

# INNOVA ICAP

## NEWSLETTER

---

N° 4.

**LAS DEUDAS DE ATENCIÓN  
POST COVID Y LISTAS DE  
ESPERA EN LOS SISTEMAS  
PÚBLICOS DE SALUD:**

**El caso de Costa Rica en el  
entorno de la Región del SICA**

**Autor:**

**Mauricio Vargas**

## PARA TOMAR DE DECISIONES

La priorización de la atención de la pandemia en el mundo en general y la región del SICA en particular, si bien ha contribuido a disminuir la letalidad por la COVID-19 ha generado una “*deuda*” de atención con el perfil epidemiológico que los caracteriza.

Esta deuda se manifiesta por medio de diversas formas, entre ellas los siguientes:

- El aumento de los tiempos de espera en cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y consultas médicas, tiempos de espera que en la etapa pre pandémica ya se expresaban como un serio problema de salud pública violatorio del derecho a la salud.
- La no realización de vitales acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se ejecutan, por ejemplo, en Costa Rica, la visita domiciliar de los Técnicos en Atención Primaria.
- La no identificación de nuevos casos característicos del perfil epidemiológico de los países.

Al finalizar el mes de octubre del 2020, ocho meses después de la llegada a la región del SARS COV 2, la gran lección aprendida, es que mucho de lo actuado, ha sido producto del desconocimiento de la enfermedad y que hoy, hasta tanto se descubra la vacuna y se aplique, se debe aprender a convivir con la virosis. El dilema entre economía y salud no debe mantenerse como parte de la gestión de la pandemia.

Es imprescindible entonces, comenzar a “pagar la deuda generada” y esto implica una gran creatividad e innovación en la gerencia de las instituciones de salud.

Para empezar, es necesario comprender el aumento de los tiempos de espera como un problema que debe ser abordado con soluciones propias y por lo tanto considerar;

- El desarrollo de una estrategia de **tiempos de atención garantizada**, lo que implica la definición de un tiempo máximo en el cual debe ser atendida la necesidad. Si el tiempo no se cumple, el usuario puede solicitar la atención en un servicio privado y el costo es reconocido por el sistema público.
- **Priorización de las listas de espera en función de criterios explícitos.** Estos criterios no solo son de tipo clínico sino socioeconómicos. Con esto se toma en cuenta la determinación social de la salud y se abordan las desigualdades sociales.
- Implementar un programa remedial de **gestión clínica** dirigida a jefaturas y coordinaciones en los servicios de salud, contemplando a todas las ciencias de la salud. Programa que tenga como objetivo, mejorar la práctica clínica, mejorando la indicación de procedimientos y referencias a consultas especializadas y cirugías.

# LAS DEUDAS DE ATENCIÓN POST COVID Y LISTAS DE ESPERA EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD. EL CASO DE COSTA RICA EN EL ENTORNO DE LA REGIÓN DEL SICA.

INVESTIGADOR:

MAURICIO VARGAS

## 1. La priorización de la atención de la pandemia

Indudablemente los gobiernos del mundo, incluidos los de la Región del SICA, priorizaron la atención de la pandemia antes que cualquier otro aspecto vinculado con el desarrollo nacional. El distanciamiento físico y social se implementó como la estrategia más importante para controlar la transmisión del virus, cometiéndose el error de no generalizar el uso de la mascarilla.

El confinamiento impuesto, afectó a niveles impensables la realidad social y económica de los países. Creció el desempleo formal y el empleo informal, cerraron empresas, se deterioró la salud mental de la población, los ciclos lectivos se detuvieron afectando el presente y futuro de las nuevas generaciones, disminuyeron los ingresos de las instituciones de seguridad social afectando la prestación de servicios de salud y la protección social, los gobiernos en general dejaron de percibir ingresos importantes por concepto de impuestos, limitando la inversión pública y como corolario, se generó una deuda aún poco cuantificada de población que perdió el acceso a servicios de salud y que por lo tanto, vio violentado su derecho fundamental a la salud.

Una gran cantidad de procedimientos y de consultas médicas se han dejado de realizar. Solo en Costa Rica, de acuerdo con información proporcionada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a mayo del 2020 se habían dejado de realizar 675,000 consultas, 18.780 procedimientos y 22,647 cirugías, lo anterior, puede cuantificarse en un estimado de USD 108.000.000,00.

Lo único que se ha mantenido de manera presencial son las consultas, procedimientos y cirugías de emergencia, casos oncológicos y otros casos prioritarios, para todo lo demás, se han implementado métodos alternativos, (llamadas telefónicas, videollamadas, llamadas a enfermos crónicos para recetas, entrega a domicilio de medicamentos, tele consulta entre centros de salud y telemedicina). Todo esto ha catalizado por el “temor” a lo desconocido.

No se sabía nada del comportamiento de la enfermedad y se tuvo que “aprender en el camino”, algunas medidas tuvieron más éxito, otras no tanto y algunas se tomaron a destiempo como el uso de las mascarillas.

El cierre de la economía supone un daño difícil de reparar en el corto plazo y hoy se ha llegado a la conclusión, de que mientras no se tenga a disposición la vacuna necesaria, se debe aprender a convivir con el virus. El gran aprendizaje es que el dilema entre economía y salud es falso y debe ser desterrado del modelo de gestión estatal de la pandemia.

El enorme problema generado por las medidas para la atención de la pandemia coexiste con las dificultades cotidianas condicionadas por la débil gerencia pública imperante en algunos países, y es que este es el mayor desafío que enfrentan los Estados latinoamericanos y de la región del SICA.

Los sistemas públicos de salud no son la excepción. Los modelos altamente segmentados y fragmentados, con pobres coberturas y serios problemas de eficiencia y calidad en sus prestaciones, que deben ofrecer atención a una población con grandes demandas dada su precaria situación social y económica. En este escenario, es que se instala la COVID 19 y en el que se prioriza su atención.

## **2. Las listas de espera en los sistemas públicos de salud**

En primer lugar, que es muy importante tener claro, que no existe sistema de salud en el mundo que no enfrente listas de espera. Esto lo demuestran diversos estudios comparados y diversos artículos escritos por académicos y gestores de los sistemas de salud.

Las listas de espera se originan por un desbalance entre la demanda y la oferta de servicios de salud. Un desbalance que siempre va a existir, ya que las demandas en materia de salud son prácticamente infinitas. Por otro lado, el desbalance no solo se origina en un problema de recursos, sino de modelo de gestión imperante en el sistema público de salud.

Siendo las necesidades infinitas, el reto es cumplir con el principio de equidad como norte de cualquier sistema de salud. Esto implica aceptar que existen desigualdades sociales que no son responsabilidad de los sistemas de salud, pero que deben ser “controladas” por éstos. Se requieren sistemas de salud que actúen con justicia, dando respuesta a la población de acuerdo con sus necesidades reales. Se requieren entonces sistemas de salud que aborden las desigualdades sociales con equidad.

El buen gobierno de un sistema de salud implica que el mismo debe gestionar los asuntos públicos de manera transparente, responsable, participativa y equitativa para propiciar el respeto al derecho a la salud. Las listas de espera no controladas reflejan un problema de gobierno institucional.

Las listas de espera son de dos tipos fundamentalmente:

- Listas de espera a nivel de servicios finales como cirugías y consultas médicas y no médicas.
- Listas de espera a nivel de servicios intermedios como los de apoyo diagnóstico: ultrasonidos, endoscopías digestivas, estudios radiológicos diversos entre otros.

En el mundo, las más comunes son las que se generan a nivel quirúrgico en cirugía general, otorrinolaringología y oftalmología.

Es vital comprender, que las listas de espera afectan la credibilidad y la confianza de la población en el sistema de salud y además afecta su legitimidad, al no solucionarse los problemas de salud de esa población.

Si contrastamos lo dicho con la realidad de los sistemas públicos de salud, podemos dimensionar el desafío que se enfrenta como sociedad. Se debe recordar que la salud es un derecho humano fundamental y que, como tal, debe ser protegido por el Estado.

La experiencia en el mundo muestra esencialmente, tres posibles soluciones a la situación:

- **Desarrollo de una estrategia de tiempos de atención garantizada:** esto implica la definición de un tiempo máximo en el cual debe ser atendida la necesidad. Si el tiempo no se cumple, el usuario puede solicitar la atención en un servicio privado y el costo es reconocido por el sistema público. Si no existe un buen modelo de costeo en la institución pública, es esperable el incremento de los costos generales del sistema a pesar de que se soluciona el acceso al derecho a la salud. Está claro que los sistemas públicos de salud de la región del SICA, no cuentan con adecuados sistemas de costos.
- **Priorización de las listas de espera en función de criterios explícitos:** Estos criterios no solo son de tipo clínico sino socioeconómicos. Con esto se toma en cuenta la determinación social de la salud y se abordan las desigualdades sociales. Esto quiere decir, que el abordaje de las listas de espera debe reconocer la realidad social y económica de la persona que la experimenta.
- **Mejorar la práctica clínica, mejorando la indicación de procedimientos y referencias a consultas especializadas y cirugías:** Esto implica en primer lugar una formación médica de excelencia y una adecuada protocolización de la atención en el sistema. Se tiene claridad que la formación de los profesionales en salud en la región tiene importantes falencias lo que de inicio condiciona mala atención y pobre capacidad de resolución de los problemas de salud. Este es uno de los tantos retos que enfrenta el correcto ejercicio rector de la salud en nuestros países.

La atención de las listas no se debe abordar tomando como criterio el “orden de llegada”, ya que deja en manos del azar la salud de la población. No siempre el que llega más pronto o primero, es el que más necesita.

La solución a las listas de espera en los sistemas de salud es un asunto multifactorial y que para abordarlo correctamente se requiere de una gestión que considere esa realidad. Así como el precio regula la entrada al sistema privado de salud, las listas de espera son el mecanismo que regula el acceso a los servicios públicos, es por lo tanto un instrumento para la adecuada gestión de dichos servicios. No se pueden ver como una consecuencia sino como una estrategia de gestión. La buena gerencia de lo público, debe generar una

correcta planificación de la atención de las necesidades en salud y sobre esa base, priorizarlas. La equidad del sistema es imprescindible.

Para concluir con este apartado, se debe indicar que los niveles de atención de los sistemas públicos de salud deben ajustarse dando mayor capacidad de resolución a los niveles inferiores del mismo. Procedimientos como las endoscopías digestivas y los ultrasonidos, por ejemplo, no deben ser realizados en los hospitales de alta complejidad. El sistema debe funcionar desconcentradamente, acercándole el servicio a la gente.

Lo expresado, debe ser conciliado ahora con la deuda generada por la priorización de la atención de pandemia en nuestros países. El desafío es lograr dicha conciliación en el entendido que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental de carácter universal.

### **3. Conciliando la débil gerencia del sistema público de salud con la deuda de atención generada por la priorización de la pandemia.**

Es importante plantearse como meta para los próximos dos años, volver a la situación que tenía la economía antes de la pandemia (o al menos lo más cercano posible), enfatizando el acceso al empleo por parte de la gran cantidad de ciudadanos que lo han perdido producto de la crisis sanitaria.

Está claro que la situación, al menos en Costa Rica no era la óptima, tampoco en la región del SICA, pero los problemas estructurales propios de Estados débiles en lo político, lo organizacional y lo funcional, no se van a solucionar en el corto plazo. Urge solucionar la crisis fiscal y paralelamente devolverle a la gente lo que perdieron producto de la crisis sanitaria, y a criterio del autor, es crítico devolver el derecho a la salud perdido por parte de un numeroso grupo de personas. El riesgo es “crear” el sustrato para que se genere una crisis de salud pública cuya envergadura no estamos dimensionando claramente, o al menos no parece.

La nueva normalidad, debe ser capaz de plantearse como un esfuerzo de todos y todas. **Pero la nueva normalidad exige que debemos aprender a convivir con el virus.** Ya no existe otra posibilidad hasta que exista y se aplique la vacuna requerida, en el entendido que será posible. Esta es la discusión necesaria, y en esa discusión deben participar la mayor cantidad posible de actores sociales.

Se debe retomar la atención de los problemas de salud prevalentes que existían antes de la pandemia y que hoy coexisten con la pandemia. No es justo dejar de lado su atención, pero, además, reiterar que el dejar de hacerlo, puede generar un serio problema de salud pública en Costa Rica en particular y la región del SICA en general.

Como se plantea en el título del presente apartado, urge conciliar la atención de la pandemia y la atención de la morbilidad prevalente, para eso, es necesario comprender el origen y posibles soluciones de las cotidianas listas de espera en los sistemas públicos de salud.

### 3.1. El asunto de la buena gerencia y el derecho a la salud

Se decía en el artículo anterior, que el mayor problema que afecta al Estado en América Latina, es la débil gerencia institucional que existe y que limita la equidad, la eficiencia, la eficacia y la efectividad de su quehacer.

Recordemos que las listas de espera son resultado de un desbalance entre la oferta y la demanda de servicios de salud y que la gerencia de ese desbalance debe valorarse como parte de la oferta del sistema. Quiere esto decir, que las listas de espera son resultado no solo de una oferta limitada de la cantidad y calidad de recursos financieros, físicos, materiales y humanos, sino de la dirección y administración que se realice con ellos. Dicho de otra manera, sino no se “hacen bien las cosas”, esto genera problemas en la satisfacción de las necesidades en salud de la población. Por ejemplo, si las camas hospitalarias no se gestionan correctamente y el porcentaje de ocupación, el promedio de estancia y el giro cama no reflejan resultados técnicamente correctos e interrelacionados, se produce, además de necesidades de salud no resueltas o mal resueltas, una mala utilización de los recursos, en este caso, recursos de carácter público.

De acuerdo con lo anterior, el primer reto es tener claro que, al priorizarse la atención de la pandemia, se abrió de forma más marcada, la brecha entre la demanda y oferta de recursos, pero, además, la decisión de no ofrecer atención a la morbilidad prevalente en la población ha generado una enorme deuda de atención, violentándose el derecho a la salud de muchas personas. La pregunta que surge es si esta era la única decisión posible y además correcta.

Probablemente, valorarla en retrospectiva se podría decir que es sencillo y hasta poco responsable, pero este es un asunto de buena gerencia, que debía y debe comprenderse en el contexto del derecho humano a la salud y la equidad, eficiencia, eficacia y efectividad de las decisiones en materia de salud pública. Estos deben ser en todo momento, los criterios que deben orientar las decisiones en salud y este caso no es la excepción.

La decisión tomada, ha tenido como resultado, el incremento de la deuda con la atención de la morbilidad prevalente. Como ejemplo, se puede mencionar, que, en Costa Rica, según estadísticas institucionales que alimentan el plan institucional de la CCSS para atender el problema y dar seguimiento, los días de espera por una cirugía ambulatoria pasó de 328 días en setiembre del 2019, a 439 días en setiembre del 2020. Esto es doblemente contradictorio, porque además del incremento del tiempo de espera, se produce en cirugía ambulatoria que es una estrategia de atención creada para mejorar esos tiempos de espera.

En cirugía electiva, el tiempo de espera pasó de 449 días en setiembre del 2019 a 452 días en setiembre del 2020.

Realizar cualquier tipo de procedimiento diagnóstico en uno de los Hospitales Nacionales Generales de Costa Rica en setiembre del 2020, tiene un tiempo de espera promedio de 136 días y una consulta médica en medicina interna en el mismo hospital, tiene un tiempo de espera de 436 días en promedio.

En Costa Rica, existen 5 especialidades que se encuentran y se ha encontrado más frecuentemente, como las de más tiempo de espera. A setiembre del 2020, representan el 83% de la lista y son las siguientes: cirugía general, ortopedia, oftalmología, ginecología, y urología. Si se contrastan con la experiencia internacional, la situación es similar. Este pareciera ser un llamado de atención por su carácter “permanente”, ya que la oferta de recursos debe reconocer esta particularidad. Lo mismo se debe decir del modelo de gestión institucional, ya que es muy importante que se funcione realmente con una perspectiva de red. La cirugía ambulatoria debe funcionar de forma correcta en todos los niveles de atención del sistema. La cirugía oftalmológica, por ejemplo, no es un tipo de atención que requiera de alta complejidad para su ejecución. Hay Clínicas Periféricas situadas en la gran área metropolitana que poseen quirófanos, muchos de ellos subutilizados y que pueden ser parte de la solución. Lo mismo se puede plantear con los Hospitales Periféricos.

Lo dicho implica que debe realizarse un ajuste en la disponibilidad de recursos y en su gestión, entendiendo que los recursos son escasos.

Es importante mencionar también, que, además, se han dejado de realizar visitas domiciliarias por parte del técnico en atención primaria, por lo que las labores de prevención de la enfermedad y promoción de la salud se han deteriorado de manera muy importante. Los efectos se podrán dimensionar en el mediano y largo plazo, probablemente con el aumento de las complicaciones de las enfermedades crónicas y el incremento de los casos de enfermedades inmunoprevenibles.

Igualmente se ha limitado la atención de morbilidad no relacionada con la COVID 19, lo que probablemente generará la no detección de enfermedades crónicas.

En síntesis, se ha dejado de ofrecer atención a las personas que sufren la actual realidad epidemiológica de los países de la región del SICA y se ha dejado de lado la detección de otros casos que podrían engrosar dicha realidad.

¿Qué se debe hacer?

### **3.2. Un acercamiento conceptual a la solución**

Es urgente preparar un plan de trabajo que permita abordar el problema. Para empezar las especialidades médicas y los servicios de apoyo deben retomar su trabajo normal. No se justifica que no lo hagan ya que no están “en la primera línea de atención de la pandemia”. Las visitas domiciliarias deben también retomarse en su función integral. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en materia de COVID 19 debe ser una línea más de trabajo. Las instituciones de salud deben garantizar las condiciones adecuadas de protección de su personal y, por último, en Costa Rica, por ejemplo, se debe hacer el esfuerzo presupuestario para contratar médicos generales y duplicar la fuerza de trabajo existente en cada sede de EBAIS. El gobierno debe financiarlo por el tiempo que sea necesario. Se tiene claro que existen una gran cantidad de médicos generales desempleados que pueden aportar a evitar una crisis sanitaria de grandes proporciones. Igualmente, si es necesario, se deben contratar auxiliares de enfermería, haciéndolo sobre la base de las premisas expuestas.



Las lecciones aprendidas son muchas y se debe tener la capacidad de gerenciar la nueva salud pública. Ya Costa Rica, por ejemplo, mostró capacidad para transformar hospitales, reasignar camas hospitalarias y pisos completos de nueva infraestructura hospitalaria para atender la COVID 19. Este era el componente sencillo de la ecuación. Pero el conocimiento que hoy se tiene, nos llama a innovar y mejorar la capacidad de gestión del sistema de salud con criterios de equidad, eficiencia y efectividad y empezar a pagar la deuda que se ha creado al priorizar la atención de la pandemia.

Llegó el momento de que la telemedicina y a teleodontología, sea una estrategia general que permita ofrecer atención a la población que así lo requiera, comprendiendo que no todas las acciones son teletrabajables, pero aquellas que lo sean, deben ser implementadas a la brevedad. Es necesario que los servicios de laboratorio clínico se desplacen a los hogares a realizar los exámenes dejados de realizar. Se han invertido millones de dólares en el ajuste del sistema de salud para darle las capacidades para atender la COVID 19 y llegó el momento de invertir otros tantos millones de dólares para pagar la deuda generada por la decisión tomada. La coexistencia con el virus debe expresarse también a nivel de la atención que brinda el sistema de salud. Se debe hacer el esfuerzo necesario para garantizar el derecho a la salud de TODA la población.

Es necesario innovar. El momento de readecuar hospitales de baja complejidad y otros establecimientos para que sean capaces de ofrecer la atención dejada de dar por la priorización mencionada. Y esto debe enfocarse desde el conocimiento existente para el abordaje de las listas de espera descrito anteriormente.

### **3.3. Algunas posibles soluciones concretas**

La priorización de la atención de la pandemia por parte del sistema de salud ha generado tres resultados concretos:

- a. Ha contribuido con la disminución de la letalidad por causa de la COVID 19. El peso relativo debe ser objeto de investigación y análisis.
- b. Ha generado un aumento en los tiempos de espera en cirugías tanto electivas como ambulatorias, en consulta externa especializada y en procedimientos de tipo diagnóstico y tipo terapéutico. Estadística confiable relacionada con esta situación, parece estar disponible en Costa Rica a nivel de la Gerencia Médica de la CCSS. En el resto de los países de la región, deben identificarse.
- c. Ha incidido negativamente en la detección de nuevos casos y en el control de los casos existentes característicos del perfil epidemiológico prevalente. Es importante realizar investigación y análisis que permita cuantificar y caracterizar esta situación.

Para el segundo resultado mencionado, se debe comprender que lo que se ha producido es un aumento de los tiempos de espera, por lo que la solución debe plantearse desde las medidas que el conocimiento nos recomienda para abordar la problemática de las listas de espera.

Como se apuntó en el apartado correspondiente, son tres las estrategias posibles para enfrentar la situación:

- **Desarrollo de una estrategia de tiempos de atención garantizada.** Lo que implica la definición de un tiempo máximo en el cual debe ser atendida la necesidad. Si el tiempo no se cumple, el usuario puede solicitar la atención en un servicio privado y el costo es reconocido por el sistema público. La limitación en este caso es que los sistemas públicos de salud de la región del SICA, incluido Costa Rica, no cuentan con adecuados modelos de costeo, lo que puede dificultar la compra de servicios a terceros. Esta pueda ser una buena oportunidad para que las instituciones realicen el esfuerzo necesario para implementar un adecuado modelo de costos, no solo a los efectos de la atención de este problema en particular, sino que permita la mejora de la gerencia institucional en general.
- **Priorización de las listas de espera en función de criterios explícitos.** Estos criterios no solo son de tipo clínico sino socioeconómicos. Con esto se toma en cuenta la determinación social de la salud y se abordan las desigualdades sociales. Esto quiere decir, que las listas de espera deben reconocer la realidad social y económica de la persona que la sufre. Este es un esfuerzo que obligadamente deben realizar las instituciones de salud de la región, incluyendo a la CCSS. La priorización de la atención desde el análisis de la determinación social de la salud debe ser obligada. La equidad del sistema es una obligación ética relacionada con el respeto del derecho a la salud y este debe ser el criterio orientador de las decisiones en este caso.
- **Mejorar la práctica clínica,** mejorando la indicación de procedimientos y referencias a consultas especializadas y cirugías. En este caso, y como se dijo anteriormente, existe una limitación muy clara con este planteamiento, dado que implica en primer lugar una formación médica de excelencia y una adecuada protocolización de la atención en el sistema. Pero se tiene claridad que la formación de los profesionales en salud en la región tiene importantes falencias lo que de inicio condiciona mala atención y pobre capacidad de resolución de los problemas de salud. Este es uno de los tantos retos que enfrenta el correcto ejercicio rector de la salud en nuestros países y que debe ser solucionado. Dada la dificultad mencionada, se sugiere implementar un programa remedial de gestión clínica dirigida a jefaturas y coordinaciones en los servicios de salud, contemplando a todas las ciencias de la salud.

Es muy importante anotar, que el plan de atención oportuna a las personas diseñado por la CCSS en el 2014 y ajustado en el 2016, parte de la priorización de la atención de la “lista de espera” y sobre esa base se ha venido implementando, lo que tiene una importante lección para la gerencia de la salud en general y la gerencia de los tiempos de espera en los sistemas de salud en particular: esto no soluciona el problema, porque el mismo se sigue acumulando con los casos nuevos.

Con lo expresado, **queda claro que el abordaje con o sin pandemia de las listas de espera es un asunto de buena gerencia y para solucionarlo se requiere de buenos gerentes, que logren conciliar la teoría y la práctica en este campo.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arce Ramírez, Claudio Arturo. (2003). Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 11(2), 41-50. Retrieved October 23, 2020, from [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592003000200003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000200003&lng=en&tlng=es)
- CCSS. Plan de Atención Oportuna a las Personas. 2016. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/651/planatencion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cordero, A. (2013) Gestión de tiempos de espera en Chile. Presentación realizada el Taller de Gestión de Tiempos de Espera. Banco Interamericano de Desarrollo y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013
- Domínguez, N., (2013). Listas de espera en la atención sanitaria en el Servicio Gallego de Salud. Presentación realizada el Taller de Gestión de Tiempos de Espera. Banco Interamericano de Desarrollo y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013.
- Julio, Cristian, Wolff, Patricio, & Vegoña Yarza, María. (2016). Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Revista médica de Chile*, 144(6), 781-787. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600014>
- Siciliani, L. Gestión de Tiempos de Espera en países de la OCDE. Presentación realizada el Taller de Gestión de Tiempos de Espera. Banco Interamericano de Desarrollo y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013.

## SOBRE EL AUTOR:



Doctor. en Medicina y Cirugía. Magister en Administración de la Salud y Salud Pública. Docente y consultor en gerencia de la salud y sistemas de salud en América Latina desde diversas instituciones nacionales e internacionales. Autor de diversos artículos y libros en este campo.

Cogestor de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud en Costa Rica (EBAIS) y del movimiento cooperativo en salud en el país al igual que de la especialidad en administración pública de la salud en la región centroamericana desde el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP).

Fue viceministro de salud, director de la Escuela de Salud Pública de la UCR y presidente de la Alianza Latinoamericana de Salud Global. Actualmente coordina el Programa en Gerencia de la Salud y el Centro en Sistemas de Salud y Seguridad Social del ICAP

# INNOVA ICAP

## NEWSLETTER

### **SOBRE INNOVA ICAP:**

Innova ICAP es un espacio donde se exponen ideas que transforman e innovan la forma en que se entiende y se hace la gestión de lo público.

Desde las preguntas, reflexiones, aportes y análisis de diversos especialistas que colaboran con el ICAP se ofrece una visión disruptiva sobre el funcionamiento de las administraciones públicas, las alianzas público-privadas y el fortalecimiento de las democracias en contextos de incertidumbres.