

Estrategias para la reducción del tiempo de espera en la atención en salud

Estado del debate y orientaciones
estratégicas para la acción

Luis Alejandro Ríos Estrada



Estrategias para la reducción del tiempo de espera en la atención en salud

Estado del debate y orientaciones
estratégicas para la acción



Policy Brief

CISS

Conferencia ♦ ♦ ♦
Interamericana de
Seguridad Social



Presidencia
Zoé Robledo Aburto

Secretaría General
Pedro Kumamoto Aguilar

Comisión Americana de Organización y Sistemas
Administrativos (CAOSA)
Social Security Board de Antigua y Barbuda
Ministério da Previdência Social de Brasil
Instituto Mexicano del Seguro Social
Caja Costarricense de Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado de los
Estados Unidos Mexicanos

Dirección ejecutiva de proyectos e investigación (DEPI)
Jessica Rubí Rodríguez Balderas

Coordinación de especialistas (CASS)
Luz Angela Cardona Acuña
Berenice Mena Quintana
José David Méndez Santa Cruz
David Palán Buenaño
Luis Alejandro Ríos Estrada
Abel Eduardo Zavala del Ángel

Investigación y desarrollo
Luis Alejandro Ríos Estrada

Subdirección editorial
Valeria Cervantes García

Edición y corrección de estilo
Equipo editorial, CISS

Diseño de la colección
Ana Laura García Zavala

Diagramación
Guadalupe González Ruiz

Fuente de iconografía e imágenes:
Adobe Stock (licencias comerciales adquiridas
por la CISS)

*Estrategias para la reducción del tiempo de espera en
la atención en salud. Estado del debate y orientaciones
estratégicas para la acción*

Policy Briefs es una publicación editada por
la Conferencia Interamericana de Seguridad Social
(CISS) y por las Comisiones Americanas de Seguridad
Social (CASS).

Primera edición, 2025
© Todos los derechos reservados.

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice,
Magdalena Contreras, C. P. 10100,
Ciudad de México. Tel. 55 5377 4700
<https://ciss-bienestar.org/>

Se permite la reproducción parcial o total de este
documento siempre y cuando se cite la fuente
debidamente.

Estrategias para la reducción del tiempo de espera en la atención en salud

Estado del debate y orientaciones estratégicas para la acción

Luis Alejandro Ríos Estrada

Especialista de la Comisión Americana de Organización y Sistema Administrativos (CAOSA)

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

El tiempo de espera prolongado para acceder a los servicios de salud representa un problema en los sistemas públicos de salud y de seguridad social en las Américas. Esta demora impacta en los niveles individual, social e institucional, ya que retrasa los diagnósticos y agrava los problemas de salud. Asimismo, incrementa el uso de mecanismos judiciales para la obtención de la atención y genera problemas reputacionales para los sistemas de salud.

La persistencia de este problema obedece a factores estructurales, administrativos y culturales, como protocolos ineficientes o desactualizados, sistemas obsoletos y un uso inadecuado de los servicios de salud por parte de las personas derechohabientes, lo cual agudiza la situación.

Este documento propone una teoría del cambio que identifica los comportamientos susceptibles de modificarse, las causas subyacentes de dichos comportamientos y un acercamiento a los instrumentos de política para abordarlos. Se presenta un análisis desde la perspectiva de las políticas públicas, con una síntesis de los principales instrumentos de intervención. El documento está elaborado en el contexto mexicano y emplea fuentes de información públicas.

Palabras clave: listas y tiempo de espera; comportamientos modificables; instrumentos de intervención pública.





Introducción

Las esperas prolongadas generan presiones sociales para mejorar la oportunidad en la atención médica dentro de las instituciones y suelen motivar procesos de judicialización (Hanning & Winblad, 2000), debido a que impactan la salud individual y comprometen el goce efectivo del derecho a la salud (CONEVAL, 2023).

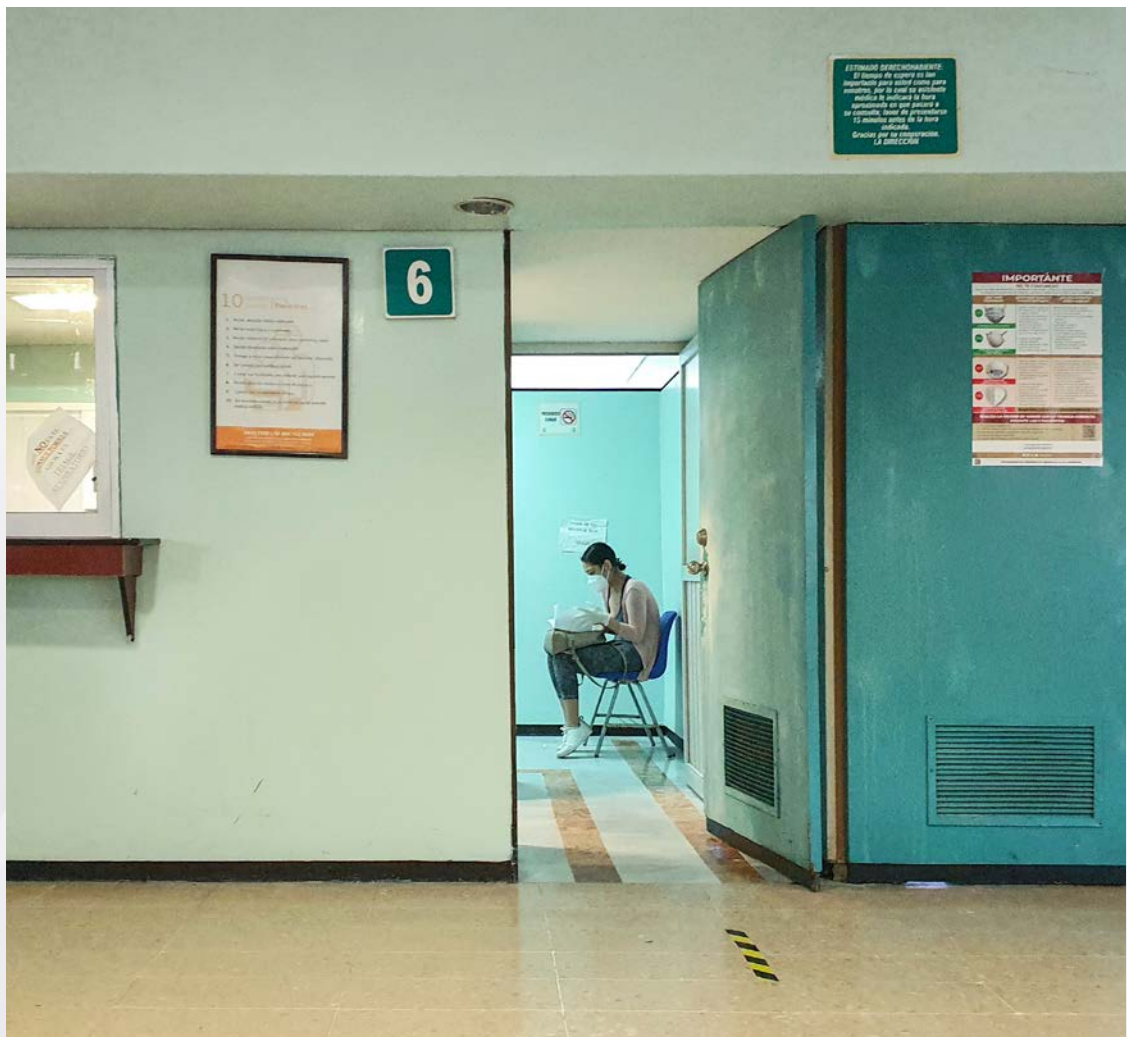
Los retrasos en la atención afectan de manera especial a la población con mayores vulnerabilidades sociales y económicas. En México, el 36.2% de las personas sin afiliación a la seguridad social esperaron cuatro semanas o más para obtener una cita con un especialista durante 2022 y, en algunos casos, las esperas alcanzaron hasta cuatro meses (CONEVAL, 2023).

El tiempo de espera excesivo incrementa la incertidumbre, el miedo y la confusión en las y los pacientes. Transmite, además, el mensaje implícito de que las personas usuarias deben aceptar pasivamente las deficiencias del sistema, lo que erosiona la confianza ciudadana en las instituciones públicas.

Quienes cuentan con recursos económicos suelen evitar la espera y optan por acudir al sector privado para atenderse. En México, por ejemplo, el número de consultas en clínicas privadas alcanzó 14.2 millones en 2022, el nivel más alto en una década (INEGI, 2023). Esta opción, sin embargo, no está al alcance de la población con menores ingresos, que debe resignarse a la espera o incluso renunciar a la atención (Besley *et al.*, 1999).

Este documento ofrece un análisis del tiempo de espera en los servicios públicos de salud y seguridad social en México.

En primer lugar, se presenta una revisión de la literatura relevante —incluidos estudios académicos y evaluaciones oficiales— para fundamentar la comprensión del problema. Posteriormente, se examinan las causas del tiempo de espera excesivo, con base en datos oficiales. A partir de este diagnóstico, se propone una teoría del cambio que identifica los comportamientos susceptibles de modificarse, las causas subyacentes de dichos comportamientos y un acercamiento a los instrumentos de política mediante los cuales pueden ser abordados.



Análisis del problema

El tiempo de espera para consultas, estudios diagnósticos y cirugías representa un obstáculo para el goce efectivo del derecho a la salud. Aunque México cuenta con una red amplia de unidades médicas, más de un tercio de las personas sin seguridad social espera cuatro semanas o más para ser atendida por un especialista y cerca del 70% de los ingresos a urgencias corresponde a casos no críticos, lo que satura recursos y retrasa la atención de quienes sí la requieren. El gasto de bolsillo representa el 41% del gasto total en salud, situación que se produce cuando las y los pacientes no encuentran disponibilidad de atención o prefieren recurrir al sector privado para evitar la espera.



Las demoras prolongadas en consultas y cirugías postergan los diagnósticos. Las enfermedades potencialmente tratables progresan a fases más graves y deterioran la calidad de vida.



El 70% de los ingresos a urgencias no corresponden a emergencias reales. El triage remoto, basado en líneas 800 o aplicaciones móviles, es indispensable para clasificarlos antes de su traslado y redirigirlos a la Unidad de Medicina Familiar.



Alrededor del 41% del gasto total en salud proviene de pagos directos de los hogares, que recurren a servicios privados o asumen gastos adicionales mientras esperan su turno en el sistema público.



El 36% de las personas sin seguridad social en México debe esperar cuatro semanas o más para acceder a su primera consulta con un médico especialista.



Las propuestas se alinean con los estándares de la OMS y la OCDE sobre tiempo máximo de espera y retoman lecciones aprendidas de proyectos apoyados por el BID para el contexto latinoamericano.

Tiempo y listas de espera

Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2024; WHO & UNICEF, 2022), la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2024) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2023) coinciden en concebir el tiempo de espera como el lapso transcurrido desde que la o el paciente recibe una indicación clínica —o ingresa formalmente a una lista de cirugía electiva— hasta que la institución le otorga el servicio. En cuanto a las listas de espera, estos organismos presentan distintos enfoques y alcances para su definición.

Tabla 1. Análisis comparado de definiciones internacionales

Término	OMS	OPS	OCDE	BID
Tiempo de espera (para cirugía electiva)	Tiempo entre la fecha en que se indica la operación y el día en que se realiza	Identificados como barreras organizativas de acceso dentro de la Función Esencial 6 (Acceso equitativo)	Días desde que la o el paciente ingresa en la lista de cirugía electiva hasta la intervención	Mecanismo implícito de priorización del gasto que ordena la demanda no resuelta
Lista de espera	Conjunto de pacientes que ya recibieron indicación clínica y aguardan la cirugía (implícita en la métrica <i>"patients on the list"</i>)	Manifestación de "falta de oportunidad" en redes fragmentadas de atención	Días transcurridos para quienes permanecen en lista al día del censo anual	Duración que las y los pacientes permanecen en esa lista; se emplea como indicador de eficiencia y equidad

Fuente: elaboración propia.

En este orden de ideas, existen diferencias en el matiz operativo y el propósito de la métrica. La OMS ofrece una definición estrictamente cronológica centrada en la atención de especialidad o cirugía; la OPS ubica el concepto como una dimensión de acceso y lo utiliza de forma normativa para subrayar la oportunidad como derecho; la OCDE establece indicadores con enfoque comparativo de desempeño; y el BID interpreta las listas como un mecanismo implícito de priorización fiscal,

midiendo el tiempo de permanencia para evaluar eficiencia y equidad. Por ello, la definición de estos conceptos debe tomar como base estas referencias y adecuarlas al contexto local.

El impacto de las listas de espera

La distancia de desplazamiento y el tiempo acumulado de espera desincentivan la utilización de los servicios médicos públicos. En ausencia de copagos, el tiempo de espera constituye el costo que asumen las y los pacientes, lo que genera desigualdades e inequidades. Quienes valoran más su tiempo —ya sea por trabajo u otras razones— o pueden costear alternativas privadas tienden a evitar la espera, los trámites y la navegación en el sistema público, mientras que las personas con menores ingresos absorben los costos de la espera (Acton, 1975; Auyero, 2011; Besley *et al.*, 1999; Peeters & Nieto Morales, 2020).

La espera es un fenómeno con implicaciones de poder y legitimidad institucional, en el cual las personas experimentan sentimientos de incertidumbre, confusión y arbitrariedad. Se resignan a ser pacientes para poder obtener alguna ayuda (Auyero, 2011). La espera prolongada puede entenderse como un mecanismo de ejercicio de poder —consciente o no—, en el que la institución marca la pauta temporal y la ciudadanía se somete.

El tiempo de espera para recibir una valoración inicial tiene una correlación negativa con la satisfacción reportada respecto a los servicios de salud, incluso después de recibir atención (Carbonell Torregrosa *et al.*, 2006). Proporcionar información clara, comodidades en la sala de espera, entretenimiento, iniciar parcialmente los trámites, la toma de signos vitales o entrevistas prediagnósticas mejora la percepción de la duración de la espera y eleva la satisfacción con los servicios (Gavilán-Bouzas & García-de-Madariaga-Miranda, 2009).

En la literatura de administración pública se utiliza el concepto de "carga administrativa" (*administrative burden*) para referirse a los obstáculos y costos que enfrentan las personas usuarias al interactuar con programas gubernamentales. Esta se compone de costos de aprendizaje, psicológicos y de cumplimiento, los cuales pueden disuadir o dificultar el acceso efectivo a los servicios públicos (Moynihan *et al.*, 2015). La espera en la atención se asocia con los costos de cumplimiento —el tiempo invertido para obtener el servicio— y los psicológicos —estrés, agotamiento o frustración—.

Las principales causas percibidas por los proveedores de los servicios de salud incluyen la sobrecarga de trabajo, los procesos ineficientes, problemas de gestión y supervisión, así como instalaciones inadecuadas y materiales y equipos insuficientes. Los servicios de urgencias suelen presentar mayores problemas en

el tiempo de atención. Algunos grupos de pacientes esperan más, tal como las personas adultas mayores, que tienden a permanecer más tiempo en urgencias, y quienes requieren la valoración tanto de un especialista como de urgencias (Pillay *et al.*, 2011).

El tiempo de espera puede analizarse desde un conjunto de conductas recurrentes, tanto de las personas usuarias como de las instituciones, que prolongan la oportunidad de la atención. Este documento distingue tres bloques de comportamientos modificables. Del lado de la demanda, destacan la afluencia a

urgencias por padecimientos que no lo ameritan, la inasistencia a citas y la utilización presencial de servicios que podrían resolverse a través de la salud digital (IMSS, 2021). Desde la oferta institucional, se identifican la programación restrictiva de turnos, los trámites presenciales, la resistencia a digitalizar procesos y la falta de compartición de cupos con otros sub-sistemas. Finalmente, en el plano de la coordinación interinstitucional, la insuficiente interoperabilidad de expedientes y la fragmentación de listas de espera perpetúan ineficiencias que agravan el rezago quirúrgico y de consulta.

Tabla 2. Comportamientos modificables del problema público

Demanda de servicios de salud (pacientes y familias)	Oferta de servicios de salud (proveedores y gestores)	Coordinación de los servicios de salud (autoridades)
• Uso de servicios de urgencias por padecimientos no urgentes para evitar listas de espera de consulta externa • Ausentismo y retraso a citas programadas, desaprovechando espacios y extendiendo las listas • Uso de la consulta presencial para problemas menores que podrían resolverse con salud digital	• Insuficiente programación de turnos de atención o de uso de salas quirúrgicas, manteniendo la oferta limitada • Duplicación de pasos y flujos complejos del paciente presenciales o en múltiples ventanillas (fichas, autorizaciones, resultados en papel) • Baja productividad en quirófanos • Insuficiente capital humano de servicios de salud	• Titulares de Instituciones públicas de salud no comparten cupos ni datos de capacidad ociosa entre subsistemas, manteniendo fragmentadas las listas de espera • Los expedientes y registros clínicos no son plenamente interoperables; la referencia sigue realizándose en papel, provocando duplicación de trámites o pruebas diagnósticas

Fuente: elaboración propia.

Causas de los comportamientos

La desconfianza y la desinformación conducen al uso inadecuado de los servicios de urgencias. Según la teoría de la elección del consumidor sanitario, las y los pacientes optan por urgencias en situaciones de incertidumbre, aunque no sea clínicamente necesario.

La falta de recordatorios y las barreras para cancelar citas contribuyen a la tasa de inasistencia a las citas programadas. Estudios indican que la ausencia de sistemas automáticos de SMS o llamadas puede aumentar hasta en un 30% la tasa de inasistencias, lo que resulta en la pérdida de espacios de atención disponibles.

Los sistemas manuales y la cultura burocrática generan trámites prolongados. La carga administrativa incrementa el tiempo de espera y dificulta la digitalización profunda, perpetuando la fragmentación del flujo de pacientes.

Las restricciones presupuestarias y los contratos rígidos conducen a la ausencia de turnos adicionales. Según la teoría de motivación organizacional, los directivos optimizan la cobertura matutina para evitar costos adicionales sin recompensas claras, reduciendo la oferta efectiva.

11

La fragmentación institucional y la falta de interoperabilidad generan cupos y espacios ociosos que no se comparten. Según la economía de redes y la teoría del principal-agente, sin un ente coordinador, cada subsistema prioriza sus propias necesidades, lo que provoca una subutilización de la capacidad conjunta.



Tabla 3. Análisis de causas

Área	Comportamiento	Causa A	Causa B	Causa C
Demanda de servicios	Asistir a servicios de urgencias sin mérito clínico	Desconfianza en el primer nivel de atención	Desconocimiento de rutas formales	Horarios de consulta incompatibles
	Abandono de citas sin aviso	Ausencia de recordatorios	Dificultad para cancelar o para trasladarse al lugar de la cita médica	Baja valoración del espacio perdido
Oferta de servicios	No extender horarios ni turnos	Restricciones presupuestarias	Contratos laborales rígidos	Falta de incentivos claros de productividad
	Retrasar atención con trámites	Sistemas manuales sin digitalizar	Digitalización incipiente; sistemas con baja interoperabilidad	Cultura y dinámicas institucionales (reglas formales e informales) y resistencias al cambio
Coordinación institucional	No compartir cupos	Fragmentación institucional	Falta de interoperabilidad de datos	Incentivos aislados por subsistema
	No interoperar sistemas	Inversión insuficiente en TIC	Resistencia al cambio tecnológico	Falta de lógica de coordinación interinstitucional

Fuente: elaboración propia.

Instrumentos de intervención

La reducción del tiempo de espera en los sistemas de salud requiere consolidar y escalar aquellas estrategias que han demostrado eficacia, alineándolas de forma sistemática con las causas identificadas, tales como la saturación de los servicios de urgencias, el ausentismo a las consultas de primer nivel y de especialidad, la presencia de horarios restringidos, la burocracia presencial y la fragmentación interinstitucional. Los instrumentos que se proponen en este documento se enfocan, por tanto, en estrategias para cerrar brechas operativas y medir su cumplimiento.

Asimismo, cada instrumento se formula bajo el principio de maximizar el uso de la infraestructura y del personal existente. Para cada causa inmediata descrita se define un mecanismo de cambio. La **tabla 4** resume los instrumentos y la descripción posterior justifica su pertinencia.

Tabla 4. Instrumentos de intervención

Causa raíz	Instrumento de política	Mecanismo de primer orden	Cambio de comportamiento esperado
Turnos limitados y rezagos quirúrgicos	Ampliación de jornadas/ incentivos por productividad	Directivos programan consultas y cirugías en tarde, noche y fines de semana	Listas de espera se acortan; mayor utilización de turnos existentes
Trámites presenciales y duplicados	Cita y referencia electrónica (NOM-024-SSA3-2012)	Regulación que obliga a procesos digitales	Personas usuarias agendan y firman consentimientos en línea; ventanillas físicas solo para población vulnerable
Abuso de urgencias por casos leves	Triage previo multicanal: línea 800 y mecanismos de salud digital	Acceso condicionado antes de ingresar a urgencias	Personas usuarias contactan triage remoto y solo acuden a urgencias casos críticos; se descongestiona el servicio

Inasistencias a citas/cirugías programadas	Recordatorio inteligente y mecanismos de cancelación y reprogramación digitales	Transferencia condicionada de información	Personas usuarias confirman o cancelan cita mediante canales digitales; inasistencias disminuyen y se reutilizan espacios
Fragmentación de listas y cupos	Profundización del Sistema Único de Registro e Intercambio de Servicios (SIRIS)	Acuerdo interinstitucional y compensación	IMSS, ISSSTE e IMSS Bienestar comparten citas, camas y quirófanos; pacientes son derivados al cupo de menor espera
Falta de interoperabilidad clínica	Regulación y cumplimiento del Expediente Clínico Electrónico	Convenios y regulación sanitaria obligatoria del ECE e interoperabilidad	Estudios, notas y resultados viajan entre instituciones sin papel; se eliminan duplicidades, tiempo de transcripción y pérdidas de información; se fortalece la trazabilidad y la protección de datos

14

Fuente: elaboración propia.

Ampliación de jornadas

La experiencia de las Unidades Médicas de Tiempo Completo del IMSS demostró que, sin necesidad de construir nueva infraestructura, cada hospital puede sumar en promedio 1.300 atenciones al mes cuando opera turnos vespertinos y de fin de semana (IMSS, 2024). Generalizar este esquema mediante incentivos por productividad, que remuneren resultados y no solo guardias, neutraliza la resistencia laboral y convierte horas ociosas en producción clínica efectiva.

Cita y referencia electrónica

La coexistencia de ventanillas físicas con canales digitales sigue generando filas y demoras administrativas. El alineamiento estricto con la NOM-024-SSA3-2012, que normaliza la interoperabilidad de sistemas clínicos, obliga a que toda cita, referencia, consentimiento y resultado se gestione digitalmente. Las ventanillas presenciales se reservarían únicamente para población sin conectividad, con apoyo de kioscos y personal de orientación.

Triage multicanal previo

Siete de cada diez personas que llegan a urgencias no requieren atención inmediata (Duque Molina *et al.*, 2023; IMSS, 2024). Implementar un triage remoto mediante líneas gratuitas 800 y canales digitales condiciona el acceso al área de choque: las personas usuarias con síntomas leves reciben una cita el mismo día en su Unidad de Medicina Familiar, mientras que solo los códigos críticos son dirigidos al hospital.

Recordatorio inteligente y reprogramación digital

Un sistema de mensajes interactivos (vía SMS, WhatsApp o correo) enviados 48 h y 6 h antes, con enlace para cancelar o reagendar en dispositivos electrónicos, disminuye el *no-show* de pacientes, el cual ha mostrado ser de hasta un 20% para consultas de especialidad.

Profundización del SIRIS

El Sistema Único de Registro e Intercambio de Servicios (SIRIS) ya ha facilitado que pacientes del ISSSTE accedan a quirófanos disponibles en el IMSS. La profundización propuesta incluye la implementación de un semáforo de capacidad en tiempo real (camas, gabinetes, quirófanos) en el sistema de los servicios de salud y estándares que deriven automáticamente al primer cupo libre. Para las personas usuarias, esto significa días o semanas menos de espera; para el sistema, un uso más eficiente de la infraestructura instalada. Esto implica una renovación de la gestión de la lista de espera y su centralización, así como el registro de altas y bajas.

15

Fortalecimiento del Expediente

Clínico Electrónico

La dispersión de plataformas clínicas obliga a reescribir historias y repetir estudios; para corregirlo, se requiere el cumplimiento y actualización del Expediente Clínico Electrónico. Esto implica estándares únicos de datos y catálogos, uso de APIs interoperables, referencia y contrarreferencia electrónicas, y resguardo con controles de seguridad y trazabilidad entre instituciones. Con esta regulación sanitaria obligatoria, laboratorios, imágenes, notas e interconsultas podrán circular sin papel entre IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar, eliminando duplicidades, tiempos de transcripción y pérdidas de información. El resultado es un flujo asistencial continuo y auditable que acorta el tiempo de espera y mejora la calidad y seguridad de

la atención. Esto exige un sistema de portabilidad de derechos y los convenios de colaboración correspondientes.

Estos seis instrumentos de política conforman un circuito de soluciones que intervienen los comportamientos detonantes de la espera, desde la demanda, la oferta y las instituciones. La ampliación de jornadas busca intervenir la **escasez programada** de horas-médico; las propuestas de cita-referencia electrónica y los recordatorios inteligentes permiten superar la **inercia burocrática** y el ausentismo de las personas usuarias, al tiempo que liberan turnos ya asignados. El triage multicanal actúa sobre la **percepción de urgencia** y redirige la demanda hacia el nivel adecuado. Las propuestas de interoperabilidad cierran el círculo al intervenir la **fragmentación institucional** y la **redundancia documental**, dos causas que multiplican trámites y duplican listas.

La lógica secuencial de la estrategia de intervención

16

Primero se amplía la oferta efectiva de tiempo clínico, luego se optimiza la gestión de cada turno y, finalmente, se articula la capacidad entre subsistemas para que ningún recurso ocioso permanezca invisible. Cada medida incorpora un mecanismo de primer orden coherente con la naturaleza de la causa que aborda: incentivo monetario, regulación, acceso condicionado, nudge digital o acuerdo interinstitucional, con la finalidad de que la respuesta sea proporcional y factible.

En conjunto, los seis instrumentos desplazan la carga del problema desde la persona paciente hacia la administración del sistema y refuerzan la corresponsabilidad: la ciudadanía asume su parte (asistir, cancelar, reagendar, usar el triage), mientras que las instituciones garantizan turnos ampliados, trámites ágiles e información interoperable. El resultado esperado es una reducción del tiempo de espera, medible mediante indicadores públicos que alinean incentivos financieros y reputacionales con el desempeño real de cada unidad médica.

Recomendaciones

Para traducir los seis instrumentos propuestos en resultados tangibles, se propone que el sector salud articule líneas de acción integradas, cada una vinculada con una causa inmediata de la espera y sustentada en la normativa y la capacidad instalada del IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar.

Metas internas de tiempo máximo. Publicar, en tableros institucionales, umbrales por nivel de atención (por ejemplo, 15 días para primera consulta de especialidad y 90 días para cirugía electiva) y generar derivaciones automáticas a unidades con menor carga.

Incentivos ligados a productividad. Crear una bolsa presupuestal concursable de bonificaciones para hospitales que superen un porcentaje establecido de producción extra dentro de los plazos estándar e incorporar la línea base de productividad clínica al Presupuesto de Egresos y a los contratos colectivos, de modo que el pago variable reemplace a la guardia pasiva.

Gestión digital y transparente de listas. Montar un *dashboard* periódico, mensual o bimestral, de acceso abierto al público, con información sobre espera promedio y capacidad ociosa por hospital, delegaciones y especialidades. Estandarizar los flujos de datos y los responsables de publicación fortalece la auditoría social y habilita decisiones basadas en evidencia.

17

Priorización clínica y triage estandarizado. Actualizar guías de puntaje en urgencias, consulta especializada y cirugía; capacitar al personal clínico y auditar expedientes aleatorios para garantizar equidad y coherencia en la asignación de turnos.

Derivaciones electrónicas interoperables. Integrar un módulo electrónico de referencia que enlace a médicos familiares, especialistas y gabinetes, con trazabilidad en tiempo real y notificaciones a las personas usuarias.

Navegación del paciente y recordatorios inteligentes. Potenciar el uso de los centros de contacto (*call center*) y la mensajería instantánea, vía SMS y WhatsApp, para confirmar, cancelar o reagendar citas, con la finalidad de asignar espacios liberados y reducir el ausentismo.

Profundización del SIRIS con semáforo sectorial. Operar un semáforo de capacidad en tiempo real (camas, gabinetes, quirófanos) y establecer reglas que deriven los cupos libres entre instituciones, asegurando que ningún recurso público permanezca ocioso y que se aproveche al máximo la capacidad instalada.

Implementados en conjunto, estos mecanismos alinean incentivos, digitalizan flujos críticos y transparentan la oferta, con la finalidad de cerrar el círculo entre causa, comportamiento, instrumento y resultado: menos trámites, más horas-médico útiles y, sobre todo, tiempo de espera sensiblemente más corto y medible públicamente.

Conclusión

Reducir el tiempo de espera en el sistema público de salud mexicano exige reconocer que el problema no radica únicamente en la carencia de capital humano, camas o quirófanos, sino en cómo se utilizan los recursos disponibles y cómo se comportan pacientes e instituciones. El diagnóstico presentado muestra que la sobrecarga de urgencias, la inasistencia a consultas, los horarios restringidos, la burocracia presencial y la fragmentación entre subsistemas están representados por conductas recurrentes que prolongan el tiempo de atención. Cada una responde a incentivos desalineados, cargas administrativas o a la ausencia de información interoperable; además de la inversión en infraestructura, la reducción del tiempo de espera requiere el rediseño de procesos y la alineación de incentivos.

Los instrumentos propuestos, tales como la ampliación de jornadas con subsidios por productividad, la gestión digital de citas y derivaciones, el triage remoto, los recordatorios inteligentes y la profundización de la interoperabilidad, forman un circuito de intervención en los nodos críticos del flujo asistencial. Primero, incrementan la oferta efectiva de tiempo clínico; después, optimizan la gestión de cada turno mediante información en tiempo real y, por último, articulan la capacidad sectorial para que ningún recurso ocioso permanezca invisible.

Cada línea de acción incorpora un mecanismo de primer orden coherente con la causa que enfrenta: regulación, incentivo financiero, acceso condicionado o nudge digital; y todos dependen de información pública de indicadores de medición: tiempo de espera por especialidad, tasa de inasistencia y horas-quirófano utilizadas. Vincular estos indicadores a la asignación presupuestal y a la evaluación del desempeño directivo creará la presión y la legitimidad necesarias para sostener el cambio.

Asimismo, la propuesta desplaza parte de la carga hacia la ciudadanía, reforzando la corresponsabilidad: quien recibe un SMS para confirmar su cirugía debe responder; quien presenta síntomas leves debe aceptar la cita en su clínica familiar. A cambio, las instituciones garantizan trámites ágiles, horarios ampliados y la posibilidad de ser atendido en la unidad con menor espera, sin importar el subsistema.

La complejidad del problema público de la reducción de el tiempo de espera, en especial de la lista de espera quirúrgica, requiere una mirada amplia del fenómeno y la integración de la visión de las personas pacientes y sus familias.

Las recomendaciones presentadas no pretenden descubrir el hilo negro; más bien, consolidan y escalan programas que ya han probado eficacia en pilotos y los alinean con una visión sistémica. Si se implementan de forma concertada, con monitoreo transparente y ajustes iterativos, se puede traducir el derecho a la salud en una experiencia de servicio digna y equitativa para toda la población.

Bibliografía

- Acton, J. P. (1975). Nonmonetary factors in the demand for medical services: Some empirical evidence. *Journal of Political Economy*, 83(3), 595–614. <https://doi.org/10.1086/260322>
- Auyero, J. (2011). *Patients of the state: An ethnographic account of poor people's waiting*. *Latin American Research Review*, 46(1), 5–29.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud? Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile* [Nota Técnica IDB-TN-2852]. División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo. <https://www.iadb.org/es>
- Besley, T., Hall, J., & Preston, I. (1999). The demand for private health insurance: Do waiting lists matter? *Journal of Public Economics*, 72, 155–181. [https://doi.org/10.1016/S0047-2727\(98\)00108-X](https://doi.org/10.1016/S0047-2727(98)00108-X)
- Carbonell Torregrosa, M. Á., Gírbés Borrás, J., & Calduch Broseta, J. V. (2006). Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*, 18, 30–35.
- CONEVAL. (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: Un análisis cualitativo*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). <https://www.coneval.org.mx>

- Gavilán-Bouzas, D., & García-de-Madariaga-Miranda, J. (2009). ¿Esperamos porque es mejor o es mejor porque esperamos? Un estudio exploratorio de la relación entre el tiempo de espera y el valor percibido. *Universia Business Review*, 22.
- Gravelle, H., & Siciliani, L. (2008). Is waiting-time prioritisation welfare improving? *Health Economics*, 17, 167–184. <https://doi.org/10.1002/hec.1262>
- Hanning, M., & Winblad, U. (2000). Maximum waiting time—A threat to clinical freedom? *Health Policy*, 52(1), 15–32. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00060-9](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00060-9)
- IMSS. (2021). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020–2021* (Primera edición) [Informe anual]. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- IMSS. (2024). *Programa institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020–2024: Avance y resultados (enero 2023–junio 2024)* (Informe de avance No. PIIMSS-2020-2024). Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- INEGI. (2023). *Comunicado de prensa núm. 458/23: Estadísticas de salud en establecimientos particulares (ESEP) 2022* [Comunicado de prensa]. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/salud/>
- Moynihan, D., Herd, P., & Harvey, H. (2015). Administrative burden: Learning, psychological, and compliance costs in citizen-state interactions. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(1), 43–69. <https://doi.org/10.1093/jopart/muu009>
- OECD. (2024). *Waiting times for selected elective surgeries* [Definitions, Sources and Methods — OECD Health Statistics 2024]. OECD. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- OPS. (2019). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275322642>

- Peeters, R., & Nieto Morales, F. (Eds.). (2020). *La máquina de la desigualdad: Una exploración de los costos y las causas de las burocracias de baja confianza* (Primera edición). Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). <https://es.everand.com/book/545371038/La-maquina-de-la-desigualdad-Una-exploracion-de-los-costos-y-las-causas-de-las-burocracias-de-baja-confianza>
- Pillay, D. I. M. S., Ghazali, R. J. D. M., Abd Manaf, N. H., Asaari Abdullah, A. H., Abu Bakar, A., Salikin, F., Umapathy, M., Ali, R., Bidin, N., & Wan Ismefariana, W. I. (2011). Hospital waiting time: The forgotten premise of healthcare service delivery? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(7), 506–522. <https://doi.org/10.1108/09526861111160553>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2024). *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas: Resultados para el año 2022* [Estudio técnico]. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- WHO. (2024). *Indicator Metadata Registry Details*. https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/600?utm_source=chatgpt.com
- WHO, & UNICEF. (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens. Web annex—Technical specifications* [Technical report]. World Health Organization (WHO) and UNICEF. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360993>

CISS

Conferencia ♦ ♦ ♦
Interamericana de
Seguridad Social

 /CISS.org.esp

 CISS_org

 CISS_org

 cisstagram

ciss-bienestar.org