográfica de su vivienda al establecimiento de salud limita el acceso oportuno de atención a la TB, **obtener el diagnóstico** o la **continuidad de su tratamiento**, como lo señala el siguiente testimonio:

*“los pacientes tienen que trasladarse. A veces hay algunos que viven en un lugar un poco retirado, entonces ellos tienen que pagar un pasaje para ir periódicamente a buscar su medicación a veces faltan a la cita por el asunto económico” (participante del GF de personas migrantes).*

En resumen, vemos como lo geográfico se puede convertir en una barrera, y lo es en este grupo priorizado (migrantes haitianos), para los que incluso ser hospitalizado, es decir durante la fase hospitalaria sería una complicación, al alejarles de sus redes de apoyo (familiares), como vemos en el siguiente testimonio:

*“... Porque, los pacientes tienen que trasladarse. A veces hay algunos que viven en un lugar un poco retirado, entonces ellos tienen que pagar un pasaje para ir periódicamente a buscar su medicación a veces faltan a la cita por el asunto económico” (participante del GF de personas migrantes).*

Esto tiene dos consecuencias relevantes. Una, la identificación de contactos. La segunda es

que si la persona afectada por TB hospitalizada requiere la compra de insumos o medicamentos que no sean provistos por el hospital, sus familiares no estarían cerca por dificultades económicas implicadas en visitarles diariamente (por norma de país no pueden pernoctar en el centro, salvo que se trate de una condición crítica, y que sea una mujer pues no se permiten hombres como acompañantes).

Después de la curación, es decir cuando es dado de alta, no es costumbre asistir al centro para seguimiento, pudiendo incurrirse en recaída frente a lo cual se repiten las situaciones ya descritas.

## Desafíos laborales.

El código laboral dominicano asigna un 20% de la empleomanía a extranjeros (aplicable tanto a nivel público como privado). Estos puestos, están relacionados con que se cuente con formación académica requerida para los mismos. La falta de educación de la migración haitiana (en su mayoría), sumado a la barrera idiomática y la discriminación, no facilita que el migrante haitiano aproveche esta oportunidad.

Existe un fenómeno ampliamente expuesto. La educación para migrantes (haitianos o de cualquier nacionalidad), es más cara. Cuando se logra una carrera, la discriminación limita el acceso a empleos dignos aun cuando se tenga la formación.

Esto significa, que entre las múltiples barreras que enfrentan los migrantes haitianos, incluyendo los prejuicios, se destacan los desafíos laborales. Como hemos dicho, la mayoría tiene que dedicarse a empleos informales y cuando son contratados formalmente (en construcción o trabajos domésticos frecuentemente), sus salarios están por debajo de la población dominicana, lo que representa también una violación a sus derechos. El **acceder a los servicios de salud** en estas condiciones ya genera un desafío para los migrantes. Vemos incluso como los empleados de la construcción duermen en los edificios en los que trabajan por no tener vivienda. Las mujeres en las casas donde trabajan, los vigilantes con dos o tres condominios bajo su cuidado, en donde toque amanecer. Todo esto, porque probablemente no tengan los recursos para alquilar una vivienda, y así estos trabajos muchas veces con horarios rotativos y/o que no coinciden con los establecidos para los servicios de salud, o de permanencia continua, que impide **asistir en búsqueda del diagnóstico**.

En caso de que sus empleos generen oportunidades, las condiciones generalmente son de hacinamiento, por tenerlas que compartir con muchos familiares u otros miembros de la comunidad.

Muchos de los empleos implican riesgo, como el “motoconcho” (transporte interurbano en motocicletas) y la misma construcción, sin que se cuente con seguro de vida o seguro de salud para casos de accidentes (que suelen ser frecuentes pues tampoco se les otorga protección o mitigación de riesgos laborales como se define en las leyes de país).

La traducción de estos desafíos en términos de la tuberculosis es que además del riesgo de adquirir la enfermedad, no se cuente con los recursos para cubrir los gastos adicionales (ya mencionado que solo las pruebas y medicamentos son gratis, mas no los estudios y

tratamientos complementarios).

Debido a que el tiempo que demanda acudir a la atención y que esta debe ser tan continua, les dificulta cumplir con sus horarios laborales, por ello algunos optan por priorizar sus trabajos a mantener la **continuidad del tratamiento**, lo que puede afectar el finalizarlo con éxito, respecto a los desafíos laborales vemos las siguientes citas recogidas:

*“para tener mejor servicio tenemos que ser un poquito flexibles también en los centros sanitarios, porque ha pasado que hay inmigrantes que trabajan y si no llegan a su trabajo a tiempo, entonces no cobran”* (participante del GF de personas migrantes).

A lo anterior se adiciona que, en caso de resultar positivo, las posibilidades de permanecer en el empleo son mínimas. Si se trata de una mujer, empleada doméstica, lo común es que sea despedida por la familia para la que trabaja por no querer exponerse, y el hombre sea despedido y deba dedicarse a empleos informales. Recordemos, además, que, en las primeras fases de la enfermedad, las condiciones clínicas no son las más adecuadas para desempeñar cualquier labor, sobre todo si demanda esfuerzo físico, lo que también limita la permanencia en un empleo aun cuando no se divulgue su diagnóstico.

Respecto a la fase hospitalaria del tratamiento, no se recogió comentarios en el levantamiento de información.

Cuadro N° 10: Desafíos que enfrenta las personas migrantes en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	3	3	3	2	3
Género.	3	3	3	2	3
Estigma	3	3	3	2	3
Financiero	3	3	3	2	3
Geográfico	2	3	3	2	3
Desafíos laborales	2	3	3	2	3
Otro/Idiomática	2	2	2	2	2

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

En el cuadro N°10 se observa que, son muchos los desafíos que enfrentan los migrantes durante todo el camino de la TB, antes de la visita al médico son en mayor medida los referidos a género, estigma, financiero y los derechos y acceso a la salud en general, esto sucede porque los migrantes haitianos viven en condiciones precarias, con dificultades económicas, trabajos informales, falta de documentación y por su lugar de procedencia, también son menospreciados y discriminados, debido a ello prefieren optar por automedicarse o utilizar remedios caseros lo cual repercute directamente en su salud y la obtención oportuna del

diagnóstico y en menor medida, aunque aún presentes lo relacionado a lo geográfico. Sin embargo, durante toda la ruta del camino de la TB, antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, el diagnóstico y tratamiento, durante la fase hospitalaria del tratamiento, y durante el tratamiento ambulatorio, se ven afectadas por las barreras presentadas, esto fundamentalmente por el temor a ser identificados por agentes de migraciones, por ser discriminados y por las condiciones que se han señalado en el análisis, atraviesan este grupo para acceder a los servicios de salud, una de ellas la barrera idiomática por la cual sufren discriminación en los establecimientos de salud.

## Facilitadores en la cascada de TB

### Proveedores de salud

Tanto la Ley General de Salud, como la Ley de Seguridad Social, así como los manuales y otros documentos técnicos para el abordaje programático de la tuberculosis, toman en cuenta a los migrantes como una población clave. Sus derechos fundamentales deben ser respetados, según las leyes de país por todo el personal de salud con el que tienen contacto.

El desempeño de este personal no es monitoreado sistemáticamente (según refirieron varios informantes clave) quedando la calidad de la atención, aunque instruida, bajo el criterio del tratante.

El respeto a los derechos y la dignidad del migrante es una decisión particular, y las faltas en este sentido no tienen reglamentos de sanción especificados claramente en las leyes. Como citan entrevistados, no existe un mecanismo de supervisión o registro, y las gerencias de los establecimientos no se involucran directamente en los servicios de TB por considerarlo un programa que se gestiona desde el nivel central del MSP.

No obstante, la ocurrencia de faltas que pudieran identificarse, las personas afectadas por TB entrevistadas de esta población clave, consideran bueno el servicio de salud, aunque el personal no brinde siempre un buen trato, con empatía y calidez. Esta percepción facilita el **acceso a diagnóstico y tratamiento**, como señala la siguiente cita:

*“La respuesta en mi opinión, aparte del aspecto migratorio es buena, a veces encontramos personas de salud con un poquito menos de paciencia que otros, pero en sí, el trato, el servicio que ofrecen es bueno”  
(participante del GF de personas migrantes)*

Igualmente refieren que el personal brinda información y seguimiento. En algunos casos, por solidaridad del personal (no porque se tenga como un programa institucional), desde el centro de salud se gestionan transportes para llevar las medicinas a las personas afectadas por TB migrantes que tienen temor de acercarse por la presencia de agentes de migración, lo cual evidencia acciones que facilitan la **continuidad del tratamiento** y la posibilidad de **finalizarlo con éxito**. Aunque a veces las personas afectadas por TB pueden sentirse ofendidas, las enfermeras son quienes les llaman la atención para recordarles la importancia de la adherencia al tratamiento para la TB. A continuación, un testimonio:

*“...Las consecuencias de no acudir a su tratamiento y en caso de que haya una emergencia, que no puede venir al centro, que tienen que ir a un hospital más grande, tienen que vestirse bien, tienen que tratar de verse bien, porque no es... estamos claro de que no es que discriminen, pero te van a discriminar más si tu tratas... si tú no te tratas bien, si tu no llevas una ropa bien, si tu huele a sudor, aunque sabemos que es una emergencia que no hay tiempo de hacer todo eso” (participante del GF de personas migrantes)*

Respecto al acceso a los servicios de salud, no se profundizó en el levantamiento de información.

### **Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).**

La familia constituye un soporte importante para las personas migrantes haitianas luego de conocer el diagnóstico, para la **continuidad del tratamiento**, brindando apoyo económico, soporte emocional y nutricional, como relata el siguiente testimonio:

*“tuvo un apoyo familiar en los cuales las familias de ese joven... en lo que lo ayudo en la alimentación porque no, el jugo que le van a dar o la comida que le van a dar no es suficiente para una persona que esté tomando tratamiento fuerte... en el caso del joven su familia le cocinaba, le daba comida a tiempo, él también tenía aparte del apoyo que dan, un apoyo económico de sus familiares” (participante del GF de personas migrantes).*

El apoyo de pares también forma parte de la red de soporte a los migrantes, brindándoles no sólo información sobre la tuberculosis, tratamiento, importancia de la adherencia, sino buscando estrategias que faciliten el **acceso al tratamiento** y lograr el **éxito del tratamiento**. Es así como las redes aportan en el camino de la TB, como vemos en el siguiente testimonio:

*“... en caso de que la persona no pueda ir por tal razón intentar buscar una solución a ese problema. ¿Qué tienen, si tienen un problema para desplazarse... intentar encontrar esa solución con la clínica donde trabajamos... encontrar una solución o encontrarle el transporte o encontrarle lo que el necesite? Si es porque se siente muy mal, porque no puede ir solo... darle un acompañamiento” (participante del GF de personas migrantes).*

Los mayores esfuerzos en este sentido generalmente son liderados por organizaciones de la sociedad civil, investigaciones y manifiestos de origen internacional, y por organizaciones en base a la fe. Algunas instituciones gubernamentales como el Ministerio de la Mujer, el Programa Nacional de SIDA, el Consejo Presidencial para la Respuesta al VIH/SIDA, realizan actividades puntuales, pero de manera aislada, no necesariamente constantes.

Algunos establecimientos de salud cuentan con programas, generalmente, desarrollados en el marco de la coordinación con ONG o acuerdos de colaboración con organismos de cooperación internacional.

En las entrevistas y grupos focales, solo se reconocieron algunas, probablemente por ser las únicas o sobre las cuales se tiene información.

Los migrantes no vinculados a ONG, desconocen los trabajos que a nivel de país se llevan a cabo. No señalan acuerdos binacionales, planes estratégicos o esfuerzos puntuales en su beneficio.

Respecto al acceso a los servicios de salud, no se profundizó en el levantamiento de información.

### **Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).**

Una de las condiciones para que las personas (dominicanos y migrantes) reciban asistencia social (vivienda, alimentación, subsidios para gastos domésticos y educación) es que se tenga documentación. Otro factor es estos programas no son abarcadores de toda la población, sino que se benefician personas identificadas bajo criterios específicos (indicadores de pobreza) a través de planes puntuales que no necesariamente coinciden con el tiempo de un diagnóstico de TB.

Según testimonios de autoridades sanitarias entrevistadas, y por consulta documental, no existen acuerdos formales entre los programas de asistencia social y programas de salud especiales como el caso de la TB o el VIH, lo que limita que una persona afectada se beneficie de los citados subsidios o reciba algún tipo de apoyo para la mitigación de su condición.

Si bien los participantes no refieren que reciban algún apoyo material directo del Estado y pese a que son perseguidos a través de las estrategias de control migratorio, los entrevistados reconocen recibir apoyo del centro o de ONG que trabaje con esta población (en algunas localidades, no en todas), lo que facilita el **acceso a servicios de salud** y la **continuidad del tratamiento**. Por otro lado, no mencionan apoyo legal frente a las dificultades que enfrentan y ponen en riesgo su salud en el acceso a los servicios.

Los promotores de salud brindan apoyo emocional a las personas afectadas por TB como relata el siguiente testimonio:

*“que a veces la persona ya está cansada... de cuando su sufrimiento, a veces no es por el punto económico, simplemente que la persona ya está rechazando su condición, no quiere seguir tomando su medicación porque no quiere, porque ya se siente cansado, entonces nosotros como promotores tenemos que hablar con esa persona y hacerle entender que es primordial que se tome su medicación para que se sane” (participante del GF de personas migrantes).*

*“...Tienen que recibir su medicación periódicamente... si van debe de ser en un horario donde ellos saben que inmigración no va a estar ahí en la calle” (participante del GF de personas migrantes).*

Respecto a la obtención del diagnóstico y al finalizar el tratamiento, no se profundizó en el levantamiento de información.

### **Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.**

Las personas migrantes reciben medicamentos gratuitamente para tratar la tuberculosis en República Dominicana, lo cual facilita la **continuidad del tratamiento** porque al sospechar el diagnóstico de TB, y saber que recibirán el tratamiento sin tener que pagarlo, deciden ir al establecimiento, y esto también facilita el lograr finalizarlo. La dificultad para el acceso radica sobre todo para quienes no cuentan con documentación, pues al **acercarse al centro de salud** pueden ser detenidos por la Dirección de Migración. A continuación, una cita que evidencia esta situación:

*“hay personas, cuando al final como saben que tienen que recibir su medicación periódicamente... si van debe de ser en un horario donde ellos saben que inmigración no va a estar ahí en la calle” (participante del GF de personas migrantes).*

Respecto al acceder a los servicios de salud y obtención del diagnóstico, no se desarrolló en el levantamiento de información.

### **Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.**

Si bien no se identifica que exista este monitoreo, si se señala la presencia de los promotores como quienes además de brindar apoyo a las personas afectadas por TB, están pendientes de las limitaciones, barreras que puedan encontrarse y buscar soluciones según se presenten los casos, a su vez estos articulan con los centros de salud, también la presencia de las ONG facilita el **acceso a los servicios de salud** y a recibir información sobre la tuberculosis, como vemos en los siguientes testimonios:

*“Salud Pública tiene programas de tuberculosis a nivel nacional, hay promotores que están buscando personas que tienen tos más de quince días; al encontrar una persona que tiene tos más de quince días, hay promotores que están acompañando a estos pacientes, llevarlos a hacer su prueba... si sale positivo también hay promotores” (participante del GF de personas migrantes).*

*“...En sí, el gobierno y otras ONG están dando los servicios adecuados y las formas para acceder a ese servicio” (participante del GF de personas migrantes).*

Entrevistados (informantes clave tanto personas afectadas por TB, como del entorno legal), no reconocen la existencia de mecanismos formales para el monitoreo del cumplimiento de derechos humanos en el servicio de salud. Correspondería esta tarea al SNS, mas no cuenta con instrumentos formales. Las bases de datos del PNCT no incluyen información al respecto.

Respecto a continuar con el tratamiento, finalizar el tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

Cuadro N° 11: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	2	2	2
Familia	2	2	3	2
Parientes	2	2	2	2
Comunidad	1	1	2	2
Apoyo entre pares	1	3	3	2
Apoyo social y material	1	1	2	2
Apoyo psicológico y emocional	1	1	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	2	2
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	1	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	2	2	2
Manejo de casos	1	1	2	1

3 = Muchos, 2 = algunos, 1=Ninguno

En el cuadro N°11 se observa que, en relación al apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes, los proveedores de salud, la familia y parientes son quienes son identificados como facilitadores de la cascada de la atención y más aún la familia en continuar el tratamiento, apoyando con el sustento económico, la alimentación y brindando los cuidados necesarios para afrontar la enfermedad aun cuando deciden tratarla con remedios caseros; así también, se identifica al apoyo entre pares como fundamental para la obtención del diagnóstico y para continuar con el tratamiento, quienes les brindan información sobre la tuberculosis, la importancia del tratamiento y sobre cómo acceder a los servicios de salud. Así también, el acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos, facilita continuar y finalizar con el tratamiento.

Por otro lado, se evidencia que los primeros momentos de la cascada de atención, como son acceder a los servicios de salud y ser diagnosticado, necesitan mejorarse en todos los facilitadores presentados.

### **Compromisos y participación significativos.**

La participación y aporte de los promotores de salud es fundamental para sumar esfuerzos para garantizar el **acceso a los servicios de salud** de TB de las personas migrantes haitianas, es importante que continúen los procesos de sensibilización y fortalecimiento de capacidades

y que así como existe su compromiso de trabajo, también se involucre a otros actores como autoridades de inmigración, este podría ser un aporte desde las organizaciones de la sociedad civil, buscando articular esfuerzos que garanticen al menos que el acceso al **tratamiento** no se verá afectado por políticas de control migratorio, al ser este un tema de salud pública y de derechos.

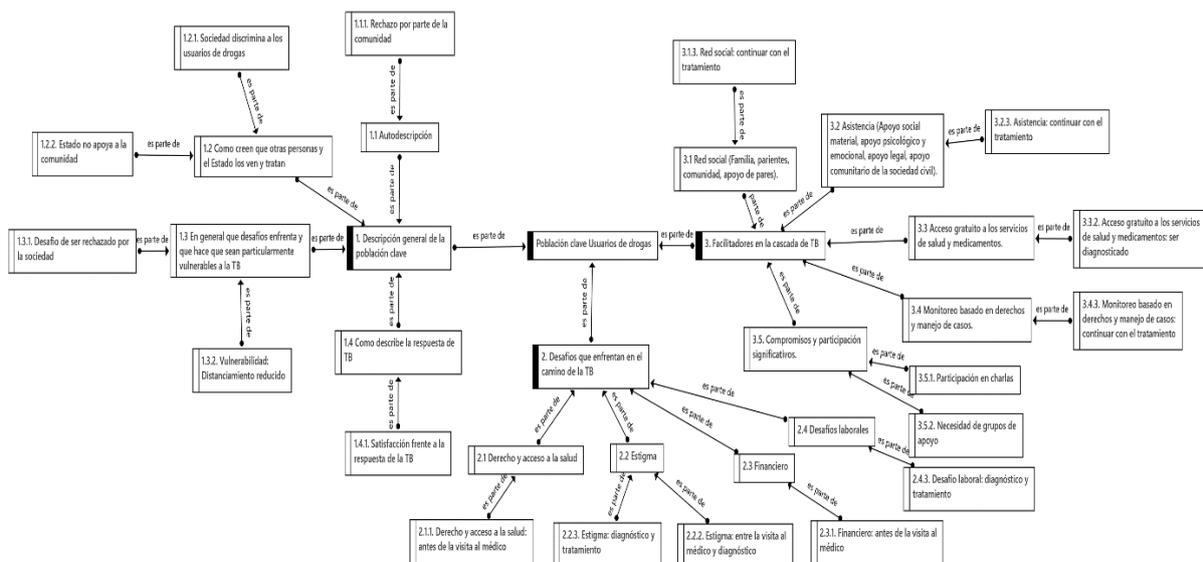
Según lo recogido por el estudio, no se ha identificado participación significativa de la población migrante haitiana en intervenciones relacionadas a TB, capacitaciones en la temática o en la ejecución de reclamos, esto puede deberse a que este grupo trata de permanecer oculto para evitar detenciones y posibles deportaciones.

La lista de instituciones que trabajan con migrantes en la República Dominicana es muy corta. Las que existen, participan no solo en temas de salud, sino que abordan otros aspectos que afectan su calidad de vida, su seguridad y sus garantías. Esto se traduce en que son escasas las posibilidades de participación en actividades para la toma de decisiones.

Participantes en el estudio, tanto migrantes (entrevistas y grupos focales), como informantes clave del contexto legal, refirieron que para algunos temas como el caso de VIH, hay más participación de estas instituciones. Adicionan que las mesas técnicas, espacios de análisis, y actividades para la toma de decisiones, eran más frecuentes antes del COVID-19. ONG y proyectos consultados, indican además que la disposición de fondos para las actividades mermó significativamente por haberse priorizado la pandemia en términos de inversión

### 6.1.3.3. Población clave Usuarios de Drogas

Diagrama 3: Población clave Usuarios de Drogas, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI Población clave Usuarios de Drogas

### Descripción general de la población clave

## Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

### **Autodescripción.**

“El consumo de drogas psicoactivas, en especial las ilegales, pone en riesgo a la persona de ser apresada”. Esta simple expresión es el principio de que el abordaje clínico o social de los usuarios de drogas, esté sujeta al criterio del profesional correspondiente.

En los marcos legales consultados, ninguno de los revisados para los fines de este estudio, reconoce a esta población, y solo pudieran ser incluidos en el contexto de “derechos fundamentales de todos los ciudadanos”, o el “libre acceso a servicios de salud, y la atención a la tuberculosis de manera gratuita y bajo principios de no discriminación”.

Las personas participantes se describen como rechazados por la sociedad por la condición que presentan, por sus estilos de vida, y manifiestan que si llegaron a ser usuarios de drogas es por situaciones diversas como problemas familiares u otros; sin embargo, sienten temor de este rechazo que los culpabiliza por su condición. En adelante se develará como esta autopercepción se evidencia y que implicancias puede tener en el acceso a la salud.

### **Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.**

En general las personas participantes de este grupo señalaron que existe discriminación hacia ellos, consideran que no son una prioridad para el estado, que no son tomados en cuenta. Además, no refieren si existe o no algún marco jurídico que los proteja o beneficie, sus comentarios denotan que se sienten estigmatizados y culpabilizados por su condición, que la sociedad los aleja y rechaza y aunque existen algunas instituciones que abordan la temática, estos son los espacios de reclusión donde tampoco tienen voz sobre sus demandas, como observamos en el siguiente testimonio:

*“Bueno mire, es que realmente no nos toman mucho en cuenta por lo menos a nosotros, no sé a las instituciones, porque como uno está recluso en una institución, ya las instituciones tienen su política, pero los que toman las decisiones son quizás la, eh, sabes que estar recluso tiene un organigrama, ¿verdad? Personas que son las que toman las decisiones y nosotros somos los internos” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

La resolución de la Asamblea General de la OEA, del 8 de junio de 2010, adoptada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en su cuadragésimo séptimo período ordinario de sesiones, en mayo de 2010, señala que “la dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente con múltiples determinantes, tanto biológicos y psicológicos como sociales, y que debe ser considerada y tratada como un asunto de salud pública, tal como el tratamiento de otras enfermedades crónicas”. Asimismo, que “es necesario explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad”.

## ***En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.***

El principal factor de riesgo para adquirir tuberculosis se da por condiciones de pobreza, las realidades propias de consumidores indigentes, y el hacinamiento en las cárceles en caso de usuarios privados de libertad. Para estos últimos existen programas especiales de atención en salud, y detección de casos de tuberculosis, así como el tratamiento según los protocolos nacionales.

Respecto a estos desafíos que enfrentan las personas afectadas por TB, el rechazo por el estigma sobre ellos es el que más resalta, y que se evidencia en acciones discriminatorias, como el que algunos señalaron percibir del personal de salud que los atendió cuando tuvieron que acceder a atención en salud por tuberculosis, como nos relata el siguiente testimonio:

*“En el sentido de que, tú sabes que el hecho de uno ser consumidor, eso ya uno tiene un rechazo, yyyyyy, en el caso mío, que yooooo, cuando ehhh, cuando tuve tuberculosis que tuvieron que llevarme de Hogar Crea al centro donde me dieron los servicios, ehhh, yo sentí rechazo de parte del personal” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Por otra parte, la vulnerabilidad frente a la TB la reconocen debido a que por su condición se involucran en conductas de riesgo, como el ser parte de una especie de circuitos subterráneos en los que se establecen de forma implícita de pactos de silencio entre personas consumidoras de diversas drogas, evitando así la represión o la visibilización de su condición. Pero se da que muchas veces al congregarse en estos espacios, personas desconocidas que comparten cercanía, no pueden evitar la tuberculosis u otras infecciones, como observamos en el siguiente testimonio:

*Sabes que uno hace sus grupos, por ejemplo, uno se reúne en una casa o en algún lugar específico y todos los que vamos ahí somos consumidores de droga, de diferentes categorías de drogas. Y, ehhh, muchas veces las personas adictas nos involucramos con mucha gente, con otras personas que también consumen droga, y que uno no sabe ni siquiera de dónde vienen, si están enfermos, si no entonces, como estamos trancados, consumiendo cocaína, marihuana, muchas veces hasta heroína, y estamos tan cerca uno con otro, y la enfermedad se pega de manera directa, con la cercanía y eso, si alguien está infectado por las razones que sea. Porque muchos de los que están aquí también son VIH positivo, es decir tienen SIDA, o sea muchos. Y tú sabes que la tuberculosis es una de las oportunistas de las personas que tienen SIDA. Si estamos vulnerables, estamos muy expuestos (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

## ***Como describe la respuesta de TB***

Las principales estadísticas del país con relación a esta población se generan en el Consejo Nacional de Drogas, ya sea en su base de datos (mayormente sobre actividades preventivas),

o en estudios especiales para análisis de la situación.

Con relación a los casos de tuberculosis en usuarios de drogas, la información accesible en las consultas de documentos es la que se capta en las cárceles (personas privadas de libertad). Las personas participantes señalaron que ante el diagnóstico son separados y aislados para evitar se transmita a otras personas, así mismo reciben la atención en salud en centros de atención a tuberculosis y reciben el tratamiento que deben seguir, como vemos en la siguiente cita:

*Bueno, eh, tú sabes que, si uno tiene lo que hemos delatado, y estamos recluidos, lo primero es que se toman medidas, nos aíslan un poco, nos separan un poco de los demás por prevención, ¿tú sabes? (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

## **Desafíos que enfrentan en el camino de la TB**

### **Derecho y acceso a la salud**

Respecto al **acceso a la atención en salud**, refirieron que es difícil que una persona usuaria de drogas acuda al establecimiento de salud, muchas de ellas están en situación de calle, pobreza extrema, otros coinfectados con VIH u otras comorbilidades que agravan su situación. La propia situación de dependencia a las drogas y el que no existan algún programa o alguien que pueda llevarlos a recibir atención, genera que muchos mueran por TB, SIDA o a causa de sobredosis. La situación que atraviesan muchas personas usuarias de drogas revela que se afecta el camino de la TB desde el inicio y el **acceder al establecimiento para diagnóstico**, incluso al obtenerlo tienen dificultad para la **continuidad** por temor a estigma o falta de recursos económicos para asistir a los centros, como nos relata el siguiente testimonio:

*“...quien se va a acercarse a uno? Primero porque ven a uno en las condiciones que uno está, ¿verdad? Segundo, aquí no hay, eh, políticas que recojan a la gente que están en la calle. Y tercero, imagínese usted, uno recibiendo frío, lluvia, momentos difíciles, pasando hambre y además la enfermedad...morirse es lo que le queda a uno, como han muerto muchísimos” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Respecto a la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento y durante el tratamiento ambulatorio, no se trató en el levantamiento de información.

### **Género.**

La construcción social sobre roles entre hombres y mujeres, así como la orientación sexual de las personas usuarias de drogas, es una barrera para el **acceso a los servicios de salud**, la **obtención del diagnóstico** y la **continuidad del tratamiento**, ya que estos refieren recibir un trato diferente, con distancia, temor y rechazo, lo cual es discriminatorio, como vemos en el siguiente testimonio:

*Bueno, eh, cuando llegamos a información, eh, y nos mandaron para*

*allá, en el pasillo final que es donde está el servicio, ni nos miraron la cara, ni nada, porque yo iba como identificado, como persona de Hogar Crea. Y además de eso pues, eh, el lenguaje físico (no verbal), de las personas que me atendieron para la prueba. En consecuencia, el resultado positivo...todo eso. (Participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Como se ha señalado con otras poblaciones, las mujeres asisten con más frecuencia a los establecimientos, lo que facilita el **diagnóstico** oportuno y les deja fuera de estigmas asociados al uso de drogas a menos que la información sea levantada en las historias clínicas. Esto pudiera derivar en estigmatización, pero no siempre se traduce en que no se les provea servicios.

Por otro lado, los hombres son más propensos a vivir situación de calle y por ende tienen mayor riesgo de exposición a la tuberculosis, sin que sea parte de sus prácticas el buscar asistencia médica.

Respecto a la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento y durante el tratamiento ambulatorio, no se trató en el levantamiento de información.

### **Estigma.**

El consumo de drogas es altamente estigmatizante en la sociedad dominicana, no así con otras adicciones.

Las personas participantes del estudio pertenecientes a esta población clave, manifestaron que no reciben una atención con calidad, desde el inicio de la cascada de atención a la TB. Cuando procuran información sobre su situación, son identificados y los tratan con indiferencia sin hacer contacto visual, exponiendo los prejuicios. Es común el temor de que los reconozcan en la calle o que les hagan daño, o también el culparlos por su condición. Señalan que suele ser molesto para el personal de salud tener que atenderlos. Este es un desafío que enfrentan para **acceder a la atención**, como se evidencia en el siguiente testimonio:

*“...cuando llegamos a información, eh, y nos mandaron para allá, en el pasillo final que es donde está el servicio, ni nos miraron la cara, ni nada, porque yo iba como identificado, como persona de Hogar Crea. Y además de eso pues, eh, el lenguaje físico (no verbal), de las personas que me atendieron para la prueba” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Por otra parte, una vez que se conoce el diagnóstico positivo, la situación se agrava respecto a los desafíos relacionados con la **obtención del diagnóstico y tratamiento**. En el ámbito laboral la situación es agravante por la dificultad de obtener empleo formal si se conoce que son consumidores de drogas y más aún si tienen un diagnóstico de tuberculosis

En el centro de salud, el personal que los atiende los trata con distancia e indiferencia, y en su familia pueden también ser rechazados por su relación con el consumo de drogas, y más

aún por temor al contagio de la tuberculosis, afectando la **continuidad y/o finalización** del tratamiento, o llegando a abandonarlos en las instituciones de reclusión, como nos relata el siguiente testimonio:

*“...la familia no quiere saber de mi ni en pintura, primero por, por, eh, el asunto del consumo y luego, eh, por el temor a infectarse. Por ejemplo, yo me contagié estando recluido, y aquí no ha venido nadie a verme. Y yo le explico a usted ahorita que en el Centro de Salud donde estoy atendiéndome yo he sentido rechazo y discriminación” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

*“...Porque si tú vas a un lugar a buscar trabajo y saben que tú eres adicto, ahí mismo te dicen que no, ¡Je! O sea, tú sabes que es un asunto discriminatorio, totalmente discriminatorio y estigmatizante” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Sobre sus vivencias y los desafíos asociados al estigma, entrevistado en grupo focal cita:

*“Uhhhh, muchísimas barreras, en el sentido de que, tú sabes que el hecho de uno ser consumidor, eso ya uno tiene un rechazo, yyyyyy, en el caso mío, que yooooo, cuando eh, cuando tuve tuberculosis que tuvieron que llevarme de Hogar Crea al centro donde me dieron los servicios, eh, yo sentí rechazo de parte del personal”*

Respecto a la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

## **Financiero.**

El ser una persona consumidora de drogas puede limitar las actividades sociales, como el trabajo, lo que genera que no tengan recursos para sus cuidados

No contar con ingresos económicos para una vida saludable y mejorar sus condiciones, así como la inadecuada alimentación y otras condiciones de salud añadidas y que no son tratadas oportunamente por no disponerse de seguro médico, se convierte en una seria limitación. Muchas personas de este grupo poblacional viven, como ya hemos señalado, en condición de calle o pobreza extrema. Estas son otras situaciones que se interrelacionan y agudizan el estigma y la discriminación ya existente, que impacta directamente en la decisión de **acceder a los servicios de salud** y el resto del camino a la TB.

Es así como lo financiero se expresa en un gran desafío que enfrentan, y que requiere ser atendido desde el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad en general, esto afecta la posibilidad de **obtención del diagnóstico**, así como la **continuidad del tratamiento**.

*“Primero porque ven a uno en las condiciones que uno está, ¿verdad? Segundo, aquí no hay, eh, políticas que recojan a la gente que están en*

*la calle. Y tercero, imagínese usted, uno recibiendo frío, lluvia, momentos difíciles, pasando hambre y además la enfermedad...morirse es lo que le queda a uno, como han muerto muchísimos” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

La institución más reconocida y con mayor fortaleza para el abordaje del consumo de drogas es Hogares Crea. El personal de esta institución conduce a sus internos a los hospitales, en caso de que presenten alguna condición de salud.

El consumo de drogas no es visto en espacios públicos como una enfermedad (no así en consultas privadas), sino como un trastorno conductual que carga con el estigma de “delincuencia”. Esto así porque como es bien sabido, el consumo de drogas acarrea la participación en escenarios que incluyen violación de leyes, tráfico, trata de personas, violencia, y otros delitos. Esto genera temor en empleadores. Los usuarios con actividad de generación de ingresos lo hacen de manera independiente e informal. El propio consumo no les facilita llevar una vida financiera estable y organizada.

Los temas de estigma se agravan cuando reúnen varias condiciones. Hemos visto en las entrevistas, usuarios de drogas, persona transgénero y VIH positivos. Peor la situación cuando se trata de un migrante que tiene varias condiciones estigmatizantes, e igualmente complicadas por la falta de recursos.

Con relación a la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

## **Geográfico.**

Como se ha citado con otras poblaciones, las barreras geográficas están relacionadas con la necesidad de procurar servicios en zonas alejadas de las áreas de residencia, para lo que se necesita recursos que cubran los transportes, lo cual dificulta la decisión de realizar la **visita al médico**, así como el acceso a los servicios de salud para la **obtención del diagnóstico**.

Las estrategias de acompañamiento comunitario y domiciliar no son abarcadoras de esta población. Muchos usuarios están reclusos en centros de recuperación o en cárceles y el acceso no está limitado por temas geográficos, sino por la disponibilidad de servicios.

En otros casos, la barrera geográfica, cuando se encuentran en centros de reclusión disminuye, ya que en estos existe personal que se encarga de llevarlos a los establecimientos de salud para recibir atención médica y para cumplir con el tratamiento. Sin embargo, no implica que no será discriminado o que existan fondos sostenibles para la **continuidad del tratamiento** (mucho depende de los fondos de la institución donde están reclusos y las decisiones del personal a cargo).

Las citadas circunstancias, generan resistencias de las personas afectadas por TB para continuar asistiendo a los servicios con la periodicidad que requieren los esquemas de tratamiento, como se cita a continuación:

*“Por ejemplo, yo me contagié estando recluso, y aquí no ha venido nadie a verme. Y yo le explique a usted ahorita que en el Centro donde atendiéndome yo he sentido rechazo y discriminación” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

*“Bueno, eh, tú sabes que, si uno tiene lo que hemos delatado, y estamos reclusos, lo primero es que se toman medidas, nos aíslan un poco, nos separan un poco de los demás por prevención, tú ¿sabes? Por prevención a que los otros se contagien, y entonces pues, de aquí nos llevan a los centros en donde atienden personas con tuberculosis. Y allá nos indican los medicamentos y entonces uno los trae y lleva el tratamiento” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Respecto a la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

### **Desafíos laborales.**

Este estudio también ha recogido que en los desafíos laborales que experimenta este grupo existe. La negativa para contratar a personas usuarias de drogas es común y una constante resultante y expresada claramente en la construcción social sobre la condición.

Esto, finalmente los hace más vulnerables a la infección por tuberculosis, ya que sin generar ingresos es poco probable que puedan destinar gastos a la atención en salud y **acercarse al establecimiento** en busca del **diagnóstico**. Cabe destacar la dificultad para una buena alimentación, viviendas dignas, estilos de salubridad y una cotidianidad consistente con las necesidades de **cumplimiento de un esquema de tratamiento** para tuberculosis, al que generalmente se sobreañaden otras condiciones de salud.

Un temor común de los empleadores es que la necesidad de consumo ponga en riesgo las finanzas de la empresa, o que la persona por el impacto psicoactivo de la sustancia de elección incurra en prácticas que laceren la convivencia o expongan a otros empleados. Este temor también es común en los establecimientos de salud y su personal.

A continuación, un testimonio con relación a ello:

*“...porque si tú vas a un lugar a buscar trabajo y saben que tú eres adicto, ahí mismo te dicen que no, Je! O sea, tú sabes que es un asunto discriminatorio, totalmente discriminatorio y estigmatizante” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Respecto a la etapa durante la fase hospitalaria del tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

**Cuadro N° 12: Desafíos que enfrenta las personas usuarias de drogas en el camino de la TB.**

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
Género	2	2	2	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	2
Estigma	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
Financiero	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
Geográfico	2	2	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	2
Desafíos laborales	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
Otro					

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

En el cuadro N°12 se observa que, los desafíos que enfrentan las personas usuarias de drogas son muchas; durante el camino de la TB, y coinciden en todo el trayecto los relacionados a derechos y acceso a la salud, estigma, lo financiero y desafíos laborales, ya que este grupo suele vivir en condiciones de pobreza extrema, sin recursos, ni empleo y al no existir programas que se encarguen de llevarlos a los programas de TB, lo que impide el acceso a los servicios de salud, así también el estigma relacionado a esta población alcanza hasta el personal de salud, quienes los tratan con indiferencia y los culpabilizan por su adicción, afectando la atención. Similar, aunque en menor medida se ven los relacionados a género y geográficos. Esto se evidencia en el temor al acceso a los servicios de salud, que tienen las personas usuarias de drogas, debido a que en República Dominicana el consumo de drogas puede generar detenciones, por esta razón son rechazados por la población general y también por el personal de salud. Durante la fase hospitalarias no se levantó información de parte de los participantes.

### **Facilitadores en la cascada de TB**

#### **Proveedores de salud**

Respecto a este punto este grupo poblacional señaló que, existe estigma y discriminación de parte de los proveedores de la salud, lo que genera estigma percibido y afecta el **acceso a**

**los servicios de salud.** En sentido general, las personas que atienden en los establecimientos o programas, desde las áreas de gestión de usuarios hasta la atención clínica, y según mencionaron en el grupo focal, incurren en rechazo, indiferencia, atención distante y estigmatizante (llegando a la discriminación expresada en la no asignación de turnos o la atención por un personal que, aunque maneje adicciones, no necesariamente tenga experiencia en el manejo de la TB).

Estas actitudes dificultan toda la cascada de atención, como el hecho de **obtener del diagnóstico.** Pese a la capacitación, en el caso de condiciones de salud sobreañadidas, puede confundir la sintomatología, ya que muchas sustancias comprometen el sistema respiratorio sin que se trate necesariamente de TB.

Los consultados de esta población clave, refieren sentir temor y “fastidio” de procurar ayuda para recuperación de la salud, lo que incluye dar **continuidad al tratamiento.** Recordemos que, además, como consecuencia del propio consumo, puede tratarse de personas comprometidas (afectadas) en términos de la salud mental, lo que dificultaría el cumplimiento de los esquemas de tratamiento y **finalizar el tratamiento.** Bajo estas condiciones, no es infrecuente que se estigmaticen o se reciban reprimendas por parte de las personas que les culpabiliza por considerar el consumo como una elección y no como una enfermedad.

*“Y yo le explique a usted ahorita que en el Centro donde atendiéndome yo he sentido rechazo y discriminación” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

## **Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).**

Respecto a la red social de soporte, las personas participantes señalaron que, a veces la familia y la comunidad no puede o no quiere involucrarse en su recuperación por temor o por culparlos de su condición, lo cual puede afectar el **acceder a los servicios de salud,** así como la **continuidad y finalización del tratamiento.**

Usuarios consultados refieren que es “raro” (por decir infrecuente) que se reciba apoyo por parte de las familias, que generalmente se “enojan o incomodan por la elección de consumir drogas o por daños que han generado en su propio entorno”, lo que limita que ante algunos síntomas decidan **acceder a los servicios de salud.**

Otros señalaron que al encontrarse en instituciones de reclusión (recuperación) tuvieron la posibilidad de ser diagnosticados. Cuando se confirma la condición (**obtiene el diagnóstico**), son aislados para prevenir el contagio de sus compañeros y llevados al centro de salud donde reciben seguimiento y medicación, lo que facilita que continúen y finalicen el tratamiento.

Es en estos espacios en los que puede darse el apoyo entre pares y contarse con apoyo de psicólogos o médicos especialistas en adicciones.

Respecto al estigma y a como los ven y tratan, señalaron que hablaban entre ellos, es decir existe un soporte como grupo que puede ser un facilitador en el camino a la TB.

A continuación, testimonios al respecto:

*“El seguimiento, uno lo sigue en la casa con la familia, te lo da la familia, y en el caso mío que busqué refugio en un Hogar Crea, bueno, ya el seguimiento se me da desde aquí, desde el centro” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

*“Bueno, la familia no quiere saber de mi ni en pintura, primero por, por, eh, el asunto del consumo y luego, eh, por el temor a infectarse. Por ejemplo, yo me contagié estando recluso, y aquí no ha venido nadie a verme. Y yo le explique a usted ahorita que en el Centro donde atendíéndome yo he sentido rechazo y discriminación” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

### **Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).**

Un usuario de drogas puede recibir apoyo legal bajo la circunstancia de que haya incurrido en un hecho delictivo y si cuenta con el apoyo financiero para el pago de gastos propios del proceso (en especial honorarios de abogados).

Las leyes de país refieren cumplimiento de derechos humanos, más no la consideración del consumo con una enfermedad, sino como un delito. La separación de las sustancias con respecto a la conducta no está claramente discriminada. Las adicciones no están definidas en el contexto legal, como lo están en el contexto de la salud mental.

Las intervenciones del Consejo Nacional de Drogas, instancia oficial para la generación de información y la gestión de estos casos, limita sus programas a la educación para la prevención del consumo.

No se identifica en los participantes de este grupo, que mencionen apoyo psicológico en los establecimientos convencionales, ni como parte de la atención integral, la que tampoco refieren. Esto evidencia la poca o nula información sobre los servicios disponibles por su condición de personas afectadas por tuberculosis dado que el predominio de la “consideración clínica” es el impacto en la salud mental, esta situación afecta la **continuidad de tratamiento**, así como su **finalización**.

No obstante, refieren la presencia de organizaciones de la sociedad civil en charlas que reciben, como vemos a continuación:

*“¡Exacto! Si ese asunto de las organizaciones que no son del gobierno. Y entonces ahí se hacen actividades frecuentemente, frecuentemente se hacen actividades, y más yo que vengo de un barrio “caliente”, o sea, ya tú sabes que no es fácil. Pero entonces ahí, ahí se hacen eh, encuentros, donde llevan profesionales que hablan sobre la droga, los tipos de droga, donde hablan también como, como, como eh, acceder a los Hogares*

*Crea, o a buscar ayuda cuando uno no puede valerse por sí mismo, si, sí, hay muchísimas. Allá en el barrio donde yo me crie, hay muchísimas también y según los compañeros que están aquí en sus barrios también siempre hay instituciones” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Respecto a acceder a los servicios de salud, y la etapa ser diagnosticado, no se desarrolló en el levantamiento de información.

### **Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.**

Las personas participantes del grupo consumidores de drogas señalaron que, la institución de reclusión los traslada al establecimiento de salud y ahí recibían el tratamiento, lo cual facilita el **acceso a los servicios de salud**, aunque no lo señalan explícitamente se entiende que saben que lo reciben gratuitamente, lo cual es una facilidad para la **continuidad requerida en el tratamiento y para lograr finalizarlo**. A continuación, un testimonio acerca de ello:

*“ellos mismos eh, hasta te llevan al Hospital, para que te den por lo menos los primeros auxilios, me entiendes? Podríamos decir...discúlpame, yo no sé si eso se llama primeros auxilios...pero para que te den las primeras dosis del tratamiento” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Sin embargo, no tener seguro médico, implica que no se cubran **diagnósticos** y tratamientos complementarios. Esta situación se complica si existen enfermedades sobreañadidas (muchas de ellas como consecuencia del mismo consumo). Como ya hemos dicho, no suele ser una población con disponibilidad de fondos para cubrir gastos fuera de la adquisición de la sustancia de elección para la adicción.

En el proceso no se levantaron informaciones sobre adicciones fuera del consumo de sustancias psicoactivas (drogas), dejando por fuera el alcohol, tabaco o medicamentos que igualmente pueden comprometer el sistema inmunitario y la exposición a la tuberculosis. Recordemos, además, que es muy común la coinfección TB/VIH en esta población.

Respecto a acceder a ser diagnosticado, no se desarrolló en el levantamiento de información.

### **Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.**

Desde las instituciones de reclusión, las autoridades hacen incidencia para que se mantengan los espacios que acogen a las personas consumidoras de drogas. Si bien no refieren que en estos lugares la tuberculosis sea un tema que se trate en sus sesiones de trabajo, si se ofrece la oportunidad de acudir a un establecimiento de salud cuando se sospecha la infección, lo cual es una facilidad para el **acceso a los servicios de salud** y la **obtención del diagnóstico**.

Las bases de datos del PNCT no refieren información sobre la prevalencia de TB en usuarios

de drogas. En el estudio se consultó sobre la participación en espacios de toma de decisiones, y las repuestas apuntaron a que “los jefes son convocados y son nuestras voces, pero no sabemos más de ahí”.

Gerentes de hospitales entrevistados, así como directores de proyectos de ONG y de organismos de cooperación internacional, no hicieron referencia a investigaciones sobre esta población con relación a la tuberculosis. La consulta documental, tampoco arrojó información de valor fuera de la propia condición (no la vinculación con TB).

*“Bueno, como te digo, los superiores de aquí, ellos participan de algunas actividades que hacen como salud pública, mesas como de discusión donde se toca el tema y eso, ¿tú me entiendes? Y ellos participan, claro que sí, y eso lo sabemos porque aquí nos hacen saber eso. Ellos nos hacen saber que están invitados a un panel o a una mesa. Y a veces vienen a los centros de reclusión, profesionales, médicos, psicólogos, y entonces nos hablan un poco del consumo, de cómo afecta nuestro organismo, como afecta la parte psicológica, toda esa parte” (Participante del GF de personas usuarias de drogas).*

Respecto a continuar con el tratamiento y finalizar el tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

Cuadro N° 13: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas usuarias de drogas.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	1	2	2	2
Familia	1	1	1	2
Parientes	1	1	1	2
Comunidad	1	1	1	2
Apoyo entre pares	1	2	2	2
Apoyo social y material	1	1	1	2
Apoyo psicológico y emocional	1	2	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	2	1	1	2
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	3	3	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	1	2
Manejo de casos	2	3	3	2

3 = Muchos, 2 = algunos, 1 = Ninguno

Respecto a los facilitadores de apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas usuarias de drogas se puede evidenciar en el cuadro N°13 que, el mayor facilitador es la existencia de acceso gratuito a servicios de salud y medicamentos, esto evidentemente porque con las barreras financieras y laborales que suelen recaer esta población clave, generar recursos para costear el diagnóstico o tratamiento sería muy difícil de lograr. La atención de los proveedores de los programas de TB, el apoyo entre pares, y el apoyo psicológico y emocional coinciden en facilitar la cascada en el ser diagnosticado, continuar con el tratamiento y finalizar el tratamiento, de la misma manera es necesario trabajar en el acceso a los servicios de salud para estos facilitadores, es decir crear estrategias que faciliten contactar a este grupo, tal vez con el apoyo de sus pares, o acercando el establecimiento a lugares identificados como zonas de reunión de usuarios de drogas. Es preciso señalar que, si bien el manejo de casos contribuye apoyando el ser diagnosticado y el continuar con el tratamiento, esto no garantiza el que sea de la misma manera en la etapa finalización del tratamiento, esto puede deberse a que no fue especificado por parte de las personas afectadas por TB entrevistadas.

### ***Compromisos y participación significativos.***

Si bien es cierto que existen iniciativas del Consejo Nacional de Drogas, La Policía Nacional y programas especiales como “Barrio Seguro”, los participantes señalan que la discriminación es persistente y que se debe “separar una cosa de la otra”, refiriéndose al hecho de ser consumidor y tener una condición de salud.

Como se indicó anteriormente, la participación en espacios de toma de decisiones está limitada a especialistas de la conducta y a los “jefes de las instituciones de reclusión”.

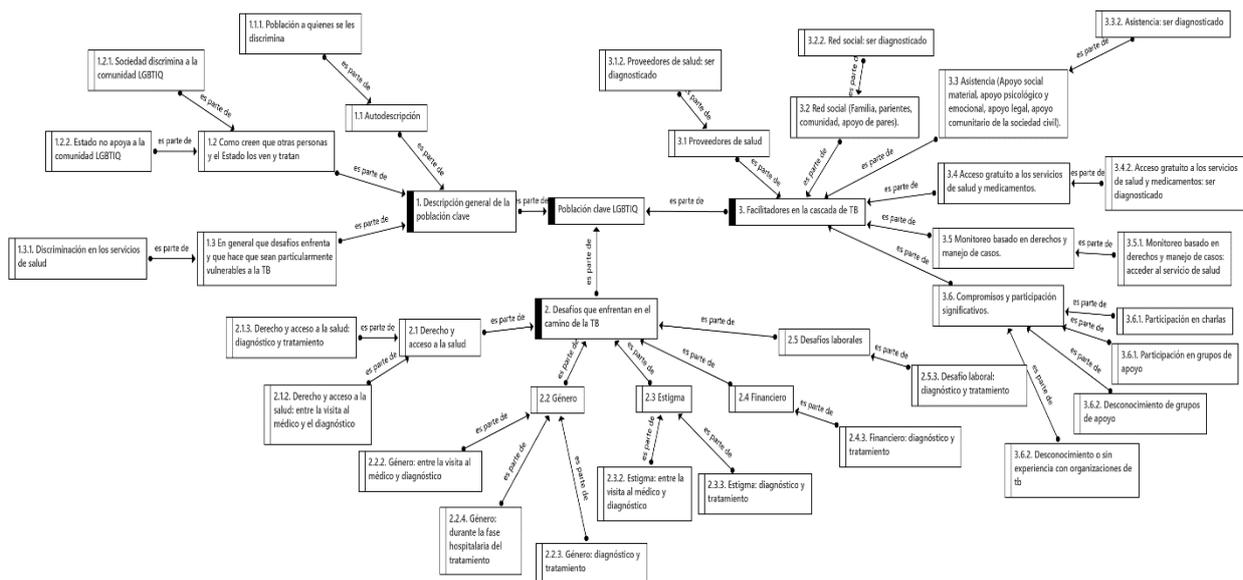
Las personas participantes del grupo focal señalaron que reciben charlas, pero estas referidas a drogas, no señalaron que hubiera temas sobre prevención o tratamiento de la tuberculosis.

*“Y a veces vienen a los centros de reclusión, profesionales, médicos, psicólogos, y entonces nos hablan un poco del consumo, de cómo afecta nuestro organismo, como afecta la parte psicológica, toda esa parte”  
(participante del GF de personas usuarias de drogas).*

*“Si, claro. Los jefes de aquí velan por los derechos, de que estos espacios existan como parte de las políticas nacionales. Un hogar donde las personas con adicción podamos educarnos y salir de una manera más preparado, más apto a la sociedad cuando estamos ya limpios, orgánicamente y psicológicamente” (participante del GF de personas usuarias de drogas).*

#### **6.1.3.4. Población clave LGBTI**

Diagrama 4: Población clave LGBTI, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI Población clave LGTBIQ+

## Descripción general de la población clave

### Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

#### Autodescripción.

La primera participación en el grupo focal con esta población evidencia, en palabras muy llanas, la situación que viven sus miembros con relación a circunstancias cotidianas, estigma y discriminación y acceso salud:

*“Si, puede haber barreras porque hay personas que le cogen pánico por su enfermedad y también los discriminan por su sexo”.*

El desarrollo del conversatorio tanto en grupo focal como en entrevistas a profundidad permitió abundar sobre el hecho de que las motivaciones para ser estigmatizado pueden combinarse con ser VIH positivo, coinfectado en muchos casos, y además ser migrante o usuario de drogas. Uno de los participantes en entrevistas de profundidad (persona afectada por TB), reúne tres condiciones que hicieron más personal el hecho: gay, VIH positivo, coinfectado en dos ocasiones, y usuario de drogas en recuperación.

Es una comunidad sujeta de actos violentos, dado que muchos de sus miembros se dedican también al trabajo sexual por limitaciones que tienen para insertarse en trabajos formales, aún si reúnen las condiciones para un puesto.

Como en otras poblaciones, los marcos legales generales, establecen la no discriminación por preferencia sexual, mas no se expresa de manera específica en los documentos que guían la implementación de los programas de salud. Las personas de este grupo se describen como aquellas a quienes el resto teme tener cerca por tener tuberculosis y que además son estigmatizados y discriminados también por su orientación sexual e identidad de género, como recogemos en el siguiente relato:

*“Si, puede haber barreras porque hay personas que le cogen pánico por su enfermedad y también los discriminan por su sexo” (participante del GF de personas LGBTI).*

### **Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.**

Según los participantes, una de las mayores manifestaciones del estigma en los servicios de salud, y la principal razón por la que no acuden oportunamente, es la discriminación por parte del personal: “Cuando llego a los hospitales, las enfermeras me miran. Y de una vez preguntan por el seguro: ¿Que seguro tú tienes? En mi caso es privado, y no me aceptan”.

Otra barrera de acceso es que, al evidenciar su preferencia sexual, es común que se infiera la ocurrencia de enfermedades (ITS, VIH, por ejemplo), por lo que se ha señalado como “desconocimiento, falta de información y falta de sensibilidad por parte del personal”. Si bien es cierto que en programas como el de TB y VIH hay cierto nivel de avance, personal clínico entrevistado (incluyendo autoridades hospitalarias), señalan: “todavía falta mucha educación”.

No existe reconocimiento por parte de los participantes en el estudio sobre si los marcos legales especifican sanciones o medidas de control del estigma en población LGBTI, por lo que no se han implementado programas a nivel institucional.

Si bien señalan que saben de la gratuidad del tratamiento, señalan también que, aunque tratan de hacer actividades para visibilizar sus problemáticas, estas no dan el resultado esperado pues no son tomados en cuenta por el Estado, aunque hay mayor aceptación refieren que todavía existe mucha discriminación de parte de la población general y del propio Gobierno a través de sus instancias, como podemos observar en el siguiente testimonio:

*“...el Estado no nos toma en cuenta. Es decir, nosotros (gay, trans, lesbianas) hacemos actividades para ser escuchados. Se puede decir que hay un poco más de aceptación, pero eso ha sido un camino largo”  
(participante del GF de personas LGBTI).*

Los participantes en el estudio, tanto de la comunidad LGBTI como informantes del contexto legal, señalan que esta pudiera ser una de las poblaciones más afectadas por el estigma por el rechazo que parte de las construcciones culturales de la sociedad en sentido general. Destacan, quienes han vivido varias condiciones, que son más aceptados frente a un diagnóstico de tuberculosis, incluso el uso de drogas en comparación con su preferencia sexual. En caso de que esta sea notoria, es más difícil, ya que ser VIH positivo, enfermar por tuberculosis o usar drogas, no necesariamente “se nota”, a menos que se trate de alguien que haya compartido la información y que tenga la capacidad de manejarlo asertivamente en su entorno.

### **En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.**

Uno de los desafíos que enfrenta esta población según refieren es, el desconocimiento de la legislación que las asiste, lo que puede limitar el acceso a los servicios de salud en TB. Por otra parte, la discriminación por su orientación sexual o identidad de género ya los hace vulnerables a la TB, debido a que por temor pueden no acudir a los establecimientos de salud en busca de atención a sintomatología, otro motivo que la aleja del establecimiento es el temor de que los profesionales de salud rompan la confidencialidad de su diagnóstico, como podemos ver en el siguiente testimonio:

*“como que no hay respeto hacia la otra persona. No hay confidencialidad. No hay confianza, por eso hay muchas personas que le cogen miedo a los hospitales y van a lugares privados y se hacen la prueba, sin saber si la tiene o no” (participante del GF de personas LGBTI).*

Lo más común según los entrevistados, es que una persona, que además de ser VIH positivo, tiene una tuberculosis, que es la principal enfermedad oportunista, y además es homosexual, tiene que atravesar otros obstáculos con relación a una persona que no tenga estas condiciones.

Aunque las leyes ofrecen cierto nivel de respaldo, la implementación es débil, sobre todo por la falta de educación que al respecto se tiene en la población general, el personal de salud y otras instituciones del Estado llamadas a respetar sus derechos fundamentales y hacer cumplir las disposiciones.

El principal apoyo, escaso, proviene de ONG y proyectos especiales financiados por organismos de cooperación internacional. Aunque algunos sectores manifiestan comprensión y apoyo de sus circunstancias, las mayores oportunidades están limitadas a los profesionales de la conducta a los que no siempre tienen acceso, ya sea por falta de recursos para el acceso a consultas privadas, o porque tienen que asistir a servicios públicos donde a pesar de contar con profesionales, tienen que atravesar por departamentos que no tienen la capacitación y sensibilización suficientes para un trato humanizado.

### **Como describe la respuesta de TB**

Los participantes de este grupo señalaron que desde el Estado no existe una real preocupación por garantizar el cumplimiento de sus derechos, así exista una legislación, se sienten invisibilizados, y aunque algunos participan en espacios de toma de decisiones (por su relación con organizaciones de la sociedad civil), perciben que en la práctica no ven cambios importantes. Incluso cuando participan de estos espacios lo hacen de dos o tres para no ser discriminados y apoyarse, como vemos en el siguiente testimonio recogido:

*“porque algunos estamos en ONG, que algunas instituciones del Estado nos invitan, pero no vemos los resultados. Como somos muy discriminados, nos ven como bichos raros, y siempre tenemos que ir dos o tres juntos, para protegernos entre nosotros” (participante del GF de personas LGBTI).*

Si bien es cierto que es una población clave, los sistemas de monitoreo no incluyen datos sobre la orientación sexual. En los expedientes clínicos puede identificarse con algunas

preguntas incluidas en el formulario de historia clínica.

Existen posiciones encontradas entre la población clave, los actores de la respuesta nacional y los proveedores de salud, con relación a si esta información debe ser tomada en cuenta para los fines de proveer servicios de tuberculosis. El PNCT asume la postura de que no es relevante.

El argumento principal es que la orientación sexual no es un factor de riesgo en sí. Lo es la circunstancia socio económica o clínica, más no la forma en que establecen sus relaciones sentimentales.

## **Desafíos que enfrentan en el camino de la TB**

### **Derecho y acceso a la salud**

Acceder a una prueba diagnóstico de TB según comentaron participantes del grupo focal, ha sido una experiencia negativa, porque al realizar la prueba de esputo ya son identificados como posibles personas afectadas por tuberculosis y son vistos y tratados de manera diferente.

Aun si todavía se desconociera el resultado, las circunstancias y los tratos en la cascada de atención, puede generar que otros (pares) se resistan a **acceder a los servicios de salud**. El momento de **obtención del diagnóstico** también ha resultado difícil para algunos debido a que no se ha respetado la confidencialidad. Estos desafíos que enfrentan las personas afectadas por TB en el camino por la recuperación, vulneran su derecho y acceso a la salud, y pueden generar que otros sientan temor de pasar por esas situaciones y prefieran no acudir en busca de atención en salud, como vemos en el siguiente relato:

*“Bueno, yo diría que cuando yo me hice la prueba, eh, en un hospital público, el resultado salió positivo. ¿Qué pasa? Que comenzaron a hablar de adentro del laboratorio, personas del hospital, y empezó a regarse que yo lo tenía. Y no hubo un respeto, porque ni siquiera tuvieron la consideración de por lo menos decir: esa persona salió positiva y reservarse el nombre y apellido. Simplemente dijeron el apellido, porque como eso se maneja de apellido, que no van a decir fulana de tal, sino con el apellido primero...tal apellido, de tal persona, que viven en tal lugar, con toda información sobre mí. Entonces eso es como una falta de ética y de respeto. (participante del GF de personas LGBTI).*

*“Esa parte, yo diría que sería un poco inhumana, porque además de tener una TB, es algo muy delicado. Yo estuve en ese proceso de hacerme esas pruebas de la tuberculosis; entonces para mí era muy feo cuando yo iba al hospital que me daban un potecito donde uno se hace la prueba, aun sin saber que yo tenía “eso”, yo sentía que la gente me miraba feo, entonces yo me sentía muy mal, con los gestos porque no era que me lo decían. Pero uno se da cuenta con los gestos, uno se siente muy mal. Yo me sentía prácticamente discriminada, porque sabían que me estaba haciendo esas*

*pruebas” (participante del GF de personas LGBTI).*

En la República Dominicana existen ONG especializadas en el acompañamiento a esta población. Algunas cuentan con servicios de salud de predominio en VIH (no con TB), pero con presencia en las comunidades y en establecimientos de salud. Esto favorece que personal especializado les de asistencia y los acompañe de manera directa o a través de enlaces a los servicios de TB.

Varias de estas ONG tienen oficina o asiento en hospitales de los tres niveles de atención, lo que facilita que, en caso de sospecha de tuberculosis, sean conducidos y acompañados, incluyendo paquetes de atención que van desde el apoyo a transporte hasta acompañamiento comunitario y domiciliar en casos que se requiera, lo cual impacta directamente no sólo en la obtención del diagnóstico sino también **durante el tratamiento**.

Respecto a durante la fase hospitalaria del tratamiento y a finalizar el tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

## **Género.**

La comunidad LGBTI es diversa. Engloba a personas que tienen sexo con personas de su mismo sexo. La definición es amplia, e incluye a las personas transgénero (sujetos del presente estudio).

La orientación sexual, cuando no se es heterosexual, es una causa de discriminación muy sensible en la comunidad dominicana. Conlleva a auto discriminación, exclusión (incluso del entorno familiar), la aglutinación o congregación entre pares, el trabajo sexual como opción de generación de ingresos y serias limitaciones para obtención de empleos formales.

En una sociedad de predominio machista, también se incurre en el riesgo de violencia, maltratos y las estadísticas de homicidio de la población son considerables. El estigma incluye escuelas, espacios sociales, medios de comunicación, y cualquier otro tipo de escenario social.

Todo esto implica que sea un desafío **acceder a un servicio de salud** donde también se presuponen las conductas estigmatizantes. Para una persona transgénero, es sumamente difícil el recorrido de acceso a la atención: filas en información, apertura de expedientes, solicitudes de pruebas de laboratorio, permanencia en salas de espera y la exposición frente a miembros de su comunidad que suelen “asumir” la ocurrencia de una condición de salud atribuible a su orientación sexual (no se le llama “preferencia” en la República Dominicana por no ser una elección).

Las personas participantes de este grupo poblacional señalaron que, debido a su identidad de género u orientación sexual son discriminados doblemente cuando son personas afectadas por TB, identificando incluso que en el momento de visitar el establecimiento **previo al diagnóstico** ya están recibiendo un trato distinto al resto, recibiendo miradas, gestos de desaprobación que lastiman a estas personas, de la misma manera también señalaron que no reciben un trato con empatía para la **obtención del diagnóstico**, por otro lado otro participante también señaló la diferencia de lo que es la atención dentro del programa de

tuberculosis y la que reciben en el laboratorio, señalando que en el segundo recibían un trato discriminatorio, como podemos observar en el siguiente relato:

*“Bueno, uno no siempre sabe que tiene esa enfermedad. Nosotros preferimos algunos sitios que si nos saben tratar. Cuando vamos a un hospital, antes de llegar a donde atienden a los que tienen tuberculosis para tratarse y los medicamentos, y eso, uno sufre mucho rechazo. Ya cuando uno está en tratamiento, algunos sitios bien, otros mal. Pero hay que ir al laboratorio y ahí no siempre saben cómo tratar a uno. La realidad de la vida de nosotros es que nos miran raro y uno se da cuenta”*  
(participante del GF de personas LGBTI).

Estas situaciones pueden limitar el acceso a los servicios de salud de las personas, alejándolas de los establecimientos y de la atención de salud en tuberculosis. El temor a la burla y la “vergüenza”, afecta la obtención del diagnóstico, pero también la **continuidad del tratamiento**, lo cual les hace preferir servicios privados, pero tienen un costo que no siempre pueden cubrir. Otra opción es asistir en horarios de poca demanda (pero no coincidentes con los horarios de los servicios de TB, o recurrir a ONG para que canalicen sus preocupaciones en términos de salud, y donde pueden recibir apoyo puntual.

En términos de protección social, no hay exclusión, pero como todo proceso o espacio, por temor al estigma, no siempre se procuran las asistencias que mejoren su calidad de vida.

Respecto a durante la fase hospitalaria del tratamiento y a finalizar el tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

## Estigma.

Según este grupo de participantes existe estigma en el camino de la TB, desde que se **acercan al establecimiento de salud**, son tratados diferente, reciben muchas miradas, el ser LGTBQ+ ya hace que la gente asuma ideas negativas sobre ellos; cuando **obtienen el diagnóstico** positivo las personas tienen miedo de contagiarse y permanecen alejados, estos actos que realizan tanto personal de salud como otros pacientes, son actitudes discriminatorias que pueden alterar el camino de la TB de estas personas, que por el temor a ser estigmatizadas y discriminadas pueden optar por no acudir al centro de salud para **continuar con su tratamiento**. A continuación, testimonios que ilustran lo señalado:

*“Yo me sentí mal, no con los médicos, sino con los pacientes de otras enfermedades que al saber a qué yo iba, me hacían el “fo” como dicen vulgarmente en la calle, porque creían que ya yo lo tenía, pero gracias a Dios no lo tuve y estoy tratando de ayudar a esas personas que si lo tienen”*  
(participante del GF de personas LGBTI).

*“Yo opino que sí, que somos discriminados, por la razón de que no todos tienen el mismo pensar. Entonces por eso se le hace sentir, no solo con palabras, sino con los gestos cuando nos ven, somos discriminados”*  
(participante del GF de personas LGBTI).

*“Sí. He sido discriminado. Cuando llego a los hospitales, las enfermeras me miran. Y de una vez preguntan por el seguro: ¿Que seguro tú tienes? En mi caso es privado, y no me aceptan” (participante del GF de personas LGBTI).*

Los participantes en el estudio, tanto de la comunidad LGBTI como informantes del contexto legal, señalan que esta pudiera ser una de las poblaciones más afectadas por el estigma por el rechazo que parte de las construcciones culturales de la sociedad en sentido general.

Destacan, quienes han vivido varias condiciones, que son más aceptados frente a un diagnóstico de tuberculosis, incluso el uso de drogas en comparación con su preferencia sexual. En caso de que esta sea notoria, es más difícil, ya que ser VIH positivo, enfermar por tuberculosis o usar drogas, no necesariamente “se nota”, a menos que se trate de alguien que haya compartido la información y que tenga la capacidad de manejarlo asertivamente en su entorno.

Con relación a durante la fase hospitalaria del tratamiento y a finalizar el tratamiento, no se identificó específicamente en el levantamiento de información, pero de este último se da por hecho que, de afectarse la continuidad de tratamiento, se afectaría lograr terminarlo con éxito.

## **Financiero.**

La condición de persona transgénero (una de las poblaciones de la comunidad LGBTI), limita seriamente la obtención de un trabajo formal. Es común que se involucren en trabajos domésticos, de salones de belleza, bares o lugares donde su orientación no llame la atención. Obviamente, no son oportunidades favorables para la generación de ingresos, y por ende representa un gasto de bolsillo del que no siempre disponen, cuando tienen que **asistir a un centro de salud.**

El cambio más relevante es la visualización de cómo afecta el estigma y discriminación, y la especificación de sus derechos en las leyes. Al tratarse de una manera general en documentos de referencia, el enfoque en “todos los ciudadanos”, se ha reducido a generalidades, de manera que los reglamentos para hacer cumplir las leyes no se hayan diseñado o no estén claros.

Un paso importante es la modificación de las leyes actuales en lo referente a la aceptación de la diversidad, y en especial en lo relativo a las sanciones o sistema de consecuencia cuando una persona, independientemente de su condición o de su orientación sexual, es discriminada o violentada en sus derechos.

Los participantes, si bien señalaron no conocer la legislación que los asiste en el contexto laboral, mencionaron que de verse vulnerados sus derechos tampoco podría costear los gastos de un abogado, lo que denota que existen limitaciones financieras, como vemos en la siguiente cita:

*“Los abogados son caros. ¿Y quién nos va a hacer caso? Algunos grupos de apoyo tienen abogados, pero no todos saben. Si uno sabe, uno va con la persona, pero al final no siempre se da. Sabemos de casos donde nos han matado, y progresa, pero también es caro, a veces la familia te apoya o tu encuentras quien se conduela, pero como decimos aquí: el muerto con tierra tiene”* (participante del GF de personas LGBTI).

Si bien se identificó que lo financiero se convierte en una limitación recurrente de la comunidad LGBTI, no se desarrolló la relación con el acceso a la atención de salud en TB; sin embargo, los gastos que implican acudir al centro de salud nos dan luces que pueden afectar todo el camino de la TB, desde la **obtención del diagnóstico** hasta lograr exitosamente **finalizar el tratamiento**.

## Geográfico.

Las personas de este grupo, igual que el resto de las poblaciones clave identificadas para los fines de este estudio, refieren que por la discriminación que experimentan, prefieren ir a atenderse a lugares distantes de sus zonas de residencia, incluso de atención privada, lo cual puede afectar la ruta de atención a la TB, como el decidir **visitar al médico** y la **obtención del diagnóstico**. Esto no sólo por la distancia, sino porque ello implica la inversión de recursos en transporte.

Un hecho especialmente relevante a esta población, ya citado anteriormente, es que en el caso de coinfección se cuenta con cerca de 1,700 servicios de TB, pero solo 76 para atención al VIH. De tenerse ambas condiciones, los gastos son mayores y la logística para cumplir los tratamientos se vuelve más complicada.

La conducta general frente a las personas transgénero permea al personal de salud, lo cual afecta el **continuar el diagnóstico**:

*“Yo diría también como que hay una falta de ética. Hay hospitales públicos que tienen la mala costumbre, que cuando una persona se hace la prueba de VIH, acostumbran a hablarlo, cuando no hay como, como que no hay respeto hacia la otra persona. No hay confidencialidad. No hay confianza, por eso hay muchas personas que le cogen miedo a los hospitales y van a lugares privados y se hacen la prueba, sin saber si la tiene o no”*  
(participante del GF de personas LGBTI).

Respecto a durante la fase hospitalaria del tratamiento y a finalizar el tratamiento, no se desarrolló en el levantamiento de información.

## Desafíos laborales.

Como ya se ha descrito, encontrar trabajo para las personas de este grupo poblacional es un desafío debido a que, por su identidad de género sufren discriminación y muchos de ellos se dedican al trabajo sexual lo que los expone a conductas de riesgo, como el consumo de drogas, lo que puede afectar la **obtención del diagnóstico** y el camino hacia la recuperación, como señala el siguiente testimonio:

*“Y ni hablarte del trato de la policía, en los trabajos. Muchos de nosotros no tenemos trabajo por nuestra orientación o preferencia. Muchos se dedican al trabajo sexual. Imagínate lo difícil cuando estas tres cosas que usted dijo se juntan. O sea, ser gay, usar droga y encima tuberculosis, muy difícil. Eso es como condenarse a muerte” (participante del GF de personas LGBTI).*

Los entrevistados señalan que estas barreras financieras también se originan debido a que por su orientación sexual o identidad de género, tienen problemas para conseguir trabajo y por ello muchos realizan trabajo sexual, lo que por las condiciones en la que normalmente se realiza, los expone en mayor medida a la tuberculosis y además afecta el camino de la TB, dificulta tomar la decisión de **acceder a los establecimientos de salud** en busca de atención y limita la **continuidad del tratamiento** y por lo tanto **lograr finalizarlo**.

El código laboral de la República Dominicana no especifica el tratamiento o derechos de las personas en función de su orientación sexual. La discriminación por ser persona transgénero no está clara en términos de reglamentos y procesamiento a nivel judicial, en caso de que se compruebe discriminación en los procesos de reclutamiento para un puesto, tanto en el nivel público como en el privado.

Respecto a durante la fase hospitalaria del tratamiento, no se trató en el levantamiento de información.

Cuadro N° 14: Desafíos que enfrenta la persona LGBTI en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	3	2	2	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	2
Género.	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	23
Estigma	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
Financiero	2	2	2	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	2
Geográfico	1	2	2	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	1

<b>Desafíos laborales</b>	3	3	3	Participantes no señalaron haber sido hospitalizados.	3
<b>Otro</b>					

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

En el cuadro N°14 se observa que, los desafíos que enfrentan los PAT los más resaltantes son los relacionados al estigma que cruza con los de género, los participantes refieren que son tratados de manera distinta, los proveedores de salud y el resto de pacientes toman distancia, por ideas negativas que tienen acerca de ellos, así también destacan los desafíos laborales, puesto que por su identidad de género son estigmatizados y discriminados, por lo que muchos terminan recurriendo al trabajo sexual como medio de subsistencia, estas dificultades se presentan durante todo el camino a la TB, excepto la fase hospitalaria del tratamiento, los otros puntos de análisis (Derechos y acceso a la salud, , financiero, geográfico, así como desafíos laborales) aunque en menor medida también representan desafíos según lo referido por este grupo de personas pertenecientes a la población clave LGTBIQ+. En el punto de análisis geográfico, es en el que se identifican menos desafíos, en el decidir ir al médico y durante el tratamiento. Es preciso señalar que la discriminación está presente en todos los desafíos planteados para este grupo en este estudio.

### **Facilitadores en la cascada de TB**

#### **Proveedores de salud**

Respecto a la atención de los proveedores de salud, algunas de las personas participantes de este grupo priorizado señalan que, aunque si han sentido rechazo, miradas o gestos de desaprobación, estos no suelen darse por el personal de salud que los trata directamente, es decir el que les brinda el tratamiento, lo que facilita el **continuar y finalizar el tratamiento**. Las situaciones más bien se dan en áreas como laboratorio, información (gestión de usuarios), y en algunos casos por el personal de salud no vinculado a los programas de TB y VIH:

*“O sea, con el médico queeee, que me trataba no. Pero si con las personas que sabían más o menos que yo estaba en ese proceso. Los médicos no, o sea la doctora que me estaba tratando no” (participante del GF de personas LGBTI).*

Tanto la División de TB como la de VIH del Ministerio de Salud Pública, realizan actividades en las que se tratan temas de estigma y discriminación, con fines de mejorar la calidad de la atención y promover no solo el cumplimiento de normas, sino la adopción una cultura de calidad en servicios. Pese a que existen mejoras con relación a años anteriores, persisten conductas discriminatorias frente a las cuales no existen sanciones claras (ver entrevistas de informantes clave del contexto legal).

Respecto a acceder a los servicios de salud y ser diagnosticado, no se trató en el levantamiento de información.

## Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

Respecto a la red de soporte del PAT-LGTBIQ+, los consultados señalaron no recibir apoyo. Por el contrario, sentir rechazo de las personas cercanas, incluyendo familiares, lo que dificulta la **obtención del diagnóstico**, pero sobre todo la **continuidad del tratamiento**, así como su **finalización**. Las personas se sienten abandonadas, como nos relata el siguiente testimonio:

*“Muchos de nosotros sufrimos el rechazo de la familia y nos matan en las calles, o nuestras parejas, y nadie dice ni hace nada. Porque no somos como los demás” (participante del GF de personas LGBTI).*

Sin embargo, si señalaron que existe el apoyo entre pares, en sus grupos de apoyo o en las ONG en las que se integran como activistas. Instituciones dedicadas a trabajar con la comunidad LGBTI, desarrollan actividades orientadas a la reducción de estigma y discriminación y la visualización de riesgos y circunstancias que deben ser consideradas en todos los espacios de la sociedad. La actual visibilización en los medios de comunicación (como refieren algunos entrevistados), se considera una oportunidad para un cambio de actitud hacia la comunidad, y un mayor nivel de aceptación (por ende, reducción de estigma y discriminación). No obstante, se refiere: “todavía queda mucho por hacer”.

Respecto a acceder a los servicios de salud, no se trató en el levantamiento de información.

## Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Los participantes en el estudio han señalado la existencia de ONG que trabajan por sus derechos, y que los involucran en sus acciones. No refieren especial atención o apoyo psicológico y emocional o material por su condición.

Los programas de asistencia social del Gobierno, no les distingue como una población clave, por lo que el acceso a subsidios o iniciativas es el mismo de otras poblaciones.

De la misma manera señalaron que de ser víctimas de vulneración de derechos, no cuentan con los medios económicos para contratar abogado, lo que nos indica que no cuentan con un referente como apoyo legal. La falta de especificidad en las leyes y los reglamentos, sumado a la insuficiente sensibilización de especialistas en derecho, limita que los casos sean procesados exitosamente en beneficio de los miembros de la comunidad.

Varias personas afectadas por TB prefieren ser apoyados por el personal médico, a pesar de que en su entorno cercano han percibido discriminación. Esta asistencia aporta fluidez en la cascada de atención a la TB. Se considera al personal de salud como indispensable para la **obtención del diagnóstico** oportuno, la implementación de los esquemas de tratamiento, la **continuidad**, el seguimiento y apoyo a casos especiales, y la **finalización del tratamiento**. La valoración de las personas de servicios de TB se expresa en el siguiente testimonio:

*“O sea, con el médico queeee, que me trataba no. Pero si con las personas que sabían más o menos que yo estaba en ese proceso. Los médicos no, o*

*sea la doctora que me estaba tratando no” (participante del GF de personas LGBTI).*

Con relación a acceder a los servicios de salud, no se trató en el levantamiento de información.

### **Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.**

Las personas participantes del estudio señalan que el tratamiento que reciben para la tuberculosis es gratuito lo que es una facilidad para la **continuidad** requerida (la adherencia) y para lograr **finalizar el tratamiento** con éxito.

No obstante, si no se tiene seguro médico, o si no se cuenta con apoyo del establecimiento de salud a través del programa de asistencia social, existen limitaciones para la cobertura de estudios y tratamientos complementarios.

Enfermedades sobreañadidas se cubren de manera gratuita solo en casos de **hospitalización**. En algunos casos, se puede contar con subsidios del Estado, del propio Hospital, o de ONG que acompañe el caso si la persona está vinculada.

Con relación a acceder a los servicios de salud y la obtención del diagnóstico no se trató en el levantamiento de información.

### **Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.**

Como se ha citado anteriormente, no existe monitoreo formal del cumplimiento de derechos o el manejo asertivo de las poblaciones claves. Las bases de datos recogen información sobre las personas y datos relevantes para el manejo de la condición clínica según el interés epidemiológico o la necesidad de vigilar el cumplimiento de normas técnicas.

Los entrevistados, desconocen la existencia de acciones de monitoreo basado en derechos; sin embargo, los que pertenecen a asociaciones, o grupos que participan de espacios de diálogo y concertación, dominan cierto nivel de información por tener acceso a estudios especiales (frecuentemente llevados a cabo por organismos de cooperación internacional).

Cabe destacar que es a través de la respuesta nacional al VIH/SIDA donde se llevan a cabo la mayoría de las actividades de sensibilización. Por el tema de coinfección, la TB es considerada como principal oportunista, y se presentan las iniciativas, manejo y lineamiento técnicos para su abordaje tanto programático como técnico.

*No sabemos no. No todos conocemos las leyes. Y si en alguna se habla de nosotros, no lo sabemos. Muy pocos van a charlas, pero no se decirle si se habla de eso. Si nos hablan, a veces, de nuestros derechos, pero y ¿cómo hace uno? Eso es si el otro quiere. (Participante del GF de personas LGBTI).*

Con relación al camino a la TB y el monitoreo basado en derechos no se trató específicamente esta relación en el levantamiento de información.

Cuadro N° 15: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de las personas LGTBIQ+.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	2	3	2
Familia	1	1	2	2
Parientes	1	1	2	2
Comunidad	1	1	1	2
Apoyo entre pares	2	2	3	3
Apoyo social y material	1	1	1	2
Apoyo psicológico y emocional	1	1	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	2	2	3	2
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	1	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	2	1
Manejo de casos	1	1	2	1

3 = Muchos, 2 =algunos, 1=Ninguno

El cuadro N°15 se observa que, los participantes manifestaron que los agentes más cercanos que aportan y facilitan el acceso a los servicios de salud de las personas LGTBIQ+ son sus pares sobre todo en los momentos de la cascada, de continuar con el tratamiento y finalizar el tratamiento, brindando información y consejería a través de actividades para reducir estigma y discriminación, apoyadas por organizaciones de la sociedad civil en las que realizan activismo por los derechos de la población LGTBIQ+; así también, los proveedores de salud brindan apoyo principalmente en continuar el tratamiento ya que les brindan información y aunque puedan los participantes refieran que a veces los tratan mal, no son específicamente los pertenecientes al programa de tuberculosis, sino de otras especialidades o en el momento del diagnóstico por el personal de laboratorio.

El acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos facilita la cascada de atención, sobre todos en continuar y finalizar el tratamiento, ya que como vimos anteriormente en otras poblaciones claves, como las personas usuarias de drogas, estas suelen vivir en condiciones de pobreza por lo que, el gasto que generaría cubrirlos haría inviable acceder al tratamiento. La familia, parientes y el apoyo comunitario y de la sociedad civil también ofrecen algún apoyo sobre todo en estas etapas de la atención.

Queda como tarea, trabajar en los facilitadores del acceso a los servicios de salud de las personas LGTBIQ+ toda la cascada de atención, sobre todo en los momentos de la cascada acceder a los servicios de salud y la obtención del diagnóstico.

### Compromisos y participación significativos.

Respecto de la participación por ejemplo a charlas, son pocos los que asisten; sin embargo, la población LGTBIQ+ suele organizarse en grupos como COIN, MODEMU, ASA, los cuales más se enfocan a VIH, en la temática de tuberculosis no se ha avanzado de la misma manera en la organización de grupos de afectados, es decir las personas con VIH reciben mayor apoyo que las que tienen tuberculosis, como señala el siguiente testimonio:

*“Como le dije, algunos grupos, ONG, COIN, MODEMU, ASA. Pero no más de ahí. En un hospital, muy raro, si uno tiene VIH, se ha avanzado más, pero para tuberculosis específicamente, no que sepamos” (participante del GF de personas LGBTI).*

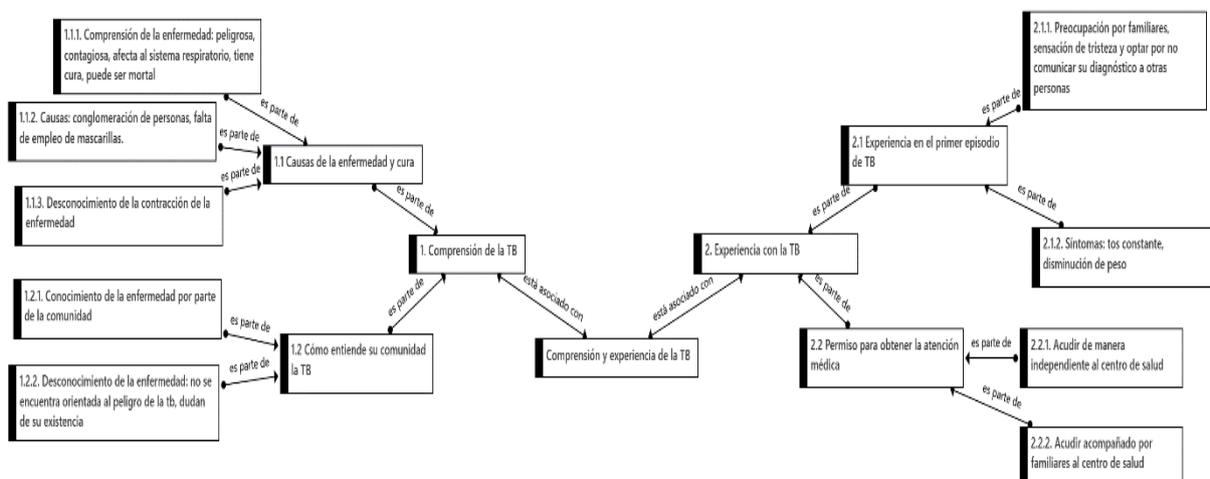
## 6.2. Exploración e Identificación de las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB.

### 6.2.1. Entrevistas

La Información que ha decantado del acercamiento a las poblaciones claves ha permitido conocer los diferentes momentos por los cuales transitan las PAT.

### Comprensión y experiencia de la TB

Diagrama 5: Comprensión y experiencia de la TB, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI Comprensión y experiencia de la TB

La tenencia de la enfermedad genera una serie de reacciones y cambios no solo en la persona sino en el entorno cercano de los mismos, en quienes acompañan o no el proceso de

atención, recuperación y reinserción de los PATS a la sociedad y reestablecerse en una vida común y digna.

La comprensión de las causas, cura, la experiencia que se vive con la enfermedad es muy particular y esta se sostiene de la calidad de acompañamiento, conocimiento y disposición que tiene tanto la familia, el entorno, así como los servidores de salud en cada uno de los centros de salud donde se atienden las PAT.

## **Comprensión de la TB**

### **Causas de la enfermedad y cura.**

Las personas entrevistadas hacen referencia y tienen el conocimiento que la TB es una enfermedad peligrosa que afecta a los pulmones, la cual, a su vez puede afectar a otros órganos. Es una enfermedad contagiosa e infecciosa. Por otro lado, se aprecia que, frente a la consulta sobre las causas de la misma, existe desconocimiento de cómo se genera el contagio.

*Es una enfermedad respiratoria donde la persona la mayoría de las veces se siente discriminado aún no sea así, en ambientes donde hay flujo de personas.... No deben trasladarse y moverse con libertad de respiración sino con un tapaboca. Eso es lo correcto. Entiendo que es una enfermedad delicada, que debe tratarse en tiempo oportuno, producto de que puede causarle hasta la muerte a los pacientes infectados. (Entrevista Personas afectada por TB 2)*

*La tuberculosis es una bacteria, que afecta los pulmones, puede afectar otros órganos, y nos afecta a nosotros como personas, ya sea el que lo padece, como los familiares. (Entrevista Personas afectada por TB 12)*

Se reconoce que la enfermedad tiene cura si se atiende el tratamiento de forma adecuada.

*Para mí eso es una enfermedad, que por lo menos durante los seis meses, tiene cura según uno lleve el tratamiento de forma adecuada. Y eso entiendo yo, que, si uno lleva su tratamiento, se salva. (Entrevista Personas afectada por TB 13.)*

Los entrevistados coincidieron que es importante desarrollar actividades de cuidados a fin de que la enfermedad no se propague y se generen nuevos contagios. Es considerada una enfermedad respiratoria, la cual, genera discriminación o una percepción de discriminación.

*Ehhh, los comentarios de los barrios. Porque siempre en los barrios hay una persona que se encarga de "llevar y de traer". Una persona dijo, por mi casa viven una familia, que no voy a mencionar nombre, que todos ellos, no sé si la genética, mayormente la mayoría de ellos se han tuberculizado, y al yo tener los mismos síntomas, encontré una señora que le dijo a mi mamá: Miguelo tiene esto, esto y esto. (Entrevista Personas afectada por TB 14)*

## **Como entiende su comunidad la TB.**

La comunidad tiene una noción acerca de la enfermedad. Sin embargo, no se aprecia un nivel de conciencia o cuenta con la orientación básica con relación a lo peligrosa que es la TB. Por otro lado, se ha identificado que las personas de la comunidad no entienden este tipo de enfermedad, debido a que es difícil de comprender. Para las personas que tiene TB no es fácil el aceptar que se padece la enfermedad y esto genera un reproche por tener esta condición de salud.

*Te diría que hay personas que entienden ese tipo de enfermedad, hay otras que no; es una enfermedad muy difícil de asimilar, entonces tú sabes que estamos en el mundo y en la sociedad y uno se relaciona con mucho tipo de personas, personas que no lo entienden bien, personas que lo entienden bien, entonces hay personas que se aquejan cuando le llegan ese tipo de enfermedades. (Entrevista Personas afectada por TB 3)*

*Digo Siiii, y digo que no. Pero a “lo primero” (dominicanismo: al principio), ellos como que me humillaban y me menospreciaban, pero ya ellos vieron cómo voy con la enfermedad, que estoy más linda, más gordita con el tratamiento, ya me “han soltao” con eso. Ellos viven conmigo normal. (Entrevista Personas afectada por TB 15)*

Por otro lado, se denota que la comunidad tiene esta reacción y/o percepción de las personas que padecen de TB debido a su desconocimiento, y que desarrollar procesos de concientización serían importantes a fin de sensibilizarlos.

*Bueno, de “cien uno y luego ninguno” (expresión popular dominicana), porque no están concientizados porque no reciben charlas, no reciben nada para concientizarlos. (Entrevista Personas afectada por TB 14)*

## **Experiencia con la TB.**

### **Experiencia en el primer episodio de TB.**

La preocupación por la pareja e hijos es una de las principales variables a señalar en este primer episodio de TB. Esta condición debilita la salud emocional genera estados tristeza, las cuales promueven en la persona que padece de TB en querer no comunicar sobre la tenencia de la enfermedad.

*Bueno, cuando me dijeron... ¿diagnóstico es cuando me dijeron que uno está tuberculoso? (sí)... Cuando me dijeron yo me puse a llorar y estaba muy triste; me lo quería quedármelo callado después encontré gente que me decía que yo me veía muy flaca, que parecía enferma y así... (Entrevista Personas afectada por TB 1)*

Por otro lado, los efectos físicos como disminución de peso la imagen de estar padeciendo una enfermedad genera un desánimo y baja estima.

*Sí, físicamente hubo varios cambios. Primero, pérdida de apetito. A según yo iba teniendo pérdida de apetito, yo iba teniendo pérdida de peso, pero de igual manera, en la tarde me daba fiebre, de madrugada; yo pasaba el día bien, pero cuando iba llegando la tarde...hasta que cuando oí los rumores de las mismas personas del barrio, que siempre hay alguien....dijeron: Miguelo está como “malograo” (expresión dominicana que significa que estás muy mal, desahuciado, o con algo muy grave), y ahí acudí y resultó que cuando me hicieron una baciloscopia, di positivo a la tuberculosis. (Entrevista Personas afectada por TB 14)*

Si bien se reconocen de manera similar los efectos que se ocasionan en el físico de las personas, se denota en ambos testimonios que la TB también es confundido con una gripe.

*Me fui poniendo muy delgado, yo comía bien, pero lo que iba era perdiendo peso y tosiendo, sentía como esa gripe en el pecho y dolor. (Entrevista Personas afectada por TB 5)*

*Me puse flaca, tosía mucho, fiebre, dolor de cabeza, dolor en el pecho y pensaba que era una gripe. (Entrevista Personas afectada por TB 7)*

Asimismo, cuando la persona afectada por TB ha tenido una experiencia cercana a la enfermedad, se expresa que el cuidado metódico y teniendo regla con las disposiciones sanitarias que se les indica les permite o ayuda a sentirse mejor.

*Bueno, antes yo estaba bien y después me preocupé por el esposo y los hijos. Pero después que me traté nos cuidamos me siento mejor ya, más tranquila. Yo le digo a mis hijos ahora que se cuiden. (Entrevista Persona afectada por TB 1)*

### ***Permiso para obtener atención médica.***

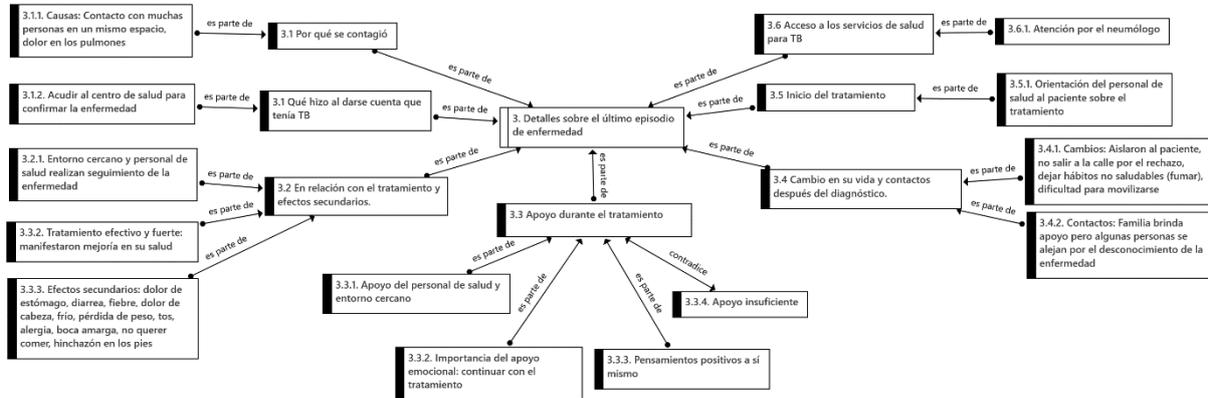
De acuerdo con la información obtenida, solo algunos entrevistados (2) señalaron que en primer lugar se apersonaron solos al centro de salud y ya cuando son observados por un familiar comunican la condición que padecen y son acompañados por los mismos familiares.

*Yo misma vine. Una promotora me dijo, mira ve al Hospital, que ahí dan charlas. Y de una vez me arreglé y arranqué para acá. (Entrevista Persona afectada por TB 13)*

*Bueno yo primero venía escondido. Porque yo siempre he sido una persona...o soy una persona “viva” (queriendo decir astuto), como dicen. O sea que se me mover. Y cuando vine por primera vez, vine varias veces. Cuando vine al área de TB, me, vamos a decir, me siguieron familiares por la forma física que yo tenía; entonces yo hablé con una hermana mía...una de mis hermanas, que fue la primera que empezó a apoyarme después de lo sucedido, y ella me trajo y así sucedieron las cosas, sucesivamente.*

### Detalles sobre el último episodio de enfermedad.

Diagrama 6: Detalles sobre el último episodio de enfermedad, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI - Detalles sobre el último episodio de enfermedad

### Por qué se contagió y que hizo al darse cuenta de que tenía TB.

Cuando se consulta sobre las causas del contagio, se precisa que alguien lo contagió (muchas personas en un mismo espacio), única causa que es identificada. Esto puede señalar que no existe mucha claridad de cómo se puede generar esta enfermedad exponiéndose una situación de vulnerabilidad.

*Yo no fui una persona infectada por la tuberculosis, pero si afectada. mi hijo si, hizo una tuberculosis, a raíz de que estuvo detenido por tres días en la cárcel, que estaban hacinados. O sea, en la cárcel hay demasiados presos en ese espacio, y adquirió la tuberculosis. (Entrevista Persona afectada por TB 12)*

*Bueno, Que alguien me podía contagiar o así. (Entrevista Persona afectada por TB 9)*

Asimismo, si se precisan con claridad los síntomas de la enfermedad: Tos frecuente, disminución de peso, decaimiento, resfriado con sangre, fiebre, dolor en los pulmones y cabeza.

*Bueno, pérdida de peso, me dolían los pulmones, eh, como por dos veces escupí catarro con sangre, esteeeee, mucha fiebre de noche, mucho dolor de cabeza...los oídos, escalofríos. (Entrevista Persona afectada por TB 13)*

*Me fui poniendo muy delgado, yo comía bien, pero lo que iba era perdiendo peso y tosiendo, sentía como esa gripe en el pecho y dolor. (Entrevista Persona afectada por TB 5)*

Los entrevistados expresaron que una vez que se dieron cuenta de la enfermedad, acudieron al centro de salud/médico para saber descartar/confirmar la enfermedad, ya sea acompañado de familiares, amistades.

*Un amigo mío como vio lo que me estaban diciendo me dijo ven que yo te voy a llevar a un sitio, a ti te van a dar la pastilla te van a dar todo nada más tú tienes que ir diario allá al hospital, por eso. (Entrevista Persona afectada por TB 4)*

*Vine, y pregunté, y me dijeron así, que aquí hay una persona que brega con las personas que tienen gripe por más de quince días. Me dijeron así. Y fui, y ella miró la placa, me chequeó la placa (haciendo referencia a la radiografía), me mando a hacer la baciloscopia, y me salió positiva. (Entrevista Persona afectada por TB 15)*

### **En relación con el tratamiento y efectos secundarios.**

Las personas afectadas por TBs expresan que mantienen continuidad cuando están en el tratamiento. Detallan las actividades básicas que posee el proceso de atención: visitas continuas, toma de medicamentos, los doctores hacen el seguimiento al progreso y a los problemas de la enfermedad.

*Le hacen monitoreos, preguntas y de una vez le refieren a los médicos que tienen que ver con el tratamiento y ya luego, ellos te dan los servicios de lugar. (Entrevista persona afectada por TB 2)*

*Bueno, de pronto yo contraí la enfermedad yo empecé el tratamiento, no el mismo día, sino a pocos días de tener la enfermedad, entonces empezó el médico a aplicarme los medicamentos y estoy aquí todavía... tu sabe, en la batalla, a ver lo que papa Dios puede hacer por mí. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

*Ellos me indicaron algo, ellos mismos me lo dan. Yo tengo que venir todos los días a beberme una pastilla que ellos me dan. (Entrevista Persona afectada por TB 4)*

Algunos efectos secundarios identificados son: dolor de estómago, diarrea, fiebre, dolor de cabeza, frío, pérdida de peso, tos, alergia, boca amarga, no querer comer, hinchazón en los pies en su mayoría de entrevistados. Sin embargo, algunos de ellos no presentaron efectos secundarios sino una mejoría.

*Ellos me estaban aplicando los medicamentos, pero van a tener que aumentarme el medicamento porque me siento muy pero muy mal. Tengo efectos secundarios, parece que no ha revolucionado (evolucionado) bien en mi organismo, entonces me siento muy abatida, me siento muy mal, entonces quiero buscarle una solución a eso porque es que tengo muchos*

*síntomas. Tengo diarreas, vómito, me da mucha fiebre, dolor de cabeza, no sé qué voy a hacer. Estoy en un lugar muy difícil, en una situación que no le encuentro salida. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

*Sí, él me decía que se sentía la boca amarga, la comida que no le sabía a nada, que no quería comer. El duró muchos días así. Para nosotros fue muy fuerte. (Entrevista Persona afectada por TB 12)*

### **Apoyo durante el tratamiento.**

Los actores que son enunciados como apoyo durante el tratamiento son: los médicos, enfermeras, promotores, familia, vecinos. Este apoyo es identificado con la provisión de los medicamentos, por ejemplo.

*Claro, Salud Pública hace un trabajo perfecto, entiendo que hay un personal bien capacitado y que realmente eso debería socializarse a la población. Que sí hay asistencia, que nadie se muere por esa enfermedad en estos tiempos y entiendo que, si uno tiene la mente positiva, ninguna enfermedad te va a dañar. Es cuestión detener tu autoestima siempre en alto, sabiendo en Dios que hay un Dios que existe y que todos tenemos la respuesta positiva con relación al consumo, vamos a decir regular de los medicamentos. O sea, llevar al pie de la letra todos los medicamentos que nos manda el tratamiento. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

*Mi esposo y mis hermanos y mis hijos. (Entrevista Persona afectada por TB 6)*

Para las personas afectadas por TB es de vital importancia que se informe a la familia sobre los resultados del diagnóstico esto con la finalidad de recibir apoyo emocional, y subvención económica dado que el tratamiento tiene un alto costo.

*Yo se lo confesé a mis padres, cuando yo le informé la noticia se quedaron en shock, ellos me dijeron vamos a echar para adelante, yo te voy a apoyar... Se sintieron muy mal con la noticia, tú sabes que eso es... la persona recibe como un shock, cuando la persona recibe una noticia así. Tú que estás bien y entonces recibes la noticia así de una enfermedad, entonces eso cambia las cosas. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

Por otro lado, se valora de manera reiterada que, el contar con el soporte emocional expresado en palabras de aliento de parte de familiares y amistades, les brinda la fuerza y determinación para continuar con el tratamiento y poder terminarlo satisfactoriamente. Es importante resaltar que las personas afectadas por TB reconocen que tener una visión positiva de esta condición de salud “tener la mente positiva”, es como una protección a su integridad física y emocional.

*Bueno ha sido difícil pero siempre estaba en una persona que te den apoyo y he tenido el apoyo de mi padre de mi madre gracias y gracias a él y a sus*

*consejos siempre me he sentido mejor app y me ha dado la fuerza suficiente para para seguir el tratamiento y poder terminar con esto.  
(Entrevista Persona afectada por TB 9)*

*Ellos a veces se sienten deprimidos (familia) y yo les doy consejo...mira mi gordura, ahora yo tengo 177 libras. Usted se ve flaco, así, pero eso es un proceso, mi amor, tú vas a salir de eso. Llévense su tratamiento, no quejan sereno (dominicanismo: no exponerse a brisas frías o nocturnas) ...eso pasa, como nada, pasa. Muchos se sienten deprimidos, y yo me siento muy bien aconsejándolos a ellos. Ya mi experiencia ha sido válida para muchas personas. (Entrevista Persona afectada por TB 15)*

### **Cambio en su vida y contactos después del diagnóstico.**

Durante o post tratamiento se va generando una toma de conciencia sobre la vida personal que se tenía antes de la enfermedad y se identificaban actitudes desordenadas sin cuidado personal. Luego de la vivencia de la enfermedad se promueve un mejor cuidado, como por ejemplo el dejar algunos hábitos.

*Mis familiares, De la casa duermo en otra habitación me quitaron las herramientas de comida no es lo mismo, no puedo utilizar nada de lo de ellos o lo de la casa mayormente y así sucesivamente a nivel de hospital he tenido varias discriminación es y no me han querido atender todo de lejos y nada de cercanía conmigo en esos niveles. (Entrevista Persona afectada por TB 9)*

*Ehhh, si ahora soy más cuidadoso con las cosas. Yo cuando iba a las fiestas y eso, ehhh, fumaba hookah, y ese tipo de cosas. También me explicaron un poco de eso, y que eso me perjudicaba y que eso pudo ser por ahí, que me perjudicó todo. Entonces, he parado el consumo de la hookah. (Entrevista Persona afectada por TB 10)*

Respecto a los efectos en cuanto al ámbito laboral, la persona afectada por TB refiere que tiene que esforzarse para que los usuarios de los centros de salud y a la sociedad en general no los rechace y que aun padeciendo esta condición pertenecen al colectivo.

*Si. Mi vida ha dado un giro. Una, por la "eda" (dominicanismo: edad), que ya no es lo mismo porque le estoy hablando de veinte años atrás, cuando empecé, que yo era adicto, me dieron mi primer diagnóstico, hasta esperar siete u ocho años que caí por primera vez. Pero de ahí para adelante mi vida cambió, una por el trabajo, porque como me rozo con personas X, también me rozo con personas más X, debo de vender una imagen especialmente a los usuarios, y a la sociedad para que entiendan que, por ser VIH positivo, o por tener una tuberculosis, nosotros pertenecemos a la sociedad, y somos "algo" de la sociedad también. (Entrevista Persona afectada por TB 14)*

Se reconoce que la tenencia de la enfermedad y posterior a la recuperación la persona tiene secuelas en la movilidad, fuerza, y un incremento en el cansancio. Si identifican que la enfermedad les afecta significativamente.

*Bueno, sí, hay veces que camino y como que me canso, me siento “ajogá” (ahogada), y luego de dos semanas como que la respiración... [Y antes no era así] No, antes no era así. Después que me dio la tuberculosis, es que me he puesto así...con fatiga para respirar. Me canso, si estoy fregando me canso; cuando estoy trapeando también, tengo que sentarme. Porque me siento como “ajogá”. (Entrevista Persona afectada por TB 13)*

Respecto con las relaciones de la familia, esta les da el apoyo e inclusive se ha incrementado; sin embargo, en el entorno comunitario se han alejado por el desconocimiento de la enfermedad.

*Bueno, se han dado una “recogidita” que yo he sentido. [O sea, ¿que están más por su lado?] No sé si es que piensan, tú sabes...como una recogida. No es como antes que uno se sentaba, no importa, pegadas, abrazos. Están como más cuidadosas con ese tema. (Entrevista Persona afectada por TB 11)*

### **Inicio de tratamiento.**

Las personas afectadas TB reciben orientación del personal de los centros de salud. Esta se compone de tiempo del tratamiento, motivación para la continuidad y término de este, medicación, cuidados que se deben de tener en casa y en su vida cotidiana. Se ha expresado que el inicio es difícil por la cantidad de medicación y los efectos secundarios que genera el tratamiento.

*Desde que me lo indicaron yo empecé a tomármelo, ellos me daban una leche con un pan para que me lo tome. (Entrevista Persona afectada por TB 1)*

*Bueno, el tratamiento fue un poquito fuerte, porque de cuando yo inicié, no estábamos como estamos ahora. Yo me tomaba trece pastillas en una “sentá” (interpretación: en un momento único, todas juntas), incluyendo entre vitaminas y todo, eh...sé que de TB eran como once, al mismo tiempo. (Entrevista Persona afectada por TB 14)*

### **Acceso a los servicios de salud para TB.**

Los entrevistados en su mayoría han señalado que han sido revisados por un neumólogo, se les han tomado pruebas diagnósticas como electrocardiograma. La atención se ha desarrollado en hospitales o también en centros de salud.

*Me ha visto un médico de los pulmones, ¿cómo es que se llaman? (un neumólogo) sí, un neumólogo, un señor me vio y me trató, ya yo estoy muy*

mejor. (Entrevista Persona afectada por TB 1)

Se ha expresado que se les otorga apoyo emocional y el asesoramiento, así como orientación sobre las condiciones y el estado en que se encuentran.

*Ehhhh, no. Nada más me chequea la doctora de la UNAP, la que yo por primera vez empecé a chequearme con ella. Yo le dije que, si yo tenía que ir a un neumólogo, y me dijo que no. Que yo no estoy apta para ir al neumólogo porque yo no estoy tan “cogía”. (Entrevista Persona afectada por TB 13)*

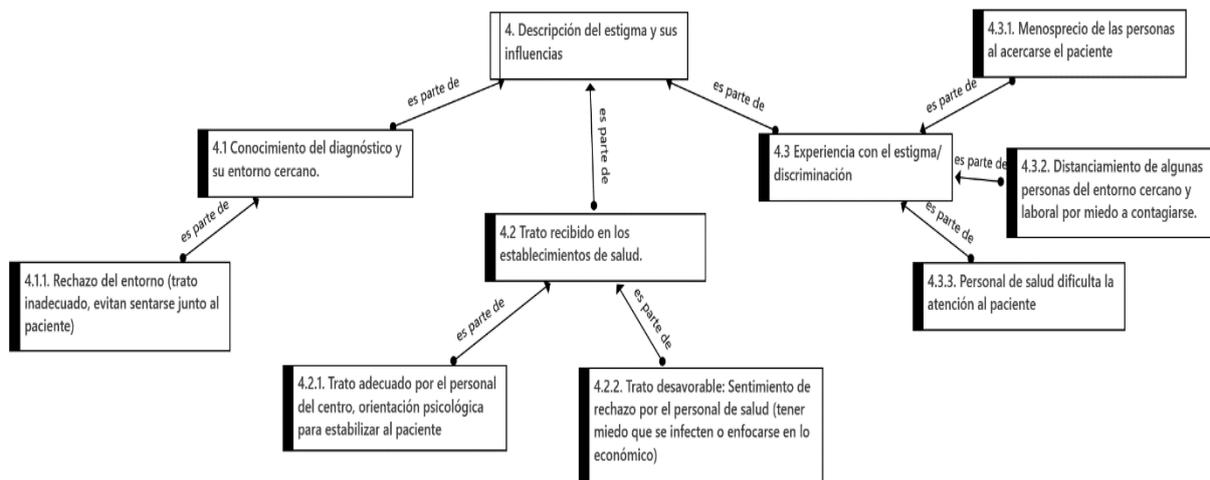
### Acceso a los servicios de salud para otras patologías.

Análisis inductivo de la información relacionado al tema (diabetes, salud mental, apoyo a problemas de alcohol, VIH, terapia de sustitución de opioides) distinguiendo opiniones individuales y de consenso; así como las de convergencia y divergencia..... y seleccionar los testimonios respectivos.

*Me siento discriminado, que a nadie le intereso, ni siquiera a mi familia que me abandono a mi suerte en mi casa.....*

### Descripción del estigma y sus influencias

Diagrama 7: Descripción del estigma y sus influencias, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI - Descripción del estigma y sus influencias

### Conocimiento del diagnóstico y su entorno cercano.

Una vez conocido el diagnóstico la familia o el entorno comunitario más cercano tienden a rechazar a las personas con TB, los echan a un lado. Se evita el contacto físico, en algunos

casos se expresa de manera discriminadora generando maltratos y reafirmando una estigmatización a los PAT.

*A mí me aislaron al principio, me pusieron en un lao. (Entrevista Persona afectada por TB 1)*

*Pero mi familia me ha soltado en banda porque como es una enfermedad contagiosa hasta la familia tiene miedo de acercársele a uno por qué tienes miedo de contagiarse también. (Entrevista Persona afectada por TB 8)*

### **Trato recibido en los establecimientos de salud.**

Las PAT refieren que en los establecimientos de salud la atención es diversa, desde las personas del servicio de limpieza, así como las enfermeras y los doctores. El servicio de orientación psicológica es considerado de mucho apoyo, es un soporte para el equilibrio emocional de las personas afectadas por TB.

Sí. Los médicos, las enfermeras, promotores. Aquí me tratan bien. (Entrevista Persona afectada por TB 1)

*Ehhh, me gustó mucho la intervención de la psicóloga, porque me orientó bastante del tema, porque no tenía mucho conocimiento; me calmó porque ya me estaba un poco...como alterando, porque pensé que era algo más grave. Ehhh, de lo que realmente es. (Entrevista Persona afectada por TB 10)*

Por otro lado, un segundo grupo refiere que el personal de salud en algunas oportunidades habla de manera estricta y esto lo hacen para concientizarlos en la responsabilidad de seguir con el tratamiento.

*Bueno, yo pienso que es una forma que ellos tienen de exigir su...que los pacientes lleven su medicamento. Porque es que son muchos pacientes. Entonces a veces tú tienes que hablarle "recto" a la persona, no porque tú les estás hablando mal, sino para que ellos entiendan que es una responsabilidad de uno. O sea, de uno, como familia, y de ellos como pacientes. Pero el trato fue "bien". (Entrevista Persona afectada por TB 12)*

Un tercer grupo menciona que el trato no ha sido el adecuado, puesto que, si bien le han dosificado los medicamentos, perciben una actitud de rechazado, que no le brindan un trato adecuado. Asimismo, la persona afectada por TB percibe miedo por parte del personal de salud el cual está orientado a la posibilidad de contraer la enfermedad.

*Bueno, todavía el trato, a mí me han aplicado todos los medicamentos por ahora, pero siento que todavía me falta. Me he sentido rechazada, me han estado aplicando los medicamentos, pero aun así me siento rechazada. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

*¡Con alguna diferencia sí! Lo he sentido lo he sentido en carne propia.  
(Entrevista Persona afectada por TB 9)*

### **Experiencia con el estigma.**

Las personas afectadas por TB expresan que todavía existe en la sociedad, considerando a la familia, vecinos y profesionales de la salud diversas formas rechazo y menosprecio.

Esta situación se lleva a cabo como una forma errónea de entender el cuidado de la salud, dado que estigmatiza a las personas y trastoca su estado emocional.

A pesar de que un sector del personal de salud está en el servicio de atención a los PAT se evidencia que no quieren atender a la persona afectada por TB por el temor a ser infectado.

*Se nota que hay un manejo, y un conocimiento. Pero como quiera se deja ver como ese...como a veces miedo de que uno lo infecte. (Entrevista Persona afectada por TB 10)*

Por otro lado, la persona afectada por TB expone que los cuidados que realizan las personas de su entorno, las consideran excluyentes como, por ejemplo: dormir en otra habitación, cambio en las herramientas de comida, no poder utilizar nada de sus familiares. Esta expresión es una distorsión y desconocimiento de las condiciones mínimas de cuidado para no expandir la enfermedad por parte de los PAT.

*Mis familiares, de la casa duermo en otra habitación me quitaron las herramientas de comida no es lo mismo, no puedo utilizar nada de lo de ellos o lo de la casa mayormente y así sucesivamente a nivel de hospital he tenido varias discriminaciones y no me han querido atender todo de lejos y nada de cercanía conmigo en esos niveles. (Entrevista Persona afectada por TB 9)*

## **Barreras y facilitadores en el camino de la TB**

### **Barreras en el camino de la TB**

#### **Derecho y acceso a la salud**

En relación al **acceso a los servicios de salud**, las personas afectadas por TB han identificado que desde la presentación de la situación de pandemia por el COVID -19 el flujo de personas infectadas requirió que la capacidad instalada en los servicios de salud este dirigida de forma prioritaria para ellos. Esto generó y genera situaciones de vulnerabilidad en los PAT, por lo siguiente: no contar con atención oportuna dado que no hay capacidad de atención y por lo otro, existen infecciones donde ellos pueden ser afectados.

*Lo único es que como le decía, el flujo de paciente por el asunto del COVID los últimos años le han creado que los neumólogos no den abasto ante esta situación; también hay infecciones que pueden ser propensas para uno y*

*que uno se mantiene un poquito aislado de algunos centros que sí dan asistencia de primera. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

Asimismo, las PAT señalan que, durante el proceso de conocimiento del **diagnóstico**, así como de la **continuidad del tratamiento** expresan que es importante contar con el soporte emocional para poder sobrellevar la enfermedad, esta es la condición más valorada por los entrevistados.

*Me han brindado, pero no lo suficiente... como para combatir esa enfermedad, entonces yo necesito ayuda, porque de verdad te lo confieso, me siento muy mal, estoy depresiva porque no he recibido las atenciones posibles, entonces me siento muy mal por eso. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

Por otro lado, en relación a la etapa de **finalización del tratamiento** podemos considerar las limitaciones económicas, así como la distancia donde se encuentran los centros de salud dado que muchos de ellos se ubican en lugares alejados de las zonas de residencia de las personas afectadas por TB.

## Género

Para el **acceso a los servicios de salud**, se tiene la percepción que la persona afectada por TB hombre no tolera las enfermedades o situaciones críticas. Se efectúa una comparación con la persona afectada por TB mujer. Se detallan comportamientos de abandono, no rigurosidad para cumplir el tratamiento o que el PAT hombre hace uso del servicio médico solo en casos de emergencia.

*Yo siempre he visto que cuando el hombre tiene enfermedades o cualquier cosa se derrumba fácilmente. Nosotras las mujeres, no quiero discriminarlos, nosotras las mujeres tenemos una fortaleza, por el don de ser madre, tenemos como algo espiritual, que nos ha dado ese poder. Nosotros juntos, hombre y mujer somos equilibrio, pero el hombre tiende, cuando se siente enfermo o cuando tiene una situación crítica, tiende a derrumbarse más fácil que la mujer; la mujer tiene como esa auto seguridad de que hay alguien o algo que le da esa fuerza y es Dios. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

Entre la **visita al médico y al diagnóstico**, la persona afectada por TB refiere que la mujer acude más al médico que el hombre, este último se cuida menos. Asimismo, existen casos donde al hombre no lo atienden. Por otro lado, los entrevistados refieren que a los hombres no les gusta tomar medicamentos para ninguna enfermedad; asimismo, sienten el rechazo cuando las personas no se le acercan por estar en esta condición, tener “este padecimiento” (enfermedad de TB).

*No, la mujer es más pasable que el hombre, al hombre lo echan siempre para una esquina y no quieren tantas vainas con los hombres. La mujer es más especial, que los hombres. (Entrevista Persona afectada por TB 4)*

*No es lo mismo. Cuando uno no tiene la enfermedad es muy diferente a cuando la tiene. Ya tu sientes rechazo, no es lo mismo, las personas no se te acercan... un rechazo totalmente. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

Por otro lado, se asigna cualidades de responsabilidad, cuidado, pero también estereotipos a la PAT mujer atribuyéndole una capacidad para **continuar con el tratamiento**, dado el cuidado a la familia, el de seguir indicaciones y ser metódicas. Esta apreciación es compartida por afectados por TB tanto hombres como mujeres.

*No, simplemente que la mujer acude más al médico que el hombre. El hombre se descuida, se queda así no va, se cuida menos. (Entrevista Persona afectada por TB 6)*

Respecto a los momentos de **la fase hospitalaria del tratamiento** y durante **el tratamiento ambulatorio**, no se trataron en el levantamiento de información.

## Estigma

Algunos PAT refieren con respecto al **acceso al servicio de salud** que en el hospital han sentido discriminación porque no lo querían atender: esto se expresaba en el pedido que se le hacía como por ejemplo el que mantuviera la distancia. Por otro lado, la persona afectada por TB percibe el miedo de las personas de ser contagiado.

*Se nota que hay un manejo, y un conocimiento. Pero como quiera se deja ver como ese...como a veces miedo de que uno lo infecte. (Entrevista Persona afectada por TB 10)*

En el hogar, una vez **diagnosticado** y durante el **proceso de tratamiento**, las personas afectadas por TB duermen en otra habitación y no puede manipular herramientas de comida de sus familiares. Esta situación de cuidado y prevención los PAT lo toman como formas de discriminación, para ello se requiere reforzar las características básicas de cuidado y salubridad que se debe tener a fin de no propagar la enfermedad.

*Mis familiares, De la casa duermo en otra habitación me quitaron las herramientas de comida no es lo mismo, no puedo utilizar nada de lo de ellos o lo de la casa mayormente y así sucesivamente a nivel de hospital he tenido varias discriminaciones y no me han querido atender todo de lejos y nada de cercanía conmigo en esos niveles. (Entrevista Persona afectada por TB 9)*

Respecto a los momentos de **la fase hospitalaria del tratamiento** y durante **el tratamiento ambulatorio**, no se trataron en el levantamiento de información.

## Financiero

Uno de los PAT entrevistados refiere haber **asistido a un centro de salud privado** y que su experiencia fue sentir que solo era lucrativa, el personal se enfocaba en el tema del costo de la atención, esto referido a un centro de salud en específico.

*Pero a lo primero yo fui a la plaza de la salud y allá no me dieron un trato como era, eso era esa gente sacándome dinero y dinero (Entrevista Persona afectada por TB 4)*

Sin embargo, luego de conocer el servicio público se ha contado con la medicación necesaria. El PAT expresa haber recibido apoyo para la **continuidad el tratamiento** con los medicamentos tomando en cuenta que tienen un precio elevado. A lo largo del proceso ha contado con la provisión de los mismo, lo cual no ha generado un costo adicional.

*Yo pienso que sí, porque esos medicamentos son bien costosos. Entonces el apoyarte con el costo de los medicamentos, es mucho. (Entrevista Persona afectada por TB 12)*

Respecto a los momentos de **la fase hospitalaria del tratamiento** y durante **el tratamiento ambulatorio**, no se trataron en el levantamiento de información.

## Geográfico

Las personas afectadas por TB expresaron que para **acceder a los servicios de salud** varios de ellos no se encuentran cerca de donde viven. Tienen referencias de instituciones cuyo personal trabaja con personas con tuberculosis, pero no como atención preferente, sí han identificado instituciones que atienden pacientes con VIH y además con TB.

*Directamente con tuberculosis, no. Aquí especialmente en la provincia de La Altagracia no hay ninguna institución que trabajen con las personas, directamente que tengan TB. Si con VIH. Y como andan agarrados de mano, uno tapa al otro. Ya de tener una condición, si viene una, se le da apoyo por las dos. Pero ya enfocarse en una sola rama, especialmente de la TB, no contamos con ninguna ayuda. (Entrevista Persona afectada por TB 4)*

Respecto a las etapas de **entre la visita al médico** y el **diagnóstico, la fase hospitalaria del tratamiento** y durante **el tratamiento ambulatorio**, no se trataron en el levantamiento de información.

Cuadro N° 16: Desafíos que enfrenta en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y	3	2	2	2	2

acceso a la salud					
<b>Género.</b>	2	2	2	*	*
<b>Estigma</b>	2	2	2	2	2
<b>Financiero</b>	1	2	2	2	2
<b>Geográfico</b>	2	*	*	*	*

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

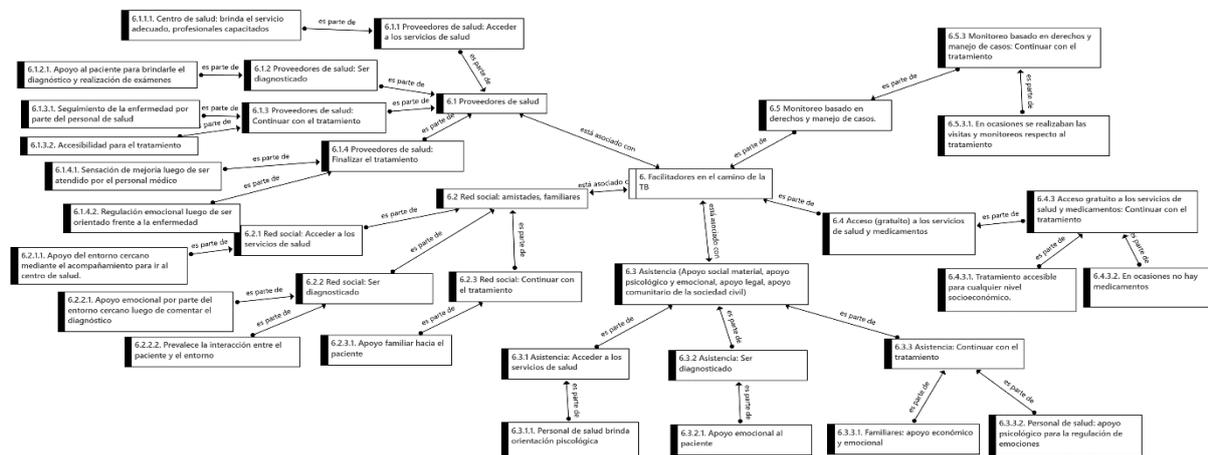
\*esta etapa no fue levantada con información correspondiente.

Las personas afectadas por TB entrevistados han resaltado que, los desafíos que enfrentan en el camino de la TB se expresan de forma constante en cada una de las etapas y de manera similar el peso de los mismos en los cuatro puntos de análisis. Por otro lado, se observa que las PAT no han distinguido de manera explícita desafíos en los puntos de análisis de género y el geográfico, coincidiendo en las etapas de la fase hospitalaria y durante el tratamiento ambulatorio. Asimismo, se ha evidenciado que en el caso de los hombres y las mujeres quienes son proveedores responsables del hogar se ven afectados durante la totalidad del proceso de atención de la enfermedad esto deteriora su capacidad de trabajo y las posibilidades de conseguir recursos.

Con respecto al estigma, se ve expresado en los prejuicios que poseen los actores que asisten a los afectados por TB, Esta situación genera ausentismo e irregularidad para asistir a los servicios de salud.

### Facilitadores en el camino de la TB

Diagrama 8: Facilitadores en el camino de la TB, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI - Facilitadores en el camino de la TB

### Proveedores de salud

Los entrevistados señalan que, para el **acceso a los servicios de salud**, existen centros que brindan el servicio de manera adecuada, se cuenta con especialistas capacitados en el área. También se tiene conocimiento que existen hospitales que son especialistas en TB. Sin embargo, varios de ellos no se encuentran cerca de sus domicilios.

*Yo realmente sé que hay hospitales, centros de salud que asisten, que dan el servicio adecuado, hay hospitales que son especialistas en el área y que en sí nosotros lo que tenemos es que buscar e indagar dónde están esos médicos que dan servicio de primera porque sí lo tenemos. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

Una vez que la persona afectada por TB es **diagnosticada** luego de realizarse algunos análisis (radiografía, baciloscopia), es trasladado a otro centro para que inicie un tratamiento.

*Y una señora aconsejó a una hermana mía y me llevó para donde las monjitas en La Romana. Y en Romana, cuando me hicieron una radiografía, me dijeron: esa muchacha tiene los pulmones “tapao” (tapados), y cuando me mandaron para acá, para Higuey, fue para donde Mercedes, que ella es la que brega con esto, con la enfermedad de los pulmones. Cuando yo fui, ella me hizo una baciloscopia, y me salió positiva. (Entrevista Persona afectada por TB 15)*

Para el proceso de **continuidad del tratamiento**, la PAT refiere que amistades y el personal de salud brindan seguimiento al tratamiento, recibe la dotación de medicinas correspondiente y hace monitoreo de cómo está llevando la situación de salud en su vida cotidiana.

*Claro, Salud Pública hace un trabajo perfecto, entiendo que hay un personal bien capacitado y que realmente eso debería socializarse a la población. Que sí hay asistencia, que nadie se muere por esa enfermedad en estos tiempos y entiendo que, si uno tiene la mente positiva, ninguna enfermedad te va a dañar. Es cuestión detener tu autoestima siempre en alto, sabiendo en Dios que hay un Dios que existe y que todos tenemos la respuesta positiva con relación al consumo, vamos a decir regular de los medicamentos. O sea, llevar al pie de la letra todos los medicamentos que nos manda el tratamiento. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

**Finalizado el tratamiento**, la persona afectada por TB refiere sentirse mejor luego de que lo ha tratado el médico (neumólogo). También, refiere haberse sentido mejor orientado ya que no tenía conocimiento del tema de la TB y sus efectos tanto emocionales como físicos.

*Luego busqué la ayuda y vine al médico, hablé con mi familia, todos me apoyaron y aquí me han apoyado mucho, mi vida ya cambió, ya está mejor. (Entrevista Persona afectada por TB 1)*

*Ehhh, aquí en el Hospital, fue tan bueno, ha sido tan bueno, que hasta laborando estoy después de eso. Ya llevo casi doce años en el programa de VIH, y como dicen ellos: Sin Miguelo, no somos nadie. (Entrevista Persona afectada por TB 14)*

## **Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares)**

Con relación al **acceso a los servicios de salud**, existe apoyo de vecinos y amistades para el acompañamiento a fin de acudir al centro de salud. La familia, segundo grupo referido por los entrevistados, brinda asistencia a las personas que tienen algún síntoma de sospecha de TB.

*Un amigo mío como vio lo que me estaban diciendo me dijo ven que yo te voy a llevar a un sitio, a ti te van a dar la pastilla te van a dar todo nada más tú tienes que ir diario allá al hospital, por eso. (Entrevista Persona afectada por TB 4)*

Una vez **diagnosticado** con TB, algunos PAT lo han comunicado a sus familiares y estos les han brindado su apoyo (emocional), mediante palabras de aliento "vamos a echar para adelante, yo te voy a apoyar". Por otro lado, se menciona que el trato no cambio, pero si se puede evidenciar que les genera una preocupación, una situación muy difícil de asimilar.

*Familiares, es importante socializarlo a los familiares para recibir apoyo emocional, porque realmente tu fortaleza viene de padre, madre, hermanos y también recibir apoyo económico, porque en cierto modo hay tratamiento que quizás en un momento determinado se necesite y quizás toma tiempo en alto costo y salud pública suministrarlo y ya uno tiene que buscar dinero extra para comprarlos. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

*Yo se lo confesé a mis padres, cuando yo le informé la noticia se quedaron en shock, ellos me dijeron vamos a echar para adelante, yo te voy a apoyar... Se sintieron muy mal con la noticia, tú sabes que eso es... la persona recibe como un shock, cuando la persona recibe una noticia así. Tú que estás bien y entonces recibes la noticia así de una enfermedad, entonces eso cambia las cosas (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

Para el **seguimiento del tratamiento**, el apoyo de la familia se constituye el aspecto más resaltante, se enuncian los hermanos, hijos, esposa, conviviente. Una forma que la familia desarrolla para acompañar este proceso es generar un ambiente de convivencia lo más normal posible, el cual no genere sensación de rechazo o de discriminación.

*Si. Ya es diferente. Ella dice: eso no es nada, tú puedes llevar tu tratamiento. Eso no se contagia cuando tú te cuidas, y todo. Porque a ellos, "toditos", les hicieron la prueba y ninguno salió positivo. La única que salió positiva era yo. Corrió ella mucho conmigo. (Entrevista Persona afectada por TB 15)*

Respecto a la etapa de **finalización del tratamiento**, no se trataron en el levantamiento de información.

**Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil)**

Respecto al **acceso a los servicios de salud**, la persona afectada por TB refiere que el personal de salud le brinda orientación psicológica que lo apoya en estabilidad emocional.

*Y te digo que hay que tener la autoestima alta siempre, no sentirse discriminado, que normalmente el paciente tiende a sentirse así, pero realmente hay un personal que le da orientación psicológica y que realmente tiene siempre al paciente orientado hacia su condición.  
(Entrevista Persona afectada por TB 2)*

En el momento del ser **diagnosticado** con la enfermedad ha recibido apoyo emocional a fin de asimilar esta nueva condición de salud, así como los próximos pasos a llevar para el inicio del tratamiento y su continuidad.

*Bueno, recibí apoyo emocional y pude ver que si me quieren y eso para mí es un apoyo muy importante (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

En relación a la **continuidad del tratamiento**, se le da un valor importante a que esta condición sea comunicada a los familiares dado que de este núcleo cercano se reciben los soportes emocionales y también económicos para los PAT. La tenencia de la enfermedad requiere de atención y cuidados que no pueden ser sostenidos únicamente por el afectado por TB ni el centro de salud: la alimentación, una vivienda digna, contención y sensación de protección emocional son variables fundamentales para un tratamiento efectivo.

*Familiares, es importante socializarlo a los familiares para recibir apoyo emocional, porque realmente tu fortaleza viene de padre, madre, hermanos y también recibir apoyo económico, porque en cierto modo hay tratamiento que quizás en un momento determinado se necesite y quizás toma tiempo en alto costo y salud pública suministrarlo y ya uno tiene que buscar dinero extra para comprarlos. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

*Bueno ha sido difícil pero siempre estaba en una persona que te den apoyo y he tenido el apoyo de mi padre de mi madre gracias y gracias a él y a sus consejos siempre me he sentido mejor app y me ha dado la fuerza suficiente para seguir el tratamiento y poder terminar con esto.  
(Entrevista Persona afectada por TB 9)*

Además de contar el apoyo de familiares, el personal de salud (psicólogos) los han orientado para poder regular sus emociones y seguir en el proceso del **tratamiento y finalizarlo**.

*Ehhh, me gustó mucho la intervención de la psicóloga, porque me orientó bastante del tema, porque no tenía mucho conocimiento; me calmó porque ya me estaba un poco...como alterando, porque pensé que era algo más grave. Ehhh, de lo que realmente es. (Entrevista Persona afectada por TB 10)*

## Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos

El **acceso a los servicios de salud** por parte de los afectados por TB es identificado desde el momento de su asistencia al centro de salud, se le **diagnostica** y se le suministra la medicación correspondiente. El PAT refiere que se le suministra el tratamiento que es accesible a cualquier persona de nivel económico.

*Y entiendo que un tratamiento que se le suministra al paciente vía alto costo en caso de... También es asequible a cualquier nivel económico de la población. Cualquier persona que tenga o no tenga dinero puede acercarse a alto costo y ellos le suministran, con los papeles originales de la solicitud del medicamento ellos también le suplen. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

En ocasiones, la medicación es limitada, esta situación genera una demanda a otros centros de salud cercanos o alejados con lo cual se corre el riesgo de una demora en la disponibilidad con la consecuente afectación al PAT en el proceso de **tratamiento y recuperación**.

*Entonces ellos la piden en Santo Domingo, a veces, y esperan que lleguen...y así. Pero a veces duran hasta una semana y dos. Y ya eso afecta la adherencia del paciente. (Entrevista Persona afectada por TB 12)*

En el proceso de **continuidad del tratamiento** las personas afectadas por TB reconocen que esta medicación tiene un valor considerable por lo que han generado un nivel de responsabilidad en seguir el tratamiento una vez iniciado.

*Yo pienso que sí, porque esos medicamentos son bien costosos. Entonces el apoyarte con el costo de los medicamentos, es mucho. (Entrevista Persona afectada por TB 13)*

Respecto a la etapa de **finalización del tratamiento**, no se trataron en el levantamiento de información.

## Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Las personas afectadas por TB entrevistadas identifican como una acción de monitoreo en el punto correspondiente al **diagnóstico** el hecho de realizarles monitoreos (chequeos, exámenes) que corresponden al tratamiento para luego remitirlos con el especialista.

*Le hacen monitoreos, preguntas y de una vez les refieren a los médicos que tienen que ver con el tratamiento y ya luego, ellos te dan los servicios de lugar. (Entrevista Persona afectada por TB 2)*

Sin embargo, respecto a **la continuidad del tratamiento** expresan que se han dado visitas en ocasiones y/o de manera regular:

*Bueno yo tengo amistades, doctores que me están dando seguimiento a*

*mis problemas a mi enfermedad y me están aplicando los medicamentos, yo estoy aquí en el Santo Socorro. Estoy tratando de sobrellevar esta situación, esta enfermedad, me están atendiendo, pero me siento muy mal... eh tengo muchos síntomas, diarrea. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

Por otro lado, la sensación de vulnerabilidad y abandono es una constante cuando no se observa una evolución positiva en el **tratamiento**, esta sensación se acentúa cuando se tienen efectos secundarios que deterioran aún más la salud del PAT, esto genera situación de abandono y desesperanza.

*Ellos me estaban aplicando los medicamentos, pero van a tener que aumentarme el medicamento porque me siento muy pero muy mal. Tengo efectos secundarios, parece que no ha revolucionado (evolucionado) bien en mi organismo, entonces me siento muy abatida, me siento muy mal, entonces quiero buscarle una solución a eso porque es que tengo muchos síntomas. Tengo diarreas, vómito, me da mucha fiebre, dolor de cabeza, no sé qué voy a hacer. Estoy en un lugar muy difícil, en una situación que no le encuentro salida. (entrevista Persona afectada por TB 3)*

Respecto a la etapa de **finalización del tratamiento**, no se trataron en el levantamiento de información.

Cuadro N° 17: Apoyo en el acceso a los servicios de salud.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	3	3	3	1
Familia	3	3	3	*
Parientes	3	3	3	*
Comunidad	3	3	3	*
Apoyo entre pares	3	3	3	*
Apoyo social y material	3	2	2	1
Apoyo psicológico y emocional	2	2	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	2	2	2	2
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	2	3	2	*
Monitoreo basado en derechos	1	1	1	*
Manejo de casos	1	2	2	*

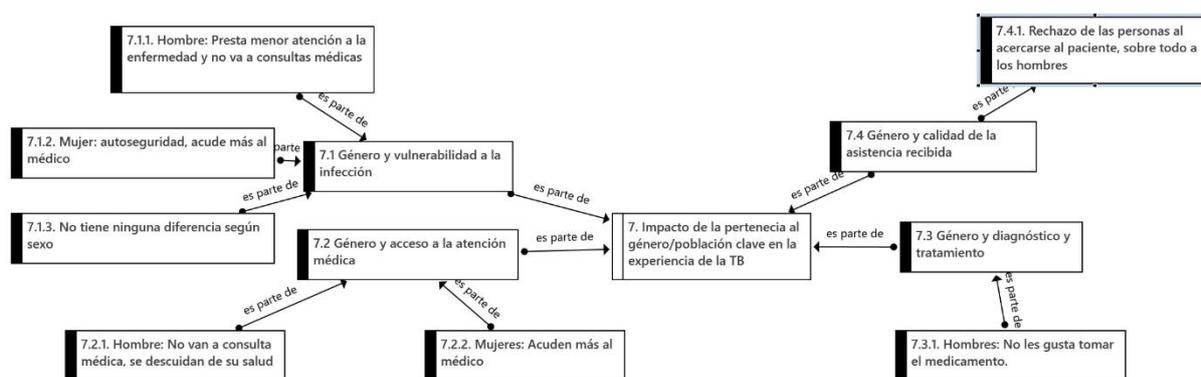
3 = Muchos, 2 = algunos, 1 = Ninguno

\*esta etapa no fue levantada con información correspondiente para los facilitadores en mención.

Respecto a los facilitadores se puede evidenciar que los proveedores de los programas de TB y la Red Social compuesto por la familia, los parientes y la comunidad son los actores que dan soporte para asistir a las personas afectadas por TB. Sin embargo, estos sectores requieren fortalecer el conocimiento y tenencia de un manejo adecuado de los procedimientos para asegurar la culminación exitosa del tratamiento en los centros de salud., Por otro lado, se ha identificado que la distancia y acceso limitado a estos servicios no garantiza una oportuna detección, tratamiento y seguimiento que permita acceder a un tratamiento gratuito en la mayoría de los PAT.

### Impacto de la pertenencia al género/población clave en la experiencia de la TB

Diagrama 9: Impacto de la pertenencia al género y la TB, República Dominicana 2022



Fuente: Mapa Atlas TI - Impacto de la pertenencia al género y la TB

### Género y vulnerabilidad a la infección

El hombre cuando tiene enfermedades/ante una situación crítica se derrumba fácilmente más que la mujer, incluso se cuida menos. Además, no le presta mucha atención a la enfermedad, no les gusta tomar medicamentos y no frecuenta consultas médicas a menos que tengan una cirugía.

*Bueno, eh, ¿qué te digo? Yo, eh, considero que los hombres tal vez no le dan tanta mente, tal vez las mujeres estamos más involucradas en esos cambios que sentimos. Tal vez el hombre vive su vida y no le da mente a nada de eso. Si tiene una gripe o tiene algo...eso es COVID que anda.*  
(Entrevista Persona afectada por TB 11)

Las mujeres se encuentran más involucradas en esos cambios que sentimos. Se percibe que la enfermedad no es diferente para hombre y mujer. Para ambos casos se siente el rechazo, las personas no se acercan. No se aprecia ninguna diferencia según sexo.

*No. Yo diría que en un sentido sí, y en otro no. Le explico: la TB no tiene...no importa raza, ni color, ni piel, ni edad tampoco. De igual manera que como mismo afecta al hombre, afecta a la mujer. Por qué porque si el hombre...pérdida de peso, de apetito, dominicanamente se “decaçara” (expresión descascarar: demacrarse), así mismo la mujer por igual hace el mismo proceso, el mismo procedimiento. O sea, una cosa no tiene que ver con la otra. Yo diría que eso no tiene que ver ni con el sexo de la persona, ni nada. (Entrevista Persona afectada por TB 14)*

### **Género y acceso a la atención médica**

La persona afectada por TB refiere que los hombres casi no van a consulta a menos que sea para una cirugía: son más descuidados. Asimismo, refiere que las mujeres acuden más al médico, aunque también son las que carecen de recursos para poder acceder a los centros de salud dada la distancia en la que se encuentran algunos.

Por otro lado, se tiene la concepción que la mujer posee un nivel de conciencia mayor que los hombres de responsabilidad. Esta actitud, busca prever una situación de enfermedad, dado que en su mayoría de veces son las responsables del cuidado en el hogar y esta enfermedad puede generar mayores contagios.

*No, simplemente que la mujer acude más al médico que el hombre. El hombre se descuida, se queda así no va, se cuida menos. (Entrevista Persona afectada por TB 6)*

*La mujer es más fácil. La mujer es más llevadera que el hombre. Los hombres son más “dejados” (una manera coloquial de decir descuidados), incluso lo podemos ver en los hospitales. Ellos casi no van a consulta, a menos que sea algo...que tengan una cirugía, o algo. Si no, no se chequean. (Entrevista Persona afectada por TB 6)*

### **Género y diagnóstico y tratamiento**

Una de las personas afectadas por TB abordada en entrevista refirió que a los hombres no les gusta tomar medicamentos. Por otro lado, esta percepción es extendida frente a cualquier tipo de conducta de cuidado de la salud por parte de los hombres.

Es importante identificar que cuando se hace referencia a este punto los entrevistados no logran identificar diferencias en temas de género y tratamiento, lo cual sería un tema vital para desarrollar a fin de generar conciencia sobre la importancia de iniciar y culminar satisfactoriamente el proceso de mejora de la enfermedad y posterior alta de la misma.

*A los hombres no les gusta tomar medicamentos (risa), en su mayoría, no solo para tuberculosis, yo diría que para todo. (Entrevista Persona afectada por TB 12)*

## **Género y calidad de la asistencia recibida.**

El PAT refiere que es muy diferente cuando tiene la enfermedad, pues se evidencia el rechazo y las personas no se acercan. Asimismo, señala que "al hombre lo echan siempre para una esquina y no quieren tantas vainas con los hombres".

Todavía existen condiciones que estigmatizan la tenencia de la TB, la cual es profundizada con una mirada de discriminación diferenciada en PAT hombres y PAT mujeres. Estos primeros son vistos como "descuidados" poco responsables y que debido a este comportamiento han obtenido y/ o no desarrollan adecuadamente el tratamiento para recuperarse de la TB.

La tenencia de la TB es identificada como una condición que genera rechazo, que no respeta los derechos básicos que como país se plantean proteger. Aún existe en los servicios públicos de salud actitudes, prácticas que refuerzan acciones discriminatorias contra este grupo poblacional.

*No es lo mismo. Cuando uno no tiene la enfermedad es muy diferente a cuando la tiene. Ya tu sientes rechazo, no es lo mismo, las personas no se te acercan... un rechazo totalmente. (Entrevista Persona afectada por TB 3)*

*No, la mujer es más pasable que el hombre, al hombre lo echan siempre para una esquina y no quieren tantas vainas con los hombres. La mujer es más especial, que los hombres. (Entrevista Persona afectada por TB 4)*

## **Compromiso y participación significativos**

Se precisa que los PAT no tienen conocimiento de instituciones que trabajan con población con tuberculosis. Esta situación no permite promover acciones de prevención que ayuden a reducir el número de personas afectadas. La tenencia de programas alternativos que permitan concientizar sobre los cuidados y las condiciones para el tratamiento son muy necesarios. Los PAT indican que hay algunas que trabajan con personas afectadas por TB y que a su vez tienen VIH. Este tipo de organizaciones si son identificadas.

*No, solo aquí donde estoy, en la Unidad de TB, pero hay más, me dicen que hay más. (Entrevista Persona afectada por TB 1)*

*Ehhh. Que yo conozca, hay una ONG que da apoyo, a los pacientes. Hay "unas" ONG. (Entrevista Persona afectada por TB 12)*

*Directamente con tuberculosis, no. Aquí especialmente en la provincia de La Altagracia no hay ninguna institución que trabajen con las personas, directamente que tengan TB. Si con VIH. Y como andan agarrados de mano, uno tapa al otro. Ya de tener una condición, si viene una, se le da apoyo por las dos. Pero ya enfocarse en una sola rama, especialmente de la TB, no contamos con ninguna ayuda. (Entrevista Persona afectada por TB 14)*

### **6.2.2. Grupos focales.**

## ***Roles de hombres, mujeres y persona transgénero***

### ***Papel de la mujer***

El rol de la mujer como guía y ama de casa (está pendiente de lo que sucede en el hogar, debe estar en casa lavando, cocinando, planchando, atender y educar a los hijos), mas no estar esclavizada. Se le debe dar libertad para que se desarrolle. La mujer como ente productivo: buenas trabajadoras (capacidad para trabajar afuera y dentro de la casa), empoderadas, que presenta valores y principios, se pone de acuerdo con la pareja para brindar seguimiento a los hijos. Asimismo, es buena comunicadora y es amiga tanto de la familia como de la comunidad, así como aporta sus conocimientos personales a la sociedad y a su familia.

#### **Grupo Focal Personas Afectadas 1**

*Oh! Bueno, lo que yo pienso sobre la opinión de la joven es que una mujer eh... Tiene que estar en el hogar tiene que por ejemplo una básica de atender los niños primer lugar y no esclavizarse, uno no debe tenerla como esclava uno debe darle su libertad para que ella se desarrolle porque hay algunos que por ejemplo nosotros los hombres a veces nosotros pensamos que como que la mujer es esclava de uno y así no es, esa es mi opinión.*

#### **Grupo Focal personas Afectadas 2**

*Anteriormente la mujer solamente era ama de casa, pero ahora vemos la mujer en la sociedad, en el trabajo, no en centrada, involucrada, con un empoderamiento mayor que en los hombres. Tenemos en el área laboral que el cincuenta más uno son mujeres y el resto es hombre. Eso es una cantidad muy significativa. O sea, ya vemos que la mujer pasó simplemente de ser ama de casa a tener un rol significativo en todas las áreas de la sociedad.*

#### **Grupo Focal personas Afectadas 2**

*Entonces yo pienso que nosotras las mujeres hemos sido privilegiadas porque tenemos la capacidad de trabajar fuera. Trabajar en la casa, atender a los niños y un sinnúmero de cosas. Porque normalmente el hombre cumple su labor de trabajo cuando llega a la casa a de... Nosotras las mujeres tenemos que seguir y seguir y seguir. Y hemos visto, como lo dice mi compañera, que el logro que hemos tenido de insertar al espacio laboral que en años atrás hubo nada más era en la casa. Entonces yo pienso que en este caso somos casi superdotados nosotras las mujeres.*

### ***Papel de un hombre***

El hombre es quien tiene la "batuta" (control) de la casa, sale a trabajar, provee en todos los sentidos en el hogar (alimentación). Asimismo, el hombre y la mujer han tratado de equilibrarse al momento de trabajar para ser el sustento de sus hijos. Del mismo modo, el

hombre se encarga de la casa (cocina, lava, plancha, cuida a los niños y les brinda ánimos para que estudien), sobre todo sucede cuando es desvinculado de su empleo y se invierten los papeles. Asimismo, en relación a un niño u hombre joven, sería que aporte a su educación. Por otro lado, también piensan que al hombre hay que atenderlo y la mujer debe ser para servirles.

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*la creencia mayormente de que el hombre-hombre no entra a la cocina, el hombre-hombre no lava, el hombre que es hombre no plancho... Hoy en día si algo cambiando un poquito, lo que dijo la compañera, que algunos ayudan en la casa, pero hay otros que no que todavía entienden que ellos son "el hombre qué hay que atenderlo" y que la mujer debe de estar para ellos para servirles y hasta ahora hemos cambiado un poquito ¡Gracias a Dios! Hemos evolucionado.*

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Eso ha ido cambiando porque mayormente sabemos que cuando un hombre tiene empleo y es cancelado o es desvinculado muchas veces se invierten los papeles se invierten los roles el padre a veces cuida los niños y la madre tiene que salir a trabajar y cuando los dos se ponen de acuerdo entonces ahí si va marchando bien.*

#### Grupo Focal personas Afectadas 2

*Bueno, el rol del rol del hombre en la casa se a algunos trabajar de verdad para lo que se necesita y como niño o adolescente sería uno como padre e inculcado a que estudien para que mañana en un futuro quizá no pasen por lo que pasamos. Algunos quizá por lo que pasamos algunos y otros no. Que quizá hoy en día mucho depende de un buen empleo. No porque sus padres se interesaron en que estudien. Hoy en día la mayoría no quieren estudiar, pero uno como como padre, es quien debe darle el ejemplo y darle la fuerza y el ánimo para que ellos sigan adelante. Creo que ese lo que debe uno cumplir, aparte de llevar lo que se necesita en el hogar.*

### **Como se trata a una persona transgénero**

Hay personas (familias y comunidad) donde manifiestan el rechazo, es decir, no aceptan a personas transgénero, por lo que son maltratados ya que "si naciste hombre, tiene que verse como hombre". Por otro lado, hay mayor aceptación, ya que las personas (familia y comunidad) que han ido entendiendo acerca de que si uno tiene otra preferencia o se siente atrapado en el cuerpo equivocado; además, refieren que se deben atender las desigualdades, independientemente de la orientación que tengan; así también, al existir un mayor conocimiento sobre la orientación al respecto, ha disminuido relativamente la tasa de discriminación. Sin embargo, pese a tener la aceptación de un grupo de personas, no es la misma situación con otras personas, por lo que la discriminación estará presente de una u

otra forma. Al encontrarse en un país religioso, existe la polémica. Si bien existen valores y principios que se aprueban en otros países y continentes, hay otros que no.

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Una persona transgénero es como que yo nací mujer, pero quiero de hombre, quiero ser hombre entonces hay algunas familias que en verdad no lo aceptan, aunque hay algunas que han ido entendiendo que sí que esté niño nació con una preferencia o que se siente atrapado en un cuerpo equivocado... Ahora alguna familia que se han visto en el caso nuestro hemos trabajado con familia, vivimos en barrio podemos ver que a son maltratados, son maltratados y si naciste hombre tiene que ver hombre.*

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Es lo mismo y viceversa es lo mismo también y quizás todavía le sale más fuertecito un poquito más al hombre que a la mujer como quiera con los avances que han visto han podido, cómo saberlo o cómo te explico... Han ido tratando de sobrellevar, pero ahora la misma familia hay muchos tabú en la cultura, tenemos que eres hombre tiene que ser hombre y eres un machito, sin entender como esa persona se siente, lo hemos vivido en los barrios nuestros.*

#### Grupo Focal personas Afectadas 2

*En la actualidad ya la mente está más abierta, ya hay más aceptación, aunque hay estigmatización con ese grupo de personas...pero, ha sido una batalla para salir del closet, por así decirlo, porque muchas familias no aceptan esa condición, esas personas, entonces, yo entiendo que algo ha evolucionado para bien de ellos. Ellos dicen que es una vena, que se ha desarrollado, que ellos no son culpables de ser lo que son, pero la sociedad, yo entiendo que en condiciones anteriores lo ha aceptado así.*

#### Grupo Focal personas Afectadas 2

*a pesar de que ellos tengan la necesidad de decir que ya el pueblo y la mayoría de personas lo aceptan, hay un detalle, que sufren una discriminación de X o Y forma, ¿por qué?, porque puede que en una comunidad se acepte, pero en otra sufran discriminación, no es algo que se puede ver normal y por otro lado son más vulnerables a lo que son las enfermedades, a otras áreas tanto íntima de su vida como emocionales... en su posición yo entiendo que ahora mismo es de vulnerabilidad*

### **Género y vulnerabilidad a la TB**

Lo que hace los hace vulnerables a la tuberculosis a - Hombres: El machismo, la falta de conocimiento (muchas veces creen que saben toda la información que por su capacidad no

puede contagiarse, no pueden besarse). - Mujeres: Por miedo a ser discriminadas, por ser cuestionada si quiere protegerse del preservativo. Al sentir un síntoma, se cohibe de buscar información oportuna o asistir a lugares para recibir asesoría por el estigma. En caso necesite un tratamiento, se aísla o busca alternativas que no necesariamente son efectivas. - Persona transgénero: Que tengan vergüenza o miedo de ir a un establecimiento a comprar o recibir una charla o participar en un grupo como este; a la exposición a diferentes áreas en su vida como la promiscuidad (vulnerables a enfermedades de ETS y otras), combinación de ciertos lugares, personas y al manejo de sustancias ilícitas que conllevan a su organismo a tener vulnerabilidad en sus órganos internos que procede de una enfermedad y los pueda llevar a la muerte. El hacinamiento, la falta de educación, las barreras de acceso en cuanto a las prevenciones, desigualdad y en la limitación en buscar ayuda (se cohiben por el rechazo).

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Los hombres el machismo, la falta de conocimiento que muchas veces creen que saben toda la información que por su capacidad su hombría no puede contagiarse no pueden besarse, en otras ocasiones cuando la mujer por miedo por ser discriminada también, por no ser cuestionada de si quiere protegerse como ya se trata de hablarle del preservativo tiene miedo de que sea juzgada también en cuanto a la otra población que usted decía.*

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Quizás también por vergüenza no es lo mismo quizás una población que esté empoderada dominar ciertos temas como la conexión preservativos a otra población que tiene de conocimiento de estos temas que no es empoderada que tenga miedo de ir a un establecimiento a comprar o a recibir una charla, participar en un grupo como estés, esas son cosas que influyen también.*

#### Grupo Focal personas Afectadas 2

*Bueno yo creo que la alta tasa o la exposición a diferentes áreas en su vida, es decir a la promiscuidad, a lo que es la comunidad LGBT, que están muy vulnerables a las enfermedades ITS, ETS y otras enfermedades, a lo que es la exposición, a la combinación de ciertos lugares, de ciertas personas y también al manejo de ciertas sustancias que conllevan a su organismo a tener vulnerabilidad en sus órganos internos, que también procede de una enfermedad que los puede llevar a la muerte y entre otras.*

#### Grupo Focal personas Afectadas 2

*o sea yo sufro de un estigma, y al momento de yo padecer, o sentir un síntoma, yo me cohibo de buscar información oportuna o eh,... asistir a los lugares oportunamente, primero para recibir asesoría que sería una prevención ¿verdad?... y luego posteriormente si se necesita tratamiento,*

*entonces yo me aíso o busco alternativas que quizás no sean tan efectivas como lo que yo necesito.*

### **Que hacen las personas cuando se enferman.**

Las personas se automedican (p.ej. ante un dolor de cabeza, compran Winasorb, medicamento antigripal) y al hacerlo de manera recurrente y sin conocer la función del medicamento, uno no se hace resistentes a las indicaciones que hay que seguir del médico y puede traer más problemas. De esa manera, si es que la enfermedad está muy avanzada, no se le puede brindar el tratamiento ni hacerle cirugía. De otro lado, en el caso de algunos hombres, ellos no suelen ir al médico y "se la ponen difícil" a las mujeres que les dicen que tienen que ir. Asimismo, mientras las mujeres se automedican, los hombres no dicen nada y la comunidad LGTBQ+ se abstiene por el estigma. Cuando están mal, se lo dicen a una persona y acuden al médico a recibir atención médica profesional (aunque a veces no hay ni un remedio para la enfermedad) y realizarse análisis para poder detectar lo que está afectando. Algunos (hombres) toman Brugal que es una bebida alcohólica antes de ir al médico y a pesar de que conocen los síntomas de la ATB, la consideran como una gripe, pero cuando la situación se agrava, su entorno se encarga de llevarlo para que sea atendido. Además, las personas que tienen tuberculosis se refugian en Dios; mientras que otras acuden a la brujería, por lo que el brujo se aprovecha del dinero de la persona; además, las demás personas miran videos en YouTube para buscar otras opciones de solución (p.ej. consumir té).

#### **Grupo Focal Personas Afectadas 1**

*sobre ese mismo caso que dice el compañero mío hay una joven que tiene dos niñas una de 12 años y una de 14, le dio un leve dolor de cabeza y la madre le compró un Acetaminifén [Medicamento] se lo dio normal y se le bajo el dolores cabeza, luego le volvió de nuevo el dolor de cabeza, volvió y le dio acetaminofén y se le calmó, resulta que la niña tenía cáncer un tumor cancerígeno en la cabeza pero no se dieron cuenta hasta ya después que la habían medicado entonces luego de que la llevaron a La Angelita [Se refiere al Hospital Infantil Robert Reid Cabral], para entonces hacerle lo que se debía hacer el procedimiento ya era muy avanzado el cáncer ya la niña falleció de eso que se quedó en la casa, la automedico antes de llevarla al médico entonces ya que llegó al médico la enfermedad ya estaba muy avanzada como para darle los debidos tratamientos y hacerle cirugía y murió, falleció la niña.*

#### **Grupo Focal Personas Afectadas 1**

*Y otra actividad que es frecuente en las personas que se enferman de tuberculosis que se refugian en Dios y además de automedicarse cuando deciden ir a un establecimiento de salud es porque ya sienten que esa auto medicación ya no le es favorable deciden ir a un establecimiento de salud, pero a un establecimiento de salud donde no haya personas que conocen en su entorno por miedo a ser discriminado y rechazado.*

## Grupo Focal personas Afectadas 2

*Todo depende del género, las mujeres nos automedicamos. Los hombres no dicen nada y la comunidad LGTBIQ+ se abstiene por el estigma por el mismo estigma que siempre va a tener cuando busca ayuda, o sea siempre recurrimos de una u otra manera... Ya en las últimas instancias, ya quizás cuando no hay tiempo suficiente para remediar la situación que se está presentando.*

## Grupo Focal personas Afectadas 2

*Yo diría que las cosas más comunes, porque yo vengo de un Batey, lo primero que ellos acuden es a donde un brujo, ellos buscan alternativas buscan brebajes, te, hojas... Y que le echaron un muerto malogrado, cuando tienen una TB... El brujo oportunista le dice que e 'un muerto, entonces se lo achaca (atribuye) al muerto, y en ese proceso que va y viene gastan muchísimo dinero. Le quitan sus chelitos (sinónimo de dinero). Ya cuando no más, entonces lo sueltan. Pero la primera alternativa a la que ellos acuden es a la brujería, beber té y muchos se automedican, pero no siempre acuden a lo que es medicamentos de médicos, sino que primero van a donde lo brujo; en los bateyes se da mucho eso y es para tapar un poco la condición de ellos.*

## Grupo Focal Personas Afectadas 3

*Cuando caí la primera vez con esta enfermedad, si yo me sentía mal la gente hablaba, que yo todavía no entendía, como digo que era eso, entiendes, después yo entendí que eso luego uno puede vivir su vida normal, llevando su tratamiento, cuidarse mucho para no contagiar al otros, uno puede hacer lo mismo y ya yo vine a entender cuando volví a recaer, me cuide, también cuide a mi familia, no comía en el mismo plato con el que yo vine a cenar, dije mi vida puede seguir normal siempre y cuando me debo a mi tratamiento y me cuido, no me importa lo que digan demás, porque el que habla así es porque no sabe, no sabe, pero yo ya sé, que eso uno puede vivir normal y no debe descuidarse de su tratamiento, no me importa lo que hablen. Si yo he tenido dolores en el cuerpo, problemas para respirar, pero si sigo mi tratamiento, todo sereno, no genero nada doloroso, me cuido*

## **Barreras de Género**

### **En ir a los establecimientos de salud**

Respecto a los hombres, vemos en los participantes que, uno de los roles sociales impuestos por la sociedad les exige no mostrar debilidad y ser autosuficientes, por ello el acudir al establecimiento de salud no es una decisión que tomen inmediatamente al sentir debilitamiento en su salud, por el contrario tratan de curarse con algún remedio casero o

incluso con alcohol, y ya cuando no funciona el automedicarse recién toman la decisión de acudir al establecimiento de salud, lo que retrasa una atención oportuna y limita el acceso a los servicios de salud, otra razón que ralentiza la búsqueda de atención es el cumplir con el rol de proveedor del hogar, lo cual genera que prioricen el generar ingresos para sus familias, a la búsqueda de atención de salud en tuberculosis, esto evidencia un marcado machismo, y también la discriminación que sufren al decidir buscar atención médica, así que cuando lo realizan, lo hacen en lugares alejados a su comunidad, lo cual genera gastos en transporte, entre otros que pueden afectar el camino del TB al disminuir las posibilidades de obtención del diagnóstico, inicio y continuidad del tratamiento.

En cuanto a las personas transgénero, la situación no es muy diferente, aunque si más grave y es que por su orientación sexual y/o identidad de género estas son estigmatizadas y discriminadas en la atención, lo cual es una barrera para el acceso a los servicios de salud, el temor al rechazo del personal de salud, hace que la toma de decisión se incline a la automedicación en vez de acudir al establecimiento. Por otra parte, al ser un grupo poblacional que muchas veces no cuenta con documentación, el acceso a los servicios les es negado, así como cuando son migrantes y no hablan español, lo que es una barrera importante respecto al acceso a los servicios de salud en TB.

Respecto de las mujeres, estas muchas veces reciben tratos discriminatorios u ofensivos del personal de salud, al mostrarse preocupadas o nerviosas por su estado de salud, esto evidencia que, en algunos profesionales de la salud, consideran que las mujeres deben cumplir un rol de subordinación y que además son responsables de estar enfermas o presentar algún resquebrajamiento de su salud, este comportamiento del personal de salud, puede impedir que las mujeres realicen preguntas o dudas respecto a la enfermedad y que teman volver al establecimiento en búsqueda de atención, lo que limita el acceso a los servicios.

A continuación, testimonios que reflejan lo señalado:

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Lo que es los hombres ellos prefieren un Brugal [Bebida alcohólica tipo ron] con limón antes de ir al médico, un Brugal con limón antes de ir al médico ya sea porque "¡ay tú 'ta yendo al médico!, dizque un hombre yendo al médico" Pasa aquí la misma discriminación y el machismo, por machismo y a veces vergüenza*

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Bueno, el transgénero como usted dice porque ellos se sienten como que le dan vergüenza entonces al tener vergüenza no van a un centro médico, entonces por eso es que a veces ellos se enferman frecuentemente porque ellos prefieren tomarse una pastilla en la farmacia y decir que con eso está bien y entonces esas pastillas no le va a hacer efecto porque no se han hecho ningún análisis para detectarle cuál es la enfermedad que tienen ese es el problema que pasa con ellos.*

## Grupo Focal Personas Afectadas 1

*En realidad, es así porque conocí un caso de una joven... yo visitaba ese hospital entonces el hospital del centro tiene una unidad de TB entonces en el momento que la chica llega deprimida ya como desolada debería de encontrar a alguien que le diera un apoyo que ella lo que encontró fue una chica una joven de la que trabaja ahí de la del personal que le dijo: ¿Y por qué tú estás llorando si hay gente más importante que tú con eso? Ó sea eso fue como un balde de agua fría donde tú llega que te falta un apoyo de alguien de un medicamento de H ó R [un ejemplo cualquiera] y vengan y te salten con que, si tú eres más importante que no lo puede tener, como que fuera un trofeo que tú buscaste y te lo ganaste en realidad por esa parte le falta mucha capacitación a muchos centros de salud en esa rama es cierto discriminan mucho por esa parte sí.*

## Grupo Focal personas Afectadas 2

*Ellos se les hace más difícil ir al médico... (¿quiénes son ellos dice el entrevistador?) ... Las personas transgénero, primero porque no tienen los documentos. Cuando ellos no tienen documentos se les hace muy difícil porque los médicos no lo aceptan, lo rechazan, por medio a la falta de documentación, y más por ser inmigrante. Lo otro es que lo ponen a dar muchas vueltas se la ponen difícil, muchas veces ellos no saben hablar español... al menos que no aparezca un solidario que le sirva de traductor y hable creole, y así sucesivamente; pero hay una discriminación tremenda. Y si es coeficiente el problema es más grave (risas), porque por su condición más rechazo, Ya esa persona tiene el temor de ser rechazados y más por eso*

### ***En buscar atención médica.***

Las personas transgénero presentan dificultades para acceder a los servicios debido a la discriminación que reciben. Se ha evidenciado la indiferencia o el mal trato por parte del personal médico a la persona afectada por TB, así también presentando una falta de empatía o humanidad.

El estigma que recae sobre este grupo los hace vulnerables a situaciones de discriminación, lo cual se convierte en una barrera para el acceso a los servicios de salud, la toma de decisión de buscar atención médica se ve influenciado por el estigma experimentado o percibido de parte del personal de salud.

Como se ha señalado en el punto anterior, el rol que cumplen los hombres en la sociedad dominicana, un ejercicio de masculinidad tradicional disminuye las posibilidades de búsqueda de atención. Respecto a las mujeres esta se limita no como en el caso de los hombres por lo que van a pensar de ellos, sino por el trato que reciben del personal de salud.

## Grupo Focal Personas Afectadas 1

*"...es discriminado por simplemente ser transgénero".*

### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Otra experiencia que se ha tenido es que hay algunos pacientes que han sido maltratados, pero eso se ha debido al poco conocimiento del personal de salud, hay un personal de salud que muchas veces no está capacitado no está sensibilizado; pero hay otros que sí, que tienen muchos años en los establecimientos. Tienen una relación muy estrecha con los pacientes se llevan como si fueran familia y eso se valora, pero la mayoría de caso que se ven son por un personal que no está capacitado en el tema de tuberculosis pero que si tiene la experiencia en el trabajo en cuanto a la salud se refiere. (Grupo Focal personas Afectadas 2)*

*yo soy testigo de las evidencias de la discriminación del personal e salud hacia los pacientes, en un sentido de que yo en un momento, yo tuve la oportunidad, bueno, trabajé con pacientes y tuve la oportunidad de hablar un poquito más de cerca y ellos expresaban lo mismo que dice la compañera allá, entonces qué pasa...el trato a los pacientes, por el mismo personal de salud, es un trato un poquito feo se podría decir, porque yo entiendo que no hay una concientización de empatía hacia los pacientes; muchas veces las enfermeras ehh todo el personal de salud a veces carecen de esa empatía o de esa humanidad hacia el paciente, y muchas veces, cuando iban allá personas que yo conocían decían, bueno... no volvían, porque veían personas del personal de salud que lo atendían que lo conocían, entonces ya había una indiferencia en el trato y cuando ellos sentían esa indiferencia entonces no volvían, hay una paciente que uno le tomó mucho cariño y ella murió, porque ella no volvió al tratamiento, ella quería que le trasladen el tratamiento a otro hospital más lejos y no se podía, no sé, hubo un problema... entonces la paciente por la negligencia del personal de salud ella sentía bajo autoestima y sentía la indiferencia en el trato, ella no iba porque le daba vergüenza que la vean y dejó de ir al tratamiento y era muy joven, entonces en ese proceso ya ella murió. Entonces yo entiendo que aparte de eso hace falta una concientización del personal de salud para que sea más leve, un poquito más suave el trato a los pacientes, con más amor (Grupo Focal Personas Afectadas 3)*

*Otras veces que yo he venido con alguien y lo he visto como lo han tratado y yo soy muy vergonzosa no me gusta que la gente me trate así, aunque me duela algo, no quiero quedarme, déjame en mi casa déjame morir, atienden a la gente como si fuera perro. No la atienden bien, y más si usted es haitiano y no tiene documentos, te lo dije, te lo dije te atienden malísimo, malísimo*

## **En recibir el tratamiento.**

El tratamiento anti-TB debe ser supervisado, debido a la pandemia COVID-19 tuvo varias modalidades, tanto en el establecimiento de salud y en el domicilio. Como hemos señalado en los ítem anteriores el acercarse al establecimiento de salud y el buscar atención médica, es un desafío que enfrentan las personas afectadas por TB con particularidades de acuerdo a su género; y en ello el recibir tratamiento no es ajeno a también serlo, el estigma y la discriminación según corresponda a cada grupo limita el inicio del tratamiento y la continuidad del mismo; esto porque prefieren alejarse de su comunidad para recibir el tratamiento y evitar ser identificados, lo que ocasiona gastos de transporte u otros que influyen en la decisión de ir al establecimiento, el no recibir buen trato del personal de salud, sobre todo en casos de mujeres y personas transgénero es otra razón que disminuye las posibilidades de dar continuidad al tratamiento, así como en el caso de los hombres, la vergüenza de que sepan que debe acudir continuamente al establecimiento de salud y el tener que postergar actividades laborales. Es por ello que como ya se ha señalado antes, acuden a la automedicación o buscan otras alternativas no efectivas, y en otros casos por falta de continuidad recaen.

A continuación, testimonios que reflejan lo señalado:

### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*El tratamiento es gratis, pero para que el paciente pueda llegar a adquirirlo tiene que pasar por muchas cosas un proceso muy grande primero el miedo, la vergüenza y la discriminación segundo si decide que ese medicamento se le dé en un establecimiento retirado de donde vive por vergüenza y tiene que pagar pasaje, tiene que hacerse alguna analítica y no cuenta con un seguro médico también va a pasar trabajo porque no se le va a hacer el procedimiento*

### Grupo Focal personas Afectadas 2

*Bucitas está la discriminación durante el proceso, es decir que cuando van a tratamientos, muchas veces, a veces su condición económica a veces tiene carencias, no tienen el pasaje, a veces tienen una dificultad de un familiar, muchos también toman excusa para no seguir asistiendo a su tratamiento, porque ya han recibido discriminación o una falta de aceptación durante el proceso. Entonces eso le ayuda a recaer y no volver al tratamiento.*

### Grupo Focal personas Afectadas 2

*Porque, por ejemplo, las situaciones de una mujer en general no son las mismas que presenta un hombre, dado a lo que estábamos hablando anteriormente, frente a sus roles, eh... eso limita mucho, también la estigmatización como dice mi compañera... y las circunstancias que se puedan dar, dado lo que yo entiendo y percibo de los tratamientos.*

## **En completar el tratamiento.**

De acuerdo con el documento publicado por la Organización Mundial de la Tuberculosis: Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción”<sup>13</sup> escriben esta definición:

*“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. En tal sentido, en tuberculosis conlleva a una conclusión exitosa del tratamiento recibido, pero cuyo apego pudo haber tenido mucho apoyo o dificultades del entorno social de la persona afectada por tuberculosis.*

En caso el PAT no cuente con el apoyo del personal de salud del hospital para que le apoyen con el tratamiento, el proceso será difícil y podría abandonar el tratamiento, trayendo como posible consecuencia el fallecimiento. Según lo señalado por las personas participantes, las mujeres, hombres o persona transgénero debido a la discriminación por el estigma, el maltrato y la vergüenza de ser identificados en su comunidad, pueden decidir no continuar con su tratamiento hasta finalizarlo. Por ejemplo, son discriminados por el personal que trabaja en el centro de salud al mantener su distancia.

En ocasiones, por el maltrato del personal de salud, el PAT prefiere completar su tratamiento en otros centros aun cuando su situación de salud grave no permite el traslado, por lo cual llegar a desencadenar en el fallecimiento de la persona afectada por TB, según relatan.

### **Grupo Focal Personas Afectadas 1**

*al menos que tenga alguien en el hospital que le ayude y le diga: “ven te vamo’ a hacer la placa, vamos a hacerle la analítica en el laboratorio”, de lo contrario se le dificulta que ese proceso se dé como establece el servicio, entonces muchas veces vemos que el paciente abandona empeora se convierte en un MDR y fallece entonces esas barreras esas cositas que provocan esa situación no son tomadas en cuenta.*

### **Grupo Focal personas Afectadas 2**

*Algo importante es que a veces la persona deja de... empiezan un tratamiento y lo dejan es la discriminación de muchos centros. Hay muchas personas que van a los centros y los encargados y los que están lo tratan, como le digo... como “de lejito”, como que ellos se van a contagiar por lo que tienen, jeso yo lo veo mal! Yo estoy aquí hoy y sí, yo sufrí de eso, pero qué pasa, a lo primero cuando yo empecé a ir a los centros que yo iba, yo*

---

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.

*tenía un papel, ellos me lo querían coger a una distancia que yo tenía que estirarme, ¡no, no pase de ahí!, como que se iría a pegar a a una distancia quizás por el brazo pensaría yo. Si usted es una especialista y está en ese caso, si usted cree que usted va a discriminarlo, usted coja otro cargo, porque tú vas a muchos centros*

## Grupo Focal personas Afectadas 2

*yo soy testigo de las evidencias de la discriminación del personal e salud hacia los pacientes, en un sentido de que yo en un momento, yo tuve la oportunidad, bueno, trabajé con pacientes y tuve la oportunidad de hablar un poquito más de cerca y ellos expresaban lo mismo que dice la compañera allá, entonces qué pasa...el trato a los pacientes, por el mismo personal de salud, es un trato un poquito feo se podría decir, porque yo entiendo que no hay una concientización de empatía hacia los pacientes; muchas veces las enfermeras ehh todo el personal de salud a veces carecen de esa empatía o de esa humanidad hacia el paciente, y muchas veces, cuando iban allá personas que yo conocían decían, bueno... no volvían, porque veían personas del personal de salud que lo atendían que lo conocían, entonces ya había una indiferencia en el trato y cuando ellos sentían esa indiferencia entonces no volvían, hay una paciente que uno le tomó mucho cariño y ella murió, porque ella no volvió al tratamiento, ella quería que le trasladen el tratamiento a otro hospital más lejos y no se podía, no sé, hubo un problema... entonces la paciente por la negligencia del personal de salud ella sentía bajo autoestima y sentía la indiferencia en el trato, ella no iba porque le daba vergüenza que la vean y dejó de ir al tratamiento y era muy joven, entonces en ese proceso ya ella murió. Entonces yo entiendo que aparte de eso hace falta una concientización del personal de salud para que sea más leve, un poquito más suave el trato a los pacientes, con más amor*

## **Género y apoyo al diagnóstico y tratamiento.**

### **Apoyo para ser diagnosticadas.**

Se le brindan facilidades para el acceso al diagnóstico. Asimismo, deberían involucrar más a la sociedad y promotores de salud y a las personas que hacen trabajo en la comunidad, pues son las primeras en identificar los casos; de ese modo, puedan brindarle seguimiento a la sociedad civil. También, se basa en poder reconocer como ciudadanos los síntomas y que la educación sea imprescindible en los medios, entidades políticas e instituciones gubernamentales. Además, la prevención para no complicar el diagnóstico. Poner en práctica la educación y basarse en los derechos y en la seguridad de un PAT; brindar orientación a una persona con dichos síntomas para que acudan a tiempo al servicio. Del mismo modo, es mejor concientizar a la persona afectada por TB de que la enfermedad no se contrae de la manera que decían antes para poder acudir al centro médico. También, poder acudir al centro médico como prioridad para que pueda ser diagnosticado y evitar las secuelas adversas. Así también, reciben apoyo del hospital en caso no presente documentos.

### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Que involucre más a la sociedad civil a los voluntarios, los promotores de salud a gente comunitario que hacen el trabajo en la comunidad que son los primeros que identifican esos casos y que se le dé seguimiento en conjunto con la sociedad civil porque no es lo mismo darle un seguimiento al servicio desde el ministerio que muchas veces no conoce la realidad.*

### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*el hijo de la esposa mía que yo lo tengo aquí entonces él vivía en mi casa entonces él se vio trabajando el abandono la casa al abandonar la casa en el colmado que él trabajaba vendían mucho tomo y mucha cosa y él empezó a tomar y de enfermo pero que yo y la mamá nunca tuvimos el conocimiento de que él estaba enfermo porque él ni por allá cruzaba después que cayó en cama fue que la hermana fue a buscarlo y todavía nosotros no tenemos el conocimiento entonces cuando yo llego yo lo veo en un estado crítico, que ya ello no, que le están pasando una vasija aparte, ni lo llevan al médico ni na' entonces yo dije: "déjame llevarlo al médico a detectar que es lo que tiene entonces cuando nosotros lo llevamos al médico no había mucho tiempo ya él se deterioró.*

### Grupo Focal personas Afectadas 2

*Para un buen diagnóstico oportuno, primero tenemos que tener... saber reconocer cómo ciudadanos, cuáles son los síntomas, pero en cuanto a nivel social, la educación sería importante a través de los medios, de las entidades políticas, de las instituciones gubernamentales, ya que ellos pueden llegar quizás a donde una ONG no puede llegar y esa parte sería un factor muy importante, frente a la conclusión de un tratamiento o el diagnóstico oportuno de un tratamiento.*

### Grupo Focal personas Afectadas 2

*yo pienso que es mejor concientizar en el paciente, de que él trate de que ya no es como decían antes, que le tenían antes, que se ha descubierto de que no se pega de la manera que decían antes, ya uno sabe que si uno ni si quiera le da el frente es difícil... lograr que ellos entiendan eso... y la importancia de terminar el tratamiento porque si lo dejan a mitad de camino, la enfermedad está más profunda y se hace más difícil su curación... que esa es la parte que uno en la educación hacerle entender a ellos que tienen una enfermedad que como mismo cura, así mismo mata.*

### Grupo Focal Personas Afectadas 3

*En verdad, yo no vengo aquí a los de los establecimientos, si tengo que*

*venir yo me chequeo en el hospital de Yoma, ese hospital de Yoma, tú no tienes documento ellos te mandan a tomar una foto, con tu foto con tus datos ellos te hacen un récord y te atienden*

### **Apoyo para recibir tratamiento.**

Existen facilidades al recibir el tratamiento porque en cualquier establecimiento cercano te brindan eso. También, poder recibir apoyo de la familia, refugiarse Dios y el apoyo que se da a la persona a sí misma (desarrollar su autoconfianza). Del mismo modo, recibir apoyo emocional de los profesionales de la salud, pues la parte emocional juega un papel muy importante y si se ve afectada, debilita el sistema inmunológico; en ese sentido, eso el apoyo influenciaría en la aceptación del PAT al medicamento. Además, incentivar al PAT a terminar el tratamiento porque si se deja a la mitad del camino, la enfermedad puede agravarse y ser más difícil la curación, es decir, es importante promover la educación acerca de que la enfermedad si bien tiene cura, también puede ocasionar la muerte. Asimismo, reciben apoyo para que no abandonen el tratamiento, es decir, brindándoles facilidades para el acceso al mismo. Además, brindar apoyo para que la persona diagnosticada no renuncie a su trabajo por los posibles efectos secundarios de los medicamentos.

#### **Grupo Focal Personas Afectadas 1**

*deben darle más apoyo porque ya cuando una persona tiene TB tiene que dejar muchas cosas y más si es empleado en una empresa tiene que dejar el trabajo porque eso medicamentos algunas personas le dan efecto secundario y tienen que dejar todo, la mayoría de esas personas tienen familia y por eso se ven en la obligación a veces de abandonar el tratamiento porque no van a dejar de trabajar para mantener sus hijos por estar en un tratamiento ese es el pensar de ellos por eso es que debe tener más en cuenta esa persona que tan en tratamiento de brindarle más apoyo porque por eso siempre es el abandono del tratamiento por eso.*

#### **Grupo Focal Personas Afectadas 1**

*Otra experiencia que se ha tenido es qué hay algunos pacientes que han sido maltratados, pero eso se ha debido al poco conocimiento del personal de salud, hay un personal de salud que muchas veces no está capacitado no está sensibilizado; pero hay otros que sí, que tienen muchos años en los establecimientos. Tienen una relación muy estrecha con los pacientes se llevan como si fueran familia y eso se valora, pero la mayoría de caso que se ven son por un personal que no está capacitado en el tema de tuberculosis pero que si tiene la experiencia en el trabajo en cuanto a la salud se refiere.*

#### **Grupo Focal personas Afectadas 2**

*En bueno, se hace mucho más fácil si tú tienes la ayuda de Dios que es lo primero, porque hay pacientes que tiene la ayuda social, pero a veces cae*

*en una sensibilidad de baja autoestima, entonces cuando ya eso trabaja tu baja autoestima, es difícil que tu cumplas con un tratamiento para determinar un diagnóstico, entonces cuando tú sabes que es una persona o un paciente que sea de X o Y religión, no creyente, pero que tiene el temor de Dios y que sabe que confiadamente en Dios puede llegar a un diagnóstico positivo de sanidad total, se hace fácil, ahora cuando esa persona no es una persona creyente se hace más fácil cuando tiene confianza en sí mismo... Cuando esa persona trabaja en las disposiciones, en dar esfuerzo, es decir en predisponerse y decir cada día “voy a esforzarme cada día por llevar mi tratamiento por sanarme, pero en ese caso no todos los pacientes cuentan con esa mentalidad, entonces, ahí se puede hacer más fácil...*

## Grupo Focal personas Afectadas 2

*yo pienso que es mejor concientizar en el paciente, de que él trate de que ya no es como decían antes, que le tenían antes, que se ha descubierto de que no se pega de la manera que decían antes, ya uno sabe que si uno ni si quiera le da el frente es difícil... lograr que ellos entiendan eso... y la importancia de terminar el tratamiento porque si lo dejan a mitad de camino, la enfermedad está más profunda y se hace más difícil su curación... que esa es la parte que uno en la educación hacerle entender a ellos que tienen una enfermedad que como mismo cura, así mismo mata.*

## **Compromiso y participación significativos**

En ocasiones, se realiza un comité en el cual las personas afectadas o familiares comparten sus vivencias, sea bien mediante el aporte de opiniones y sugerencias frente a una situación. Del mismo modo, se realizan charlas para involucrar al familiar en el tratamiento del PAT. Así también, poder realizar talleres en los hospitales desde el personal que trabaja allí para comprender y respetar a quienes presentan dicho padecimiento. Asimismo, no asignar un establecimiento de salud en donde genere incomodidad a la persona afectada por TB como divulgar su condición. Algunas veces, no se le explica el medicamento que se le está suministrando y cuando realizan visitas a su hogar, no se identifican, debido a que puede incrementar el miedo a la persona afectada por TB y sentirse discriminado. Tomando en cuenta que algunos PAT fueron desvinculados de sus trabajos, existe un reglamento técnico del Ministerio para que la persona pueda ser vinculada nuevamente al lugar de trabajo.

## Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Cuando una persona afectada no quiere que se le asigne un establecimiento de salud donde está incómodo, donde el personal de salud divulga su condición si hay un paciente con infección a veces el paciente se siente mal y llega un poquito pasado de hora también no se le trata como debe de tratarse; entonces muchas veces se le olvida tomarse su medicamento sin explicarle qué tipo de medicamento se le está suministrando, muchas veces se le obliga, o se le dice que se le va a hacer*

*una visita pero sin preguntarle en ciertas ocasiones entonces son cositas [situaciones] que qué hay que ir mejorando cuando se le hace esa visitas no ir identificado ok el poloche de servicio nacional o del ministerio porque ya en las comunidades saben de qué departa pertenecen el personal de salud que visita una casa ósea eso atemoriza el paciente o pone a pensar y se siente mucho más discriminado estigmatizado con miedo rechazado y también eso influye a que abandonen el tratamiento de ITB.*

#### Grupo Focal Personas Afectadas 1

*Hemos tenido experiencia de representación de la población afectada de tuberculosis. Hay algunos pacientes que han sido desvinculado de sus trabajos y como no hay una ley de tuberculosis en el país... Pero si hay un reglamento técnico que elabora el Ministerio en conjunto con el Programa Nacional de Tuberculosis se ha procedido en muchas ocasiones a que esa persona sea de nuevo vinculada a su lugar de trabajo*

#### Grupo Focal personas Afectadas 2

*En salud Pública hay ocasiones que se hace un Comité o una mesa redonda, dónde los integrantes son personas directamente afectadas o familiar de un afectado y esa parte de vivencia como ya tú tuviste la enfermedad o trataste con alguien que ya la padeció te hace más sensible y eres más oportuna de brindar opiniones o sugerencias más acertadas frente a la solución de esa situación, anteriormente también el Ministerio hacia una actividad parecida a esta que se llamaban grupos focales, parecido a esto y allá en el área se hacían y es muy oportuno porque tú puedes aportar de manera oportuna y más aceptada esa situación que viven los pacientes.*

### **6.3. Exploración e Identificación del contexto legal de TB**

#### **6.3.1. Entorno legislativo y de políticas: poblaciones clave y vulnerables**

La República Dominicana cuenta con un amplio marco regulatorio: Leyes, normas, guías, disposiciones del Ministerio de Salud y del Poder Ejecutivo, y documentos técnicos con carácter oficial. Estos, además de ser asumidos por los programas, hacen parte del fundamento técnico para garantizar la respuesta nacional a la tuberculosis, y otros aspectos relevantes relacionados con los derechos humanos de las personas afectas por tuberculosis, a partir de este estudio se explora e identifica como se realiza en la práctica, desde la mirada de informantes clave del entorno gubernamental o de organizaciones civiles que trabajan temas de política de TB, derechos humanos, género entre otros.

Según lo recogido en las entrevistas realizadas a estos actores claves, la familia, comunidad, la sociedad en general discrimina a las personas con tuberculosis; sin embargo, también se identifica discriminación por parte del personal de salud de los establecimientos que atienden personas con tuberculosis, esto según señalan puede darse a causa del desconocimiento o la falta de capacitación y sensibilización que tiene el personal de salud. Por otra parte, también

un actor clave señaló que en República Dominicana existen otras prioridades respecto a enfermedades que corresponden problemas de salud pública y no la tuberculosis, por lo que es tan importante atenderla como todas las demás, aunque la mayoría señaló la importancia de abordar el estigma y discriminación a las personas con tuberculosis, ya que estas por temor a ser identificadas buscan atenderse en lugares alejados a su comunidad, lo que genera gastos en transporte y organizar los tiempos laborales y de quehaceres por la distancia geográfica.

A continuación, comentarios al respecto:

*“En los centros de salud los prejuicios son muy grandes en personal de salud, entonces, yo creo que hay más barreras ahí que en la comunidad misma” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*“Con tuberculosis...la atención centrada en el paciente, el usuario tiene derecho a una segunda opinión, a saber, de su enfermedad, y en investigaciones con observación no participante, se ha visto como los tratan, como le hablan, como le dicen: si no tu no vienes a las 9 de la mañana, no te vas a tomar la pastilla. A veces lo que el paciente debe estar ahí a las ocho porque la enfermera después de las 10 no le da el ticket, y además la manera de cómo hablan. Entonces una cosa es lo que está ahí y lo que se pone bonito, y otra cosa es lo que hace el personal. Porque piensan que el derecho, o sea, que lo traten bien, que sea humano es de la enfermera o del personal que está en el servicio de tuberculosis. Pero que comienza desde que entran al hospital, desde el discurso. Cuando tu oyes que muchas personas te hablan de derechos, y cuando te hablan del paciente: “no, porque los tuberculosos hay que tenerlos allá”, entonces el lenguaje los traiciona” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Pero a mi modo de ver queda aún un gran trecho, queda socialmente aún un rechazo a las personas que viven o que son afectados por tuberculosis y que además de eso pueden tener otra condición que, se presta para el estigma, como habíamos dicho, grupos que por su status social por su status migratorio, por si condición de doble infección de una enfermedad, por ser privados de su libertad entonces son doblemente estigmatizados y tienen mayores dificultades que es lo que estamos tratando de resolver ahora” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*El mayor problema es comunitario, es porque eso es otra cosa, que es importante, que te lo voy a decir: se quiere que el paciente vaya a la unidad más cercana a su casa. Pero resulta que el paciente sabe que la enfermera es vecina de él, que los promotores de salud que están ahí en la UNAP son vecinos, y que es difícil guardar en un pueblo pequeño, como dicen: pueblo pequeño, infierno grande; es difícil guardar un secreto que una persona no le diga a su esposo: ¿tú sabes que fulano tiene tuberculosis? ...no se lo digas a nadie!! Que después va a decir que fui yo que lo dije. Pero mire ese, ese señor tiene un compañero que juega dominó con él, y a ellos le dice: no*

*se lo digan a nadie, pero a fulano no lo podemos aceptar aquí en la mesa de dominó porque tiene tuberculosis. Ya eso se riega, y eso salió del centro, entonces ellos prefieren irse lejos, tanto el VIH como tuberculosis prefieren irse lejos a atenderse, por eso tenemos que prepararnos con un dinerito para transporte y dejarlos que vayan donde quieren ir, donde se sienten cómodos (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

### **6.3.1.1. Población clave 1: Personas que viven con VIH.**

#### ***Enfoque legal o político para poblaciones clave.***

En cuanto al enfoque legal o político de la población priorizada de personas que viven con VIH, los informantes claves entrevistados señalaron que es evidente que existe discriminación desde la sociedad en general. Se les estigmatiza en el campo laboral, se les impide el trabajo, y los obligan a hacerse la prueba de tuberculosis. Además, también existe discriminación del personal del servicio de salud, convirtiéndose ello en una barrera para el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, señalaron que existe una estrecha relación entre el abordaje de la tuberculosis y el VIH por ambas estar asociadas, aunque en algunos establecimientos es realmente un desafío derivar a una persona afectada por TB del programa de VIH al programa de tuberculosis, para que reciba atención de neumología, porque no lo atienden fácilmente, esto podría estar normado o para solucionar esta barrera de acceso a la atención de salud en tuberculosis.

Si bien es cierto que existen evidenciables avances con relación a los inicios de la pandemia, tanto entrevistados del contexto legal, como PAT participantes en este estudio, reconocen serios desafíos relacionados con la aceptación social y el acceso a servicios.

Los marcos legales, inducen al personal de salud a proveer servicios integrales apegados a normas y protocolos de atención difundidos e implementados. Pese a ello, sigue siendo una brecha la falta de un sistema de consecuencias en los casos de incumplimiento, o la ocurrencia de violaciones a los derechos que establecen las leyes. Las personas entrevistadas señalaron que existen leyes, pero que estas no están reglamentadas o no se ejecutan en la práctica, lo cual vulnera los derechos de las personas afectadas por TB. Aunque también existen iniciativas que buscan que las personas con VIH puedan ser vinculadas a los servicios de protección social del país, lo que es positivo para mejorar las condiciones de vida de este grupo.

A continuación, algunas citas recogidas en las entrevistas:

*“Hay muchas leyes, lo que no hay son los marcos legales para ejecutar esas leyes. Entonces las leyes están ahí pero no se ejecutan, todos los días se violan los derechos de las personas, todos los días despiden a una persona porque tiene VIH del trabajo y no se puede hacer nada” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Aunque debo afirmar de que, como hay programas de VIH que buscan*

*lograr algunos objetivos con estas poblaciones, en el ámbito de la prevención y la atención también hay algunas iniciativas dirigidas a conectar estas poblaciones con los servicios de protección social del gobierno; por ejemplo, en Consejo Nacional del SIDA tiene un acuerdo, tiene toda una metodología definida para la vinculación de las personas que viven con VIH de los programas de protección social, y las personas pueden ir a las (no se entiende la palabra) en la que se atiende y completar el formulario, tanto para seguro de SENASA en el régimen subsidiado como para también otros programas de protección social, de lo que antes era Pro-Solidaridad y que ahora se llama Supérate, se ve la posibilidad... pienso que hay algunos esfuerzos, alguna iniciativa por ahí” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Y un dato importante que lo pasé yo aquí en los centros de la Romana es que hay un divorcio del Programa de VIH con el Programa de Tuberculosis, por ponerte un ejemplo, yo tengo un paciente que tiene tuberculosis y lo refiero a neumología y tengo que coger lucha, tengo que llevarlo yo misma porque soy un personaje de vista tú ves, para que me atiendan un paciente, pero si va una persona normal, yo fui a buscar una para una (nombre de medicamento no se entiende bien), para un paciente de tuberculosis y me dio brega. Tuvimos que referirlo para San Pedro de Macorís” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

### ***Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.***

Los Entrevistados señalaron que, existen lineamientos para el tratamiento de tuberculosis, sobre la base de la Ley General de Salud que garantiza la atención de salud para las personas, sin estigma y discriminación, brindando información oportuna y adecuada, contribuyendo a que estos grupos adquieran conocimientos respecto a la tuberculosis, así mismo los derechos de las personas que padecen de VIH, se apoyan de la Ley de VIH-Sida, la cual es creada por el Copresida y a partir de ella se han creado instancias en diversos organismos gubernamentales como en el ministerio de trabajo que cuentan con la división de VIH SIDA para que no se vulneren sus derechos laborales.

La respuesta del servicio de salud se considera eficiente ante la tuberculosis. Los centros del primer, segundo y tercer nivel son iguales, a todos los PAT se les brinda la misma atención, según señalaron son políticas del servicio Nacional y son políticas que se cumplen a nivel de la región metropolitana; si la persona afectada por TB se encuentra atendida por un nivel en el que no se le puede dar respuesta, se deriva al tercer nivel y se le hacen los estudios necesarios. Varias de las personas entrevistadas señalaron que la pandemia por la Covid 19, había paralizado algunos avances en materia de TB y VIH.

El no disponer de recursos financieros y no contar con proyectos de Estado que incluyan mitigación del impacto a nivel familiar (gastos de bolsillo para diagnóstico y tratamientos complementarios y no incluidos en la “gratuidad” del protocolo básico, gastos de diagnóstico y alimentación, por citar ejemplos), limita el acceso.

Otro elemento que aumenta el riesgo, considerando el contexto legal y el marco político, es cuando una PVVIH combina condiciones de varias poblaciones clave para fines de este estudio. Es decir, el VIH positivo puede ser usuario de droga y LGBTI (como en efecto es el caso de uno de los PAT entrevistados), y puede incluso tener las cuatro condiciones. Finalmente, señalan que la dificultad o el riesgo es que estas leyes o políticas no son supervisadas en su ejecución y la mayoría de la población las desconoce.

*“Entonces, con tuberculosis siempre ha habido éxito, no siempre, pero hay una historia de éxito con el tema de los medicamentos y el esquema de tratamiento de tuberculosis ha tenido éxito. Tanto que incluso en VIH sé pensó en montarlo sobre la estructura de tuberculosis para que funcionara, porque es una estructura que funciona” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*“Sin embargo, entiendo que hay una apertura y siempre la ha habido en la prestación de servicios de salud y en República Dominicana históricamente no se le niega el servicio a nadie, cualquier persona ha podido ir a un servicio de salud pública y lo recibir con la misma atención que recibe un dominicano” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Bueno, hay ley, la Ley General de Salud contempla también la Ley de VIH que creó el Copresida. Hay leyes que protegen a estos pacientes, y un paciente con VIH o un paciente con TB no puede ser estigmatizado, no puede ser puesto en pie de diferencia porque tenga una de estas enfermedades, la misma Constitución de la República lo ampara, no importa la ideología, el sexo, su ideología política, su enfermedad, su ideología sexual... todos los pacientes deben tener el mismo derecho. Derecho de ser tratado como persona, sin importar que sea nacional o extranjero” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Bueno eso es que la gran mayoría de esas leyes tienen muchos vacíos. La gran mayoría de la población no las conoce, muchas veces hasta en el sector salud muchas veces no las conocen... Y cuando no la conoce, la persona no exige su derecho” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

Las personas que viven con VIH reconocen las opciones de recibir tratamiento y son

### ***Sistema de monitoreo de poblaciones clave***

Respecto al conocimiento de la existencia de sistemas de monitoreo, señalaron que entidades como Adoplafam, División de tuberculosis del Ministerio de Salud, Unidad Ejecutora de Proyectos, agentes locales del Fondo Mundial, DIGECITSS, sistematizan datos relacionados a la temática y realizan seguimiento al paciente con VIH y TB como por ejemplo la Fundación Paloma.

De esta manera vemos que, dado que tanto los casos de tuberculosis como de VIH/SIDA son de notificación obligatoria, y existen varios sistemas de recolección, procesamiento y análisis de datos, las opciones de contar con información oportuna están dadas. Sin embargo, por otra parte, también otro participante señaló que, para tuberculosis no existe monitoreo como si lo hay para otras enfermedades. A continuación, comentarios referidos al respecto:

*“Si, eh, tanto la unidad, eh, ¿cómo se llama? Ejecutora de Proyectos, como los agentes locales del FM, y hasta el IDCP que estuvo un tiempo trabajando con esto, habría un monitoreo muy amplio entre los números, no solamente de números secos, sino analizados y dando opiniones sobre qué hacer en algunos casos. Tanto con las organizaciones que tenían a su cargo proyectos, como con el mismo Ministerio (las gubernamentales), que tuvieran posibilidad de presentar la situación... ¿verdad?” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*“Bueno, yo entiendo que el Ministerio, a medida que hemos ido avanzando han ido trabajando su sistema de monitoreo y está bien estratificado diría yo, porque tienen una estrategia, un nivel de autoridades más superiores, tienen otro nivel intermedio y tienen otro para los equipos locales y eso, nos permite como digo yo eh... poder cada uno medir, atendiendo al nivel de responsabilidad que nos corresponde el nivel de avance o el cumplimiento que debe tener tal o cual indicador... Y para mí es altamente significativo el tener los instrumentos” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

### ***Participación de la población clave en la respuesta a la TB.***

Según señalaron los informantes claves entrevistados, existe participación desde espacios de toma de decisiones para acciones país, siendo el mecanismo de coordinación país el que es identificado por la mayoría como el espacio que permite que se escuchen las voces de la población clave, así como brindar recursos para la ejecución de acciones y fortalecer a las organizaciones o asociaciones, en ese sentido destacan la inclusión de Observa TB, otro espacio identificado es el Consejo Nacional para el VIH – SIDA, sin embargo, en este no se incluye a personas con tuberculosis. También señalan que la participación de una persona afectada por tuberculosis o que pertenezca a una de las poblaciones clave en espacios de planificación y toma de decisiones, solo se da en los casos en que esta persona esté afiliada a una ONG con reconocimiento como para ser invitada, y sus voces sean escuchadas. En el caso de las PVVIH y la comunidad LGBTI, se han tenido mayores avances, comparado con otros grupos poblacionales

A continuación, algunos comentarios brindados por los entrevistados al respecto:

*“Otra vía importante es que recientemente a través del observatorio, las organizaciones que forman parte del observatorio fueron seleccionadas, no todas, pero si un buen grupo para participar según su experiencia en la respuesta nacional, y eso se está haciendo con fondos locales del presupuesto nacional, se nos ha dado participación a las que tienen*

*experiencia de VIH, a los que tienen experiencia con los grupos afectados con TB, a los que tienen experiencia en abogacía, en organización de la sociedad civil y se le ha dado participación y yo creo que esta es otra forma de ver hacia el futuro con fe y esperanza” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*Como te explicaba, hay dos espacios de toma de decisión que tienen que ver o que tocan tangencial o directamente el tema de la enfermedad; uno es el mecanismo coordinador del país y el otro es el Consejo Nacional para el VIH-SIDA, en el concejo no hay un asiento para personas con tuberculosis, pero sí se creó en el mecanismo coordinador del país este asiento para personas que viven con tuberculosis, las personas que viven con VIH y hay para las personas claves que tienen que ver con la respuesta nacional tanto a tuberculosis como al VIH (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*“Si, desde hace ya un tiempo, eh la mayoría de estas poblaciones, que forman parte de estos espacios de decisión, me repito sobre ello al mecanismo coordinador de país allí el ASODENAT es decir la asociación de enfermos y afectados tiene una representación, también hay otras organizaciones como, como grupos que luchan por los derechos de los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, los trans, vienen haciendo lo particular según la población que ellos representan, y, tienen un asiento donde se toman decisiones, con los principales fondos que recibe el país, para el apoyo a la respuesta nacional. Ya desde hace un tiempo que se está trabajando en eso, en que las poblaciones afectadas, y los grupos identificados como priorizados formen parte de estos espacios de decisiones. Estamos en todos los espacios de decisiones que deberíamos estar, no, eso sería como un sueño. Que nuestra presencia en un espacio importante como mecanismo de coordinación de país resuelva para dar respuesta a todo, no no. La inclusión es un proceso arduo y como decía ahorita no se puede dar por sentado, es algo que hay que luchar y garantizarlo día a día. Ósea, creo que, si hay avances, pero hay pendientes para no retroceder, ni para avanzar” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*“Participan, participan en las reuniones y en los mecanismos de coordinación de país, y en Observa TB. Que es chismosísima y mete a uno en muchísimos líos, pero amén. Pero está ahí. Es que uno tiene derecho a expresarse. Yo creo que sí, que tienen participación, porque están ahí. Uno de los aportes, yo creo, del FM importante en la respuesta nacional, ha sido el obligar a los países a que incluyan un componente comunitario. Que todas las intervenciones deben tener un componente comunitario” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Mira, yo tendría que decirte que sí, porque la experiencia que una institución financiera llevó al país, como es el Fondo Mundial que fortaleció*

*el programa nacional de tuberculosis, inclusive se creó una Asociación Nacional de Personas Viviendo con TB, y hay un representante de estas personas que tienen un asiento en espacios de toma de decisión como el organismo coordinador del país que es quien gobierna los proyectos del Fondo Mundial que se están desarrollando en República Dominicana, entonces yo diría que sí que se ha hecho un esfuerzo por reivindicar a las personas que viven con tuberculosis” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

### **Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación**

El sometimiento ante la justicia de casos por estigma, discriminación, violación de derechos, negación de servicios o temas laborales en esta población, se citan de manera muy aislada por los entrevistados del contexto legal, varios de los cuales son directores de ONG y desarrollan activismo social y comunitario, pues consideran que una persona de estos grupos difícilmente va a estar acudiendo continuamente a un juzgado.

Otros factores señalados fueron, . por un lado, solo algunas ONG cuentan con abogados que ofrecen servicios a esta población, generalmente de manera gratuita, más no necesariamente de manera permanente. Por otro lado, está el reconocimiento de sus propios derechos. Si bien es cierto que reconocen tratos con los que no se sienten bien, no se consideran con la libertad o las opciones de llevar un hecho a un nivel de procesamiento de quejas, reclamaciones o sometimiento. En la mayoría de los casos, las personas no dominan información sobre aspectos jurídicos.

Solo casos graves, detectados por ONG o por la propia persona dependiendo de su nivel de información, pueden ser procesados, sobre todo los que alcanzan a denuncias públicas.

Si bien es cierto que las leyes y normas técnicas hacen referencia al estigma y discriminación, la tendencia es ver de manera natural lo que expertos definen como tratos vejatorios. No todos los acompañamientos (como el caso de consejería) incluyen información sobre derechos y deberes; y los publicados en los establecimientos de salud no son exclusivos para esta población, sino para los usuarios en general.

En supervisiones que realicen las instituciones que regulan el funcionamiento de los servicios, se pueden identificar conductas, rutas de atención y condiciones para la prestación, que se consideren estigmatizantes. Los entrevistados no conocen de estos procesos (salvo las autoridades consultadas), y dejaron claro que, al no existir un sistema de consecuencias, solo se alcanza a la retroalimentación, no a sanciones. Al consultar las disposiciones legales sobre sanciones, se evidencia que no son muy específicas y son difíciles de procesar en el sistema judicial (pocas posibilidades de éxito).

Representantes de las organizaciones de la sociedad civil señalaron que se estaban dando aportes desde su gestión en la organización de los afectados por tuberculosis, para fortalecer sus capacidades, empoderarlos para reconocer cuando sus derechos son vulnerados y buscar justicia. Los entrevistados identificaron varios mecanismos o entidades involucradas en la protección de las poblaciones claves en general, las cuales realizan abordajes de acuerdo a sus

líneas y alcances como, Supérate, ADOPLAFAM, Instituto dominicano de estudios virológicos (idev), centro de orientación e investigación integral, UTELAI, Unidad de Derechos Humanos de la Procuraduría, Unidad de Igualdad de Oportunidades y no discriminación, Comisión Sistema Interamericano de los Derechos Humanos, Defensa de las Víctimas, Observatorio de los Derechos Humanos para grupos vulnerables, COIN, Unidad de Declaraciones Tardías y de Nacimiento, Fundación Paloma

*“Mientras tanto nos estamos organizando como sociedad civil y cada vez ya tenemos una red de enfermos y afectados por tuberculosis más empoderada que vela por los derechos, que empodera a los usuarios y sus familiares en cuales cosas son deberes y cuales son derechos, vela porque si se le violento un usuario sea notificado y que haya las sanciones y los correctivos a lugar y cuando eso lo pasamos a otros grupos que son mencionados en este tipo de estudios como es el grupo de la comunidad de los LGTB”(Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Por muchísimas razones. Declinan por los recursos, porque se sienten mal de salud, una persona con VIH y tuberculosis no va a estar en un juzgado todos los días, ¿tú entiendes?, esto es más complicado de lo que nosotros presentamos en nuestro país, el VIH se ha convertido en pobreza para los pacientes, se sigue estigmatizando a las personas con VIH en el campo laboral, no se les da trabajo a personas con VIH, se le niega, mandan a hacer la prueba, entonces la gente está inmersa en una pobreza extrema. Imagínate una persona con VIH y Tuberculosis para pelear un caso en la fiscalía donde no tienen ni de comer, no tienen un pasaje, muchas veces la fundación tiene que asumir, no solo los abogados, sino los transportes de ese cliente y los desayunos de ese cliente, para pelear los casos en la fiscalía. Entonces la gente deja, suelta el caso y no sigue” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“En el MCP, Mecanismo Coordinador del País, nosotros hemos participado en algunas demandas y denuncias hemos ido a la televisión y nosotros como Fundación Paloma dimos entrenamiento a jueces, fiscales y abogados hablando de la Ley de Discriminación, de los abordajes, de los problemas sociales que acarrear las personas que viven con VIH y tuberculosis, el estigma y la discriminación y pérdida de los trabajos. Trabajamos en el Este completo, ganamos varias demandas de derecho laboral, de personas viviendo con VIH en el Este, tenemos un caso ganado uno de la CDEE que fue muy famoso, tenemos otro en Bávaro un chico que era cocinero, se le diagnosticó VIH y lo botaron del trabajo, tuvieron que reponerlo en su trabajo y indemnizarlo con un millón de peso” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

### **Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.**

Los entrevistados, salvo excepciones verificables en las entrevistas, admiten que, a pesar de avances en los últimos años, debe ampliarse el nivel de información de la población con

respecto a sus derechos. La sugerencia más común es que se lleven a cabo campañas masivas de información puntual para la prevención, autocuidado y promoción de los derechos.

El interés de participar en espacios donde se escuchen sus voces, solo se manifiesta en personas que participan o han participado en actividades desarrolladas por ONG y que hayan incluido capacitación. En el caso de que una persona sea activista social o esté vinculada a un servicio (como por ejemplo un consejero par), es cuando se da la oportunidad de participación.

No obstante, los líderes de ONG o asociaciones de personas afectadas, si participan por invitación de las autoridades u organismos de cooperación internacional.

Sin embargo, cuando analizamos lo señalado a partir de la participación de poblaciones claves, vemos que valoran positivamente que se les brinde “asientos” en espacios de dialogo y decisión, por lo que evidencia que involucrarlos en mesas o grupos de trabajo, es una estrategia que consideran dar continuidad.

Por otro lado, un entrevistado considero que no es necesario segmentar a las poblaciones y crear espacios o lugares específicos para ellos, lo cual evitaría abordar las particularidades de ese grupo poblacional, incluso señaló que no se debería utilizar el término poblaciones claves, sino hacer un abordaje general para todos.

*“Porque es que yo no vivo en la luna, yo vivo aquí y yo nunca he escuchado, este es mi país, esta es mi provincia, yo estoy en los hospitales, yo soy parte del sistema de salud y yo nunca he visto una promoción de prevención de tuberculosis, ni cómo se transmite, ni cómo se previene, ni cómo se cura- ¡Yo estoy aquí, yo no estoy en la luna!, ¡Yo nunca he visto eso!, en mi vida he visto yo un spot hablando de la tuberculosis, del VIH, yo no he visto”  
(Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Yo creo que ese paradigma de segmentación es ajeno a nuestra cultura. Hay culturas donde si la gente está segmentada: los blancos, los negros, los latinos. Pero nosotros no estamos segmentados. Bueno estamos, segmentados los haitianos y nosotros, pero después como que no estamos tan segmentado así, ni por clase social, ni por color de la piel. Es decir, yo recuerdo creamos un servicio especial para una población, discriminamos a los demás. Y vivimos eso con VIH; entonces sé hipertrofiaron los servicios de VIH, y entonces se instalaron en lugares pobrecitos, centros de salud pobrecitos, con servicios de VIH cinco estrellas. Entonces era una locura porque eso desorganizó todo. Pero, además, yo creo que hipertrofiamos algunos líderes comunitarios VIH positivos, que llegaron a creer que, por ser VIH, merecían todo. Y no” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*“...Te puedo citar por ejemplo, que anteriormente a la Ley 13511, los indicadores no tenían un asiento en el Conavihsida, sin embargo, promulgada la Ley, no solo los sindicatos de trabajadores tienen un*

*asiento, los trabajadores representados por sindicatos, sino también que tiene un asiento el Ministerio de Trabajo, qué implica esto, que al estar representados, los tres sectores, empleadores, trabajadores y gobierno, pues está el escenario ideal para la toma de decisiones que impacten el ámbito laboral” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

### **Cambios para cumplir los derechos de la población clave**

En este aspecto, dentro de los cambios sugeridos, el más significativo es la definición y cumplimiento de un sistema de consecuencias, en caso de que se evidencie una violación a los derechos. El primer paso en este orden es que la propia persona reconozca que un trato no ha sido el adecuado.

Si un hecho ha ocurrido durante la prestación de un servicio de salud, siempre habrá la situación de si el personal involucrado reconoce que no se ha manejado conforme a lo establecen las leyes y los lineamientos técnicos. Es así que plantean que debe darse seguimiento a que se cumpla la legislación al respecto.

Por otra parte, también encontramos la opinión de un entrevistado señalando que, debe actuarse cuidando de que no se le discrimine a la persona (población clave), pero que tampoco se les brinde más que al resto de la población general, refiriendo que todos debemos tener los mismos derechos, lo cual puede indicar desconocer la equidad como principio que busca brindar recursos a quienes no los tienen, o se encuentran en desventaja buscando que el ejercicio de los derechos sea partiendo de una posición menos desigual desde las circunstancias personales o de grupo.

*“Yo no te diría cambios, yo te diría hacer cumplir lo que ya existe. Porque el tema de tuberculosis, pacientes que viven con VIH, yo creo que tenemos mucha literatura, muchas políticas públicas, muchas leyes; ahí el tramo o el reto está en el cumplimiento real de todo eso, de que realmente esos pacientes no sean discriminados, de que realmente esos pacientes tengan acceso al diagnóstico, al tratamiento, a la rehabilitación, a la incorporación de ellos como entes sociales ya sanos a la vida laboral. Yo creo que es más que crear, es monitorear que esa gente tenga lo que deben de tener, esas personas, y que realmente podamos dar un seguimiento e integrarlos nuevamente a la sociedad. Defender en los casos de discriminación y hacerlo público y aprender de ellos” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Es verdad que por ser VIH no sé les puede discriminar, pero tampoco sé les puede dar más que al resto de la humanidad. O sea, si usted tiene...busca trabajo a usted no lo pueden discriminar por ser VIH si usted cumple con los criterios para ese puesto, pero no hay que dárselo porque usted es VIH. Entonces ahí yo creo que hipertrofiamos las cosas. Y me preocupa que las hipertrofiemos con otras poblaciones clave, y pienso que gente es gente, y simplemente tiene que tener los derechos que tiene la gente; y no debe tener menos derechos que nadie, pero tampoco más derechos que nadie”*

*(Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

### **6.3.1.2. Población clave 2: Migrantes.**

#### ***Enfoque legal o político para poblaciones clave.***

Tanto la Ley General de Salud, como la Ley de Seguridad Social, así como los manuales y otros documentos técnicos para el abordaje programático de la tuberculosis, toman en cuenta a los migrantes como una población clave. Sus derechos fundamentales deben ser respetados, según las leyes de país (ver anexo del contexto legal).

Estas leyes y disposiciones técnicas asumen la gratuidad de las pruebas y la medicación como un paliativo de la discriminación. No obstante, existe un serio contraste con otras leyes como las migratorias o las relacionadas con derechos laborales, acceso a protección social, facilidades de regularización de su estatus migratorio, y otras relevantes al cumplimiento de sus derechos, al respecto los entrevistados señalaron que, al ser un grupo que se desplaza continuamente el dar continuidad al tratamiento se hace difícil de cumplir, y más aún el no tener documentación es una barrera para la atención, ya que desde el gobierno se ha decidido que para el caso de los migrantes haitianos sin documentación solo se les brindará servicios de salud cuando sean emergencias. También señalaron que es necesario que esta población clave tenga una atención especial desde el estado, que se brinden programas que garanticen el cumplimiento de sus derechos fundamentales.

Algunos establecimientos de salud cuentan con programas, generalmente, desarrollados en el marco de la coordinación con ONG o acuerdos de colaboración con organismos de cooperación internacional para apoyar a migrantes.

En el grupo focal de poblaciones priorizadas para migrantes, se pudo evidenciar que, los migrantes no vinculados a ONG, desconocen los trabajos que a nivel de país se llevan a cabo. No señalan acuerdos binacionales, planes estratégicos o esfuerzos puntuales en su beneficio.

A continuación, algunos comentarios que ilustran lo señalado:

*“Sin embargo, desde hace unos meses para acá, como sabes, eso ha ido cambiando para la población de migrantes haitianos, que se ha restringido en la entrega de servicios, solamente cuando se trata de emergencia de salud... y para el resto de los servicios, el Estado dominicano ha dicho no vamos a brindar servicios, el que quiera servicio de salud que vaya a Haití a recibirlo. Una emergencia sí se va a atender” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Bueno, pienso que hay un reto importante que afectan no solamente es un grupo, sino también a los temas de los dominicanos, que es el tema de la documentación. Aquí en el país, fuera de lo que es el programa de alfabetización, por ejemplo, todos esos programas que existen demandan tener una documentación y todos esos grupos que son poblaciones vulnerables, en muchas oportunidades no tiene acceso a documentos, no*

*tienen documentación. En una zona rural, porque por ejemplo es más frecuente en este caso la población de inmigrantes y descendientes en este caso Haití, porque cada país tiene derecho a definir a quienes otorga un documento en función de lo que establecen sus leyes... el tema de la documentación es una barrera para estas poblaciones vulnerables, que aunque cumple con el perfil de vulnerabilidad que ese requisito fundamental para poder vincularse con esos programas, no tienen un documento que les permita para ser elegibles” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Eso es algo que en algún momento, yo pienso que tiene que discutirse, tiene que resolverse a nivel en una discusión de alto nivel, porque a muchos países tienen algo programas, algunos servicios para poblaciones vulnerables y tienen algunas respuestas, para estas poblaciones que no tienen la oportunidad de tener accesos a los programa de protección social; tienen algún tipo de intervención, aquí no vemos, a menos que haya un proyecto, alguna iniciativa en específico que por un año o por dos desarrollan alguna que otra cosa, pero a nivel de Estado, no hay una respuesta a estas poblaciones que no tienen ningún documento y que por alguna que otra razón, no pueden vincularse a un programa de protección social, ese es un reto que tenemos” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

### ***Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.***

El mayor desafío identificado por los entrevistados al respecto es que el migrante conozca el contexto legal y marco político que les protege. Las disposiciones predominantes no son las de salud, sino las migratorias, las que finalmente definen las oportunidades de acceso.

Existe un temor generalizado a que, por no contarse con documentación, la persona afectada por TB migrante sea captada en la búsqueda de atención, y deportado a su país de origen. Este temor es mayor en el caso de la migración haitiana y según los informantes claves entrevistados, la respuesta del estado es represiva para este grupo.

Además de las barreras idiomáticas y culturales, por temor a los apresamientos, al estigma y discriminación, es más común que los nacionales haitianos recurran a curanderos o personas de su misma nacionalidad que preparen brebajes o intervengan en su medicación cuando identifican un riesgo, el que no tengan garantizado el acceso a los servicios de salud según relatan los entrevistados es un desafío que enfrentan los migrantes haitianos, aunque existe legislación como la ley general de salud, que señala que esta debe ser igual para todos, y desde el programa nacional de tuberculosis señalan que la atención es para todos los que la necesiten independientemente de su condición; sin embargo, existen disposiciones migratorias se contraponen a ello, vulnerado el derecho a la salud de este grupo.

*“Bueno eso es que la gran mayoría de esas leyes tienen muchos vacíos. La gran mayoría de la población no las conoce, muchas veces hasta en el sector salud muchas veces no las conocen... Y cuando no la conoce, la*

*persona no exige su derecho” (Hombre, participante del grupo de informantes claves).*

*“Nosotros estamos vuelto y te repito con estas poblaciones claves, los pacientes inmigrantes ya a esos pacientes se les está dando asistencia independientemente tienen sus limitantes, pero se les da asistencia, se les da su tratamiento el paciente no va sino hay que pedirle ninguna documentación para que al paciente se le pueda dar asistencia y cuanto tienen tratamientos y lo recibe. Es decir, no necesitamos... a los pacientes si llego a nosotros y se diagnosticó también recibirá asistencia no solo los inmigrantes, pacientes con VIH, las poblaciones claves, todas las poblaciones claves” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

*“Sin embargo, desde hace unos meses para acá, como sabes, eso ha ido cambiando para la población de migrantes haitianos, que se ha restringido en la entrega de servicios, solamente cuando se trata de emergencia de salud... y para el resto de los servicios, el Estado dominicano ha dicho no vamos a brindar servicios, el que quiera servicio de salud que vaya a Haití a recibirlo. Una emergencia sí se va a atender” (Mujer, participante del grupo de informantes claves).*

Los servicios de salud que cuentan con migrantes regularizados como enlaces comunitarios son escasos. Los participantes en el estudio, personas afectadas por TB y en grupo focal, refieren que es una seria limitación el no contar con personas capacitadas en su entorno, y que la situación se vuelve más difícil en los casos en los que se requiere apoyo domiciliar. Se destaca que los migrantes de Santo Domingo, tienen más información sobre sus riesgos y oportunidades de acceso a servicios, con relación a los de la provincia La Altagracia, donde el conocimiento general pudiera estar más concentrado.

Según los participantes:

*“Salud Pública debería tener un programa anual permanente, acá en las comunidades educando, preparando promotores para educar, dando charlas a las iglesias, a las escuelas, en juntas de vecinos... para educar y explicar a la población la importancia de la tuberculosis. También que tenga en cada hospital un promotor fijo que hable español, creole, que pueda ayudar a la población emigrante y distribuyendo brochures permanentes y también dar un programa en la radio y la televisión sobre este tema”. (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

El argumento expuesto por los miembros de las ONG que trabajan con migrantes y que participaron en el estudio, es que las actividades de educación y acompañamiento son más fáciles de ejecutar en la ciudad capital que en las provincias. Una posible explicación de este hecho es la asignación y facilidades de disposición de fondos, sobre todo los que provienen de organismos de cooperación internacional. Los participantes presumen que la realidad es que la mayoría de ellos viven en ciudades con mayores oportunidades para la generación de empleos.

El riesgo implícito es que al no conocerse de las disposiciones legales y técnicas que le benefician, acceden a los servicios de TB de manera tardía y generalmente con complicaciones. Las condiciones de hacinamiento facilitan el contagio; la falta de empleo y por ende, de recursos económicos, limita el acceso oportuno a servicios de salud y a estudios o tratamientos complementarios.

*“Al ser haitiano y sabemos que cómo es el haitiano visto en este país, al tener una tuberculosis... donde tose, entonces la vergüenza de que: “yo aparezco en un hospital es... Es...”, Es fuerte, “me van a discriminar, me van a decir porque yo soy haitiana, entonces yo voy tosiendo...” Entonces eso es otra barrera. Entonces la persona en vez de ir al centro, se quedan en su casa y toma su remedio casero” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

En relación con la barrera idiomática y que no se cuente con programas o políticas para reducción de esta brecha, representa un desafío para la adherencia, porque como bien dicen los PAT entrevistados: “no entienden muy bien lo que significa su enfermedad y lo que les dicen los médicos sobre el tratamiento”.

*“Con respecto a la discriminación todos sabemos que aquí hay mucha discriminación, pero vamos a enfocarnos en el servicio de salud. En el servicio de salud a veces las personas no se sienten, no sienten una atención eh... mmm... ¿cómo diría? La atención a veces... las personas dicen que la atención no fue óptima por esa misma barrera de idiomática que tienen; entonces a veces que es la que tienen... entonces a veces las enfermeras que atienden las personas no tienen esa paciencia para entender a la persona o hablar más eh... un poquito más lentamente para que la persona entienda, entonces esa barrera idiomática porque a veces la enfermera se desespera y habla con la persona pero habla con una... con la persona de una forma con un tono... y entonces esa persona se siente ofendida” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **Sistema de monitoreo de poblaciones clave**

Las bases de datos de los programas de salud cuentan con información sobre los casos de tuberculosis y VIH, nacimientos, y otras condiciones de impacto epidemiológico en población migrante. Los registros e historias clínicas levantan información sobre condiciones sociales (vivienda, empleo, estructura familiar) en población general, no de manera exclusiva para migrantes.

Las personas entrevistadas señalaron, que los temas de estigma, discriminación, procesamiento de quejas, no son analizados sistemáticamente para esta población. No obstante, se realizan estudios puntuales que pudieran caracterizar la situación, mas no como parte de un sistema de monitoreo y evaluación.

Según los informantes clave del contexto legal que participaron en las entrevistas, y que laboran en servicios o instancias reguladoras, internamente no se analizan las condiciones de los migrantes y su asociación con la tuberculosis, aunque dominan información por la experiencia profesional o las funciones que ocupan.

*“La República Dominicana tiene déficits importantes en monitoreo y evaluación de todo, de todo. O sea, aquí usted no sabe, eh, cual es la causa de los accidentes de tránsito porque no se monitorean, se tabulan, pero no se monitorea por qué se le fueron los frenos, si conducía a alta velocidad, consumía alcohol, ¿qué pasó? No hay un análisis posterior que permita generar indicadores que puedan dar información que se transforme en políticas de prevención. Eso no lo tenemos. Con suerte tenemos tabulación de datos de casos nuevos, o cosas así. Pero más allá de ahí, no es mucho. Y quizás con esta epidemia del COVID hay como mucho monitoreo de muchas cosas, pero fuera de COVID, no sabemos nada. Nosotros a lo mejor sabemos la incidencia del COVID hasta hace cuatro días, actualizada, pero aparte del COVID, no sabemos cómo está la salud materno infantil, no sabemos cómo está la tuberculosis, no sabemos cómo está el VIH; no tenemos ese sistema nacional de monitoreo” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“No, realmente hace falta hacer más investigaciones y a esos indicadores y a esas metas, a esos números humanizarlos y ponerle la etiqueta de la caracterización de las poblaciones clave con las cuales trabajamos, eh por mencionarte, sé que el tema de la respuesta nacional al VIH específicamente, se ha preocupado, y hay que reconocer que el VIH de alguna manera ha sido como una puerta de entrada para visibilizar las realidades de las poblaciones claves, más sin embargo con tuberculosis no, no ha sido la misma suerte, absolutamente para nada, en comparación con el tema del VIH, entonces entiendo que la tuberculosis debe hacer caracterizaciones de las poblaciones claves para tener una data que esté más lesionada y más focalizada con estas poblaciones claves” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Participación de la población clave en la respuesta a la TB.**

La lista de instituciones que trabajan con migrantes en la República Dominicana es muy corta. Las que existen, participan no solo en temas de salud, sino que abordan otros aspectos que afectan su calidad de vida, su seguridad y sus garantías. Esto se traduce en que son escasas las posibilidades de participación en actividades para la toma de decisiones.

Participantes en el estudio, tanto migrantes (entrevistas y grupos focales), como informantes clave del contexto legal, refirieron que para algunos temas como el caso de VIH, hay más participación de estas instituciones. Adicionan que las mesas técnicas, espacios de análisis, y actividades para la toma de decisiones, eran más frecuentes antes del COVID-19. ONG y proyectos consultados, indican además que la disposición de fondos para las

actividades mermó significativamente por haberse priorizado la pandemia en términos de inversión.

*“Ehh muy incipiente de alguna manera, vuelvo y te repito, se hizo algo, pero a través de proyecto, no ni siquiera como política pública como tal, sino a través de proyectos es que se ha logrado hablar de tuberculosis y eso y lastimosamente este inclusive con la donación del fondo mundial para la tuberculosis, la malaria y el VIH, el país ehh aunque en VIH tenemos clasificación A, por la respuesta que se ha dado, sin embargo en tuberculosis eso no ha pasado y mucho menos con las oblaciones claves, no ha pasado” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación**

En los casos de migrantes asociados a una ONG, las posibilidades de responder a los temas de estigma y discriminación son mayores. La educación en las comunidades donde estas organizaciones desarrollan proyectos es el mayor alcance que se puede tener, como señalaron los entrevistados una de las dificultades del abordaje con este grupo priorizado, es que se desplazan, por ello estos procesos se dan hasta que las PAT acepten o puedan. En algunos casos se puede disponer de un apoyo voluntario de estos profesionales, mas no es frecuente.

Ninguno de los informantes del contexto legal refirió conocer algún caso de un migrante que haya sido apoyado para canalizar alguna situación en el sistema judicial.

El mecanismo de apoyo más común es que en los servicios se cuente con un enlace comunitario de nacionalidad o ascendencia haitiana, o exista un acuerdo de colaboración con alguna ONG o proyecto de financiamiento internacional que apoye esta población. Es muy común en las entrevistas el señalamiento de que estos mecanismos no son sostenibles, y solo existen en algunos lugares, y no como parte de una política de país.

*“A grandes rasgos, nosotros como sociedad civil de alguna forma estamos contribuyendo y estamos viendo fuera de los muros del centro de salud, las necesidades de los usuarios y estamos tratando de que se incluyan en los programas de protección social del gobierno de que reciban también las raciones alimenticias, de gestionar apoyo para transporte para estas poblaciones y disminuir el estigma de la discriminación asociado sobre todo a migrantes haitianos , hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, trans, toda aquella persona que por asuntos de pobreza, de status migratorio, pueda tener, digamos, pueda tener barreras de acceso, entonces estamos trabajando en eso permanentemente”  
(Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Nosotros tenemos una barra de abogados en paloma que llevamos los casos de discriminación y lo llevamos hasta el final, hasta que el cliente quiera porque si el cliente se va, muchas veces la fundación y los abogados de la fundación no van a seguir agotando recursos si el cliente declinó”  
(Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

## **Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.**

Según los participantes, las oportunidades pudieran estar dadas en varios escenarios. El más importante: ser tomados en cuenta, no solo a través de las ONG, sino como ciudadanos.

Un factor al que hicieron referencia los entrevistados, es que deben emplearse para generar sus ingresos y los de su familia, y no tienen espacio de tiempo para dedicarse al activismo. Esto sugiere que, para no afectarse, a pesar de sus buenas intenciones, es que sean insertados laboralmente en instituciones de salud u organismos donde puedan participar más activamente.

Sugieren, además, mejorar el acceso de la población migrante a información sobre instituciones que trabajan en su beneficio, para contactarles, buscar información, canalizar situaciones y aportar en la medida de lo posible. Así como, continuar procesos de sensibilización y capacitación a los equipos multidisciplinarios que atiende a las personas afectadas con tuberculosis.

*“Una de las características que yo veo es darle oportunidad a la gente joven, a los que quieren trabajar, porque muchas veces las instituciones se quedan y se basan en las mismas personas, siguen en lo mismo, en la misma rutina y la gente se acomoda. Y este es un país que necesita mucha educación” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Bueno, yo pienso que sería interesante poder seguir capacitando y humanizando los servicios de salud en cuanto a la temática de la tuberculosis y que el personal que esté ehhh concientizado ¿verdad? Pueda dar un servicio con calidad.” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Es importante tener políticas claras de qué hacer con esas poblaciones, no descuidarlas, no dejar de prestarles atención, y sobre todo la protección social: programas de protección social que ayudarían a que ellos pudieran seguir el tratamiento, no dejarlo por falta de alimentos, por las reacciones adversas del tratamiento y que entonces veamos que se hace una pérdida y que hay que recuperarlos, que en recaída hay que buscarlos y volver. Entonces tenemos que trabajar con un segundo tratamiento más largo, más difícil para esta persona, y hasta llegar a tener que internarlo porque son Multidrogorresistente y ya tenemos los extremadamente resistentes que son los XR” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

## **Cambios para cumplir los derechos de la población clave**

La necesidad más sentida, expresada en las actividades del estudio, es la de convertir en política de país o programas especiales, la disposición de nacionales haitianos regularizados en el acompañamiento a personas afectadas por TB:

*“Nos da muy bien ayudar al pueblo haitiano en este país, porque los que*

*tienen haitianos enfermos, entonces se ayuda... yo soy promotora siempre y en eso también ayudarle a ellos en caso de tuberculosis, a llevar los compañeros al hospital a tomar la prueba, a que se encuentre qué tiene; pero como siente ayudar antes siempre llevar quince, veinte personas hacer la prueba ahora hay que ser como la situación en el país que no da chance a la gente para llevar a quince diez; pero como quiera cada semana dijeron que traer tres, como quiera nosotros llevamos a los compañeros a tomar la prueba de tuberculosis”.*

Otro elemento a considerar, sugerido sobre todo por informantes clave del contexto legal, es que, en el caso de los servicios, es que la ejecución de programas especiales relacionados con el cumplimiento de los derechos fundamentales no está dentro de sus responsabilidades y presupuestos.

*“Bueno, pienso que hay un reto importante que afectan no solamente es un grupo, sino también a los temas de los dominicanos, que es el tema de la documentación. Aquí en el país, fuera de lo que es el programa de alfabetización, por ejemplo, todos esos programas que existen demandan tener una documentación y todos esos grupos que son poblaciones vulnerables, en muchas oportunidades no tiene acceso a documentos, no tienen documentación. En una zona rural, porque por ejemplo es más frecuente en este caso la población de inmigrantes y descendientes en este caso Haití, porque cada país tiene derecho a definir a quienes otorga un documento en función de lo que establecen sus leyes... el tema de la documentación es una barrera para estas poblaciones vulnerables, que aunque cumple con el perfil de vulnerabilidad que ese requisito fundamental para poder vincularse con esos programas, no tienen un documento que les permita para ser elegibles” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **6.3.1.3. Población clave 3: LGBTI**

#### ***Enfoque legal o político para poblaciones clave.***

La primera participación en el grupo focal con esta población evidencia, en palabras muy llanas, la situación que viven sus miembros: “Si, puede haber barreras porque hay personas que le cogen pánico por su enfermedad y también los discriminan por su sexo”.

El desarrollo del conversatorio permitió abundar sobre el hecho de que las motivaciones para ser estigmatizado pueden combinarse con ser VIH positivo, coinfectado en muchos casos, y además ser migrante o usuario de drogas.

Uno de los participantes en entrevistas de profundidad (PAT), reúne tres condiciones que hicieron más personal el hecho: gay, VIH positivo, coinfectado en dos ocasiones, y usuario de drogas en recuperación.

Como en otras poblaciones, los marcos legales generales, establecen la no discriminación por preferencia sexual, mas Según los informantes claves entrevistados, existe estigma y discriminación de parte de la sociedad y del servicio de salud frente a la comunidad LGBTIQ. Además, en esta comunidad no existen políticas públicas que les garanticen el goce de sus derechos.

Los participantes en el estudio, tanto de la comunidad LGBTI como informantes del contexto legal, señalan que esta pudiera ser una de las poblaciones más afectadas por el estigma por el rechazo que parte de las construcciones culturales de la sociedad en sentido general. Destacan, quienes han vivido varias condiciones, que son más aceptados frente a un diagnóstico de tuberculosis, incluso el uso de drogas en comparación con su preferencia sexual. En caso de que esta sea notoria, es más difícil, ya que ser VIH positivo, enfermar por tuberculosis o usar drogas, no necesariamente “se nota”, a menos que se trate de alguien que haya compartido la información y que tenga la capacidad de manejarlo asertivamente en su entorno.

Es una comunidad sujeta de actos violentos, dado que muchos de sus miembros se dedican también al trabajo sexual por limitaciones que tienen para insertarse en trabajos formales, aún si reúnen las condiciones para un puesto.

*“En general, lo que yo he observado es que hay una discriminación sutil con el lenguaje, ¿tú sabes? O sea, de repente una persona gay le dicen el pájaro del barrio; una persona, un migrante, de repente es el haitiano. Y eso es una discriminación sutil en el lenguaje, pero usualmente no está cargada de odio, está cargada, porque somos así nosotros. Es decir, al señor que usa bastones le decimos cojito, al señor que es asiático le decimos chinito.*

*Es como un estilo, no necesariamente cargado de odio, ciertamente discriminante, pero no cargado de odio” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Fijate yo siento que no hay, no hay gran avance porque por decirte, un, por ejemplo, en el país para poblaciones claves no tenemos lo que es la identidad de género, hay un proceso muy interesante que se dio en el país de una persona muy famosa de los medios de comunicación y eso se sabe, que es Mia Cepeda, que ella sí logró la identidad de género, lo hizo el gobierno pasado, pero sin embargo eso se quedó como en un mediatismo porque ¿y las demás trans? ¿Qué pasa con las demás trans? Sean femeninas o sean masculinos, no hay una política pública que les permita poder gozar de ese derecho y entonces por mencionarte por ahí todavía estamos cortos” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.**

Según los participantes, una de las mayores manifestaciones del estigma en los servicios de salud, y la principal razón por la que no acuden oportunamente, es la discriminación por parte del personal:

*“Cuando llego a los hospitales, las enfermeras me miran. Y de una vez preguntan por el seguro: ¿Que seguro tú tienes? En mi caso es privado, y no me aceptan”.*

Otra barrera de acceso es que, al evidenciar su preferencia sexual, es común que se infiera la ocurrencia de enfermedades (ITS, VIH, por ejemplo), por lo que se ha señalado como:

*“desconocimiento, falta de información y falta de sensibilidad por parte del personal”. Si bien es cierto que en programas como el de TB y VIH hay cierto nivel de avance, personal clínico entrevistado (incluyendo autoridades hospitalarias), señalan: “todavía falta mucha educación”.*

No existe reconocimiento por parte de los participantes en el estudio sobre si los marcos legales especifican sanciones o medidas de control del estigma en población LGBTI, por lo que no se han implementado programas a nivel institucional.

Escasas instituciones trabajan este tema, y aunque existe mayor participación de “la comunidad LGBTI”, en los medios de comunicación y por ende más oportunidades de difusión de información, se impone la percepción general de la población, además influenciada por “la religión”.

### ***Sistema de monitoreo de poblaciones clave***

En este aspecto los informantes claves entrevistados, se reitera lo dicho con relación a otras poblaciones. Si bien es cierto que es una población clave, los sistemas de monitoreo no incluyen datos sobre la orientación sexual. En los expedientes clínicos puede identificarse con algunas preguntas incluidas en el formulario de historia clínica, sin embargo, no se sistematiza la información caracterizada con regularidad. Sin embargo, es preciso señalar que, desde la división de tuberculosis, la Unidad Ejecutora de Proyectos, DIGECITSS si realizan sistematizaciones.

Existen posiciones encontradas entre la población clave, los actores de la repuesta nacional y los proveedores de salud, con relación a si esta información debe ser tomada en cuenta para los fines de proveer servicios de tuberculosis. El PNCT asume la postura de que no es relevante. El argumento principal es que la orientación sexual no es un factor de riesgo en sí. Lo es la circunstancia socio económica o clínica, más no la forma en que establecen sus relaciones sentimentales.

*“La División de tuberculosis presentaba la situación de cada provincia. Y en talleres a los que yo asistí muchas veces, también cada provincia, cada provincial, tenía que presentar cual era la situación provincial. Se presentaba a nivel general, y se presentaba a nivel provincial. Eso, eh, hay que seguirlo para que esos números nos den informaciones de calidad. También se vinculaban los números a la calidad, tanto como la veracidad de los números que daban los, eh, ejecutores de los proyectos, que el número, por ejemplo, de personas con la prueba 1, 2 o 3, cualquiera que fuera, apareciera realmente y los que tenían, eh, eran casos que*

*inmediatamente se involucraran con un centro de atención, no solo de tuberculosis sino también había la parte de VIH combinada con la coinfección. O sea, que, en cuanto a números, la División de Tuberculosis, tiene números ciertos, y pueden convertirse en información para cualquier consultor, podría tomar esos números y convertirlos en información importante, necesaria para tomar decisiones” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **Participación de la población clave en la respuesta a la TB.**

Por orientación sexual, una persona no es tomada en cuenta para respuesta a ninguna condición de salud. Si bien es cierto que la comunidad LGBTI es considerada una población clave en la respuesta nacional a la tuberculosis, la participación está sujeta al reconocimiento del activismo de algunas personas, en especial profesionales de la conducta, de ONG, u organismos internacionales que trabajen con ellos.

Como se ha citado anteriormente, los entrevistados señalaron que, es más común la participación en la respuesta al VIH, y desde ahí se canalizan otras inquietudes con relación a la tuberculosis, circunstancias, desafíos y oportunidades.

*“Ahora, un aspecto importante a considerar es la labor que se ha hecho desde la sociedad civil y asociaciones sin fines de lucro como se denominan formalmente en instrumentos que rigen la materia, pues ha sido encomiable, ha sido un trabajo constante y continuo de atención de a estas poblaciones, a estos colectivos que han contribuido con el conocimiento de estas condiciones de salud y por qué no pues con la gestión de medidas para disminuir y minimizar el riesgo o también para identificar opciones disponibles para brindar atención cuando se detectan casos o se identifican algunas personas que tengan estas condiciones de salud y que requieran pues de la atención de las instancias existentes en este país” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Ehh muy incipiente de alguna manera, vuelvo y te repito, se hizo algo, pero a través de proyecto, no ni siquiera como política pública como tal, sino a través de proyectos es que se ha logrado hablar de tuberculosis y eso y lastimosamente este inclusive con la donación del fondo mundial para la tuberculosis, la malaria y el VIH, el país ehh aunque en VIH tenemos clasificación A, por la respuesta que se ha dado, sin embargo en tuberculosis eso no ha pasado y mucho menos con las poblaciones claves, no ha pasado” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación**

Lo más común según los entrevistados, es que una persona, que además de ser VIH positivo, tiene una tuberculosis, que es la principal enfermedad oportunista, y además es homosexual, tiene que atravesar otros obstáculos con relación a una persona que no tenga estas condiciones.

Aunque las leyes ofrecen cierto nivel de respaldo, la implementación es débil, sobre todo por la falta de educación que al respecto se tiene en la población general, el personal de salud y otras instituciones del Estado llamadas a respetar sus derechos fundamentales y hacer cumplir las disposiciones.

El principal apoyo, escaso, proviene de ONG y proyectos especiales financiados por organismos de cooperación internacional. Aunque algunos sectores manifiestan comprensión y apoyo de sus circunstancias, las mayores oportunidades están limitadas a los profesionales de la conducta a los que no siempre tienen acceso, ya sea por falta de recursos para el acceso a consultas privadas, o porque tienen que asistir a servicios públicos donde a pesar de contar con profesionales, tienen que atravesar por departamentos que no tienen la capacitación y sensibilización suficientes para un trato humanizado.

Los entrevistados identificaron varios mecanismos o entidades involucradas en la protección de las poblaciones claves en general, las cuales realizan abordajes de acuerdo a sus líneas y alcances como, Supérate, ADOPLAFAM, Instituto dominicano de estudios virológicos (idev), centro de orientación e investigación integral, UTELAI, Unidad de Derechos Humanos de la Procuraduría, Unidad de Igualdad de Oportunidades y no discriminación, Comisión Sistema Interamericano de los Derechos Humanos, Defensa de las Víctimas, Observatorio de los Derechos Humanos para grupos vulnerables, COIN, Unidad de Declaraciones Tardías y de Nacimiento, Fundación Paloma

Los participantes refieren que es en sus propias familias donde sufren las mayores manifestaciones de estigma, y que con mucha frecuencia son sujeto de violencia que no pueden canalizar en el sistema judicial. Si llegaran a tener posibilidades de pagar abogados, como bien señalan algunos informantes claves del contexto legal, evidenciar la violación de derechos, en especial en el sector salud, son muy limitadas, lo que impide que un caso tenga éxito en su beneficio. Cita de participantes:

*“muchas veces, es mejor dejarlo así, aun si nos matan”.*

*“Entonces, en conclusión, tenemos las instancias, no solo en el ámbito local, también en el ámbito internacional; aquí me estoy refiriendo a la Comisión Sistema Interamericano de los Derechos Humanos, al que se puede acudir ante una violación de derechos, la cual, cuyo seguimiento se haya agotado en el país, se puede acudir a las instancias internacionales. Aquí lo que se requiere es el conocimiento de la población, de sus derechos, de cuándo han sido violentados sus derechos y por supuesto, esa iniciativa, esa dirección y esa constancia de la persona a la que se le han violentado sus derechos, para dar seguimiento en la instancia competente hasta la solución de su caso” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Mientras tanto nos estamos organizando como sociedad civil y cada vez ya tenemos una red de enfermos y afectados por tuberculosis más empoderada que vela por los derechos, que empodera a los usuarios y sus*

*familiares en cuales cosas son deberes y cuales son derechos, vela porque si se le violento un usuario sea notificado y que haya las sanciones y los correctivos a lugar y cuando eso lo pasamos a otros grupos que son mencionados en este tipo de estudios como es el grupo de la comunidad de los LGTB” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.**

El principal desafío en este aspecto es no contar con suficientes ONG con proyectos orientados a esta población. Si bien es cierto que van ganando espacio, ayudados porque sus entornos tienen “cierto nivel de aceptación”, y el “apoyo de algunas figuras de los medios de comunicación”, para su participación en la toma de decisiones, no existen mecanismos formales.

*“Yo diría que el programa que tienen con, con, la enfermedad de VIH es muy bueno porque ha ayudado a bastantes personas, porque cuando se infectan por la baja condición económica que tienen, pueden conseguirlo por vía de los hospitales y salud pública”.*

*“Yo creo que lo que... que mi recomendación, en cierta forma, es estimular la participación de los usuarios en esos organismos que hay a nivel de los establecimientos de salud, para que ellos sean parte de los procesos de cambios, pero también de las mejoras que se deben ir integrando y que ellos hagan sus aportes a esas mejoras” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

La sugerencia común de los entrevistados es ampliar la educación de la población en general y hacer cumplir los principios de las leyes y normas que refieren la “no discriminación por orientación sexual”. La creación de observatorios a nivel comunitario, con la participación de esta población clave, convocaría más a sus pares para incluirlos.

*“Yo propondría, eh, mayores intervenciones comunitarias. Ehhh, crear los observatorios a nivel comunitario que es donde se dan más los casos, eh, hacer también entrega de tratamientos a través de ASODENAT que son personas serias, responsables, que no van a convidarse con el paciente, sino que van a vigilar que se tome su medicamento, y eso evitaría la pérdida en seguimiento de muchos casos en seguimiento, porque se van por no ir al hospital o al centro. Entonces, creo que un de igual a igual, porque serían unos educadores pares que estarían con ellos, que entienden su sufrimiento y su situación, y sería más exitoso” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

La capacitación y sensibilización del personal de salud es un paso fundamental, dicho por la población entrevistada en grupo focal, e informantes del contexto legal. Expresado por una persona transgénero:

*“Yo diría también como que hay una falta de ética. Hay hospitales públicos que tienen la mala costumbre, que cuando una persona se hace la prueba*

*de VIH, acostumbran a hablarlo, cuando no hay como, como que no hay respeto hacia la otra persona. No hay confidencialidad. No hay confianza, por eso hay muchas personas que le cogen miedo a los hospitales y van a lugares privados y se hacen la prueba, sin saber si la tiene o no”.*

### **Cambios para cumplir los derechos de la población clave**

El cambio más relevante identificado es la visualización de cómo afecta el estigma y discriminación, y la especificación de sus derechos en las leyes.

Un paso importante es la modificación de las leyes actuales en lo referente a la aceptación de la diversidad, y en especial en lo relativo a las sanciones o sistema de consecuencia cuando una persona, independientemente de su condición o de su orientación sexual, es discriminada o violentada en sus derechos. Buscando así la equidad en sus derechos.

*“Y, por otro lado, como que lo que yo creo que es importante garantizar es el derecho de la gente, de la gente. Es decir, ehhhh, a lo mejor no pueden discriminarme a mí por ser gordo en un carro público. Ya, pero es el mismo derecho que tiene la persona con tuberculosis de recibir atención, o es el mismo derecho que tiene la persona gay de recibir un servicio. O sea, es que no puede haber una segmentación tan detallada, porque sé convierte inmediatamente en una discriminación para otro. O sea que, eso ha conllevado a pugnas entre grupos. Entonces los mismos grupos discriminados sé empiezan a pelear entre ellos, porque están buscando que los miran, porque ven que cuando los miran, están ganando privilegios. Un poco, yo creo que es una discusión que hay que tener con la forma como estamos concibiendo estos proyectos. Que yo creo que son bien intencionados, y creo que son necesarios y útiles, pero creo que es necesario que repensemos algunas cositas sobre eso” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

Una de las citas, evidencia que aún en los servicios de salud, donde se supone un mayor nivel de aceptación y cumplimiento de derechos, todavía se observen conductas que afectan el acceso oportuno a servicios:

*“Esa parte, yo diría que sería un poco inhumana, porque además de tener una TB, es algo muy delicado. Yo estuve en ese proceso de hacerme esas pruebas de la tuberculosis; entonces para mí era muy feo cuando yo iba al hospital que me daban un potecito donde uno se hace la prueba, aun sin saber que yo tenía “eso”, yo sentía que la gente me miraba feo, entonces yo me sentía muy mal, con los gestos porque no era que me lo decían. Pero uno se da cuenta con los gestos, uno se siente muy mal. Yo me sentía prácticamente discriminada, porque sabían que me estaba haciendo esas pruebas”.*

#### **6.3.1.4. Población clave 4: Usuarios de Drogas.**

## **Enfoque legal o político para poblaciones clave.**

*“El consumo de drogas psicoactivas, en especial las ilegales, pone en riesgo a la persona de ser apresada”.*

Esta simple expresión recogida de las entrevistas es el principio de que el abordaje clínico o social de los usuarios de drogas, esté sujeta al criterio del profesional correspondiente.

Los informantes claves entrevistados señalaron que al usuario de drogas le es difícil llevar el tratamiento por su traslado constante, como también, existe estigmatización y discriminación por parte del personal del servicio de salud y de las autoridades. Asimismo, ellos no quieren estar junto a la comunidad dentro del servicio de salud porque debido al estigma son discriminados.

*Bueno, ahí yo pienso que es mucho más difícil, acuérdate que las personas que usan drogas, pueden venir hoy por las pastillas, también son personas, muchos de ellos son nómada, igual que el inmigrante el usuario de droga es nómada., entonces se viven trasladando de una ciudad a otra, de un pueblo a otro, algunos viven en una construcción, lo sacan de ahí, se van a otro sector, otro pueblo otro batey, es más difícil para los usuarios de drogas llevar un tratamiento contra la tuberculosis y acuérdate que están en riesgo, porque usan el mismo cigarro, se lo pasan de uno a otro, con la jeringas entonces hay un riesgo yo pienso que mucho mayor en los usuarios de droga, porque hay un nivel de inconciencia al estar drogados y está compartiendo la droga con otros compañeros, entonces yo pienso que ahí hay que poner unos puntos de atención. (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

El consumo de drogas es un delito en República Dominicana; sin embargo, desde los entrevistados se percibe que se persigue más al que consume, que al que negocia con ello.

*“Se le ha dicho muchas veces que el usuario es un enfermo, que el narcotráfico y el microtráfico es lo que es perseguible. Que a esta persona (refiriéndose al usuario de drogas), lo que hay que hacer es rehabilitarlo, llevarlo a un centro de rehabilitación, tratamiento. Pero la policía no ve eso, persigue más al que se está fumando un cigarrillo, que el que trae la jeepeta llena de cocaína, porque el de la jeepeta la paga un peaje; entonces la corrupción judicial, y la corrupción policial es una barrera para lograr que sean escuchadas las voces de las poblaciones clave” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

Los entrevistados señalaron que, mejorar el abordaje en tuberculosis a los usuarios de drogas es todavía una tarea pendiente, debido a que existen diversas variables que debe considerarse, en este grupo poblacional y que no son fáciles de abordar como el que son de trasladarse continuamente, sienten temor y rechazo de parte de sus familias y personal de salud, desde el gobierno el acceso y la cobertura de atención es todavía limitada.

*“A que todavía subyacen muchas ideas entorno al uso de sustancias y que debemos seguir intentando, seguir abordando el tema, para ver cómo se logra que se amplíe el espectro de atención y cuidado a esta población que tanto lo necesita, porque por ejemplo, en el ámbito público solamente contamos con un centro de atención a las dependencias, que es el CAIDED que está en el Hospital Francisco Moscoso Puello, entonces qué hacer con un dependiente de sustancias que vive en Dajabón, cómo la atiende, cómo le doy respuesta ¿no?, entonces aquí viene la labor de las asociaciones sin fines de lucro, que atienden a este tipo de poblaciones, pero eso no es suficiente” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.**

Las personas entrevistadas señalaron que, las leyes trazan pautas legales a los trabajadores de salud para proteger los derechos de las personas, de forma que provee información adecuada y oportuna en las poblaciones sobre su condición de salud. Disminuye y reduce riesgos.

*“El que tengamos un marco jurídico, el que tengamos un marco de políticas públicas, por supuesto que impacta de forma favorable a estas poblaciones, precisamente porque trazan la pauta, desde el punto de vista legal, a los trabajadores del sector salud para tomar las prevenciones de lugar, con miras a la protección de los derechos de esas personas, incluyendo por ejemplo proveer información adecuada, proveer información oportuna, todo el tema de los consentimientos informados, todo ese tipo de acciones o de iniciativas contribuyen a que esas poblaciones adquieran el conocimiento sobre su condición de salud, sobre su cuidado, como cuidar de su salud y cuidar de otros, y en ese sentido entonces, disminuir o reducir los riesgos, por tanto, mi respuesta es totalmente positiva” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

La dificultad que encuentran es el desconocimiento de estas leyes por parte de las poblaciones clave y la falta de supervisión que garantice el cumplimiento. Por otra parte, refiriéndose específicamente al grupo de usuarios de drogas las personas entrevistadas no señalaron conocer alguna legislación específica que los beneficie.

*“No creo que haya una política de Estado robusta, dirigida al derecho de estas poblaciones ni a definir mecanismos en específicos para facilitar su acceso a programas y servicios” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Bueno eso es que la gran mayoría de esas leyes tienen muchos vacíos. La gran mayoría de la población no las conoce, muchas veces hasta en el sector salud muchas veces no las conocen... Y cuando no la conoce, la persona no exige su derecho” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Alguna supervisión y alguna sanción si alguien no cumple con la normativa. Entonces, eso no existe. No hay un mecanismo que funcione de manera adecuada para supervisar que esas normativas se estén llevando a cabo, se estén cumpliendo en los centros de salud” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Sistema de monitoreo de poblaciones clave**

Con relación a los casos de tuberculosis en usuarios de drogas, la información accesible en las consultas de documentos es la que se capta en las cárceles (personas privadas de libertad), sin embargo, los entrevistados del estudio señalaron desconocer sobre la existencia de un sistema de monitoreo específico para este grupo.

*“No, yo siento que en los centros de atención es simplemente el servicio, no creo que tengan todo eso que tú estás diciendo” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Pero al igual que todos los demás, en el caso de tuberculosis quizás ha habido un poco más de énfasis en monitorear y todo esto, y quizás tenga un “sistemita”, una captación de datos un poco superior a malaria o a no sé, a ACV. Pero yo creo que todavía no es parte de un sistema nacional que permita transformar eso en políticas. O sea, en políticas públicas que verdaderamente están sustentadas sobre esa data. La data nacional es la característica del paciente nuestro, que es la característica del paciente local” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Participación de la población clave en la respuesta a la TB.**

Los participantes en el estudio señalan que los usuarios de drogas, aunque son una población clave, no son tomados en cuenta, sobre todo porque generalmente están recluidos en instituciones públicas y privadas que les representan en espacios de decisión. Se reconocen con “internos”, no como participantes.

La participación de un usuario de drogas, no solo en espacios técnicos de la respuesta nacional a la tuberculosis es muy escasa, por razones que muy bien explica un participante en grupo focal:

*“Bueno lo primero es que, eh, ser un adicto es un asunto que hay que mantenerlo callado, aunque la gente lo sospecha, ya sea por la apariencia o lo que sea, porque si tu vas a un lugar a buscar trabajo y saben que tú eres adicto, ahí mismo te dicen que no, ¡Je! O sea, tu sabes que es un asunto discriminatorio, totalmente discriminatorio y estigmatizante, es decir que una cosa, y te estoy hablando de personas como yo que hemos estado en lugares de reclusión, ¿tu ves? Porque una cosa es que la gente se dé un pase en su casa, y nada, o en una fiesta, y otra cosa es ser una persona psicodépendiente de drogas como el caso mío, y los compañeros, ¿entiendes?”*

Existen iniciativas que promueven la participación; sin embargo, no identifican a este grupo como de participación activa en estos espacios de respuesta a la TB para población clave, como vemos a continuación:

*Mira, yo tendría que decirte que sí, porque la experiencia que una institución financiera llevó al país, como es el Fondo Mundial que fortaleció el programa nacional de tuberculosis, inclusive se creó una Asociación Nacional de Personas Viviendo con TB, y hay un representante de estas personas que tienen un asiento en espacios de toma de decisión como el organismo coordinador del país que es quien gobierna los proyectos del Fondo Mundial que se están desarrollando en República Dominicana, entonces yo diría que sí que se ha hecho un esfuerzo por reivindicar a las personas que viven con tuberculosis. (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación**

El consumo de drogas es altamente estigmatizante en la sociedad dominicana, no así con otras adicciones. Con relación a la experimentación de estigma y discriminación, un participante indica la vivencia más común:

*“Uhhhh, muchísimas barreras, en el sentido de que, tú sabes que el hecho de uno ser consumidor, eso ya uno tiene un rechazo, yyyyyy, en el caso mío, que yooooo, cuando eh, cuando tuve tuberculosis que tuvieron que llevarme de Hogar Crea al centro donde me dieron los servicios, eh, yo sentí rechazo de parte del personal”.*

La institución más reconocida y con mayor fortaleza para el abordaje del consumo de drogas es Hogares Crea. El personal de esta institución conduce a sus internos a los hospitales, en caso de que presenten alguna condición de salud. Pese a este acompañamiento, refiere un participante de grupo focal, lo que asintieron otros participantes, y que se compara con opiniones de informantes claves de contexto legal:

*“Bueno, eh, cuando llegamos a información, eh, y nos mandaron para allá, en el pasillo final que es donde está el servicio, ni nos miraron la cara, ni nada, porque yo iba como identificado, como persona de Hogar Crea. Y además de eso pues, eh, el lenguaje físico (no verbal), de las personas que me atendieron para la prueba. En consecuencia, el resultado positivo...todo eso.*

El consumo de drogas no es visto en espacios públicos como una enfermedad (no así en consultas privadas), sino como un trastorno conductual que carga con el estigma de “delincuencia”. Esto así porque como es bien sabido, el consumo de drogas acarrea la participación en escenarios que incluyen violación de leyes, tráfico, trata de personas, violencia, y otros delitos.

Si bien es cierto que existen iniciativas del Consejo Nacional de Drogas, La Policía Nacional y programas especiales como “Barrio Seguro”, los participantes señalan que la discriminación es persistente y que se debe “separar una cosa de la otra”, refiriéndose al hecho de ser consumidor y tener una condición de salud. Cita de un participante al respecto:

*“Bueno, eh, cuando llegamos a información, eh, y nos mandaron para allá, en el pasillo final que es donde está el servicio, ni nos miraron la cara, ni nada, porque yo iba como identificado, como persona de Hogar Crea. Y además de eso pues, eh, el lenguaje físico (no verbal), de las personas que me atendieron para la prueba. En consecuencia, el resultado positivo...todo eso”.*

Sin embargo, los informantes claves entrevistados, no identifican apoyo específico para este grupo priorizado, como vemos a continuación,

*“Se supone que los programas tienen un equipo multidisciplinario, que ayudan a los pacientes a vivir con este tipo de enfermedades y que, durante el tratamiento, lo que no sé qué tan efectiva sea, no sé tampoco, no me queda claro el apoyo. Todos esos programas tienen psicólogos eh, establecidos, vuelvo y te repito, un personal multidisciplinario que soporta y apoya a los pacientes que viven con este tipo de enfermedades. Pero no me queda claro que tan funcional sea eso” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### ***Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.***

La participación de esta población está sujeta a la condición misma de la persona. Un adicto en recuperación, que cuenta con un sistema de apoyo, o que trabaja directamente con la población, tiene mayores probabilidades de participación. Como citaron los participantes, son los representantes de las instituciones donde trabajan su recuperación, quienes participan en escenarios de discusión técnica. Adicionalmente, especialistas de la conducta o personal de salud de otras áreas que han recibido capacitación en el tema.

Una mayor participación, está vinculada directamente a que sean abordados en las instituciones de reclusión, en las cárceles, en ONG, en las iglesias (la católica más abierta a trabajar con esta población), y depende directamente de sus habilidades (resultado de la recuperación) para insertarse en discusiones técnicas.

Los entrevistados en general sugieren que la atención este centrada en el usuario, respondiendo a las necesidades particulares de la población clave, así como también capacitar y sensibilizar al personal de salud.

*“En general, yo diría, que no solo los afectados, sino en beneficio de las personas que acuden a los servicios de salud. Es atención centrada en el usuario, en el paciente, que se responda a su necesidad, y no a la necesidad dentro de la estructura. Que tengan acceso a su medicamento, que si no pueden...que haya tandas, sobre todo con el laboratorio y la oportunidad de entrega de los resultados, que todavía hay problemas con eso. Y también que tengan flexibilidad, porque se supone que si yo tengo un*

*riesgo de baja adherencia porque trabajo y soy la persona que mantiene mi familia, el servicio debe adecuarse a la necesidad del usuario. No tener que de obligatoriedad ir tempranito en la mañana, en esa parte debe buscarse alternativa, y que sea una atención centrada en la persona” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Bueno, yo pienso que sería interesante poder seguir capacitando y humanizando los servicios de salud en cuanto a la temática de la tuberculosis y que el personal que esté ehhh concientizado ¿verdad? Pueda dar un servicio con calidad” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **Cambios para cumplir los derechos de la población clave**

Las principales barreras para que se den los cambios propuestos es común para todas las poblaciones claves: Voluntad Política, modificación de leyes donde aplique, capacitación, y disposición de fondos que de manera sostenible se puedan emplear en el diseño y ejecución de programas. Específicamente para los usuarios de drogas los entrevistaron la necesidad de revisión y actualización de leyes.

Otro factor determinante es la necesidad convergencia de las instituciones, y los equipos multidisciplinarios en la toma de decisiones. Las mesas técnicas que desarrolla el PNCT y en sentido general, la Respuesta Nacional a la Tuberculosis, tiene claridad en la lista de actores que deben participar en su diseño e implementación.

*“Y como decía ahorita, en el marco legal, no reconoce de manera particular cada una de las poblaciones, más bien digamos que el marco legal, la constitución o la ley general de salud habla de personas y que deben recibir servicios sin importar sus condiciones en términos generales, los grupos que formamos parte de la sociedad civil, muchos han estado abocados, que se incluya de manera tácita, expresa, que quienes son esas, esos grupos y eso se ha hecho en la respuesta nacional si, en la respuesta nacional si se tiene los grupos identificados con perfiles definidos, como audiencias, con ciertas características, con necesidades particulares y por supuesto esa descripción ayuda a recibir una atención especial de parte del programa y de toda las iniciativas de la respuesta nacional” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Por supuesto, en el marco legal y de políticas públicas existentes en nuestro país, vuelvo y reitero, probablemente no es el mejor, quizás parte instrumento o parte en poner atención a diversos temas en específico como la actualización de la Ley 5088 sobre Drogas y Sustancias Controladas, es un instrumento jurídico que data del años 1988, estamos hablando más de 30 años de vigencia, lo que implica que requiere de una revisión profunda y una actualización a los nuevos tiempos, a las nuevas realidades de esas poblaciones” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Bueno, yo soy una fiel revisora de los marcos legales correspondientes, cuyas disposiciones se refieren o impactan a esas poblaciones claves, aquí voy a aprovechar el escenario para evidentemente llamar la atención de la Ley 50-88 sobre Drogas y Sustancias Controladas, entendiendo que la tuberculosis es una enfermedad que afecta fuertemente a este colectivo de personas, es importante la revisión de ese instrumento jurídico, es importante que se cambie la mirada{ la mirada de criminalización de quien usa esas sustancias y que se mire desde el punto de vista de los derechos humanos y la salud pública. Si se cambia esa mirada o si se ajusta esa mirada, por supuesto, que las personas que usan sustancias y que viven con la tuberculosis o que viven con VIH, conseguirán otro tipo de atenciones, yo llamo la atención muy muy fuerte sobre ese instrumento jurídico de manera específica” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **6.3.2. Entorno legislativo y político general, derechos humanos y TB**

#### ***Acceso a la justicia del ciudadano promedio***

Según los participantes entrevistados, el sistema de justicia revictimiza a las personas, no existe celeridad en los procesos de denuncias, no está adecuado para la atención de poblaciones claves, lo cual limita el acceso a la justicia. Existen mecanismos, sin embargo, que exista voluntad de avanzar con las demandas no está garantizado, además que tenga las herramientas para corroborar, investigar y confirmar las denuncias.

*“Creo que el país tampoco estaría preparado para parar esto, realmente, porque es un poco complejo, un poco complicado, para sistema judicial comprobar, confirmar, que realmente a este paciente no se le dio la atención que se le debió dar en el momento oportuno” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Aquí hay muchas leyes bien escritas y contemplan muchas cosas, pero en la práctica, que yo recuerde como un, como dicen los abogados, con un precedente, son muy pocos los que han conseguido, retornar a su trabajo, ser indemnizados porque fueron despedidos, porque se supo que tenían TB, como se supo, se violó su confidencialidad, yo creo que todavía estamos en pañales en ese sentido. De hacer que una violación de derechos tenga un castigo ejemplar que haga que los demás piensen antes de entrar en ese campo” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“El sistema de protección aquí, a nivel general, revictimiza a las personas, aunque hay algunas instancias a nivel local que han sido creadas, el reto está en el funcionamiento, el reto está en la eficiencia del sistema, en que una mujer que quiere presentar una asistencia por un acto de violencia, tiene que dar 5 o 6 viajes y antes de que le hagan caso la matan, entonces y a eso le agregamos muchos otros ejemplos, porque hay un tema de ineficiencia del Estado para proteger a la gente con relación a sus derechos. Cito el de las mujeres porque es algo que vemos en los medios*

*todos los días, ¡todos los días! (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **Leyes o políticas que protegen o discriminan a las personas afectadas por TB**

Los entrevistados refieren que, si bien existe legislación en torno a la salud y a la tuberculosis, el abordaje específico por poblaciones clave está reducido a las personas viviendo con VIH, así que ello se configura en una necesidad por cubrir, también señalan que lo que existe está enfocado en la atención y no en prevención. Por otra parte, como hemos señalado en otros puntos, los entrevistados refieren que debe existir supervisión para el cumplimiento de la legislación relacionada a estigma y discriminación o a la referida a vulneración de derechos como el acceso a la salud.

Los entrevistados señalaron que no conocían alguna ley que discrimine a personas afectadas por TB y/o de las poblaciones claves.

*“Bueno, hay ley, la Ley General de Salud contempla también la Ley de VIH que creó el Copresida. Hay leyes que protegen a estos pacientes, y un paciente con VIH o un paciente con TB no puede ser estigmatizado, no puede ser puesto en pie de diferencia porque tenga una de estas enfermedades, la misma Constitución de la República lo ampara, no importa la ideología, el sexo, su ideología política, su enfermedad, su ideología sexual... todos los pacientes deben tener el mismo derecho. Derecho de ser tratado como persona, sin importar que sea nacional o extranjero” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Bueno la Ley General de Salud de nuestro país y la misma Constitución establece el acceso de los servicios de salud para todas las personas sin importar su credo, su estatus su condición social, económica, su preferencia sexual, todas esas cosas están estipuladas en el marco general” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Mira como política pública como tal a nivel país no conozco ninguna restricción o asilamiento por tal o cual cosa, más bien es un comportamiento de la persona y de su precepción, pero como política pública realmente no tenemos una ley que diga amm que limite el derecho de las poblaciones claves o inclusive existen leyes, por ejemplo la ley de VIH, por mencionarte, habla en el artículo 4 del derecho a la salud y todo lo demás, pero una cosa es lo que dice la ley y otra cosa es la práctica, pero no tenemos leyes limitativas o restrictivas para una atención a la salud, realmente no” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Políticas o sistemas para rastrear o responder a las violaciones de los DDHH.**

Algunos informantes claves entrevistados señalaron la ausencia de sistemas que estén adaptados a la cultura de las comunidades, así como la falta de integración del centro de salud

en el contexto de la tuberculosis, o espacios de dialogo que involucren a estas poblaciones clave.

Otros entrevistados identificaron instancias involucradas en la protección de las poblaciones claves en general, las cuales realizan abordajes de acuerdo a sus líneas y alcances como, Supérate, ADOPLAFAM, Instituto dominicano de estudios virológicos (idev), centro de orientación e investigación integral, UTELAI, Unidad de Derechos Humanos de la Procuraduría, Unidad de Igualdad de Oportunidades y no discriminación, Comisión Sistema Interamericano de los Derechos Humanos, Defensa de las Víctimas, Observatorio de los Derechos Humanos para grupos vulnerables, COIN, Unidad de Declaraciones Tardías y de Nacimiento, Fundación Paloma.

*“Entonces, no, no tenemos porque eh, no hay estructuras donde el ciudadano común pueda acudir. Y cuando digo que no hay estructura, no es que no existan, puede que haya, pero no son culturalmente apropiados, entonces para poner una denuncia hay que llenar un formulario, entonces “yo no sé escribir”, y que te reciba una persona que sepa lo que está haciendo” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Es un avance, pero en materia de salud, por ejemplo, nosotros no tenemos una mesa de situación de salud donde se tomen las decisiones estratégicas cada quince días sobre cómo vamos a trabajar en determinados temas que están saliendo. Nosotros no tenemos protocolos para tomar decisiones en salud ante situaciones que ameritan rapidez en la toma de decisiones y que eso no puede esperar que lo decida un jefe, eso tiene que tomar la decisión el que está ahí bajo un protocolo, eso sí; no lo que le pareció, sino, cumple, esto tiene cinco criterios y cumple tres, ok, entró para allá; no los cumple, entonces pasa para acá, entonces tiene un criterio, tiene un protocolo de acción” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Por tanto, de que tenemos las instancias las tenemos, por ejemplo, en la Procuraduría General de la República tenemos la Unidad de Derechos Humanos de la Procuraduría, ahí tenemos a una Procuradora encargada de esa unidad que es la magistrada Danisa Cruz, que es una procuradora fiscal que ha sido una aliada estratégica de todas estas poblaciones ante la violación de sus derechos, recordado que el Ministerio Público tanto en el organigrama jurídico, pues el Ministerio Público representa a la sociedad y pues ahí tenemos una instancia en donde podemos acudir” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

## **Participación e inclusión de las personas afectadas de TB en la respuesta a la TB**

El Programa Nacional de Tuberculosis es reconocido como espacio de participación de las personas afectadas por TB, así como el mecanismo coordinador país y el observatorio de TB.

*“Como te explicaba, hay dos espacios de toma de decisión que tienen que*

*ver o que tocan tangencial o directamente el tema de la enfermedad; uno es el mecanismo coordinador del país y el otro es el Consejo Nacional para el VIH-SIDA, en el concejo no hay un asiento para personas con tuberculosis, pero sí se creó en el mecanismo coordinador del país este asiento para personas que viven con tuberculosis, las personas que viven con VIH y hay para las personas claves que tienen que ver con la respuesta nacional tanto a tuberculosis como al VIH” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*Espacios como el Programa Nacional de Tuberculosis, la Respuesta Nacional al VIH-SIDA, que tienen un componente social bastante fuerte, pues hacer presencia, hacer incidencia política y no dejar caer las demandas.*

*(Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Cambios legales o de política para garantizar los derechos de las PAT**

Según los entrevistados, es necesario, involucrar a sectores comunitarios para la implementación de programas hacia TB, solucionar la exigencia de documentación para las personas y que puedan acceder a servicios de protección de poblaciones vulnerables, la descentralización de los servicios y programas a niveles locales, la inclusión del Plan nacional de derechos humanos, inclusión de Leyes sobre la no discriminación (Instrumento jurídico especial para tratar temas de discriminación), así como la actualización de leyes para orientar políticas públicas y toma de decisiones, cambio en los sistemas para que sean eficientes y adecuados en su abordaje a la comunidad y que puedan proteger los derechos de las poblaciones claves afectadas por TB, supervisión al cumplimiento de la legislación existente, relacionada a TB, derechos humanos y género. Separación del marco religioso de la función pública, fortalecer el funcionamiento de los espacios de toma de decisiones para la participación de PAT.

*“Eso es algo que en algún momento, yo pienso que tiene que discutirse, tiene que resolverse a nivel en una discusión de alto nivel, porque a muchos países tienen algo programas, algunos servicios para poblaciones vulnerables y tienen algunas respuestas, para estas poblaciones que no tienen la oportunidad de tener accesos a los programa de protección social; tienen algún tipo de intervención, aquí no vemos, a menos que haya un proyecto, alguna iniciativa en específico que por un año o por dos desarrollan alguna que otra cosa, pero a nivel de Estado, no hay una respuesta a estas poblaciones que no tienen ningún documento y que por alguna que otra razón, no pueden vincularse a un programa de protección social, ese es un reto que tenemos” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Por un lado, tenemos los programas y servicios y por otro lado tenemos la gente y en el medio tenemos un mar profundo y amplio, entonces ehh... que la gente tenga esa información qua haya espacios, que haya un mecanismo a nivel comunitario y que permita conectar a la gente con esos*

*servicios es importante y es necesario. Nosotros por ejemplo en el programa es parte de lo que hacemos, pero los proyectos vienen y van y ningún proyecto va a resolver un problema que hay en un país de este tipo” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Hay una respuesta que se requiere, por un lado, descentralizar la entrada a estos servicios a los niveles locales” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

### **Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos.**

Según refirieron los entrevistados favorecería la sensibilización de los tomadores de decisiones (encargado de normas y leyes) para que puedan implementar guías y protocolos para la TB. Por otra parte, identificaron que, la ausencia de promotores de salud para el seguimiento de personas afectadas por TB y la ausencia de recurso humano y de apoyo de organismos internacionales impediría los cambios sugeridos. Por otra parte, señalaron que es necesario el empoderamiento de la población para crear agendas institucionales y tener impacto en la política pública, ya que se evidenció que falta voluntad política para priorizar el tema y aprobar proyectos relacionados, como la propuesta de ley presentada respecto a la reducción del estigma y la discriminación. Finalmente, la falta de recursos de financiamiento también puede convertirse en una limitación para realizar los cambios sugeridos.

*“Uno de los programas de país mejores es el de la tuberculosis y es mejor porque está ahí en los centros. Pero en la parte que estamos discutiendo de estigma, discriminación y de seguimiento al cliente hay una falta. Nosotros no tememos lo que teníamos antes los famosos promotores de salud, que tu veías en los pueblos, los promotores de salud que iban a la casa de la gente. Ya no existe eso. Ahora están como navegadores por organismos internacionales y cuando se van a esos organismos internacionales, la fundación no tiene fuerza para seguir con esos navegadores que tienen esa capacidad, porque la adquieren mediante capacitaciones internacionales, entonces cuando se va el proyecto uno pierde ese recurso porque el recurso no se queda en la comunidad y tiene que seguir buscando trabajo” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Bueno, yo pienso que lo primero que habría que hacer es sensibilizar tomadores de decisiones a nivel de salud para que tomen en cuenta que este es un tema muy importante, que quizás no se le ha dado la... la, la importancia que ehh amerita, y en base a eso yo pienso que en base a eso si tú... si la mentalidad de las personas tomadoras de decisiones cambia y, y, se ponen en condiciones de poder implementar un servicio de calidad y se proponen y se aprueban las leyes ¿verdad? Las cosas van a mejorar de una buena vez” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Mira, el tema, yo entiendo que el tema de empoderamiento de la población, en parte es una barrera y al no poderse continuar con estos procesos tú sabes que independientemente de todo, la gente, las personas*

*para poder entender ese tipo de situaciones que pasan con ellos necesitan, tú sabes que en la educación no fueron formados, no hay una educación integral, a menos de que tu como individuo por alguna razón te empoderes y quieras visibilizar o dar respuesta a una situación x lo hagas, pero tú sabes que muchas veces hace falta ese impulso de empoderar a las poblaciones y de que esos temas puedan crear en las agendas institucionales para que desde ahí pueda realmente hacerse esa abogacía y pueda tener un impacto o una incidencia en la política pública y los tomadores de decisiones y entonces yo entiendo que hay que trabajar el tema más desde la población para poder salir adelante con el tema”*  
(Hombre, participante del grupo de informantes claves)

*“Bueno, eh, se llevó un anteproyecto a las cámaras legislativas para reducir al mínimo la estigmatización y la discriminación hacia las poblaciones clave, pero ahí vino el vaivén político y no llegaron aprobar el Proyecto. Había que introducirlo nuevamente, porque a nivel legal, algunas poblaciones clave, sufren, no solo para el acceso, sino para el tratamiento de calidad y calidez en los servicios hospitalarios. Si una persona quiere que tú le des un nombre porque es una trans, una persona trans, eh, tú no puedes variarle su deseo y su opinión, y los demás tienen que conservar la confidencialidad, y las leyes... bueno, la del VIH manda a esto, y la misma Constitución”* (Mujer, participante del grupo de informantes claves)

### **6.3.3. Entorno legislativo y de políticas: igualdad y equidad de género.**

#### ***Leyes o políticas que impactan la igualdad de género.***

Respecto a género y leyes o políticas vinculadas, las personas entrevistadas señalaron desconocer la existencia de estas, sin embargo, algunos refieren conocer la legislación relacionada a discriminación, otros en cambio coinciden en que en la práctica la mujer es favorecida en el entorno legal, como en los casos de violencia o tenencia de hijos, este desconocimiento evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar a informantes clave, autoridades en la temática de género para entender los alcances de la definición y las repercusiones en el abordaje a la TB. Por otra parte, una entrevistada señaló que la mirada de género en el abordaje a VIH es donde más claro puede verse las desventajas de la mujer para la prevención y cuidados.

*“Si lo miramos desde el VIH, entonces la mujer estará siempre en desventaja frente al hombre, partiendo por ejemplo de la voluntariedad del uso o no de un preservativo de parte de un hombre y la no accesibilidad o el costo que representa un preservativo para una mujer y lo que implica también para una mujer exigirle a su pareja que se ponga un preservativo, entonces son una serie de detalles a considerar, que realmente tiene su importancia si lo miramos desde la vista de equidad de género que tenemos en nuestro país y como eso impacta esas condiciones de salud”*  
(Mujer, participante del grupo de informantes claves)

## **Sistemas para gestionar casos de género.**

Respecto a este punto los entrevistados señalaron que, existen sistemas para diferenciar por género, pero este sólo incluye hombre y mujer. Otros señalaron desconocer la existencia de sistemas que gestionen casos de género.

*“Bueno en la data que nos piden en los servicios públicos hay una pregunta, y precisamente en las estadísticas que a mí me toca hacer a estadística de VIH, están desglosadas por género. Cuántos casos de VIH y de ese tipo de cosas, yo pienso que en tuberculosis también, pienso que sí que hay una herramienta que saca ese dato para la estadística nacional. Eso sí” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

## **Enfoque de género en las leyes o políticas relacionadas a TB.**

Los entrevistados señalaron al respecto que las mujeres suelen ser víctimas de una inadecuada atención en la salud a diferencia de los hombres, sin embargo, los hombres son quienes menos recurren al médico y a servicios legales en caso vulneración de derechos, respecto del acceso mencionaron que es igual para ambos. Por otro lado, representantes de sector salud entrevistados señalaron que, si atendían personas transgénero, le colocaban hombre o mujer según correspondía su sexo biológico o su documento de identidad.

*“Bueno desde el punto de vista clínico yo creo que no hay diferencia. Yo no, he sentido que hay en esa diferencia con temas de género” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Mira que es lo que pasa, cuando se habla de género desde el programa hablamos como un todo, tu entiendes, hombre o mujer... nosotros vemos al enfermo no vemos un género. No lo vemos, así como diferenciado en que sea un hombre una mujer ya que yo voy a tener una diferencia porque es un hombre o porque es un trans, paciente es paciente y tiene que igual al trato de un hombre o lo mismo que merece un hombre, eso mismo merece una mujer, esos mismo merece un trans independientemente de que sea” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Yo personalmente e tratado muchos transgenero, muchas personas con... y nada yo, por ejemplo, siempre pongo hombre o mujer nunca lo pongo como... te pondré un ejemplo tenían un paciente que se había cambiado el nombre, pero no en su registro, en su registro estaba como es y no aparecía como su nombre y ese es el que yo pongo el de su registro. Y dentro del género pongo masculino si es masculino y femenino, femenino independientemente de cuál sea su inclinación si un hombre que se inclina hacia mujer siempre uno pone femenino, masculino. Eso lo digo por mi experiencia” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

## **Sistema o proceso para apoyar la equidad/igualdad de genero**

Las personas entrevistadas señalaron la existencia de Oficina de Equidad de género, Programas de asistencia social, Procuraduría para el manejo de género, Ministerio de la Mujer, sin embargo, señalaron que no saben si realmente cumple un rol decisivo, o si realizan acciones directas con la temática de TB y género, en ese sentido resaltan que hacen falta capacitaciones orientadas a la atención de grupos por género.

*“Bueno, está de moda, que lo estén aplicando no te digo, pero en los Ayuntamientos hay una oficina de equidad de género, en la gobernación hay una oficina de equidad de género. Está de moda. En la Secretaría de la Mujer hay una oficina de equidad de género, o sea, está de moda, está en la boca de todos. Que lo apliquen o que haya un programa... ahí yo me aparto; pero incluso en la propuesta nos piden hacer equidad de género, cuando vayamos a entregar una propuesta de que se esté aplicando ya tendríamos que hacer una investigación” (Mujer, participante del grupo de informantes claves)*

*“Mira, este país es tan suigéneris, que a pesar de todo lo que hemos hablado, a esa pregunta, yo tendría que reconocer que sí ha habido esfuerzos de inclusión de las poblaciones vulnerables en los programas de asistencia social. Por ejemplo, en el caso del COVID, el año pasado, cuando se estableció la comisión está de salud y uno de los reclamos que se le hizo a la comisión fue la inclusión de los grupos vulnerables y el reconocimiento de la situación de esos grupos vulnerables, incluyendo a las personas afectadas por tuberculosis. Por primera vez y sin precedentes, un programa de asistencia social incluyó a mujeres trans, hombres trans, hombres que tienen sexo con hombres, personas viviendo con VIH, personas afectadas con tuberculosis y fueron priorizados al momento de analizar las ayudas que se dieron para el COVID-19” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Cambios legales o de política para garantizar los derechos de género de las PAT**

Los entrevistados señalaron la necesidad de incluir ley para la no discriminación, así como incluir a la comunidad, personas afectadas y otros agentes para la implementación de políticas, así mismo sugieren la necesidad de integrar un régimen de consecuencias, es decir supervisión del cumplimiento de la legislación y sanciones para el incumplimiento.

*“Lo mismo hace con el VIH, se entrega a una persona, en lugar de ser horizontalizado el tratamiento...que todo el mundo esté en lo mismo, en el mismo tono, en la misma sintonía. Algunos que nos son de los programas están aparte...” ahí llegaron tus pacientes”, le dicen algunos médicos, y todo el mundo sabe a qué se está refiriendo y eso es discriminatorio. Entonces una Ley contra la discriminación es necesaria para que la gente sepa que a fuerza de conocimiento y a fuera de Ley, tiene que abandonar esa discriminación, porque ni a ellos ni a ninguno deben discriminar, ni porque son migrantes, ni porque son usuarios de drogas, ni porque sean gay o LGBTI. O sea, no hay que discriminar, sino darle un servicio, darle una*

*buena acogida. Usted no tiene estar de acuerdo con su forma de vida y su preferencia sexual o de cualquier índole, pero usted tiene la obligación de tratarlo sin discriminación” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Yo diría dos aspectos. Los dos los he mencionado antes. Uno es incluir más actores que los tomadores de decisiones, o sea, incluir las comunidades, las personas afectadas, a otros agentes. Incluir en las miradas, porque eso nos ayuda a no caer en el reduccionismo, en la victimización y un montón de cosas. Y para eso hay que crear unos mecanismos de participación, que lamentablemente nuestro...aunque existen mecanismos para que las personas vayan, por ejemplo, a las vistas públicas y al congreso, y opinen y que su opinión sea asentada en el acta, eso no ocurre. Nosotros no tenemos...por ejemplo, mucha gente no sabe cómo se llama su regidor, el regidor de su circunscripción. Mucha gente no sabe. Quien se supone que es el representante del gobierno más cercano al ciudadano. O sea, esa participación tiene que haber desde los estamentos políticos, bajando así hasta la comunidad. Yo creo que es un tema” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Entonces, diría, integración de otros actores y establecimiento de un sistema de consecuencias. Yo lo que...la vivencia de todo el que de alguna manera tiene la experiencia de estar en otro contexto, en otra nación, y cumple con todo, es porque ahí hay consecuencias, y lo sabe. Entonces dice, nooooo, “aquí tú no puedes hacer eso, aquí te meten preso o te ponen una multa de tanto”, entonces ahhhhh, aquí si lo puedo hacer porque no hay multa. ¿Ves? Creo que nosotros apostamos mucho al hecho de que hay una ley, ya un triunfo. Nooooo, ese es el primer paso, ahora hay que hacerlo cumplir y las leyes no se hacen cumplir. Las leyes no se cumplen solas. Tiene que haber toda una educación popular para que la gente se apropie de la ley y la denuncie, y la ponga en acción y tiene que haber un sistema de consecuencias para cuando la gente denuncie; de investigación y si se hallan indicios de culpabilidad, entonces que se...Porque poco a poco por la impunidad que tenemos las personas ya no se están indignando cuando alguien viola la ley. Lo que quieren es ser parte del asunto, ¿entiendes? Si no lo critico porque robo, yo quiero que me dejen robar a mí también. Es un poco la lógica. Y eso es porque no hay consecuencias, no hay un sistema de consecuencias” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

### **Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos.**

Las personas entrevistadas señalaron que favorecería impulsar acciones para fomentar la equidad de género, se hizo mención también a que la equidad de género no está considerada como relevante en la salud pública. Otro informante clave señaló que el cambio legal o político va a depender del resultado de la revisión del código penal que se viene, en las que se considera la colocación de orientación sexual e identidad de género, como formas de

discriminación, lo que sufre resistencias y tiene paralizado el proceso, a partir de miradas desde creencias religiosas que tienden a impedir cambios basados en derechos con enfoque de género.

*“Y en la actualidad tenemos en la revisión del Código Penal, donde ha habido discusiones acaloradas y vergonzosas sobre si incluir la identidad sexual y la identidad de género como formas de discriminación o no y lo que te decía ahorita que el tema de la religión y la moral puede más que... está parado el proceso de revisión del Código Penal, por asuntos meramente morales o negativas de asuntos que supuestamente atentan contra la buena fe, la costumbre y la moral del pueblo dominicano, como son el tema de las 3 causales del aborto y todo lo que tiene que ver con el reconocimiento de derechos de grupos vulnerabilizados como las mujeres, el grupo LGTBIQ+, el reconocimiento de la (esta palabra no se entiende bien)... son temas en los que todavía el Congreso se resiste a plasmarlo en blanco y negro, aunque se discuta abiertamente y aunque se diga en el ejercicio del pleno derecho. Pero hay resistencia a crear o a asentar en la legislatura nacional que esto exista y que cualquier acto de discriminación contra esto, es plausible de una pena judicial y obviamente para el tema de futuro cercano, una vez termine como sea que concluya la revisión del Código Penal, como sea que concluya, nos vamos a meter en la revisión del Código Civil y luego es posible que haya otra revisión a la Constitución de la República y todas estas son oportunidades de modificar lo que existe; y convertirlo en algo menos sujeto a la interpretación y a tener artículos más concretos y más inclusivos” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“Hay que incluir como un problema de salud pública, ese es un segundo desafío que creo que es importante” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

*“En el tema de equidad de género y creo que la aclaración es muy válida que haces porque los géneros no son iguales, pero deben tener equitativa oportunidad, y equitativos derechos. Entonces yo creo que ese es el primer desafío: el cambio del discurso. Equidad de género no es un tema de mujer. Eso es un primer desafío que hay que vencer porque, por ejemplo, hablar de que la mayoría dijimos que el problema de la violencia es un tema serio. Entonces decir que la mayoría de los asesinos, perdón, de los asesinados son hombres, es un tema de género. Ahora, es decir, cuando uno compara las mujeres que han muerto a manos de sus parejas con los hombres que mueren en asesinatos en las calles, en violencia, es lejano. O sea, es microscópico lo que pasa con las mujeres. Esto no es para minimizar en ningún caso, esto es para poner perspectivas porque una concepción de género no es una perspectiva de mujeres, es una perspectiva de géneros. Hay dos géneros, tres géneros, cuatro géneros, los que decidamos. Entonces, ahí hay también mirar desafíos en términos del paradigma que estamos usando” (Hombre, participante del grupo de informantes claves)*

## 7. Conclusiones

### Poblaciones Clave

- Las cuatro poblaciones priorizadas, consideran que son estigmatizadas y discriminadas desde el estado y por la población general, lo cual puede limitar el acceso a la salud.
- Las personas migrantes sobre todo los indocumentados como muchos haitianos, temen acercarse a los establecimientos de salud y ser identificados por migraciones para deportación, lo cual limita todo el camino de la TB.
- La organización de grupos de afectados por la tuberculosis es todavía reducida, a diferencia de los afectados por VIH, razón por la cual los afectados por TB consideran que reciben menos apoyo. Sin embargo, si reconocen a sus pares como red de apoyo.
- Las personas afectadas por tuberculosis de los grupos priorizados consideran que, la existencia de legislación no garantiza el cumplimiento de los derechos en salud de las personas afectadas por TB y en otros casos consideran que no existen leyes, políticas o programas que los incluyan.
- Se puede concluir que no existe un abordaje diferenciado que se oriente a atender a las poblaciones claves según sus características; por ejemplo, en el abordaje a personas que consumen drogas no se evidencia que estas sean atendidas con una perspectiva que atienda esta categoría como parte del tratamiento de la tuberculosis.

### Genero

- Los desafíos asociados a género, situación financiera y laboral que enfrentan las PAT en el camino a la TB, tiene una influencia significativa en el nivel de estigma que cae sobre estos grupos, limitando su acceso a la atención en salud.
- Se concluye que los programas de atención a tuberculosis no trabajan con una perspectiva de género, por ejemplo, en lo relacionado a la población LGTBIQ+.
- Aún se tienen roles diferenciados, entre la mujer y el hombre, donde la mujer debería dedicarse a tareas del hogar y el hombre al trabajo para dar soporte a su familia. Sin embargo, hay conciencia que la mujer debe tener las mismas oportunidades que el hombre.
- Las personas transgénero se sienten aislado, autolimitan su atención en los servicios de salud, pues perciben que pueden ser discriminados por su condición.
- En relación con la vulnerabilidad por TB, hay demora en acceso a los servicios de salud, en el hombre, porque no acepta estar enfermo; en la mujer, porque teme ser discriminada; y, en el caso de la persona transgénero, por temor o vergüenza.
- El género no es una barrera para el diseño e implementación de los programas. Por el contrario, tanto las leyes como los lineamientos técnicos para los servicios hacen referencia a la igualdad. Sin embargo, existen limitaciones por los roles que hombres y mujeres ejercen en la sociedad.
- En los casos de quienes tienen sexo como personas de su mismo género, persisten el estigma y la discriminación. Esto se constituye en una barrera de acceso a servicios de salud de manera oportuna, lo que se atribuye a falta de capacitación y sensibilización del personal de salud, con quienes se ha hecho un gran esfuerzo, pero que todavía no logra alcanzarse lo suficiente.

## Entorno legal

- No existe una ley o norma legal que regule en forma coordinada la atención de los deberes, derechos y en salud de las personas afectadas por TB.
- Las personas afectadas por TB han identificado que desde la situación de pandemia por el COVID -19 afectó de manera significativa la atención del grupo poblacional. Se evidenció que el flujo de personas infectadas con este virus requirió casi la totalidad de la capacidad instalada en los servicios de salud. Esto generó y genera situaciones de vulnerabilidad en los PAT dado que existen infecciones donde ellos pueden ser afectados.
- Las PAT refieren que en los establecimientos de salud la atención es diversa, desde las personas del servicio de limpieza, así como las enfermeras y los médicos. El servicio de orientación psicológica es considerado de mucho apoyo, es un soporte para el equilibrio emocional de las personas afectadas por TB.
- No existe un sistema de monitoreo que incluya no sólo la diversidad, sino que considere características de las personas afectadas por TB que permitan respuestas a la interacción de determinantes sociales.

## 8. Recomendaciones

### Poblaciones clave

- Mayor involucramiento de la sociedad civil organizada para promover la organización de grupos de afectados por la TB
- Incluir en el abordaje a la TB una atención diferenciada a las poblaciones clave, esto quiere decir considerar los determinantes sociales y las características del PAT.
- Promover mayor involucramiento del personal de salud de psicología en la atención de poblaciones clave.
- Generar procesos de capacitación y sensibilización continua en el personal de salud, sobre todo de otras áreas fuera del programa de TB, para reducir el estigma y la discriminación asociada no solo a la tuberculosis sino a las poblaciones clave.
- Realizar incidencia para que los establecimientos de salud no sean puntos de acciones de agentes de migraciones, y así superar la barrera de acceso que genera.
- Realizar futuros estudios que profundicen en el Derecho y acceso a la salud, género y estigma durante la fase hospitalaria del tratamiento y la finalización del tratamiento.
- Respecto de las etapas antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, y durante la fase hospitalaria, es necesario realizar más estudios que profundicen la relación con el estado financiero de las PAT.
- El aspecto geográfico y los desafíos laborales durante la fase hospitalaria del tratamiento de las PAT necesitan ser más explorados.
- El rol facilitador de los Proveedores de salud respecto a la etapa de finalización del tratamiento, requiere se realicen otros estudios.
- Con relación al rol facilitador de la Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares) en la etapa de finalización del tratamiento de las poblaciones claves, se recomienda nuevos estudios que lo aborden.
- Se recomienda la realización de estudios que profundicen en la Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad

civil) respecto a la obtención del diagnóstico y al finalizar el tratamiento, acceder a los servicios de salud, y la etapa ser diagnosticado en diferentes poblaciones claves.

- Se recomienda nuevos estudios que profundicen en la relación entre el acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos y el acceder a los servicios de salud, como facilitadores en el camino a la TB.
- Se recomienda profundizar en estudios sobre el Monitoreo basado en derechos y el manejo de casos respecto a la etapa de finalización del tratamiento.
- Se recomienda en general realizar estudios que tengan como punto de partida el camino de la TB y la cascada de atención y sobre ellos explorar los principales desafíos y facilitadores para el acceso a los servicios de Salud.

## **Género**

- Implementar la utilización del enfoque de género en toda gestión de salud.
- Fomentar la atención sin estigma o discriminación por razones de género, realizando educación y sensibilización tanto al personal de salud como personas afectadas de TB y su familia en temas de igualdad de género.
- La respuesta país debe considerar que ser mujer, hombre o persona transgénero tiene implicancias diferentes para el acceso a los servicios de salud en tuberculosis.
- Las desigualdades de género están directamente relacionadas con la obtención del diagnóstico por TB.

## **Entorno legal**

- Motivar la modificación de las leyes en los párrafos donde se requiera un mayor nivel de especificación sobre los derechos de las poblaciones claves en materia de salud y cumplimiento de derechos humanos. Y de ser posible dictar una ley que especifique los derechos y deberes de las personas afectadas por TB, así como su atención en los diferentes servicios de salud.
- Diseñar e implementar programas de capacitación y educación a la población general, personal de salud y otros grupos profesionales que aporten en el cumplimiento de las leyes y la reducción de estigma y discriminación.
- Prever, de acuerdo con la experiencia que generó la situación de atención de la pandemia por el COVID – 19, el cuidado en la oferta de atención en primera línea para las personas afectadas por TB. Los funcionarios de los servicios públicos deben garantizar de acuerdo con lo que las normas indican, la atención y la mantención del apoyo de los servicios de salud. Garantizar los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención.
- Considerar que la atención a personas afectadas por TB debe ser reforzada por un adecuado sistema de refuerzo y contención emocional por parte de los servicios públicos de salud. Dada la vulnerabilidad de la condición psicológica que presentan las personas afectadas por TB, se requiere de un soporte que involucre a los familiares y otras redes que acompañen este proceso de atención, tratamiento y recuperación.
- Fortalecer los sistemas de monitoreo de manera que se pueda contar con información desagregada por género, condición migratoria u otras condiciones, lo cual permita crear estrategias enfocadas a las poblaciones, conociendo sus características más recurrentes.

## 9. Bibliografía

- Citro B., Soltan V., Malar J., Katlholo T., Smyth C., Sari A., Klymenko O., y Lunga M. (2021). Building the Evidence for a Rights-Based, People- Centered, Gender-Transformative Tuberculosis Response: An Analysis of the Stop TB Partnership Community, Rights, and Gender Tuberculosis Assessment. *Health and Human Rights Journal*, 23, 253-267.
- Conklin E., y Segura F. (2014). DEFINICIÓN Y DIMENSIONAMIENTO DE POBLACIONES CLAVE PARA EL VIH Y EL SIDA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA. Disponible en: [https://www.conavihsida.gob.do/phocadownload/Informaciones\\_y\\_Estudios\\_Especiales/Estudios\\_Especiales/Definicion\\_y\\_dimensionamiento\\_de\\_las\\_poblaciones\\_claves/2014\\_Definicion%20y%20dimensionamiento%20de%20las%20poblaciones%20claves.pdf](https://www.conavihsida.gob.do/phocadownload/Informaciones_y_Estudios_Especiales/Estudios_Especiales/Definicion_y_dimensionamiento_de_las_poblaciones_claves/2014_Definicion%20y%20dimensionamiento%20de%20las%20poblaciones%20claves.pdf)
- Haileyesus G., Thomas J., Tomaskovic L., Raviglione M., y Organización Mundial de la Salud. (2012). Engage-TB: integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil: orientaciones operacionales. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77749>
- Measure Evaluation. (2016). Tamaño de las poblaciones clave en la República Dominicana. Disponible en: [https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-16-146sp/at\\_download/document](https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-16-146sp/at_download/document)
- The Global Fund. (2019). Informe técnico sobre el VIH y las poblaciones clave Programación a escala con trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, usuarios de drogas inyectables y personas que están en prisión o en otros centros de reclusión. Disponible en: [https://www.theglobalfund.org/media/6300/core\\_keypopulations\\_technicalbrief\\_es.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/6300/core_keypopulations_technicalbrief_es.pdf)

## 10.Anexos

### 10.1. Anexo 1: Relación de centros de salud que participaron en el estudio.

- Hospital General y de Especialidades Nuestra Señora de la Altagracia. Higüey, La Altagracia
- Hospital Materno Infantil Santo Socorro

## 10.2. Anexo 2: Plantilla resumen de priorización de las poblaciones claves en TB Calificación.

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la	
	Riesgos de exposición  Exposición a personas infecciosas/bacilos concentrados  0 - Bajo 0.5 - Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos  Probabilidad de inmunosupresión/susceptibilidad a desarrollar TB activa  0 - Bajo 0.5 - Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención  Barreras de género, legales, sociales y estructurales  0 - Bajo 0.5 - Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado  Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso  0 - Bajo 0.5 - Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos  Dinámica social insuficientemente entendida  0 - Bajo 0.5 - Medio 1 - Alto		Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país  (Casos de TB activa de todas sus formas)  1 - Muy bajo (<1%) 2 - Bajo (1-3%) 3 - Medio (3-5%) 4 - Alto (5-10%) 5 - Muy alto (> 10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Diabetes Mellitus	4	5	4	6	6.5	10.5	14	24.5	Población altamente priorizada por su condición de salud.
VIH	3	3	1.5	1.5	1	10	14	24	Población altamente priorizada por su condición de salud.
Migrantes	4	2	3	3	1	17	5	22	
LGTBIQ+	3.5	3.5	4	4.5	2.5	15.5	4	19.5	No se cuenta con estudio específico.
Maquilas	2	1	0.5	1	0	6	9	15	Por sus condiciones laborales y de vivienda no son adecuadas.
Personal de Salud	2	1.5	0.5	1	0.5	7.5	7	14.5	Personal expuesto a la TB
Mujeres víctimas de violencia	0.5	0.5	1	1	1	4	5	9	Poco acceso a los servicios de salud.
Trabajadoras sexuales	1	1	0.5	1	0.5	4	3	7	Condiciones de servicios expuestos.
Indígenas/ Afrodescendientes	1	0.5	1	1	0.5	4	3	7	
Personas edad avanzada.	1	1	0	0.5	0.5	3	2	5	Sistema inmunológico comprometido Enfermedades crónicas (Diabetes etc.

### 10.3. Anexo 3: Resumen de normas legales relacionadas a TB.

#### Marcos regulatorios de la Atención en Tuberculosis. República Dominicana. (ENTORNO LEGISLATIVO).

- Ley General de Salud, Ley 42-01. Cap. I, artículos 14, 28 (derechos y deberes), art. 30-31 (grupos prioritarios), 65, (Notificación Obligatoria).
- Un bien de importancia social y un factor básico para el desarrollo de la persona en todos sus aspectos, la salud constituye un derecho humano e inalienable que debe ser promovido y satisfecho por los gobiernos y estados, mediante el desarrollo biológico, psíquico, social, cultural y moral de cada ser humano.
- El Artículo 4 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, suscrita el 9 de junio de 1944, establece que "toda mujer tiene derecho a1 reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre los derechos humanos", cuyo contenido fue aprobado por el Congreso Nacional y por el Poder Ejecutivo e incorporado en la Ley 24-97, del 27 de enero de 1997.
- Las instituciones encargadas de velar por la salud y bienestar de los dominicanos, así como de prestar los servicios de salud, requieren de una efectiva modernización y coordinación de su infraestructura, políticas, programas y servicios, a fin de lograr la universalidad de los servicios, mediante las estrategias de descentralización y desconcentración de los programas y servicios y la participación social, promovida en base a los principios de equidad, solidaridad y eficiencia.
- Todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.
- Los extranjeros no residentes en la Republica Dominicana tendrán garantizado el derecho en la forma que las leyes, los convenios internacionales, acuerdos bilaterales y otras disposiciones legales lo establezcan.
- El Estado reconoce a los residentes en el territorio nacional el derecho de que todas las personas dispongan de servicios de salud, a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud.
- La Ley contempla abordar los problemas de salud desde sus diferentes vertientes y en todas las fases de su desarrollo, garantizando, a1 mismo tiempo, educación y pronación de la salud, prevención y curación de enfermedades y rehabilitación de sus secuelas; todo ello a partir de una política de salud que se fundamente en perspectiva intersectorial.
- Con respecto a su personalidad, cada ciudadano tiene derecho a dignidad humana e intimidad, y a no ser discriminada por razones de etnia, edad, religión, condición social, política, sexo, estado legal, situación económica, limitaciones físicas, intelectuales, sensoriales o cualquier otra. Incluye atención a emergencias en cualquier establecimiento de salud, la confidencialidad y toda la información que requiera con respecto a su condición.

- Para los temas de salud y mejores condiciones de vida, se dará mayor relevancia a los grupos que sean considerados prioritarios por el Estado y los componentes del Sistema Sanitario.

➤ **Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, artículos 118-120.**

El mejor sistema de seguridad social es aquel que garantice la mayor protección colectiva, familiar y personal a toda la población, sin excepción; que asegure su gradualidad, sostenibilidad, funcionalidad y el necesario equilibrio financiero; que alcance niveles socialmente aceptables de calidad, satisfacción, oportunidad e impacto de los servicios, estimulando la elevación de la eficiencia y eficacia mediante el óptimo aprovechamiento de los recursos, bajo esquemas de competencia regulada, que le permitan al Estado preservar su carácter público y su función social.

Son principios de esta Ley:

- Universalidad: El SDSS deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica;
- Obligatoriedad: La afiliación, cotización y participación tienen un carácter obligatorio para todos los ciudadanos e instituciones, en las condiciones y normas que establece la presente ley;
- Integralidad: Todas las personas, sin distinción, tendrán derecho a una protección suficiente que les garantice el disfrute de la vida y el ejercicio adecuado de sus facultades y de su capacidad productiva;
- Unidad: Las prestaciones de la Seguridad Social deberán coordinarse para constituir un todo coherente, en correspondencia con el nivel de desarrollo nacional;
- Equidad: El SDSS garantizará de manera efectiva el acceso a los servicios a todos los beneficiarios del sistema, especialmente a aquellos que viven y/o laboran en zonas apartadas o marginadas;
- Solidaridad: Basada en una contribución según el nivel de ingreso y en el acceso a los servicios de salud y riesgos laborales, sin tomar en cuenta el aporte individual realizado; de igual forma, cimentada en el derecho a una pensión mínima garantizada por el Estado en las condiciones establecidas por la presente ley;
- Libre elección: Los afiliados tendrán derecho a seleccionar a cualquier administrador y proveedor de servicios acreditado, así como a cambiarlo cuando lo consideren conveniente, de acuerdo a las condiciones establecidas en la presente ley;

➤ **Ley 166-12 sobre el Sistema Dominicano para la Calidad (SIDOCAL) No 10681. Capítulo I, artículos 6-7.**

- Es una obligación fundamental del Estado dominicano reconocer y garantizar a las personas el derecho a disponer de bienes y servicios públicos y privados de óptima calidad.
- La República Dominicana utilizará como marco de referencia para el establecimiento de sus normas y reglamentos técnicos, las directrices o las recomendaciones establecidas por las organizaciones internacionales y regionales competentes.

- Es un compromiso común del sector público y privado nacional propiciar la aplicación de estándares de calidad y promover la eficiencia técnica, la productividad y la responsabilidad social en todos los sectores de la economía y la sociedad dominicana.
  - Se declara política de Estado, la promoción y evaluación de la calidad, en los ámbitos público y privado, como factor fundamental y prioritario de la productividad, la competitividad y el desarrollo sostenible. El Estado dominicano respaldará la difusión de una cultura de calidad, a través de la educación y la formación de recursos humanos, el apoyo y el financiamiento básico de las instituciones.
  - Sin perjuicio de las atribuciones legales de los organismos reguladores de los ministerios del Estado dominicano, se reconoce al Instituto Nacional de Protección de los Derechos del Consumidor (Pro Consumidor), en adición a las atribuciones legales que le confiere la Ley 358-05, como autoridad nacional reguladora o de inspección y, en tal virtud, se establece que podrá realizar cuantas actividades de confirmación sean necesarias para determinar si los reglamentos técnicos, y otras disposiciones oficiales se cumplen, en relación con: 1) La calidad de los bienes y servicios. 2) La inocuidad y seguridad alimentaria. 3) El cumplimiento de normas y reglamentos técnicos en materia de seguridad de las instalaciones, sistemas y procesos (incluye procesos para la adquisición, fabricación y distribución de insumos y equipos médicos).
- **Ley sobre los derechos de las personas que viven con VIH y SIDA en la República Dominicana No. 135-11, del 7 de junio del 2011.**
- Toda persona con el VIH o con SIDA tiene derecho a recibir servicios de consejería y/o servicios de salud mental, atención médico-quirúrgica y asistencia legal, social y psicológica; y todo tratamiento que le garantice una calidad de vida focalizada en su bienestar físico, mental, espiritual y social, incluyendo el suministro de medicamentos antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas, condiciones relacionadas y pruebas para el monitoreo de la condición de salud, de acuerdo con las particularidades de cada caso.
  - Los extranjeros tendrán garantizados sus derechos, en la forma en que las leyes, los convenios internacionales, los acuerdos bilaterales y otras disposiciones legales así lo establezcan.
  - El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe gestionar la exoneración del pago de impuestos aduanales de los condones femeninos y masculinos, guantes, bozales, espejuelos que utilice el personal de salud y demás insumos relacionados con las medidas universales de bioseguridad para prevenir el VIH, adoptadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Esta información debe ser provista a las personas afectadas por tuberculosis como parte de las orientaciones que recibe al momento de su abordaje.
- **Ley 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud, de 12 mayo de 2015. Artículo 6 sobre las atribuciones de la Dirección Central del Servicio, y el artículo 11 sobre las" Funciones del director ejecutivo.**
- De conformidad con lo establecido en la Constitución de la República, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar los medios para que todas las personas tengan acceso a la protección de la salud, ya que la misma constituye un derecho inalienable.

- El Estado está comprometido con la reforma y modernización de las entidades públicas del sector salud, con el objetivo de mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de la población en general, principalmente de los más pobres.
- Es su responsabilidad oferta de servicio de base poblacional, orientada a la demanda, con criterios de racionalidad e integridad en el manejo de los servicios, y los recursos, con base en el Plan Decenal de Salud, el Modelo de Atención y las prioridades que establezca el Ministerio de Salud Pública.
- El SNS debe promover acciones coordinadas con todas las entidades que presten servicios de salud, con el fin de mejorar la accesibilidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios, y evitar la superposición y duplicación de la cobertura en el marco del acuerdo de gestión entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud.

➤ **Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12. No. 10691 del 14 de agosto de 2012.**

- Los entes y órganos que conforman la Administración Pública deben ser concebidos y diseñados atendiendo a criterios de racionalidad y coherencia en la definición y organización de los servicios públicos partiendo de las necesidades concretas de la sociedad.
- La Administración Pública tiene como objetivo principal satisfacer en condiciones de eficacia, objetividad, igualdad, transparencia, publicidad y coordinación y eficiencia el interés general y las necesidades de sus usuarios y/o beneficiarios, con sometimiento pleno al ordenamiento jurídico del Estado. Es tarea fundamental de todo integrante de la organización administrativa participar de las funciones esenciales del Estado destinadas a procurar el desarrollo humano pleno a fin de que la calidad de vida de toda persona corresponda a los supuestos que exige su dignidad de ser humano.
- Las personas tienen el derecho de ser informados de manera oportuna, amplia y veraz sobre la actividad administrativa y los resultados de la gestión pública. En consecuencia, los entes públicos establecerán sistemas que suministren a la población la más amplia, oportuna y veraz información sobre sus actividades, con el fin de que se pueda ejercer el control social sobre la gestión pública.
- La estructura organizativa preverá la comprensión, acceso, cercanía y participación de los particulares de manera que les permitan resolver sus asuntos, ser auxiliados y recibir la información que requieran por cualquier medio.

➤ **Decreto No. 635-03, que define el Reglamento sobre Rectoría y Separación de las Funciones básicas del Sistema Nacionales de Salud, de fecha 20 de junio del año 2003.**

- De conformidad con los términos de la Constitución de la República, la finalidad principal del Estado consiste en la protección efectiva de los derechos de las personas y el mantenimiento de los medios que le permitan perfeccionarse progresivamente, dentro de un orden de libertad individual y justicia social, compatible con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos.
- La Constitución de la República pone a cargo del Estado estimular el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección

contra la enfermedad, la incapacidad y la vejez; y que el Estado debe velar por el mejoramiento de la alimentación, los servicios sanitarios y condiciones higiénicas, procurando los medios para la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas y de toda otra índole, así como la asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes, por sus escasos recursos económicos, lo requieran.

➤ **Decreto 732-04, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.**

- Los recursos humanos en salud constituyen la base principal para el avance y la sostenibilidad de la reforma sanitaria en el país, ya que estos representan el factor fundamental de cambios en el proceso de administración de servicios de salud.
- Este decreto aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud; el decreto No. 42-05, establece el Reglamento de Aguas para Consumo Humano.; y el decreto No. 59-05 establece el Reglamento sobre Promoción de la Salud.
- La Ley General de Salud, No. 42-01, de fecha 8 de marzo del 2001, reconoce los recursos humanos en Salud como la base fundamental del Sistema Nacional de Servicios de Salud y, en consecuencia, declara su formación, capacitación y sus incentivos laborales como prioridades para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población.
- La estabilidad de los servidores de la salud en el desempeño de sus funciones es fundamental para la administración de servicios sanitarios que satisfagan las necesidades ciudadanas.
- La calidad de la atención en salud implica que el proceso asistencial tome en cuenta la mejor combinación posible de los productos utilizados, la calidad técnica de los profesionales, la accesibilidad al servicio o producto, la oportunidad de la prestación, la eficacia, la efectividad de los tratamientos, la conveniencia y adecuación de la prestación, la eficiencia, la continuidad, la intimidad personal y confiabilidad, la seguridad de la prestación y la participación del PAT y su familia.
- Para el financiamiento de los programas de capacitación, educación permanente y educación continua de los recursos humanos en salud, el Ministerio de Salud Pública y los Servicios Regionales de Salud, asignarán partidas especializadas en su presupuesto anual y procurarán el apoyo técnico y financiero de las instancias nacionales e internacionales, en disposición de colaborar en esta área estratégica del Sistema Nacional de Salud.
- Son Deberes y Obligaciones de los Profesionales, Técnicos y Auxiliares, del Sistema Nacional de Salud, los siguientes:
  - a) *El respeto de las normas.*
  - b) *El ejercicio de la profesión y de las funciones que se correspondan con su nombramiento con lealtad, eficacia, eficiencia y observancia de los principios técnicos, científicos, profesionales y éticos que sean aplicables.*
  - c) *Cumplimiento estricto del sistema de atención y referimiento, sin acciones que puedan desviar los usuarios de la red para beneficios personales.*
  - d) *El mantenimiento debidamente actualizado de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que se correspondan con su nombramiento.*
  - e) *Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas en relación con las funciones propias de su nombramiento y colaborar leal y eficazmente con el trabajo en equipo.*

- f) *En caso de emergencia o calamidad pública, cumplir el régimen de horarios y jornada atendiendo a la cobertura de los servicios necesarios fuera de horario, para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios.*
- g) *Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios del Servicio y los demás derechos de estos establecidos en la Ley General de Salud, No. 42-01*
- h) *Mantener la debida reserva y confidencialidad acerca de la información y documentación relativa a los usuarios, obtenida o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones de acuerdo con las leyes del país.*
- i) *Utilizar con criterios de eficiencia, las instalaciones, recursos e insumos de las instituciones y establecimientos públicos del sector salud en los que realicen sus funciones, en beneficio del paciente, así como evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.*

➤ **Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud, número 1138-03.**

- Es función esencial del Estado velar por la protección de la salud de la población; Considerando: Que la Ley General de Salud No. 42-01 de fecha 8 de Marzo del 2001, establece que toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad óptima, en base a normas y criterios previamente establecidos.
  - El Ministerio de Salud Pública, en su función de rectoría, elabora las normas, asegura su cumplimiento y expide los permisos o autorizaciones correspondientes para asegurar la prestación de servicios de salud seguros y de calidad a la población.
  - Los procedimientos de habilitación establecidos en la Ley General de Salud están destinados a la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios en cuanto a la calidad técnica, efectividad, eficiencia, funcionamiento de las estructuras, sistemas, componentes o procedimientos de acuerdo a estándares aprobados por las autoridades sanitarias facultadas.
  - La Habilitación es un procedimiento que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, a través de las autoridades definidas en este reglamento, que asegura que los establecimientos y servicios de salud cumplan con condiciones mínimas y particulares en cuanto a sus recursos físicos, humanos, estructurales y de funcionamiento para asegurar que la población reciba servicios de salud de calidad de modo tal que permitan proteger la salud y seguridad pública de la población.
  - Los establecimientos y servicios de salud deben mantenerse en cumplimiento de las condiciones que fueron examinadas y verificadas por las Autoridades Sanitarias al otorgarle su licencia de habilitación. Cualquier cambio en las condiciones del establecimiento y servicio de salud que implique el incumplimiento de 5 las condiciones mínimas que figuran descritas en el expediente contentivo de su habilitación se sancionarán.
- **Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas número 434-07, artículos 40, 41, 42, 14 párrafo 1 y capítulo X sobre derechos, deberes de los pacientes y los mecanismos de participación de usuarios.**

- Este Reglamento tiene como objetivo establecer los principios, políticas y normas administrativas, de carácter general, por las cuales se regirá la organización y funcionamiento de los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) de la Red Pública, desde su accionar desconcentrado hasta su descentralización, con el fin de promover que éstos ofrezcan atenciones humanizadas con calidad, eficacia, seguridad, oportunidad, equidad y que apliquen las políticas públicas en un contexto de Redes Integrales de Servicios de Salud.
- Los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) proporcionarán servicios de salud a la población, como parte activa de una red, conforme al nivel de complejidad y a la cartera de servicios que le corresponda, apegados a los principios de bioética; vale decir, de una manera humanizada, completa, integral, segura, oportuna, continua, con equidad, con calidad y apoyados en normas y procedimientos sociales, científicos, técnicamente aceptados y basados en las evidencias de los mejores resultados.
- La forma o modalidad de los servicios a ser prestados en los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) estará en concordancia con el Modelo Nacional de Atención en Salud que se defina y con la organización de la red de servicios a la cual pertenece, articulado a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de y hacia otros establecimientos de salud de su red de servicios o de cualquier otro servicio del Sistema Nacional de Salud y deberá apoyar a las unidades de menor complejidad, tanto logística como técnicamente, para lo cual se establecerán los debidos mecanismos de intercambio y apoyo.
- Todo hospital brindará atención integral en salud, como régimen de internamiento y servicios de urgencia y emergencias las 24 horas del día, con cuidados de enfermería y servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento necesarios para el internamiento.
- Ningún esquema de autonomía de los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) elimina la responsabilidad, de todo ente público, a cumplir las políticas nacionales y regionales establecidas o exime a las instancias territoriales desconcentradas de rectoría, de vigilar el cumplimiento de estas políticas.
- La inclusión de determinado servicio, en un Centro Especializado de Atención en Salud (CEAS), deberá estar definida en el marco de las disposiciones internas que regulan la red de servicios a que pertenece el Centro Especializado de Atención en Salud (CEAS), siempre y cuando cuente con el permiso de habilitación que otorga la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) en el marco de la legislación vigente.

➤ **Resolución ministerial 000040 del 23 de octubre de 2013, que pone en Vigencia la Política Nacional de Calidad en Salud.**

- Se establece la puesta en vigencia de la Política Nacional de Calidad en Salud como documento estratégico para las acciones relativas al Sistema de Garantía de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- La Constitución de la República establece que todos los productos y servicios garanticen la salud humana y la conservación del Medio Ambiente.
- El Plan Decenal de Salud recoge el grado de satisfacción individual y social de la población, permitiendo realizar la esquematización de las necesidades del Sistema, destacándose la urgencia en la mejora de todos los atributos de la calidad: oportunidad de la prestación, pertinencia en el diagnóstico y tratamiento, la continuidad, eficacia, la seguridad y la satisfacción de los usuarios.

- La Política Nacional de Calidad en Salud es un instrumento de conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud que se inscribe en el contexto del ejercicio de la función rectora que el Ministerio de Salud Pública está llamado a desempeñar, en cumplimiento de su rol de garante de la calidad en salud. Esta herramienta establece los lineamientos que orientarán a las instituciones y los actores clave del sector salud y otros vinculados para la entrega a la población de productos y servicios de calidad.
- La Política Nacional de Calidad en Salud, ha sido elaborada con el firme propósito de proteger el bienestar y la seguridad de la población usuaria de los productos y servicios relacionados a través del desarrollo del Sistema de Garantía de la Calidad y la adopción de una cultura de la calidad con énfasis en el cuidado del ambiente, el respeto de los derechos y la dignidad de las personas y el cumplimiento de la responsabilidad del Estado, de la sociedad y del individuo para el logro del más alto nivel posible de salud física, mental y social.

➤ **Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana: Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH. Mayo 2020.**

- Las sinergias entre los programas de TB y VIH se enmarcan en el cumplimiento de tres lineamientos principales: 1) Establecer mecanismos de colaboración entre los programas de control de TB y control del VIH/ SIDA, 2) Reducir la carga de enfermedad por tuberculosis en las personas coinfectadas PVVIH y 3) Reducir la carga de enfermedad por VIH/SIDA en las personas con TB. Igualmente, busca el alcance de las metas de la OMS/OPS para el año 2015 para el manejo de la Coinfección TB/VIH: 100% de los afectados con TB conocen su estado VIH, 100% de los afectados con coinfección TB/VIH reciben TARV y todas las personas con VIH elegibles se integran a terapia preventiva de tuberculosis.
- La OPS/OMS en conjunto con los programas nacionales de control de TB y VIH de los países, ha establecido 12 actividades de colaboración para orientar la prevención y control de la coinfección TB/VIH.
- La terapia preventiva está indicada en todo paciente con VIH que no presenta sintomatología sugestiva de TB activa (tos, fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna), en caso de presentar alguno de los síntomas debe descartarse primero infección activa antes de iniciar la terapia.
- En personas con VIH la TPT será proporcionada en el Servicio de Atención Integral (SAI). La reducción del riesgo de desarrollar la enfermedad de TB activa en personas con VIH es más significativa cuando la TPT se acompaña de TARV. Aun en los esquemas de TPT autoadministrada, las personas que la reciben deben ser evaluadas periódicamente durante todo el tiempo de la terapia para monitorear adherencia, posible toxicidad a medicamentos o aparición de síntomas compatibles con enfermedad de TB activa.
- Las medidas de control administrativa tienen por finalidad:
  - ✓ Reducir el riesgo de contagio en los usuarios, tanto internos (personal de salud) como externos (pacientes y familiares).
  - ✓ Triage de pacientes con alta sospecha de TB.
  - ✓ Recolección y entrega de la muestra de esputo al laboratorio en forma oportuna.
  - ✓ Adecuar áreas de espera de pacientes ambulatorios, las que deben ser abiertas y bien ventiladas evitando la presencia conjunta de pacientes con TB potencialmente infecciosos con otros pacientes sin tuberculosis, especialmente de aquellos con alto riesgo de enfermar

- ✓ Evaluación del riesgo de transmisión del Mycobacterium tuberculosis del establecimiento de salud, en especial de las áreas de atención de pacientes con Tuberculosis.
  - ✓ Elaboración de un Plan de Control de Infecciones en el establecimiento, este documento deberá detallar por escrito las medidas que se deben tomar en el establecimiento, siendo refrendado por el jefe del establecimiento.
- **Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana: Política de Control de Calidad de los Datos de Tuberculosis/PNCT, Julio 2020.**
- La razón básica en la búsqueda de mejores sistemas de información es el incremento de la disponibilidad, calidad, oportunidad y efectividad de la información, para apoyar mejor a la acción de salud, hacia la preservación y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.
  - La ley general de salud de la República Dominicana en el Capítulo VII en sus Art. 34 y 35 establece la creación de un sistema de información general de salud automatizado, a través del Ministerio de salud (MSP), que garantizará el análisis, diseño e implementación de bases de datos distribuidos y descentralizados para la investigación y gestión del sector salud.
  - Desde inicios del 2000 el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) dispone de un sistema de información operacional y epidemiológico (SIOE) que registra una serie de eventos relacionados con los casos de Tuberculosis, pero sus resultados no suelen estar disponibles con la inmediatez ni la calidad requerida para ser usadas como elementos para la toma de decisiones gerenciales oportunas en las diferentes instancias donde se desarrollan.
  - En el año 2012, con el apoyo de Fondo Mundial, el PNCT desarrolla un plan de fortalecimiento del SIOE pasando de registros manuales consolidados y centralizados que se digitaban en una plataforma en EPI INFO a un sistema nominal de casos registrados en línea, pero no en tiempo real en su totalidad, este sistema se implementó a nivel nacional en el año 2015, utilizando como fuente primaria la ficha de registro y seguimiento de casos de TB, la cual consolida la información de los registros tradicionalmente utilizados. Durante la implementación de la herramienta informática se presentaron dificultades que afectaron la consistencia interna del dato, evidenciándose durante las supervisiones realizadas y auditorías externas realizadas; duplicaciones, limitados controles, tardanza en el flujo de la información, subregistro de algunos datos (mortalidad, VIH).
  - El SIOE contiene las herramientas, base de datos, flujos de información y el personal necesario para la recopilación, consolidación, procesamiento y difusión de datos, con la finalidad de facilitar la oportuna toma de decisiones.
  - Los formatos e instructivos para el registro son suministrados de forma periódica en versión física al personal que ofrece atención directa, los instrumentos de reporte son las salidas con las que cuenta en SIOE, los cuales pueden ser generados de forma trimestral, semestral y anual, tanto por el nivel local (centros de salud), como por el nivel intermedio (DPS-DAS, SRS), así como el nivel central (SNS, MSP).
- **Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana: Manual de Procedimientos para la Supervisión de las Actividades en el Control de la Tuberculosis. Octubre 2019**

- El manejo programático de la tuberculosis se refiere a la gestión del programa que comprende todas las decisiones y operaciones expresadas en el desarrollo organizado, planificado de un conjunto de acciones implementadas con el objetivo bien definido de prevenir y controlar la morbi-mortalidad por tuberculosis a niveles que no constituyan un problema de salud.
- Este manual considera el cuidado extradomiciliario cercano: Una persona que no está en el hogar pero que comparte un espacio cerrado, como una reunión social, lugar de trabajo o instalación, durante períodos prolongados durante el día con el caso índice, durante los 3 meses antes del comienzo del episodio de tratamiento actual.
- Atención centrada en el paciente: es aquella que tiene centro en las necesidades del usuario y no en el proveedor del servicio por lo que otorga prioridad máxima al usuario para mejorar la calidad de los servicios de salud. Es la provisión de servicios de salud respetuosos y correspondientes con las preferencias individuales, sus necesidades y valores.
- Atención integrada: implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado.
- El personal de salud que trabaja en la atención de los pacientes con tuberculosis deberá cumplir estrictamente con las normas de control de infecciones, bajo su responsabilidad. Se deberá realizar periódicamente evaluaciones de las condiciones de control de infecciones e implementar las medidas correctivas de ser necesarias.
- Se han definido medidas de control ambiental: Ventilación natural, ventilación mecánica.
- Existen medidas de protección respiratoria tanto para el personal de salud como para los pacientes. Es obligatorio el uso de mascarillas, de preferencia N95.
- Las poblaciones consideradas como grupos de riesgo de acuerdo con la OMS son : personas infectadas por el VIH, personas VIH negativo que sean contacto intradomiciliarios de pacientes con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente positiva, y otros grupos de riesgo VIH negativos (enfermos que empiezan tratamientos con anti-TNF, enfermos sometidos a diálisis, personas que reciben trasplantes de órganos o hemáticos, inmigrantes provenientes de países que tienen una carga elevada de TB, privados de libertad, trabajadores de la salud, personas sin hogar, usuarios de drogas ilícitas y enfermos de silicosis).
- El seguimiento de contactos es indispensable y un procedimiento de aplicación obligatoria: Proceso sistemático para el diagnóstico o descarte de TB activa entre los contactos. La evaluación clínica de contacto incluye una evaluación más amplia de los síntomas compatibles con la tuberculosis. Los componentes para incluir son: historial médico detallado y examen físico.

➤ **DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS,**

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis División de Eliminación de la Tuberculosis Atlanta: Modulo 6. Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento y el Módulo 8. Investigaciones de contactos de tuberculosis, Georgia 2014.

- **Declaración Anual de los Derechos Humanos del Hombre y del Ciudadano, 1789.**
- **Constitución de la República Dominicana (capítulos relacionados con el derecho a las libertades y la salud).**
  - La Constitución de la República, la finalidad principal del Estado consiste en la protección efectiva de los derechos de la persona humana y el mantenimiento de los medios que le permitan perfeccionarse progresivamente dentro de un orden de libertad individual y justicia social, compatible con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos.
  - La salud constituye un bien que solo podrá obtenerse mediante la estructuración de políticas coherentes de Estado en esta materia, que garanticen la participación integrada, informada y responsable de los miembros de la sociedad y sus instituciones, en acciones que promuevan y garanticen, en forma equitativa y justa, condiciones de vida apropiadas para todos los grupos de población.
  - La República Dominicana es un Estado miembro de la comunidad internacional, abierto a la cooperación y apegado a las normas del derecho internacional, en consecuencia:
    - 1) Reconoce y aplica las normas del derecho internacional, general y americano, en la medida en que sus poderes públicos las hayan adoptado;
    - 2) Las normas vigentes de convenios internacionales ratificados regirán en el ámbito interno, una vez publicados de manera oficial;
    - 3) Las relaciones internacionales de la República Dominicana se fundamentan y rigen por la afirmación y promoción de sus valores e intereses nacionales, el respeto a los derechos humanos y al derecho internacional;
    - 4) En igualdad de condiciones con otros Estados, la República Dominicana acepta un ordenamiento jurídico internacional que garantice el respeto de los derechos fundamentales, la paz, la justicia, y el desarrollo político, social, económico y cultural de las naciones. Se compromete a actuar en el plano internacional, regional y nacional de modo compatible con los intereses nacionales, la convivencia pacífica entre los pueblos y los deberes de solidaridad con todas las naciones;
    - 5) La República Dominicana promoverá y favorecerá la integración con las naciones de América, a fin de fortalecer una comunidad de naciones que defienda los intereses de la región. El Estado podrá suscribir tratados internacionales para promover el desarrollo común de las naciones, que aseguren el bienestar de los pueblos y la seguridad colectiva de sus habitantes, y para atribuir a organizaciones supranacionales las competencias requeridas para participar en procesos de integración;
  - El Estado se fundamenta en el respeto a la dignidad de la persona y se organiza para la protección real y efectiva de los derechos fundamentales que le son inherentes. La dignidad del ser humano es sagrada, innata e inviolable; su respeto y protección constituyen una responsabilidad esencial de los poderes públicos.
  - Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, reciben la misma protección y trato de las instituciones, autoridades y demás personas y gozan de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin ninguna discriminación por razones de género, color, edad, discapacidad, nacionalidad, vínculos familiares, lengua, religión, opinión política o filosófica, condición social o personal.

- Toda persona tiene derecho a la intimidad. Se garantiza el respeto y la no injerencia en la vida privada, familiar, el domicilio y la correspondencia del individuo. Se reconoce el derecho al honor, al buen nombre y a la propia imagen. Toda autoridad o particular que los viole está obligado a resarcirlos o repararlos conforme a la ley. Por tanto:
  - 1) El hogar, el domicilio y todo recinto privado de la persona son inviolables, salvo en los casos que sean ordenados, de conformidad con la ley, por autoridad judicial competente o en caso de flagrante delito;
  - 2) Toda persona tiene el derecho a acceder a la información y a los datos que sobre ella o sus bienes reposen en los registros oficiales o privados, así como conocer el destino y el uso que se haga de los mismos, con las limitaciones fijadas por la ley. El tratamiento de los datos e informaciones personales o sus bienes deberá hacerse respetando los principios de calidad, licitud, lealtad, seguridad y finalidad. Podrá solicitar ante la autoridad judicial competente la actualización, oposición al tratamiento, rectificación o destrucción de aquellas informaciones que afecten ilegítimamente sus derechos;
  - 3) Se reconoce la inviolabilidad de la correspondencia, documentos o mensajes privados en formatos físico, digital, electrónico o de todo otro tipo. Sólo podrán ser ocupados, interceptados o registrados, por orden de una autoridad judicial competente, mediante procedimientos legales en la sustanciación de asuntos que se ventilen en la justicia y preservando el secreto de lo privado, que no guarde relación con el correspondiente proceso. Es inviolable el secreto de la comunicación telegráfica, telefónica, cablegráfica, electrónica, telemática o la establecida en otro medio, salvo las autorizaciones otorgadas por juez o autoridad competente, de conformidad con la ley.
    - La constitución dominicana reconoce el derecho a la libertad de tránsito, que según ha establecido el Tribunal Constitucional, consiste en “la posibilidad que tienen todas las personas de entrar y salir del país, así como la de desplazarse libremente por el territorio del mismo”.
    - Artículo 61.- Derecho a la salud. Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia: 1) El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran; 2) El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales.
    - Artículo 63’: Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones.
    - Artículo 59.- Derecho a la vivienda. Toda persona tiene derecho a una vivienda digna con servicios básicos esenciales. El Estado debe fijar las

condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promover planes de viviendas y asentamientos humanos de interés social. El acceso legal a la propiedad inmobiliaria titulada es una prioridad fundamental de las políticas públicas de promoción de vivienda.

- Artículo 54.- Seguridad alimentaria. El Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuarios, con el propósito de incrementar la productividad y garantizar la seguridad alimentaria.
- Artículo 69.- Tutela judicial efectiva y debido proceso. Toda persona, en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, tiene derecho a obtener la tutela judicial efectiva, con respeto del debido proceso que estará conformado por las garantías mínimas que se establecen a continuación: 1) El derecho a una justicia accesible, oportuna y gratuita; 2) El derecho a ser oída, dentro de un plazo razonable y por una jurisdicción competente, independiente e imparcial, establecida con anterioridad por la ley; 3) El derecho a que se presuma su inocencia y a ser tratada como tal, mientras no se haya declarado su culpabilidad por sentencia irrevocable; 4) El derecho a un juicio público, oral y contradictorio, en plena igualdad y con respeto al derecho de defensa; 5) Ninguna persona puede ser juzgada dos veces por una misma causa; 6) Nadie podrá ser obligado a declarar contra sí mismo; 7) Ninguna persona podrá ser juzgada sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formalidades propias de cada juicio; 8) Es nula toda prueba obtenida en violación a la ley; 9) Toda sentencia puede ser recurrida de conformidad con la ley. El tribunal superior no podrá agravar la sanción impuesta cuando sólo la persona condenada recurra la sentencia; 10) Las normas del debido proceso se aplicarán a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas.

➤ **Código Laboral Dominicano del Ministerio de Trabajo (referencia de libertades de horario para asistencia a servicios de salud y licencias médicas).**

- El trabajo es una función social que se ejerce con la protección y asistencia del Estado. Este debe velar porque las normas del derecho de trabajo se sujeten a sus fines esenciales, que son el bienestar humano y la justicia social.
- Sé prohíbe cualquier discriminación, exclusión o preferencia basada en motivos de sexo, edad, raza, color, ascendencia nacional, origen social, opinión política, militancia sindical o creencia religiosa, salvo las excepciones previstas por la ley con fines de protección a la persona del trabajador. Las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado no están comprendidas en esta prohibición.
- Se reconocen como derechos básicos de los trabajadores, entre otros, la libertad sindical, el disfrute de un salario justo, la capacitación profesional y el respeto a su integridad física, a su intimidad y a su dignidad personal.
- De acuerdo a lo estipulado en el artículo 75, numeral 1, 2 y 3 del Reglamento de Relaciones Laborales en la Administración Pública No. 523-09, todo empleado tiene derecho a recibir

una licencia médica con disfrute de sueldo por parte de sus empleadores, siempre y cuando sea por una causa justificada.

- La ley estipula que la licencia por enfermedad o accidente “podrá ser concedida bajo una certificación médica expedida por un facultativo reconocido. Esta licencia ordinaria no excederá de tres meses salvo que una nueva certificación debidamente ponderada determine la necesidad de una prórroga”.
- La ley no solo concede licencias a los empleados por enfermedades o accidentes, sino que además concede licencias para cuidar conyugues, padres o hijos en caso de enfermedad o accidente, licencia por maternidad para descanso pre y post-natal, licencia por estudios, licencia para atender invitaciones de gobiernos extranjeros, organismos internacionales y entidades particulares, licencia por causa de fuerza mayor, licencia por matrimonio y licencia especial.

➤ **OMS/OPS: Regulaciones internacionales para la atención y la gestión de datos en tuberculosis (varios documentos hacen referencia específica para la República Dominicana).**

➤ **Resolución No. 000019 del 01/07/2020 que pone en vigencia los protocolos de atención para diversos eventos clínicos.**

- Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servidores y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a catar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados

➤ **La ley 64-00:** tiene por objeto regular el dominio público hídrico, así como la preservación de su calidad y cantidad, para lograr el desarrollo sustentable de la Nación. Esta **Ley** es de observancia general en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

➤ **Plan Estratégico Nacional de Respuesta a la Tuberculosis (PEN):** Según plantea la OMS, poner fin a la epidemia de TB requerirá no solo que los programas nacionales de TB se amplíen e innoven para permitir que todos los que lo necesiten tengan acceso al diagnóstico, al tratamiento y a los servicios de prevención de la TB, sino también trabajar con todos los organismos gubernamentales y no gubernamentales, comunidades y organizaciones de la sociedad civil, para velar por que el diseño y la aplicación de los programas relevantes en el ámbito de salud y social tengan en cuenta la TB. Esta definición conceptual de la OMS con referencia a la estrategia, plantea que los planes estratégicos deberán enfocar sus intervenciones en un marco multisectorial y en un entorno en que los programas nacionales de TB deberán incluir el mayor número de actores que pueda apoyarle.

- La actualización PEN, se diseña teniendo en cuenta los compromisos con la Estrategia Fin a la TB que plantea eliminar la epidemia en el 2035, y en ese marco tiene metas intermedias para el 2020 y el 2025. También fueron incluidas las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenido, que plantea en su objetivo 3

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y más específicamente a la meta 3.3: que dispone que al 2030, se debe poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis malaria y otras enfermedades transmisibles.

- Se han considerado también los compromisos asumidos en la reunión ministerial y la declaración de Moscú del 2017 así como la reunión de alto nivel de la asamblea general de las naciones unidas sobre el Fin de la Tuberculosis, llamada: Una respuesta urgente a una epidemia Mundial.
- La OMS11 ha establecido claramente el papel de los determinantes de la salud en los resultados sanitarios de la población, y asocia a estos determinantes tanto el nivel de pobreza, de desigualdad y el gasto público en salud. La OPS12 establece además la fuerte asociación entre las profundas desigualdades y la salud y plantea que la TB ha sido y sigue siendo un ejemplo de cómo estas variables se conjugan para afectar a los más vulnerables en las Américas. En ese informe la OPS vincula mayor aparición de TB en países con menor índice de desarrollo humano, con mayor desigualdad y mayores índices de pobreza. En el reporte mundial de TB del año 2017, la OMS señala que para alcanzar las metas específicas de la Estrategia Fin a la TB es necesario que se preste atención a los Determinantes Sociales y económicos de la Enfermedad y que puedan superarse los rezagos pendientes de los ODM para pasar a lo ODS13.
- El Fondo Mundial ha definido 7 módulos de clasificación de las actividades de salud, dentro de los cuales se clasifican las actividades según los componentes e indicadores estratégicos. Los mismos son: 1. Atención y prevención de la tuberculosis: detección de casos y diagnóstico 2. Atención y prevención de la tuberculosis: tratamiento 3. Gestión de programas 4. Programas para poblaciones clave 5. Tuberculosis multirresistente: detección de casos y diagnóstico 6. Tuberculosis multirresistente: tratamiento 7. Tuberculosis/VIH