

Respuesta de una red de servicios de salud ante lista de espera para cirugía

Response of the health services network to the waiting list for surgery

María del Carmen Navas-Aparicio

Recibido 2 mayo 2021 / Enviado para modificación 20 de octubre 2021 / Aceptado 29 octubre 2021

RESUMEN

Objetivo La lista de espera para cirugía se define como la lista de pacientes pendientes para recibir un tratamiento determinado en el momento oportuno. Su gestión depende de las estrategias que se realicen para su disminución. Se presentan los resultados de una red de servicios de salud como alternativa para la reducción de la lista de espera para cirugía.

Método Con el fin de disminuir la lista de espera de cirugía en un hospital del nivel III de atención, se llevó a cabo un programa quirúrgico entre dos hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el periodo 2017-2018, previa gestión de las instancias involucradas. El programa consistió en gestionar jornadas quirúrgicas cada dos meses, en un hospital del nivel II de atención, para realizar cirugías previa priorización de los pacientes según patología, cumpliendo con los requerimientos del control interno institucional.

Resultados Se ejecutaron ocho jornadas quirúrgicas durante el período 2017-2018. 44 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente bajo este programa y a 9 pacientes se les suspendió la cirugía, principalmente por infección de vía aérea superior. La lista de espera para cirugía se redujo en 13,25% del total inicial (332 pacientes); el porcentaje de cancelación de cirugía fue 2,71%.

Conclusiones El manejo de la lista de espera es importante, ya que permite visualizar la situación actual en cuanto a tiempos de espera y prioridades de cirugía. La gestión ejecutada debe contemplar las mejores soluciones para resolver una patología cuando así lo requiera el paciente, utilizando la estructura existente.

Palabras Clave: Servicios de salud; prestación de atención de salud; listas de espera
(fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective The waiting list for surgery is defined as the list of patients waiting to receive a specific treatment at the right time. Its management depends on the strategies that are carried out to reduce it. The results of a network of health services are presented as an alternative for reducing the waiting list for surgery.

Method In order to reduce the waiting list for surgery in a third-level hospital, a surgical program was carried out between two hospitals of the Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, in the period 2017-2018, after management of the instances got involved. The program consisted of managing surgical days every two months, in a second-level hospital, to perform surgeries after prioritizing patients according to pathology, and complying with the requirements of the institutional internal control.

Results Eight surgical days were carried out during the period 2017-2018. 44 patients underwent surgery under this program and 9 patients had surgery suspended, mainly due to upper airway infection. The waiting list for surgery was reduced by 13.25% from the initial total (332 patients); the percentage of cancellation of surgery was 2.71%.

Conclusions Managing the waiting list is important since it allows visualization of the current situation in terms of waiting times and surgery priorities. The management

MN: Lic. Odontología. Ph.D. Cirugía Dental.
M. Sc. Cirujano Oral y Maxilofacial.
M. Sc. Odontopediatra. Hospital Nacional
de Niños Carlos Sáenz Herrera, Caja
Costarricense de Seguro Social. Universidad
de Costa Rica. San José, Costa Rica.
mcnavasmcnavas@ccss.sa.cr
mcnavasaparicio@hotmail.com

carried out must contemplate the best solutions to solve a pathology when the patient requires it, and using the existing structure.

Key Words: Health services; delivery of health care; waiting lists (*source: MeSH, NLM*).

La lista de espera en un centro de salud se define como la lista de pacientes pendientes de recibir un tratamiento determinado (1-4). Esta representa una medida de inaccesibilidad a los servicios hospitalarios en un momento oportuno, es decir, que las personas se encuentran en espera de un servicio médico ante la imposibilidad de una institución o servicios de salud de dar respuesta a esa necesidad en el momento que lo requiere (1,5), siendo un tema de interés a nivel nacional e institucional, ya que tiene un efecto en el área social y económico. En la literatura se reporta que actualmente el retardo de un tratamiento a un paciente y las largas listas de espera para recibir dicho tratamiento son muy altos (1,5).

El criterio para determinar la gravedad de estas listas no es su volumen en cuanto a pacientes incluidos en ellas, sino el tiempo máximo que un paciente debe de esperar para ser atendido (3), es decir, el “tiempo de espera”, lo cual se refiere al número de días que transcurren desde el momento que se determina la necesidad de una cirugía hasta que se lleve a cabo la misma (3,5,6).

Abásolo *et al.* (7), Rotstein y Alter (8), así como Bernal (9), señalan que la lista de espera inicia en la primera cita de diagnóstico de una enfermedad, en otras palabras, desde su valoración, solicitud de exámenes y decisión de la necesidad de un tratamiento, lo que significa un gran recorrido a través del sistema de salud.

La lista de espera se deriva de la diferencia entre la demanda (necesidad expresada de la población) y la oferta (provisión de servicios de la administración) (1,2,4,6,8,10-12), lo cual no depende de los factores propios del paciente (2), sino de factores del sistema de salud como, por ejemplo, recursos inadecuados o limitados, sea dinero, cama, personal, entre otros (1,6,11). Esto obliga a los profesionales a realizar una priorización de la lista de atención de pacientes estandarizada, coordinada, ordenada y retroalimentada, con el fin de mantener la alta calidad de la salud en las personas, en función de la necesidad del paciente en cuanto a la gravedad de la enfermedad y tipo de patología, los diferentes grados de sintomatología referidos por este, y la presencia de las urgencias que afectan la programación de la cirugía electiva (1-6,9-14), así como por las consecuencias derivadas de retrasos de horarios, anulaciones, cambios de fechas, reingresos, bajas prolongadas (11). Ello significa que la posición que tiene el paciente en una lista de espera en un momento determinado depende de la urgencia de su patología y del resto de los pacientes de la lista (4), exigiendo que esta sea congruente y transparente, (1,5,9,13,15), para que muestre la realidad y responda al

principio de justicia y oportunidad (4,16). En ese sentido, cuando el suministro excede la demanda, la lista es corta o no existe (8).

Es importante entender que el objetivo de poseer una lista de espera para cirugía no es eliminarla en su totalidad. En cambio, se trata de mantener una lista tal que el periodo de espera sea conforme a la necesidad de tratamiento según patología y a los recursos existentes (3). Inclusive, la lista de espera no debe incluir a ningún enfermo cuya espera pueda complicar su estado de salud, el pronóstico de una patología o la posibilidad de originar efectos negativos por la espera, lo que significa que la necesidad de salud no es igual para todos (2,7-9). Igualmente, no deben incluir pacientes cuyo procedimiento tenga un tiempo de espera socialmente inaceptable (1,2,9,12,13).

Así, el tiempo de atención en esta lista depende de la gestión realizada, ya que debe garantizar que el tratamiento o servicio requerido se reciba en el momento oportuno; ello ayudará a reducir los tiempos innecesarios en la lista de espera (10).

En el estudio de Rodrigo y Gabilondo (2), que investiga el tiempo de espera máximo de los pacientes para cirugías y consulta externa y sus repercusiones, señala que el tiempo de espera máximo para cirugía es de 36 días según la opinión del paciente. Asimismo, indican que 32,2% del total de pacientes que tuvieron que esperar para cirugía percibieron que la enfermedad empeoró.

En el trabajo de Hikhuysen *et al.* (12), dedicado a revisar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales ante la espera para un tratamiento quirúrgico, reportó entre sus resultados la presencia de discapacidad por la enfermedad y posible deterioro durante la espera como una consecuencia física del retraso.

La lista de espera crea insatisfacción al usuario (2,5,6,10,15,16) y mejora con la facilidad de acceso y la rapidez de dar respuesta a la demanda existente de salud (2,11), que es un derecho del paciente y responsabilidad del sistema de salud (2). Es evidente, pues, que la velocidad de la reducción de esta lista depende de la frecuencia en que se realicen las cirugías, considerando el recurso humano y recurso económico (10,11).

Miller (15) evaluó la perspectiva que tienen los padres de los niños ante la espera de una cirugía, encontrando que periodos de larga espera les producen reacciones emocionales de estrés muy fuertes; asimismo, revela que la salud de los niños empeora durante este tiempo. Sugiere, además, que la calidad de vida del paciente podría mejorar una vez que el problema sea tratado y concluye que, aunque el profesional pueda considerar que el

procedimiento quirúrgico es electivo, es decir no urgente, los padres tienen diferente perspectiva.

Es entendible que el acceso inmediato no es esencial para cirugía electiva y los pacientes pueden aceptar alguna espera, pero la espera debe estar dentro de un plazo razonable. En el estudio recién mencionado, la mayoría de los padres (83%) indicaron que aceptarían una espera de tres meses (15).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresa que debe haber una continuidad en el modelo de atención de los pacientes mediante el establecimiento coordinado de redes de atención de salud (17). De ese modo, el planteamiento de una red de salud puede considerarse como una alternativa para ayudar a la disminución de las listas de espera, según gestiones y organización de los entes involucrados, con el fin de que la acción sea eficaz, con objetivos bien planteados, con posibilidad de modificaciones o ajustes y que permanezcan en el tiempo, fortaleciendo así el sistema (17,18) y la atención integral del paciente (17).

En la Unidad de Labio y Paladar Hendido - Craneomaxilofacial del Hospital Nacional de Niños, de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en Costa Rica, se atienden a todos los pacientes con malformaciones craneofaciales, así como toda patología en el área maxilofacial en la población infantil, por ser un centro nacional de referencia pediátrico. Actualmente, la programación de cirugías se lleva a cabo tres veces por semana, sin tener el alcance para resolver prontamente la patología quirúrgica al usuario debido a la demanda existente. A consecuencia de la tendencia real del aumento progresivo de la lista de espera en el Hospital Nacional de Niños, se estableció en el año 2014 el programa quirúrgico de la Unidad de Labio y Paladar Hendido - Craneomaxilofacial Hospital Nacional de Niños - Hospital San Carlos (18), basado en una red de servicios de salud entre centros hospitalarios de la institución, para reducir la lista de espera de cirugía, empleando la propia estructura funcional que existe y el recurso humano, lo que conlleva a utilizar y aprovechar la capacidad instalada, con el objetivo de ofrecer una prestación de servicios continua y oportuna.

El primer programa se realizó durante el periodo 2014-2015. La lista de espera para cirugía en ese entonces era mayor a 400 pacientes, lográndose la resolución de la patología en 62 pacientes. Debido a los resultados de dicho programa y a las disposiciones de las partes involucradas, se acordó la apertura de un nuevo proyecto durante el periodo 2017-2018, pero mejorando las actividades por la experiencia previa lograda, fortaleciendo así el trabajo en conjunto. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es detallar los resultados obtenidos y compararlos con aquellos del primer programa 2014-2015 a

fin de demostrar la capacidad de respuesta de una red de servicios de salud.

MÉTODOS

Con el objetivo de disminuir la lista de espera de cirugía en la Unidad de Labio y Paladar Hendido - Craneomaxilofacial, Hospital Nacional de Niños, se decidió reiniciar el programa quirúrgico basado en la realización de cirugías de pacientes de un hospital del nivel III de atención (Hospital Nacional de Niños) en un hospital del nivel II de atención (Hospital San Carlos), por la experiencia y los resultados obtenidos y señalados en el periodo 2014-2015, con previa gestión de las partes involucradas y autorización de las instancias respectivas. Asimismo, es importante mencionar que la presentación de los resultados en este trabajo posee la autorización del Área de Bioética en Investigación, Cendeisss, de la Caja Costarricense de Seguro Social: Cendeisss-AB-0347-2021.

La modalidad del programa durante este segundo periodo consistió, igualmente, en realizar jornadas quirúrgicas cada dos meses, en las cuales el cirujano se desplazaba al Hospital San Carlos, ubicado en Ciudad Quesada, provincia de Alajuela. En cada jornada, se programaban de tres a cuatro cirugías por día, con previa priorización de los pacientes según patología, manteniendo los días quirúrgicos establecidos en el Hospital Nacional de Niños.

Este nuevo programa permitió organizar el trabajo mediante una red de servicios de salud, ya anteriormente establecida, entre ambos hospitales, pues se posee la infraestructura y el recurso humano (personal de salud y administrativo capacitado) necesario para llevarlo a cabo en el centro hospitalario del nivel II de atención y con la disposición del cirujano del hospital del nivel III de atención para su desplazamiento a dicho centro.

Anterior a cada actividad quirúrgica y con el uso de medios de tecnología de información, se coordinaba entre ambos hospitales los pacientes que se programaban en cada jornada; además, se realizaban las interconsultas respectivas con los profesionales del Servicio de Anestesiología del Hospital San Carlos, respecto a aquellos pacientes con condición sistémica compleja y/o con compromiso de vía aérea, para la respectiva organización del día quirúrgico o decisión de conducta de manejo. Posterior a cada actividad, así como al finalizar el programa en el año 2018, y cumpliendo lo correspondiente al control interno institucional, se entregaban los resultados obtenidos a las instancias superiores para la evaluación pertinente.

La lista de espera para cirugía a la fecha de junio de 2017 era de 332 pacientes con un plazo de tiempo de espera de 540 días, según los datos obtenidos en el Hospital Nacional de Niños.

RESULTADOS

Se realizaron ocho jornadas quirúrgicas durante el periodo 2017-2018; siete de ellas de dos días, y una de ellas de un día. A 44 pacientes se les realizó la cirugía prontamente para la resolución de su patología y a nueve pacientes se les suspendió la cirugía programada, principalmente por causa de infección de vía aérea superior. La patología del paciente, su condición y el tratamiento a realizar eran de conocimiento previo del Servicio de Anestesiología para la coordinación respectiva y programación del día quirúrgico entre ambos hospitales.

La lista de espera para cirugía se redujo en el periodo 2017-2018 en un 13,25% del total inicial (332 pacientes) y el porcentaje de cancelación de cirugía fue 2,71%.

En la Tabla 1 se muestra la cantidad de pacientes intervenidos en cada jornada quirúrgica 2017-2018, siendo la media de pacientes operados en cada programación de 6,2 y de los pacientes suspendidos, de 1,1.

Tabla 1. Resultados del programa quirúrgico 2017-2018, Hospital Nacional de Niños - Hospital San Carlos, de la Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica

Jornada	Cirugías realizadas (n)	Suspensión de cirugías (n)
1	7	0
2	6	1
3	5	2
4	5	2
5	6	2
6	6	0
7*	3	2
8	6	0
Total	44	9

*: jornada de un día quirúrgico.

En la Tabla 2 se exponen los resultados obtenidos del primer programa 2014-2015, así como aquellos del programa 2017-2018, observando que la cantidad de pacientes en este último fue menor, debido a la frecuencia de las programaciones de las jornadas, ya que estas iniciaron en junio del año 2017 y no anticipadamente, como sucedió en el año 2014 (febrero) y 2015 (abril).

Tabla 2. Comparación de los resultados obtenidos por año del programa quirúrgico Hospital Nacional de Niños - Hospital San Carlos, de la Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica

Año	Cirugía realizada (n)	%	Suspensión de cirugía (n)	%	Total de pacientes programados (n)	%
Total	106	80,3	26	19,7	132	100,0
2014	37	34,9	10	38,5	47	35,6
2015	25	23,6	7	26,9	32	24,2
2017	23	21,7	5	19,2	28	21,2
2018	21	19,8	4	15,4	25	18,9

DISCUSIÓN

En salud, una red entre diferentes partes de una institución se define cuando dos o más hospitales se unen con recursos comunes para alcanzar objetivos que un único hospital no podría alcanzar de forma aislada (19). Esto se presentó en este programa, pues este ayudó a reducir la lista de espera en un 13,25% en el Hospital Nacional de Niños.

La red de servicios de salud permite construir una red institucional según las condiciones externas e internas para que sea funcional y continua en el tiempo y logre los objetivos propuestos (18). Así, debe haber voluntad política y disposición de las personas participantes a fin de hacer realidad las posibilidades de resolver los problemas, pues se destaca la descentralización de la prestación de los servicios (18), en este caso, del Hospital Nacional de Niños, además de que se utiliza la estructura y los recursos institucionales existentes para implementarla.

Es entendible que la deficiencia de horas quirófono puede ser debida a una deficiencia de recursos, sea humano, de insumos o de infraestructura, lo cual obliga a buscar alternativas para solventar este problema mediante alianzas trascendentales y el establecimiento de una red de servicios de salud, como sucedió en el presente caso. Esta red facultó a crear y renovar una coalición, que ayudó a mejorar la ejecución, la competitividad y los servicios a los usuarios (18,19), optimizando la eficiencia del sistema, aumentando el valor del trabajo como una única institución, y utilizando recursos con una meta en común por la experiencia previa (19).

Uno de los objetivos del programa fue la mejora de la accesibilidad a una pronta cirugía y el acortamiento del tiempo de espera para la misma, lo que conduce a presentar una iniciativa de gestión (9), la cual funciona; así mismo, conduce a buscar una solución en beneficio del paciente apoyado por diferentes instancias dentro de una institución. La lista de espera se redujo del total inicial de pacientes en un 13,25% con este programa, teniendo un impacto positivo de la lista total, lo que corresponde a 44 pacientes, pues este programa era un coadyuvante de los días quirúrgicos establecidos en el Hospital Nacional de Niños. Adicionalmente, al comparar con el programa realizado en el periodo 2014-2015, se observa que el programa funcionó, ya que se intervinieron 62 pacientes de una lista de más de 400 pacientes.

Cabe mencionar que existen factores externos que pueden afectar la programación de las cirugías, como lo acontecido por la suspensión de pacientes, debido a, sobre todo, infección de vía aérea superior en los niños, lo cual sucedió en ambos programas.

Como señala Navas-Aparicio (18), instaurar un programa no significa que sea efectivo inicialmente, pues conlleva aprendizaje, reajustes y coordinación de actividades para mejora del mismo y cambios constantes según la situación que se presente, así como valoración y evaluación por las personas involucradas e instancias superiores. Esto, en cuanto a que este pueda continuar, lo que acaeció con lo propuesto, ya que se ha efectuado en dos periodos, pues se cumplen los objetivos, se logran beneficios en la salud del niño al brindar el tratamiento en un momento oportuno y, además, permite la reducción de la lista de espera de pacientes de una forma organizada y coordinada.

La lista de espera para cirugía es dinámica, es decir, existe movimiento continuo ante la demanda y la oferta diarias, lo que significa que estas aumentan y/o disminuyen y se busca la posibilidad de un tratamiento oportuno en el momento que lo requiera el paciente, según los recursos locales, debido a la capacidad operativa instalada de la institución ante una red de servicios de salud establecida.

La OPS asevera que los planteamientos de programas de prestación de servicios de salud buscan un mayor rendimiento de los recursos físicos, humanos y tecnológicos, así como de procedimientos que acrecienta la competencia y los resultados de los centros de salud (17).

Ocampo-Rodríguez *et al.* (17) reafirman lo antes señalado, al expresar que en el área de salud se debe hallar una solución dentro de las estructuras existentes de los problemas que se presenten. Así sucedió con este programa, pues hubo coordinación al tener objetivos comunes, integración al agrupar recursos bajo una misma estructura de gestión, a pesar de ser independientes económicamente, pero creando cambios en mira de las necesidades del ciudadano usuario de los servicios de salud. También hubo priorización, planificación y sistematización de las actividades, al darle uso las propiedades y condiciones de los entes involucrados.

Bernardo *et al.* (19) expresan que se deben establecer uniones o coaliciones con otros hospitales para evitar la transferencia del paciente a otros centros de salud distantes. En el presente programa, las cirugías correspondían a usuarios de la población residente de la zona de San Carlos, provincia de Alajuela, es decir, una población definida geográficamente, lo cual favorecía la atención de estos a nivel local. Esto se debe a todo lo que implica un internamiento en un centro hospitalario cercano al lugar de residencia que incluye los factores familiares propios, pues así la vida familiar y laboral de los pacientes no se altera drásticamente (18). Pese a esto, se aumentó la cobertura más allá de los límites de la provincia, de modo que el programa se extendiera a todas aquellas personas residentes fuera de la zona geográfica que no estuviesen adscritas al hospital del nivel II de atención, proveyendo

una alternativa para ellos respecto a reducción del tiempo de espera de su cirugía y lograr una pronta resolución de su patología, pues aunque existen el recurso humano, los insumos, la infraestructura y la voluntad política, con la mira de que es una misma institución, existe disponibilidad de los padres o responsables del niño para trasladarse a otra ciudad. Todo, con el fin de mejorar la calidad de vida de una persona perteneciente a un sistema de salud y a una misma institución. Esto implica y subraya la búsqueda de políticas que enfaticen la colaboración y coordinación entre los centros de salud de una misma institución, con el objetivo de mejorar el sistema y la continuación de la atención integral bajo una red de servicios (17).

Villalbí y Tresserras (20) señalan que un programa requiere valoración de efectividad para conocer sus efectos e impacto, a fin de revisarlo, mejorarlo y entender si se alcanzan los objetivos propuestos o se deben redefinir. En este programa hubo monitoreo de las actividades con cada jornada quirúrgica, no solo a nivel personal, sino a nivel de instancias superiores, lo que permitió demostrar que una red de salud coordinada y organizada puede funcionar en beneficio de la población.

Un adecuado manejo de listas de espera es una responsabilidad inevitable gracias a su impacto social y económico (7), el cual obliga a acceso en tiempo y forma al derecho de salud de cada persona y que causa un compromiso esencial de la calidad asistencial (2); ello significa gestión ante un problema y búsqueda de soluciones.

El manejo de la lista de espera es importante, ya que permite visualizar la situación actual de tiempos de espera y prioridades de cirugía. La gestión de un servicio o unidad debe contemplar las mejores soluciones para resolver prontamente una patología cuando así lo requiera el paciente, al utilizar la estructura existente. Los objetivos deben ser claros, con una dirección establecida y una visión de lo que se desea alcanzar.

Ante la tendencia actual de un aumento progresivo de la lista de espera en el Hospital Nacional de Niños, este programa es una alternativa que se abre a otras áreas. El programa tuvo las ventajas de descentralización de servicios, cobertura ampliada, calidad de trabajo, disposición y voluntad de las partes involucradas, uso de materiales en forma común e infraestructura, con el fin de dar una continuación al tratamiento del paciente en un tiempo oportuno y así, ayudar, también a la reducción de las listas de espera, por lo que fue una herramienta eficiente para lo que se determinó.

Hoy día, el sistema de salud debe buscar, redirigir e innovar políticas y nuevas alternativas para reducir las listas de espera de cirugía electiva, considerando la situación de emergencia por el COVID-19, pues aunque se ha demostrado que el sistema funciona, el cual es una única

institución, se confirma ante todo que la salud del ser humano es lo prioritario. Esto se ha demostrado, pero se debe desarrollar un plan efectivo y estratégico de recuperación posterior a esta pandemia en cuanto al manejo de las listas de espera de cirugía, teniendo en cuenta hospitales, recurso humano y recursos existentes, puesto que la priorización de una cirugía en un tiempo que no es actual, como el de hoy, se realizó bajo otras condiciones que no son las presentes, pero sin obviar que ante esa priorización radica la importancia de la salud y calidad de vida del ser humano ♣

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Amoko DHA, Modrow RE, Tan JKH. Surgical waiting lists I: definition, desired characteristics and uses. *Healthc Manage Forum*. Summer 1992; 5(2):17-22. [https://doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)61201-X](https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)61201-X).
- Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22(4):168-79. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(07\)71215-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(07)71215-0).
- Cano Montoro JG, Medina Ferrer E, Custardoy Olavarrieta J, Pineda Cuenca M, Orozco Beltrán D, Quirce Andrés F. Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud. *Aten Primaria*. 2002; 30(9):549-55. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79104-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79104-X).
- Julio C, Wolff P, Vegoña Yarza M. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Rev Med Chile*. 2016; 144(6):787-94. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600014>.
- McIntyre D, Chow CK. Waiting time as an indicator for health services under strain: a narrative review. *Inquiry*. 2020; 57. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>.
- Riganti A, Siciliani L, Fiorio CV. The effect of waiting times on demand and supply for elective surgery: evidence from Italy. *Health Econ*. 2017; 26(S2):92-105. <https://doi.org/10.1002/hec.3545>.
- Abásolo I, Barber P, González López-Valcárcel B, Jiménez O. Real waiting times for surgery. Proposal for an improved system for their management. *Gac Sanit*. 2014; 28(3):215-21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.011>.
- Rotstein DL, Alter DA. Where does the waiting list begin? A short review of the dynamics and organization of modern waiting lists. *Soc Sci Med*. 2006; 62(12):3157-60. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.030>.
- Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit*. 2002; 16(5):436-9. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71953-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71953-5).
- Viverr N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care - Limitations and prospects. *Health Policy*. 2013; 112(1-2):53-61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>.
- Sueiras A, Calabuig R, Vallet J, Pi F. Gestión clínica de la lista de espera en un servicio de cirugía general. *Cir Esp*. 2002; 71(3):129-32. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(02\)71944-1](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(02)71944-1).
- Hiilkuysen GLM, Oudhoff JP, Rietberg M, van der Wal G, Timmermans DRM. Waiting for elective surgery: a qualitative analysis and conceptual framework of the consequences of delay. *Public Health*. 2005; 119(4):290-3. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.05.020>.
- Mullen PM. Prioritising waiting lists: how and why? *Eur J Oper Res*. 2003; 150(1):32-45. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(02\)00779-8](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(02)00779-8).
- Wiseman SM, Trafford Crump R, Sutherland JM. Surgical wait list management in Canada during a pandemic: many challenges ahead. *Can J Surg*. 2020; 63(3):226-8. <https://doi.org/10.1503/cjs.006620>.
- Miller GG. Waiting for an operation: parents' perspectives. *Can J Surg*. 2004; 47(3):179-81.
- Vergara M, Bisama L, Moncada P. Competencias esenciales para la gestión en red. *Rev Med Chile*. 2012; 140(12):1606-12. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001200013>.
- Montoya-Rojas JP, Ocampo-Rodríguez MV, Bautista-Botton DC, Bencacourt-Urrutia VF. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev Gerenc Polit Salud [Internet]*. 2013 [cited 2021 Aug 25]; 12(24):114-29. <https://bit.ly/3R7LAWl>.
- Navas-Aparicio MC. Estrategia en salud: establecimiento de una red de servicios de salud como alternativa para la reducción de listas de espera para cirugía. *Rev Chil Cir*. 2017; 69(2):184-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.016>.
- Bernardo M, Valls J, Casadesus M. Strategic alliances: an analysis of Catalan hospitals. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(1):40-7. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000100006>.
- Villalbí JR, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud. *Gac Sanit*. 2011; 25(Suppl1):17-24. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(11\)70004-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(11)70004-8).