

Propuestas para enfrentar el desafío de los tiempos y listas de espera en el Seguro de Salud

Proposals to face the challenge of times and waiting lists in Health Insurance

Claudio Arturo Arce Ramírez¹

¹ Economista, Gerencia Financiera, Caja Costarricense de Seguro Social. Correo electrónico: caarce@ccss.sa.cr

RESUMEN

El presente artículo trata una problemática central en el sistema de salud y para la sociedad, a saber, los tiempos y listas de espera. Para abordar este tema, se desarrollan en primera instancia elementos conceptuales relacionados con este fenómeno; seguidamente, se repasan de manera rápida algunas lecciones internacionales; y, por último, se brindan cuatro propuestas para enfrentar dicha problemática.

PALABRAS CLAVES: Listas de Espera, Atención Médica, Sistemas de Salud.

ABSTRACT

This article covers a central problem in health system and for society, namely, waiting times and lists. To develop this topic, in the first instance, conceptual elements related to this phenomenon are explained. Then, some international lessons are quickly reviewed. Finally, four proposals are provided to deal this problem.

KEYWORDS: Waiting Lists, Medical Care, Health Systems.

INTRODUCCIÓN

Los tiempos y listas de espera de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) constituyen un severo desafío para la prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad. Algunos datos institucionales dan una idea de ello; por ejemplo, para el 2023 esta entidad estima que el plazo promedio de días de espera para cirugía de catarata ascienda a 306 días; de igual forma, estima que el plazo promedio en días de espera para ultrasonidos generales para ese mismo año sea de 200 días y que el plazo promedio de días de espera para endoscopías altas sea de 180 días.

Por otra parte, según datos de la Dirección de Presupuesto de la CCSS, para el período 2018-2022 (a octubre) se distribuyeron ₡51.181,5 millones para financiar el fondo de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE). Este monto no incorpora los gastos indirectos, como medicamentos e insumos médicos y servicios administrativos, entre otros.

Lo anterior deja en evidencia que existe una brecha entre el esfuerzo presupuestario y los resultados alcanzados por la institución en materia de listas y tiempos de espera. Eso sin obviar el impacto negativo generado por la pandemia por COVID-19.

MARCO CONCEPTUAL

Los tiempos y listas de espera constituyen un fenómeno complejo técnica, política y económicamente, que podría asemejarse con el castigo que le impusieron los dioses griegos Zeus y Hades a Sísifo, el cual consistía en que este subiera una pesada piedra por la ladera de una montaña empinada y cuando estuviera a punto de llegar a la cima la dejara caer hacia el valle, para nuevamente volver a subirla; esto debía repetirlo de forma sucesiva durante toda la eternidad. Algo similar sucede con los tiempos y listas de espera, convirtiéndolos así en un desafío de enorme complejidad para la gestión del Seguro de Salud.

Aunque conceptualmente puede incluir todo tipo de prestaciones (electivas o urgentes), en la discusión pública suele hablarse de listas de espera en el contexto de tratamientos electivos, sean estos quirúrgicos o no quirúrgicos. Aunado a ello, se debe considerar que aunque no hay listas de espera oficiales para atención de salud “no electiva” (pacientes con enfermedades graves como el cáncer), esto no implica que no se espere, solo que el sistema no reconoce aún este problema de acceso ni su magnitud.

En esta dirección, existen distintos enfoques que intentan dar cuenta del porqué de los tiempos y listas de espera; acá únicamente se van a mencionar dos. El primero, señala que esto suele presentarse cuando el sistema de protección de la salud está basado en la universalidad, con bajas barreras al ingreso -como en nuestro país- y con escasos mecanismos para flexibilizar el proceso de demanda de la atención en salud y para adaptarlo a la capacidad disponible. En relación con este enfoque, el economista Luigi Siciliani señala que en el caso de Dinamarca, que es un sistema de aseguramiento financiado con fondos públicos, los asegurados de altos ingresos tienen un menor tiempo de espera que los asegurados de menores ingresos; situación que se profundiza si se compara con los migrantes no occidentales (1).

Aunque esta teoría tiene gran validez, es importante mencionar que en los sistemas de salud privados igualmente están presentes los tiempos y listas de espera; por ejemplo, en España, según los representantes sindicales de los trabajadores sanitarios del sector privado, en la actualidad lo común es esperar entre uno y tres meses para una cita en áreas como dermatología, reumatología, pediatría, traumatología o psiquiatría (2)¹. Por otro lado, en un artículo en el que se comparan las listas y tiempos de espera de los países con sistemas con financiamiento público con el sistema de salud de los Estados Unidos, caracterizado por el papel relevante que desempeña el aseguramiento privado, se menciona que en cada una de

¹ Respecto a este tema, cabe aclarar que aunque en presencia de precios en teoría las listas de espera desaparecen, en estos casos la falta de aseguramiento implica un menor consumo y, de hecho, una lista de espera implícita. La experiencia chilena resume bien esta característica del aseguramiento privado, de este mecanismo de exclusión de las personas y, por tanto, del consumo; en las llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) los diagnósticos son claros en evidenciar fallas continuas en equidad, acceso, concentración de mercado (oligopolios) y descreme del mercado; así, por ejemplo, la probabilidad de estar en una ISAPRE para las personas menores de 60 años es de un 20 %, mientras que para los mayores de 70 años la probabilidad es solo de un 7 %, pese a que su gasto per cápita es tres veces más alto.

las métricas Estados Unidos tuvo un menor desempeño que las naciones con cobertura universal, aunque ninguna nación individualmente superó a los Estados Unidos en todas las métricas (3).

El segundo enfoque identifica como causante a la brecha que se presenta entre la capacidad (recursos humanos, infraestructura, equipamiento) y la disponibilidad de los recursos. Así, la capacidad de la prestación de los servicios de salud viene determinada por los recursos asignados a unos servicios y por la distribución regional de estos recursos. Cuando la capacidad es inferior a la necesaria para satisfacer la demanda de un proceso, el tiempo actúa como el precio en un mercado convencional. En este caso, el tiempo de espera es un precio intangible o un costo de oportunidad en términos de tiempo para consumir determinados servicios de salud. Sin embargo, se debe tener presente que toda función de producción está sujeta a unas restricciones de intensidad. De tal forma, es posible que por más que la capacidad sea suficiente, el uso de esta sea inferior al “óptimo”. Dentro de este contexto, el volumen de las listas de espera puede considerarse como un “barómetro” del funcionamiento del sistema salud. Ciertamente, el volumen de las listas de espera es importante, pero la variable más relevante es el tiempo de espera asociado a ese volumen, por cuanto es una barrera temporal al acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, puede existir un número de personas relativamente bajo en listas de espera, pero ser estas de larga duración. O al revés, un alto número de pacientes en listas de espera de corto tiempo (4, 5); esto implica poner algunos signos de interrogación respecto a la efectividad de *medidas aisladas*, como lo es el aumento de los recursos (contratación de recurso humano, adquisición de equipo, etcétera). Lo recomendable, como se analizará en el próximo apartado, son las medidas integrales e integradas; por ejemplo, el aumento de la capacidad institucional (contratación de recurso humano, equipo y tecnología) ha de ir de la mano con el establecimiento de un período máximo de tiempo, en el cual se garantice al asegurado la atención de su caso.

Frente a este marco conceptual se puede inferir que en un sistema público con vocación universal como el de Costa Rica, la lista de espera es consustancial a su accionar. El desafío, por lo tanto, es alcanzar tiempos de espera razonables y reducir la cantidad de personas en dicha lista.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES (6, 7)

En el ámbito internacional, las medidas de política pública de mayor impacto son aquellas que mezclan políticas combinadas. En el caso de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) dichas políticas son: garantías de tiempo máximo para la atención de los pacientes; con sanciones; y con elección y competencia (Cuadro 1). Recordemos que la idea de la propuesta de establecer una garantía de tiempos máximos hace referencia a que se establezca un período máximo para que el paciente reciba la atención por parte de los servicios de salud; de lo contrario, el paciente podrá optar por realizarse la intervención o procedimiento en el sector privado. Lo interesante es que esta decisión implica que el paciente “viaje al sector privado” con los recursos financieros que le corresponden para el financiamiento de dicha intervención o procedimiento.

Cuadro 1.

Estrategias utilizadas para combatir las listas y tiempos de espera

| Tipo de política | Descripción | Número de países | Impacto |
|---|--|------------------|---------|
| Políticas del lado de la oferta | Programación de fondos adicionales para aumentar la producción | 6 de 13 países | Débil |
| | Contratos con el sector privado | 6 de 13 países | Débil |
| | Envío de pacientes al extranjero | 3 de 13 países | Débil |
| | Aumento de productividad por la introducción de grupos relacionados con el diagnóstico (DRG) | 3 de 13 países | Mediano |
| | Aumento de elección de prestadores | 5 de 13 países | Mediano |
| Políticas del lado de la demanda | Mejoramiento en la administración de listas de espera | | |
| | Guías explícitas para priorizar pacientes | 7 de 13 países | Mediano |
| | Subsidio al aseguramiento privado | 5 de 13 países | Débil |
| Políticas combinadas | Garantías de tiempo de espera máximos | 13 de 13 países | Débil |
| | Con sanciones | 3 de 13 países | Fuerte |
| | Con elección y competencia | 6 de 13 países | Fuerte |

Fuente: Siciliani L, Borowitz M, Moran V. *Waiting time policies in the Health Sector: What works?* París: OCDE Publishing; 2013.

Es importante mencionar que, en general, no existe un tiempo de espera máximo de "talla única". Los países tienen diferentes esperas máximas que reflejan lo que se puede lograr de manera realista dado su punto de partida, el gasto general en salud, los recursos adicionales que están dispuestos a invertir y los diferentes arreglos institucionales, sistemas de pago y cuellos de botella que posean (Cuadro 2).

Cuadro 2
Selección de países de la OCDE con tiempos máximos de espera

| Europa | Garantía | Procedimientos | Regulación |
|--------------------|------------------------------|--|---|
| Reino Unido | 6 meses 3 meses 2 días | I. quirúrgicas C. externas M. cabecera | Carta del paciente, 1991 |
| Irlanda | 3 meses | C. externas | Plan de Salud, 2000-2004 |
| Suecia | 3 meses | 12 procedimientos quirúrgicos | Acuerdo Gobierno-Consejo condados, 1992 |

| Europa | Garantía | Procedimientos | Regulación |
|------------------|------------------------|---|--|
| Dinamarca | 2 meses | Cirugía electiva | Acuerdo presupuestario, 1993 |
| Finlandia | 3 días 15 días | Acceso primaria Acceso especializado | Act on Status and Rights of Patients, 1996 |
| Holanda | 7 semanas 5 semanas | Hospitalización C. externa | Competencia Sickinds-Seguros privados |

Fuente: Cañizares A, Santos Á. *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud: una breve aproximación a su análisis. Documento de trabajo. 174/2011.* Madrid: Fundación Alternativas; 2011. p. 23.

En algunos países, los tiempos máximos de espera se han utilizado como objetivo para los proveedores y/o como garantía para los pacientes. Por ejemplo, en Inglaterra y en Finlandia se han usado como objetivos con sanciones para los prestadores de salud que no los cumplan, lo que obliga a los prestadores de salud a implementar acciones del lado de la demanda y de la oferta. En Dinamarca y Portugal también se han utilizado garantías de tiempo de espera, las cuales se han vinculado con políticas de elección del paciente, que le permiten a este elegir prestadores de salud alternativos, incluido el sector privado, si su tiempo de espera se acerca o supera el máximo.

Otra medida que ha generado resultados positivos en diversos países de la OCDE es la que consiste en buscar aumentos en la productividad por medio de la introducción de los grupos relacionados con el diagnóstico (DRG). En este caso, los GRD se utilizan como mecanismo de asignación de recursos a los hospitales públicos, considerando dos variables críticas en el desempeño hospitalario: a) la casuística o complejidad de los casos que atiende el hospital y b) la eficiencia relativa de dicho hospital².

Por otra parte, cabe destacar que de la experiencia de los países que forman parte de la OCDE se determina que las políticas del lado de la oferta demandan aumentos permanentes y sostenidos para poder alcanzar resultados. Además, se concluye que las intervenciones a corto plazo que brindan financiamiento adicional único no tienen un efecto a largo plazo en los tiempos de espera; incluso, los aumentos permanentes en la oferta no son garantía de éxito. El principal riesgo es que la oferta adicional se vea compensada por un incremento en la demanda, a través de un aumento de las referencias, pruebas y procedimientos. Por ejemplo, los tiempos de espera para algunas cirugías electivas en Canadá y Australia han aumentado en los últimos años a pesar de la financiación y las actividades quirúrgicas adicionales. En este sentido, el mensaje es que las políticas del lado de la oferta deben estar vinculadas a la aplicación del tiempo máximo de espera para alcanzar resultados. Para garantizar reducciones en los tiempos de espera, también es necesario un enfoque del lado de la demanda, para racionalizar las referencias del médico de cabecera a especialistas o la pensión de los especialistas a agregar pacientes a una lista de espera.

² Los DRG no es solo pago prospectivo; la experiencia internacional muestra que la asignación hospitalaria prospectiva ha de ser *híbrida* y se han de considerar dos aspectos: estructura, mediante el costo medio esperado según dotación de capacidad instalada, es decir, variables que recojan la disponibilidad de servicio para la población, y la casuística, a partir del costo medio esperado según índice de casuística.

PROPUESTAS

Tomando como base lo mencionado en los apartados anteriores, se desarrollan a continuación cuatro propuestas para enfrentar los tiempos y listas de espera en la CCSS, las cuales integran, específicamente, el esfuerzo institucional con las principales lecciones aprendidas a nivel nacional e internacional.

a) Estrategia interna: jornada de producción y asignación de fondos en función de objetivos

Esta propuesta consiste en continuar utilizando la jornada de producción, pero vinculada al logro de determinados objetivos, constituidos por:

- Tiempo de utilización de la sala de hospitales (TUSH) =90 %
- Tiempo promedio de espera (TPE)=70 %
- Porcentaje de programa de pacientes con la mezcla de urgencia/antigüedad (%PPUA) de la lista de espera =80 %

Con base en el resultado del promedio ponderado de estos indicadores se obtiene el Índice de Gestión (IG). En función del resultado del IG se asocia el porcentaje del modelo de pago; así, por ejemplo, un hospital que alcance un IG de entre 90 %-100 % se la asignará el 100 % de los fondos correspondientes; caso contrario, si obtiene un IG de menos de 80 % el porcentaje de pago corresponderá únicamente a un 90 % (Cuadro 3).

Cuadro 3.
Propuesta relación indicadores de gestión y modelo de pago

| Resultado Indicador de Gestión | Porcentaje modelo de pago |
|--------------------------------|---------------------------|
| 105 % o + % | 110 % |
| 100 %-105 % | 105 % |
| 90 %-100 % | 100 % |
| 80 %-90 % | 95 % |
| Menos de 80 % | 90 % |

Fuente: Elaboración propia.

Este modelo ofrece incentivos, mezclando dos objetivos: por un lado, promover el uso eficiente de los recursos internos (medido según el tiempo de utilización de la sala de hospital) y, por otro lado, priorizar la resolución de los casos de los pacientes, teniendo presente la combinación antigüedad/severidad del caso. Esta propuesta se podría fortalecer si se estructura un esquema de incentivos vinculados al desempeño para el equipo gerencial del centro hospitalario (Dirección Médica y Administrativa Financiera)³.

³ El diseño de un esquema de incentivos a los directivos hospitalarios es un desafío, por cuanto según los hallazgos de la economía de la salud la motivación de los médicos es esencialmente intrínseca y los incentivos económicos y las políticas

Paralelo al diseño del esquema de incentivos ha de establecerse un sistema de auditoría que evalúe la información suministrada por el hospital, valorando los sistemas de registro de dichos centros y cruzándola con fuentes de información indirecta (planillas, contabilidad, presupuesto y tesorería). Las desviaciones que se detecten deben suponer penalizaciones para el equipo gerencial. ¿Cuáles penalizaciones? Aquellas definidas en la normativa institucional.

b) Definir plazo máximo garantizado, así como dotación de recurso humano, equipo y tecnología

Como ya se mencionó, la definición de un plazo máximo que garantice la atención de los asegurados en listas de espera combinada con otras acciones es la medida que ha resultado más eficiente en los países de la OCDE.

De tal forma, la propuesta para Costa Rica es que se defina un plazo máximo que garantice la atención de los asegurados en listas de espera; si se incumpliera dicho plazo, el asegurado tendría la opción de realizar su intervención o procedimiento en el sector privado; en este caso, el hospital en el que se encuentre inscrito el paciente debe financiar con su presupuesto la atención que se realice en el sector privado, con la salvedad de que no puede solicitar recursos presupuestarios adicionales para compensar dicho gasto. En paralelo a dicha propuesta, es necesario hacer las inversiones en contratación de recurso humano, equipo, tecnología e infraestructura que le permita al hospital o área de salud compensar los déficits que presenta en forma progresiva. De la mano de la inversión requerida, es necesario revisar la estructura de los salarios e incentivos no monetarios que se pagan a los especialistas, para minimizar las fugas al sector privado.

En relación con lo anterior, cabe destacar que el sistema de salud evidencia rezagos importantes en la disponibilidad de recursos, lo cual demanda llevar a cabo un esfuerzo interinstitucional coordinado entre la CCSS y las universidades públicas y privadas, para llenar las brechas que se observan; ello es especialmente válido en el caso de la disponibilidad de personal clínico especializado (Cuadro 4).

**Cuadro 4.
Indicadores de recursos en el sistema de salud de Costa Rica en comparación con países seleccionados. Último año disponible del dato**

| Camas hospitalarias por 1 000 habitantes | Médicos (por cada 1 000 personas) | Personal especializado en cirugía (por cada 100 000 habitantes) ⁽¹⁾ |
|---|--|---|
|---|--|---|

de control de las organizaciones pueden socavar dicha motivación intrínseca, la cual, por el contrario, podría fomentarse con sistemas de incentivos bien diseñados. El fundamento teórico de esta situación es la amplia literatura existente en materia de Economía del Comportamiento (Behavior Economics), específicamente en relación con los llamados “agentes económicos”, que no solo basan sus decisiones en su beneficio económico, sino también en factores tales como los valores, las preferencias sociales o la reciprocidad. El incentivo económico y la motivación interna pueden actuar, en este marco, como sustitutivos (cuando los incentivos afectan adversamente a la motivación intrínseca) o como complementarios (cuando los incentivos la afectan de manera positiva).

| | | | |
|----------------------------|------|------|-------|
| Brasil | 2,09 | 2,31 | 55,47 |
| Chile | 2,06 | 5,18 | 59,32 |
| Colombia | 1,71 | 3,84 | 22,71 |
| Costa Rica | 1,10 | 2,89 | 25,46 |
| Estados Unidos | 2,87 | 2,60 | 54,71 |
| España | 2,97 | 4,03 | 79,90 |
| Estonia | 4,57 | 3,46 | 64,98 |
| Reino Unido | 2,46 | 5,82 | 133,3 |
| América Latina y el Caribe | 1,90 | 2,98 | 43,40 |
| Miembros de la OCDE | 5,04 | 3,79 | 68,10 |

⁽¹⁾ El personal quirúrgico especializado es el número de prestadores quirúrgicos, anestésicos y obstétricos especializados que trabajan en cada país por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Banco Mundial. *Personal especializado en cirugía (por cada 100 000 habitantes)*. [Internet]. Washington: Grupo Banco Mundial; 2022. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.SAOP.P5?view=chart>

Por otra parte, es necesario retomar la idea de implementar progresivamente un segundo turno, mediante la conversión de plazas de tiempo extraordinario en plazas de tiempo ordinario; dicha apertura deberá estar asociada al monitoreo, control y seguimiento de indicadores de calidad, seguridad y acceso de los asegurados a los servicios hospitalarios.

Adicionalmente, se debe ampliar y fortalecer una estrategia que en el pasado reciente ha demostrado eficacia, a saber, la utilización de la telemedicina.

c) **Licitar procedimientos e intervenciones de baja complejidad**

Esta opción hace referencia a identificar, con base en criterios clínicos, intervenciones y procedimientos de baja complejidad con el propósito de licitarlos. Un requisito para los oferentes privados que eventualmente participen en dicha licitación es que no pueden ser profesionales en ciencias médicas que laboren en dicha unidad, ni ser accionistas o pertenecer al grupo económico.

Al poner en práctica esta propuesta, la institución tendrá que fortalecer la gestión contractual, especialmente el control, monitoreo y seguimiento de dicha licitación.

d) **Indicadores de alerta temprana**

Esta herramienta es usual en el sector bancario, financiero, crediticio y bursátil; además, en los últimos años se ha utilizado también para prevenir los desastres naturales, climáticos y hasta para avisar con un pequeño período de tiempo los temblores (el caso de México).

Su implementación en la CCSS permitiría monitorear las fuentes de riesgo de aumento de las listas de espera, sobre todo el tiempo promedio para la atención de asegurados en dicha lista. En principio, la recomendación es iniciar con un conjunto estratégico de indicadores, para posteriormente migrar hacia un sistema de Alerta Temprana (SAT), que comprenda una serie de procedimientos e instrumentos para monitorear el riesgo de carácter previsible.

CONCLUSIÓN

La lista de espera representa un severo desafío que afecta la eficacia y la legitimidad del Seguro de Salud, puesto que pone de manifiesto la incapacidad para hacer frente al objetivo de atención de la demanda, dentro de un tiempo considerado adecuado, además de un problema político, debido al malestar y al descontento social que originan.

La CCSS ha realizado diversos esfuerzos para enfrentar esta problemática, pero hasta ahora los resultados alcanzados se pueden catalogar como poco satisfactorios. El énfasis de las medidas institucionales se ha centrado en las denominadas jornadas de producción; sin embargo y en dirección de los hallazgos alcanzados por la OCDE, las acciones que tienen impacto significativo son las que combinan distintas medidas de política institucional; en esta línea se propone un conjunto complementario de iniciativas para afrontar las lista y tiempos de espera.

Lo anterior sin obviar que en un sistema de aseguramiento público y con vocación universalista, las listas y tiempos de espera van a continuar existiendo; es decir, constituyen una característica estructural de racionamiento implícito de la demanda; el reto es que ambas (tiempos y volumen) sean razonables.

ACLARACIÓN

El autor labora en la Gerencia Financiera de la CCSS como asesor; sin embargo, las opiniones expresadas en este artículo son de carácter personal y no tienen relación con la política pública de dicha instancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luigi Siciliani. What explains differences in waiting times for health care across socioeconomic status? *Health Econ.* 2020; 29(12): 1764-1785.
2. Peinado F, Ferrero B. “Yo no pago un seguro médico para esto”. [Internet]. España: Pressreader; 2022. Recuperado de: <https://www.pressreader.com/spain/el-pais-nacional/20221005/281835762589530>
3. Waldrop T. *The truth on wait times in universal coverage systems*. [Internet]. The Center for American Progress; 2019. Recuperado de: <https://www.americanprogress.org/article/truth-wait-times-universal-coverage-systems/>
4. Besley T, Hall J, Preston I. The demand for health insurance: do waiting lists matter? *J Public Econ.* 1999; 72(2): 155-181.
5. Pope C. Cutting queues or cutting corners: waiting lists and the 1990 NHS reforms. *BMJ.* 1992; 305(6853): 577-579.
6. Siciliani L, Borowitz M, Moran V. *Waiting time policies in the Health Sector: What works?* París: OCDE Publishing; 2013.
7. Hurst J, Siciliani L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. París: OECD Publishing; 2003.
8. Cañizares A, Santos Á. *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud: Una breve aproximación a su análisis. Documento de trabajo. 174/2011*. Madrid: Fundación Alternativas; 2011. p. 23.

9. Banco Mundial. *Personal especializado en cirugía (por cada 100 000 habitantes)*. [Internet]. Washington: Grupo Banco Mundial; 2022. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.SAOP.P5?view=chart>