Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102641

Número especial Reformas sanitarias en Latinoamérica y el Caribe

Listas y tiempos de espera en Costa Rica: propuesta de un marco conceptual

María del Rocío Sáenz Madrigal [a,†], Claudio Arturo Arce Ramírez [b,*], Wendy López-Vargas [a] y Wilmer Sancho Rojas [a]

[a] *Centro de Investigación en Cuidados de Enfermería y Salud (CICES), Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica*
[b] *Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 14 de enero de 2026
Aceptado el 15 de junio de 2026
On-line el 25 de agosto de 2026

Palabras clave:
Listas de espera
Costa Rica
Caja Costarricense de Seguro Social
Derechos humanos
Equidad

R E S U M E N

El sistema de salud de Costa Rica, de carácter predominantemente público y organizado bajo el Sistema Nacional de Salud, ha alcanzado logros relevantes en cobertura y resultados en salud; no obstante, enfrenta desafíos persistentes asociados a las listas y los tiempos de espera para la atención especializada. Pese al avance sostenido hacia la universalidad, aproximadamente el 10% de la población (más en zonas rurales) carece de seguro de salud, con brechas en el acceso efectivo. Entre 2019 y 2024, los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social muestran incrementos sustanciales en las personas en espera de procedimientos ambulatorios, quirúrgicos y consultas externas, así como aumentos significativos en los tiempos de espera. Esta situación contrasta con la existencia de capacidad instalada subutilizada durante la jornada ordinaria, lo que plantea interrogantes sobre la efectividad y la coherencia de las estrategias centradas en jornadas extraordinarias como principal respuesta institucional. El artículo desarrolla una propuesta teórica para el abordaje de las listas de espera que incorpora de manera explícita los principios de equidad, derechos humanos, ética y justicia distributiva. Desde esta perspectiva, las listas de espera se conciben como un problema de justicia social que afecta de manera desproporcionada a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. Asimismo, se revisan los enfoques económicos y se concluye que la reducción sostenible de las listas y los tiempos de espera exige un enfoque sistémico, transparente y éticamente fundamentado.

© 2026 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Waiting lists and waiting times in Costa Rica: proposal for a conceptual framework

Keywords:
Waiting lists
Costa Rica
Costa Rican Social Security Fund
Human Rights
Equity

A B S T R A C T

Costa Rica's health system, which is predominantly public and organized under the National Health System, has achieved significant progress in health coverage and outcomes. Nevertheless, it continues to face persistent challenges related to waiting lists and waiting times for specialized care. Despite sustained progress toward universal coverage, approximately 10% of the population —particularly in rural areas— remains uninsured, resulting in gaps in effective access to healthcare services. Between 2019 and 2024, records from the Costa Rican Social Security Fund *(Caja Costarricense de Seguro Social)* show substantial increases in the number of individuals awaiting outpatient procedures, surgical interventions, and specialist consultations, as well as significant rises in waiting times. This situation contrasts with the existence of underutilized installed capacity during regular working hours, raising questions about the effectiveness and coherence of strategies that rely primarily on overtime sessions as the main institutional response. This article develops a theoretical framework for addressing waiting lists that explicitly incorporates the principles of equity, human rights, ethics, and distributive justice. From this perspective, waiting lists are understood as a social justice issue that disproportionately affects populations in situations of greater vulnerability. The article also reviews economic approaches to the problem and concludes that the sustainable reduction of waiting lists and waiting times requires a systemic, transparent, and ethically grounded approach.

© 2026 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Véase contenido relacionado en DOI: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102643

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: caarce@ccss.sa.cr (C.A. Arce Ramírez).

† Fallecida antes de la publicación de este artículo.

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102641
0213-9111/© 2026 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Caracterización del sistema de salud costarricense

El sistema de salud de Costa Rica es público y se organiza en el Sistema Nacional de Salud, que articula a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y al Ministerio de Salud. La CCSS administra el Seguro de Salud y el de Invalidez, Vejez y Muerte, y presta los servicios mientras que el Ministerio ejerce la rectoría sanitaria. En el financiamiento ha prevalecido el modelo tripartito. Aunque el avance hacia la cobertura universal ha sido sostenido, persiste población sin seguro. La Encuesta Nacional de Hogares 2024 reporta que el 10% de las personas del ámbito nacional no cuenta con seguro de salud, proporción que aumenta al 11% en zonas rurales[1].

La provisión se estructura en tres redes integradas según el territorio y la capacidad resolutiva, organizadas en clínicas y hospitales periféricos, regionales y nacionales. Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud son la puerta de entrada y enlace con las comunidades. El sector privado se concentra en la Gran Área Metropolitana y se financia fundamentalmente con gasto de bolsillo. El gasto público aporta el 70% del gasto total en salud. Antes de la pandemia, el país registraba una esperanza de vida cercana a los 80 años y una baja mortalidad evitable. Sin embargo, las listas de espera evidencian brechas entre demanda y capacidad de respuesta.

Aproximación metodológica

Desarrollo de un marco conceptual orientado por el esquema de los determinantes sociales de la salud en un modelo previamente elaborado para abordar las listas y los tiempos de espera. El modelo se elaboró tras una revisión bibliográfica en bases indexadas (SciELO y PubMed) y literatura gris, orientado a sistematizar marcos tradicionales y enfoques sistémicos en América Latina. Además, se efectuaron cinco sesiones virtuales con expertos de la región; una de las sesiones se orientó a la validación del modelo, con énfasis en fortalecer la coherencia y la aplicabilidad.

Los datos cuantitativos fueron provistos por la Unidad Técnica de Listas de Espera de la CCSS, sobre los tiempos y las listas de espera de patologías y procedimientos más frecuentes de 2019 a 2024. La información sobre listas de espera utilizada en el estudio fue cedida bajo los criterios de confidencialidad previstos en la Ley 9234 por la autoridad correspondiente de la CCSS. Esta información contribuye a contextualizar el fenómeno y presentar el modelo propuesto.

La investigación, así como la custodia de la información y la gestión de la confidencialidad, se realizó siguiendo lo dispuesto en la Ley Reguladora de la Investigación Biomédica de Costa Rica N.° 9234.

Caracterización de las personas en listas de espera

Según datos de la Unidad Técnica de Listas de Espera, entre 2019 y 2024 las personas en listas de espera para procedimientos ambulatorios aumentaron de 438.599 a 695.328 (58,5%) y en la lista quirúrgica de 121.270 a 185.845 (53,2%); los pacientes en consulta externa especializada pasaron de 255.672 en 2019 a 322.901 en 2024 (37%). Los tiempos de espera también mostraron incrementos sustanciales: en procedimientos ambulatorios crecieron un 50% entre 2020 y 2024, y en quirúrgicos un 26% (tabla 1).

La priorización se realiza a partir del criterio del médico tratante del servicio que excede la disponibilidad inmediata de la red, siempre que la condición permita demorar sin riesgo vital. El ingreso está normado institucionalmente. El especialista tratante registra la indicación y la prioridad en el Expediente Único en Salud (EDUS/ARCA) para casos quirúrgicos.

En la práctica esto significa que, cuando el médico genera la referencia a lista de espera, debe consignar la información clínica pertinente y asignar un nivel de prioridad. En resumen, los criterios de ingreso son: 1) indicación formal y aceptación del paciente, 2) imposibilidad de atención inmediata por limitaciones de capacidad instalada, 3) estabilidad clínica que permita diferir sin riesgo vital, y 4) registro en EDUS con asignación de prioridad clínica.

El modelo excluye procedimientos con vías propias de gestión, como trasplantes de órganos y técnicas de reproducción humana asistida, regidos por normativas internacionales. En comparación, lo implementado en la CCSS mantiene una relación débil con los modelos analizados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que equilibran necesidad clínica y equidad temporal, incorporando criterios como gravedad, urgencia, tiempo de espera y equidad, y factores sociales como impacto laboral, rol de cuido y efecto familiar[2,3].

Capacidad instalada de la CCSS

Para el abordaje de las listas de espera, la CCSS implementa jornadas de producción, entendidas como «sesiones de trabajo extraordinarias implementadas para aumentar la capacidad de atención más allá de la jornada ordinaria, con el fin de reducir las listas de espera». Sin embargo, el porcentaje de utilización de quirófanos en jornada ordinaria es del 63% (fig. 1), mientras el número de pacientes en listas de espera creció un 7% en promedio anual, lo que genera interrogantes sobre la existencia de un enfoque sistémico en la gestión de las listas y los tiempos de espera.

Propuesta teórica para el abordaje de las listas y los tiempos de espera

Si bien la Ley General de Salud (1974) y el modelo solidario de seguridad social consagran el derecho universal a la atención[4], las listas de espera en Costa Rica revelan desigualdades en la efectividad real de ese derecho. El abordaje de las listas de espera que se propone incorpora los principios de equidad, derechos humanos, ética y justicia junto a la gestión de los servicios de salud, donde interactúan las necesidades de atención de la población y la capacidad del sistema para responder a esas necesidades, colocando en el centro la experiencia de espera de las personas que requieren atención.

La equidad en salud y los derechos humanos permiten comprender las listas de espera como un problema de justicia social y no solo como una dificultad técnica. Los estudios realizados en Chile y en España han señalado que las demoras afectan de manera desproporcionada a las mujeres, las personas adultas mayores y los residentes de zonas rurales; desigualdades que se correlacionan con determinantes sociales como educación, género y menores ingresos, evidenciando que la universalidad formal no garantiza la equidad real[5,6].

Las decisiones relacionadas con el acceso a los servicios de salud deben ser acordes con la ética y la justicia, ya que implican la naturaleza moral de las decisiones relacionadas con el acceso a los servicios de salud y la experiencia de las personas que esperan atención. Aunque dichas decisiones se presentan como técnicas, implican juicios sobre qué necesidades se atienden primero. En el caso de Costa Rica, la CCSS prioriza la atención según los casos más antiguos, atiende con preferencia a los pacientes clasificados como de prioridad alta según el protocolo técnico, y optimiza los recursos con mecanismos como la depuración de la lista y la derivación en red.

De acuerdo con Rawls[7] y Daniels[8], las desigualdades solo son aceptables si benefician a quienes se encuentran en peor posición, y son justificables si responden a criterios moralmente defendibles acompañados de procesos de rendición de cuentas. En consecuen-

Tabla 1
Perfil de los tiempos de espera en Costa Rica, según consulta externa especializada, procedimientos ambulatorios y quirúrgicos

		Tiempo de espera (días) 2024[a]	Tasa de variación 2024-2020
Lista de espera para atención en especialidades de consulta externa[b]		466	13%
Sexo	Hombres	482	12%
	Mujeres	454	13%
	Indefinido	375	292%
	Intersexo	398	ND
Provincia[c]	San José	410	29%
	Alajuela	655	16%
	Cartago	380	–29%
	Heredia	481	14%
	Guanacaste	418	25%
	Puntarenas	262	2%
	Limón	500	212%
Edad hombres, años	0-6	310	30%
	7-14	398	24%
	15-24	521	21%
	25-44	519	1%
	45-65	504	11%
	66-75	505	14%
	75 y más	481	19%
Edad mujeres, años	0-6	343	31%
	7-14	428	26%
	15-24	430	25%
	25-44	435	14%
	45-65	470	9%
	66-75	486	9%
	75 y más	465	16%
Edad (indefinido) intersexo, años	7-14	275	187%
	25-44	475	332%
	25-44	398	ND
Procedimientos médicos ambulatorios	137	50%	
	Cardiología	138	54%
	Fisiatría	128	140%
	Gastroenterología	185	124%
	Ginecología	81	46%
	Medicina nuclear	214	10%
	Neumología	45	34%
	Neurología	54	117%
	Otorrinolaringología	191	–6%
	Radiología e imágenes médicas	140	37%
	Urología	101	18%
	Vascular periférico	13	ND
Procedimientos quirúrgicos	424	26%	
	Procedimientos e intervenciones, no clasificados en otra parte	473	108%
	Operaciones sobre el sistema nervioso	457	36%
	Operaciones sobre el sistema endocrino	522	81%
	Operaciones sobre el ojo	194	-20%
	Operaciones sobre el oído	552	73%
	Operaciones sobre la nariz, la boca y la faringe	481	63%
	Operaciones sobre el aparato respiratorio	445	63%
	Operaciones sobre el aparato cardiovascular	446	77%
	Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	452	73%
	Operaciones sobre el aparato digestivo	500	77%
	Operaciones sobre el aparato urinario	517	41%
	Operaciones sobre los órganos genitales masculinos	377	33%
	Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	302	44%
	Procedimientos obstétricos	460	90%
	Operaciones sobre el aparato musculoesquelético	593	29%
	Operaciones sobre el aparato tegumentario	428	41%
	Otros procedimientos	478	–41%
	Sin especificar	503	–42%

[a] Tiempo promedio de espera en días desde la fecha de registro de la cita hasta la fecha de atención.
[b] Citas de pacientes nuevos, nuevos de recargos y nuevos 60 minutos en la especialidad.
[c] Las provincias de San José, Heredia, Cartago y Alajuela son predominantemente urbanas, y Puntarenas, Limón y Guanacastes son rurales.
Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Área de Estadística en Salud; 2025.

cia, la priorización debe basarse en transparencia, racionalidad pública y equidad, evitando decisiones discrecionales que generen injusticias estructurales.

Desde una ética institucional, Giannotti et al.[9] destacan la necesidad de mecanismos deliberativos que legitimen socialmente las decisiones sobre acceso. Asimismo, la demora injustificada constituye un daño evitable y vulnera el deber de cuidado, lo que vincula esta dimensión con la no maleficencia[10]. En línea con Sen[11], reducir los tiempos de espera es una obligación moral para expandir las capacidades y las libertades reales de las personas.

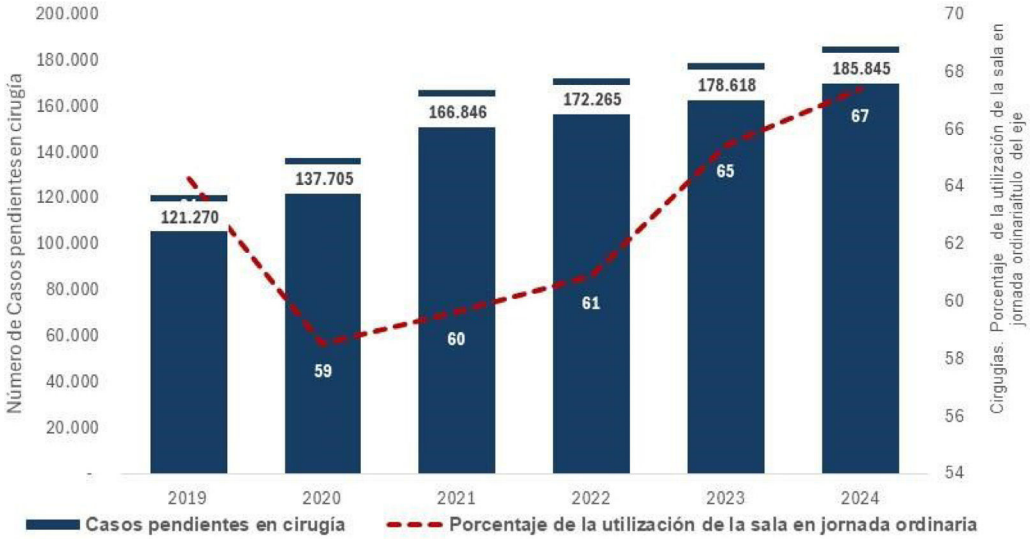


Figura 1. Número de asegurados en lista de espera quirúrgica y porcentaje de utilización del quirófano en jornada ordinaria. Caja Costarricense de Seguro Social, 2019-2024. Datos al 17 de noviembre de 2025. Se consideran solo cirugías realizadas en jornada ordinaria (lunes a jueves de 7 a.m. a 4 p.m., y viernes de 7 a.m. a 3 p.m.) e incluye todas las salas que registren producción durante la jornada ordinaria. (Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Área de Estadística en Salud; 2025.)



Figura 2. Propuesta de abordaje sistémico de las listas y los tiempos de espera.

La figura 2 resume la propuesta desde un enfoque sistémico y centrado en las personas, las familias y las comunidades. El marco entiende las listas y los tiempos de espera como un proceso a lo largo del continuo de atención, que inicia con el ingreso al sistema de salud, continúa con la indicación de la atención y el periodo de espera, y se vincula con el otorgamiento de la atención y el monitoreo. En ese recorrido, la experiencia de espera se ubica en el centro, reconociendo la influencia de los determinantes sociales, las barreras de acceso y cobertura, y la relación entre necesidades de atención y capacidad instalada. Además, el modelo sitúa la gestión de los sistemas y servicios de salud y la planificación estratégica y política como dimensiones que orientan los criterios de priorización y la respuesta.

Aproximaciones económicas a las listas de espera

Las listas de espera se entienden como el resultado de una oferta efectiva insuficiente frente a la demanda. A diferencia de los mercados tradicionales, en el sector salud con aseguramiento los precios no asignan recursos ni equilibran el mercado, por lo que se recurre a otros mecanismos como el racionamiento no basado en el precio (con copagos nulos o bajos, el tiempo funciona como «precio» y la

espera disuade demandas menos urgentes), la demanda inducida y la asimetría de información (en este caso los prestadores, con más información que los pacientes, pueden influir en la cantidad de servicios, una situación que en esquemas de pago por servicio puede saturar agendas y alargar listas), y la eficiencia y el pago por valor (la OCDE[12] señala que más gasto no siempre reduce esperas, por lo que se priorizan la situación clínica y la depuración activa de datos para asignar recursos donde haya mayor beneficio marginal en salud).

Conclusiones

La integración del enfoque sistémico en la priorización, basado en derechos humanos, ética y justicia, busca incorporar la voz y la experiencia de las personas en espera del servicio. Con ello, también contribuye a la transparencia y a la confianza en el sistema de salud. Este enfoque implica una organización, una gobernanza, una presupuestación y una atención enfocadas en la resolución de las demandas y las necesidades de la población que está en lista de espera. Lo anterior requiere un trabajo articulado entre los diferentes niveles de atención, equipos interdisciplinarios y una gestión operativa con indicadores que permitan no solo una evaluación del desempeño, sino también de la experiencia del paciente.

Por su parte, el aumento de las listas y de los tiempos de espera, relacionados con la disponibilidad de presupuestos extraordinarios, aun con la misma capacidad instalada, apuntan a un comportamiento cíclico que no atiende de manera orgánica ni sostenida las listas de espera. Esto evidencia debilidades en la planificación, la gobernanza y la continuidad operativa, y muestra que las personas carecen de voz, lo que contribuye a una experiencia negativa y al potencial deterioro de su problema de salud, restando legitimidad a las políticas públicas implementadas.

Editor responsable del artículo

José R. Repullo.

Contribuciones de autoría

M.R. Sáenz Madrigal y C.A. Arce Ramírez concibieron la idea original del trabajo y participaron en su desarrollo conceptual. Todos/as los/las autores/as contribuyeron de forma equivalente al desarrollo del manuscrito, la revisión de la literatura, la interpretación de los hallazgos y la revisión crítica del texto, realizaron aportaciones intelectuales relevantes al trabajo y aprobaron la versión inicialmente enviada a la revista. Tras el fallecimiento de M.R. Sáenz Madrigal, los/las restantes autores/as aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Hogares: julio 2024. San José: INEC; 2024. Disponible en: https://admin.inec.cr/sites/default/files/2024-10/reenaho2024.pdf.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Waiting times for health services: next in line. Paris: OECD Publishing; 2020, http://dx.doi.org/10.1787/242e3c8c-en.
3. Banco Interamericano de Desarrollo. Breve 15: Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2016. Disponible en: https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-15-Listas-de-espera-Un-mecanismo-de-priorizaci%C3%B3n-del-gasto-en-salud.pdf.
4. Costa Rica, Asamblea Legislativa. Ley General de Salud N.° 5395. San José: Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica; 1974.
5. Martín-Fernández J, Rodríguez Cabrera F. Accesibilidad al Sistema Nacional de Salud: equidad y listas de espera. Un estudio observacional. Rev Clin Med Fam. 2024;17:171–7, http://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170304.
6. Monge-Navarro A, Murillo-Sancho G, Calderón-Céspedes A, et al. Listas de espera. Acta Med Costarric. 2014;56:71–7, http://dx.doi.org/10.51481/amc.v56i2.837.
7. Rawls J. A theory of justice. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1971.
8. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
9. Giannotti EM, Louvison M, Chioro A. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica. 2025;41:e00220724, http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT220724.
10. Giannotti EM, Louvison M, de Sá AC. Listas de espera e justiça na saúde pública brasileira. Cad Saude Publica. 2025;41:1–12.
11. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
12. OECD. Health at a glance 2025: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2025, http://dx.doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.