



**BREVE 15**

# **LISTAS DE ESPERA: UN MECANISMO DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD**

Serie de políticas y métodos basados en presentaciones a expertos. Elaborado por CRITERIA, red de conocimiento sobre priorización y planes de beneficios en salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud  
Banco Interamericano de Desarrollo  
[www.iadb.org/salud](http://www.iadb.org/salud) - [scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

Copyright © 2016 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



# LISTAS DE ESPERA: UN MECANISMO DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD

Este Breve está basado en las memorias del “Taller de listas de espera” que organizó el Banco Interamericano de Desarrollo en Bogotá en el año 2014. El propósito del evento fue apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en la generación de un espacio de intercambio de experiencias en el cual cinco expertos internacionales<sup>1</sup> de Chile, España, Suecia, Uruguay e Inglaterra expusieron sobre la manera en que diferentes países han avanzado en la gestión de tiempos de espera.

Los tiempos de espera son un síntoma del desequilibrio entre la oferta y demanda de servicios de salud, y del incremento en los costos de estos. Dicho desequilibrio conduce a que los sistemas de salud racionen implícitamente los servicios de salud o adopten procesos de priorización explícita para

determinar cuáles servicios son más importantes y a quién se deben prestar de manera más urgente. Una buena gestión de los tiempos de espera mitiga los efectos que pueden tener las listas de espera, tanto en la salud de la población como en la legitimidad y equidad de los sistemas de salud.

CRITERIA preparó este documento, como un insumo para que los países conozcan las maneras en que otros países han abordado este fenómeno y cuáles han sido las lecciones aprendidas más relevantes de la gestión de tiempos de espera en diferentes sistemas de salud.

El documento tiene tres secciones. La primera es introductoria y explica la relevancia de la gestión de los tiempos de espera como un mecanismo para priorizar lo más urgente e importante y responder a la demanda de servicios en el contexto de oferta y recursos limitados. En la segunda parte se hace una descripción de las políticas de gestión de tiempos de espera en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y en algunos países de ingresos altos (Suecia, España/Galicia), así como en algunos países de América Latina (Chile y Uruguay). La tercera parte concluye con las lecciones que emergen de las experiencias de los anteriores países.

---

<sup>1</sup> Los expertos fueron: **Alejandra Cordero**, Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud, Experta en Gestión de Lista de espera en Chile (dentro/fuera del Plan AUGE), Ministerio de Salud de Chile; **Luigi Siciliani**, Profesor de la Universidad de York, Inglaterra, Coautor del documento *Waiting Time Policies in The Health Sector. What Works?* OECD Health Policy Studies; **Marianne Hanning**, Profesora e investigadora del Departamento de Salud Pública y Ciencias del Cuidado del Hospital Universitario de Upsala en Suecia; **Nieves Domínguez**, Directora del Servicio Gallego de Salud, SERGAS, España; **Silvina Echarte**, Doctora en Derecho y Ciencias Sociales, Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

# INTRODUCCIÓN

Diversos factores han generado un desequilibrio entre los servicios de salud que necesita o demanda la población y la capacidad de los sistemas para prestarlos de manera equitativa y eficiente<sup>2</sup>. Entre dichos factores se incluye el cambio del perfil demográfico y epidemiológico de la población, el aumento de una clase media más consciente de sus derechos y —por ende— demandante de servicios, la aparición de nuevas tecnologías y la limitación de recursos humanos, físicos y financieros disponibles en los sistemas de salud. Esta situación ha llevado a que en todos los sistemas de salud de países ricos y pobres aparezcan espontáneamente elementos racionadores de servicios y gastos, y que se haya hecho el esfuerzo de consolidar procesos explícitos de priorización para proteger la equidad y la sostenibilidad financiera de los sistemas.

Esta priorización del gasto en salud se ha implementado a través de diferentes estrategias que responden a la arquitectura de los sistemas de salud y a la construcción social de los mismos. Entre estas estrategias cabe mencionar los planes explícitos de beneficios, mecanismos de pago que incentivan la provisión de servicios costo efectivos, regulación de precios de medicamentos basados en el valor terapéutico de las tecnologías y políticas de uso racional de medicamentos. En este marco, caben también las políticas de gestión de las listas de espera

para la provisión de servicios de salud — principalmente, citas con especialistas, pruebas diagnósticas y cirugías electivas— que son un fenómeno que ha aparecido en varios países, en especial en aquellos que tienen copagos nulos o reducidos, o donde la escasez de recursos (humanos, financieros, de infraestructura, etc.) requiere priorizar la atención de los pacientes en función de criterios específicos.

Las listas de espera son un mecanismo para racionar el gasto y un síntoma de que la demanda excede la oferta de servicios. La gestión de las listas de espera busca, en esencia, priorizar el acceso a los servicios escasos para las personas que más los necesitan. Los países se enfrentan a varios retos para la gestión: ¿Cuánto es el tiempo que se considera “razonable” para la espera de un tratamiento desde el punto de vista técnico, pero también desde el punto de vista social? ¿Cómo evitar que las listas de espera se conviertan en un mecanismo de negación de servicios en vez de uno de priorización? ¿Cómo garantizar que efectivamente el orden establecido en las listas de espera para la atención de los pacientes responda al grado de necesidad del tratamiento?

---

<sup>2</sup> Consejo Europeo (SF). Disponible en: [http://www.coe.int/t/dg3/health/waitinglistreport\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/health/waitinglistreport_en.asp)

# GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

Los tiempos de espera son un problema común de muchos países alrededor del mundo, tanto por sus efectos en los pacientes como en los sistemas de salud en general. Estos efectos están relacionados con el deterioro del estado de salud de los pacientes, la prolongación de su sufrimiento y la erosión de la legitimidad de los sistemas de salud. Además, las largas listas de espera suelen asociarse con un uso poco eficiente de los recursos disponibles<sup>3</sup>.

Para gestionar los tiempos de espera, los países de la OCDE han implementado diferentes mecanismos que responden a las capacidades institucionales, físicas, financieras y de recurso humano de cada sistema de salud. Por ejemplo, algunos países han establecido sanciones económicas para que los prestadores cumplan con los tiempos de espera establecidos (Inglaterra), mientras que otros han implementado esquemas de incentivos entre los profesionales y los prestadores (Holanda). En la Tabla 1 hay un listado de las políticas y programas de gestión de tiempos de espera para una selección de países (Canadá, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Inglaterra, Portugal, Noruega y Nueva Zelanda). El listado describe de manera general el tipo de mecanismo y las estrategias centrales utilizadas para hacer que se cumplan los tiempos máximos establecidos para el acceso efectivo al servicio.

**Tabla 1. Lista de políticas y programas de gestión de tiempos de espera.**

País	Descripción del mecanismo de regulación de tiempos
Canadá	Existe una clasificación y herramientas de prioridad por patología que modera la demanda por cuidados sanitarios y garantiza que los recursos disponibles sean usados en forma más apropiada.
Dinamarca	<p>Desde la década de los noventa se han planteado mecanismos para realizar un monitoreo sistemático de los tiempos de espera:</p> <p><b>1. Tiempo de espera previsto</b> que está definido por la junta nacional de salud como el tiempo máximo en el cual un paciente promedio sin complicaciones tiene que esperar la referencia de un médico general a un especialista para comenzar su tratamiento en un hospital (por ej., cirugía oncológica: existe un promedio ponderado de tiempos de espera para 11 diagnósticos de cáncer; radioterapia y quimioterapia: existe un promedio ponderado de tiempos de espera para 18 diagnósticos).</p> <p><b>2. Libre elección</b> de los establecimientos de salud, que incluye tanto hospitales privados como públicos. Este esquema implica que, si un paciente referido evidencia que los tiempos de espera no se cumplen, puede optar por escoger otro prestador público o privado con cargo a los recursos públicos. Esta elección es posible tanto dentro como fuera de Dinamarca (dentro de la asociación de regiones danesas); sin embargo, está sujeta a la disponibilidad de alternativas de tratamiento ofrecidas así como a los tiempos de espera de los prestadores privados.</p> <p>No se identificaron sanciones, pero el segundo mecanismo explicado ayuda a controlar el cumplimiento de los tiempos de espera por parte de los prestadores.</p>

<sup>3</sup> Ibíd.

Finlandia	<p>De acuerdo con la legislación establecida en el año 2005, que establece condiciones uniformes para todo el país, a los pacientes debe asegurárseles el contacto inmediato con el centro de salud, y su necesidad en salud debe referirse a un profesional en salud en un máximo de tres días calendario.</p> <p>En el caso de la hospitalización, la responsabilidad en la asignación es de aproximadamente tres semanas una vez que se realiza la referencia.</p> <p>En última instancia, cualquier necesidad en salud debe ser cubierta en un máximo de tres meses y, para algunos casos, en un máximo de seis meses.</p> <p>Existe una institución que tiene la tarea de gestionar y coordinar que se cumplan estas condiciones, y puede imponer multas por incumplimiento en los tiempos de espera establecidos.</p>
Holanda	<p>Se presentan tiempos de espera diferenciales de acuerdo a los procedimientos en salud.</p> <p>No existen sanciones económicas pero se implementan incentivos a profesionales y prestadores, lo cual implica gastos adicionales para el sistema.</p>
Inglaterra	<p>Se establecen tiempos máximos de espera por rangos para cada tratamiento específico (por ej., 31 días de espera después del diagnóstico para una cirugía de cáncer).</p> <p>Existe una política de regulación de la referencia al tratamiento, que define el tiempo de espera desde la referencia de un médico general hasta el inicio de un tratamiento con un especialista.</p> <p>El NHS puede establecer sanciones económicas a quien incumpla con los tiempos establecidos.</p>
Noruega	<p>La regulación de los tiempos de espera es una mezcla de priorización basada en la urgencia médica y la rentabilidad del tratamiento. Para aquellos casos que se cataloguen con tratamientos electivos, se definen tiempos de espera de acuerdo al grado de severidad, la eficacia esperada del tratamiento y el costo en función del resultado esperado del tratamiento.</p>
Noruega	<p>Existe un esquema de priorización mediante el cual se evalúa la necesidad de los servicios requeridos por los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un máximo de seis meses de tiempo de espera para el contacto con el primer especialista.</li> <li>• A todos los pacientes con una necesidad en salud, que puede ser satisfecha con los recursos disponibles, se les realiza la cirugía dentro de los seis meses posteriores a su evaluación.</li> </ul> <p>Estos parámetros están acompañados por: (1) exigencias para asegurar que el nivel de servicios provistos con fondos públicos sea suficiente para garantizar el acceso a una cirugía electiva antes de una reacción no adecuada por parte del paciente (angustia, enfermedad o discapacidad), y (2) medidas que buscan la equidad nacional en el acceso a procedimientos electivos.</p>
Portugal	<p>Existe una Lista de Espera Nacional de Cirugía que contiene herramientas para priorizar y que se desarrolló a partir de los registros de los sistemas de información de los prestadores locales. (Anualmente Portugal genera un reporte donde se publican los indicadores agregados de media y mediana de los tiempos de espera para cirugía). La lista incluye los incrementos de demanda de intervenciones quirúrgicas, la definición de la capacidad instalada y la eficiencia del sistema de salud.</p> <p>En la lista de espera están definidos los niveles de prioridad de acuerdo a la severidad de la condición clínica del paciente, los beneficios del tratamiento para el paciente y sus condiciones sociales. Adicionalmente, este sistema le informa al paciente el estado de su procedimiento y una fecha prevista de intervención.</p>

Es importante resaltar que una política pública de gestión de tiempos de espera, que tenga como meta la reducción de aquellos que son innecesarios, debe apuntar a la regulación de dos temas centrales. Primero, al fortalecimiento de los derechos de los pacientes hacia un acceso oportuno a los servicios de salud; y, segundo, a la incorporación de la priorización en la atención según el grado de necesidad (Arce, 2003).

En este sentido, la gestión de los tiempos de espera debe contemplar dos elementos en el diseño de los mecanismos para implementarla. El primero es la medición de los tiempos de espera. Esta resulta esencial para la elaboración de una política pública que establezca tiempos máximos que puedan ser cumplidos por los prestadores y que, además, se encuentren dentro de un rango socialmente aceptado. Los tiempos de espera máximos se miden en niveles diferentes en cada país, según las necesidades más sentidas de los sistemas, pero que se podrían clasificar en tres niveles: i) para pacientes hospitalizados (frecuencia de la atención por especialista durante el tratamiento); ii) para consulta con un especialista (referencia del médico de medicina general al especialista), y iii) para referencia al tratamiento (estos, implementados en sistemas de salud como el danés o el británico).

El segundo elemento a considerar en el diseño es el nivel de desagregación de los tiempos de espera que se quiere regular. Este puede darse de manera menos integrada, estableciendo un máximo de espera para cada paciente en

particular (Noruega), o de manera más integrada como lo hacen Nueva Zelanda y Canadá donde se definen categorías para agrupar patologías y procedimientos (rehabilitación de pacientes con artritis, servicios de salud mental, servicios de cuidado en casa, etc.). Definir el grado de desagregación de los tiempos de espera tiene implicaciones importantes para la política de gestión de dichos tiempos. Según los niveles de desagregación establecidos se requerirán mecanismos de seguimiento y control distintos, y se abordará también de otra manera el diseño del esquema de incentivos o sanciones.

Para poder implementar una estrategia de tiempos de espera que contemple lo anterior, la experiencia de los países de la OCDE resalta la necesidad de tener en cuenta los siguientes elementos:

1. Medir de la mejor manera posible los actuales niveles de espera con la información existente (encuestas o datos administrativos). En este sentido, los sistemas de información son fundamentales para que la regulación que se diseñe cumpla con sus objetivos. Debe proveer información sobre el tiempo de espera de los pacientes en la lista o el tiempo de los pacientes tratados en un punto específico del proceso de atención. Esta medición es clave en el proceso de diseño pues, por una parte, ayuda a determinar cuáles son esos tiempos de espera innecesarios que se presentan en la atención en salud, y por otra parte ayuda a definir el tiempo máximo de espera según las capacidades reales de los prestadores de servicios de salud.

2. Definir la garantía de tiempo de espera según los sistemas de información disponibles. Puede ser, por ejemplo, para pacientes internados, para las consultas a especialista o para ambos.

3. Establecer reducciones razonables en espera y decidir si hay margen para introducir dos o tres tiempos de espera diferenciales.

4. Una vez establecidas las metas en la gestión de los tiempos de espera hay que garantizar su cumplimiento. En los países estudiados se han diseñado diferentes herramientas para ello. En algunos casos han optado por la imposición de multas económicas o sanciones, como ocurre en Inglaterra o en Finlandia respectivamente. Este tipo de esquema es complejo pues requiere una autoridad reguladora activa y con capacidad efectiva de hacer seguimiento a todos los prestadores de salud. Además, puede generar insatisfacción por parte de los responsables en la prestación. En otros países, como el caso de Holanda, se diseñó un esquema de incentivos positivos a los prestadores que cumplen con los tiempos establecidos. Este esquema, si bien es más popular que el anterior entre los prestadores, implica un reto financiero pues supone una carga adicional a los sistemas de salud. No obstante, emerge también de la experiencia de estos países que el diseño de un esquema de incentivos —sancionatorios o no— no es una herramienta que por sí sola vaya a mejorar los tiempos de espera.

5. La implementación de este tipo de políticas debe ir acompañada del ajuste de los factores de oferta como una mejora en la infraestructura en salud y formación

del recurso humano en salud según las necesidades identificadas. Esto tiene el objeto de alcanzar e incluso superar las metas planteadas por la política de gestión de tiempos de espera.

Finalmente, la legitimidad social de estos mecanismos de gestión de listas de espera es un tema de discusión importante. Se puede generar mucha mala prensa y son frecuentes las percepciones negativas del público en general. Sin embargo, en los países analizados no se pudieron identificar programas de educación para que los pacientes se adapten a estos mecanismos, salvo el enfoque de Nueva Zelanda, donde parece haber un reconocimiento aceptado en la sociedad sobre las restricciones presupuestales existentes. Por eso la gente admite tanto los límites de la oferta como la necesidad de que la demanda de servicios se adapte a esta realidad.

## **SUECIA: DE LA LÓGICA DEL PASO A PASO A LA LÓGICA DE PROCESOS EN LOS TIEMPOS DE ESPERA**

El caso de Suecia resulta interesante pues se usó la competencia entre los prestadores como un mecanismo para mejorar los tiempos de espera. Este país implementó la elección del proveedor con el objetivo de hacer a los

proveedores más competitivos y reducir las diferencias en los tiempos de espera en todo el país. En este sentido, si a un paciente no se le puede cumplir con los tiempos de espera establecidos (ver Tabla 2), la circunscripción administrativa local debe garantizar su atención en otra y cubrir sus gastos de transporte y alojamiento.

Desde 1992, y si bien existen tiempos de espera establecidos de manera general para la atención primaria, la consulta con el médico generalista o especialista (ver tabla 2), la definición de garantías se ha dado principalmente para 12 tratamientos (cirugía de arteria coronaria o cirugías de cataratas, por nombrar algunas). Esto ha generado descontento por parte los usuarios, pues consideran que no hay una definición clara de las prioridades en la atención y sienten que no existen criterios claros, en especial en el otorgamiento de citas con los especialistas. De acuerdo a la experiencia sueca, se pueden evidenciar los seis siguientes puntos de discusión para tenerse en cuenta en el proceso de definición de una política de gestión de tiempos de espera.

**1) Diferenciar tiempos de espera según la necesidad.** Un primer punto de discusión es que la definición de los tiempos de espera debe ser diferenciada, respondiendo a criterios establecidos, en vez de fijar máximos de

espera que aplican por igual para todos los casos. Por ejemplo, como se desprende de la tabla 2, el tiempo de espera máximo para una cita con un especialista es de tres meses en todos los casos, salvo en aquellos donde no haya un diagnóstico claro, donde la espera es de un mes o de siete días para la consulta con un médico generalista. Ahora bien, puede parecer más razonable un sistema con tiempos diferenciados por patología, tipo de paciente (niño, anciano, mujer embarazada, etc.), estado de avance de la enfermedad, etc. Pero es difícil saber cuál debe ser el tiempo de espera óptimo para una determinada enfermedad y es difícil la implementación de estas garantías más complejas y costosas. Por otro lado, si se define un sistema de garantía de tiempos máximos de espera en general, es importante tener directrices para el manejo oportuno de enfermedades específicas, que incluyan prioridades médicas basadas en la

**Tabla 2. Tiempos de espera en Suecia**

Tipo de atención	Tiempo de espera establecido
Atención primaria y visitas ambulatorias a los especialistas	El mismo día
Médico de cabecera o familiar	7 días
Cita referenciada a especialista	No mayor a tres meses o a un mes, en el caso de que el diagnóstico no esté claro

evidencia, de manera tal que no se perjudiquen los resultados en salud.

*2) Actores clave en el proceso de definición de los tiempos de espera.* En Suecia los plazos de la garantía se deciden a nivel político; es decir, los deciden los responsables de la planificación, la producción y el financiamiento de la atención. Sin embargo, la responsabilidad médica es determinante, por lo que su participación en la definición de los plazos debería ser un requisito del proceso.

*3) Sin información no hay gestión de tiempos de espera.* Las buenas estadísticas de los tiempos de espera son las herramientas más importantes en la gestión de las listas de espera. Estas permiten hacer un seguimiento oportuno a su cumplimiento, elemento clave para que sea implementable la política de elección del prestador. Adicionalmente, para la gestión de listas de espera y los tiempos de espera, es condición absoluta que se midan y analicen regularmente, por lo que las estadísticas resultan indispensables. Esto es bastante complicado y requiere mucho tiempo, ya que el proceso de seguimiento tiene que construirse sobre definiciones comunes en todo el sistema de atención de salud. Sin términos ni definiciones comunes será imposible comparar y visualizar los tiempos de espera para que la política sea más transparente y se informe a pacientes y ciudadanos sobre cómo se está desarrollando el sistema.

*4) Información a los pacientes sobre tiempos de espera.* Otra pieza del rompecabezas es dar a los pacientes información sobre cuándo y dónde pueden recibir atención. En Suecia los estudios han demostrado que es más importante para

el paciente obtener atención a una hora establecida. Prefiere tener que esperar más tiempo que el límite máximo, antes que estar en una lista de espera sin saber cuánto deberá esperar.

*5) Transparencia en la información sobre tiempos de espera.* Se debe tener en cuenta que en la práctica siempre habrá listas de espera, explícitas o no. La manera en que la gente percibe las listas de espera es una cuestión de confianza en el sistema. Tener listas de espera explícitas da transparencia a las decisiones tomadas por los médicos y es importante que se explique por qué algunos pacientes tienen que esperar más tiempo.

*6) Explorar las posibilidades de reducir los tiempos de espera mediante mayor eficiencia en la prestación.* Un elemento relevante en la discusión de las políticas de tiempos de espera es el papel de la eficiencia en el uso de los recursos. Cuando se piensa en el tiempo de espera, la primera reacción es adjudicarlo a la falta de recursos. Sin embargo, la experiencia adquirida por muchos países es que puede haber suficientes recursos pero no se manejan de una manera eficiente. Por esto se debe tener un profundo conocimiento de los procesos de atención y la logística dentro del sistema. Si se disponen más recursos en un sistema ineficaz, dicho sistema podría volverse más costoso sin que necesariamente se resuelva el problema central. En Suecia, por ejemplo, durante muchos años el sistema fue de “cultura de la espera”. Parte de la explicación radicaba en que los médicos no tenían incentivos para reducir las listas de espera. Pero la realidad mostró que el problema era aún más grave.

Había largas listas de espera porque eso era un argumento para solicitar más recursos. Ante este contexto, en el comienzo del año 2000, hubo una reforma del sistema presupuestario en la mayoría de las diputaciones provinciales en Suecia. La reforma consistió en cambiar el sistema por uno de pago por resultado. Ello cambió los incentivos e hizo más rentable no tener largas listas de espera, pues para poder acceder a los incentivos, las diputaciones provinciales deben cumplir el tiempo máximo de espera en el 80% de sus pacientes. El efecto de este incentivo ha sido positivo, aunque hay alguna evidencia de que ha dado lugar a esperas más largas para los pacientes que necesitan una nueva visita o un control. Esto demuestra una vez más lo importante es tomar todo el sistema en consideración en la gestión de tiempos de espera.

## **ESPAÑA: LISTAS DE ESPERA EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD.**

Los principios de la gestión de listas de espera se enfocan en el Artículo 43 de la Constitución Española, La Ley General de Sanidad, Ley 41/2002 y el Real Decreto 605/2003 mediante el cual se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de

espera en el Sistema Nacional de Salud.

En el caso particular de Galicia, el servicio de salud de esta región detectó demoras en las pruebas diagnósticas y consultas. La estrategia que se diseñó para enfrentar esta situación se centró en la priorización clínica de la atención para mejorar la eficiencia de los servicios y en la gestión de la información para mejorar el proceso de toma de decisiones. Ello permitió tener en cuenta las patologías mediante una clasificación por prioridad (de 1 a 3)<sup>4</sup> y el manejo de algunas patologías, como el cáncer, a través de vías rápidas de acceso.

Esta estrategia contempló, además, la implementación de un sistema de incentivos para mejorar la eficiencia en la gestión de los tiempos de espera. A través de acuerdos de gestión, con los que se comprometen los gerentes de hospitales, se establece una remuneración según el nivel del logro de los compromisos adquiridos.

Del análisis de esta experiencia se pueden identificar siete aspectos asociados con la gestión de tiempos de espera que se consideran relevantes:

- Al ser una estrategia basada en la eficiencia de los servicios pretende fortalecer el uso adecuado de los recursos dis-

---

<sup>4</sup> Prioridad 1: Riesgo vital inminente, 30 días. Tiempos medios de espera en ayudas diagnósticas y consultas 56.7 días.  
Prioridad 2: Riesgo a corto plazo, impacto en la calidad de vida, menor de 65 días. Tiempos medios de espera en ayudas diagnósticas y consultas 82.1 días.  
Prioridad 3: Sin riesgo, 180 días.  
Tiempos medios de espera en ayudas diagnósticas y consultas global 86.8 días.

ponibles y a la vez lograr una disminución de las demoras y esperas por procesos organizativos y administrativos.

- Las listas de espera deben ser de público conocimiento para los usuarios.
- La información de los pacientes y de los procesos de prestación de servicios (historia clínica única, innovación, indicadores de seguimiento y de cumplimiento de los acuerdos de gestión) es un insumo clave para la gestión de los tiempos de espera.
- El cumplimiento o no de los tiempos de espera impacta directamente en la satisfacción de los usuarios, por lo que se debe propender a generar incentivos o sanciones que garanticen su cumplimiento.
- Contar con registros efectivos del proceso de atención en salud, que identifique los tiempos y retrasos en cada parte del proceso, con el propósito de contar con información que permita hacer una evaluación y seguimiento a la gestión de los tiempos de espera.
- Contar con un diseño claro de los procesos para evitar actividades que no aporten valor añadido para el paciente y que generen tiempos de espera innecesarios.
- Como la gestión de tiempos de espera requiere ajustes constantes, se deben conocer las características de la población a atender y los recursos con los que se cuenta, de manera tal que estas políticas respondan efectivamente a las necesidades y tengan una mayor capacidad de adaptabilidad a los cambios que se produzcan en la demanda.

## **ADICIONALMENTE ES IMPORTANTE:**

- Resaltar que tanto pacientes como profesionales deben tener claro los derechos y los deberes de cada parte. Por lo que disponer de un marco evidente de regulación ayudará a evitar problemas en el futuro.
- No se debe ser excesivamente ambicioso y plantear así garantías que posteriormente no se van a poder cumplir. Un marco de garantías debe ser razonable y tener la posibilidad de disponer de una fuente de información transparente para los pacientes, donde puedan consultar su situación en la lista de espera. Ello evitará el incumplimiento de las expectativas del usuario, que siempre es fuente de conflicto.
- Que los profesionales conozcan las líneas estratégicas de su organización y participen en su elaboración para que ayuden al cumplimiento de los estándares de calidad definidos, entre los cuales están las listas de espera. Disponer de estos documentos a través de páginas web facilita su conocimiento y difusión entre ellos. Estas líneas estratégicas deben materializarse en documentos de compromiso (anuales o del tiempo que se considere) que recogerán objetivos concretos y podrán ir ligados a sistemas de incentivos, como por ejemplo, los complementos de productividad variable.
- Impulsar un mayor acceso a los servicios de atención primaria para reducir los tiempos de espera en niveles superiores de atención. Una atención primaria más resolutive reducirá las consultas a espe-

cialistas (donde normalmente se generan mayores tiempos de espera), conllevará una mayor satisfacción del usuario y reducirá costos al sistema sanitario.

## LA EXPERIENCIA CHILENA EN LA GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA

En Chile se definió un plan de beneficios en salud, conocido como “Garantías Explícitas en Salud” (GES), que priorizó las enfermedades más relevantes (definidas a partir de criterios como magnitud, transición epidemiológica, efectividad, oferta disponible, carga financiera y consenso social). El plan definió no solamente los criterios de acceso efectivo a servicios, sino también garantías específicas de espera ([ver capítulo de Chile en el libro: Planes de Beneficios en Salud en América Latina: una comparación regional](#)). Así se estableció que, si un prestador de la Red AUGE/GES no cumple con el plazo señalado para la garantía de oportunidad de un problema de salud AUGE/GES diagnosticado, al paciente se le puede designar un segundo prestador. El caso de Chile es único en el sentido de que los tiempos de espera máximos forman parte del plan explícito de beneficios y de los derechos que este confiere a los asegurados. A su vez, eso genera problemas específicos para la gestión de los tiempos de espera de las patologías que no han sido priorizadas.

Los problemas de salud no incluidos en la estrategia de gestión GES pasaron a formar parte del universo de patologías “No GES”. Este universo “NO GES” incluye la demanda de nuevas atenciones de consulta de especialidad, intervenciones quirúrgicas y procedimientos. El acceso a dicha atención está determinado por la criticidad del problema de salud. La oportunidad para la atención, en los casos no urgentes, se realiza después de resolver las atenciones “GES”.

Esta situación terminó creando una lista de espera para lo “No GES” que debía ser abordada. Dada la complejidad de la implementación del Plan GES, la resolución de las listas de espera “NO GES”, a partir del año 2006, sólo pudo ser abordada mediante una herramienta de solución de un problema del funcionamiento de la red, denominada “Compromisos de Gestión”.

La información asociada al Plan GES dispuso de una plataforma de información clínica, epidemiológica, de acceso a servicios, etc., de alcance nacional desde el comienzo. La información “NO GES” se incorporó a partir del año 2011 mediante un Repositorio Nacional de Información. La fiscalización de la información clínica y administrativa asociada a la resolución de las listas de espera “GES” y “NO GES” evidenció debilidades en la calidad de esa información, que generaban problemas de carácter jurídico y contravenían derechos de disponibilidad de información establecidos por ley.

De esta experiencia es importante resaltar los factores que se han evidenciado como críticos para la gestión de los tiempos de espera dentro de la implementación del Plan GES y las listas “No GES”:

- Para garantizar el cumplimiento de los tiempos de espera establecidos, se deben definir con claridad los roles institucionales de cada uno de los actores en términos de oportunidad, financiamiento y acceso. Esto permite establecer las competencias y responsabilidades de cada actor para identificar, en el seguimiento, dónde se están presentando los vacíos.
- Contar con procesos institucionales sólidos que reduzcan ineficiencias de tipo clínico o administrativo que perjudiquen los tiempos de espera establecidos.
- Fortalecer la gestión clínica a través de modelos de atención en salud, guías de práctica clínica, protección del acceso, priorización, redes de atención por carteras de servicios, auditoría médica en el nivel primario, cumplimiento de objetivos y médico priorizador en especialidades. La organización del modelo de atención permitirá descongestionar los servicios de salud, permitiendo cumplir con los tiempos de espera establecidos.
- Contar con sistemas de información que posean registros clínicos de alcance local para el monitoreo de la oportunidad (ficha clínica electrónica), y contar con un repositorio nacional de listas de espera “no GES” (cuándo y dónde se debe monitorear).

- Contar con una estrategia comunicacional con los usuarios de manera permanente para proveerles información específica sobre los tiempos que deberán esperar para recibir un servicio, controlando así sus expectativas.
- Cerrar brechas mediante la inversión en infraestructura y la formación de especialistas.
- Establecer un sistema de control de gestión y monitoreo del cumplimiento de compromisos a todo nivel.

Adicionalmente, cabe resaltar que la participación del sector médico y los usuarios es un elemento central en las políticas de gestión de tiempos de espera. La definición de tiempos de espera en el Plan GES ha contado con la participación del ámbito clínico médico durante la generación de cada guía clínica y protocolo de atención. En el caso de los usuarios del sistema, las instancias de participación formales están dadas a través del Consejo Consultivo para el Plan GES.

La definición de tiempos de espera para el otorgamiento de prestaciones de salud es una estrategia compleja. Debe responder a una demanda sentida de toda la población y, en algunos casos, la lógica de la priorización de los problemas de salud con mayor impacto frente a otros que, al no cumplir estos criterios, no resultan seleccionados, puede no ser popular entre aquellos que se ven afectados por esta medida.

# URUGUAY: RÉGIMEN JURÍDICO DEL TIEMPO DE ESPERA PARA ACCEDER A CONSULTAS MÉDICAS

La primera norma sobre tiempos de espera en Uruguay fue expedida por el Ministerio de Salud Pública mediante el Decreto 359/007 de 2007. En esta norma se priorizan plazos máximos de manera progresiva para las especialidades y procedimientos más críticos<sup>5</sup>. El diagnóstico de la aplicación de este marco normativo mostró varias falencias. Por ejemplo, permitió identificar que las instituciones y las especialidades manejaban diferentes sistemas de agenda para otorgar las citas a los pacientes y priorizar así su atención. Se identificó, además, una enorme diversidad en los sistemas de agenda según institución y especialidad, y también se encontró que las instituciones no contaban con registros ni procedimientos para medir e informar los tiempos de espera. Claramente era necesario contar con la fecha de solicitud y acceso a la cita para tener informes adecuados de monitoreo de tiempos de espera.

---

<sup>5</sup> Medicina general, pediatría y ginecología – 24 horas desde la solicitud; consulta externa de cirugía general – 2 días desde la solicitud; especialidades médicas y quirúrgicas – 30 días para su coordinación; procedimientos quirúrgicos no urgentes – 180 días para su coordinación

Ante esta situación el Ministerio decidió crear un marco normativo nuevo que se ha aplicado con gradualidad para las especialidades y procedimientos más críticos. Para ello se tuvo en cuenta a la población usuaria, el tamaño de la institución y un sistema de penalización para el ausentismo de pacientes.

De acuerdo a la experiencia uruguaya se pueden identificar algunos elementos que se deben tener en cuenta para establecer un mecanismo de gestión de tiempos de espera:

- Contar con un diagnóstico de la situación del sistema de salud en el momento del diseño de la estrategia/política de gestión de tiempos de espera, a fin de detectar las falencias del mismo y planificar debidamente las medidas necesarias. Es fundamental tener en cuenta criterios que permitan ordenar el plan de acciones (que pueden ser de acuerdo al nivel y tamaño del prestador), como así también medir el número de usuarios y el número de recursos humanos en salud necesarios para cubrir la atención oportuna de esa población.
- Contar con un diagnóstico del contexto social y georreferencial, que permita medir la accesibilidad al sistema de salud (transporte, disponibilidad de tiempo) por parte de los usuarios y así como del personal de la salud.
- Analizar las posibilidades del prestador de salud de acceder a tecnologías, el nivel organizacional de la institución y el régimen de administración del prestador, ya que disponer de un sistema informático del registro de las listas de espera

facilita el seguimiento y monitoreo de su funcionamiento.

- Contar con un registro de los recursos humanos de la salud en cada región y en cada centro de salud, detallados por especialidad, edad y sexo, para tener identificada la oferta disponible y así determinar los tiempos de acceso a servicios por parte de los usuarios.
- Contar con una estrategia de comunicación con el usuario y poder obtener las críticas de este con respecto al sistema, orientándolo sobre los derechos y deberes que le corresponden.

## CONCLUSIONES

Como se mencionó en la introducción, las listas de espera son en la actualidad un mecanismo de racionamiento que se presenta en muchos países alrededor del mundo. La gestión de estas listas es un proceso que —bien implementado— debe ayudar a asegurar y monitorear la calidad (en términos de acceso y oportunidad) de los sistemas de salud. Para que esto se dé, el diseño de un mecanismo de gestión de los tiempos de espera debe responder a un proceso planeado y articulado, donde se incluya no sólo al rector del sistema, sino también a los prestadores, profesionales de la salud y usuarios, con el fin de lograr mayor legitimidad en su implementación.

De la mayoría de los países analizados, se evidenció que contar con información precisa sobre la oferta disponible y los tiempos de espera observados es un elemento clave para una buena gestión de los tiempos de espera.

Adicionalmente, se evidencia que la implementación de este tipo de mecanismos tendrá que ir de la mano de una fuerte inversión en infraestructura y formación del talento humano. Tal inversión evitará que las listas de espera se conviertan en un instrumento para la negación de los servicios o un elemento del desequilibrio de la equidad de los sistemas de salud.

Por otro lado, de todos los países analizados, se concluyó que la gestión de los tiempos de espera requiere de sistemas de incentivos fuertes, que ayuden a garantizar los tiempos máximos establecidos. De lo contrario, el nivel de frustración y descontento de los usuarios puede afectar irreversiblemente la legitimidad de la gestión. Por ello, hay que establecer sistemas de seguimiento y monitoreo de la implementación de los mecanismos.

Por último, cabe resaltar que la implementación de listas de espera debe responder a preferencias sociales y a lo deseable desde el punto de vista médico. Se deben buscar puntos medios entre estos dos factores para lograr una correcta y legítima implementación del mecanismo.

Cada país deberá entonces planear, definir e implementar las estrategias que se adapten a su contexto y realidad, pero —sean cuales fueren las estrategias— los gobiernos deben tener la capacidad de comunicar a los usuarios sus derechos y deberes para lograr así un uso más racional de los recursos sanitarios disponibles.

# BIBLIOGRAFÍA.

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

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

Echarte, S., (2013). Régimen Jurídico del tiempo de espera para acceder a consultas médicas en Uruguay. Presentación realizada el Taller de Gestión de Tiempos de Espera. Banco Interamericano de Desarrollo y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Hanning, M., (2013) PPT Waiting time policies in Swedish health care – from single step to process thinking. Presentación realizada el Taller de Gestión de Tiempos de Espera. Banco Interamericano de Desarrollo y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Siciliani, L (2013). 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.

Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Siciliani, L. and J. Hurst (2004), Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. Health Policy 72 (2005) 201–215.

