
Repensar las prioridades en salud en tiempos de pandemia

Rethinking Health Priorities in Times of Pandemic

Repenser les priorités de santé en période de pandémie

Magdalena Rathe*

Resumen

El presente trabajo realiza una revisión del impacto de la epidemia de COVID-19 en la República Dominicana, en el contexto de la región de las Américas. Asimismo, revisa las medidas de respuesta y sus resultados en el país, incluyendo el papel de la atención primaria en la contención de la epidemia en los países con mejor desempeño de su sistema de salud en Latinoamérica y el Caribe. Se utilizan estadísticas de bases de datos internacionales para el análisis comparativo y los boletines epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública para el caso dominicano. Se concluye con la necesidad de fortalecer la atención primaria y revertir las prioridades de financiamiento del gasto en salud para mejorar la respuesta a las emergencias sanitarias.

Palabras clave: *COVID-19, atención primaria, gasto en salud*

Abstract

This paper reviews the impact of the COVID-19 epidemic in the Dominican Republic, in the context of the Americas region. It also reviews the response measures and their

* Experta en políticas de salud; directora de la Fundación Plenitud.

results in the country, including the role of primary care in containing the epidemic in the countries with the best performance of their health systems in Latin America and the Caribbean. Statistics from international databases are used for comparative analysis and epidemiological bulletins from the Ministry of Public Health for the Dominican case. It concludes with the need to strengthen primary care and reverse the financing priorities of health spending to improve the response to health emergencies.

Key words: *COVID-19, primary health care, health expenditures*

Résumé

Ce document passe en revue l'impact de l'épidémie de COVID-19 en République dominicaine, dans le contexte de la région des Amériques. De même, il passe en revue les mesures de riposte et leurs résultats dans le pays, y compris le rôle des soins primaires dans la maîtrise de l'épidémie dans les pays affichant les meilleures performances de leurs systèmes de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les statistiques des bases de données internationales sont utilisées pour l'analyse comparative et les bulletins épidémiologiques du ministère de la Santé publique pour le cas dominicain. Il conclut par la nécessité de renforcer les soins primaires et d'inverser les priorités de financement des dépenses de santé pour améliorer la réponse aux urgences sanitaires.

Mots clés: *COVID-19, soins de santé primaires, dépenses de santé*

Introducción

La República Dominicana ha sido golpeada con mucha fuerza por la pandemia del COVID-19, a diferencia de otros países del Caribe. Contra los pronósticos que se realizaban a principios de marzo esperando que ésta afectara menos a los países húmedos y cálidos, la pandemia se ha venido extendiendo por casi todos los países de las Américas, región que consti-

tuye, en pleno mes de agosto, el principal punto de contagios en el mundo entero.

En este documento realizamos una evaluación del impacto de la epidemia en la República Dominicana, en el contexto de la región de las Américas, haciendo un énfasis especial en la subregión de América Latina y el Caribe. Procuramos revisar las medidas de respuesta adoptadas por el gobierno del pasado presidente Danilo Medina, a partir de marzo de 2020 y del actual presidente Luis Abinader, que tomó posesión el 16 de agosto de 2020, así como los resultados en el país.

También hacemos un recuento de la respuesta a la pandemia de algunos países que, en la región, presentan el mejor desempeño de sus sistemas de salud, incluyendo el papel de la atención primaria en la contención de esta. Se utilizan estadísticas de bases de datos internacionales para el análisis comparativo y los boletines epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública para el caso dominicano.

En el caso de la República Dominicana, se observa una baja prioridad en términos de financiamiento, tanto al gasto público en salud como, específicamente, en atención primaria. Se concluye con la necesidad de fortalecerla, asignando más recursos, tanto financieros como humanos, a fin de revertir las prioridades de financiamiento del gasto en salud para mejorar la respuesta a las emergencias sanitarias.

La epidemia dominicana en el contexto de la región

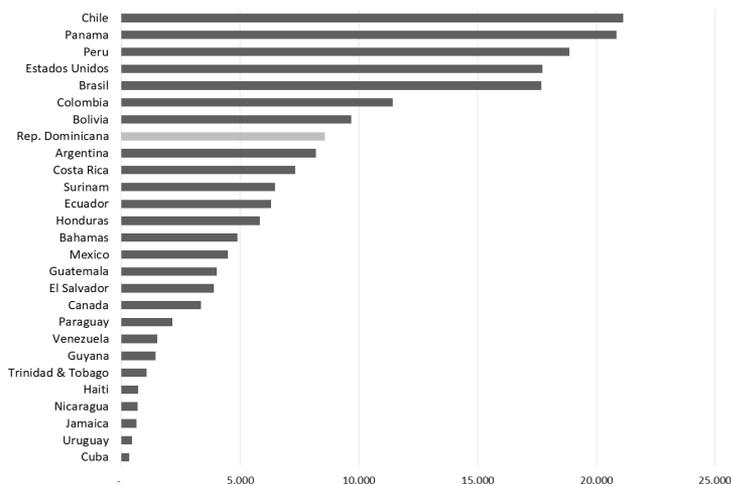
Al finalizar agosto del 2020, la República Dominicana ocupaba el octavo lugar en número de casos por millón de habitantes, dentro de los 35 países de la región de las Américas, tal como puede observarse en el Gráfico 1. Chile, Panamá, Perú, Estados Unidos, Brasil, Colombia y Bolivia, en ese orden, eran los países más afectados en este momento.

Los países del Caribe han sido relativamente poco afectados por la epidemia, presentando un número relativamente bajo de casos, tanto totales como por millón de habitantes.

En varias de las pequeñas islas del Caribe apenas si ha habido casos hasta el momento. Los países con menos de 1,000 casos totales a fines de agosto eran Santa Lucía, Dominica, San Cristóbal y Nieves, Barbados, Antigua y Barbuda y Belize. Otras pequeñas islas del Caribe presentaban muy pocos casos a principios de agosto, pero se incrementaron en el transcurso del mes, como en Bahamas y Trinidad & Tobago. Posiblemente, estas islas tienen más movimiento de pasajeros que las demás, lo cual puede influir en los resultados.

Uruguay, Cuba y Costa Rica, realizaron grandes esfuerzos para erradicar la epidemia y evitar que se vuelva comunitaria, con diferentes grados de resultados. Estos países son los que poseen sistemas de salud con el mejor desempeño de la región de América Latina y el Caribe (ALC) y se caracterizan por la fortaleza de su primer nivel de atención y la implementación de la estrategia de atención primaria en salud como base de todo el sistema. (Rathe y Gibert, 2020). Esto lo veremos en detalle más adelante.

Gráfico 1: Casos por millón de habitantes (al 28-08-2020)



Fuente: Our world on data, <https://ourworldindata.org/coronavirus>

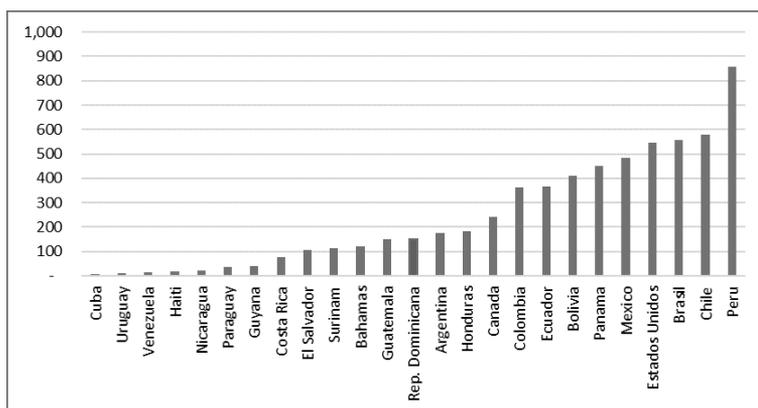
Nota: Países con más de 1,000 casos confirmados.

En lo que respecta a la mortalidad por millón de habitantes, en el Gráfico 2 puede observarse que Perú, Chile, Brasil y Estados Unidos presentan la proporción más elevada, de manera consistente con la extensión de la epidemia. Si bien es cierto que el número de casos confirmados depende de la cantidad de pruebas realizadas, no acontece lo mismo con la mortalidad, que ha sido considerada como el indicador más sólido para medir la gravedad de la epidemia (IHME, 2020).

La República Dominicana se encuentra en una posición relativamente mejor, dentro del contexto de la región de las Américas, ocupando la posición número 13 entre los 35 países considerados.

Es interesante señalar, una vez más, a los demás países del Caribe, con cifras muy bajas, incluyendo países donde no se ha producido ninguna, como Dominica, San Cristóbal y Nieves y Santa Lucía. Asimismo, algunos de los países que presentan las cifras más bajas son Cuba, Uruguay, Venezuela y Haití, probablemente como resultado de que han tenido epidemias más controladas hasta el momento.

Gráfico 2: Muertes por millón de habitantes (al 28-08-2020)



Fuente: Our world on data, <https://ourworldindata.org/coronavirus>

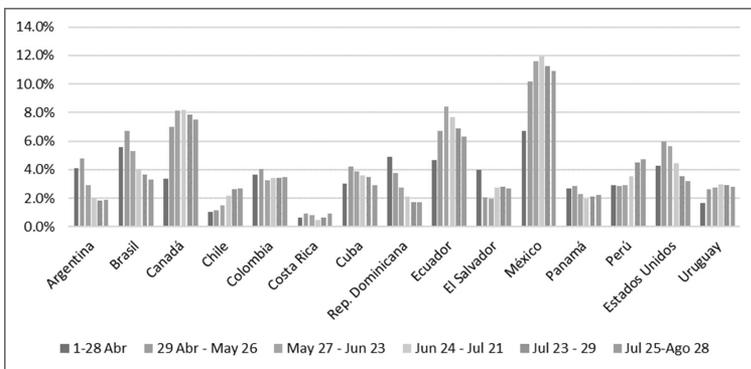
Las cifras de mortalidad son el resultado de diferentes experiencias de los países en términos de tasas de letalidad, es

decir, el cociente entre el número de muertos y el número de casos confirmados en un momento determinado.

Se ha señalado que el COVID-19 es una enfermedad benigna para la mayoría de las personas, que constituyen entre el 80-90% de los casos, dependiendo de los países. En el resto se encuentran las que requieren hospitalización, terapia intensiva y respiración mecánica, falleciendo alrededor de un 1% de los casos.

La tasa de letalidad depende de una multiplicidad de factores, entre los que cabe mencionar: la densidad y la pirámide poblacional, dado que el virus se propaga más en las ciudades y sitios más poblados y la enfermedad afecta gravemente en proporción mayor a las personas de mayor edad, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes. Otros factores que se han mencionado se refieren a la posible inmunidad que pueda tener la población producto de ciertas vacunas o por otras infecciones virales, así como a los tratamientos que se utilicen para tratar a los pacientes apenas se contagian. Todos estos factores están todavía en fase relativamente especulativa, a medida que vamos aprendiendo sobre el comportamiento del virus y de la enfermedad que produce. No ha habido tiempo suficiente para realizar suficientes estudios que confirmen estas afirmaciones.

Gráfico 3: Evolución de la tasa de letalidad por COVID-19 en varios períodos, países seleccionados



Fuente: Our world on data, <https://ourworldindata.org/coronavirus>

El Gráfico 3 muestra el comportamiento de la tasa de letalidad en los países más afectados, incluyendo a Costa Rica, Cuba y Uruguay, que han tenido resultados mejores, como forma de comparación. Se entiende el caso de Canadá, con una población muy envejecida: el 17% de su población tiene más de 65 años, le siguen Estados Unidos, Cuba, Uruguay y Argentina. Como se observa en el gráfico, Canadá ha mantenido esa tasa en los diferentes períodos de la epidemia, desde abril hasta agosto.

El caso extremo es México, con la tasa más elevada, donde su población es joven, la más joven dentro de ese grupo de países, con un 7% de mayores de 65 años, igual que el caso dominicano. En términos de densidad poblacional, los países con las mayores tasas son El Salvador y la República Dominicana, seguidos de Cuba y Costa Rica. Nuestro país es, por lejos, el que presenta mayores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y México en prevalencia de la diabetes. (Oxford University, 2020).

No parece haber consistencia en términos de las características demográficas y de salud disponibles de las poblaciones consideradas que permitan llegar a una conclusión sobre posibles causalidades.

En la República Dominicana puede observarse una reducción progresiva de la tasa de letalidad desde el primero de abril y, en sentido general, ha estado bastante por debajo dentro del grupo de países considerados. Destaca el caso de Costa Rica, donde la epidemia se contuvo mucho al principio, pero después se hizo comunitaria, pero tanto la mortalidad como la letalidad se han mantenido siempre muy bajas.

La respuesta a la pandemia en la República Dominicana

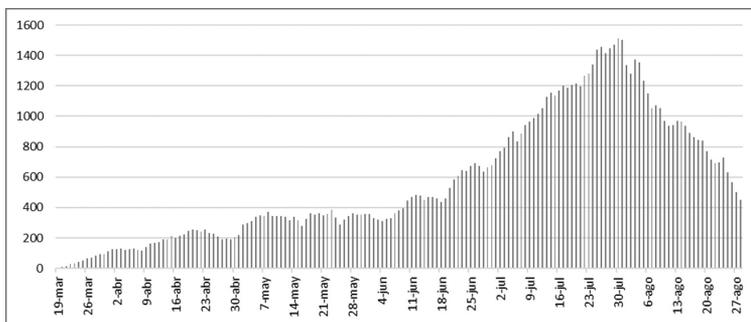
Los países asumieron la respuesta a la pandemia con políticas diversas, más o menos estrictas, utilizando estrategias

tales como la declaración de emergencia nacional, el cierre de las fronteras, los toques de queda, la restricción al trabajo de la mayor parte de las empresas y otras.

En la República Dominicana se identificó el primer caso de COVID 19 el primero de marzo. El 19 de ese mes se declaró el estado de emergencia y al día siguiente, el primer toque de queda, entre las 8 de la noche y las 6 de la mañana del día siguiente. Asimismo, se cerraron la mayor parte de los negocios y oficinas, pudiendo operar solamente los establecimientos de expendio de alimentos, las farmacias y otros. Se cerraron las fronteras por tierra, aire y mar. El 26 de marzo se redujo la hora del toque de queda a las 5 de la tarde. Se restringió la circulación de vehículos al prohibirse el transporte público y los viajes entre las provincias.

Estas medidas tuvieron efecto en contener el avance de la epidemia, que se mantuvo en niveles relativamente bajos durante los primeros tres meses. A partir del 20 de mayo comenzó el proceso de reapertura de la economía, el cual no fue guiado por la situación epidemiológica y las recomendaciones de la OMS sobre cómo iniciar la reapertura.

La reapertura dominicana fue, en gran medida, empujada por las demandas de las empresas para contrarrestar la inevitable crisis económica y de la ciudadanía principalmente en relación con los tiempos políticos, dado que el país vivió tres procesos electorarios entre febrero y julio del 2020. El primero, las elecciones municipales que tuvieron que ser anuladas por fallos en el voto electrónico, ocasionó problemas de credibilidad en las autoridades, que se tradujeron en pacíficos movimientos de masas. Luego - aunque con menos intensidad que en ocasiones anteriores - se realizaron actos de campaña política. Era inevitable un aumento de los contagios, como efectivamente ocurrió a partir de julio, cuando se reintegraron al trabajo todos los sectores productivos, se abrieron las fronteras y se intentó reiniciar el turismo.

Gráfico 4: Evolución de los casos nuevos (promedio móvil de 7 días)

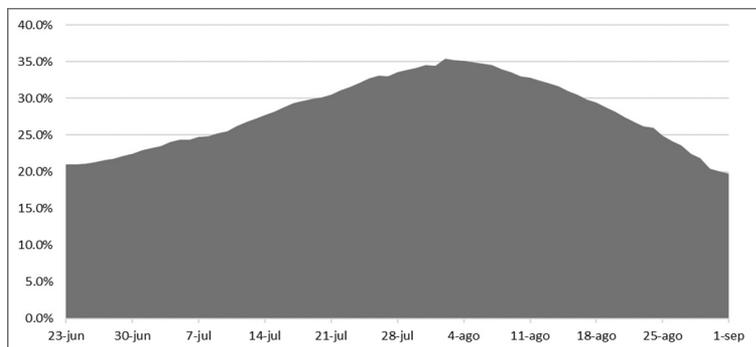
Fuente: MSP, Boletines epidemiológicos.

Como se observa en el Gráfico 4, esto tuvo un impacto directo sobre el aumento de los contagios, que llegó a su punto más alto alrededor del 20 de julio, cuando el sistema hospitalario llegó a su máximo de ocupación.

Dado que el panorama político ya estaba claro, el gobierno anterior, de común acuerdo con las nuevas autoridades que tomarían el mando del país a partir del 16 de agosto, decidieron declarar un nuevo estado de emergencia. Asimismo, se reinstaló el toque de queda a partir de las 7 pm los días de semana y de las 5 pm los fines de semana. No se cerró la economía en esta ocasión, sino que se limitaron las actividades que implican reuniones de muchas personas y se establecieron ciertos protocolos, como la obligatoriedad del uso de mascarillas. Al asumir el nuevo gobierno, éste continuó con el estado de emergencia y el toque de queda.

El efecto de estas medidas ya ha comenzado a sentirse, observándose en el mismo gráfico una reducción de los contagios diarios, así como en la tasa de positividad, que llegó a su pico en la primera semana de agosto, reduciéndose paulatinamente hasta el final de mes, tal como se observa en el Gráfico 5.

**Gráfico 5: Evolución de la tasa de positividad
(promedio móvil de 28 días)**



Fuente: MSP, Boletines epidemiológicos.

El nuevo gobierno ha encontrado retos muy grandes: una crisis sanitaria nunca vista en el país, unida a la crisis económica que ha generado la primera a nivel mundial – justamente en un país como el nuestro, tan dependiente del turismo y de la demanda del exterior.

En esas circunstancias, es fundamental mantener la epidemia lo más controlada que sea posible, para reducir las demandas al sistema de salud el cual, a fines de julio parecía llegar a su máxima capacidad en términos de disponibilidad de recursos –camas, unidades de cuidados intensivos, respiradores, personal de salud, no solamente médicos, sino también personal de enfermería, técnicos en ventilación y otros recursos humanos que se necesitan en situaciones de emergencia.

En general, cómo financiar y gestionar los cuidados críticos es lo que está en la mente de la mayoría de los médicos y de los que dirigen la política sanitaria. Necesario, es cierto, pero no es lo único importante. Es factible evitar llegar a esos extremos.

Se ha dicho que un 80% de los casos de COVID-19 nunca llegan al hospital y que, de estos, solo un 5% necesita cuidados

intensivos. En el caso dominicano, las cifras son mucho más bajas: alrededor de un 3% de los casos confirmados poseen una gravedad suficientemente alta que requieran ser internados y, de estos, alrededor de un 20% requieren cuidados intensivos. (MSP, Boletines COVID-19).

Dado que el virus tiene una alta transmisibilidad y que el sistema de salud dominicano no posee la fortaleza suficiente, aún ese 3% puede ser una carga pesada, como vimos recientemente. Muchos países, entre los mejor preparados del mundo, presentaron situaciones de colapso de su sistema de salud en ciertos momentos de la epidemia.

Sin embargo, es posible evitar que las personas lleguen al hospital y, sobre todo, a la UCI. Pero esto necesita de un primer nivel de atención que funciona, donde es posible resolver la mayor parte de los problemas de salud que necesita la población. No solamente los que demanda, sino también aquellos que es posible prevenir con el control y monitoreo adecuado de las poblaciones a su cargo.

Esa parece ser la explicación de los buenos resultados en el manejo de la epidemia en Cuba, Uruguay e incluso, Costa Rica, país donde pudieron contener la epidemia durante bastante tiempo y, aunque últimamente se dispararon los contagios, presenta una muy baja mortalidad.

El primer nivel de atención y la respuesta a la epidemia

Han transcurrido casi 20 años desde la aprobación en nuestro país, de la ley que crea el Seguro Familiar de Salud, la cual establece el primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud y la estrategia de atención primaria como la forma óptima de organizar las redes de provisión de servicios, garantizando la integralidad de la atención y fundamentándose en la prevención de la enfermedad y la promoción

de la salud. (MSP, 2018). Muchas otras leyes consagran estos mismos principios, como la Ley General de Salud y la Estrategia Nacional de Desarrollo. Lamentablemente, nada de esto ha podido ser implementado todavía.

Es difícil de entender por qué no ha sido factible establecer un conjunto de intervenciones básicas de salud que estuvieran garantizadas y de fácil acceso para todas las personas, como sucede en los países donde funciona el primer nivel de atención.

En los países que poseen mejores resultados de salud, las personas saben qué hacer y a dónde dirigirse si necesitan atender un problema de salud. Funciona la figura del médico de cabecera – idealmente un médico familiar, que opera como primer punto de contacto. Ese centro de primer nivel está siempre disponible – a cualquier hora, ya sea de manera presencial o por vía digital o telefónica. En tiempos anormales, como la pandemia que estamos viviendo, probablemente el estado le garantizaría recursos adicionales para enfrentar demandas superiores de servicios.

La telemedicina hace posible que un alto porcentaje de las consultas rutinarias se realicen de manera remota, lo que reduce el peligro que enfrenta cualquier persona cuando tiene que asistir a una sala de espera con otros pacientes, sin saber si alguno de ellos posee una enfermedad contagiosa. Además del ahorro que significa no tener que transportarse a otro lugar, a veces distante, tanto en términos monetarios como de tiempo invertido.

Dadas las características del sistema dominicano de salud, la mayor parte de las personas prefieren buscar primero la atención de especialistas, porque no existe el médico de primer contacto. Si se presenta una situación imprevista, las personas con frecuencia se dirigen a las “emergencias” de los hospitales, que constituyen un servicio de más complejidad y más costoso que el primer nivel de atención. En países como Costa Rica, por ejemplo, entre el 70-80% de las

primeras consultas ocurren en el primer nivel de atención (OCDE, 2017). En la República Dominicana, según cifras del 2019, un 44% de las consultas realizadas ocurrieron en las emergencias, lo que es una evidencia de la falta de capacidad resolutoria del primer nivel de atención. (SNS, 2019).

En la región de América Latina y el Caribe, los países con mejor desempeño de su sistema de salud –entre los que se destacan Costa Rica, Uruguay y Cuba– también poseen un primer nivel de atención de alto rendimiento. (Rathe y Gibert, 2020). Generalmente, la población del país está adscrita a ese primer nivel –sea un grupo médico o centro de primer nivel– y generalmente, el mismo se encuentra cerca de su casa, pues la adscripción es territorial. En general el primer nivel de atención posee personal médico, de enfermería y promotores de salud, destacándose la profesión de medicina familiar. Un aspecto fundamental es el expediente médico, donde se incluye la historia clínica, estudios, medicamentos y diversas experiencias previas en diferentes proveedores de salud. En la actualidad, en esos países se utiliza un expediente único electrónico, que es fácilmente consultable desde un teléfono celular y permite al paciente y a los diferentes médicos que éste visita, conocer en todo momento su estado de salud y sus necesidades (Rathe y Gibert, 2020).

Ese expediente único es lo que permite que funcione el sistema de referencia y contra referencia, así como que puedan operar las llamadas “redes integradas de servicios de salud”, que figuran en el marco legal dominicano pero que no se han implementado nunca, porque no es posible dar seguimiento a las personas a través de su utilización de distintos prestadores (Rathe y Suero, 2017).

En la región de las Américas, Uruguay ha sido un ejemplo en términos de manejo de la epidemia del COVID-19. Parte de su éxito es su gran habilidad para conocer el estado de salud de cada persona, a través del expediente electrónico único, de uso generalizado. El país hace una abundante uti-

lización de tecnologías de la información, a través de manejo de bases de datos, centros de llamadas, comunicación mediante redes sociales, etc. (Courchay, 2020).

Una de las ventajas de estas tecnologías es que permiten identificar las personas con mayor riesgo – por temas de edad, prevalencia de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la diabetes y otras, el entorno familiar en que viven, nivel socioeconómico, movilidad, etc. Con estos datos es factible colaborar directamente con estas personas y tener un monitoreo directo, para evitar complicaciones.

Este sistema permite, además, obtener información sobre la población en sentido general, como la prevalencia de ciertas enfermedades, lo que orienta la toma de decisiones y a planificar intervenciones y asignación de fondos.

Cuba es uno de los países de la región de las Américas con mejores resultados en el manejo de la pandemia, tanto por el control de los contagios como por las reducidas cifras de mortalidad. Según la OPS, ha desarrollado una estrategia epidemiológica agresiva para frenar la pandemia, con búsqueda activa de casos, visitando casa por casa, realización de pruebas para la identificación de contagiados y el rastreo y aislamiento de sus contactos: en mayo, por ejemplo, cuando tenía 800 casos activos, había colocado 10,000 personas en aislamiento para evitar la propagación del virus. Para ello adecuó los centros de salud y estableció hospitales de campaña en otros establecimientos, mediante un plan de acción intersectorial. (Miranda, 2020).

Otro país que ha respondido de manera adecuada a la pandemia es Costa Rica, que posee el mejor desempeño del sistema de salud de la región de Latinoamérica y el Caribe – medido por un amplio conjunto de indicadores vinculados a resultados de salud, protección financiera, recursos disponibles, organización del sistema, gasto y financiamiento y otros. Uno de los principales factores del buen desempeño de Costa Rica es la fortaleza de la atención primaria. En este país prácticamente

toda su población se encuentra adscrita a un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS), cuya responsabilidad es la salud de esas personas, implementando acciones de promoción y prevención dentro de su territorio y suministrando los servicios básicos de primer nivel. Estos equipos, a su vez, son parte integral del sistema de prestación de servicios que coordina la Caja Costarricense de Seguridad Social, el ente principal que coordina el aseguramiento y la provisión en Costa Rica. (Rathe y Gibert, 2020; OCDE, 2017; Pesec et al, 2017).

Estos equipos han tenido un rol fundamental para disminuir los contagios y contribuir a la disminución de las hospitalizaciones y las necesidades de cuidados críticos, así como para lograr las bajas tasas de mortalidad. Vigilan de manera activa los síntomas de las personas y se ocupan de efectuar las pruebas diagnósticas para confirmar los casos, hacen visitas domiciliarias, establecen contacto permanente con la población mediante el uso de redes sociales, coordinan las necesidades de aislamiento y de traslado al hospital cuando se presenta la necesidad. Para lograrlo, hacen una utilización intensa del Expediente Digital Único de Salud (EDUS), que en ese país existe por ley y es obligatorio para toda la población, permitiendo a la Caja Costarricense de Seguridad Social saber, en tiempo real, los síntomas de su población, la historia clínica de cada paciente, los resultados de las pruebas, las necesidades de hospitalización, las probabilidades de enfermedad severa. (Couchay, 2020).

Hemos visto que recientemente, al comenzar el proceso de reapertura, se dispararon los contagios en Costa Rica, a pesar de estas acciones y de que su población cumplió con las medidas de distanciamiento social. No obstante, como hemos visto antes sobre las cifras de mortalidad, el país pareciera manejar la situación.

En la República Dominicana no existe el expediente único electrónico, por el contrario, cada prestador posee su propio sistema y estos no se comunican entre sí. Sin embargo, el Se-

guro Familiar de Salud posee una base de datos de 8 millones de personas en ambos regímenes, con datos sobre utilización de servicios, autorizaciones, diagnósticos. De esta forma, es factible identificar a las personas con más riesgos de tener una enfermedad grave, complicarse o morir si se contagian¹.

La Ley que crea dicho seguro pone en manos de las ARS la organización de la red de proveedores y dice, explícitamente, que contratará proveedores de primer nivel. (Ley 87, 2001). Esto no ha sido posible de realizar en el régimen contributivo por desacuerdo entre proveedores y aseguradores, dado que la ley no permite la integración vertical. La actual epidemia pudiera ser un momento propicio para que todos los actores se sentaran en la mesa de negociación y procuraran hacer realidad este mandato.

De cualquier modo, cada ARS podría comenzar organizando su población en riesgo y asegurarse de que se encuentre en buena salud, con sus problemas crónicos bajo control, procurando prevenir que se compliquen. Esto constituye una ganancia para la población, para la entidad aseguradora y para el sistema de salud en su conjunto.

Revertir prioridades en el financiamiento a la salud

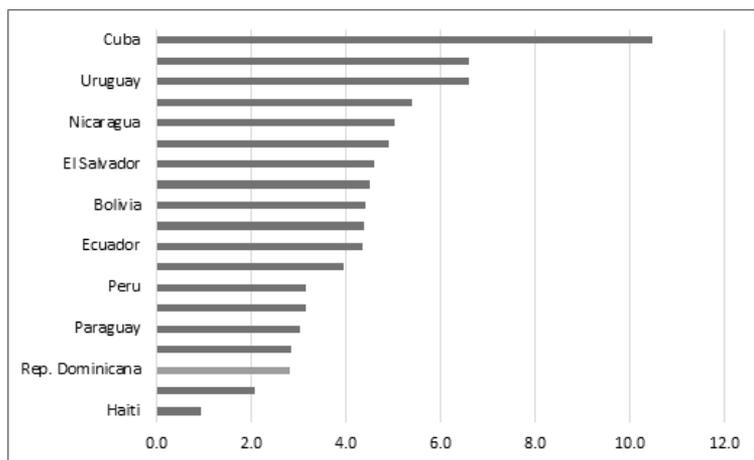
La República Dominicana se ha caracterizado por destinar fondos exiguos para financiar la salud, en el contexto latinoamericano, así como de los países de ingresos medios.

El país se comprometió en una iniciativa regional, encabezada por la OPS y denominada Pacto de APS 30-30-30 por la salud universal, a destinar fondos públicos a la salud equivalentes, al menos, al 6% del PIB y, dentro de estos, un 30% al

1 La SISALRIL está en proceso de elaborar este Índice de Vulnerabilidad Personal al COVID-19, pero, aunque se presentó públicamente en un evento virtual, aún no ha sido publicado.

primer nivel de atención. (OPS, 2014). Estamos muy lejos de alcanzar esa meta.

Gráfico 7: Gasto del gobierno general destinado a salud con relación al PIB, 2017



Fuente: Global Health Expenditure Database (GHDE)

Como se observa en el Gráfico 7, la mayoría de los países de la región están por debajo del 6% de gasto público en salud y nuestro país es uno de los que se encuentra más lejos de la meta.

En el tope de la gráfica se observan los países con mejor desempeño de sus sistemas de salud y, además, con mejor respuesta a la pandemia. Mucha de la literatura internacional ha identificado la vinculación entre el financiamiento público predominante y el desempeño del sistema de salud (OMS, 2010; Kutzin, 2012; OMS, 2019). Estos países, también asignan más recursos a la denominada atención primaria, es decir, el gasto público en el primer nivel de atención más los recursos destinados a financiar la salud colectiva o comunitaria. (Rathe y Hernández, 2020).

La República Dominicana, por su parte, se encuentra en los lugares más bajos, cercanos a Guatemala y Haití. Es preciso

aclarar, además, que el 2.8% del PIB con que figura el país en este gráfico, incluye los aportes obligatorios al régimen contributivo de la seguridad social. Los recursos destinados a financiar la red de servicios públicos más la salud colectiva apenas alcanzan el 1.3% del PIB y se han mantenido en ese nivel desde que se inició la reforma. La transformación que se proponía realizar esta reforma, al comenzar el milenio, no se ha producido todavía, casi 20 años después. (Rathe y Suero, 2017; Rathe y Gibert, 2020).

En términos del destino de los fondos, el financiamiento a la salud se caracteriza por la prioridad a la atención curativa especializada, tanto en el régimen contributivo como subsidiado, con fondos muy bajos para la salud primaria y colectiva. Según datos de las estadísticas de cuentas de salud del MSP para 2017, un 96% del gasto corriente en salud se destina a la atención curativa y más de la mitad de estos recursos se destinan a internamiento de pacientes (MSP, 2018). Esto contrasta con los datos de utilización. Según ENDESA 2013, alrededor de un 5% de la población necesitaba internamiento en ese año.

Como la mayoría de los países de la región, el sistema dominicano de salud está orientado a atender la demanda, sobre todo de casos agudos. Funciona de manera pasiva. Una persona siente la necesidad y busca el servicio. Los sistemas de salud modernos y, especialmente, el primer nivel de atención, tienen que prevenir y mantener la gente sana, por lo que se concentran en buscar activamente los problemas potenciales, como dar seguimiento a las enfermedades crónicas. (OMS, 2019).

La salud comunitaria – que es básica dentro de la estrategia de atención primaria en salud – es prácticamente inexistente en la República Dominicana. El gasto en prevención tan solo representa el 3% del gasto corriente en salud. En Costa Rica, por ejemplo, a esta partida se destina el 15% (OMS-GHED, 2017). Los fondos dedicados al control de las epidemias y a la construcción de la capacidad de respuesta – la vigilancia epi-

demiológica y la preparación para emergencias y desastres – eran el 0.4%, es decir, menos de la mitad del 1%. (MSP, 2018).

La epidemia de República Dominicana es comunitaria – ya hemos pasado la etapa en que podíamos erradicarla con la identificación y aislamiento de brotes específicos. Las inversiones en salud colectiva que se necesitan ahora para mitigarla son fundamentales y más grandes todavía. Se necesita hacer pruebas en gran escala – no solo para saber la magnitud en que nos está afectando y prever las necesidades de recursos al nivel hospitalario -- sino para prevenir que se siga expandiendo. Se requiere hacer mapas de contactos de las personas positivas, rastreo de los contactos y pruebas a estos, poniendo en cuarentena a todas las personas identificadas. Se necesita un primer nivel de atención capaz de identificar los casos en su zona de influencia y atender a las personas en sus domicilios, monitoreando de cerca su condición de salud para evitar que se compliquen y lleguen demasiado tarde al hospital.

La decisión de las autoridades electas de asignar recursos para afiliar al 100% de la población dominicana, van en la dirección correcta. Esto contribuirá a mejorar la protección financiera en salud y a reducir el gasto de bolsillo, que sigue siendo sumamente elevado y apenas se ha reducido desde la aprobación de la reforma (Rathe y Suero, 2017).

El paso siguiente, de la mayor importancia, es viabilizar el primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud. Se necesita un acuerdo nacional entre todos los actores y la confluencia de voluntades, tanto del sector público como del privado, para definir la mejor forma de llevarlo a la práctica.

Ha llegado la hora de que demos la prioridad necesaria al sistema de salud. Necesitamos construir un sistema de salud sostenible y resiliente, capaz de enfrentar riesgos imprevistos, a lo cual estamos abocados, indefectiblemente, por nuestra alta vulnerabilidad al cambio climático. En efecto, según los rankings internacionales, nuestro país ocupa el número 12 en el mundo (Germanwatch, 2019). El surgimiento de nuevos

virus y epidemias está íntimamente vinculado con éste, por lo que debemos estar preparados para nuevas amenazas que son inevitables.

Demos, por fin, prioridad al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud y asignemos los recursos que sean necesarios.

Referencias bibliográficas

CNSS. 2001. *Ley No. 87-01 que crea El Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Promulgada el 9 de Mayo del 2001. Santo Domingo: Ministerio del Trabajo.

Courchay, Diego. 2020. *Respuestas digitales al coronavirus*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Mejorando vidas. Washington, DC: BID.

ENDESA 2013. *Encuesta Demográfica y de Salud, 2013*. Santo Domingo: CESDEM.

GHED (2020), *Global Health Expenditures Database*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

GHS (2019). *Global Health Security Index: Building collective action and accountability*. John Hopkins, Bloomberg School of Public Health.

IHME, 2020. *Covid 19 Projections*. Institute for Health Metrics and Evaluations. Disponible en: <https://covid19.healthdata.org/>.

Kutzin, J. 2012. *Health financing for Universal Coverage: what's working, and what issues between health and finance*. Washington, DC.: Pan-American Health Organization (PAHO).

Ministerio de Salud Pública (MSP). 2017. *Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.

- Ministerio de Salud Pública (MSP). 2018. *Compendio de cuentas nacionales de salud 2004-2017*. Santo Domingo: MSP.
- Miranda, Boris. 2020. *Coronavirus en Cuba: cómo funciona el agresivo modelo de vigilancia epidemiológica contra la covid-19*. BBC News Mundo., 1º mayo 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52496344>.
- OCDE. 2017. *Estudios de la OCDE sobre Sistemas de Salud: Costa Rica. Evaluación y Recomendaciones*. París, Francia: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
- Organización Mundial de la Salud. 2010. *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. (Informe sobre la salud del mundo). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2019. *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report: Executive Summary*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organización Panamericana de la Salud. 2014. *Estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*. [Resolución del Consejo Directivo, en la 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS de las Américas]. Washington, DC: OPS.
- Oxford University. 2020. *Our world in data*. Global Change Data Lab, Oxford Martin School. Disponible en: <https://ourworldindata.org/>.
- Pesec, Madeline, Hannah Ratcliffe, y Asaf Bitton. 2017. *Building a Thriving Primary Health Care System: The Story of Costa Rica*. Boston, Estados Unidos: Ariadne Labs.
- Rathe, Magdalena et al. 2020. "Atención primaria en salud: medir lo que importa". Artículo en preparación, presentado al Congreso Mundial de Políticas y Sistemas de Salud (HSG).
- Rathe, Magdalena y Marc Gibert. 2020. *Atención primaria en salud en América Latina y el Caribe: Experiencias exitosas y lecciones aprendidas*. Santo Domingo: Observatorio de Seguridad Social (INTEC).

Rathe, Magdalena y Pamela Suero. 2017. *Salud, visión de futuro: 20 años después*. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). Santo Domingo: 2017.

Rathe, Magdalena. 2018. *Dominican Republic: A health protection system to leave no one behind*. The World Bank UNICO Series No. 30. Washington, DC: The World Bank.

Servicio Nacional de Salud, 2019. *Compendio estadístico anual enero-diciembre 2019*. Santo Domingo: SNS.