



Demora en la atención a los adultos mayores en cuatro diagnósticos de la lista quirúrgica en hospitales de la CCSS

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
Dra. Ana Lorena Fernández Chacón¹

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. En los últimos años, como resultado del avance científico y médico, el auge de técnicas quirúrgicas y anestésicas más seguras, paralelo a un proceso de envejecimiento de la población y un aumento en la esperanza de vida, cada vez más personas adultas mayores son sometidas a cirugía electiva. Diversos factores asociados a la oferta y la demanda intervienen en el acceso a la atención de la prestación de servicios de salud. El objetivo del estudio es determinar si existe diferencia en el tiempo de demora media por sexo y edad, entre los casos de personas adultas mayores y los de 20 a 64 años, en cuatro diagnósticos de la lista quirúrgica.

METODOLOGÍA. Estudio de tipo transversal de los casos no operados de 25 hospitales y de la Clínica Oftalmológica, con edades de 20 años y más, de ambos sexos, que ingresaron a la lista quirúrgica del 02 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2015, con los diagnósticos de: catarata, coleditiasis, gonartrosis y hernia inguinal. **RESULTADOS.** La demora media en el 40 % de los casos de ambos grupos es de seis meses o menos. Catarata es el diagnóstico con más operaciones en espera y menor demora media. Ambos sexos del grupo de 65 años y más tienen en promedio más días de demora respecto al grupo de 20 a 64 años, a excepción de los casos de gonartrosis. En el grupo adulto mayor, las mujeres con hernia inguinal y coleditiasis tienen en promedio más días de estar en lista que los hombres. Las diferencias por edad y sexo no resultaron estadísticamente significativas. **DISCUSIÓN.** Diferencias metodológicas en la medición de los tiempos y en los criterios de inclusión de los casos limita la comparabilidad de los resultados. La presencia de registros incompletos e inconsistentes, restringe el alcance en la interpretación y el uso de los resultados. La limitación funcional y por dolor, así como la afectación en la calidad de vida, plantean desafíos importantes en la gestión de los casos de personas adultas mayores en lista quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: lista de espera, demora, adulto mayor, catarata, gonartrosis, coleditiasis, hernia inguinal.

INTRODUCCIÓN

La lista de espera de los procedimientos quirúrgicos obedece a un problema multifactorial (Martí, 2002). Está relacionada a diversos condicionantes de la oferta y la demanda de los servicios de salud y a la gestión de los recursos que intervienen en el acceso a la atención. Situación común en los sistemas sanitarios públicos (Rodríguez, Álvarez, & Abad, 2008).

En la agenda de trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social, la lista de espera es un tema medular, y para una gestión efectiva, las autoridades han establecido estrategias centradas en criterios de oportunidad y calidad (CCSS, 2015)

En los últimos años, producto del avance científico y médico y el auge de técnicas quirúrgicas y anestésicas más seguras, un mayor número de personas adultas mayores es sometido a cirugía electiva.

A esto se suma el proceso de envejecimiento de la población, caracterizado por la reducción en la mortalidad, la mejora en las condiciones de salud y el aumento en la esperanza de vida, con lo cual se estima que la proporción de personas con edades avanzadas crezca en el tiempo (Ministerio de Salud, Costa Rica, 2004).

Por otra parte, aunque la edad conlleva una serie de cambios fisiológicos, no contraindica la cirugía; el mayor riesgo que puede existir y que debe ser valorado es el que se asocia a

¹ Msc. Salud Pública. Médica evaluadora



las múltiples comorbilidades presentadas en esta etapa (Nazar J, Zamora H, Fuentes H, & Lema F, 2015)

En ese sentido, la Defensoría de los Habitantes espera de la CCSS una respuesta más oportuna a la población de edad avanzada en lista de espera quirúrgica, dadas las condiciones asociadas a esta etapa (Defensoría de los habitantes, Costa Rica)

El objetivo del presente estudio consiste en determinar si existe diferencia en el tiempo de demora media por sexo y edad, entre los casos de personas adultas mayores y los de 20 a 64 años, en cuatro diagnósticos de la lista quirúrgica de la red hospitalaria de la CCSS.

METODOLOGÍA

El estudio es de tipo transversal y el marco de análisis comprende los casos de personas de 20 años y más sin operar, de ambos sexos, que ingresaron a la lista quirúrgica a partir del 02 de enero de 2009 y hasta el 31 de diciembre de 2015, con diagnósticos de: catarata, colelitiasis, gonartrosis y hernia inguinal.

Los casos corresponden al listado de 25 hospitales y al de la Clínica Oftalmológica². La lista la envía el nivel local en formato Excel a la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS), para fines de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), y a

² **Hospitales nacionales:** Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, México. **Hospitales regionales:** San Rafael de Alajuela, Maximiliano Peralta Jiménez, San Carlos, Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez, Enrique Baltodano Briceño, Tony Facio Castro, Fernando Escalante Pradilla. **Hospitales periféricos 3:** William Allen Taylor, de Guápiles, Carlos Luis Valverde Vega, San Vicente de Paúl, de La Anexión. **Hospitales periféricos 1 y 2:** San Francisco de Asís, Los Chiles, Manuel Mora Valverde, San Vito, Ciudad Neilly, Tomás Casas Casajús, Max Terán Valls. **Hospitales especializados:** Centro Nacional de Rehabilitación, Nacional de Geriátrica y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, de las Mujeres Adolfo Carit Eva.

la Unidad Técnica de Lista de Espera (CCSS, 2009).

La escogencia de los diagnósticos y sus respectivos códigos de la CIE10³, se hizo con base en el volumen de casos. Del listado se obtuvieron las variables: edad, sexo y diagnóstico quirúrgico.

Para la depuración de los datos incompletos o inconsistentes de sexo y edad, se consultó por línea al Tribunal Supremo de Elecciones, mediante el número de identificación, y se completó el código diagnóstico según la CIE10, cuando la descripción diagnóstica era legible.

A la fecha de corte se encontró un total de 122 008 casos en lista de espera quirúrgica, de los cuales 27 667 corresponden a personas de 65 años y más.

De los diagnósticos seleccionados, se escogieron para efectos de este estudio los casos que además contaban con el registro completo de edad y sexo (n= 26 281).

La edad se dividió en dos grupos: adulto de 20 a 64 años (n= 13 074) y adultos mayores de 65 años y más (n= 13 207; constituyen el 48 % de todos los casos de adultos mayores en lista de espera). Este último grupo se subdividió en tres: de 65 a 79 años (n= 9 978), de 80 a 95 años (n= 3 207) y mayores de 95 años (n= 22, de los cuales 06 casos son centenarios).

La distribución por sexo en cada grupo fue la siguiente: adulto: mujeres (n= 7 656) y hombres (n= 5 418) y adulto mayor: mujeres (n= 7 017) y hombres (n= 6 190).

³ Códigos de la CIE 10 incluidos: catarata (H250, H251, H252, H259, H261, H264, H268, H269); colelitiasis (K800, K801, K802, K803, 804, K805, K806, K808); gonartrosis (M170, M171, M172, M173, M174, M175, M179) y hernia inguinal (K400, K401, K402, K403, K404, K409).

Para la elaboración de gráficos y cuadros se utilizó la herramienta Microsoft Excel, y para el análisis estadístico las pruebas T Student y el análisis de varianza, para establecer diferencias entre los grupos y entre los porcentajes de las variables analizadas. Los resultados se compararon con un nivel de significancia del 5%.

El concepto de demora se definió como el tiempo que transcurre desde la fecha que ingresa el caso a la lista de espera (02 de enero de 2009), hasta la fecha de corte (31 de diciembre de 2015). La demora media es el resultado de la suma de los tiempos de demora, entre el total de casos pendientes de cirugía (CCSS, 2013).

Entre las limitaciones del estudio está el que no se pudo obtener el tiempo de espera de los operados, como referente de comparación, debido a inconsistencias en el registro de datos de casos resuelto (CCSS, 2015).

Además, en los casos quirúrgicos analizados, no se contó con los criterios técnicos que definen su inclusión en la lista de espera.

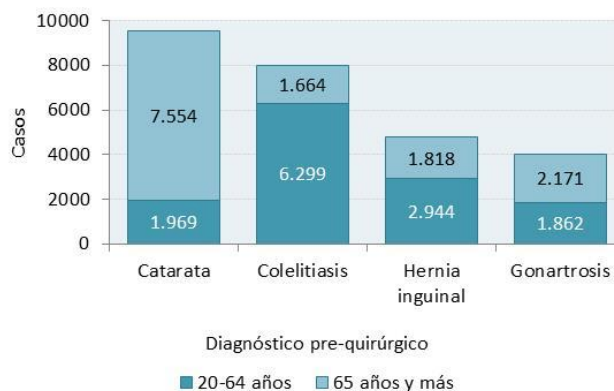
Aunado a lo anterior, los registros incompletos y los datos inconsistentes condicionan el alcance de los resultados para su uso e interpretación.

RESULTADOS

Más de dos terceras partes de los casos de catarata y más de la mitad de gonartrosis pertenecen a adultos mayores, en tanto que en colelitiasis y hernia inguinal, más de dos terceras partes corresponden a personas entre 20 y 64 años (Gráfico 1).

Gráfico 1

CCSS: Distribución de los casos pendientes de cirugía por edad, según diagnóstico prequirúrgico, 2009-2015



Fuente: Unidad Técnica de Lista de Espera, Caja Costarricense de Seguro Social. Lista personalizada quirúrgica 2009-2015.

En el adulto de 20 a 64 años, dos terceras partes de las mujeres presentan colelitiasis y casi la mitad de los hombres hernia inguinal. En el adulto mayor, en ambos sexos, más de la mitad de los casos son cataratas (Cuadro 1).

Las mujeres predominan en los dos grupos: 59 % (adulto) y 53 % (adulto mayor); también predominan por diagnóstico, a excepción de hernia inguinal (Cuadro 1).

Cuadro 1

CCSS. Casos pendientes en lista quirúrgica por grupo de edad y sexo, según diagnóstico prequirúrgico, 2009 -2015

Diagnóstico pre-quirúrgico	Grupo de edad			
	≤ 64 años		≥ 65 años	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Total	7 656	5 418	7 017	6 190
Catarata	1 152	817	4 249	3 305
Gonartrosis	998	864	1 434	737
Colelitiasis	5 097	1 202	1 111	553
H.Inguinal	409	2 535	223	1 595

Fuente: Unidad Técnica de Lista de Espera, Caja Costarricense de Seguro Social. Lista personalizada quirúrgica 2009-2015.

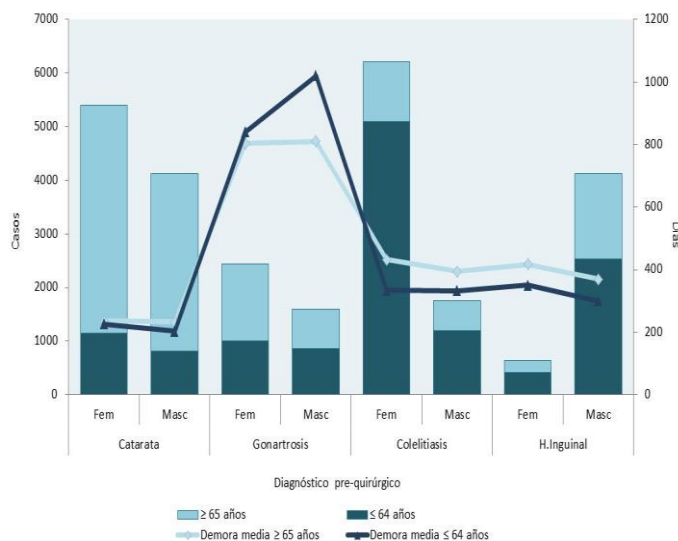
En todos los diagnósticos, a excepción de gonartrosis, ambos sexos del grupo adulto mayor tienen un promedio de más días de permanencia en la lista que los de 20 a 64 años. En hernia inguinal y coleditiasis ese tiempo se amplía a dos meses. Sin embargo, esas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Gráfico 2).

Además, en el grupo adulto mayor, en casos de coleditiasis y hernia inguinal, la mujer tiene en promedio más de un mes de esperar la cirugía que el hombre (Gráfico 2).

En el subgrupo de 80 años y más, la brecha entre ambos sexos se amplía a casi tres meses en coleditiasis y cinco meses en hernia inguinal; sin que las diferencias resultaran estadísticamente significativas.

Gráfico 2

CCSS: Casos en lista de espera, días de demora y demora media por sexo y edad, según diagnóstico prequirúrgico, 2009-2015



Fuente: Unidad Técnica de Lista de Espera, Caja Costarricense de Seguro Social. Lista personalizada quirúrgica 2009-2015.

En gonartrosis, los adultos mayores llevan menos tiempo promedio en lista, con una

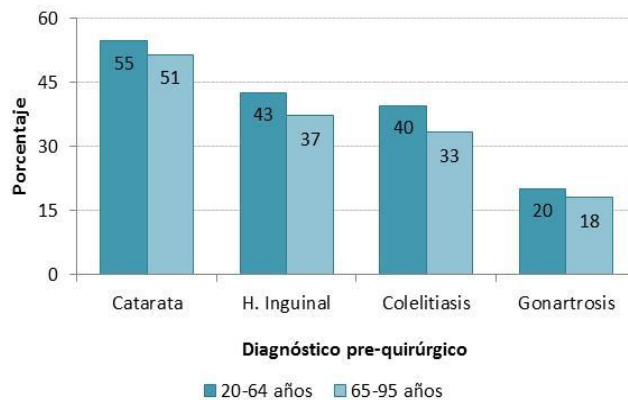
diferencia de cuatro meses respecto al adulto.

Al comparar por sexo ambos grupos, la demora del adulto mayor se reduce siete meses en hombres y un mes en mujeres respecto a la del adulto; pero esas diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 2).

El registro de casos que ingresa a la lista aumenta cada año en los dos grupos y en ambos sexos. Un 40 % de ellos lleva seis meses o menos en promedio esperando por la cirugía y casi una cuarta parte supera en 18 meses la demora (Gráfico 3).

Gráfico 3

CCSS: Porcentaje de casos pendientes en lista con seis meses o menos de demora por diagnóstico prequirúrgico, según grupos de edad, 2009-2015

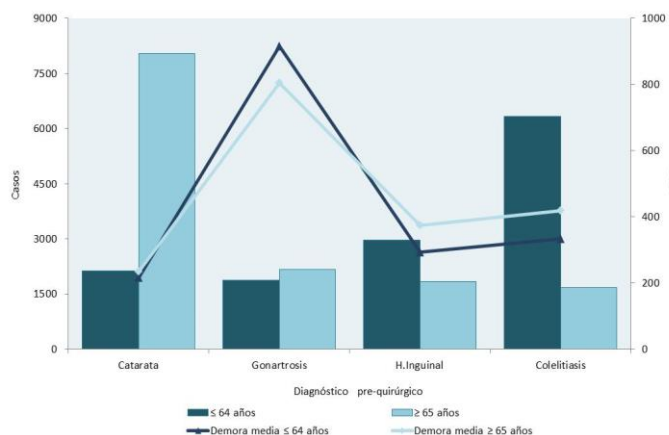


Fuente: Unidad Técnica de Lista de Espera, Caja Costarricense de Seguro Social. Lista personalizada quirúrgica 2009-2015.

Por otra parte, catarata presenta el menor tiempo promedio de demora en ambos grupos y gonartrosis el de mayor duración (Gráfico 4).

Gráfico 4

CCSS: Casos en lista de espera, días de demora por edad y demora media, según diagnóstico prequirúrgico, 2009-2015

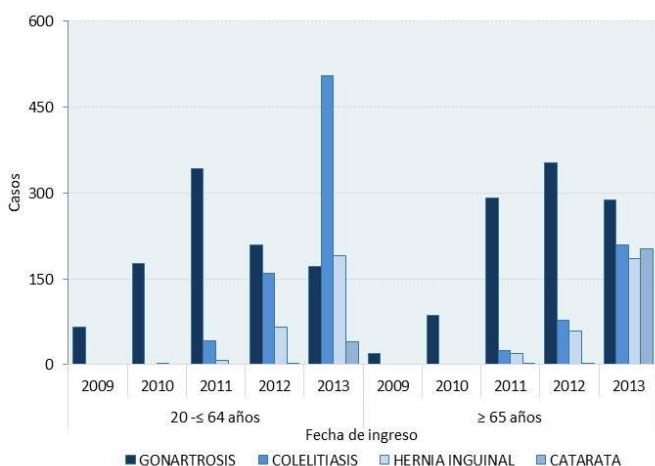


Fuente: Unidad Técnica de Lista de Espera, Caja Costarricense de Seguro Social. Lista personalizada quirúrgica 2009-2015.

Se encontraron 3 793 casos con ingreso a la lista antes del año 2014, lo que alarga el promedio en la demora, sobre todo en gonartrosis (Gráfico 5).

Gráfico 5

CCSS: Distribución de los casos por grupo de edad y diagnóstico prequirúrgico, según año de ingreso a la lista, 2009-2013



Fuente: Unidad Técnica de Lista de Espera, Caja Costarricense de Seguro Social. Lista personalizada quirúrgica 2009-2013.

De los casos rezagados, 1 818 son del grupo adulto mayor, 378 superan los 80 años y más de la mitad son mujeres.

En resumen, la demora en los diagnósticos analizados es de más días promedio en el adulto mayor, a excepción en gonartrosis. Sin embargo, las diferencias por edad y sexo no resultaron estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Divulgaciones escasas de tiempos de espera por sexo y edad y diferencias metodológicas en la medición de los tiempos y en la inclusión de casos en lista, limitaron la comparación de los resultados con otros estudios (Vilverg, Forsbe, Borowitz, & Molin, 2013).

Aunque el grupo adulto mayor presentó más días en promedio de estar en lista, las diferencias no resultaron significativas. Esto presume que los casos son atendidos conforme van ingresando al listado.

Sin embargo, preocupan las proyecciones de crecimiento para los próximos años que tendrá esta población, la cual pasará de 316 mil personas en el 2012, a más de un millón y medio en el 2050 (Instituto Nacional de Estadística y Censos).

Con esta tendencia, la población será más anciana en los años venideros. Se estima que el 23 % de los adultos mayores para el año 2050 tendrán 80 años y más; es decir, aproximadamente 382 177 personas (Instituto Nacional de Estadística y Censos).

Este panorama podría tener implicaciones en la lista de espera quirúrgica, tanto en volumen como en el tiempo de demora, previendo un aumento de los casos en los diagnósticos analizados, sobre todo el de catarata.



Un estudio reciente realizado en el país reportó un 52 % de catarata no tratada en población mayor de 50 años, siendo esta la principal causa de ceguera evitable. Un bajo porcentaje de encuestados refirió no haberse operado por retraso en la programación de la cirugía o por encontrarse en lista de espera (CCSS, 2015).

Por lo anterior, las autoridades tendrán que tomar medidas integrales, dirigidas a brindar una respuesta más oportuna a este grupo poblacional. Al respecto, reviste importancia el reforzamiento de la cirugía ambulatoria y el monitoreo del bloque quirúrgico, que garanticen la oportunidad en el acceso a la cirugía.

De carácter prioritario es la resolución de los casos de gonartrosis o dolor de rodilla, por contar con las demoras de mayor antigüedad. Largos tiempos de espera pueden generar preocupaciones sobre el acceso equitativo y oportuno a la atención. Asimismo, prolongar el dolor y las dificultades de la función física por mayor tiempo, podría repercutir de forma significativa en la calidad de vida (Hodge, 2007).

Ante ese panorama, a nivel institucional se han iniciado algunas acciones en torno a la priorización de los casos quirúrgicos (Defensoría de los habitantes, Costa Rica).

Sin embargo, la gestión efectiva de la lista de espera por parte del nivel local, asociado a un monitoreo permanente de los criterios específicos para incluir los casos al listado, podría impedir que se comprometa la equidad en el acceso a la atención (Curtis, Russell, Stoelwinder, & McNeil, 2010).

La priorización de los casos quirúrgicos entre personas adultas mayores es todo un reto. El proceso de envejecer no es homogéneo, existe

diversidad individual y la calidad de vida es permeada durante todo el proceso del ciclo de vida por factores determinantes como los sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales (OMS, 2002).

Por lo tanto, no existen razones para suponer *a priori* que solo por tener cierta edad la persona pierde su capacidad funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (OMS, 2002).

Además, la edad en sí misma no contraindica la cirugía, sino que son el estado funcional y la presencia de enfermedades coexistentes las que condicionan el riesgo perioperatorio (Barquero & Rich, 2015).

Por lo anterior, cabría considerar dentro del proceso de priorización las necesidades clínicas que originen dolor o afecten el estado funcional y la calidad de vida, así como el riesgo producido por las comorbilidades asociadas a esta etapa (Curtis, Russell, Stoelwinder, & McNeil, 2010).

Recalcar que los problemas atribuibles a la calidad del dato son de relevancia, por la limitación del alcance de los resultados y los efectos negativos en la planificación de acciones para la mejora en la prestación de servicios de salud.

En conclusión, los resultados de este estudio plantean desafíos para las autoridades de la CCSS y los gestores locales, ante el aumento de casos quirúrgicos que se tendrán a futuro, asociados al crecimiento de la población adulta mayor.

En este proceso, se considera fundamental el rediseño de estrategias centradas en criterios de oportunidad y calidad, mediante una planificación articulada en red, visualizando los



diferentes factores causales que intervienen en la lista de espera (CCSS, 2015).

También se requiere continuar con el fortalecimiento del proceso de depuración del listado para mejorar la calidad del registro y disponer de datos reales (CCSS, 2015).

Además, en la planificación y gestión de los tiempos de espera estandarizados, podría considerarse la importancia de conocer la percepción de las personas adultas mayores sobre la demora quirúrgica (Conner-Spady, Sanmugasunderam, Courtright, Mildon, McGurran, & Noseworthy, 2005).

Ante esta perspectiva, la medición de los tiempos de demora segregados para el grupo poblacional de 65 años y más, cobra relevancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Barquero, G. A., & Rich, M. W. (2015). *Perioperative care in older adults*. *J Geriatric Cardiol* 12(5), 465–469.
- CCSS. (2015). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud*. San José, CR: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- CCSS. (2009). *Guía para la gestión, conteo, verificación y certificación de listas de espera*. San José, CR: CCSS.
- CCSS. (2013). *Ficha Técnica 1-09-A Lista de Espera. Especialidades quirúrgicas. Determinación del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas*. San José, CR: CCSS.
- CCSS. (2015). *Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos*. San José: Unidad Técnica de Listas de Espera.
- CCSS. (2015, Resumen ejecutivo). *Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable (ERCE)*. San José, CR: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- CCSS. (s.f.). *Plan estratégico institucional 2015-2018*. San José, CR: CCSS.
- Conner-Spady, B. L., Sanmugasunderam, S., Courtright, P., Mildon, D., McGurran, J. J., & Noseworthy, T. W. (2005). *Patient and physician perspectives of maximum acceptable waiting times for cataract surgery*. *Can J Ophthalmol*, 40 (4), 439-447.
- Curtis, A. J., Russell, C. O., Stoelwinder, J. U., & McNeil, J. J. (2010). *Waiting lists and elective surgery: ordering the queue*. *Med J Aust*, 2010; 192: 217–220.
- Defensoría de los habitantes. Costa Rica. (s.f.). *Informe anual de labores 2013-2014, pag.152-154*. Recuperado de: http://www.dhr.go.cr/la_defensoria/informes/labores/documentos/if2013_14.pdf.
- Hodge, W. H. (2007). *The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review*. *CMAJ*, 176(9), 1285–1290
- INEC. (s.f.). *Costa Rica. Proyecciones nacionales. Población total por años calendario, según sexo y grupos quinquenales de edades. 2011- 2050*. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>.
- Martí, J. (2002). *La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales*. *Gaceta Sanitaria*, 16 (5),440-443.
- Ministerio de Salud, Costa Rica. (2004). *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf>
- Nazar J, C., Zamora H, M., Fuentes H, R., & Lema F, G. (2015). *Paciente adulto mayor y cirugía no cardíaca: ¿Qué debemos saber?* *Rev Chil Cir*, 67(3), 309-317.
- OMS. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Recuperado de: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Rodríguez, E., Álvarez, B., & Abad, P. (2008). *Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones*. *Cad Saúde Pública*, 24(3), 702-707.
- Vilverg, N., Forsbe, B. C., Borowitz, M., & Molin, R. (2013). *International comparisons of waiting times in health care –Limitations and prospects*. *Health Policy*,112(1-2), 53-61.