

# Medición de los tiempos de espera en 5 diagnósticos de la lista personalizada quirúrgica, en la red hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Ana Lorena Fernández Chacón

## Resumen

La medición del tiempo de espera es un elemento importante para una gestión eficiente de la lista personalizada quirúrgica.

El estudio tiene como objetivo determinar los tiempos de espera y su relación con: edad, sexo, estado de la cita y tipo de hospital de procedencia, en los 5 diagnósticos seleccionados de la lista quirúrgica de la red hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La demora es mayor conforme aumenta la edad de las personas no operadas, con diagnósticos de colelitiasis, gonartrosis y hernia umbilical.

El tiempo promedio de espera en los operados fue menor respecto a los que tienen pendiente la cirugía.

Los hombres con gonartrosis, hernia umbilical y hernia inguinal esperan en promedio más tiempo que las mujeres. Por el contrario, las mujeres con colelitiasis esperan más que los hombres.

Los resultados plantean la importancia de la gestión de la lista de espera con la verificación de los datos y priorización de los casos, así como el dar un uso más eficiente a las salas de operaciones e impulsar la modalidad de Cirugía Ambulatoria.

El hallazgo de inconsistencias de datos y registros incompletos, limitan el alcance de los resultados y obliga a tener cautela en su uso e interpretación.

Descriptor: lista de espera, demora, espera, gonartrosis, colelitiasis, esterilización femenina, hernia inguinal, hernia umbilical.

Médica Evaluadora.  
DCSS. CCSS  
✉ [lfernach@ccss.sa.cr](mailto:lfernach@ccss.sa.cr)

---

## Introducción

---

La accesibilidad a los servicios de salud, es un elemento clave para evaluar la disponibilidad de los recursos y atenciones y estimular su desarrollo en forma equitativa.

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la atención está centrada en la persona, sin embargo; diversos factores de la demanda y la oferta, intervienen y afectan positiva o negativamente el acceso.

En el proceso complejo y multifactorial establecido entre la demanda y la oferta, la brecha producida a partir de la gestión de los recursos disponibles, se traduce en la lista de personas que deben esperar un determinado tiempo para recibir la atención; situación común en los sistemas sanitarios públicos<sup>1</sup>.

La lista personalizada quirúrgica, comúnmente llamada lista de espera, ubica entre los 10 primeros lugares los siguientes diagnósticos: colelitiasis, esterilización femenina, hernias tanto inguinal como umbilical y gonartrosis.

Diversos factores presionan una mayor demanda del uso de los servicios de salud, entre ellos: el envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades crónicas, la innovación tecnológica, una mayor preocupación por la calidad de vida y mayor acceso a los servicios. El auge de técnicas quirúrgicas más seguras, también favorece el que estos diagnósticos continúen en aumento<sup>2</sup>.

El objetivo del estudio es determinar los tiempos de espera y su relación con edad, sexo, estado de la cita y procedencia, de los 5 diagnósticos frecuentes de la lista quirúrgica en la red hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social.

---

## Metodología

---

El marco de análisis lo constituye el total de personas de ambos sexos de la lista quirúrgica, con alguno de los siguientes diagnósticos: colelitiasis, esterilización femenina, hernia Inguinal, hernia umbilical y gonartrosis. El periodo de análisis comprende desde el 2 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014, fecha de corte establecida.

La elección de los diagnósticos se basó en los criterios de volumen y demora. La gonartrosis por mostrar la mayor demora media y el resto por presentar un mayor volumen de cirugías pendientes.

Para cada diagnóstico se incluyeron los siguientes códigos de la CIE10: Colelitiasis (K800, K801, K802, K803, 804, K805, K808); Hernia inguinal (K400, K401, K402, K403, K404, K409); Esterilización femenina (Z302); Hernia umbilical (K420, K421, K429) y Gonartrosis (M170, M171, M172, M173, M174, M175, M179).

La fuente de datos es la lista personalizada del centro hospitalario con actividad quirúrgica, la cual se confecciona en la herramienta Excel, diseñada por la UTLE <sup>3</sup>.

Se utilizó la base construida a partir de los listados de 25 hospitales, 23 generales y 2 especializados. Los casos pendientes de operación no se incluyeron en los hospitales Monseñor Sanabria y Los Chiles, por no contar con la información en ese momento.

El hallazgo de inconsistencias y registros incompletos, limitan el alcance de los resultados y obliga a tener cautela en su uso e interpretación.

En total se revisaron 74.555 registros de los cuales el 12.3% presentaron inconsistencias: repetición de registros similares, casos en espera y con registro de operación realizada, contradicciones entre la fecha de ingreso a la lista y la fecha de operación, entre otros. Por razones de oportunidad, también se excluyeron 11.202 registros del análisis, porque requerían de una validación previa por el nivel local.

---

\* Hospitales nacionales: Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, México.

Hospitales regionales: San Rafael de Alajuela, Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, San Carlos, Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez, Dr. Enrique Baltodano Briceño, Dr. Tony Facio Castro, Dr. Fernando Escalante Pradilla

Hospitales periféricos 3: Dr. William Allen Taylor, Guápiles, Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Vicente de Paul, De la Anexión.

Hospitales periféricos 1 y 2: San Francisco de Asís, Los Chiles, Upala, Manuel Mora Valverde, Dr. Tomás Casas Casajús, San Vito, Ciudad Neilly, Dr. Max Terán Valls,

Hospitales especializados: Centro Nacional de Rehabilitación y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva

Las variables exploradas según diagnóstico son: sexo, edad, estado (resuelto o pendiente de cirugía) y procedencia por tipo de hospital.

Para fines de organización de los resultados, primero se describen las características de la lista en su conjunto y luego se presenta la información específica por diagnóstico; en el caso de las hernias, ambas están incluidas en el análisis.

El cálculo del tiempo de demora es la diferencia entre la fecha de corte y la fecha de ingreso a la lista y el de espera, la diferencia entre la fecha de la intervención y la fecha de ingreso a la lista <sup>4</sup>.

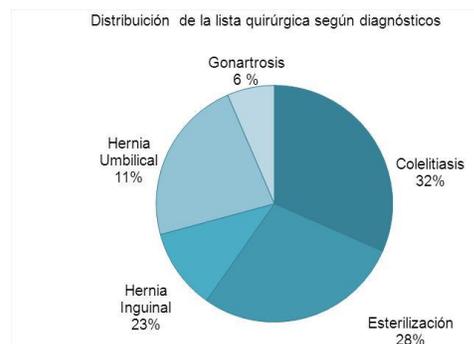
La población de estudio varía en número, en cada variable de análisis, producto de los registros incompletos. Para el análisis estadístico y la elaboración de gráficos y cuadros, se utilizó el Program for the Social Sciences® versión 17.0 (SPSS/ PC) y Microsoft Excel.

---

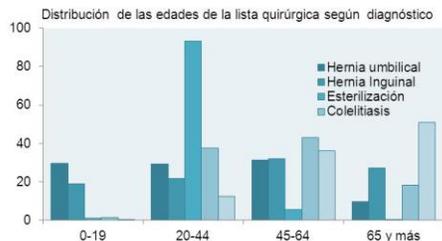
## Resultados

---

El 14% del total de la lista quirúrgica de la red hospitalaria de la CCSS, que corresponde a 65.353 personas, ingresan con diagnósticos de: colelitiasis, esterilización femenina, hernia inguinal, hernia umbilical y gonartrosis, entre el 2 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.



De los 55.826 registros con la variable sexo, el 64% son mujeres y 36% hombres. La edad se registró en 55.263 casos, con un promedio de 42 años.



El 67% de las personas fueron operadas durante ese período y 25.047 continúan en espera de la cirugía.

Al analizar por tramos de tiempo de espera la distribución de los casos no operados, un 32% se ubica en el de menos de 6 meses y un 30% en el de más de 1 año y medio.

La lista quirúrgica registró 40.306 personas intervenidas; sin embargo solo el 81% tenía anotada la fecha de la operación y corresponden a 32.655 personas. De este total, el 53% esperó menos de 6 meses hasta la operación.

Operados	Total	0 - 6	> 6 - ≤ 12	>12 a ≤ 18	> 18
SI	32.655	53	16	10	21
NO	25.047	33	23	14	29

Del total de la lista, el 29% son de hospitales nacionales, 36% de regionales, 23% de periférico 3, 9% de periférico 1y2 y 4% de especializados.

El 43% de las cirugías pendientes corresponden al conjunto de hospitales nacionales, con una demora media, dos veces mayor al tiempo de espera de los operados. Por el contrario, en los periféricos 3, los no operados han esperado en promedio 107 días menos, respecto a los operados.

Tipo hospital	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Nacional	555,6	10.819	460,1	249,3	5.722	302,3
Especializado	164,7	272	198,3	258,6	1.907	189,9
Regional	343,8	8.331	280,6	323,4	12.471	328,3
Periférico3	340,1	4.873	303,0	446,8	8.241	414,5
Periférico 1y2	137,8	752	112,3	71,0	4.314	73,4
Total	426,4	25.047	387,9	304,4	32.655	341,2

A continuación se detallan los resultados por cada uno de los diagnósticos.

En la **colecistitis**, la edad media es de 48,6 años, con un predominio de mujeres. Del total de 20.640 personas ingresadas con este diagnóstico, a la fecha de corte el 40% aún no se habían operado, de las cuales 1.562 son personas adultas mayores.

El tiempo promedio de espera es de 362 días. La espera fue menor en los operados respecto a los no operados, estos últimos; no muestran diferencia por sexo. En los operados, la espera fue mayor en las mujeres que en los hombres.

Sexo	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Mujeres	387,5	4.779	337,9	312,8	4.620	351,4
Hombres	386,6	2.068	292,7	243,4	2.937	263,3
Todos	395,9	8.188	330,1	333,9	9.891	355,5

En los no operados, el tiempo promedio de espera aumenta con la edad y por lo tanto; las personas adultas mayores son las que más esperan para la cirugía.

Edad	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
0-19	266,7	106	213,1	161,8	211	222,5
20-44	343,1	2.776	301,2	288,3	4.011	328,0
45-64	412,0	3.509	336,8	355,5	3.632	368,6
≥ 65	466,6	1.562	364,1	345,1	1.409	381,1

La espera en el 49% de los operados y en el 32% de los pendientes de cirugía, es de seis meses o menos.

Operados	Total	0 - 6	> 6 - ≤ 12	>12 a ≤ 18	> 18
Si	9.891	49%	17%	11%	23%
No	8.188	32%	25%	16%	27%

Los hospitales nacionales concentran el 47% del total de las colecistitis no operadas. La demora media en los no operados fue mayor que en los intervenidos, en todos los tipos de hospital, a excepción de los regionales y periféricos 3. En los nacionales, llama la atención, que la diferencia en la demora, es de más de 5 meses.

Tipo hospital	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Nacional	441,5	3.885	344,2	283,5	2.503	315,2
Especializado	94,1	19	100,8	49,6	122	50,3
Regional	351,1	2.324	303,1	380,2	3.712	356,2
Periférico3	386,9	1.769	325,7	481,5	2.291	393,0
Periférico 1y2	125,3	191	102,9	57,5	1.263	68,2

El 65% de las colecistitis no operadas, se ubican por orden de frecuencia según la mayor demora en los siguientes 5 hospitales: San Juan de Dios, San Vicente de Paul, San Rafael, Escalante Pradilla y Calderón Guardia.

En el diagnóstico de **gonartrosis**, el 56% son mujeres y el 44% hombres. En la mitad de los casos,

la edad supera los 50 años, con un promedio de 61 años. Es el diagnóstico con mayor demora, con una media de 796 días. El 83% del total de 4.230 personas en lista, no se han operado, de las cuales el 50% son personas adultas mayores.

El promedio de espera en las personas operadas fue 2.5 veces menos respecto a los pendientes de cirugía. Al comparar el tiempo de espera por sexo, las mujeres sin operar esperan menos que los hombres. No se presentan diferencias con el sexo, entre los operados.

Sexo	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Mujeres	832,9	1936	520,9	353,2	303	435,4
Hombres	939,3	1543	530,1	345,6	218	448,1
Todos	872,1	3519	530,2	354,0	600	428,8

En relación a la edad, la demora se amplía conforme aumenta la edad. Llama la atención el 13% de operados con edades de 20 a 44 años y una demora media de 1.167 días.

Edad	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
0-19	363,6	15	456,3	66,8	12	62,0
20-44	1167,4	436	506,2	244,9	93	333,1
45-64	813,3	1.287	531,9	353,0	221	407,8
≥ 65	847,6	1.766	509,9	404,5	274	470,7

Sólo el 17% del total de gonartrosis se operó, y la espera en más de la mitad, fue de menos de 6 meses. En los no operados, la demora en más de mitad ha sobrepasado los 18 meses y solo el 13% llevan esperando menos de 6 meses.

Distribución según los meses de espera					
Operados	Total	0 - 6	> 6 - ≤ 12	>12 a ≤ 18	> 18
Si	600	56%	12%	9%	24%
No	3.519	13%	12%	7%	68%

Los hospitales nacionales concentran el 87% del total de gonartrosis no operadas. Se observa una diferencia de 9 meses de más, en la demora media de los no operados, respecto a los operados, pasando de una media de 1 año y 8 meses a 2 años y 5 meses.

Tipo hospital	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Nacional	935.3	3,070	515.9	651.5	213	515.1
Especializado	205.1	55	194.3	83.6	168	82.1
Regional	558.2	312	429.5	354.8	66	315.0
Periférico3	135.1	70	164.0	317.2	103	324.4
Periférico 1y2	210.1	12	121.4	70.3	50	72.7

Los siguientes 5 hospitales presentan la mayor demora media de gonartrosis no operadas, según orden de frecuencia: Calderón Guardia, México, San Juan de Dios, San Rafael y Escalante Pradilla.

De las 18.404 mujeres con diagnóstico de **esterilización**, el 70% fueron operadas y 30% esperan la cirugía. La edad media es de 31 años. Es el diagnóstico con la menor demora media. No hay diferencia en el promedio de días, entre operadas y las que tienen cirugía pendiente.

No operados			Operados			Total		
Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
281,4	5.496	229,3	276,8	10.625	345,9	278,3	16.121	311,1

El 2% de las mujeres operadas en edades de 45 a 64 años, esperaron en promedio más tiempo para la cirugía.

Edad	No operadas			Operadas		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
0-19	220,3	71	171,8	160,7	141	233,3
20-44	262,9	5.066	215,1	269,8	9.916	343,6
45-64	347,2	95	249,2	394,7	315	454,2
≥ 65	286,8	5	180,1	274,7	21	402,3

En más de la mitad de las mujeres operadas, la espera fue de menos de 6 meses y un 43% en las no operadas.

Distribución según los meses de espera					
Operadas	Total	0 - 6	> 6 - ≤ 12	>12 a ≤ 18	> 18
Si	10,625	60%	13%	7%	20%
No	5,496	44%	27%	14%	15%

Del total de mujeres no intervenidas, más de la mitad se concentra en hospitales regionales y una cuarta parte en periféricos. En los nacionales, el promedio de demora de las mujeres no operadas es 4 meses más que las intervenidas, contrario en el periférico 3, es seis meses menos que las operadas.

El 45% de los casos de mujeres no operadas se concentra en los siguientes hospitales, los cuales presentan el promedio de demora más prolongado, Tony Facio, San Rafael, Escalante Padilla, México y Enrique Baltodano.

Tipo hospital	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Nacional	212.2	996	163.1	98.7	1,513	73.8
Especializado	165.3	168	216.1	308.7	1,516	178.7
Regional	352.7	2,934	237.5	259.6	2,990	335.3
Periférico3	205.3	1,067	219.4	473.4	3,013	460.0
Periférico 1y2	161.3	331	122.0	75.7	1,593	78.7

Con respecto al diagnóstico de **hernias**, existe un total de 22.076, de las cuales el 33% son umbilicales y el 67% inguinales. En los dos tipos de hernias, el 64% fue operado y el 36% esperan cirugía. El porcentaje de mujeres con hernia umbilical es 40% e inguinal 19%. El promedio de edad es de 35 años en hernia umbilical y 45 años en la inguinal.

Entre 5 y 9 años se presenta el mayor porcentaje de hernia umbilical y entre 50 y 59 años el de la inguinal. Las personas adultas mayores sin operarse son un 31% con hernia inguinal y un 12% con hernia umbilical.

El tiempo promedio de espera en la hernia inguinal y umbilical es de 323 y 330 días respectivamente. En ambas hernias; los operados esperaron en promedio menos tiempo que los no operados. Los hombres esperaron más tiempo que las mujeres. Por el contrario; entre los no operados, la demora fue mayor en las mujeres.

Tipo de hernia	Sexo	No operados			Operados		
		Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Inguinal	Mujeres	368,2	643	336,2	222,7	1.116	238,2
	Hombres	361,3	3.382	305,8	260,2	4.149	278,8
	Todos	367,0	5.269	311,2	293,1	7.726	315,4
Umbilical	Mujeres	340,8	772	311,6	260,7	1.150	277,9
	Hombres	322,8	1.192	276,0	284,3	1.634	284,7
	Todos	345,6	2.575	299,0	320,2	3.813	316,9

En todos los grupos de edad la espera media de los operados por hernia umbilical, supera a los operados por hernia inguinal. En el caso de las personas adultas mayores operadas, hubo una diferencia de 97 días de más en promedio, entre hernia umbilical e inguinal.

La diferencia del tiempo promedio de espera fue mínima, entre los grupos de edad de los no operados por hernia inguinal y umbilical.

Además se observó en los portadores de hernia umbilical, que el promedio del tiempo de espera se prolonga, conforme aumenta la edad. Este patrón no se observa en la hernia inguinal.

Tipo de hernia	Edad	No operados			Operados		
		Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Inguinal	0-19	192,4	380	214,2	133,1	2.082	179,2
	20-44	344,5	1.241	297,8	329,8	1.597	329,3
	45-64	371,6	1.946	301,7	330,1	1.959	336,1
	≥ 65	422,6	1.576	338,7	317,6	1.545	318,8
Umbilical	0-19	198,8	345	193,0	185,7	1.432	204,0
	20-44	328,5	904	273,2	371,0	937	334,2
	45-64	383,6	977	311,0	388,3	851	360,0
	≥ 65	432,4	305	365,2	414,8	236	392,0

De los operados de hernia inguinal y umbilical, aproximadamente la mitad esperaron en promedio menos de 6 meses y de los no operados, una tercera parte.

Tipo de hernia	Operados	Distribución según los meses de espera				
		Total	0 - 6	> 6 - ≤ 12	>12 a ≤ 18	> 18
Inguinal	Si	7.726	51%	20%	11%	19%
	No	5.269	35%	25%	15%	25%
Umbilical	Si	3.813	48%	18%	11%	22%
	No	2.575	38%	25%	14%	23%

El 60% de hernias inguinales no operadas se concentran en los hospitales regionales y periférico3. La espera es mayor respecto a los intervenidos, en todos los tipos de hospital a excepción del Periférico 3. En los nacionales la diferencia entre ambos es de 5 meses.

El 52% de los no operados por hernia inguinal se agrupan en los siguientes 5 hospitales, los cuales presentan por orden de frecuencia el promedio de demora más prolongado: San Juan de Dios, San Vicente de Paul, Escalante Pradilla, San Rafael y Calderón Guardia

Tipo hospital	Hernia Inguinal					
	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Nacional	440.6	1,962	341.00	281.1	1,110	298.9
Especializado	127.9	27	120.60	52.1	85	54.2
Regional	310.2	1,741	276.99	303.6	3,508	300.1
Periférico3	359.5	1,425	292.92	369.7	2,245	360.4
Periférico 1y2	118.0	114	100.62	67.9	778	69.5

En los no operados por hernia umbilical, el periférico 3 presenta la mayor espera promedio. Llama la atención los nacionales, con un 35% de hernias umbilicales sin operar, con una demora media mayor de 1 año.

La mitad de las hernias umbilicales no operadas, con el promedio de demora más prolongado se concentra según orden de frecuencia, en los siguientes 5 hospitales: San Vicente de Paul, San Juan de Dios, Escalante Pradilla, San Rafael y Guápiles.

Tipo hospital	Hernia Umbilical					
	No operados			Operados		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
Nacional	384	906	324	305.3	383	310.4
Especializado	173	3	126	42.3	16	30.9
Regional	293	1,020	256	344.8	2,195	292.9
Periférico <sup>3</sup>	428	542	314	492.0	589	414.9
Periférico 1y2	100	104	87	89.9	630	68.6

Al analizar las demoras prolongadas al corte establecido, se encontró que del total de los no operados, el 19% ingresaron a la lista antes del año 2013

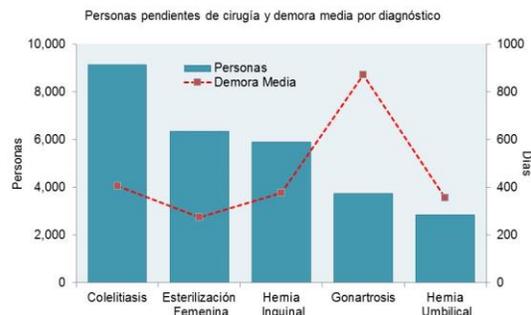
Estos casos extremos influyen en forma sensible el cálculo de la demora media, por lo tanto; requieren de la revisión por parte de los gestores locales para determinar si fueron resueltos, o son reflejo de un problema de registro.

Distribución de los casos pendientes, por diagnóstico y año de ingreso a la lista quirúrgica					
Diagnóstico	2010	2011	2012	2013	2014
Gonartrosis	580	818	694	561	866
Colelitiasis	30	318	983	2.192	4.665
H. Inguinal	17	143	581	1.357	3.171
H.Umbilical	7	51	259	640	1.618
Esterilización	-	2	276	1.356	3.862

De los 4.759 casos extremos, el 68% se concentran en los hospitales nacionales y de ellos más de la mitad provienen del hospital San Juan de Dios. Un 10% corresponden al hospital San Rafael de Alajuela.

La demanda que acude en forma directa al San Juan de Dios, por no tener eslabones intermedios en la red, podría explicar en parte el tener en espera un 32% de los pendientes de operación.

En resumen, la colelitiasis es el diagnóstico con más operaciones en espera y una media de 362 días; por el contrario, la gonartrosis con dos veces menos la cantidad de casos que la colelitiasis, duplica el tiempo de espera. La esterilización presenta la menor demora media de 9 meses, seguida de la hernia umbilical (11 meses) e inguinal (1 año).



Los hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Vicente de Paul, San Rafael y Escalante Pradilla presentan las mayores demoras medias y concentran el 56% del total de casos no operados.

## Discusión

La limitación en el alcance de los resultados a partir de las inconsistencias encontradas y los problemas de la calidad del dato, no se pueden dejar de obviar. Por el contrario; dicha situación, viene a restringir las acciones tendientes a la planificación de la prestación de servicios de salud.

La importancia del análisis de los diagnósticos seleccionados, se refuerza con el hecho de que una parte de los códigos de la CIE 10 que los conforman, están entre los primeros lugares del egreso hospitalario con procedimiento quirúrgico, en los últimos 5 años.

Publicaciones de resultados de tiempos de demora por diagnóstico son escasos, debido a que el tema de lista de espera es muy sensible a la opinión pública. Además, el uso de metodologías diferentes para el cálculo de medición y gestión de las listas, impide la comparación de los resultados.

El comportamiento de los 5 diagnósticos quirúrgicos analizados, no es homogéneo entre hospitales de un mismo tipo. Las diferencias encontradas entre ellos, tanto en volumen como en demora, con una tendencia al incremento en el tiempo de espera quirúrgica, en la mayoría de los centros; requiere una mayor profundización en el análisis, para determinar las causas que lo genera.

Algunos elementos puntuales que podrían estar influyendo en el aumento de la demora media, son los problemas relacionados a la remodelación de las salas de operaciones de varios centros hospitalarios en los últimos años, las debilidades en la gestión de las listas, el retraso de la programación de las cirugías, por casos que ameritan operarse con ingreso por la vía de Urgencias; así como la

movilidad permanente del recurso humano especializado en los hospitales periféricos.

En el caso de la gonartrosis, enfermedad articular discapacitante está relacionada directamente con la edad, frecuente en la persona adulta mayor y rara antes de los 30 años. Se considera que puede llegar a afectar el 85 % de las personas mayores de 65 años. Es ligeramente más frecuente en el varón, hasta los 55 años y a partir de esta edad, es más prevalente entre las mujeres<sup>5</sup>.

Llama la atención la presencia de personas jóvenes con gonartrosis en la lista. Situación para ser analizada por los niveles locales, verificando si es un problema de codificación del diagnóstico o una particularidad en los casos registrados.

Sin embargo, las personas con gonartrosis con frecuencia son remitidas para tratamiento quirúrgico, sin haber completado las alternativas conservadoras de atención. Lo anterior, lleva a reflexionar si la guía de atención de este diagnóstico está sistematizada a nivel institucional y si su aplicación se realiza en los diferentes niveles de atención<sup>5</sup>.

El que la demora se prolongue en personas de edad avanzada, motiva a los pacientes desistir de operarse, porque se enteran que la cirugía no siempre da resultados óptimos, o aparecen nuevas patologías que se convierten en prioritarias; lo que lleva a considerar según Salom, M., Aroca et al:

“La demora quirúrgica en los pacientes con gonartrosis puede evitar algunos casos de cirugía innecesaria. Sin embargo, la demora quirúrgica puede convertirse en una contraindicación por la aparición de otro tipo de patología en el tiempo de espera, ya que un año de demora es demasiado tiempo para un paciente senil y en un 10% de ellos el estado general se deteriora lo suficiente como para no poder ser intervenidos nunca”.

En ese sentido, el desafío de los prestadores de servicios de salud, es afrontar el reto que traerá consigo el envejecimiento poblacional. Según las proyecciones del INEC: “el segmento poblacional que más crecerá corresponderá a los adultos mayores. El tamaño de esta población se triplicará en los próximos 40 años, pasando de 316 mil personas en el 2012 a más de 1 millón en el 2050”<sup>6</sup>.

Por lo tanto, las estrategias planteadas a nivel institucional deben estar dirigidas a brindar una respuesta más oportuna a este grupo de edad, ya que una mayor demanda quirúrgica sin aumento de producción; ya sea por desajustes entre recursos

materiales, humanos, gestión y nivel de eficiencia, se traduce en un crecimiento de la lista de espera.

El 21% de personas sin operarse con los diagnósticos analizados, tienen edades mayores de 65 años.

La asociación encontrada en que a mayor edad aumente la demora en los no operados y que el tiempo promedio de espera en los operados sea menor en los hombres jóvenes que en las mujeres, refuerza la necesidad imperiosa de tomar medidas correctivas que mejoren la oportunidad de la atención de las personas adultas mayores.

Que el 19% de personas ingresadas a la lista quirúrgica antes del 2013 permanecen sin operarse a la fecha de corte, evidencia debilidades en la gestión de esa lista y la inexistencia de un sistema de priorización. Lo anterior, aumenta la demora media y genera una mayor insatisfacción en las personas usuarias del servicio.

Además, dado el carácter dinámico de la lista personalizada, es fundamental el proceso de monitoreo del bloque quirúrgico, mediante una gestión permanente para ajustar con oportunidad los hallazgos encontrados.

---

## Consideraciones finales

---

- Los cinco diagnósticos analizados tienen un manejo quirúrgico ambulatorio dependiendo de las condiciones de los pacientes y del cumplimiento de los requisitos establecidos. Sin duda, los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento del Programa de Cirugía Ambulatoria, podrían impactar reduciendo las listas y aumentando la eficiencia de los servicios quirúrgicos hospitalarios<sup>7</sup>.
- El resultado de la lista quirúrgica obedece a un problema multifactorial<sup>8</sup>. La integralidad en su manejo, considera no solo el adicionar recursos para fortalecer la oferta, sino el de establecer estrategias derivadas de los análisis realizados para disminuir la variabilidad clínica y aumentar la capacidad de los quirófanos con los recursos disponibles<sup>9</sup>.
- Los resultados de este estudio plantea retos a los gestores locales, para mantener la verificación de la lista quirúrgica personalizada, reduciendo inconsistencias y duplicidades en los registros. Esto facilitaría una mejor planificación de la prestación de los servicios de salud en la

que se articulen todos los niveles de la red, para dar un uso más eficiente a los recursos disponibles.

- Aunado a lo anterior; el implementar un proceso de priorización en las personas de la lista quirúrgica, podría facilitar una gestión más eficiente en el caso de los adultos mayores, tomando en cuenta el crecimiento esperado de esta población, en los próximos años<sup>1</sup>.
- La derivación de las personas con demoras prolongadas a otros centros de la red, candidatos a cirugía ambulatoria, podría considerarse como una alternativa de respuesta a la problemática de esa población.
- La presencia de guías para la atención de estos diagnósticos en los tres niveles; principalmente en el caso de la gonartrosis, podría ser una alternativa para disminuir la variabilidad clínica y facilitar la gestión de la lista de espera<sup>5</sup>.
- Un análisis exhaustivo de los factores condicionantes de la lista personalizada quirúrgica en hospitales con mayor demora media, es relevante realizarlo para establecer estrategias integrales de solución.

---

## Referencias

---

1. Rodríguez, E., Álvarez, B., & Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. Obtenido de SCIELO: C:\Documents and Settings\lfernach\Escritorio\Lista de espera 2014\Cadernos de Saúde Pública - Rationing through waiting lists measuring improvement and possible implications.mht
2. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. (2011). Diagnóstico de situación de las listas de espera de Osakidetza y plan de mejora. Obtenido de Osakidetza: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckbugo03/es/contenidos/informacion/buen\\_gob\\_politica/es\\_politica/adjuntos/informe%20listas%20espera.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckbugo03/es/contenidos/informacion/buen_gob_politica/es_politica/adjuntos/informe%20listas%20espera.pdf)
3. CCSS-UTLE. (2009). Guía para la gestión, conteo, verificación y certificación de listas de espera. Caja Costarricense de Seguro Social, Unidad Técnica de Listas de Espera.
4. CCSS, DCSS. (2013). Ficha Técnica 1-09-A Lista de Espera. Especialidades quirúrgicas. Determinación del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas. Obtenido de Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud: [http://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc\\_Acceso\\_H/Lista%20de%20Espera.%20Especialidades%20quirurgicas.%20De](http://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Acceso_H/Lista%20de%20Espera.%20Especialidades%20quirurgicas.%20De)

terminación%20del%20tiempo%20de%20espera%20para%20intervenciones%20quirurgicas.pdf

5. Salom, M., Aroca, J. E., Torró, V., & López-Quiles, D. (1998). Efecto de la demora quirúrgica sobre los pacientes con gonartrosis. Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-efecto-demora-quirurgica-sobre-los-13007049>
6. INEC. (2013). Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950 -2050 . Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censo: [http://www.inec.go.cr/A/MI/Publicaciones/Publicaciones%20Especiales/Publicaciones/01.%20Estimaciones%20y%20Proyecciones%20de%20Población%20\(1950%20-%202050\).pdf](http://www.inec.go.cr/A/MI/Publicaciones/Publicaciones%20Especiales/Publicaciones/01.%20Estimaciones%20y%20Proyecciones%20de%20Población%20(1950%20-%202050).pdf)
7. Viterbo, A., Bravo, M., Millán, F., & Tapia, J. (2015). Cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Santiago Oriente. Experiencia de tres años. Obtenido de Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2012; 7(3): 137-147: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/658>
8. Martí, J. (2002). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. Obtenido de SCIELO: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000500011&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000500011&script=sci_arttext)
9. CCSS, Auditoría Interna. (18 de Mayo de 2015). Consideraciones emitidas por los expositores en la Jornada de Reflexión sobre el Fortalecimiento de la Seguridad Social desde la Perspectiva de la Fiscalización y el Control. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Obtenido de Caja Costarricense de Seguro Social.

---

## Bibliografía

---

1. Instituto Nacional de la Salud . (1998). Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. Obtenido de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Gobierno de España: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/listaEsp.pdf>
2. Madrid, A. f. (2015). Lista de espera quirúrgica en la Comunidad de Madrid.
3. Ramírez Ogalla, I., Moreno Martín, A., Santana Pineda, M., & Rodríguez Huertas, F. (2014). Eficacia de la radiofrecuencia convencional de geniculados para el tratamiento del dolor en gonartrosis moderada-severa. Obtenido de SCIELO: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000400005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000400005&script=sci_arttext)