

Listas de espera

(Waiting List)

Andrea Monge-Navarro¹, Gabriela Murillo-Sancho², Alejandro Calderón-Céspedes³,
Andrea Vega- Araya⁴ y Ariadna Aguilar-Cubillo⁵

Resumen

Objetivo: las listas de espera en la CCSS pueden convertirse en una verdadera problemática, en la medida en que no sea atendida. Resulta importante ofrecer alternativas con base en los resultados del análisis de diversas experiencias y modelos.

Métodos: estudio exploratorio realizado por un grupo de estudiantes de la Maestría en Salud Pública con énfasis en Gerencia, de la Universidad de Costa Rica. Se efectuó una revisión sistémica de literatura en buscadores reconocidos y también se consultó a personas específicas. Las recomendaciones finales se establecieron a partir de la identificación de problemáticas puntuales.

Resultados: definiciones relevantes a nivel internacional y nacional respecto a listas de espera, además delimitación de algunos modelos o soluciones ejecutadas; mecanismos de abordaje en Europa y la situación costarricense a 2011; y finalmente, logros institucionales de la CCSS.

Conclusiones: es posible encontrar recomendaciones aplicables a la CCSS en término de propuestas alternativas para el manejo de las listas de espera.

Descriptor: Listas de espera. Listados de pacientes potenciales o tratamientos.

Abstract

Objective: The issue of waiting lists in the CCSS can become a serious problem if not addressed. It is important to offer alternatives based on the analysis of various experiences and models.

Methods: An exploratory study conducted by a group of students from the Master in Public Health with an emphasis in Management of the University of Costa Rica. A systematic literature review in recognized search engines was performed and also, specific people were consulted. The final recommendations were established based on the identification of particular problems.

Results: Definitions relevant at the international and national level with respect to waiting lists, description of some models or implemented solutions, mechanisms used in Europe to address these problems and the Costa Rican situation up to 2011. Finally, institutional achievements of the CCSS.

Conclusions: It is possible to identify recommendations on alternative proposals for the administration of the CCSS' waiting lists.

Keywords: Waiting lists. Lists of potential patients or treatments.

Fecha recibido: 12 de febrero de 2013

Fecha aceptado: 23 de enero de 2014

Afiliación de los autores:

¹Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Calderón Guardia. ²Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica. ³Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la Caja Costarricense de Seguro Social. ⁴Servicio de Trabajo Social, Hospital San Rafael, Alajuela. ⁵Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica.

Procedencia: Curso Gerencia Hospitalaria, de la Maestría en Salud Pública con énfasis en Gerencia, Universidad de Costa Rica.

✉ maria.murillo@ucr.ac.cr

Las listas de espera constituyen una realidad que puede generar dificultades en los diversos sistemas de salud del mundo. Los tiempos de espera causan exclusión al limitar el acceso de los usuarios a servicios de salud, y se convierten en un problema de salud pública al no atenderse oportunamente a la población. No pueden desaparecer por completo, pero se podrían racionalizar con el fin de limitar el uso infundado de los servicios de salud.

La evidencia empírica prueba que la reducción y el aumento de listas por periodos, constituyen posibles soluciones a la saturación de ciertos servicios de salud.¹ Por otro lado, las listas suelen incrementar los costos del sistema, aumentar el riesgo de complicaciones, prolongar o empeorar la enfermedad y retrasar su recuperación.

En el marco de esta problemática resulta importante ofrecer soluciones que se planteen como opciones a la problemática de las listas de espera en la CCSS, con base en los resultados del análisis de diversas experiencias y modelos desarrollados en otros sistemas de salud. Para fundamentar esta idea se requiere explorar la problemática de tiempos y listas de espera, así como los aspectos principales que repercuten en su generación, identificar modelos de soluciones y también analizar la situación de los tiempos y listas de espera de la CCSS. El objetivo del presente análisis fue ofrecer soluciones alternativas a la problemática de las listas de espera en la CCSS, con base en los resultados del análisis de diversas experiencias y modelos propuestos en distintos sistemas de salud.

Métodos

Se trata de un estudio exploratorio acerca de las listas de espera. Se realizó una revisión de bibliografía desde buscadores tales como PubMed, SciElo, Redalyc y Elsevier. Además, se consideraron publicaciones de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) de la CCSS, y se plantearon consultas a personas de esta instancia. La revisión de referencias informativas se enfocó en países con sistemas de salud afines al costarricense, de manera que el análisis de modelos de soluciones implementadas, permitiera su posible aplicación al contexto nacional. Se discutió sobre los elementos teóricos encontrados y se sistematizaron los resultados en términos de conceptualizaciones y aproximaciones concretas en propuestas.

Resultados

A raíz de la revisión de bibliografía sobre la temática, se encontró que 1 de cada 4 pacientes en Canadá considera que el tiempo de espera es inaceptable, y 1 de cada 5 reporta que sufrió consecuencias negativas por la espera, tales como estrés, ansiedad y dolor.² Estas consecuencias convierten la espera en equivalente de *ausencia de oportunidad en la atención de la salud de las personas*, lo que hace pensar en la importancia de la salud como un derecho, y por lo mismo se ha planteado como

meta: minimizar el gasto y maximizar la cobertura; lograr un balance constituiría una posible solución al problema de las listas de espera.³ El efecto del tiempo de espera sobre el costo no es lineal, sino que sugiere una relación cuadrática. En los sistemas hospitalarios los costos se maximizan en ambos extremos de tiempo, y existe una tendencia al uso ineficiente de recursos si las listas de espera son cortas, mientras que si son largas, los costos se maximizan por otros motivos, tales como recargo de sistemas de emergencias y consecuencias negativas de la espera (biológicas y psicológicas y discapacidades temporales o permanentes).⁴

Definiciones relevantes

Se encontraron definiciones que apoyan la comprensión de la situación y la búsqueda de ideas para proponer soluciones. La nomenclatura canadiense, el Steering Committee of the Western Canada Waiting List, es la iniciativa más reciente en esta vía y fue publicada en 2007.⁵

Entre las definiciones identificadas a raíz del estudio, se destacan los tiempos de espera, los cuales inician cuando al paciente se le determina que requiere cirugía y es colocado en una lista de espera. Se conoce también como la decisión de tratarse, y debe contar con un acuerdo de paciente y médico acerca del tratamiento.⁶ Otras definiciones relacionadas son: tiempo de espera para consulta de especialista, entre la referencia del médico de atención primaria y la consulta;⁷ espera total o tiempo al tratamiento, que comienza con la primera vez que el paciente busca atención y termina cuando ya fue tratado;⁸ tiempo de espera para atención primaria, entre el pedido de la consulta, hasta la fecha de la consulta de atención primaria;⁹ tiempo de espera para la consulta quirúrgica/especialista inicial, entre la fecha de referencia y la fecha de la consulta; tiempo de espera para la decisión de tratarse, entre la primera consulta y la decisión de tratarse; tiempo de espera para exámenes diagnósticos mayores, entre la solicitud del examen y su ejecución;¹⁰ tiempo de espera para una consulta quirúrgica / especialista subsecuente, entre la referencia del primer especialista y la consulta con el segundo;¹¹ tiempo de espera para la cirugía, entre la toma de decisión de tratarse y la fecha de la intervención quirúrgica.

En cuanto al monitoreo de los tiempos de espera, se ha comprobado que no hay diferencia entre el uso de los registros de pacientes y la información administrativa.¹²

En el ámbito nacional se encontró que las listas de espera se refieren al conjunto de pacientes a quienes se les ha indicado una consulta, una cirugía o un procedimiento, y cuyo tiempo de espera, por razones ajenas a su voluntad, es mayor al establecido por la Gerencia Médica de la CCSS. Plazo de espera es el periodo que se considera que puede esperar un paciente para recibir la atención prescrita por un médico, según su diagnóstico. La Gerencia Médica establecerá un plazo máximo para cada diagnóstico de las diferentes especialidades, basándose en criterios técnicos de la Dirección de Red de Servicios de Salud, la Unidad Técnica de Listas de Espera y los entes institucionales o externos que la Gerencia Médica considere pertinentes.¹³

Cuadro 1. Mecanismos para abordaje de las listas de espera

1) Propuestas para reducir el tamaño de la lista de espera:	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la capacidad del sistema (oferta). • Subsidiar a los enfermos que van al sector privado. • Utilizar la atención sanitaria en otros países. • Reducir y regular la oferta. • Reducir y regular la demanda. • Modificar barreras legislativas, políticas y administrativas.
2) Propuestas para reducir los tiempos de espera:	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria y mejorar la coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada. • Favorecer la cirugía ambulatoria o procedimientos alternativos. • Establecer tiempos de garantía (tiempos máximos de espera). • Adoptar medidas organizativas encaminadas a mejorar el proceso de atención.
3) Propuestas para racionalizar las listas de espera:	<ul style="list-style-type: none"> • Crear o mejorar los sistemas de información sobre la lista de espera. • Analizar y publicar los datos sobre la lista y tiempos de espera globales y conforme los proveedores, permitiendo la creación de estándares de comportamiento del sistema. • Establecer sistemas de priorización de la lista de espera. • Elaborar políticas específicas en relación con el sistema de financiamiento de los proveedores. • Redactar políticas integradoras en mediano y largo plazos. • Evaluar el impacto de las medidas.
<p>Fuente: Referencia y contrareferencia (2008). Módulo 3. Listas de espera, brecha y su abordaje. Recuperado el 3 de noviembre de 2011, de: http://es.scribd.com/doc/6828818/capitulo3-Lista-de-espera-brecha-y-su-Abordaje.²⁴</p>	

Tipos de espera

Se reconocen la física y la psicológica. La física se mide según las definiciones expuestas, pero la psicológica es más compleja en su medición. Involucra la percepción del usuario en la espera (donde los conceptos de “satisfacción” y “expectativa” entran en juego), sobre si esta es aceptable o no, y la incertidumbre es fundamental. Como regla, en la psicología de listas de espera se acepta que la ansiedad hace la espera más larga, al igual que la espera no explicada y la incierta. El tiempo de espera desocupado se percibe mayor en comparación con el hecho de que estuviera ocupado. Afecta más esperar solo que hacerlo en grupo.

Algunos modelos / soluciones

Algunos consideran que la priorización de pacientes tiene un alto potencial, en relación con el hecho de reducir las consecuencias de tiempos de espera para procedimientos quirúrgicos, pero el problema consiste en definir los criterios para priorizar.

Los principales mecanismos para el abordaje de las listas de espera en Europa se presentan en el Cuadro 1.

En Holanda se encontró que la percepción del paciente es la que define la aceptación o no de la espera, pero dada la alta variación entre pacientes, surgió otra dificultad para llegar a un consenso de los criterios con el fin de priorizar y garantizar equidad y transparencia en la atención brindada.¹⁴

Otro intento ha sido el uso de categorías de urgencia generales en el sistema de salud australiano; los cirujanos refieren a los pacientes a listas de espera calificándolos en categorías amplias, y luego se seleccionan pacientes de la lista para realizar los procedimientos, pero el problema es la inconsistencia e inequidad en el acceso a procedimientos quirúrgicos.¹⁵ La visión

planteada por estudios canadienses y australianos establece una mejor reducción, al proporcionar un aumento de la oferta, más que el abordaje de la demanda.¹⁶⁻¹⁸

En el caso de Italia, se utilizó un sistema de 3 pasos para priorizar a los pacientes de cirugía electiva mediante una preadmisión, según la urgencia y el tiempo de espera acumulado.¹⁹ Establecer un sistema electrónico automatizado para coordinar los esfuerzos, permitió un avance en la reducción de las listas.²⁰ El Reino Unido ha logrado mejoras sostenibles en el largo plazo: además de un sistema de control de calidad e indicadores claros, se reconoce gran inversión de fondos y rigurosos controles para su gasto y gestión, lo que no es fácilmente reproducible.²¹⁻²³

Situación costarricense

En el ámbito nacional el término listas de espera se empezó a escuchar a finales de 1999; en 2000 se realizó una serie de trabajos sobre el tema, con la participación de los directores médicos de los hospitales nacionales y regionales. En 2001 se creó la Dirección Técnica de Listas de Espera, por acuerdo de Junta Directiva, conocida luego como Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), perteneciente a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La metodología utilizada inicialmente para enfrentar la problemática generada, fue el pago por destajo y un *plus* adicional. La UTLE inició un proyecto en medicina general, capacitando recurso humano en cuanto a funciones especializadas, cubriendo en parte el déficit de especialistas.

A partir de 2003 se estableció una comisión que analizó la problemática, se definió una estructura enfocada en la remisión del número de pacientes por parte de los centros, y se implementó la primera metodología de conteo de pacientes. Se incrementaron las especialidades por contabilizar: 28 en consulta externa, 14 quirúrgicas y 18 procedimientos

Cuadro 2. Recomendaciones aplicables en la CCSS	
Problema	Propuesta alternativa
Ausencia de una política para el abordaje de la situación de las listas de espera e insostenibilidad de medidas propuestas	Creación de una política que atraviese los distintos aspectos de la problemática de las listas de espera y mecanismos de control, monitoreo y evaluación, y permitan la toma de decisiones continua para hacerla sostenible.
Ausencia de un sistema de información en red a nivel nacional	Establecimiento urgente del expediente clínico electrónico, que incluya un subsistema de listas de espera, para mejorar la coordinación entre la red y la duplicidad de funciones o de exámenes; además, se tendría la historia clínica del paciente al alcance de quienes lo requieran, entre otras cosas.
Ineficiente sistema evaluativo de las listas de espera y de las acciones implementadas para su mejoramiento Acciones aisladas para atender la problemática	Instauración de un sistema evaluativo que contenga estándares básicos sobre la espera, según los niveles de resolución de la red, indicadores de logro y estrategias de mejoramiento del comportamiento de las listas de espera y de las acciones que se desarrollen para solucionar la problemática. Incluirá acciones de evaluación de impacto que muestren la solución en el largo plazo y no solo de manera ocasional.
Visión deficiente del usuario como persona con derecho de acceso a los servicios para contar con un estado de salud óptimo	La UTLE debe establecer una misión y una visión que se conviertan en el hilo conductor de su quehacer, enfocadas en la búsqueda de salud para los usuarios. Mostrar acciones concretas que evidencien el acceso y la equidad de manera real.
Deficiencia en la gestión de la atención de las listas de espera	Gestión de las listas de espera, por parte de un grupo integrado por jefaturas de medicina, cirugía, radiología y consulta externa, coordinado por la Dirección General
Falta de estímulos para el trabajo según productividad; ausencia de un mecanismo de competencias	Fomentar un sistema de competencias en la CCSS, donde se asigne un salario según productividad. Para apoyar esta acción, sería importante evaluar la labor de cada empleado, de forma que se evidencien sus desempeños y resultados.
Uso ineficiente de la infraestructura y equipamiento (ej.: quirófanos que no se usan después de las 2:00 p.m.) y mal equipamiento	Análisis de los recursos equipamiento e infraestructura de la institución. Creación de proyectos para mejor aprovechamiento de la infraestructura y uso y adquisición del equipo necesario
Déficit de especialistas Bajo costo de las residencias – costo para la entidad formadora	Revisión de los programas de formación de especialistas Establecimiento de los requeridos para atender necesidades particulares Disminuir los pagos a los practicantes.
Mala comunicación entre las instancias de la red	Funcionamiento adecuado de la red, entre otras cosas, con la existencia de protocolos de atención, según capacidad resolutive y nivel de competencias, formación en los niveles de entrada al sistema de atención de las patologías, priorización de casos, exámenes y atenciones que se pueden realizar en la red.
Deficiencias en la compra de servicios a terceros	Contar con un ente fiscalizador que controle la inexistencia de conflicto de intereses o corrupción en la compra de servicios.
Falta de mecanismos de participación social de las personas usuarias respecto al tema	Generar estrategias de participación y a partir de allí, acciones concretas y evaluables. Así habrá mayor comprensión de la espera por una parte, y existirá el compromiso de la atención de la necesidad o del problema, por otra. También se brindaría aportes importantes para resolver la situación creciente de las listas de espera.

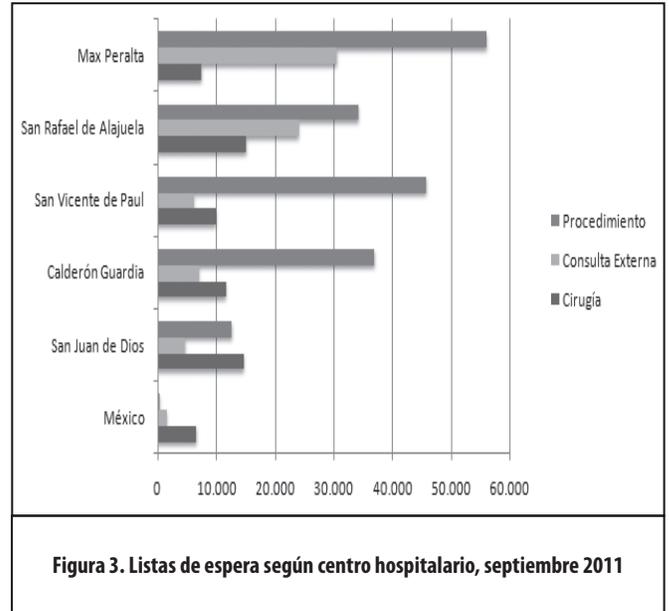
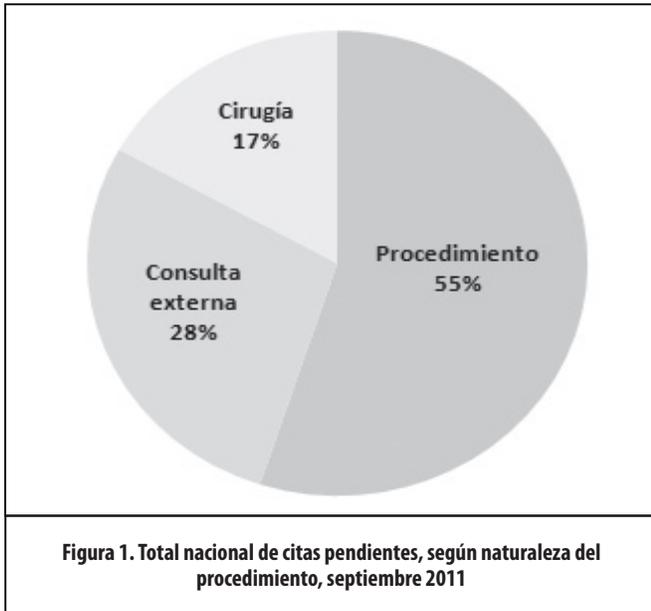
Fuente: Elaboración propia (2011)

diagnósticos ambulatorios. En 2004 la UTLE realizó controles de convenios desarrollados y elaboró informes de auditoría para valorar lo iniciado en 2000.

En 2005 se añadió una nueva estrategia: la depuración de las listas de espera con centros de llamadas, que se inició en el Hospital Max Peralta de Cartago y en la Clínica Marcial Rodríguez.²⁵ Dos de los proyectos que mostraron mayor efectividad fueron la consulta externa de la Clínica Marcial

Fallas y los procedimientos diagnósticos quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios.

En 2006, la Presidencia Ejecutiva indicó la inclusión de los cuadros de listas de espera en informes estadísticos hospitalarios. En 2007 se inició la elaboración de la alternativa de pago para la atención de cirugías, que pretendía optimizar los mecanismos de control y evaluación. Nació entonces el modelo de pago de cirugía vespertina, avalado por la Junta Directiva en diciembre de ese año.



En 2008 empezó un plan piloto de cirugía vespertina en 3 hospitales (San Juan de Dios, Calderón Guardia y Max Peralta), y desde las evaluaciones preliminares se recomendó ajustar el mecanismo de control y monitoreo. Ese mismo año se canceló este plan en el Hospital Calderón Guardia, por irregularidades y abuso del sistema por parte de los cirujanos y anestesiólogos.^{26,27} Se inició un plan piloto para el fortalecimiento de la cirugía de retina (CLOF), y se aprobó las jornadas de producción para mejorar los problemas con ultrasonidos y mamografías.²⁸ En febrero se incluyó más hospitales en el plan piloto de cirugía vespertina, y para diciembre ya eran 9.²⁹

En 2009 se implementaron las Jornadas de Producción, desde enero hasta junio. Además, se publicó y distribuyó la Guía para la gestión, control, certificación y recertificación de las listas de espera.³⁰ Dicha pauta se diseñó con el objetivo de coadyuvar

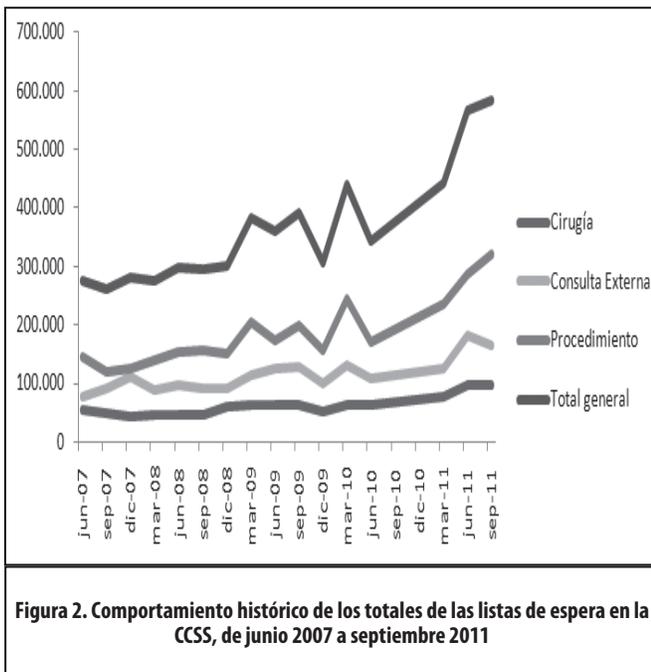
a la gestión de las áreas de atención, asegurar la accesibilidad de los servicios a los pacientes, impedir la duplicidad de pacientes en una misma especialidad y procedimientos por hospital, analizar el ausentismo y la participación de los pacientes, y agilizar la aplicación de planes pilotos en los establecimientos.

Según datos presentados por la UTLE a la Junta Directiva de la CCSS, acerca de la situación de las listas de espera (septiembre 2011), se encontró que hay 583 921 citas pendientes, contando procedimientos diagnósticos, quirúrgicos, y atención de consulta externa. (Figura 1)

Las listas de espera para cirugías y citas de consulta externa se han mantenido casi constantes, pero los procedimientos diagnósticos han tenido aumentos explosivos desde su primer pico en diciembre de 2008. Dichos procedimientos no son independientes: afectan las cirugías y las citas de consulta externa, son ligados y consecuentes. La percepción y el tiempo total de espera tenderán a aumentar. (Figura 2)

En cuanto a las listas de espera desglosadas por red hospitalaria, se observa acumulación en los hospitales regionales que abarcan mayor población de las listas, seguidos por los hospitales nacionales. Esto resulta esperable, dado que cuentan con la mayoría de especialidades y equipos para procedimientos complejos. (Figura 3)

Se encuentra acumulación de pacientes en espera de servicios de radiología. Por ser la mayoría de sus procedimientos necesarios para llevar a cabo tratamientos resolutivos, el tiempo percibido para el tratamiento y citas de consulta por parte de los pacientes, se ve influenciado, lo que resulta un problema por sí solo y también para los tiempos de espera totales.³¹ (Figura 4)



Logros institucionales

Como principal logro se señala la formación de recurso humano especializado –a través del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud-, con base en el diagnóstico

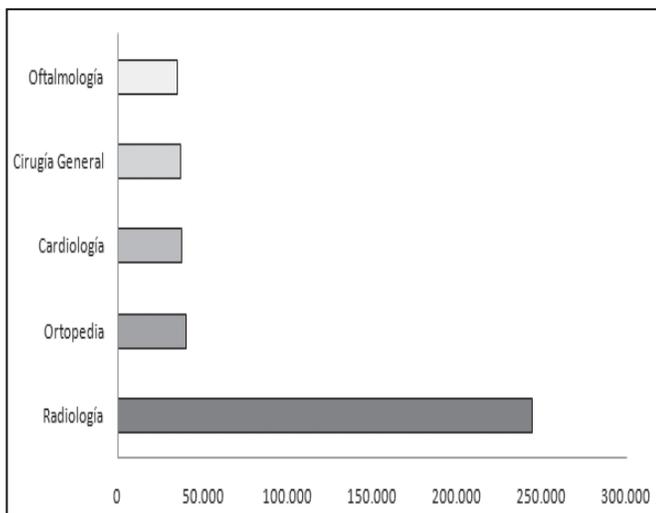


Figura 4. Listas de espera en especialidades críticas, septiembre 2011

de necesidades de formación de recurso humano especializado de 2006/12, que estableció la formación de 1143 especialistas, de los cuales se espera que llegaran a formar 990 a 2012.

Desde enero de 2008, en el plan piloto de cirugía vespertina en 5 hospitales, que finalizó el 31 de diciembre 2009, se realizó 15213 cirugías agregadas a la producción ordinaria, con un costo de ₡3.883.061.242,00. El impacto en cada una de las fases implementadas fue la reducción del 25% - 30% de la lista inicial, en las especialidades participantes. Se disminuyó en al menos 22000 citas nuevas el número de pacientes de la consulta externa en especialidades quirúrgicas involucradas. La utilización de la infraestructura y disminución de costos por desuso, generó valor agregado no cuantificado.

En cuanto al CLOF, la alternativa para la atención a pacientes con patología de retina y vítreo, se practicó 313 cirugías de retina y vítreo (de las cuales 80 fueron emergencias), con un costo de 263 millones de colones. El impacto a diciembre de 2009, fue del 90% de la lista de espera.

En lo relacionado con los procedimientos diagnósticos ambulatorios, las propuestas de jornadas de producción realizaron 36065 de ellos de manera ambulatoria (5340 ultrasonidos, 10119 mamografías y 20606 reportes de mamografías), con un costo de 176 millones de colones. El impacto en la lista fue muy variable por centro asistencial; oscilaba entre el 30% - 40% en ultrasonidos, 36% - 78% en mamografías, y más del 70% en reportes de mamografías. Se detectó a 62 pacientes con patología de mama, de los cuales a 32, al momento de terminar la ejecución del plan piloto, se le había resuelto su patología.

Otra fase de implementación comenzó en marzo de 2010. Se detectó como problema adicional el ausentismo de los pacientes, que retrasa el proceso al no dejar la posibilidad de ocupar ese espacio por otro paciente, y tener que reprogramar a uno que ya tiene tiempo esperando. Por otro lado, la deficiente evaluación y mecanismos de control limitan el impacto potencial de las estrategias usadas. Sin tener datos sobre el

impacto generado, se equipó centros de atención por parte de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, con una inversión de 27,3 millones de dólares, al adquirir 139 equipos, de los cuales 120 son considerados nuevos y los restantes, sustitución.³²

Discusión

Mayor cantidad de recurso humano (aumento de la formación de especialistas), más equipamiento y centros de llamadas para descongestión de consultas, son aspectos considerados para intentar solucionar el problema de las listas de espera, sin lograr un impacto sostenible en su crecimiento y tamaño.

Se ha planteado varios escenarios para el abordaje de la problemática de listas de espera, en caso de que no se tomen acciones para remediar las listas crecientes y, en general, para el funcionar de la institución, los cuales forman parte de la propuesta del Dr. Arias, director de la UTLE hasta 2010: "escenario pesimista", institución consumida por la medicina privada, absorbida por una burocracia petrificada; "escenario posible", incremento de las listas de espera, debido a la falta de decisiones en corto, mediano y largo plazos, y "escenario optimista", institución articulada, donde se tomen decisiones técnicas y se cambien los paradigmas de los habitantes.³³

En el Cuadro 2 se plantea una serie de recomendaciones que se pueden considerar para la solución de la problemática de las listas de espera.

Entre otras reflexiones, resulta preciso preguntarse por la ayuda experta que debiera pedir la CCSS a instancias internacionales (OMS, OPS, NHS, Canadá), así como el rol que debería desempeñar el Ministerio de Salud costarricense frente a esta problemática.

El comportamiento de las listas de espera es complejo de medir a nivel nacional, dada la incapacidad de la CCSS para implementar un sistema de información integrado, además de que resulta complicado y aún sin solución, medir el componente psicológico respecto a la aceptación o rechazo del tiempo de espera y a las expectativas y satisfacción existentes.

La falta de evidencia estadísticamente significativa y comparable entre sistemas de salud, limita la posibilidad de desarrollar soluciones recreables para la problemática de las listas de espera. Estrategias nacionales tales como las Jornadas de Producción y el CLOF, han demostrado incidir sobre las listas de espera; sin embargo, los resultados serían más eficientes si se contara con un mejor sistema de control y evaluación del proceso y del impacto. La implementación de la Guía de listas de espera de 2009, deberá valorar la posibilidad de aplicar las estrategias mencionadas en los demás centros de atención institucionales.

Conflicto de interés: no hay conflicto de intereses.

Agradecimiento: al profesor del curso, Dr. Eduardo Cambronero Hernández, por impulsarnos a realizar el estudio sobre las listas

de espera y su relevancia para la salud pública, y por apoyarnos con el mejoramiento de este resultado escrito.

Referencias

1. Siciliani, L. A note on the dynamic interaction between waiting times and waiting lists. *J Health Econom* 2008;17:639-647.
2. Sanmartin, C. A. Toward standard definitions for waiting times. *Healthcare Management Forum - Gestion des soins de santé, Canada* 2007; 49-53.
3. Pandit, J. Understanding waiting lists as the matching of surgical capacity to demand: are we wasting enough surgical time? *Anaesthesia* 2010; 65:625-640.
4. Siciliani, L., Stanciole, A., & Jacobs, R. Do waiting times reduce hospital costs? *J Health Econom* 2009;28:771-780.
5. British Columbia Medical Association. *Waiting list report*. Vancouver: BC Medical Association. 1998
6. Department of Health. *NHS data manual: aggregate level data*. United Kingdom: Department of Health. 1997
7. Hanning, M. Maximum waiting-time guarantee -an attempt to reduce waiting list size in Sweden. *Health Policy* 1996;17-35.
8. De Coster, C. Do administrative databases accurately measure waiting times for medical care? Evidence from general surgery. *PMC Canada* 2007; 50, 394-396.
9. Unidad Técnica de Listas de Espera. *Guía para la gestión, conteo, verificación y certificación de listas de espera*. San José 2009, Gerencia Médica, CCSS.
10. Oudhoff, J. Prioritising patients on surgical waiting lists: a conjoint analysis study on the priority judgements of patients, surgeons, occupational physicians, and general practitioners. *Soc Sci Med* 2007; 64:1863-1975.
11. Curtis, A. *Waiting lists and elective surgery: ordering the queue*. *Med J Australia* 2010; 192:217-220.
12. Cardin, F. Implementation of a guideline versus use of individual prognostic factors to prioritize waiting lists for upper gastrointestinal endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2007; 19:549-553.
13. Cipriano, L. An evaluation of strategies to reduce waiting times for total joint replacement in Ontario. *Med Care* 2008; 46:1177-1183.
14. Devbhandari, M. Are we achieving the current waiting time targets in lung cancer treatment? *J Thorac Oncol* 2007; 2:590-592.
15. Barlow, A. D. A successful scheme for reducing waiting times for arteriovenous fistula formation. *J Vasc Access* 2008; 9:129-32.
16. Valente, R. A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time. *BMC Health Serv Res* 2009; 9.
17. Bevan, H. Have targets improved performance in the English NHS? *Brit Med J* 2006; 332:419-422.
18. Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., & F, W. Did «targets and terror» reduce waiting times in England for hospital care? *B.E. Econ Anal Policy* 2008;8:5.
19. Wilcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Tudor Edwards, R., Pearse, J., & Tu, J.
20. Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies setting targets and national/state commitment are important to reduce surgical waiting times. *Health Affairs* 2007; 26:1078-1087.
21. Referencia y contrareferencia. Módulo 3. Listas de espera, brecha y su abordaje. Recuperado el 3 de noviembre de 2011. En: <http://es.scribd.com/doc/6828818/capitulo3-Lista-de-espera-brecha-y-su-Abordaje>
22. Unidad Técnica de Listas de Espera. *Logros a nivel institucional de la UTLE desde su creación*. San José: CCSS, 2008.
23. Junta Directiva de CCSS. Sesión N° 8415. *Actas de Junta Directiva*. San José: CCSS, 2010.
24. Junta Directiva de CCSS. Sesión N°8413. *Actas de Junta Directiva*. San José: CCSS, 2010.
25. Navarro, M. *Listas de espera situación actual, acciones y logros*. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica. San José: Unidad Técnica de Listas de Espera, 2010.
26. Arias, G. *Propuesta de trabajo sobre listas de espera*. San José: Unidad Técnica de Listas de Espera - Gerencia Médica – CCSS, 2010.