I° Pre-Conferencia Latinoamericana HSG en Investigación sobre Sistemas de Salud

hsr2018 5th Global Symposium on Health Systems Research

Avance de los Sistemas de Salud en la Era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG)

San José, Costa Rica

Fecha: 29 de enero, 2018

Lugar: Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica

Horario: de 8 a 16 horas

Instituciones participantes

Instituciones Convocantes

Health Systems Global
http://healthsystemsglobal.org/

Organización Panamericana de Salud
http://www.paho.org

Universidad de Costa Rica
https://www.ucr.ac.cr/

Centro Centroamericano de Población
http://ccp.ucr.ac.cr/

Instituciones Adherentes

Centro de Estudios para la Equidad y Gobernazna en los Sistemas de Salud
http://cegss.org.gt/

Presentación

La visión de Alma Ata de "Salud para todos" sigue siendo tan convincente hoy como lo fue en 1978, como se refleja en el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG). Pero el mundo ha cambiado en cuarenta años, y a pesar de contar con mejores resultados, **persisten desafíos extraordinarios para la equidad y la inclusión social a fin de alcanzar el acceso** y la cobertura universal en salud como las transiciones demográficas y epidemiológicas, los conflictos sociales y sus migraciones consecuentes, la segmentación de los sistemas de salud y el cambio climático, entre otros.

El V Simposio Mundial en Sistemas y Servicios de Salud, Health System Global (HSG), a realizarse en **Liverpool, Reino Unido, en octubre de 2018,** busca promover el intercambio de información y experiencias sobre nuevas formas de diseño y financiamiento de programas de salud, la prestación de servicios, la participación de los recursos humanos en el campo de la salud, y la conformación de nuevas alianzas sociales y políticas para promover la salud para todos.

La organización de un ciclo de Pre Congresos en las Américas se motiva en la necesidad de contar con una mirada latinoamericana sobre la implementación y análisis de sistemas y servicios de salud, aportando una perspectiva propia, y transmitiendo al mundo las experiencias de investigación y gestión en la región.

El propósito de estos eventos es doble: por una parte, **generar un espacio de intercambio local** sobre las experiencias más relevantes y las visiones transformadoras, que alimente un debate necesario sobre los sistemas de salud. En segundo lugar, se procurará apoyar a los trabajos seleccionados para esta pre-conferencia en la presentación de sus resúmenes en el V Simposio del Health System Global a llevarse a cabo en Liverpool.

Con el propósito de reunir a **investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud de Costa Rica y resto de países de Centroamérica** que trabajen en temas vinculados a los sistemas de salud de la región, la propuesta de esta pre-conferencia implica:

- Propiciar el **intercambio de experiencias** en un encuentro de investigadores/as y tomadores/as de decisiones en torno a **mesas de debate interdisciplinario**.

- **Estimular la presentación de trabajos** de autores/as latinoamericanos/as en la convocatoria abierta del Simposio Mundial en marzo 2018.

- Fortalecer la presencia latinoamericana de estudios sobre sistemas y políticas de salud en el Simposio.

Asimismo, aquellos resúmenes que sean seleccionados en la llamada de Liverpool y hayan participado en alguna de las pre-conferencias regionales, tendrán la posibilidad de ser elegibles para una de las diez becas completas ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud para asistir al Simposio en Reino Unido.

Comité Organizador

Referente Health Systems Global

Daniel Maceira

Daniel Maceira es argentino, Ph.D. en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente CONICET y Profesor Titular de la Universidad de Buenos Aires, y colaborador en programas de posgrado en FLACSO, UTDT, entre otros. Ha colaborado con IDRC de Canadá; UNICEF; la Gates Foundation; la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco Mundial; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global ; y el Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Desde 2016 es Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud.

Referentes Institución Anfitriona

Yanira Xirinachs-Salazara

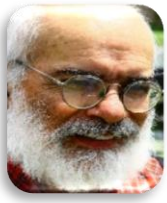
Doctora en Economía por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España; especilista en Instrumentos para la Gestión Ambiental por el CSG, Alemania; Magister en Banca y Finanzas y Licenciada en Economía por la Universidad de Costa Rica. Actualmente es docente e investigadora de la Universidad de Costa Rica en áreas como: economía de la salud, microeconomía, economía de la empresa, economía financiera, análisis de eficiencia y evaluación económica. Ha participado en múltiples congresos y conferencias como el iHEA (International Health Economics Association), AES (Asociación de Economía de la Salud, España), LACEA (Latin American and Caribean Economics Association), RIN (Regional International Network) y el EWGFM.

Comité Evaluador/ organizador

Gilbert Brenes Camacho

Investigador en demografía y actualmente Director del Centro Centroamericano de Población CCP y profesor asociado de la Escuela de Estadística, de la Universidad de Costa Rica UCR. Posee una Maestría en Estadística, una Maestría en Salud de la Población, y un Doctorado en Sociología de la Universidad de Wisconsin-Madison. Su investigación se centra en procesos de envejecimiento en América Latina, mortalidad y salud, y proyecciones de población.

Juan Rafael Vargas



Catedrático de la Escuela de Economía de la Universidad de Costa Rica (UCR) e investigador en del Centro Centroamericano de Población (CCP). Posee un Doctorado (Ph.D.) en Economía de la Universidad de Pennsylvania (1988). Su investigación involucra economía de la felicidad, procesos de envejecimiento, economía de la salud, macroecometría aplicada y política macroeconómica.

Arturo Herrera Barquero

Msc. Administración de Servicios de Salud Sostenibles. Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica, Msc. Economia de la Salud y Política Sociales, Universidad de Costa Rica. Licenciado en Contaduría Pública, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Asesor Financiero. Gerencia Médica. Caja Costarricense de Seguridad Social y Profesor Universitario de Economía y Salud, Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica

Noelia Cabrera

Licenciada en sociología (Universidad Nacional de La Plata), maestranda en Sociología Económica (Instituto de altos estudios sociales. UNSAM). Investigadora asistente del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Area Salud, Economía y Sociedad.

Programa de la preconferencia

Health Systems Global-Preconferencia Centroamericana

Centro Centroamericano de Población: De la Fuente de la Hispanidad, 100 este, 100 norte y 100 este. San Pedro de Montes de Oca. Piso 2
San José de Costa Rica
Enero 29, 2018
PROGRAMA

	Título	Autor/a	Institución
8:00 - 8:30	**Inscripción**		
8:30 - 9:45	Bienvenida Institucional	Gilbert Brenes-Camacho	Centro Centroamericano de Población, UCR.
	Bienvenida Health Systems Global	Daniel Maceira	Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Health Systems Global (HSG)
	Conferencia Representante Nacional	Fernando Llorca Castro	Caja Costarricense de Seguro Social
9:45 - 10:00	**Café**		
	Panel I: Debates sobre Cobertura Universal		
10:00 - 12:00	**Moderador: Daniel Maceira**		
	Salud Pública en Costa Rica, el secreto de salud internacional mejor guardado en los trópicos	Juan- Rafael Vargas	Centro Centroamericano de Población, UCR.
	Desde Alma Ata a ODS. Salud es el eje central?	Arturo Herrera Barquero	Caja Costarricense de Seguro Social
	Identificación de factores clave para la integración del sector privado en la búsqueda de la cobertura universal	Cercone, James A. Bronstein, L. Daniel	Sanigest Internacional
12:00 - 12:15	**Café**		
	Panel II: Evaluación de Tecnologías y Políticas de Medicamentos		
12:15 - 14:00	**Moderator: Gilbert Brenes-Camacho**		
	Modelos Complejos para la Evaluación de Tecnologías en Salud: Casos de Inglaterra y Costa Rica	Milena Castro	Escuela Estadística / UCR
	Gasto en medicamentos y consultas al final de la vida entre adultos mayores costarricenses.	Gilbert Brenes-Camacho	Centro Centroamericano de Población, UCR.
	Evaluación de la escala abreviada de depresión de Yesavage en personas adultas mayores en varias ciudades de Latinoamérica: Estudio SABE y CRELES.	Méndez-Chacón, Ericka	Centro Centroamericano de Población, UCR.
14:00 - 14:15	Cierre Institucional	Daniel Maceira	Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Health Systems Global (HSG)

Trabajos presentados

Salud Pública en Costa Rica, el secreto de salud internacional mejor guardado en los trópicos

Juan Rafael Vargas. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica

Había una vez, hace unos ciento veinte años, en el lugar más pobre y alejado del istmo, un proceso sanitario que lentamente se inició. Dos décadas antes empezó la revolución institucional en capital humano con la universalización *de jure* de la educación, proceso cuya construcción en sanidad habría de tomar tres décadas. Knaul et al. mostraron para Nicaragua y México la simultaneidad entre salud y educación por lo que hay un ciclo virtuoso de retroalimentación. Ya se verá como este asunto, al cabo de un siglo devino en un éxito en salud pública, totalmente estabilizado

Puede establecerse cinco fases. La primera tomó treinta años y fue un lento e inorgánico avance hacia el diseño de instituciones. La Secretaría de Salud fue la principal construcción y Solón Núñez fue su custodio. La segunda fase se inicia en 1941 con la creación del Seguro Social como una caja bismarkiana, que devendrá en el rizoma del sistema nacional salud, antes del final del siglo veinte. En la tercera etapa se inicia el proceso de universalización con 1961 como una fecha clave por el establecimiento de la red nacional de hospitales. El cuarto ciclo corresponde a cierre del acceso universal a la prestación de servicios de salud con la creación del sistema de los mil centros vecinales (EBAIS) con un diseño eficiente, cobertura total del territorio e integración plena.

La última fase corresponde al presente siglo donde el sistema ha tenido el logro modesto y acotado de mantener el sistema operando. No hay un gran reto en desarrollo, pero los usuarios se han tornado más demandantes y menos solidarios. La gestión se tornó el corazón del sistema y no es un logro que deba enorgullecer a nadie. Esto ocurre cuando el país pobre ya no lo es, las tecnologías encarecieron la prestación y la transición demográfica (la palanca que permitió resolver las contradicciones del financiamiento) se volvió una trampa insondable

Trabajos presentados

Desde Alma Ata a ODS. ¿Salud es el eje central?

Arturo Herrera Barquero. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

La pregunta inicial de este conversatorio menciona ¿cómo pueden movilizarse los sistemas de salud para conformarse en la columna vertebral de la protección social de los grupos vulnerables? Lo cual conlleva un tránsito difícil de comprender debido a que la mayoría de los operadores en salud estamos formados en el paradigma de que las instituciones en salud según Lalonde (a) no aportan realmente un porcentaje definitivo en el desarrollo de la salud de las personas. De ahí que nos comprometimos con el favorecer la promoción y prevención por encima de la curación, por lo que nuestro énfasis consistió en generar primero una cultura de rendición de resultados para tener disponibles los datos iniciales y poder generar diagnósticos situacionales para determinar las acciones correctivas en el sistema para paliar y lidiar con las enfermedades presentes en la población. De ahí, he de suponer que como todo esquema con propensión al desarrollo regenerativo, quizás muy incipientemente nace la semilla que actualmente deseamos se elabore con los Objetivos del Desarrollo Sostenible; que es el que reconociendo que no somos el eje central, motivamos los acercamientos comunitarios y participación de terceros como proveedores para mejorar la atención. Luego esta idea madura y se acerca a la presentación de indicadores de gestión, y entonces nuevamente pero en una fase transitoria, se asignaba importancia a la diferenciación de los elementos gestacionales para brindar indicadores finales donde prevalezca el concepto específico de los sistema de salud donde el individuo es la figura central y por lo tanto la comunidad servida quien es la suma de los individuos nos alerta y nos solicita que se colabore con sus necesidades, así los objetivos de desarrollo sostenible nos brindan un listado de necesidades sociales más que metas, porque lo importante en este nuevo paradigma es el ser humano, y por lo tanto igualmente importante aquel sector de los habitantes que no logran expresar sus necesidades o que no están vinculados con el desarrollo social y es donde nuestros sistemas de salud entran en una reflexión de la cobertura, que al realizarse de forma universal todos ganamos, ya que nuevamente es preferible prevenir una epidemia que arrastrar generacionalmente consecuencias y daños colaterales producto de una falta de atención con los sectores menos afortunados

(a) Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

(b) Maslow, A.H. (1943). "A theory of human motivation". Psychological Review. 50 (4): 370–96.

Trabajos presentados

Identificación de factores clave para la integración del sector privado en la búsqueda de la cobertura universal

Cercone, James A. y Bronstein, L. Daniel, Sanigest Internacional

Según datos del Banco Mundial (2014) casi cincuenta porciento del gasto en salud se realiza de fuentes privadas con una alta concentración de la demanda a través de proveedores privados. El llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) se convirtió a uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2015. Lograr la CSU no puede realizarse sin la consideración de estrategias de incorporación de proveedores privados como parte integral de la extensión de cobertura.

Costa Rica tiene una larga experiencia en la utilización del sector privado para la extensión de cobertura. Al finales de los noventa, la contratación de proveedores privados (Cercone et al 2004) para ampliar cobertura del primer nivel de atención tuvo un impacto positivo y la contratación de servicios de resonancia subsanó deficiencias en la cobertura durante décadas. Asimismo, en América Latina se han desarrollado proyectos de asociación público-privada (APP) buscando oportunidades para mejorar la inversión y la cobertura con entidades privadas. Los resultados en proyectos que van desde la contratación de hospitales en México hasta la utilización de farmacias privadas como proveedores de la seguridad social, ofrecen importantes lecciones en relación a los aspectos clave a considerar en la elaboración de una estrategia de incorporación del sector privado en las estrategias de CSU en la región.

En esta ocasión se presenta el resultado de un análisis retrospectivo de experiencias APP en Costa Rica, México y Colombia, enfocándose en el desarrollo de un *checklist* para el diseño y puesta en marcha de proyectos de inclusión del sector privado. Entre otros, se identificaron factores como adecuar la distribución del riesgo entre los actores, fortalecimiento de la capacidad del ente contratante o el pagador, transparencia en la gestión del proceso de contratación y la gestión del contrato así como la definición de indicadores de desempeño que estén vinculado con pagos variables al socio privado.

Trabajos presentados

Modelos Complejos para la Evaluacion de Tecnologas en Salud: Casos de Inglaterra y Costa Rica

Milena Castro. Escuela Estadística, Universidad de Costa Rica

Actualmente existe la posibilidad de incorporar diferentes fuentes de información en modelos complejos para la evaluación de tecnologías en salud; sin embargo el reto radica en la heterogeneidad entre las mismas fuentes de evidencia y la disponibilidad a nivel geográfico. Esta ponencia analiza los conceptos de salud comunitaria, intersectorialidad e inequidad para ofrecer una propuesta metodológica que permita una visión correlacional de dimensiones como el ambiente, la economía y la salud. Contar con modelos específicos por región (según sea la desagregación en cada país), permitiría una retroalimentación de los sistemas de salud potenciando los recursos estatales.

La diferencia entre las evidencias disponibles entre países pueden ser abismales, implican- do la necesidad de desarrollar modelos propios para cada país. El Reino Unido ha logrado avances significativos en la aplicación de metodologías analíticas para la evaluación de tecnologías en salud, sin embargo Costa Rica todavía no practica dinámicas de evaluación a nivel poblacional para la toma de decisiones relativas a la oferta de tratamientos. Esto requiere iniciar por la construcción del marco sobre el cual se aplicarían intervenciones poblacionales que consideren la variabilidad de las necesidades en salud comunitaria y la reducción de las inequidades.

Asimismo, el desarrollo de modelos ha sido sustancial desde el plano de la costo efectividad, pero la incorporación de variables a nivel ambiental permite generar un monitoreo del impacto en la salud comunitaria y por tanto maximizar las estrategias de intervención de un sistema de salud. Posicionar políticas publicas desde la promoción de la salud requiere del entrelazamiento intersectorial y avanzar a un concepto de salud como una responsabilidad global.

Se mostrara´, por tanto, una comparación entre la evidencia inglesa y la costarricense, con el fin de evidenciar las necesidades en información para el desarrollo de un modelo analítico que potencie el sistema de salud. Esta comparación permite revisar el modelo de salud costarricense y al mismo tiempo ofrece una propuesta metodológica que contempla especificidades geográficas culturales aplicables a nivel global.

Trabajos presentados

Gasto en medicamentos y consultas al final de la vida entre adultos mayores costarricenses.

Gilbert Brenes-Camacho. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica.

El sistema de salud en Costa Rica es mixto porque hay proveedores públicos y privados; sin embargo, el gasto de bolsillo en servicios de salud está mediado por la existencia de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) como proveedora preponderante. Los adultos mayores son los que tienen mayores probabilidades de consumir estos bienes y servicios pues son más susceptibles a problemas de salud, en particular cuando están cercanos a fallecer. Se plantea como hipótesis que los servicios "gratuitos" de la CCSS son usados en forma diferente en los meses finales antes de la muerte cuando las condiciones de salud se agravan, beneficiando sobre todo a los sectores de menor nivel socioeconómico. Se utilizan las bases de datos del proyecto CRELES "Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable" que se refieren a adultos de 60 años y más en el 2004, seguidos longitudinalmente hasta el año 2010; se utilizan los datos de la línea base, así como las bases generadas con los cuestionarios de difuntos. Se plantea comparar la proporción y gasto mediano en medicamentos y consultas entre la población de línea base y la subpoblación de fallecidos. Se calculan estadísticas descriptivas, un modelo binomial negativo para el número de consultas; dos modelos probit para la probabilidad de pagar por medicamentos o por consultas (solo entre aquellos que reporten consultas en los últimos 3 meses antes de la entrevista o de fallecer); y dos modelos tobit para analizar los diferenciales en el monto pagado por estos servicios. En línea base, los adultos mayores costarricenses tuvieron en promedio 1.7 consultas durante los últimos 3 meses. Entre los que tuvieron al menos una consulta, 23% pagaron dinero por medicamentos y 14% por consultas; los montos medianos de dichos pagos fueron de 12 mil colones y 20 mil colones, respectivamente; sin embargo, entre aquellos que fallecieron durante las dos rondas de seguimiento, en los 3 meses previos al deceso, tuvieron en promedio de 13.5 consultas; un 40% realizó algún pago por medicamentos y un 35% realizó algún pago por consultas médicas; el gasto mediano en medicamentos fue de 100 mil colones, mientras que el gasto mediano en consultas fue de 50 mil colones. En la muestra de línea base, los no asegurados son los que en promedio pagan un monto mayor (241 colones más) que los asegurados directos por medicamentos, aunque no por consultas. Entre las personas cercanas a morir, el mayor diferencial se da entre los asegurados por el Estado y los asegurados directos, pues los primeros pagan en promedio 69 mil colones menos que los segundos. El ingreso total de la persona está asociado positivamente con el gasto en medicamentos pero no con el gasto en consulta tanto en la línea base como al final de la vida. Por último, las comorbilidades predicen significativamente el número de consultas, pero no hacen diferencia en los gastos en salud al final de la vida.

Trabajos presentados

Evaluación de la escala abreviada de depresión de Yesavage en personas adultas mayores en varias ciudades de Latinoamérica: Estudio SABE y CRELES.

Méndez-Chacón, Ericka. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

Motivación: Según proyecciones de Naciones Unidas, entre 2000 y 2025, la población total de personas de 60 años y más en América Latina y el Caribe aumentará en 138%. En esas edades se presentan problemas de salud crónicos como la depresión, siendo un trastorno que se caracteriza por tristeza, falta de interés en aspectos de la vida, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos de sueño, apetito, concentración y cansancio. Según estimaciones OMS, de todos los adultos de 60 años, el 7% es afectado por la depresión y esta representa un 5,7% de los años vividos con discapacidad suponiendo costos sociales y financieros significativos, por causa de trastornos de salud y la vida de quien la padece y de quienes están alrededor.

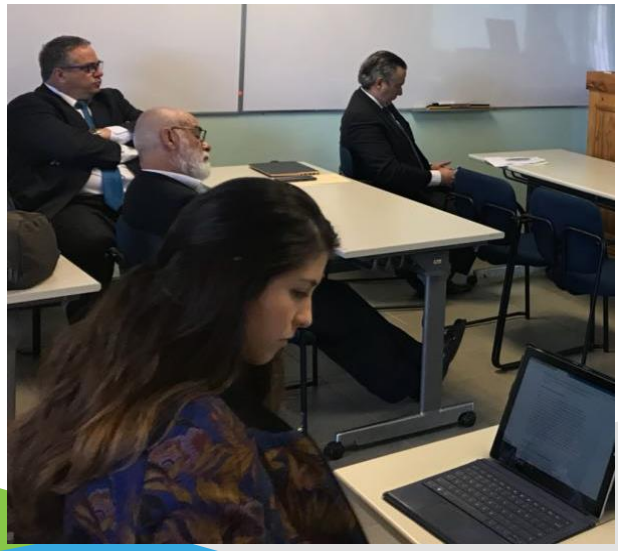
Existen varias escalas para medir la depresión. Una de esas escalas es la Escala de Depresión Geriática de Yesavage (GDS), diseñada para aplicaciones clínicas en adultos mayores estadounidenses. La versión corta se ha utilizado en la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE) y el estudio CRELES: Costa Rica, estudio de longevidad y envejecimiento saludable. Ambas son encuestas de población general. El uso de un test en un contexto cultural diferente al original debido a aspectos sociodemográficos y educativos, así como lingüísticos, podría generar fuentes de sesgo.

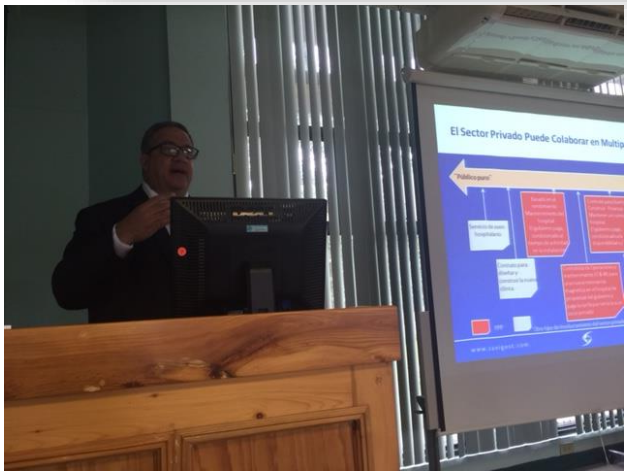
Objetivo*:* Validar el uso de esta escala como instrumento de medición de la depresión en poblaciones generales latinoamericanas.

Metodología*:* CRELES y SABE son muestras representativas de adultos mayores latinos. Se validará la unidimensionalidad de la escala y la validez de constructo realizando un análisis factorial y haciendo uso del alpha de Cronbach como indicador de validez interna.

Resultados y conclusiones*:* El análisis factorial muestra unidimensionalidad para la escala en todos los países estudiados. Los coeficientes Alfa de Cronbach varían entre 0.67 a 0.86. Se muestra alta consistencia interna en las escalas para todos los paises a excepción de Barbados.

La reunión en fotos




El Sector Privado Puede Colaborar en Multip