

Lunes 3 de septiembre de 2018

N° 8987

Acta de la sesión extraordinaria número 8987, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas con once minutos del lunes 3 de septiembre de 2018, con la asistencia de los señores: Presidente Ejecutivo, Dr. Macaya Hayes; Vicepresidenta, Bach. Abarca Jiménez. Directores: Dr. Devandas Brenes, Dr. Salas Chaves, Sr. Loría Chaves, Dr. Guzmán Stein, Lida Jiménez Aguilar; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta MBA. Emily Segura Solís, Secretaria Interina.

Las Directoras Alfaro Murillo y López Núñez no participan en esta sesión. Disfrutan de permiso sin goce de dietas.

Ingresan al salón de sesiones los invitados: Dr. Mark Britnell, Ex Director General de National Health Service (NHS), Luis Rivera, Gabriela Nowalski, Consultora Especialista en Estrategia y Salud, KPMG Costa Rica y Andrew Hamilton, Director Centro de Cobertura Universal de Salud.

Ingresan al salón de sesiones los señores Edwin Solís Bolaños y Daniel Rocchy, Traductores empresa In Lingua.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías a cargo de las funciones de la Gerencia de Logística y, los señores Gerente Médico, Pensiones y Administrativo a cargo de las funciones de la Gerencia Financiera.

#### **ARTICULO 1°**

Comprobación de quórum, según consta en el encabezado del acta de esta sesión.

#### **ARTICULO 2°**

Consideración de la agenda distribuida para la sesión de esta fecha, que seguidamente se transcribe, en forma literal:

**I) Comprobación de quórum.**

**II) Consideración de agenda.**

**III) Invitado especial el Dr. Mark Britnell, Ex Director General de National Health Service (NHS).**

**IV) Reestructuración Organizacional del Nivel Central.**

#### **ARTICULO 3°**

Invitado especial el Dr. Mark Britnell, Ex Director General de National Health Service (NHS).

El Dr. Román Macaya Hayes señala:

Antes de introducir a nuestro invitado especial del día de hoy, nada más quiero hacer mención de que perdimos a una directora. La doctora López renunció y vamos a conocer su renuncia formalmente después del almuerzo. Ahí conversamos de la aceptación y la trasladamos inmediatamente a Casa Presidencial. Ellos están corriendo para, esperamos tener una sustituta o sustituto mañana. La idea es que mañana podamos seguir sesionando. Bueno, tenemos un honor hoy que nos visita el Equipo de Salud de KPMG. Voy a empezar con el equipo. Luis Rivera, Gabriela Nowalski, Andrew Hamilton que lo conocí en Washington antes de venirme para acá y al doctor Mark Britnell, quien fue el Director General del National Health System del Reino Unido. Una Institución insigne del Reino Unido, en todo lo que es la cobertura y la provisión de servicios de salud ahí. Una institución de altísimo prestigio y el doctor Britnell hoy lidera la práctica de salud de KPMG, el doctor viaja por todo el mundo asesorando gobiernos en los proyectos que tienen en mente. Ha trabajado en setenta y siete países. Entonces, trae una gran perspectiva real sobre cómo se han hecho cosas en diferentes países y es un momento muy oportuno para que esta Junta Directiva y los Gerentes hagamos todas las preguntas que necesitamos y ver cómo se hicieron las cosas en diferentes países y podamos obtener un beneficio de todo esto. Al doctor Britnell le doy la bienvenida, y él nos ha regalado a todos un libro que recientemente escribió sobre la industria del sistema de salud perfecto, así que “Welcome Mr. Mark Britnell”

Con base en las láminas que se detallan, la presentación se encuentra a cargo del doctor Mark Britnell, exdirector general de National Health Service (NHS):

1)



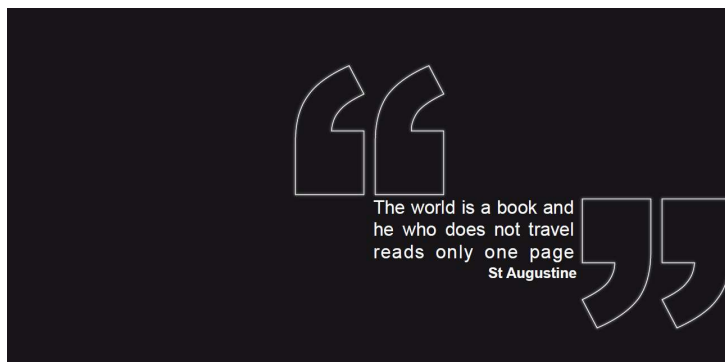
2)



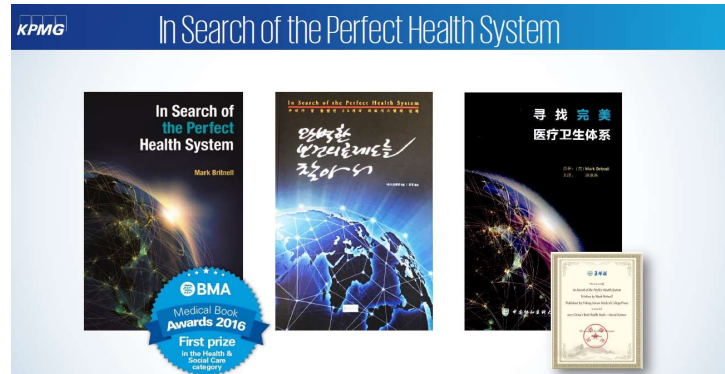
3)



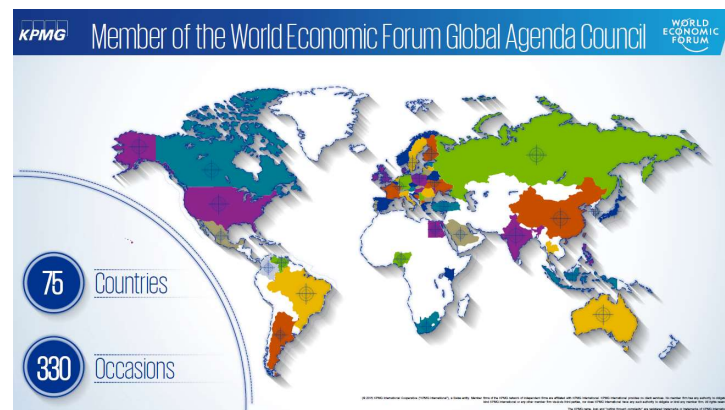
4)



5)



6)



7)

**KPMG**

25 short chapters on the world's most interesting and innovative health systems.

**In Search of the Perfect Health System**  
Mark Brtnell

**Insights from:**

- Listening to and advising hundreds of government, public and private healthcare organizations.
- Professional experience running a hospital, a region and a health system.
- Personal experience as a cancer patient.

8)

**KPMG** In Search of the Perfect Health System

<b>1</b> Values and universal healthcare of the UK	<b>2</b> Primary care of Israel	<b>3</b> Community services of Brazil	<b>4</b> Mental health and wellbeing of Australia	<b>5</b> Health promotion of the Nordics	<b>6</b> Patient and community empowerment of parts of Africa
<b>7</b> Research and development of the US	<b>8</b> Innovation, flair and speed of India	<b>9</b> Information, communication and technology of Singapore	<b>10</b> Choice of France	<b>11</b> Funding of Switzerland	<b>12</b> Aged care of Japan

9)

**KPMG** Same solutions, Different countries

- Prevention and promotion across public and private sectors
- Population and patient segmentation and stratification
- Scaled-up primary care
- Centralised and localised clinical services as necessary
- Clinical pathways supported by improvement science
- Workforce development and motivation
- Hospitals as health systems
- Medical home as a hub for aged care
- Community-based mental health services
- Patients as partners. Communities as carers. A dignified death.

10)

**KPMG** Global challenges

<b>1</b> <b>Healthcare for all</b> A test of political will for the 21 <sup>st</sup> century	<b>2</b> <b>Innovation at scale</b> The paradox of change is continuity	<b>3</b> <b>Bringing quality under control</b> The more I know, the less I sleep	<b>4</b> <b>There is no health without the workforce</b> Value walks
<b>5</b> <b>Patient power</b> Renewable energy for healthcare	<b>6</b> <b>Climate change</b> Healthier is cheaper is greener	<b>7</b> <b>Ageing</b> Every cloud has a silver lining	

11)



12)

### The Global Healthcare workforce crisis

- Problem**  
By 2030, the world will need 80 million health workers, but the supply will be 65 million
- Hypothesis**  
This 18.75% shortage can be largely met by radically transforming workforce capacity and capability

- India**  
Needs 3.9m doctors and nurses
- China**  
Needs 180,000 more obstetricians
- Japan**  
Tripled nurses from 550,000 to 1.7m in 13 yrs (but still need 2.5 million more by 2025)

13)

### Solving the Global Healthcare workforce crisis

	1 Global workforce crisis	7 Loving healthcare staff	
	2 Technology will change everything	8 Women's work – and men's	
	3 Renewable energy - patients and carers	9 Government action	
	4 Workforce shaping and agility	10 The universal healthcare dream	
	5 Health is wealth – productivity	11 Ten year plan of action	
	6 Getting professionals to the top of their game	12-22 Country deep-dives	

14)

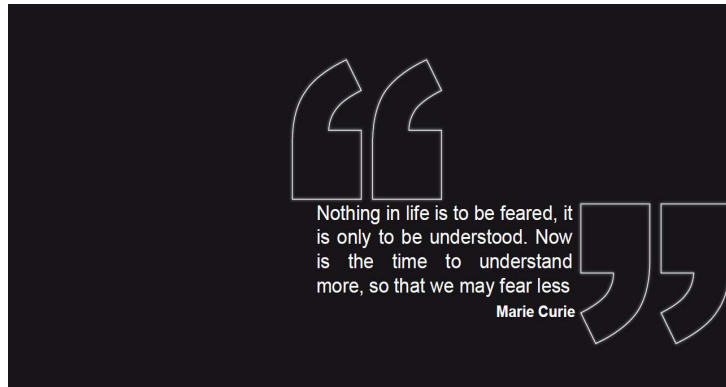
### Health is wealth: Productivity – not efficiency – is key

“ Productivity isn't everything, but in the long run it is almost everything ”  
It is the ultimate engine for economic growth - Krugman

- 0.9%** 'Frontier' firms & industries delivering 3.5% productivity per annum. Globally, health securing 0.9%. Good reasons why it's lower but could be doubled.
- Productivity** Workforce should be linked to productivity; long term investments in technology, skills, training, leadership and innovation (adoption) will drive economic wealth.
- £250bn** 1% gain in productivity adds £250bn to UK Pic. To date, NHS hasn't applied for – or received – a single penny of £23bn National Productivity Fund. 10 Year NHS Investment Plan needed for 70th anniversary.
- \$7:\$1** Prosperity Fund of £1.2bn (6 years) can reshape aid and development to export. We can be the Clinical University of the World. \$7:\$1 return for health investment in developing countries adding 5% GDP over 20 years.



15)



16)



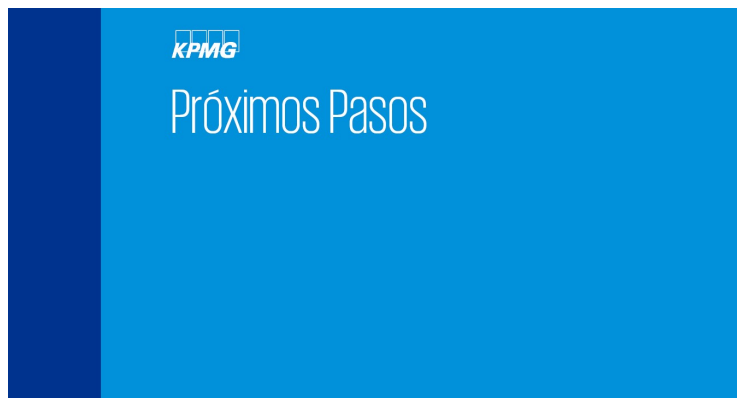
17)



18)



19)



20)



El Dr. Mark Britnell expresa:

(Traducido por el Equipo In Lingua)

“Muchísimas gracias. Es mi primera visita a Costa Rica fue hace dieciocho años y es un honor estar de vuelta acá el día de hoy. Como lo dijo don Román, he trabajado en setenta y siete países, en trescientos cincuenta ediciones (...) a lo largo de los últimos nueve o diez años y tengo unos treinta y cinco países al año en los que he trabajado. (...) y luego en Singapur y no suelo decir esto pero cuando llego a un país a menudo recibo muchos informes de parte del equipo de salud global y estoy impactado por además informes de mi país local. Por Luis y Gabriela y el Equipo KPMG de Costa Rica. Realmente yo tengo sumo respeto por su país. Vuestra democracia estable. Vuestro sistema de creación de (...) y vuestro excelente sistema educativo. El progreso que han hecho en temas como el cambio climático y ambiental. El hecho de que han trabajado casi libres de combustible fósil por casi un año y por supuesto el sistema de (...). El déficit fiscal que va en aumento y por supuesto a lo largo de los últimos diez años, como Presidente del Equipo de KPMG he visto muchos (...) financieras, el hecho que ustedes están planteando enfrentar este reto es sumamente importante. Es fácil ignorar los problemas. Tienes problemas pequeños hasta que se convierten en problemas más grandes. Hace tres meses estaba trabajando con el gobierno (...). En forma fuerte con presiones económicas, políticas y raciales. Sé que en Latinoamérica y en Suramérica, ustedes son percibidos como un pilar del progreso. Vuestra expectativa de vida está a la mano con la de la RCD que como sabemos son mejores que los estándares de los Estados Unidos de América que gasta el doble de su (...) en salud. Hoy día yo no estoy tratando de venderles nada, venimos en paz. Traemos regalos, pero no sobornos. Y queremos compartir e

impartir nuestro conocimiento por supuesto es global. KPMG tiene ciento cincuenta años de existir y existimos en ciento cincuenta y siete países. Por ende, tenemos una tradición global, pero sin nuestro respaldo nacional no somos nada. Así que todo el diálogo del día de hoy será global - local, local – global. Yo no quisiera sugerir que yo sé a fondo cuáles son sus problemas. He leído sobre sus problemas, pero ahora es la hora de hablarlos. En los setenta y siete países en los que he trabajado, hay unos tres o cuatro países que creo yo tienen una salsita secreta, por así decirlo, no sé si eso se traducirá bien al español. Pero un ADN particular que marca la calidad. Sin querer ser demasiado halagador, creo que Costa Rica, Singapur, Israel y probablemente otro país más, realmente han tenido la capacidad de volverle a dar forma a su (...) y esta ha sido una introducción muy larga la que he hecho. Mi experiencia, yo estaba en un programa de capacitación especial para el Servicio de Salud Nacional. Yo no tengo formación como abogado, pero ya me sané por dicha y soy el ejecutivo a cargo más joven de un gran hospital de educación. El hospital más grande de la historia del Servicio de Salud Nacional. Mil quinientas camas, mil millones de libras esterlinas. Me gustaría que fuera solamente un millón y también administré una región que era del tamaño de Costa Rica, en Inglaterra, con cinco o seis millones de personas. Desde Oxford hasta la Isla de Gwaii. Luego me hice Director General. El punto que quiero recalcar es que no bajo el nivel hospitalario regional, lo valgo como pagador – proveedor público y sector privado también. Hemos desarrollado un equipo de salud global que puede administrar todas las problemáticas o la mayoría de las problemáticas del sector público y privado, incluyendo la motivación y dirección de los médicos. Es uno de los temas más difíciles en todo el mundo. El día de hoy voy a presentar durante cuarenta y cinco minutos y deténganme cuando quiera, en cualquier momento. Y tendremos tiempo de aprender más sobre nuestras problemáticas más adelante. Una cosa más. Yo soy uno de unos diez que están a cargo del Foro Económico Mundial en el Consejo de Salud. Entonces, como bien lo saben cada enero, los políticos van a la voz y ahí se reúnen por tres días tratando de llevar la verdad al poder. A veces tenemos éxito, a veces no tanto. Pero, el puesto que tengo dentro del Foro Económico Mundial me permite siempre poder medir el pulso del desarrollo. El presente, no el soborno, ha sido traducido a mandarín, coreano, portugués, inglés. No en español aún y este año fue votado el mejor libro en Chile, por cuatro millones de medios chinos. A todos les indicaron votar de la misma forma. No, bromeo. No los obligaron. En fin, la tarea es que en el transcurso de la próxima media hora voy a hablarles sobre el libro. El libro está escrito basado en mi experiencia, pero también, hace diez años sobreviví de cáncer de próstata. Entonces, me hicieron una prostectomía radical a la edad de cuarenta y dos años y parte de mi perspectiva y de mi humanidad, se encuentra plasmada en este libro. Tanto como paciente como profesional. Importante recalcar, porque algunas de las cosas que han establecido en la atención primaria y comunitaria es un ejemplo maravilloso de los profesionales cuando trabajan en colaboración con los pacientes. Sé que vuestro sistema de salud lleva setenta y siete años desarrollándose, pero ustedes tienen algunas bases maravillosas sobre las cuales pueden construir. Mi perspectiva, conforme lo entiendo, ustedes tienen problemas de listas de espera y por supuesto que tienen problemas de costo, pero honestamente, de verdad, esos problemas se pueden solventar. Las bases de vuestro sistema de salud son tan profundas y tan fuertes. Entonces creo yo, de lo poco que sé con respecto a la problemática que ustedes presentan, es que los problemas se pueden gestionar. Pero bueno, más adelante podemos hablar de eso. Este soy yo. También, soy presidente global del Gobierno de Infraestructura. Entonces, estoy a cargo de un cuarto de los ingresos globales de KPMG. Tengo en mi disponibilidad cuarenta mil personas que trabajan en mi grupo y estoy seguro de que podemos hallar las capacidades que ustedes necesitan, si ustedes nos lo piden. Incluyendo, pues los suministros de logística. (...) de un santo africano, San Agustín. El



mundo es un libro y el que no viaja lee una sola página. Costa Rica tiene que tener cuidado debido a su ubicación geográfica. Pero muchos sistemas de salud no miran hacia afuera, son muy provinciales. Sin embargo; se ha dicho que todas las soluciones de los problemas del mundo de la salud existen en algún lado, pero no en todo lado. Espero el día de hoy poderles mostrar algunas cosas que les permitirá pensar en vuestro sistema de salud en forma distinta. Mi (...) chino y también me dieron el primer premio de la Asociación Médica Británica. Como saben es la asociación de médicos más grande del Reino Unido y la más antigua asociación de médicos del mundo. Los medios en coreano, por aquello de que quisieran leerlo. Entonces, estos son los países en los que he trabajado. Este es el país número setenta y siete hoy. He trabajado menos en África, espero trabajar en Groenlandia, pero pueden ver que tengo una red en todos estos países. Estamos trabajando fuertemente en Brasil actualmente. Estamos trabajando en Colombia. Estamos trabajando en todo el Caribe. Por supuesto que, en Panamá, México y el resto de Norteamérica. Ya les he hablado sobre esta lámina. El libro posee tres perspectivas. Primero una como paciente. En segundo lugar, como un profesional que administra los sistemas de salud y creo que más importante aún, trabajé con miles de organizaciones a lo largo de los últimos diez años con respecto a toda clase de temática, desde crear sistemas de salud universal, a reestructurar la deuda en Italia. Enfrentar la deuda del sistema de salud italiano. No una tarea fácil. Construir nuevos centros de salud en todo el mundo. Desarrollar nuevos sistemas de TI y yo estoy al tanto de que ustedes están desarrollando su nuevo sistema de expediente de salud electrónico. Así que felicidades y buena suerte. Más y más hemos venido trabajando con colaboraciones público –privada-. Si el nuevo centro necesita ser construido. Entonces, por ejemplo, acabamos de elaborar un consorcio global para la terapia de rayos de protón en Indonesia. Hace tres semanas el director general de Indonesia vino a Londres y estuvo viendo los centros de rayos de protones que tenemos en Londres. Estamos elaborando un consorcio para Indonesia, que tiene una población de doscientos veinte millones de personas y no una máquina de terapia de rayos de protones. Temo decir que el mundo no tiene un sistema de salud perfecto. Pero si lo tuviera, tal vez sería un poquito como el que vemos en pantalla. Les voy hablar brevemente de cada uno de los países y voy hacer referencia nada más a algunos puntos que tal vez sean de interés para ustedes y por supuesto después de la presentación nos encantaría escuchar de ustedes, escuchar de vuestros retos. Don Román ya me dijo que vuestro sistema de salud universal, el más antiguo que el sistema de salud universal más antiguo del mundo, que lo crearon los británicos en 1948. Después de la Segunda Guerra Mundial. Pero hay tres cosas, conozco el Reino Unido, creo yo son importantes para su sistema de salud. Creo yo que ustedes probablemente las tienen. Ustedes saben que en Europa la NHS (National Health Service) fue el primer sistema de salud universal, donde cuándo se les pregunta qué define eso, ser británico, dicen el servicio de salud nacional. Y cuando les piden contar por el político más popular o la Institución política más popular de la Gran Bretaña, no votan por la reina, no votan por el equipo de futbol, no votan por el ejército, no votan por la BBC (British Broadcasting Corporation), eligen NHS. Yo sé que lo mismo aplica a vuestro país. Creo que es sumamente importante porque como ustedes saben vuestra organización es sumamente importante y el tener la confianza de la gente y comportarse en forma alineada para preservar el prestigio de la organización para las generaciones futuras es sumamente importante, pero como ustedes bien lo saben, Inglaterra ya tiene diez años de estar en un periodo de austeridad. En términos reales, el sistema de salud nacional ha tenido un incremento de financiamiento de 1% en los últimos diez años, para resolver su déficit. Los costos han venido escalando de 6 ó 7% si no me equivoco. Entonces, quisiera hablar de eso más adelante. Pero lo primero que quiero decir es, el sistema de salud tiene valores en sintonía con las características de un país y claramente van a sentir una mayor responsabilidad.

Pero van a poder trabajar más con la gente, en mi opinión. Ellos en el 88 desarrollaron un excelente sistema, pero la gente no confía en el Gobierno ni en los políticos. Cualquier cosa que trataran de hacer con el sistema de salud iba a la resistencia del pueblo. Yo sé que ustedes tienen abogados en los hospitales, sé que tienen listas de espera largas, pero estoy hoy día para hacerlos sentirse más orgullosos de vuestro sistema y más optimistas, solamente por unos minutos. Número dos, yo creo que uno puede aprender de Israel. Su sistema de atención que maneja se inició en 1911 cuando un trabajador de una frutal de naranjas se cortó un brazo trabajando en el campo y los trabajadores se reunieron y crearon el primer sistema asegurador y proveedor de salud virtual en 1911, aún más antiguo que el de ustedes. Pero ahora tienen cuatro organizaciones de salud para una población de ocho millones. Ustedes tienen una, para cinco millones. Perfecto. Ustedes son el tamaño perfecto, por cierto, y les voy a explicar más adelante por qué. Si Dios diseñara el tamaño perfecto para un sistema de salud, sería cinco millones. O siete millones, por ahí. Entre esos dos rangos. Pero en atención primaria, Israel hace tres consultas. Primero que todo solamente gasta 7.4% de su PIP en salud y su expectativa de vida es ochenta y cuatro años y mantienen los costos bajos invirtiendo mucho más en atención primaria que en atención crítica. Pero enfocaron todas sus capacidades diagnósticas, las imágenes de resonancias magnéticas, TAC, los ultrasonidos, el de atención en la comunidad y los hospitales de atención primaria vienen ya juntos. Comparten el mismo expediente electrónico, tienen información de gestión de población fantástica. Cada noche, veinticuatro indicadores clínicos son enviados a la nube y el equipo de salud comunitaria similar a vuestros sistemas primarios, EBAIS. Pero son similares. Pero son más empoderados a nivel tecnológico. Entonces, sus equipos comunitarios trabajan en conjunto con los hospitales, el expediente electrónico responde con información clínica a la nube. Tiene una población estable, como ustedes, más o menos. La información cada noche lleva un titrato a través de un algoritmo filtrada por medio de algoritmos inteligentes y cada noche viene información de equipos comunitarios para que vaya a los hogares previo a que la gente se informe. Es el salto grial de un sistema de salud. Es un sistema que es sabio antes de que el accidente ocurra. Ustedes pueden hacerlo, yo sé que vuestra geografía no es compleja, pero traten de caminar por las calles de Tel Aviv cuando caen bombas. Cada país tiene problemas, la maravilla de Israel es que mantienen costos bajos y tienen atención primaria integrando el hospital con la atención primaria y el tener un sistema tecnológico que permite controlar la salud de la población en tiempo real. Ustedes con su expediente de salud electrónico están empezando a construir un sistema en tiempo y adivinen qué. Justamente cuando yo presento un regalo, un libro como este, el porcentaje de consultas en niños en Israel ocurren entre la mamá, el hijo y el médico por medio de un teléfono. Qué porcentaje de consultas son telefónicas. Adivinen. Si adivinan bien se ganan otro libro, se lo pueden regalar a su esposa o guardarlo como regalo de navidad.

El Director Devandas Brenes indica: 20%.

El Dr. Mark Britnell señala:

¿Alguien más quiere adivinar?

El Director Loría Chaves indica: 60%.

El Dr. Mark Britnell anota:

La respuesta es 57%. ¿Qué porcentajes de consultas por teléfono se hacen en Costa Rica? ¿Cuál es la densidad telefónica de Costa Rica? Yo sé la respuesta. Es 200%. Yo veo gente que va en moto en San José con audífonos en los oídos y teléfono. Entonces tiene una penetración telefónica de 200% y 0% de consultas telefónicas. Ustedes me dicen que son un país inteligente. El punto tres es que yo creo que Brasil les copió a ustedes en esto y quisiera que ustedes me eduquen a mí para yo corregir mi libro. Recuerden, estas son las lecciones que el mundo nos da. De esa manera, el programa de seguro familiar en Brasil del 94, no tenían suficientes trabajadores en salud, entonces, tuvieron un equipo de salud que hacían palancas. Donde había un médico, dos enfermeras y entrenaban miembros de la comunidad para llenar sobre los seis padecimientos clave que afectan los seres humanos. Se trata de diabetes, problemas de salud mental, problemas respiratorios, padecimientos muy similares a los que hay en sus países comúnmente. La maravilla de este sistema, aunque ahora está siendo reducido debido a la crisis financiera de Brasil, es que utilizan profesionales de salud y capacitan miembros de la comunidad para que ellos tengan los conocimientos de base con respecto a algunas enfermedades crónicas para monitorear una población de cuatro mil para visitarlos en sus hogares, para ver si están bien, si están enfermos. Han mejorado las tasas de enfermedad y pediátrica, ha reducido las admisiones hospitalarias, pero creo que, al leer la literatura, ustedes cuentan con este sistema. Anoche Luis dijo que ustedes les enseñaron a los brasileños. No sé si es que los brasileños pensaron que ellos lo habían inventado. Pero bueno, cuando yo miro sus equipos comunitarios, nosotros tenemos un dicho: pacientes como socios. Comunidades como proveedores de atención. Porque yo sé que vuestro gasto en salud está aumentando, sus pacientes esperan cada vez más. Sus abogados son cada vez más agresivos, las listas de espera incrementan. A qué tanto quieren conocer con respecto a los derechos y las responsabilidades de las personas y la sostenibilidad del sistema de salud, porque es una conversación muy difícil de tener. Pero por suerte, Román ha sido un Embajador para toda América y tiene todas las habilidades diplomáticas que uno podría desear. Número cuatro, Australia. Lo que hacen los australianos es lo siguiente. Bueno son tres cosas. Lo que han pasado todos sus pacientes de salud mental fuera de las grandes Instituciones. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los califica como uno de los países más felices del planeta, al igual que Costa Rica. Y en tercer lugar tienen soluciones tecnológicas maravillosas, con respaldos psiquiátricos remotos y trabajadores comunitarios locales. Disculpe, en mi informe no pude ver por qué tan grande son sus problemas de salud mental, pero esencialmente con la geografía de Australia, tienen telesalud fantástica y atención psiquiátrica remota fantástica por medio de empresas del sector privado que trabajan para el Gobierno, para el Estado. Para la promoción de salud de los países nórdicos, el tratado del 87, los cinco países escandinavos: Finlandia, Dinamarca, Noruega, Islandia, tienen la tasa de fumado y bebido más baja de toda Europa. Sé que sus tasas están en llano también. Pero ellos hacen tres cosas bien. La primera es que reconocen que el 80% del empleo en las candelarias es por parte del sector privado y por ende les dan a los trabajadores del sector privado incentivos para proteger y promover la salud de los empleados. Entonces, ellos entienden que la salud pública es un tema sagrado. Segundo, un tema que ya ustedes hacen y que de hecho ustedes deberían de estarle enseñando al mundo es la educación en salud a los jóvenes, es la parte más importante de promover salud en la sociedad y yo sé que por vuestro sistema educativo tan bueno, están haciendo mucho. Finalmente, esto puede que no aplique a ustedes. Pero obviamente en la mayoría de los países nórdicos tienen regiones, además de estados y la relación entre el estado a nivel federal y la provincia, tienen una forma muy similar de motivar al público en dejar de fumar, en técnicas para promover la salud, similares. En África como bien ustedes saben, tiene 25% de la carga de enfermedades del mundo. No solamente 4% de los trabajadores (...) al igual

que (...) han ido un paso más allá. El trabajo que yo he hecho en Suráfrica, en Nigeria y en Kenia, consiste en que ellos tienen muy pocos médicos y enfermeros. Entonces, para cosas como el VIH, el SIDA, tuberculosis. En realidad, medios de organizaciones con fines de lucro, capacitamos a los pacientes para que se cuiden ellos mismos y a los ancianos de la comunidad. No estoy diciendo que ese es el modelo perfecto para Costa Rica, pero resulta que ha tenido mucho éxito, pero no tienen ninguna otra opción. Literalmente en África, si no capacitan al paciente, si no le da respaldo y coaching es un tema de vida o muerte. Ustedes son un país de ingresos medio altos, no van a ocupar de esto. Pero como ustedes bien saben con su aliado y amigo de los Estados Unidos, ellos gastan más en investigación y desarrollo que toda la Unión Europea junta. Tienen más premios nobles en ciencia que el resto de Europa o el mundo. Paga más por sus medicamentos que cualquier otro país del mundo y eso les permite a otros países comprar los medicamentos en forma más económica. Yo sé que ustedes tienen problemas con el costo de los farmacéuticos, no sé cuál es el motivo, si es un tema de (...) o si es porque los médicos tienen alguna disciplina con respecto a los medicamentos que controlan. Cuando yo era Director General del Sistema de Salud el puesto que creamos "NICE" el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica que son las nuevas tecnologías, las nuevas terapias y los nuevos medicamentos puedan ingresar al país y analicen y sopesan el costo beneficio. Entre el costo y la cantidad del ajuste calidad de vida y años de vida. Entiendo que ustedes no tienen un sistema de esa índole en Costa Rica, no sé si eso es cierto o no. Eso es algo que tal vez quieran contemplar, porque si reduce la velocidad hacia el mercado, los medicamentos. Es la mayor igualdad también. En Nueva Zelanda tiene un sistema público con la población de cuatro millones, casi tan bello como Costa Rica, aunque no tanto. Implementamos negociadores del sector privado para que trabajen en conjunto con el Estado y los precios bajaron 27%, entonces, yo tengo plena confianza que el problema de San Marcos, ustedes puedan resolver y puede ser reducido. Requiere tener menos dinero en producto, negociar con los médicos, tener un plan de operaciones independiente con respecto a cuáles fármacos deben usarse, qué tecnología debe usarse y su escala masiva y un impulso comercial fuerte con las farmacéuticas. Es difícil y la dama que tiene eso a cargo, usted envejecerá unos veinte años en uno año y medio, pero le aseguro que usted está preparado para hacer ese sacrificio por el bien del país. El punto es que si se analizan países como la India, por ejemplo, que actualmente tiene la tasa de implementación de fármacos genéricos más elevada, entonces, por ejemplo, nuestros medicamentos genéricos en Inglaterra 78% son genéricos, 22% son especializados. ¿Cuál es la mezcla en Costa Rica? ¿Saben cuál es la mezcla? Si no saben cuál es la mezcla, eso me dice que hay una oportunidad masiva ahí.

Susurran:

60-40.

El Dr. Mark Britnell pregunta:

¿60-40? Entonces, tienen todavía espacio de 20% para crecer. Pero bueno, hay formas en las que se puede cambiar esa balanza rápidamente. Pasando a la India y discúlpenme, espero ver sus hospitales públicos; en la India hacen tres cosas: donde hacen cirugías de alta calidad con costo muy bajo y esto se ha escrito en la Revista Harvard Business Review, pero muchos clientes grandes como apoyo Haryana, Max, todas las grandes cadenas hospitalarias de la India, hacen tres cosas. Por ejemplo: los resultados cardiacos en Haryana son ahora mejores que los de la Clínica de Cleveland, costando solo un 20%, aun ajustando por la diferencia en el costo de la

mano de obra. En el centro de Aravind Eye Center ahí hacen cada día, cuarenta operaciones de cataratas en un solo quirófano teniendo un oftalmólogo y otro especialista operando en dos pacientes en forma simultánea. En la India tienen Unidades de Atención Crítica a control remoto, donde tienen unidades en el Hospital, tienen un control donde el médico está básicamente en frente lo que pasa es una cabina de un avión, viendo todas las señas vitales y dirigiendo los médicos y las enfermeras en el hospital local para que sean ellos los que le den la atención al paciente, entonces sus vías de atención son sumamente (...) son codificadas, y son exhaustivas, sus sistemas informativos y sus expedientes electrónicos están vinculados a sus protocolos y en tercer lugar administran su sus médicos. En cuestión de desempeño sus incentivos realmente casi que tienen (...) para asegurarse que el médico se desempeña a los costos, a la calidad y las normativas gubernamentales definidas para ese hospital y creo que ustedes tienen la oportunidad para que el centro Sur y Latinoamérica definan nuevos estándares en salud, pero todos los protocolos que pueden establecer (...) yo soy Dios yo conozco mi especialización mejor que nadie más, traemos cinco o diez expertos internacionales que el médico conoce que ya leyó sobre ellos y tendremos un consenso clínico sobre lo que es una mejor (...) todo el mundo quiere venir a Costa Rica, no es difícil para mí encontrar los diez mejores profesores de cirugía cardíaca de todo el mundo, creo que se cómo los podemos ayudar a aumentar la calidad y estandarizar, producir costo e incrementar volúmenes para que las listas de espera disminuyan. En Francia, los franceses creen que el sistema de salud es el mejor del mundo porque son franceses. En Francia un paciente puede escoger el hospital que quiera, público, religioso o privado. Y tenemos tarjetita verde la tarjeta del seguro y los precios son iguales en todo lado, público, privado o religioso, pueden elegir. Bueno, yo sé cómo se sienten ustedes al respecto de utilizar las capacidades de los hospitales privados para pacientes públicos, pero desde luego hay formas de negociar los precios, volumen y darle más opciones a la gente. No sé si eso será (...) en Inglaterra, cuando yo era director teníamos un problema de lista de espera larguísima, había pacientes al 2000, estaban esperando más de un año para una cirugía cardíaca, los pacientes se morían, esperando una cirugía cardíaca y nos pidió expandir nuestras capacidades tanto como económicamente fuera posible, fuimos a los hospitales privados y le dijimos si les pagamos a ustedes, ustedes le dan a tratamiento a los pacientes públicos y nos dijeron no váyanse no queremos su dinero, no es suficiente, y le dijimos esa es su respuesta final, y nos dijeron sí esa es nuestra respuesta final, entonces trajimos a los alemanes y los franceses y crearon Centros de Diagnóstico para que en el mismo día un Centro de 24 horas hacía todas las articulaciones, los ojos, y después de un año les dijimos quieren hablar y nos dijeron que sí nos encantaría hablar. 24% de todos los ingresos ahora en hospitales privados vienen del Estado, nosotros los controlamos, su precio, ellos hacen lo que nosotros queremos, es solo una estrategia, pero depende qué tan rápido quieran disminuir las listas de espera, lo único que quiero decir es que Suiza es el más que gasta en salud, más que Estados Unidos de América. No puede haber sistema de salud sin creación de bienestar, entonces yo analizo las cinco ventajas comprometidas de Suiza en creación de capital, algunas ustedes las tienen, ustedes saben que Suiza no tiene recursos naturales, es el país más innovador del mundo, primero que todo porque tiene gobernanza y transparencia. Segundo tiene alta proporción de educación. Tercero tiene una buena relación entre los empleadores y los empleados, en un mercado o en una estructura de gobernanza altamente participativa. Cuarto gasta mucho en investigación y desarrollo. Quinto, tiene mente abierta en migración. Ahora yo sé que hay problemas en Latinoamérica. El punto es el siguiente que sin creación de capital no puede haber buena salud, bueno pero el trabajo que hemos realizado es que sin salud no puede haber un crecimiento económico sostenible, por ejemplo, hemos construido modelos que muestran que una población más saludable reduce la enfermedad, reduce las (...) laborales, hay una productividad



más elevada a lo largo de 20 años, 4.8% del crecimiento del Pyme (...) entonces creemos que hay distintas formas de dar (...) al gobierno, finalmente sé que vuestra población está envejeciendo. Saben que este es un problema grande en Europa, en China y en Singapur y en Taiwán. Japón hizo tres cosas, primero que todo sus políticos son muy (...) cualquier persona que tenga 40 años de edad, tiene que pagar dos centavos más (...) cuatro centavos más por dólar para garantizar la salud. Segundo permitieron que los hospitales administraran los centros para la salud de los ancianos. En tercer lugar, comenzaron a pagarles a las familias para que cuidaran sus ancianos. La estructura familiar se iba desquebrajando, tal vez ustedes no enfrentan eso aún. En cuarto lugar, no sé si alguna vez vieron una mujer de cien años con la (...) o una persona de ochenta años recibiendo clases de aeróbicos por parte de un robot, no es ciencia ficción. La OMS (Organización Mundial de la Salud) invirtió treinta mil millones de dólares en el futuro de la robótica para tener cuidado de los ancianos. Quiere ser el líder mundial en robótica. En Singapur he visto robots transportar pacientes en los corredores de los hospitales, pensé finalizar con un poquito de ciencia ficción. No voy a hablar de todo esto a fondo porque ya se me agotó el tiempo pero yo voy a cualquier país y me reúno con el Ministro de Salud o personas ilustres como ustedes, me gusta leer todos los informes, me gusta conocer a las personas, me gusta mirar las políticas y luego trato de ir a los hospitales y las clínicas, y pido que me muestren, coloco mi dedo por los políticos y las políticas y trato de vincularlas a los pacientes. Ustedes pueden jugar lo que quieren pueden darle una puntuación a sus sistema de salud con respecto al siguiente (...) tiene una excelente sistema de prevención y promoción de salud entre el sector público y privado, sí o no.

El director Salas Chaves indica: Sí.

El Dr. Mark Britnell:

Muy bien. Ustedes segmentan su población y la estratifican con base en las enfermedades que padecen y les dan tratamiento con base en las enfermedades por medio de un sistema de gestión poblacional de la salud. No se preocupen muy poca gente lo tiene. Tienen salud primaria escalable con diagnóstico. En camino. Han centralizado sus especialidades clínicas en los hospitales donde deben de practicar medicina especializada en alto volumen. Tienen guías clínicas (...) por ciencia de mejoras de (...). Muy bien. Planean desarrollar su fuerza laboral. Si, sus hospitales manejan la comunidad o nada más aceptan lo que les indiquen bien. Tienen un centro médico ostentable y para el cuidado de los ancianos con telemedicina que le brinda en los hogares, servicios de salud mental basados en la comunidad y finalmente cuando hablamos de la muerte, se aseguran de que la mayoría de los pacientes mueran en casa o en el hospital, destino a su elección. Creo que unos sí o unos no lo cual es bueno. Finalmente, no voy a ahondar demasiado (...) a la hora de hablar con gobiernos, el primero creo que ustedes pueden enseñarles a los demás países, es salud universal. Cuando yo me reuní con el Ministro de Salud japonés, ellos tampoco tienen un verdadero ejército después de la Segunda Guerra Mundial, una inversión de tres mil millones de dólares en salud universal, esa es la mayor extensión de nuestro poder no militar en la que podemos pensar si queremos ayudar a los países asiáticos previo a las Olimpiadas de Tokio de 2022. Y les hablo seriamente lo que ustedes tienen son las herramientas más las armas más fuertes de poder no militar de todo el planeta, tienen un sistema de salud universal con setenta y siete años de edad y eso es bastante chiva y muy valioso. La innovación escalable tiene que ver con continuidad y cambio. No quiero volverme muy abstracto y teórico esta mañana, pero por supuesto que ustedes enfrentan una (...) a la gente les encanta ver su

sistema de salud y no quien que cambie, pero si quieren que cambie, entonces ese es el tema de la tecnología, de la ciencia, le mejora de la ciencia o de la inteligencia artificial, atención médica, solo es preguntarle a la población y decirle ustedes necesitan tomar más cuidado de vuestra propia salud. En teoría moderna se le llama y discúlpeme y es una frase muy anglosajona es una organización de alta confiabilidad. Hay organizaciones que no son clínicamente perfectas, pero tratan de no causar daño, de no tener defectos, demostrar que los resultados son superiores a la competencia. Creo que aquí no lo tienen y creo que deberían de comenzar a contemplarlo porque como bien lo sabe la calidad es la espada y su escudo también. La libertad de un médico es las esposas de otro médico. Primero que todo, quería agradecerles porque completé mi segundo libro ayer, terminé el último capítulo y el libro sobre la carencia de fuerza laboral global y está publicado por la Universidad de Oxford y quiero compartirles un pequeño borrador por una módica suma, pero es un tema masivo, como ustedes sabrán en el año 2030 el mundo necesita ochenta millones de trabajadores en salud y solamente vamos a producir sesenta y cinco millones de ellos, van a faltar quince millones de trabajadores en salud, o 18.5%, entonces uno de cada seis trabajadores en salud, la población envejece, entonces, (...) menos trabajadores produciendo menos impuestos para los ancianos y a la vez las Naciones Unidas, las metas de desarrollo sostenible, cada país ha prometido lograr salud universal, entonces en mi segundo libro gratuito usted no puede (...) porque usted ya ganó. Qué porcentaje de los países mundiales tiene salud universal actualmente, qué porcentaje de salud en el mundo tiene salud universal actualmente, quién quiere adivinar. La respuesta es 40%, pero en ninguno cerca de ustedes, imagínense la guerra de talentos que estos gobiernos logran ponerse las pilas y todo el mundo decide lograr salud universal para el año 2030, Barack Obama decidió crear el Obama Care y crear salud universal porque como saben Estados Unidos es el único país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que no tiene salud universal, saben cuántas personas se empleó en cuatro años, uno punto cinco millones de trabajadores en salud, el mismo tamaño que el servicio de salud internacional, filipinos, mexicanos, australianos, británicos. Actualmente no hay posibilidad de que Donald Trump siga empleando salud universal, pero piensen en otros países del Caribe. Y una de las cosas que estamos trabajando es cómo utilizar la tecnología para respaldar los seres humanos no en salud, no deshaciéndose del trabajo, simple se ocuparan más trabajo que trabajadores, pero para respaldar se bien que la exportación primaria de Costa Rica era el café, pero ahora son los servicios profesionales y tengo la razón que es (...) por qué no convertirse en el líder de Sur y Latinoamérica en salud, tecnología, inteligencia artificial, gestión de salud poblacional, toma de decisiones clínicas y definirse como una de las principales economías para hacer un paradón de virtud para el resto de Latinoamérica. Ustedes tienen las habilidades y tienen la herencia, bueno es un paréntesis, empoderamiento del paciente, ya mostramos un libro que cuando un paciente se empodera con respecto a su función de consumo de atención médica se disminuye entre ocho y veintiuno por ciento, si se le da el respaldo adecuado, entonces ustedes ya saben que en Alemania tuvimos nuestra Conferencia en Salud Global, hay una empresa que se llama ADA, si tenemos más tiempo ahora en adelante voy a descargar ADA y si no les molesta uno de ustedes me puede contar cuáles son sus padecimientos médicos y hablarán con un robot, yo padezco de facia plantar, dolor en la planta del pie, es cuando uno estira los músculos en la base de su pie y eso causa dolor, yo en la Conferencia Médica de Berlín ADA ellos tienen médicos y me dijeron no diga su padecimiento dieciséis preguntas después me dijeron que yo tengo 85% de probabilidades de padecer de facia plantar y no sugiero que toda Costa Rica deba simplemente hablar con un robot, pero sí pueden respaldarlo y respaldar nuestros clínicos que estaban preocupados, y ustedes tienen más que enseñarle al resto del mundo que les puedo enseñar yo a ustedes y el envejecimiento es que era un problema

en Costa Rica actualmente. ¿Hay problema en el envejecimiento de la población? Singapur nos pidió analizar todo el mundo y buscar los mejores ejemplos de atención para (...) y encontramos varios: escribimos un libro que se llama “Una Edad Incierta”. Se analizan 26 grandes ejemplos de atención para los ancianos, y vamos a hacérselos llegar para que ustedes vean lo que hacen y lo que no hacen, como otro regalo gratuito. Finalmente, mi libro sobre la crisis en salud global en cuanto a fuerza laboral, ¡miren estas cifras! Pero, tal vez Costa Rica va a estar bien, India necesita 4 millones de enfermeras, China ya aflojó la política económica, cuando aflojaron un poco sobre la política se les olvidó tener obstetras, van a ocupar 180.0000 Obstetras para el 2020. Este es otro tema, como ustedes saben su población está disminuyendo, triplicó la cantidad de enfermeras en 13 años, pero ahora ocupan más de 2.5 millones más. La población de fuerza laboral tradicional de mirar la prevalencia de una enfermedad y mirar la tasa de fertilidad en la población y la demográfica de un país, la severidad de las enfermedades de un país y a esos economistas para planificar qué tanto personal ocupan, ya no es pertinente esto, hay formas, pero van a tener que comprar mi libro. Todas mis ganancias van a la investigación de cáncer de próstata, así que no me hago rico. La salud es capital, la productividad, no la eficiencia es clave. Cuando uno ve la innovación en las empresas, los que van de punta y los que vienen rezagados; los rápidos y los lentos, podemos ver que las empresas líderes tienen productividad de 3.5%, mientras que las que vienen rezagadas tienen 0.5%. Salud, a nivel global es 0.9%. No sé si ustedes saben referente a la productividad en salud, si se invierte en capacidad de capacitaciones de tecnología en Inglaterra un incremento de 1% vale 250 libras esterlinas; no voy a entrar en detalles; pero pueden ver que por cada dólar que se invierte uno puede generar unos siete dólares, agregándole un 5% del Producto Interno Bruto (PIB) a un país a lo largo de 20 años. Esto es el final de mi presentación y análisis con la primera mujer que ganó el premio Marie Curie, y siempre lo digo a donde quiero que yo vaya “no hay que tenerle miedo a nada en la vida, hay que entenderla”, es el momento de tener más para tener menos. Ha sido realmente un placer y un honor estar con ustedes el día de hoy y quisiera escuchar sobre sus problemáticas, pero sí les agradezco su atención, es un honor estar aquí y con gusto contesto cualquier pregunta u observación que puedan tener. Gracias.

Externa el doctor Macaya Hayes:

El agradecimiento al doctor Mark Britnell, por ese tour alrededor del mundo de la salud. Creo que ya vimos muchos buenos insumos, algunos puntos salientes pero distintos sistemas de salud y sus fortalezas, creo que cada uno de nosotros trata de aterrizar los puntos en Costa Rica y donde cabemos nosotros en cada uno de esos parámetros; pero voy a ceder la palabra por cualquier pregunta que puedan tener.

Al doctor Salas Chaves le parece:

Muy importante la presentación, porque tenemos una visión bastante global de lo que está ocurriendo alrededor del mundo y por supuesto que esto es muy importante esto, es un tema en el que siempre estamos cambiando e innovando y constantemente modificando. Quería contarles que en realidad esta Institución es una institución que nunca ha dejado de nunca de renovarse y quisiera contarles que Bryan Elbows fue la persona que en 1980 vino y se quedó con nosotros, vino varias veces, cuando Jorge Arturo Hernández Castañeda era el Gerente Financiero y aquí se distinguió cuando la capacitación que en aquel tiempo era un tema importante. Después vino Bryan Harman estuvo con nosotros por un largo tiempo enseñándonos sobre medicina de familia

y cómo establecer el dominio de familia y la especialidad de familia especialmente en matrimonio en Costa Rica ha empezado a moverse. Han venido personas que nos han ayudado, entendiendo los cambios y los deberes que tenemos que hacer. Hemos tenido la posibilidad de y la suerte de por ejemplo cuando yo realizaba toda la gira por los diferentes países de recordar por ejemplo las primeras enfermeras en las comunidades (...). Esta Institución, además, es la responsable del Sistema Nacional de Pensiones y del Sistema Nacional de Pensiones No Contributivo para los pobres, entonces tenemos el Programa de Prestaciones Sociales, entonces hay una integralidad de la prestación y que de aquí, sin duda, hemos contribuido al rol de la Organización Panamericana de la Salud en exportar un concepto de protección social que coincide muchísimo con lo que Bryan Elbows planteó aquí, con protección social, no solo salud, todo un conjunto de protección para la familia y el individuo. (...)

Manifiesta el Dr. Mario Devandas:

Quisiera resaltar de la presentación. En este momento nosotros estamos desarrollando un Proyecto de Modelo de Atención del nivel más importante, del nivel altamente especializado. Sería importante para ustedes que se familiaricen con este proyecto. Quiero destacar la participación de la comunidad, nosotros tenemos por ley de crear en cada centro de atención juntas de salud en los que participan las comunidades, de acuerdo a las supervisiones y creo que una tarea para estas juntas de salud es extender estas juntas de salud, capacitarlas y además prevenir y promocionar la salud. En el Área de la de Huetar Atlántica (costa Caribe) estamos implementando totalmente este proyecto con resultados extraordinarios. Tenemos algunos problemas con el desarrollo de la atención, para coordinar, se está trabajando en eso. Por diversas razones, efectivamente estamos teniendo problemas con los precios de las medicinas, pero sí tenemos en la Institución un área de fármaco que analizan las etiquetas y la seguridad del medicamento y establecen el listado de medicamentos. Hay muchas tensiones en esto, para introducir los medicamentos. Hay que avanzar en la evaluación médica de tecnología, no solamente medicinas, sino que también en tecnología. La otra observación es quién regula el ejercicio de atención médica en el Reino Unido y cómo se decide la formación de especialistas, porque ahora que usted dijo que el Reino Unido aprobó especialistas de Alemania y Francia para establecer un nivel de competición, tenemos aquí el problema que eso no lo podemos hacer aquí y que el Colegio de Médicos en Costa Rica tiene en esta Institución únicamente doctores costarricenses, ellos no aprueban prácticas médicas con estos nuevos doctores, por lo que tenemos un problema con la formación de nuevos especialistas, hay médicos generales en Centro América que los podríamos traer pero no los podemos poner a trabajar y no tenemos todos los especialistas que necesitamos. Por último, una observación, referente al tamaño de nuestro país, algunos pensamos que los hospitales complejos deberían tener especializaciones con otras bases, porque principalmente estarían reestructurando los servicios, me gustaría que tomaran nota de esta esta visión particular.

Piensa el doctor Britnell:

Que hay tres preguntas muy interesantes. Primero, los médicos también tienen un regulador médico que es el Consejo General, que es el que regula las destrezas profesionales, todos los doctores son responsables ante este Consejo y hay contratos con los hospitales y ellos son responsables ante el Gerente General y su desempeño es controlado, pero este Consejo Médico es el que vigila estos estándares médicos. También tenemos un concepto que se llama

governabilidad, este consejo médico está formado por tres o cuatro grupos, pero es independiente del Gobierno; pero tenemos un concepto que se llama gobernabilidad clínica en donde todos los médicos, las enfermeras, los fisioterapeutas, este concepto es doctrina de gobernabilidad clínica que yo les podría mostrar documentos, es la forma en que nosotros llevamos un control de los médicos y lo llamamos “contrato de empleo” que se adhiere a las mejores prácticas de la gobernabilidad clínica. De hecho hemos creado nuevas políticas que se incluyen en estos contratos entre los médicos y los hospitales. Lo segundo que ustedes mencionaron es cómo es que nosotros podemos traer médicos, todavía en aquel momento sí era muy fácil para nosotros traer médicos de Francia y Alemania, porque éramos parte de la misma área económica, pero ahora en Inglaterra nosotros reconocemos los estados profesionales de ciertos países, por ejemplo un médico australiano, canadiense, alemán o español puede venir a Inglaterra y practicar, porque nosotros tenemos acuerdos recíprocos acerca de los niveles de competencia. No sé si ustedes podrían hacer esto aquí en Costa Rica, pero tienen que tener cuidado, porque los médicos en Hong Kong también controlan las licencias que se otorgan y usted estaba diciendo que aquí en Costa Rica hay algo parecido. El año pasado en Hong Kong, que tenía una escasez de médicos, ellos lograron admitir únicamente doce médicos en el país, debido a la práctica privada. No sé si los médicos aquí en Costa Rica trabajan únicamente en hospitales médicos, en hospitales privados o en ambos. Nosotros realizamos un reporte para la comunidad europea analizando los pagos a los médicos y viendo las diferentes formas en que nosotros podríamos brindar incentivos. En tercer lugar, si ustedes tienen problemas de filas, que sé que tienen, en Hong Kong lo que el Gobierno hizo es que se cansó de que los médicos fueran los que tenían al país como rehén y entonces crearon cuatro oficinas internacionales, en donde tenían un consorcio privado que podían venir a construir un hospital y podrían utilizar médicos de Hong Kong para reducir las filas, la población de Hong Kong es de 7 millones, pero funcionó y las filas se están reduciendo; pienso que todo esto depende de la voluntad política. Hay un dicho español que dice: “divídalos y conquistelos”. Es lo mismo, en donde algunos médicos estarían preparados para trabajar con diferentes contratos, para reducir las filas; sin embargo, posteriormente usted podría brindarme mayores detalles de los problemas y yo estaría gustoso de hablar sobre soluciones. En cuanto a la logística, la cadena de aprovisionamiento, pienso que hay diferentes formas de reducir costos. ¿Tienen ustedes una fórmula nacional para las medicinas? ¿Con cuánta frecuencia se revisa esta lista?

Responde el doctor Macaya que se revisa continuamente.

Prosigue el doctor Britnell:

Es decir, ustedes empezar a poner filtros, ustedes lo hacen a través de consenso químico, usando las mejores prácticas en caso de que algunas compañías farmacéuticas se pongan de acuerdo.

La Arq. Gabriela Murillo manifiesta:

Quiero comentarles que setiembre fue un mes especial en Costa Rica, pues en este momento estamos coordinando un proyecto, probablemente uno de los proyectos más grandes que hemos tenido en Costa Rica en el área de salud, y es el Expediente Electrónico Único en Salud y es que la palabra único. Hace un poquito más de seis años tuve la oportunidad en Inglaterra para observar el trabajo electrónico, principalmente para tener una idea para probar un proyecto y de darle forma a nuestro proyecto. El EDUS, como se le conoce aquí, es un proyecto, un software



que había que implementarle el tema de fibra óptica, estructura, equipamiento, el proyecto tenía una meta de capacitar casi 35.000 personas. Estamos con una cobertura de 1.100 EBAIS, 29 hospitales, prácticamente tuvimos un gasto de 500 kilómetros de fibra óptica. La Caja pasó a triplicar la inversión tecnológica, incluso este tema se volvió hasta los estrados políticos y se generó una ley. En el mes de setiembre estaríamos cerrando el proyecto, con una cobertura de tres niveles de atención. Esa herramienta que en este momento ya está prácticamente cerrando toda la cobertura, creo que no es una meta en sí mismo, esto es una apertura. (...) ¿Qué nos dice el EDUS? ¿Qué hacemos con ese cúmulo de información? ¿cómo lo convertimos en conocimiento? Hay que desarrollar todo el tema analítico. El otro tema es evolucionar software para apoyar la gestión clínica, mejorar la seguridad del paciente, la cantidad de acto médico, con esas herramientas. Voy a hacer un paréntesis aquí, hace muchos años el doctor Morales viajó a estudiar a Escocia para la especialidad Geriátrica y trajo ese modelo a Costa Rica, modelo que después fue un éxito, los invito para que sea un modelo familiar para ustedes, y ahora tenemos dos modelos. Cuando hablamos de estos problemas tecnológicos, tenemos otros retos para la evaluación de tecnología médica, Costa Rica está actualmente aventurando en esta área. Costa Rica pertenece a la red Latinoamérica de evaluación tecnológica y tenemos la política que será analizada por nuestro Junta Directiva y vamos a recibir un futuro al doctor Alexander Lenburger y estamos capacitando a personal, lo que estamos haciendo es trabajando fuerte esta área de evaluación, la oferta de la tecnología en el mundo es inmensa y nosotros como país debemos ser cuidadosos, debemos ser muy inteligentes en lo que seleccionamos y en lo que no seleccionamos con el EDUS, y con la información. Lo último que comento es sobre la innovación y aquí viene la pregunta, cuando visité hace seis años el Reino Unido, ustedes iniciaban con la tarea de qué hacer y gastos y recuerdo que yo estaba con el tema de participar en el sector privado que aprobaba ideas y recuerdo que en ese momento había la opción de biografía de la foto de alta resolución antes de entrar a hacer la cardiología, la fotografía era evaluada usando imágenes. Pienso que en cuanto a la innovación, en un viaje alrededor del mundo, qué país tiene mejores innovaciones y qué sistema de salud ha fomentado la innovación en gestión y formas de trabajo.

El doctor Britnell apunta:

Es una excelente pregunta. Creo que la impresión que tuve basado en las preguntas y comentarios que me hicieron de mi propia lectura es que van atrasados en protocolos clínicos en la digitalización de esas vías y en el control de flujo de los pacientes, lo cual como bien saben hay abundante literatura de Estados Unidos al respecto publicado por Virginia Mason's, Intermountain y organizaciones de esa índole que aplican mucho de literatura al respecto; en Europa tenemos Karolinska, en Suecia tenemos Erasmus y el Centro Médico de Países Bajos en Ámsterdam, tenemos el Hospital Universitario en Londres, en Alemania tenemos Talias, una cadena hospitalaria, en Australia hay algunos hospitales Melbourne Royal, en Sídney North Shore, pero a lo que voy es a lo siguiente, no estoy tratando de evadir la pregunta, pero debido a que la práctica y protocolos clínicos, capacitaciones de tener una clínica ambulatoria productiva o una clínica primaria productiva, todo ese tipo de cosas ya se han documentado y pueden ser contextualizados o tropicalizados para Costa Rica. Si mi hipótesis es más o menos correcta, ustedes han hecho progreso en muchísimas áreas, pero no en el rediseño de protocolos clínicos. Esto es un tema que se puede enfrentar, por supuesto que hay que enfrentar la cultura organizacional del hospital, pero hemos escuchado que este sistema es algo que es esencial al ser costarricense, así que no dudo que las personas van a lograr enfrentar el obstáculo, y sí sé que hay obstáculos fiscales. El desarrollo del equipo, la capacitación del personal y la modernización del

equipo clínico pueden resultar en una reducción del gasto, porque no lo han hecho antes, lo que significa una coincidencia fortuita, una colisión de eventos accidental pero muy fortuita que trae grandes beneficios inesperados.

El Director Loría Chaves señala:

Quiero comenzar diciendo que el Sr. Miranda nos contaba que cuando él estaba en Chile en los 60's un profesor chileno presentó el Modelo de Salud Universal presentado en Chile (...) Hemos tenido experiencias con la Dra. Lilia Uribe logró deshospitalizar los pacientes psiquiátricos (...).

El doctor Britnell apunta:

Como les dije, no sé lo suficiente sobre Costa Rica, pero creo que su desarrollo comunitario es algo muy importante a nivel de salud. En muchos países a nivel mundial incluyendo el mío, Reino Unido, han destruido esas relaciones con la comunidad y ahora están gastando mucho dinero tratando de volver a crear esos lazos. Punto número uno: ustedes tienen algo que es oro puro. Punto número dos: es que todos estamos envejeciendo, y en mi libro mencioné, que lo terminé ayer, yo no creo que la inteligencia artificial ni la cadena de bloques, ni el aumento competitivo substituirían miles de trabajos, creo que van a substituir miles de tareas; la diferencia entre esos dos puntos es sumamente importante porque vamos a necesitar por lo menos 15 millones más de trabajadores en salud en todo el mundo para el año 2031. En algunas partes de la economía claro que se va a reducir la mano de obra en forma drástica, pero no creo que en el ámbito salud haya una reducción absoluta en la cantidad de trabajo, habrá una reasignación de tareas. Sabemos que en el mundo desarrollado entre 20% y 25% de enfermeras pasan llenando papeles y caminan que son actividades no productivas. Yo ya lo sé, lo vi en el Hospital Universitario de Burlington que actualmente es pionero en el uso de la inteligencia artificial y ese 20% ha sido reducido a un 7%. Sabemos que hay médicos que pasan 35% hablando por el hospital sin ningún valor agregado alguno, ya sea porque no tienen el expediente electrónico, porque están volviendo a ordenar análisis de sangre o radiografías y eso se ve en todo el mundo en distintas industrias, nos acercamos lo suficiente a los procesos de atención médica, de análisis de las tareas, no de los trabajos ni los empleados; pero se requiere la agilidad organizacional para ver cuáles tareas van a ser desplazadas por la inteligencia artificial, creo que en salud las máquinas vienen en paz porque no tenemos suficientes trabajadores. Si no tuviéramos la tecnología en los próximos 10 años, millones de seres humanos morirían innecesariamente, por esto siempre debemos creer que la humanidad crea los robots y no viceversa. Saben que la pintura es la creación del libro del Génesis, Miguel Ángel tomó cuatro años en pintar la Capilla Sixtina, tenemos 12 años más previo a enfrentar la crisis de carencia laboral en el mundo salud.

El Dr. Cervantes Barrantes indica:

Esta es una institución que queremos mucho. Nosotros asumimos los hospitales, ya que anteriormente eran del Ministerio de Salud y en su momento decidimos asegurar por el Estado a todas las personas que no tenían una modalidad de pago y eso a algunos nos pareció muy difícil y decidimos también darle una opción a aquellos que no habían cotizado, pero hay que hacer muchas cosas y hemos venido hablando de todas las cosas que hay que hacer. Hay que volver a capacitar, antes lo hacíamos, y estoy tratando de recordar por qué ya no lo hacemos, tenemos que volver y ser oídos, hacer promoción de la salud, establecer un sistema nacional de nuevas

tecnologías, tenemos mucho trabajo por hacer. Sobre los retos, yo diría que personalizar estos retos (...). Muchas gracias por la presentación y vamos a ver qué más me encuentro en su libro.

El doctor Britnell manifiesta:

Muchas gracias, realmente esas palabras son muy importantes para mí, viniendo de alguien como usted, en su posición. A nivel global, si tengo 30 personas que trabajan para mí y que me mantienen en movimiento, tratamos de analizar la estrategia de su organización, pero no lo hacemos un documento público. Gabriel me pasó un poco de información, pero yo no logré con facilidad encontrar esa información. La frase de moda es agilidad organizacional, porque usted sabe que ni Google ni Apple controlan el mundo entero, lo mismo planificar con escenario distinto y pensar dónde colocar nuestros esfuerzos a nivel de recurso humano o capacidad intelectual y dinero. Si ustedes están tratando de reinventarse y refrescarse deben de tenerse un plan flexible sumamente importante, puesto que todo el mundo sabe que hay problemas financieros. Esta mañana, al desayunar, vimos el tema de las presiones fiscales que ustedes enfrentan y no sabemos si esta Institución es inmune ante estas presiones fiscales o no, pero hay que ver opciones para el plan eficaz a lo largo del tiempo, para una recuperación financiera. Es importante, y por cierto ustedes no son Italia, nosotros estamos finalizando un trabajo grande en Italia y ellos tienen 14-15 regiones y la Unión Europea nos dijo que fuéramos a ayudar a los italianos, 9 de estas regiones. Recibimos amenazas de muerte y de bombardeo porque íbamos descubriendo cadenas de suministro (...) De seguro esto no ocurre en Costa Rica, pero hay mucho trabajo por hacer. El punto es que si ustedes no tienen una estrategia, entonces el dinero va a ser el que dicta quiénes son y quiénes serán y para un país y una organización tan orgullosa y tan buena como ésta, eso sería una farsa; pero si no administran el dinero, el dinero los administrará a ustedes.

El Lic. Ronald Lacayo señala:

Agradezco por compartir esta información. En cuanto al sistema financiero del modelo contributivo del mundo (...) Tal vez nos pueda realizar una presentación sobre su experiencia sobre las contribuciones y cómo enfrentan estos cambios para poder identificar el modelo de financiamiento y cualquier otra experiencia.

El doctor Britnell apunta:

Gracias por compartir una de las preguntas más difíciles al final de esta presentación. Creo que estamos hablando de dos cosas distintas. Una es lo que llamamos en el occidente la economía del trabajo. La segunda es la del mercado negro, la de las personas que trabajan pero que no contribuyen. Actualmente en la India, como ustedes probablemente saben, Modi acaba de anunciar el sistema de salud más grande de la humanidad, las 6 millones de familias más pobres para 550 millones de personas. También están tratando de establecer cobertura y tal vez sería bueno que nos invitaran nuevamente, hay 6-7 estrategias que estamos buscando en la India, de identificación biométrica de servicios que los indios desarrollan. Literalmente censos poblacionales, ir donde empleadores como UBER, comunidades y literalmente comenzar a hacer conteos de seres humanos y computarlos, compilarlos y enlistarlos. Obviamente hay una gran economía informal de mercado negro en la India, y también una enorme economía del trabajito. Voy a llamar a la India y tratar de conseguir información de aquí a mañana, no es mi tema de

especialización, pero sí hemos trabajado en la India, es un mercado más grande en ese sentido. Estamos en varios estados y el más grande tiene 75 millones de personas, por lo que creo que 5 millones es manejable. Actualmente estoy trabajando con la Junta de Seguro Nacional de Trinidad y Tobago y ellos enfrentan el mismo reto con el sector informal y no hay una solución mágica, pero lo que han propuesto hacer es incrementar la eficiencia por medio de la implementación de un sistema de TDI integrado que permita a sus trabajadores alejarse de trabajos de tipo transaccional, ya que ocupa mucho de su tiempo y para enfocarse más en los temas estratégicos de gran impacto, dándoles el ancho de banda para por lo menos resolver algunos de sus grandes retos, como por ejemplo llegar a aquellos que están en la economía informal y traerlos a la Caja.

El Gerente de Pensiones manifiesta:

Igualmente estoy agradecido con la presentación. El Gerente de Pensiones, como lo mencionaba el doctor Salas, el país ha venido en años pasados analizando el tema de (...) Obviamente esto también preocupa en término de los costos de la atención médica (...)

El doctor Britnell indica:

Esta es una pregunta bastante profunda y yo lamentablemente no soy la persona adecuada para responderla. En la noche me comunicaré con un inspector global en pensiones para que hable con usted. Mi experiencia a menudo es que va a empeorar su trabajo extendiendo la cobertura a personas cada vez más mayores, entonces tendría que comunicarme con algunos de mis colegas de KPMG Global en pensiones para plantearles su pregunta. No quisiera darle hoy una respuesta superficial. Creo que no tengo la respuesta.

El Dr. Macaya Hayes señala:

Ayer regresé de una gira de Limón que tiene índices de desarrollo que tiene índices de desarrollo menores al resto del país y nunca he regresado tan optimista de un viaje como en la gira de ayer, porque lo que encontré fue un cuerpo médico y clínico comprometidos con su trabajo e innovador. Creo que el doctor Salas resumió bien al decir que es un honor estar en esta mesa y efectivamente cuando uno ve el alcance de ver un EBAIS nuevo en Matina al final de un camino de plantación de bananos, moderno con un Consultorio de Odontología que puede hacer electrocardiogramas, con farmacia, inseminaciones, etc. donde la fibra óptica llega hasta ahí, y ver que eso es la presencia del Estado costarricense, pero eso también es una enorme responsabilidad, tomemos las decisiones más acertadas para llevar esa cobertura de pensiones a nuestra población, tenemos grandes retos con el crecimiento de la población. Costa Rica, cuando se creó la Caja era un pueblo descalzo y entre más envejecemos tenemos más expectativa de vida al punto donde a los 90 años esa generación tiene la expectativa de vida más larga del mundo, los hombres se acercan a las mujeres en expectativa de vida a los 90 años en Costa Rica. Tenemos enfermedades crónicas muy importantes y algo que me llamó la atención es que en el Hospital Tony Facio más del 50% de pacientes tienen diabetes y hay incidencia de ciertos tipos de cáncer muy elevados. Creo que en términos de gestión hemos tenido debilidades en admisión de protocolos en la gestión de la calidad y hasta cierto punto en la administración del hospital pero tenemos grandes oportunidades, estamos en un momento donde básicamente estamos a tres semanas de implementar el Expediente Electrónico Único (EDUS). Eso es un cambio

trascendental que ya está a las puertas. Mencionaba el doctor Britnell que el celular es una de las herramientas para la gestión clínica. Tenemos una población muy tecnológicamente cómoda. Tenemos 28 años de estar haciendo pruebas al 100% de los activos de 51 enfermedades congénitas, eso es el 31% de la población y todas esas pruebas están almacenadas. Hay una confluencia de factores donde tomar las decisiones en este momento tienen una gran responsabilidad. Quiero agregar una última oportunidad que tenemos y es que no solo tenemos una organización de mucha mística, sino que esta Junta Directiva es una Junta Directiva que está dispuesta a tomar las decisiones que hay que tomar y hacer las inversiones que hay que hacer. Lo que nosotros necesitamos es el manejo óptimo de la información para tomar las mejores decisiones.

El doctor Britnell apunta:

Muchísimas gracias Román, gracias damas y caballeros. Realmente ha sido un gran honor para mí presentar y hablar con ustedes sobre el futuro. Anoche conforme iba caminando vi muchas fotografías viejas de hombres y mujeres, niños y niñas trabajando en el campo con carretas, vi el mercado y le dije al taxista qué cambio más enorme en 18 años y me dijo:

“casi todos hablamos inglés, todos manejamos carro y hay mucho más estadounidenses, pero somos un país feliz”. No sé si le pagaron o no a esta persona, pero él habló de su país con términos realmente reverenciales y uno no encuentra eso con mucha facilidad. El sistema de salud es tan importante para ustedes, para su pueblo y para su país, sería un honor para nosotros trabajar con ustedes, pero ustedes tienen imaginación para hallar su propio futuro; sin embargo hay tendencias a nivel global que si ustedes llegaran a conocer más a fondo creo que posiblemente adoptarían e implementarían en forma muy rápida y eficaz. Estamos a la orden para ayudarles y muchísimas gracias por su tiempo. Mil últimas palabras el día de hoy son que no creo que ustedes estén enfrentando ningún reto en cuanto a pensiones que no se pueda solventar por medio de buena gestión, porque son un sistema bien financiado, tienen bases muy sólidas y aún no han implementado todas las más recientes técnicas de manejo que mejorarán sus procesos actuales. Creo que tienen mucho trabajo por delante y mucho para mejorar la calidad. Si bien es cierto que el 50% de las camas de hospitales eran de diabéticos, eso me dice que el sistema no está adecuadamente integrado, hay menos manejo de la salud poblacional, no hay una movilidad comunitaria adecuada y no se dan de alta los pacientes en forma eficaz del lado hospitalario. Todo esto se puede adecuar. Gracias.

El Dr. Macaya Hayes señala:

Muchas gracias doctor Britnell. No sé si alguien más quiere formular alguna pregunta.

El Dr. Salas Chaves señala:

La Revista Economist hizo un estudio de todo el continente para determinar la atención de cuidados paliativos y el control del dolor y eso es muy importante y yo tengo la revista y quisiera compartirla con todos, porque Costa Rica está entre los tres primeros países de América que tienen un sistema de control de cuidado paliativo y del dolor de nivel nacional; depende de esta Institución, es parte fundamental de esta Institución. Solamente Chile, Costa Rica y Uruguay son los países que tienen un sistema de control.



El doctor Britnell señala:

Estoy en peligro de seguir halagando su sistema, pero sí quiero decir que tienen una fuerte participación comunitaria. Actualmente hay países en el mundo que están desesperadamente tratando de recrear eso. En Alemania actualmente les pagan a los familiares para que cuiden de los ancianos pensionados; hay cuatro niveles distintos de cuidado y el nivel más bajo de cuidado requiere 2-3 horas de respaldo al día se le paga 300 euros al mes, el nivel más alto son 1.200 euros por mes por 10 – 12 horas de cuidado. Muchos de esos trabajadores están formalizando poner la forma de pago dentro de las familias porque la familia ya no existe, ahora hay problema con respecto a si eso deja a las mujeres trabajadoras en la casa, entonces los japoneses decidieron no hacer lo que hacen los alemanes y los japoneses decidieron ponerles más impuestos a las personas mayores de 40 años y obligarlos a trabajar 2-3 años más hasta que tengan 78 años, antes de disfrutar su pensión.

La Arq. Murillo Jenkins señala:

Comprende que nuestro sistema tiene enormes oportunidades de mejora y no solo en términos de costos, sino en términos más largos y otros (...).

El doctor Britnell indica:

Puede que tengamos que pedir permiso a nuestros clientes. Tenemos muchos expertos de cadenas de suministro que han trabajado en salud y creo que hay una aceptación generalizada entre 15% y 25% de ahorros, más puede lograrse por medio de la optimización de la cadena de suministros. Perdón, pero no es muy clara la pregunta, ¿ustedes tienen algún problema financiero actualmente? ¿Y si lo tienen cuál es su porcentaje? ¿5% de sus ingresos, 10%? ¿Es un problema muy urgente? O ¿tienen tiempo para anticiparlo? El país tiene una restricción física sumamente severa, pero esta Institución que básicamente el mercado es recolectar algunos impuestos no está en problemas de flujo de caja actualmente, por lo que tenemos un poco de tiempo, pero la tendencia sea a nivel de planes de seguros, la salud y pensiones van muy rápidamente hacia ese día de juicio final. Creo que es el lugar y sitio perfecto para hablar de esos temas ahora.

El Dr. Devandas Brenes señala:

Esta Junta Directiva define la cotización de la contribución de los trabajadores y del Estado. En otros países no es así y eso introduce dificultades porque está la política de por medio. Obviamente esta Junta Directiva tiene que ser muy prudente (...) Hace unos meses estaba asombrado que aquí en Costa Rica era la Junta Directiva de la Caja la que definía las cuotas, porque eso le da fortaleza al sistema. Tenemos algunos estudios que nos indican que para el año 2026 podríamos comenzar a tener problemas de sostenibilidad y eso ya lo he planteado en otras oportunidades (...).

El doctor Britnell apunta:

Gracias por mencionar ese punto, creo que esta Junta Directiva, casi que única a nivel mundial, es un honor para mí estar aquí sentado, son personas que tienen mucha

responsabilidad y poder en sus manos y es una experiencia sumamente interesante a nivel global. Perdónenme por decir lo siguiente, y ésta es una evaluación de muy alto nivel, anoche estaba con Gabriela y con Andrew y obviamente yo paso mucho de mi tiempo en distintos países, pero que sería posible desarrollar una hipótesis que diga: para 9.3% del PIV que Costa Rica gasta en salud, con contribuciones de impuestos en exceso del 10% entre el empleador y el empleado, los cuales van a la Caja, con espera para algunos procedimientos, siendo el exceso de un año, y con la inflación de costos en salud de 6-7% y la inflación en salarios, diría que como sistema pueden dar mucha más eficiencia y la segunda hipótesis sería: ahora que usted mencionaba que en el 2026 hay formas claras que hemos visto de la población envejeciendo, y ya lo mencioné en este documento, hay muchas técnicas distintas para reducir la curva de costos, no podemos evitar que la gente envejezca, pero sí podemos evitar darles atención en diferentes lugares. Sigo pensando que ustedes están en una posición excelente, pero mi hipótesis original de 9.3 contribuciones de doble dígito en un sistema de salud, con listas de espera a más de un año, inflación de costos de 6-7%, la inflación de salarios bastante elevada, todo eso puede resolverse y yo diría que hay eficiencias latentes en el sistema y todos se beneficiarán. Creo que se puede mejorar la calidad y no necesariamente empeorarla.

El Dr. Mario Devandas señala:

Efectivamente el tema es eficiencia, la mayoría de la Junta Directiva está convencida del hecho de que necesitamos buscar dentro del modelo gerencial de la Institución (...)

El doctor Britnell indica:

Muy interesante.

La Directora Jiménez Aguilar señala:

Muchas gracias a KPMG por la oportunidad, estamos haciendo uso de su ofrecimiento. Me preguntaba, respetando los derechos de los clientes con los que usted ha compartido, si nos podrían compartir algunos valores y gestiones administrativas, recursos humanos, porque así tal vez podríamos comparar y tal vez llevar a cabo algunas implementaciones, que sean como de más detalle de lo que aparece en su libro.

El doctor Britnell indica: ¿A nivel global?

La Licda. Jiménez Aguilar anota: Sí, a nivel global.

El doctor Britnell indica:

Esto es lo que nosotros hacemos en todo el mundo. Hacemos un “benchmarking” a la operación que ustedes tienen en los hospitales y en los diferentes departamentos. Esto es lo que nosotros hacemos todo el tiempo, esto lo podemos hacer a nivel global, pero no sé si ustedes son más eficientes que los italianos.

Señala la Licda. Maritza Jiménez:

Me gustaría conocer el tipo de indicadores que ustedes utilizan mayormente para medir la eficiencia, los indicadores que ustedes utilizan para medir el desempeño de los médicos. Sé que va a ser muy diferente el contexto, pero tal vez podría ayudarnos con modelos.

El doctor Britnell apunta:

A nivel global, hacemos este trabajo en todo el mundo, hacemos reingeniería clínica, ingeniería de negocios, procesos y también tenemos un gran banco de datos con los indicadores que hacemos. No he visto en nueve años en KPMG un proyecto que no haya dado resultados. Obviamente depende de cómo se maneja la cadena de abastecimiento, en otros países hay mucha corrupción, yo no creo que sea el caso de Costa Rica.

El director Guzmán Stein señala:

Como salubrista, estoy dirigido a la atención primaria. Este país, hace muchos años, cuando el doctor Salas era el presidente de esta Junta Directiva, se tomó la decisión de avocarse a la atención primaria, por ejemplo los EBAIS, también se habló de implementar la creación de la especialidad de medicina familiar y eso ha dado grandes resultados. Lamentablemente hay cosas que no han dado los resultados esperados, por ejemplo a nivel de los EBAIS (...) Lamentablemente, aquí la mayoría de los doctores familiares están en los hospitales nacionales en posiciones administrativas. Creo fundamental en que la atención primaria debe ser lo prioritario, esta Junta Directiva tiene un reto y es mi pensamiento que se le debe de destinar la mayoría de los recursos al área primaria. Creo que su visita está remarcando mucho por dónde tiene que ir esta Junta Directiva.

El doctor Britnell apunta:

Muchísimas gracias. Creo que usted abarcó dos puntos importantes y estos puntos se ven en todo el mundo. Pienso que no es una crisis decir que estamos teniendo a la gente equivocada. Una de las cosas que nosotros no hemos mencionado, pero ahora veo sus sistemas de pagos y sé que es hablar del sistema de transacción (...) En Holanda creamos un sistema con un sistema solidario, es uno de los mejores sistemas en el mundo, ideamos este sistema para los holandeses, que son muy inteligentes, trabajamos el sistema de contrato, obviamente podríamos mostrarles a ustedes este sistema holandés.

El señor Presidente Ejecutivo señala le da la palabra al Dr. Britnell.

El doctor Britnell indica:

De verdad hemos disfrutado su presentación. Su experiencia a través del mundo en los diferentes sistemas de salud, enfatizando la fortaleza de ciertos sistemas. Muchísimas gracias por su visita y al resto del equipo por darnos su tiempo, siempre estamos vigilantes de las nuevas ideas que van a mejorar mucho el sistema de cuidados, algunas de estas ideas van a ser nuevas, otras tal vez son viejas pero no las hemos implementado. Muchísimas gracias por venir y esperamos poder pasar otro tiempo informal con usted durante el almuerzo.

Nota: (...) significa o se comprendió el término o frase.

**Se toma nota.**

Se retira del salón de sesiones el Director Loría Chaves.

**ARTICULO 4°**

Se vota el ingreso de agenda de la nota suscrita por la Dra. María Elena López Núñez, en la cual presente su renuncia a la Junta Directiva.

El Dr. Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo procede a leer la nota suscrita por la Dra. López Núñez y posteriormente:

El Dr. Macaya Hayes manifiesta:

Quisiera hacer una moción a la agenda sobre la carta de renuncia de la doctora López, para que la conozcamos y procedamos. En el momento que aceptemos la renuncia, pasamos de Junta Directiva a conversatorio informal. Procedo a leer la carta. Es una carta dirigida a todos los miembros de la Junta Directiva, data del 30 de agosto 2018. Asunto: renuncia a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a partir de esta fecha. Estimados compañeros, a partir de este jueves 30 de agosto del año 2018, presento mi renuncia formal como directora en la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Lo anterior justificado por problemas de salud míos y familiares cercanos que me inhiben el poder brindar toda la atención y esfuerzo que exige el trabajo en la Junta. Quiero resaltar mi agradecimiento a todos los miembros y asesores de la Junta Directiva por las enseñanzas recibidas en este corto, pero intenso período de trabajo. Ha sido un honor conocerlos y participar con ustedes en las discusiones, algunas sobre asuntos de importancia trascendental para la Institución que me demostraron en su dinámica el compromiso que exige el desempeño de estas labores, que significan muchas horas de trabajo, que van mucho más allá de las 8 a 10 horas semanales que indica la sesión ordinaria. A todos muchas gracias, incluyendo el trabajo excelente por parte de la Secretaría y a todo el personal de apoyo, sin el cual no hubiera sido posible poder desempeñar las labores. Al mismo tiempo expreso mi gratitud a la administración Alvarado Quesada por la oportunidad que se me brindó y por el honor de haber podido integrarme a esta Junta Directiva. Doctora María Elena López Núñez.

El director Devandas Brenes apunta:

Yo quiero expresar mi tristeza por esta decisión, porque todos sabemos aquí la trayectoria de la doctora y su conocimiento en problemas de la salud pública, su gran calidad como profesional y sobre todo su compromiso en la seguridad social. Tuve la oportunidad de conversar con ella en varias oportunidades cuando era Ministra de Salud, y siempre tenía una gran acogida para escuchar los problemas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Sin duda alguna es una pérdida importante para esta Junta Directiva. Expreso mi tristeza por esta noticia y al mismo tiempo, hago votos porque la nueva persona que se nombre ojalá podamos seguir trabajando como lo hicimos con la doctora López. Solo lo quiero dejar expresado frente a la nota, tal y como está presentada, no creo que nos quede otra opción que darle esa lamentable decisión.

El Director Salas Chaves señala:

Uno de los gerentes que me hicieron tomar la decisión más rápidamente de incorporarme a esta Junta Directiva a través de la UCCAEP fue porque sabía que María Elena por el otro lado era la que conocía. Sabía perfectamente sus compromisos con la salud de este país, que no viene de los últimos años, sino que del primer día esta santacruceña, pura de raza, asumió la carrera de medicina, y fue pensando en la niñez de este país. De una familia muy especial. Un hermano fue médico patólogo, uno de los escasísimos patólogos neurológicos de este país, se especializó en cerebros. Evidentemente me causa un gran vacío su salida porque a lo largo de los años pensamos muy parecido. Con respecto a la Caja teníamos nuestras diferencias, por supuesto en el Ministerio de Salud siempre tenía un celo ante la Caja, inclusive aquel día que hice la presentación sobre los 40 años, que hice un comentario que la retrataba de cuerpo entero, se quedaba viendo por la ventana, porque así era como se percibía dentro del Ministerio de Salud. Definitivamente por la edad, porque sé que también tiene familiares, hermana que está complicada y ella propia y por supuesto que a la persona que venga que nos ayude a llenar ese vacío y seguir adelante, lo cual es fundamental para este país. Así es que esta persona debe estar muy fortalecida siempre y muy dispuesta a enfrentar los retos.

El Director Guzmán Stein apunta:

María Elena fue compañera mía por muchos años en el Ministerio de Salud. Siempre estaba alegre, una persona que no hacía caso a lo del cigarro, pero gracias a Dios, María Elena siempre fue muy entusiasta. Como los comentarios de mis compañeros, es una pérdida: Yo estaba muy contento porque estábamos mirando a través del doctor Álvaro Salas y María Elena y veíamos como que la Junta estaba muy enfocada hacia la atención del Primer Nivel. María Elena, el doctor Salas y un servidor pensábamos igual sobre que el Primer Nivel. Es una pérdida, pero también es una decisión que tengo que respetar, por el tema de salud de ella.

La Directora Abarca Jiménez indica:

En realidad, fue una sorpresa no muy grata. Conocí a la doctora López en realidad cuando nos fuimos a juramentar a la Casa Presidencial y la conocí como una persona de una calidad humana extraordinaria, es una persona muy estudiosa, con un conocimiento muy profundo del sistema de salud y con mucho compromiso y como ella lo pone en la nota que además del tiempo de aquí en Junta Directiva, íbamos a visitas, a hospitales, esa iniciativa de dar más. Esperamos que con el nuevo miembro de Junta Directiva sea igual para poder seguir trabajando como lo veníamos haciendo.

Señala la Licda. Jiménez Aguilar:

Se acoplaba muy bien y la sensibilidad que tiene aportaba a esta Junta Directiva y a las decisiones también.

El Dr. Macaya Hayes indica:



Reitero el aprecio que todos han expresado del aporte y compromiso de la doctora López que exigían el Ministerio de Salud y esta Junta Directiva; pero también como se ha mencionado también, está la parte humana de ella por ser muy positiva y eso se va a extrañar, además de todos sus aportes. A mí también me tomó por sorpresa esto, pero hay que entender las razones que ella expone y desafortunadamente no nos queda más que aceptarle la renuncia. Invitarla para que cuando le sea posible a que nos ayude con sus aportes cuando estemos hablando de temas convulsos. En cuanto a la nueva persona la realidad es que se haga mañana para que esté presente el lunes que tenemos sesión. La rapidez del reemplazo no es porque la doctora López sea fácilmente reemplazable, es porque necesitamos continuar con las sesiones. En vista de estas sesiones de aceptar la renuncia de la doctora López, hemos preparado la nota que enviaremos a la Casa Presidencial, que desde luego está dirigida al Presidente de la República, Carlos Alvarado Quesada, al licenciado Rodolfo Piza Rocafort, al licenciado Carlos Humberto Pacheco, Secretario del Consejo de Gobierno, y dice: Estimados señores: Para los fines consiguientes, me permito informarle que en el artículo 4° de la sesión N° 8987, celebrada el 3 de setiembre del año en curso, consta la renuncia a partir del 30 de agosto de 2018 de la directora Dra. María Elena López Núñez, como miembro de la Junta Directiva de la Caja; en lo conducente, se lee: “artículo 4° considerando: Que la Junta Directiva, ha tenido conocimiento de la renuncia al cargo como integrante de este Órgano Colegiado, que ha formulado por escrito, la Dra. María Elena López Núñez. Que el nombramiento por parte del Consejo de Gobierno del nuevo miembro suplente, integrante de este Máximo Órgano institucional, es *sine qua non* para que esta Junta exista y funcione legalmente, la Junta Directiva acuerda: De conformidad con el artículo 9°, inciso e) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, aceptar la renuncia al cargo como miembro de este órgano colegiado, presentada por la Dra. María Elena López Núñez. Hacer el presente acuerdo del conocimiento del Consejo de Gobierno, a efecto de que proceda a la mayor brevedad posible, al nombramiento del nuevo integrante de esta Junta Directiva. De usted atentamente, y lo firma MBA. Emily Segura Solís, Secretaria a.i. Junta Directiva. ¿Estamos todos de acuerdo? Votamos por aceptarle la renuncia a la doctora López. En este momento dejamos de ser Junta Directiva.

### **CONSIDERANDO:**

Que la Junta Directiva, ha tenido conocimiento de la RENUNCIA al cargo como integrante de este Órgano Colegiado, que ha formulado por escrito, la Dra. MARÍA ELENA LÓPEZ NÚÑEZ.

Que el nombramiento por parte del Consejo de Gobierno del nuevo miembro suplente, integrante de este Máximo Órgano institucional, es *sine qua non* para que esta Junta exista y funcione legalmente,

### **LA JUNTA DIRECTIVA ACUERDA:**

De conformidad con el artículo 9°, inciso e) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, aceptar la renuncia al cargo como miembro de este órgano colegiado, presentada por la Dra. María Elena López Núñez.

Hacer el presente acuerdo del conocimiento del Consejo de Gobierno, a efecto de que proceda a la mayor brevedad posible, al nombramiento del nuevo integrante de esta Junta Directiva.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

#### **ARTICULO 5º**

**Se toma nota** de que se reprograma para una próxima sesión la presentación del tema que se detalla:

Reestructuración Organizacional del Nivel Central.

A las trece horas con cuarenta y un minutos se levanta la sesión.