

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA



Título:

“Análisis del impacto en la salud de los adultos mayores debido a la espera de una cirugía de cadera, para la generación de una propuesta implementable en el hospital Carlos Luis Valverde Vega”

Nombre de los sustentantes:

Flor de María González González

José Rodolfo Millón Brenes

Tutora:

Dra. Adriana Villegas León

Año 2024

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

I. RESUMEN

La Caja Costarricense del Seguro Social, tal como se comenta en el artículo del Acta Médica Costarricense, afronta desde finales del año 1999, hasta la fecha, una problemática que ha venido en aumento en cuanto a los tiempos de espera a los que se someten los usuarios antes de brindarles la atención¹. Si bien es cierto todas las especialidades médicas tienen el mismo desafío, esta investigación se centra en la especialidad de ortopedia, concretamente en la artroplastia total de cadera, en una población de alto riesgo como lo es la del adulto mayor, ya que factores como el aumento en la expectativa de vida y en el número de personas geriátricas, junto a la inversión de la pirámide poblacional, han provocado que gran cantidad de la población que utiliza los servicios médicos pertenezcan a este grupo etario; de ahí nace la necesidad de buscar soluciones que se puedan discutir y brindar a la institución encargada, con el fin de que se logren reducir los prolongados tiempos de espera, evitando las comorbilidades que puedan llegar a desarrollar producto de la causa inicial, el desgaste, entre ella las caídas, fracturas, las cuales tienen gran incidencia en esta población, el síndrome de inmovilización, entre otras complicaciones más, aunados al proceso ya fisiológico de envejecimiento que ya, per se, la coloca en riesgo.

De ahí que surja el objetivo principal de esta investigación: analizar a nivel de salud las consecuencias en los adultos mayores, quienes esperan por una cirugía de cadera en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

La investigación se considera mixta, ya que contempla aspectos cualitativos y cuantitativos, debido a que se estudia tanto la afectación en la calidad de vida de los pacientes como los riesgos a los que se exponen por el tiempo de espera y, por medio de datos numéricos, se muestra el tiempo en días y años que deben esperar para recibir la atención quirúrgica y el número total de pacientes adscritos al centro hospitalario mencionado, quienes están a la espera de ser llamados.

Mediante revisión bibliográfica se integró información certera, veraz, de servicios de salud internacionales, los cuales se podrían tomar como base o evidencia para brindarle a la institución opciones de mejora, con el fin de disminuir esos lapsos de espera, traduciéndolos en una atención precoz que le brinde una mejor calidad de vida al paciente, que en muchas veces aún es funcional y, por ende, no solo afecta la esfera biológica, sino también la psíquica

y la social, partiendo de la definición de que la salud es un estado biopsicosocial y no solamente la ausencia de una enfermedad.

II. DEDICATORIA

Queremos dedicar nuestra tesis, en primera instancia, a Dios, a la Virgen María y al Espíritu Santo, pilares importantes de nuestra fe.

De igual manera a mis padres, Isabel Brenes Esquivel, Carlos Rodolfo Millón Muñoz y a mi hermano Jean Carlo Millón Brenes, quienes me apoyaron y me acompañaron durante este proceso de aprendizaje.

A mi tía Ana María Brenes, que siempre ha estado presente con palabras de ánimo y soporte para ir avanzando cada día más, aún en los momentos difíciles que se me presentaron.

Mi tesis va dedicada muy especialmente a mi tío Walter Rodolfo González, por ser el pilar fundamental en mi formación profesional, por creer en mí y no dejarme desistir.

A mis padres Liliana González y Diego González, por ser mi motor de vida y, finalmente, a mi ángel en el cielo, Walter González, y a mi amor más puro, Flor Mora.

III. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios, quien nos ha guiado y nos ha fortalecido para seguir adelante. De igual manera, a nuestros padres, que nos han formado con buenas costumbres y valores, permitiendo que logremos culminar con éxito nuestra carrera universitaria.

No menos importante, a nuestra tutora, la Dra. Adriana Villegas, y a cada uno de nuestros mentores académicos: con su experiencia nos brindaron sus conocimientos, siendo parte de este proceso integral de formación profesional.

Finalmente, agradecemos a cada uno de nuestros familiares, amigos y demás personas cercanas, quienes nos han acompañado y ayudado en nuestra formación.

IV. TABLA DE CONTENIDOS

I.	RESUMEN.....	II
II.	DEDICATORIA.....	IV
III.	AGRADECIMIENTOS.....	V
IV.	TABLA DE CONTENIDOS.....	VI
V.	ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
VI.	ÍNDICE DE TABLAS.....	X
VII.	ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
CAPÍTULO I– INTRODUCCIÓN.....		1
1.1	Introducción.....	2
1.2	Planteamiento del problema.....	5
1.3	Objetivos.....	7
1.3.1	Objetivo general.....	7
1.3.2	Objetivos específicos.....	7
1.4	Justificación.....	8
1.5	Antecedentes.....	12
1.5.1	Antecedentes históricos.....	12
1.5.2	Antecedentes internacionales.....	12
1.5.3	Antecedentes nacionales.....	14
CAPÍTULO II– MARCO TEÓRICO.....		17
2.	Marco teórico.....	18
2.1	Contexto médico y demográfico.....	18
2.1.1	Determinantes de la salud en adultos mayores.....	27
2.1.2	Sistema de Salud en Costa Rica.....	31
2.2	Listas de espera en Salud.....	42

2.2.1	Impacto de la espera prolongada.....	52
2.2.2	Consecuencias de la espera a una cirugía de cadera.....	53
2.2.3	Impacto psicológico del paciente en la espera prolongada.....	55
2.3	Evaluación de costos y beneficios.....	57
2.3.1	Financiamiento del Sistema de Salud en Costa Rica.....	63
2.3.2	Porcentaje de gasto público en salud en Costa Rica.....	66
2.3.3	Financiamiento de Redes integradas de Servicios de Salud.....	68
2.4	Acceso a recursos y servicios de Salud.....	69
2.4.1	Acceso efectivo a los servicios de Salud	69
2.4.2	Acceso a recursos y financiamiento.....	70
2.5	Innovaciones y capacitación	72
2.5.1	Innovaciones tecnológicas en cirugía.....	72
2.5.2	Capacitación del personal de Salud	74
2.6	Perspectiva interdisciplinaria.....	77
2.6.1	Redes de apoyo comunitario.....	79
2.6.2	Historia clínica y seguimiento.....	83
2.7	Impacto en la calidad de vida.....	85
2.7.1	Cambio en la calidad de vida familiar	87
CAPÍTULO III– MARCO METODOLÓGICO.....		90
3.1	Tipo de investigación	91
3.2	Fuentes de información	92

3.3	Criterios de búsqueda	92
3.4	Criterios de inclusión y exclusión.....	94
3.5	Proceso de selección de información	94
3.6	Limitantes.....	95
CAPÍTULO IV– RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		96
CAPÍTULO V– CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		126
5.1	Conclusiones.....	127
5.2	Recomendaciones.....	129
CAPÍTULO VI– REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		130

V. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Visión anatómica del fémur. Vision anterior y posterior de la extremidad proximal del fémur.....	20
Figura 2. Desgaste de articulaciones.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Figura 3 Clasificación de fractura de cadera intracapsular y extracapsular.....	
	¡Error! Marcador no definido.
Figura 4. Causas de morbilidad en Costa Rica 2022.....	29
Figura 5. Esquema organizacional del Sistema de Salud de Costa Rica.....	32
Figura 6. Esquema de las funciones y objetivos de un sistema de salud	71
Figura 7 Principales riesgos estratégicos relacionados con la gestión de formación y capacitación de especialistas y técnicos en Salud.....	76
Figura 8. Modelo de atención a las personas adultas mayores en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología para la Red de Atención Progresiva para el cuidado en Costa Rica.....	82

VI. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comportamiento mensual de lista de espera quirúrgica en el periodo 2011-2020. Pacientes pendientes de atención a enero de 2020.....	49
Tabla 2. Depuración de la lista de espera a una cirugía en el periodo 2015-2023 por concepto de justificación.....	51
Tabla 3. Principales consecuencias de la espera a una cirugía quirúrgica de cadera.....	53
Tabla 4. Costo Programa Cirugía Electiva Turno Adicional, 3 de agosto, 2006. (El análisis contempla una jornada adicional de 4.5 horas. Costos en colones).....	58
Tabla 5. Tasas de contribución del patrono y del trabajador al seguro de enfermedad y maternidad en Costa Rica, vigente al año 2021.....	66
Tabla 6. Indicadores de logro de programas relacionados con la formación de Geriátrica y Gerontología en Costa Rica.....	77
Tabla 7. Tiempo de espera de pacientes pendientes para cirugía de cadera en días por sexo y edad entre 65 y 75 años al 07 de marzo del 2024, en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón de Alajuela, Costa Rica.....	101
Tabla 8. Tiempo de espera para cirugía en ortopedia en días por edad y sexo femenino al 2 de febrero y 07 de marzo de 2024 en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón de Alajuela, Costa Rica.....	
¡Error! Marcador no definido. Tabla 9. Tiempo de espera para cirugía en ortopedia en días por edad y sexo masculino al 2 de febrero y 01 de marzo de 2024 en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón de Alajuela, Costa Rica.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 10. Detalle de Cirugías Pendientes por año en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica (2018, al mes de agosto).....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 11. Cirugías resueltas por tipo y periodo en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica, 2014-2018.....	
¡Error! Marcador no definido. Tabla 12. Distribución del recurso humano de anestesia por centro según consolidado PE-3166-2023.....	¡Error!
¡Error! Marcador no definido. Tabla 13. Lista de espera quirúrgica de la especialidad de ortopedia de seis de los distintos hospitales de España.....	106

Tabla 14. Tiempo de espera promedio en la especialidad de ortopedia a diciembre del 2023 en Reino Unido.....	108
Tabla 15. Comparación del porcentaje de pacientes que esperan por reemplazo de cadera más de tres meses desde la evaluación del especialista hasta el tratamiento del 2019-2022.....	109
Tabla 16. Indicador de recursos en el sistema de salud de Costa Rica en comparación con España y Reino Unido.....	110
Tabla 17. Resumen comparativo de las estrategias adoptadas a nivel internacional y nacional para reducir los tiempos de espera a los servicios de cirugía.....	109
Tabla 18. Distribución de la capacidad hospitalaria del hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica.....	112

VII. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Lista quirúrgica, comportamiento nacional. Ingresos y Resueltos por mes en el 2020.....	50
Gráfico 2. Afectación en las especialidades críticas de la lista de espera quirúrgica al último día del mes de 2020.....	50
Gráfico 3. Causas de la depuración de las listas de espera quirúrgica en Costa Rica, 2023.....	51
Gráfico 4. Participación porcentual de los ingresos percibidos en el 2019 para el financiamiento del Sistema de Salud en Costa Rica.....	65

CAPÍTULO I– INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La salud es un derecho inquebrantable del cual debe gozar la población cuando así lo requiera, sin hacer distinción de raza, religión, género o edad, y debe ser oportuna, eficaz y de calidad. Costa Rica cuenta con un sistema de seguridad social que le permite al usuario utilizar estos servicios, posicionando al país entre los mejores a nivel global en cuanto a salud se refiere. Sin embargo, a pesar de que el régimen es robusto, de base sólida y de personal calificado, en los últimos años, la Caja Costarricense del Seguro social, institución encargada de brindar los servicios de salud de manera pública en el país, ha presentado una serie de déficits.

Esta investigación se centra en una de las problemáticas más severas y con mayor auge en el territorio costarricense, las listas de espera, concretamente en el área quirúrgica, de la especialidad de ortopedia y en una población de alto riesgo como lo es la población geriátrica. Según Cordero, la fuga de especialistas es uno de los componentes principales de esta crisis, debido a que después de finalizar su formación en la institución, se retiran de ella, trasladándose a otros centros médicos donde gozan de mayor remuneración económica, reflejándose esta falta de personal en un atraso en la atención, a causa de que aumenta el tiempo de espera del paciente, ya sea para una cirugía o una consulta externa².

En la actualidad, la población mundial ha crecido; se estima que existen 901 millones de personas de 60 años y más, lo cual representa el 12% de la población global, siendo más elevada que la cantidad de los niños menores de cinco años. Y para el año 2030 esta cifra habrá aumentado a 1,400 millones (16.5%), y en el 2050 ascenderá a 2.100 millones (21.5%), llegando a ser aún más elevada que el número de los niños menores de 15 años³.

En Costa Rica, la persona adulta mayor se define como toda persona de sesenta y cinco años o más, según el artículo 2 de la Ley integral para la persona adulta mayor⁴ y este grupo etario de la población, en el año 2023, representó el 10% del total de la población (5.261.350 personas), lo cual equivale a 526.135 personas, de quienes el 53% es de hombres y el 47% de mujeres, con una tendencia creciente desde 4,5% en 1982, y

corresponde a una esperanza de vida al nacer de 78 y 83 años según sexo, respectivamente⁵. Por otra parte, el segmento de no participación en el entorno laboral en el año 2023 fue de 85,1%, que incluye al pasivo y al que es atendido con dependencia funcional o con algún grado de inactividad, lo que refleja una tasa de desempleo de 2,8% y una tasa de ocupación fue 11,6%⁵.

A raíz de este aumento en la población adulta mayor, también se incrementan las comorbilidades asociadas al envejecimiento como la sarcopenia, la artritis, la fragilidad, las fracturas, el deterioro cognitivo o las patologías crónicas que ya estos pacientes pueden tener de base, como la diabetes, la hipertensión arterial, las dislipidemias⁶; siendo lo anterior lo de los factores que pueden aumentar la probabilidad de que lleguen a requerir atención médica en la especialidad de ortopedia, la cual, como se demostrará en el desarrollo de la investigación, es una de las especialidades que más problemática tiene en cuanto a tiempos prolongados de espera refiere.

Al tomar en cuenta este dato anterior, una interrogante que surge es qué tanto y en cuáles factores de la salud de estos pacientes repercute más este periodo, aunado a que la artroplastia de cadera no es un procedimiento infrecuente en este grupo etario⁷, y que se cataloga como una de las operaciones más exitosas del campo de la Medicina⁸, brindándoles a los pacientes una rápida y eficaz recuperación, permitiéndoles reincorporarse a sus actividades diarias con un grado adecuado de independencia, al mismo tiempo que se les proporciona calidad de vida; por ello hay la necesidad de investigar, analizar y proponer alternativas que vengan en pro de la disminución de este tiempo de espera y las consecuencias que se puedan desarrollar por él, con el fin que se le pueda ofrecer a la población la reincorporación antes mencionada lo más pronto posible, en caso de que lo requiera.

Según Arce⁴, la lista de espera es considerada como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento” y está constituida por las personas que han solicitado servicios de salud y no acceden a una atención en un tiempo perentorio. Por ello, con base en la visión de la CCSS, que se describe como una institución avanzada tecnológicamente, innovadora, transparente, responsable con el ambiente, con una alta capacidad de resolución y de gestión del riesgo, que contribuye al bienestar de las personas

a través de servicios de salud, de calidad, con un recurso humano calificado y comprometido con la atención de las necesidades de las persona⁹, se cataloga como prioritario el abordaje a esta problemática mencionada, buscando tanto cumplir con los principios establecidos por la institución, pero principalmente para brindarles calidad de vida a los adultos mayores en cuestión.

1.2 Planteamiento del problema

Debido a lo anterior, el problema en esta investigación se enfoca en que los tiempos prolongados de espera quirúrgica⁵, los cuales dependen de una oportuna respuesta de parte de la institución a cargo de la seguridad social hacia los usuarios que requieren una pronta atención, para de esta manera mejorar su calidad de vida y al mismo tiempo disminuir la dependencia de terceros requerida para su cuidado, y llevar a cabo sus necesidades básicas.

El problema mencionado se puede asociar a la disponibilidad limitada de personal médico capacitado, para realizar los diferentes procedimientos quirúrgicos en la especialidad de ortopedia, anestesia y radiología, ya que, como se menciona en la estrategia institucional de atención a las listas de espera, la insuficiencia de médicos especializados es una causa interna crítica que afecta la longitud de las listas de espera. Esta escasez se debe en parte a irregularidades en los procesos de selección para la formación de especialistas, lo cual no solo limita la disponibilidad de estos profesionales, sino también la capacidad de la institución para incrementar su número, haciendo referencia a que, en el período 2019-2020, se desaprovecharon ocho plazas en anestesiología, a pesar de haber 79 aspirantes para 20 plazas disponibles¹⁰, lo que resalta la gravedad de la situación en una especialidad, ya de por sí es escasa ante una población creciente con mayor e intensa demanda eventual de otras urgencias, ocasionadas, por ejemplo, por accidentes de tránsito, como lo reflejan los datos brindados por el Instituto Nacional de Seguros, donde indica que en el año 2023 durante los primeros siete meses, aumentaron un 11% en comparación con el año 2022 ¹¹.

Tal como lo comenta la literatura, ante la necesidad de un reemplazo de cadera, el paciente puede relatar sentir dolor que persiste a pesar de los analgésicos; empeora al caminar incluso con un bastón o con un andador; interfiere en el sueño; afecta la capacidad de subir y bajar escaleras; dificulta la capacidad de levantarse cuando está sentado¹², siendo todo lo anterior variables considerables para tomar en cuenta, ya que se ve afectada severamente la calidad de vida del paciente, y si se asocia con las extensas listas de espera,

la problemática aumenta, ya que el consumo de analgésicos se prolonga, la discapacidad puede ir progresando, agrandando la dependencia de terceros, aumentando el riesgo de desarrollar alteraciones a nivel psicológico y emocional, principalmente en pacientes que han sido muy independientes y ahora se les imposibilita.

El reemplazo de cadera es un procedimiento que se realiza frecuentemente, lo cual demuestra la importancia de contar con los recursos necesarios para llevarlo a cabo en el momento idóneo, reduciendo así posibles complicaciones y disminuyendo el dolor mencionado por el paciente. Según la revista SciELO, durante el año 2016 se hicieron 26 artroplastias, en el 2017 147 y en el 2018 287, un claro ejemplo de que dicho procedimiento va en aumento, extendiendo aún más este tiempo de espera para su atención¹³.

Es urgente contribuir a la implementación de una propuesta que tenga como objetivo disminuir los extensos tiempos de espera a los cuales se están sometiendo los adultos mayores, ya que son un grupo etario con gran cantidad de factores de riesgo y comorbilidades asociados, que al estar a la espera de una cirugía pueden llegar a alterarse o a desencadenar aún más factores predisponentes que afecten su salud y, por ende, la calidad de vida, como lo es el deterioro cognitivo, la inmovilidad, la depresión y ansiedad desarrollados por la incapacidad de desplazarse por sí solos de un lugar a otro, incluso dentro del mismo hogar que no son distancias tan extensas, el aumento de peso por acrecentar el tiempo de reposo como medida de alivio o, por el contrario, la pérdida de peso provocada por el dolor o la afección psicológica y emocional, al verse dependiente de terceros.

Por lo tanto, surge la interrogante: ¿Cómo reducir el impacto por el deterioro en la salud de las personas adultas mayores que esperan por una cirugía de cadera?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar el del impacto en la salud de los adultos mayores debido a la espera de una cirugía de cadera, para la generación de una propuesta implementable en el hospital Carlos Luis Valverde Vega.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Identificar los principales determinantes de la salud biopsicosociales y económicos que se ven involucrados en los pacientes adultos mayores que están en espera de una cirugía de cadera.

1.3.2.2 Describir a nivel internacional el manejo de las listas de espera en otros países con un sistema de salud similar al de Costa Rica.

1.3.2.3 Formular una propuesta de abordaje para la atención de los pacientes adultos mayores del Hospital Carlos Luis Valverde Vega que se encuentran en lista de espera de cirugía de cadera.

1.4 Justificación

Esta problemática de la demora en la lista de espera no hace diferencia entre especialidades médicas, debido a que en todas hay evidencia de que cada día aumenta la población a la espera de un procedimiento ¹⁴. Para cumplir con la satisfacción de la atención a la persona adulta mayor, se requiere de personal especializado que logre desarrollar las diferentes funciones en el ámbito profesional y principalmente social, evitando que quienes están a cargo de esta actividad continúen con un recargo en las funciones y, por ende, haya retraso y efectividad de estas, ya sea por falta de personal y estructura no adecuada. Esto provoca que la población que hace uso de los servicios de atención en salud deba esperar más del tiempo adecuado para recibir la atención que requiere. Dentro de esta, se encuentra el grupo etario de los adultos mayores y entre sus afecciones ya esperables por su edad se encuentran las ortopédicas, siendo esta especialidad, según el sitio web oficial de la CCSS en el cual se encuentran disponibles los datos actualizados, una de las que más tiempo deben esperar los pacientes para obtener una cita para un procedimiento quirúrgico¹⁴.

Arce ⁴ menciona lo siguiente: los tiempos y listas de espera son característicos de sistemas de salud de carácter público, que, en sistemas de carácter privado, no existen listas ni tiempos de espera explícitos; sin embargo, se observan listas y tiempos de espera implícitos ocasionados por la barrera de acceso financiera. La persistencia de los tiempos y listas de espera constituye uno de los aspectos de mayor relevancia en la gestión de las organizaciones públicas de salud, y que la continuidad de esta problemática supone cuestionar las bases de legitimación del seguro público de carácter universal y solidario.

Ante la responsabilidad de asistir a la salud de la población y, en especial a la persona adulta mayor, es indispensable brindarle la debida atención conforme a la edad e historia de vida, mediante la asignación de prioridades, recursos económicos y definición de estrategias de acción, con el fin de que este grupo de la población, quien tanto ha brindado a través de los años durante su vida laboral, pueda gozar de una vejez lo más saludable e independiente posible, en la que tenga, dentro de sus capacidades no modificables, una autonomía para aspectos básicos del día, como lo es el bañarse, caminar, dormir o sentarse sin depender de terceras personas, intentando, de esta manera, reducir las

probabilidades de afectar aspectos psicológicos o mentales y, por el contrario, fomentar o animarla de modo que se perciba útil socialmente. No menos importante es el aspecto moral, pues los adultos mayores tienen muy arraigados factores morales en los que el tener que aceptar que los asean, puede llegar también a desencadenar afecciones que se podrían evitar si ellos, por sí solos, tienen la posibilidad de realizarlas.

Para ejecutar las obligaciones mencionadas, es recomendable que las realicen personal médico y administrativo debidamente capacitado, con el fin de trabajar de manera integral, ya que la valoración de prioridades, por ejemplo, la brinda el médico, que es quien está de primera línea viendo qué tanto está afectada la calidad de vida del paciente, lo cual permitiría brindar un costo de oportunidad y el uso adecuado de los recursos económicos limitados en la atención de las necesidades más inmediatas o urgentes. Sin embargo, esto no se puede desarrollar de manera eficiente, si la parte administrativa no cuenta con los recursos necesarios, como lo es una infraestructura adecuada, los insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos, la formación de nuevos profesionales que brinden apoyo para que esto se desarrolle en el área en cuestión; en consecuencia, surgen las listas de espera que se deben administrar adecuadamente, y es de suma importancia buscar un equilibrio de acción en el acceso a la atención médica, tanto pública como privada, que limite el riesgo a la afectación de posibles complicaciones¹⁵.

La OMS define el término de salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁶. Por lo tanto, partiendo de esta definición, es de suma importancia conocer y destacar las consecuencias de cada una de estas aristas que enfrentan los adultos mayores, a raíz de la espera para su procedimiento quirúrgico, destacando los factores biológicos, sociales, económicos y psicológicos como las variables con más afectación; de ahí que se analicen y se pretenda disminuir la problemática que se presenta en cada uno de los apartados, esto con el fin de evitar una caída en la salud de los pacientes que ya, por su rango de edad per se, tienen factores de riesgo para desarrollar distintas patologías.

La investigación por realizar cuenta con recursos humanos, académicos, información fidedigna de parte del hospital que se tomó como modelo para la revisión

bibliográfica, con el fin de poder retribuir con una propuesta viable en la que se puede ver favorecida principalmente la población en estudio; sin embargo, de igual forma podría extenderse incluso a otras especialidades quirúrgicas con el mismo fin, y no menos importante: se cuenta con la supervisión profesional para lograr desarrollarse de la mejor manera.

El desarrollo de una propuesta confiable, concreta y basada en la evidencia tomada de otros países con sistema de salud similares a Costa Rica, como lo son España y Reino Unido, ya que estos dos últimos tienen modelos similares entre sí, basándose en la universalidad, la adecuada atención primaria, el financiamiento, los procesos para la formación de profesionales, aspectos que se asemejan a los de Costa Rica¹⁷, los cuales lograron implementar un sistema que fue efectivo y obtuvieron buenos resultados en la reducción del tiempo de espera, en la población adulta mayor con necesidad de un reemplazo de cadera, disminuyendo la incapacidad para llevar a cabo sus actividades diarias, llevando a un tiempo menor de espera para que se realice el procedimiento y así poder retomar sus hábitos, permitiéndoles una independencia, lo que conlleva a la disminución del tiempo de cuido de esta población.

Se espera que la utilidad metodológica del estudio sea viable, porque permite dar una posible estrategia de cómo se podrían disminuir las listas de espera, brindando así calidad de vida al paciente; al mismo tiempo, se podrían desarrollar futuras mejoras, tomando como base esta investigación para un mejor desarrollo del sistema de salud.

Debido a la problemática expuesta, en la que intervino la sala constitucional, acerca del tiempo de espera y la directriz dada por ella para la reducción de las listas¹⁸, esta investigación pretende dar una alternativa al abordaje de las listas de espera. De igual manera y no menos importante, permitir inclusive una reducción en los costos de los tratamientos crónicos que estos pacientes deben recibir y que la CCSS debe sufragarlos, como lo ha sido en muchos casos el manejo del dolor con antiinflamatorios a causa del movimiento repetitivo de la articulación por los ejercicios básicos diarios, al desplazarse de un lugar a otro.

En el ámbito administrativo, se debe aumentar en la institución el número de personal encargado de mejorar y agilizar el proceso de los centros de atención médica, con el fin de que los pacientes, quienes están a la espera del procedimiento quirúrgico, puedan gozar de una atención oportuna, y evitar que su calidad de vida se vea afectada. Por ende, al tiempo que se logren disminuir los tiempos de espera, se logra también disminuir el riesgo de posibles comorbilidades desarrolladas por la incapacidad provocada por la fractura y el dolor al moverse.

En el presente trabajo, con base en la obtención de datos no sensibles respecto a las listas de espera, tomando en cuenta principalmente las variables de sexo y grupo etario, proporcionados tanto por la institución a cargo como por otras fuentes de información, que de igual manera tienen conocimiento al respecto, se analizarán los efectos que producen los tiempos de espera en cirugía ortopédica, específicamente de cirugía de cadera, y cómo estos pueden afectar de modo biopsicosocial a los pacientes. Una revisión bibliográfica a nivel internacional de sistemas de salud similares al de Costa Rica, que lograron disminuir las listas de espera, tales como lo son España y Reino Unido, permitirá formular una propuesta implementable para disminuir los tiempos de atención quirúrgica de las listas de espera, discriminando cuáles fueron las más efectivas, con el fin de ofrecer una mejor atención a quienes lo requieran en el país.

El requerimiento de reemplazo de cadera como modalidad terapéutica se estableció sobre la base de la existencia de dolor y pérdida de la capacidad funcional, ajustada a las evidencias de comorbilidad y preferencias de los pacientes. No existen razones para que un procedimiento como el reemplazo de cadera, que resulta eficaz para la mayoría de los pacientes con padecimientos severos de cadera, sea negado a quienes pueden beneficiarse con él¹⁹.

1.5 Antecedentes

Durante la realización del presente trabajo final de graduación, se consultaron las siguientes universidades: UCR, UCIMED, ULACIT, UH, UACA, UNIBE, UIA, San Judas Tadeo, Universidad Latina, con el fin de conocer si existen investigaciones similares a la realizada en esta tesis.

1.5.1 Antecedentes históricos

Se revisó en la UIA la tesis llamada Modelo integrado para la reducción de las listas de espera en los Servicios de Cirugía del Hospital Calderón Guardia, de Gutiérrez, Universidad Internacional de las Américas, Costa Rica, 2006, que habla sobre reducir las listas de espera en la institución, mediante el incremento de la productividad quirúrgica en un 25% y la planificación de recursos adicionales para satisfacer la demanda incrementada. Esto beneficiará a más de 3 400 pacientes, reduciendo el tiempo de espera a un máximo de tres meses, y mejorando la coordinación entre áreas para una atención más eficiente²⁰.

También se analizó, en esta investigación, la fractura de cadera en personas de edad avanzada, un tema relevante en el ámbito médico. Se pretende categorizar problemas, detectar factores de riesgo y examinar alternativas terapéuticas recientes. Se evalúa que los adultos mayores son particularmente vulnerables a problemas post fractura debido a factores fisiológicos y externo ²¹.

1.5.2 Antecedentes internacionales

Se estudiaron algunas tesis internacionales, como la Gestión de listas de espera de intervención quirúrgica del periodo 2014-2017 del Servicio de Salud Metropolitano Sur, de Del Pino, Universidad Andrés Bello, Santiago Chile, 2018, que examina el aumento de las listas de espera quirúrgicas, atribuido a deficiencias en la gestión, y se destaca la necesidad de implementar nuevas estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica²².

En La evaluación del tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio del servicio de cirugía hospital regional Moquegua 2016, por Roque, Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua Perú, 2017, donde se llevó a cabo una revisión con el fin de detectar soluciones eficaces para disminuir los tiempos de espera en cirugías electivas en Chile. Se halló escasa prueba en la literatura, especialmente de países anglosajones y nórdicos, con dificultades metodológicas. Las intervenciones descritas son diversas y multidimensionales, con resultados variables. Se recomienda abordar el problema con estrategias que incluyan priorización en listas de espera, mejoras en la administración de recursos y centros especializados²³.

En la Evaluación de la implementación del registro de pacientes en la lista de oportunidad quirúrgica en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima 2014-2015, de Roncal, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú, 2018, se llevó a cabo un programa para optimizar la administración quirúrgica en el hospital, debido a dificultades en la identificación de pacientes en la lista de espera quirúrgica. Se implementó un formato único para el registro de pacientes, lo cual simplificó el proceso y posibilitó una gestión más eficiente, mediante una aplicación web conectada al sistema de administración hospitalaria. Esta aplicación se actualiza con frecuencia y permite la depuración automática de pacientes, convirtiéndola en una herramienta de gestión para los responsables del área de atención quirúrgica²⁴.

En el resumen de evidencia sobre tiempos de espera para cirugías electivas para apoyar la toma de decisiones en políticas de salud, el estudio es determinar el tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Moquegua, de Bachelet et al., Medwave Estudios, Chile, 2018, se utilizó la técnica documental. Los parámetros para evaluar el tiempo de espera quirúrgica fueron menores de 30 días para tiempo adecuado, para tiempo inadecuado de 61 a 90 días, indicando que las cirugías mayores fueron en un 3,23% en un tiempo inadecuado, y las que tienen alta frecuencia son: colecistectomía laparoscópica con 61.29%, seguida de hernioplastia y postectomía con 14.52 % y en menor porcentaje colecistectomía abierta con 9.67%²⁵.

En Los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, de Arias Cuya, Universidad César Vallejo, Perú, 2018, se

tuvo como objetivo observar y analizar aspectos administrativos, sanitarios y personales, que tienen influencia en los pacientes que están en lista de espera para algún procedimiento quirúrgico. Se tomó como base la población de pacientes quirúrgicamente intervenidos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, entre enero y febrero del 2017, dando como resultado que los factores administrativos fueron predominantes en los tiempos de espera, ya que provocó un retardo excesivo en el tiempo de espera con un 73,9%. Se concluyó que el tiempo promedio en días de retraso, por efecto de los factores administrativos, fue de 49,26, mientras que la media de los factores asistenciales fue 30,75 días²⁶.

1.5.3 Antecedentes nacionales

Se consultaron las siguientes universidades: UCR, UCIMED, ULACIT, UH, UACA, UNIBE, UIA, San Judas Tadeo, Universidad Latina, con el fin de conocer si existen investigaciones similares a la realizada en esta tesis.

Durante la realización del presente trabajo investigativo, se encontró un plan para disminuir las listas de espera de complejidad cuatro, en el servicio de ortopedia infantil en el Hospital Nacional de Niños, de Rosa Laura Sandoval Méndez, ULACIT, Costa Rica, 2003, el cual tiene como objetivo principal la búsqueda de las causas que provocan las listas de espera en este hospital, con el fin de determinar la demanda actual de las listas de espera en el servicio de Ortopedia Infantil, analizar el desempeño de las salas de operaciones en el HNN y analizar los procesos actuales que intervienen en la atención de las cirugías²⁷.

En el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), se investigó sobre la gestión de la sala de operaciones, por parte de Solís, Costa Rica, 2008; donde se analizó la lista de espera en pacientes que aguardan una cirugía, para determinar el mayor tiempo de espera y la especialidad con mayor lista de espera, así como los factores que intervienen en estos tiempos de espera²⁸.

El Análisis del grado de utilización de las salas de cirugía del hospital de Guápiles, hecho por Durán et al., Costa Rica, 2004, realizado en la Universidad Estatal a Distancia, recalca las observaciones que han ido modificado los conceptos clásicos del hospital y el

rol que desempeña su personal, además de resaltar el gran aporte que este hace en el proceso de sala de operaciones, teniendo como objetivo principal la determinación de la existencia o no de una adecuada utilización del tiempo disponible para el tiempo anestésico, que incluye el tiempo utilizado en las labores tanto quirúrgicas como anestésicas y de traslado del paciente, en las salas de operaciones del Hospital de Guápiles²⁹.

En la Universidad de Costa Rica se encontró una investigación titulada Interpretación y elaboración de informes de tomografía computarizada para colaborar en la disminución de las listas de espera en el servicio de radiología de los hospitales Max Peralta Jiménez y Monseñor Sanabria, de Aragón, 2020, la cual hace referencia a la cobertura tan alta que brinda la institución a la población a nivel país en los diferentes niveles de atención, y cómo el aumento de la demanda en estos últimos se ve reflejado en un aumento en los tiempos de espera en esta especialidad médica, esto con el fin de brindar una colaboración en la disminución de las listas de espera y reporte oportuno de estudios tomográficos³⁰.

El aumento de la densidad y el envejecimiento poblacional provoca una mayor necesidad de atención en los servicios de salud, desencadenando una saturación de ellos y, por ende, la aparición de listas de espera para lograr satisfacer las necesidades de los pacientes. Debido a ello, en la Universidad Nacional se hizo un estudio llamado Las listas de espera quirúrgica dentro de la seguridad social en Costa Rica, análisis de la génesis y la gestión, el cual responde a la necesidad de dimensionar y gestionar la demanda, con el fin de mejorar la atención y el tiempo de espera tomando en cuenta la oferta-demanda. El autor es Arias, y el año es 2016³¹.

El artículo titulado Listas de espera, de Monge et al., SciELO, Costa Rica, 2014, hace mención a que la problemática del tiempo de espera no es única de Costa Rica, ya que países desarrollados, como Canadá, también se enfrentan a esta problemática. Sin embargo, se enfoca en la situación costarricense, sus inicios y los logros que ha tenido la institución en cuanto a listas de espera se refiere³².

La persistencia de las listas de espera en la Caja Costarricense de Seguro Social, de Jorge Díaz Salazar, Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social, Costa Rica, 2003, es un análisis en el que se basó en las causas estructurales de las listas de espera en la CCSS, con el fin de demostrar qué factores aumentan las listas de espera en la institución, para así poder brindar una estrategia a mediano y largo plazo, que venga en pro de la disminución de estos tiempos³³.

En el BINASSS, se encontró el estudio titulado Demora en la atención a los adultos mayores en cuatro diagnósticos de la lista quirúrgica en hospitales de la CCSS, elaborado por Fernández, quien tuvo como objetivo 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 quirúrgica³⁴.

CAPÍTULO II– MARCO TEÓRICO

Marco teórico

2.1 Contexto médico y demográfico

La cirugía de cadera desempeña un papel crucial en el cuidado de los adultos mayores, siendo esencial para su movilidad y calidad de vida. Un factor no cuantificado en el aumento de la demanda de estas intervenciones quirúrgicas podría estar asociado al envejecimiento poblacional, debido que este factor lleva a muchos componentes patológicos que pueden llegar a desencadenar la necesidad de una cirugía de cadera en los adultos mayores³⁵ del área de atracción del Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

La atención del adulto mayor requiere de una relación médico-paciente sostenida, sostenible y recíproca basada en la confianza, debido a la necesidad de una atención especializada. La cirugía de reemplazo de cadera surge como consecuencia de diversos factores como:

- La edad, a causa del desgaste óseo (Figura 1) y de las articulaciones (Figura 2), desencadenando una alta posibilidad de una fractura (Figura 3).

Sin embargo, existen también distintas patologías causantes; según el Instituto nacional de artritis y enfermedades musculoesqueléticas y de la piel, señala causas inflamatorias como:

- La artritis reumatoide y las osteoartritis no inflamatorias, como es el caso de la osteonecrosis³⁶.
- Sin dejar por fuera otro factor importante, como es el trauma, el cual también es un agente relevante, cuya atención depende de su grado de urgencia, ya sea de manera aguda cuando ocurre una fractura repentina, o retardada en espera, cuando se padece de sufrimiento por discapacidad funcional, inflamación y dolor.

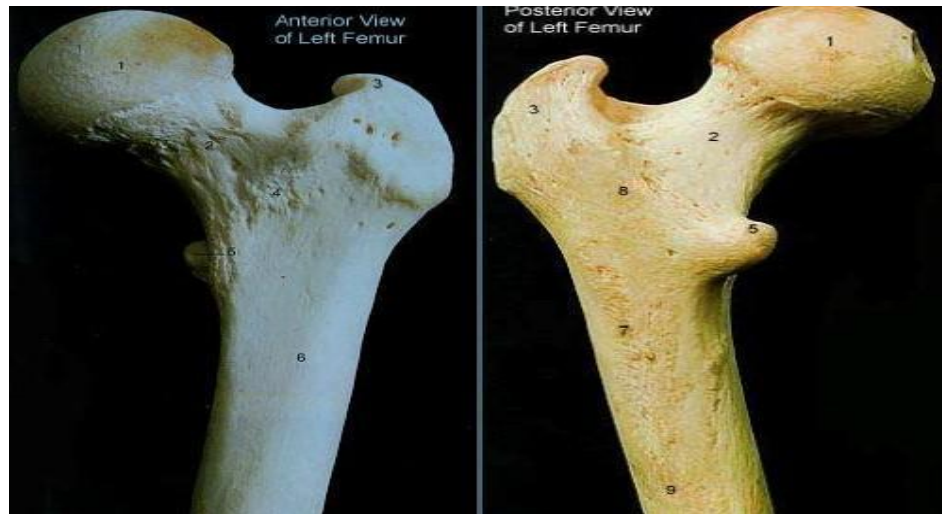
Acuña-Aguilar et al.³⁷ realizaron entrevistas a 375 personas con fractura de cadera, con una media de edad de 57,4 años (73,1% mujeres). Ciento ocho personas reportaron dolor crónico para una prevalencia nacional de 28,8%, con una media de edad significativamente mayor que la media de la población entrevistada (62,9 años). No se encontraron diferencias por provincia. La media de duración del dolor fue de 61 meses.

La artrosis como causa única de fractura se presentó en el 65,6% de los casos. El miembro inferior fue la localización de dolor más frecuente (53,7%). Para la intensidad del dolor (escala numérica del 0 a 10): 69,4% puntuó igual o superior a 5, y 29,6% entre 8-10. Según su frecuencia, 54% presentaron dolor a diario; la mayoría lo describieron como entumecimiento (40,7%). Aproximadamente 83,3% utilizaron medidas farmacológicas, principalmente antiinflamatorios no esteroideos (76,9%); 64% de estos medicamentos fueron prescritos por un médico, 30% se automedicaron o siguieron consejos (publicidad o amigos). La esfera de vida diaria más afectada fue la laboral (70,4%), seguida de alteraciones en el sueño (59,3%).

En este estudio se concluyó que el dolor crónico post fractura de cadera en las personas adultas de Costa Rica es un problema de salud, con una prevalencia similar a la reportada en Latinoamérica, que aumenta significativamente con la edad. La mayoría de las personas que lo padecen se ven afectadas diariamente por periodos prolongados. Se destaca la baja utilización de opioides, un elevado consumo de AINES y automedicación.

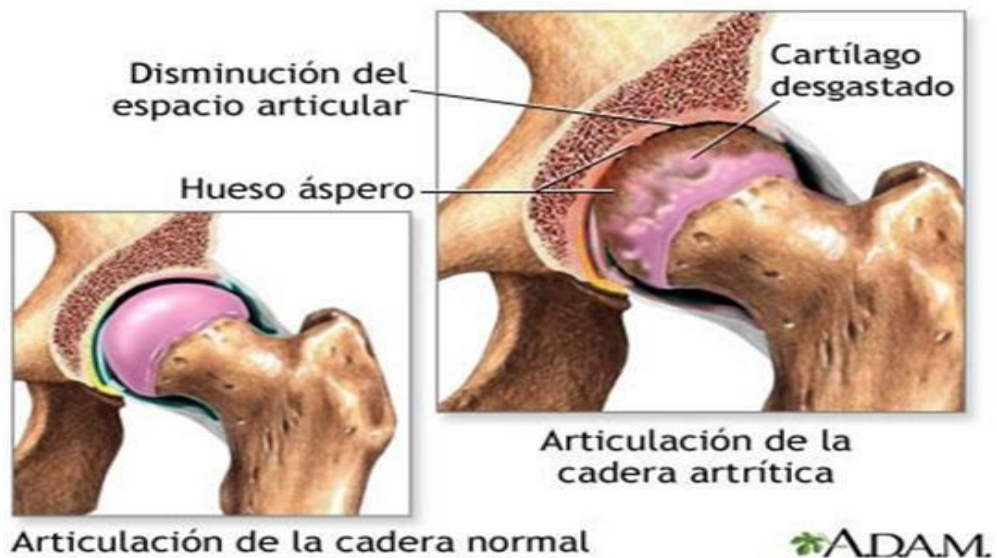
El desgaste del hueso se produce por osteoporosis, o sea, huesos porosos deficientes en calcio que se vuelven cada vez más débiles y frágiles. La pérdida de los ligamentos de la articulación de la cadera produce incapacidad funcional y mucho dolor, cuando hay contacto directo entre huesos.

Figura 1. Visión anatómica del fémur. Visión anterior y posterior de la extremidad proximal del fémur



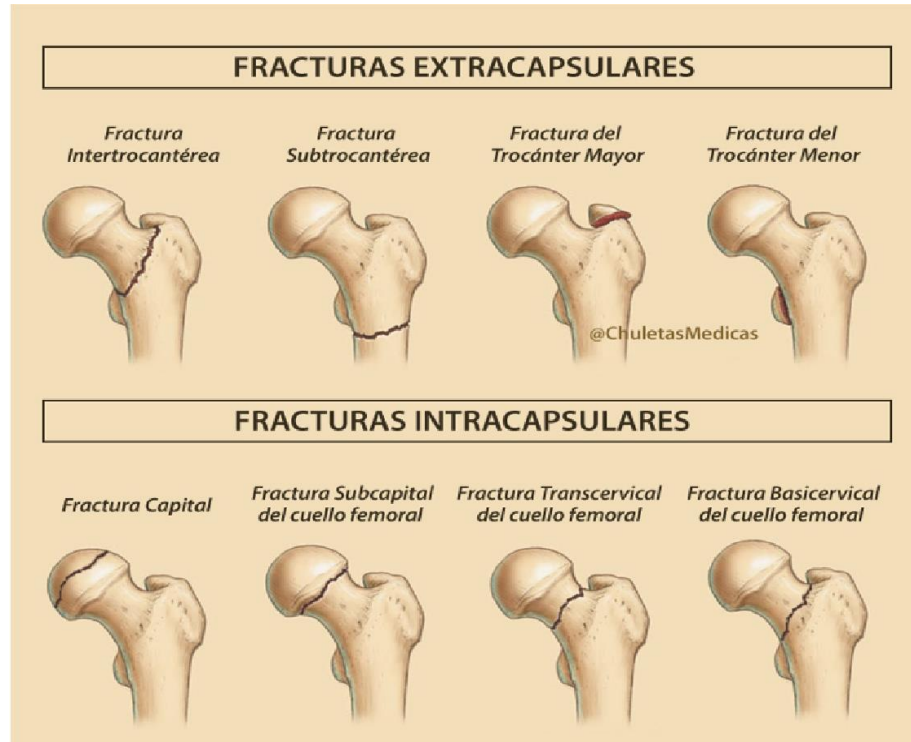
Fuente: ¹⁰⁷.

Figura 2. Desgaste de articulaciones



Fuente: ³⁸.

Figura 3. Clasificación de fractura de cadera intracapsular y extracapsular



Fuente: ¹⁰⁸.

Helico³⁸ menciona que la capa de cartílago de las articulaciones sirve como una especie de amortiguador. Es una capa suave y elástica que asegura una secuencia de movimiento de manera uniforme y sin fricción, la que protege a las articulaciones durante todos los movimientos. A diferencia de otros tipos de tejido humano (como la piel, por ejemplo), el cartílago no tiene potencial de curación o autorreparación. Por tanto, el cartílago articular dañado o desgastado se pierde para siempre. Esta pérdida de la capa superficial conduce rápidamente a una dolorosa limitación de la función y el movimiento.

La artrosis es el más común de todos los trastornos articulares; es causada por el desgaste de la capa de cartílago natural y puede provocar síntomas de desgaste de las articulaciones (factor 1 de fractura de cadera). La artrosis no solo afecta a las personas mayores: siempre que las articulaciones estén sometidas a una gran tensión durante muchos años, puede producirse artrosis, por ejemplo, en los deportistas.

La artrosis también puede desarrollarse como una complicación tardía de accidentes, o debido a una malformación o debilidad de la articulación.

Marín et al.³⁹ mencionan que la articulación es de forma sinovial esférica: la prominencia redonda es la cabeza femoral y la cavidad es el acetábulo y conecta la pelvis con el fémur, o sea, el esqueleto axial con la extremidad inferior, y contiene una cápsula fibrosa fuerte que se adhiere proximalmente al acetábulo y al ligamento acetabular transverso, y distalmente, al cuello del fémur anterior en el trocánter mayor. Posteriormente, la cápsula fibrosa cruza al cuello 1-1,5 cm proximal a la cresta intertrocanterea.

La mayoría de las fibras van desde el hueso de la cadera hasta la línea intertrocanterea, pero algunas fibras más profundas circundan el cuello, formando la zona orbicular, que sostiene el cuello femoral en el acetábulo. La cápsula anterior de la cadera es la parte más fuerte y gruesa. Esta cápsula está compuesta de tres ligamentos. El ligamento iliofemoral, a veces denominado el ligamento Y de Bigelow, se une a la espina ilíaca anterior inferior y el borde acetabular proximalmente, y toma una dirección inferolateral para insertarse en la línea intertrocanterea distalmente. Es la parte más fuerte de la cápsula y previene la hiperextensión de la articulación de la cadera, durante el reposo, sujetando la cabeza femoral dentro del acetábulo.

El ligamento isquiofemoral refuerza la cápsula posteriormente. Se origina en la parte isquiática del borde acetabular y espirales superolateralmente al cuello del fémur, medial al trocánter mayor. Este ligamento, al igual que el iliofemoral, también previene la hiperextensión y mantiene la cabeza femoral dentro del acetábulo.

El ligamento pubofemoral refuerza la cápsula anterior e inferiormente. Comienza desde la cresta obturadora del hueso púbico y pasa inferolateralmente para unir la cápsula fibrosa de la articulación de la cadera. Este ligamento previene la sobreabducción de la articulación de la cadera.

Marín et al.³⁹ mencionan que las fracturas ocurren principalmente en el cuello femoral y se clasifican como tensión (en el aspecto superior del cuello femoral) o compresión (en la cara inferior del cuello femoral). Las fracturas por estrés ocurren en el hueso normal sometido a un esfuerzo máximo repetido; a medida que el hueso intenta

remodelar, la actividad osteoclástica se produce a una velocidad mayor que la actividad osteoblástica, cuando estas fuerzas acumulativas exceden la resistencia estructural del hueso.

Las fracturas de cadera se clasifican como intracapsulares, que incluyen fracturas de cabeza y cuello femoral, o extracapsular, que incluye fracturas trocantéricas, intertrocantéreas y subtrocantéricas. La ubicación de la fractura y la cantidad de angulación y trituration juegan un papel integral en la morbilidad general del paciente, al igual que la condición física preexistente del individuo.

Cummings et al.⁴⁰ mencionan que nuevas directrices sobre el manejo de las fracturas de cadera en pacientes adultos mayores incluyen lo siguiente: la analgesia regional se puede utilizar para mejorar el control del dolor preoperatorio en pacientes con fractura de cadera, en pacientes sometidos a cirugía de fractura de cadera, se pueden lograr resultados similares con anestesia general o espinal; la artroplastia debe utilizarse en pacientes con fracturas inestables (desplazadas) del cuello femoral.

Se recomienda el uso de un dispositivo cefalomedular para el tratamiento de pacientes con fracturas subtrocantéricas o de oblicuidad inversa. En los pacientes asintomáticos de fractura de cadera posoperatoria, se debe utilizar un umbral de transfusión sanguínea no superior a 8 g/dl. La terapia física intensiva después de la alta mejora los resultados funcionales. El uso de un programa interdisciplinario de atención en pacientes con fractura de cadera con demencia leve a moderada mejora los resultados funcionales. El manejo multimodal del dolor debe ser utilizado después de la cirugía de fractura de cadera.

López et al.⁴¹ señalaron que la fractura de cadera en adultos mayores se debe a su desgaste con la edad y a los accidentes de caídas. Este desgaste depende de factores congénitos, del estilo de vida, el grado de obesidad, la edad avanzada y de enfermedades, los cuales, a su vez, dependen de causas que pueden ser propiciadas por otras enfermedades como la insuficiencia vascular (luxación) y de tipo traumático como lesiones previas en la articulación de la cadera. Dentro de las enfermedades principales se encuentran: la artrosis (inflamación y deformación de las articulaciones), la osteoporosis (huesos porosos, débiles y quebradizos, por pérdida de masa ósea pues el tejido óseo nuevo no se produce tan rápido

como el viejo), la displasia de cadera (trastorno del crecimiento de la articulación de la cadera durante la gestación) y la enfermedad de Perthes (deformidad de la cabeza femoral); ambas producen desequilibrio por disimetría o desigualdad de longitud de los miembros inferiores.

Para disminuir el riesgo de fractura de cadera, el mejor tratamiento preventivo es un buen estilo de vida saludable, importante para mantener los huesos fuertes, así como hacer suficiente ejercicio, estar activo, no fumar ni consumir sustancias o bebidas alcohólicas en exceso a largo plazo, unido a una buena alimentación alta en calcio, vitamina D y proteínas.

Mientras que, para evitar caídas, se sugieren las siguientes recomendaciones: mantener el piso en buen estado y evite cualquier tipo de obstáculos del camino, mantener en buen estado las escaleras y sus barandillas, propiciar una buena iluminación, incluyendo una lámpara cerca de la cama donde se pueda llegar fácilmente, colocar una esterilla de caucho antideslizante o tiras autoadhesivas en el suelo de la bañera o la ducha, realizar ejercicio regularmente, ya que fortalece y mejora el equilibrio y la coordinación, revisar los medicamentos en uso con precaución, en especial los que producen somnolencia o vértigo, realizar exámenes de la visión, promover el levantarse lentamente, evitando la hipotensión⁴².

Vindas et al.⁴³ hicieron una revisión bibliográfica en motores de búsqueda de libre acceso, de artículos médicos especializados sobre las características y complicaciones presentes en la fractura de cadera en el adulto mayor, de los años 2016 a mayo de 2020, y analizaron los artículos disponibles de revistas médicas, tesis de grado y posgrado, manuales y libros con no más de seis años de antigüedad, que analizaran desde un enfoque médico la temática, y solamente se tomaron en cuenta artículos en español. Ellos concluyeron en que la intervención quirúrgica suele ser el tratamiento más oportuno y efectivo, pero suele atraer una serie de complicaciones importantes como el delirio, la anemia, el deterioro cognitivo, la infección y la muerte.

Carvajal⁴² describe el procedimiento por seguir para tomar la decisión del tratamiento que se debe aplicar, que consiste en hacer un diagnóstico y un pronóstico, como se describe a continuación.

Para concretar el diagnóstico, se debe hacer una evaluación del paciente para identificar la posible causa de la caída; así, el primer paso es acordarse de que el 10% de las caídas se relaciona con enfermedades agudas; en segundo lugar, que estas forman parte de un síndrome clínico y por ello es multifactorial; se deben analizar los factores intrínsecos, extrínsecos del paciente, y averiguar los fármacos que se le han administrado recientemente. Durante la anamnesis, se debe indagar sobre el estado de conciencia previo o posterior a la caída, complementada por la descripción del mecanismo de trauma y factores ambientales contribuyentes.

El examen físico debe ser completo, cuidadoso y dirigido a buscar perturbaciones con la marcha, problemas cardíacos, pulmonares, trastorno cerebrovascular, investigar si existen signos de anemia, problemas audiovisuales, en fin, cualquier enfermedad que pueda predisponer a una caída. Los exámenes de laboratorio y gabinete se obligan a ser orientados a los padecimientos sospechados. Sin embargo, debido a la alta frecuencia de presentación atípica de enfermedades en ancianos, se recomienda realizar los siguientes: hemoglobina y hematocrito, leucograma, nitrógeno ureico y creatinina, electrolitos, glicemia, electrocardiograma y radiografía de tórax. Por supuesto, si se encuentran anomalías en el examen físico e interrogatorio, se deben enfocar los exámenes complementarios para descartar otras patologías.

En general, el pronóstico, así como la decisión del método terapéutico por emplear, dependen del tipo anatómico de la fractura; además, esta clasificación correlaciona la incidencia de pseudoartrosis y necrosis avascular de la cabeza femoral con el desplazamiento de la fractura, así que a mayor tipo aumenta la incidencia de complicaciones posteriores. En la mayoría de las fracturas de cadera, el tratamiento debe ser quirúrgico; sin embargo, en algunos pacientes que por su condición médica lo contraindique, se escoge el tratamiento conservador, que consiste en reposo en cama por varios meses y en algunas ocasiones tracción; se mantiene especial atención en evitar las

úlceras por decúbito y disfunción respiratoria. En varios casos se ha observado que con este tratamiento la consolidación es inadecuada y, por ello, las expectativas de curación disminuyen enormemente.

En el caso de tratamiento quirúrgico, para Carvajal⁴², en las fracturas no desplazadas se utilizan clavos o tornillos, en las desplazadas se prefiere la utilización de hemiartroplastia por la elevada incidencia de necrosis avascular, y en las fracturas intertrocantéricas estables se utilizan sistemas de tornillo de deslizamiento y placa lateral, mientras que en las inestables necesitan un mayor soporte medial. La artroplastia total primaria de cadera se prefiere para aquellos pacientes con artritis grave.

La rehabilitación de estos pacientes es muy importante, y uno de los objetivos por buscar es restablecer una función óptima, la cual debe empezar al momento del tratamiento inicial. Estas personas necesitan que su estado físico sea en lo posible lo más cercano al previo a la lesión, por lo que su rehabilitación es parte fundamental en su tratamiento. Dentro de los primeros días del postoperatorio el paciente se debe movilizar, esto con el fin de evitar complicaciones propias de la inmovilización, y mantenerlo lo más aliviado posible para permitirle la deambulación.

Los estudios más recientes en Costa Rica datan de 1998⁴⁴ y 2004⁴¹. Sancho et al.⁴⁴ analizaron los casos hospitalizados a nivel nacional, en los hospitales de la seguridad social, en un período de cinco años (1994-1998), que fueron egresados con el diagnóstico de fractura de cadera en pacientes mayores de 50 años. La incidencia encontrada en Costa Rica fue de 34 fracturas de cadera por 100 000 habitantes por año (1998) y la prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres, pero aquí también contrasta con las publicaciones existentes, donde las proporciones varían entre 3 y 4,5 a favor de la mujer.

Este estudio muestra una relación de 2,2:1, siempre a favor de las mujeres. Esta diferencia aumenta a partir de los 70 años, situándose en 2,7:1, probablemente por el aumento de la expectativa de vida a favor de la mujer.

López et al.⁴¹ estudiaron los registros estadísticos de la CCSS en Costa Rica, del periodo 2001-2004, y obtuvieron que, de los traumatismos de cadera y muslo, en los

últimos cinco años, la fractura de cadera ocupa el primer lugar en incidencia con un 90.19% (9143 casos). En segundo lugar, se encuentra la categoría de otros traumatismos, que engloba otras lesiones como traumatismos de vasos sanguíneos, nervios, músculos, entre otros. Esta categoría presentó 3.71% (377 casos). En tercer lugar, las heridas de cadera y muslo se presentaron en un 2.97% (302 casos), y por último las luxaciones, esguinces y torceduras de la cadera, representaron un 2.91% referente a 295 casos. En relación con el sexo, la fractura de fémur es más frecuente en el sexo femenino, con un 56.5% (5127 casos) con respecto al masculino con un 43.5% (4016 casos).

Con respecto a los grupos etarios, el que corresponde al grupo de los 81-100 años, ocupó el primer lugar en incidencia con un 36.86% (3367 casos), seguido del grupo de 61 a 80 años con un 32.74% (2991 casos), y en tercer lugar el grupo de los 21-40 años con un 10.68% (976 casos).

2.1.1 Determinantes de la salud en adultos mayores

Factores como comorbilidades, condiciones socioeconómicas y apoyo social son determinantes clave de la salud en adultos mayores, en espera de cirugía de cadera. Su comprensión es esencial para abordar de manera integral las necesidades de esta población, de acuerdo con López et al.⁴¹.

Ante el padecimiento del desgaste de cadera, los adultos mayores presentan riesgos que aumentan la probabilidad del grado de afectación de fractura de cadera. Entre estos, se puede mencionar las comorbilidades y dentro del promedio la hipertensión arterial ha sido la más frecuente (67,5%), seguida de la demencia (25,6%), la diabetes (22,2%), el hipotiroidismo (19,7%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (18,8%), según Venegas et al., citados por Sanabria et al.⁴⁵.

López et al.⁴¹ mencionaron como factores de riesgo: edad avanzada (huesos débiles), obesidad, sedentarismo, desnutrición, pérdida de masa muscular (músculos y grasa), déficit visual, desequilibrio, marcha inestable, sexo femenino y hombres después de los 70 años de edad, deficiencia hormonal, el tamaño del cuerpo en ambos sexos de bajo peso corporal y de huesos delgados, raza blanca y de origen asiático, historia familiar de

fracturas o antecedentes familiares, el grado de osteoporosis y de osteoartritis, afecciones ortopédicas de los miembros inferiores (coxartrosis, gonartrosis, hallux valgus), y las complicaciones como: la descompensación de las enfermedades crónicas como trastornos hidroelectrolíticos, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, retención aguda de orina, incontinencia urinaria y/o fecal, estreñimiento y obstrucción intestinal, hemorragia digestiva, anemia, síndrome confusional agudo, el uso inadecuado o a largo plazo de ciertos medicamentos antidepresivos, infecciones, dolor, pérdida de capacidad funcional, inmovilidad, depresión y muerte.

La demora quirúrgica es uno de los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad en los pacientes con fractura de cadera, manifiesta Correoso⁴⁶. Los factores ambientales que comprenden las superficies desiguales o resbalosas, obstáculos como alfombras arrugadas, mascotas, escalones, mala iluminación y falta de barandas u otros soportes para el equilibrio conducen al accidente de caída y fractura de cadera, según López et al.⁴¹.

Carvajal⁴² mencionó que las fracturas de cadera tienen una alta mortalidad, ya que se estima que, posterior a los seis meses oscila entre el 12 % y el 41%, según los factores de riesgo asociados, y dentro las principales causas de muerte en pacientes con fracturas de cadera se encuentran: neumonías, desequilibrios hidroelectrolíticos, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar, hemorragia gastrointestinal, y cualquier otra complicación médica del posoperatorio.

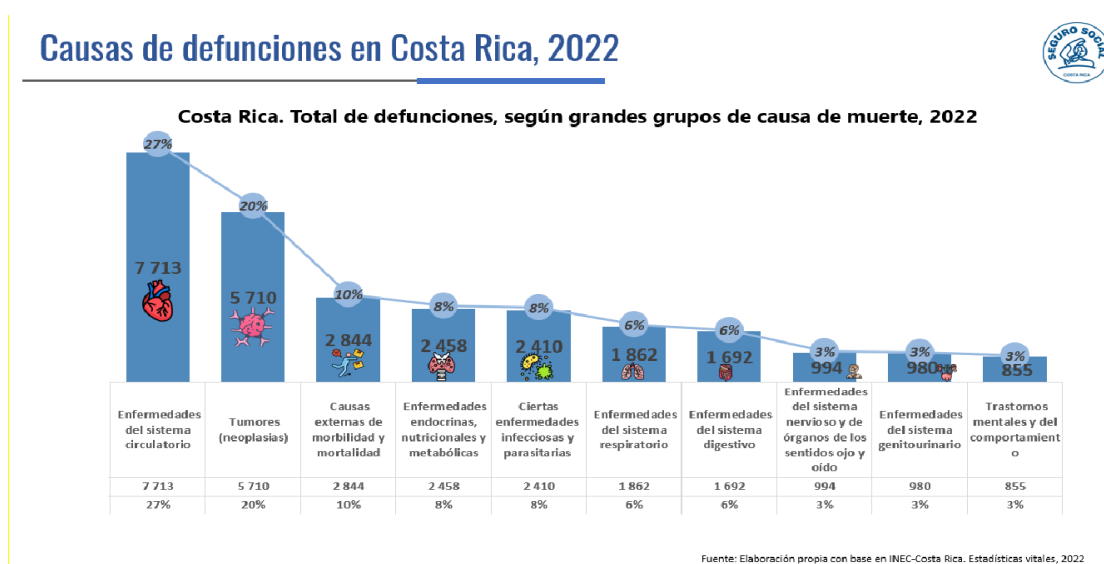
López et al.⁴¹ añadieron otros padecimientos que con frecuencia se relacionan con fracturas: evento vascular cerebral, síncope, hipotensión, osteoporosis secundaria, enfermedad de Parkinson, demencia, paraparesias, y señalan que los medicamentos como benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, corticosteroides y barbitúricos también tienen relación con las fracturas de cadera.

Sancho et al.⁴⁴, en Costa Rica, analizaron la mortalidad por fractura de cadera con base en los ingresos de pacientes de los hospitales durante 1994-1998, mediante dos variables en la CCSS: la mortalidad tardía, como aquella que se da a partir de un mes de la fractura o del egreso del paciente hasta un año, y la mortalidad aguda o inmediata, definida

como aquella que ocurre durante el período de internamiento por la fractura. Se determinó una mortalidad aguda del 5% con una estancia promedio de 11 días. Un 56% de los pacientes eran mujeres, con una edad promedio de 83,6 años y un 44% hombres, con edad promedio de 83,9 años. Se identificaron las principales causas de mortalidad inmediata del Hospital México, durante 1997 y 1998: en primer lugar, la fractura de cadera: 63% (como diagnóstico de causa de muerte); seguida de bronconeumonía, 12%; infarto de miocardio, 5%; complicaciones de diabetes, 5%; infección de prótesis, 2,5%; embolia pulmonar, 2%. La mortalidad tardía fue 15%, y ocurrió un 9% en mujeres y 6% en hombres.

El total de la mortalidad por fractura de cadera al año fue del 20% (11,8% en mujeres y 8,2% en varones). Las principales causas de morbimortalidad en Costa Rica para el año 2022 se mencionan en la Figura 4.

Figura 4. Causas de morbimortalidad en Costa Rica 2022



Fuente:¹¹⁶.

En otros países, como España, donde la población es alta, Vindas et al.⁴³ ampliaron al mencionar que el índice de mortalidad en el primer año, después de una fractura de cadera, estimado entre 14% y 36%, no recuperará la capacidad funcional previa a la fractura un 50%, y un 20% necesitará ayuda durante largos periodos de tiempo para lograr su pronta y segura recuperación. De manera específica, dicha mortalidad oscila entre 14-63% en las

fracturas subcapitales y entre el 10-30% en las trocantéreas. Mientras que la mortalidad intrahospitalaria oscila entre el 4 y el 8%, y se considera que alrededor de un 40% de los pacientes recupera la funcionalidad posterior a la intervención quirúrgica de tratamiento, aunque el 30% en ciertos casos vuelven a ser independientes en sus actividades cotidianas.

El apoyo social es otro factor determinante en la población adulta mayor. CONAPAM⁴⁸, en representación, da acceso al conocimiento, ejercicio y defensa de los derechos y obligaciones en la búsqueda de una menor desigualdad social en Costa Rica.

Menciona los fundamentos legales del derecho a la salud, a programas de rehabilitación, tratamiento, articulación y fortalecimiento de hogares de larga estancia de persona adulta mayor, mejora de la calidad de vida, de trabajo, a la integridad, a la imagen, libre tránsito y transporte, a organización, educación y capacitación, permanencia en su familia y su comunidad, a bono de la vivienda, a seguridad y dignidad.

Específicamente se pueden citar: el decreto N° 37165-S., del 4 de junio de 2012 establece la regulación que permite articular y fortalecer los hogares de larga estancia de persona adulta mayor, para el desarrollo e implementación de actividades referente al cuidado básico, higiene personal, apoyo en actividades de la vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición. Estimulación mental, con especial énfasis en aquellos que se encuentran en riesgo social, para garantizar una vejez con calidad de vida.

El decreto N° 36607-MP del 13 de mayo de 2011 acerca de la conformación y desarrollo de la Red nacional progresiva para el cuidado de las personas adultas mayores.

El decreto N° 30571-S del 25 de junio de 2002, que establece el reglamento general de habilitación de establecimientos de salud y afines, en el cual define la clasificación a la que pertenecen los centros de atención al adulto mayor.

El decreto N° 32062-MP-S del 27 de setiembre de 2004, declara el 1° de octubre el Día Nacional de la Persona Adulta Mayor, y el decreto N° 33158 MP del 9 de mayo de 2006, Día Nacional contra el abuso, maltrato, marginación y negligencia contra las personas adultas mayores.

2.1.2 Sistema de Salud en Costa Rica

El sistema de salud costarricense juega un papel crucial en la atención a adultos mayores que requieren cirugía de cadera. Analizar su capacidad para hacer frente a la demanda ortopédica permitirá identificar áreas de mejora en la gestión de listas de espera.

Este sistema se fundamenta en que “Todo ciudadano tiene derecho a la salud”, tal y como lo establece el acta de la Constitución política de Costa Rica¹⁰⁹ y la Ley de la Persona Adulta Mayor ⁴ y, acorde con los instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos⁴⁹, en su artículo 25; la Convención Americana de Derechos Humanos⁵⁰, en los artículos 1 y 5; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵¹, artículos 9, 10, 11, 12; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁵², artículos 6 y 7; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre⁵², en el artículo 1; la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial ⁵³, artículo 5 inciso e).

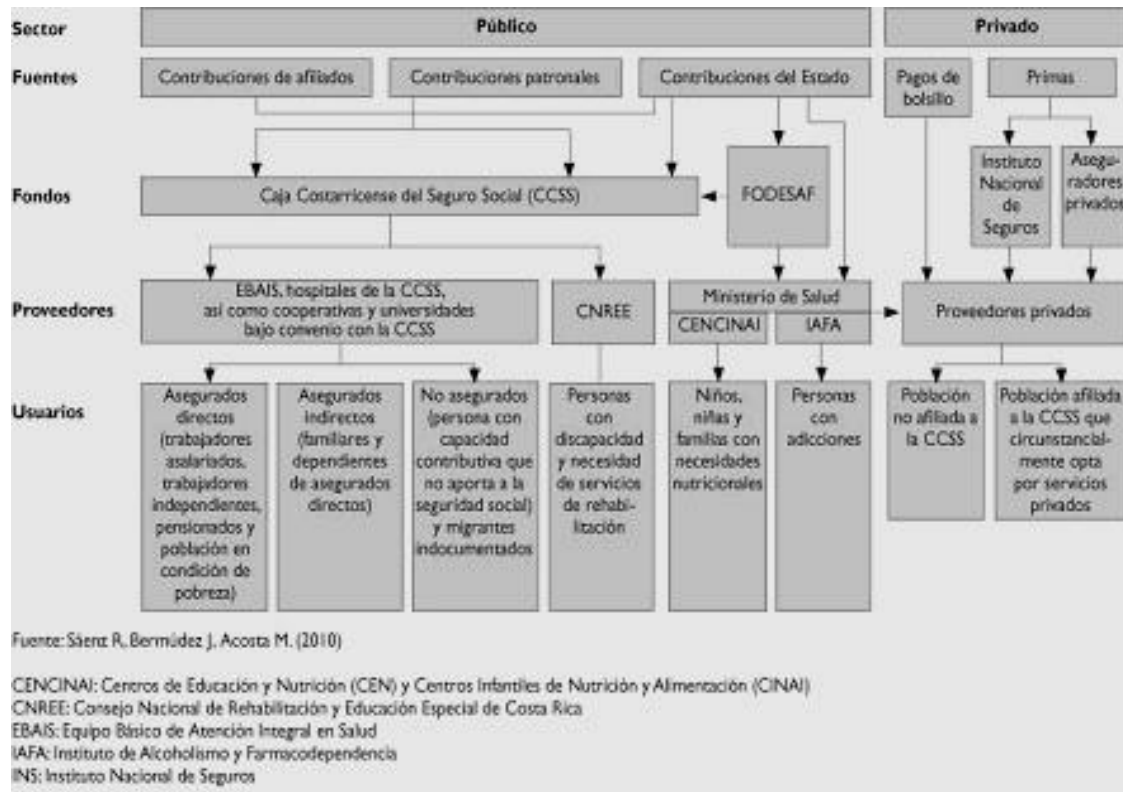
Sáenz et al.⁵⁴ mencionaron que el sistema de salud de Costa Rica califica dentro del modelo “Sistema de Salud Universal” que presta servicios de salud, agua y saneamiento, y en el componente de salud describen su estructura, cobertura, beneficios, prestación de servicios, financiamiento, infraestructura, recurso humano, medicamentos, y evaluación y control, tal como se muestra a continuación.

- **Estructura**

La estructura organizacional del sistema de salud de Costa Rica se muestra en la Figura 5. Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, en el sector privado y en un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS, principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud (MS), como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas a él, como los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente. El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado, y

es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

Figura 5. Esquema organizacional del Sistema de Salud de Costa Rica



Fuente: ⁵⁴.

La Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) se creó desde el año 2001, como una instancia técnica encargada de llevar adelante las estrategias más adecuadas y documentadas a nivel nacional e internacional, con respecto a la disminución efectiva de las listas de espera para cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos. Está adscrita a la Gerencia de División Médica, con el pleno apoyo de las restantes gerencias. Su dirección estará a cargo de un subgerente de la División Médica. Contará con el apoyo de todas las instancias internas, que puedan consolidar sus objetivos y el apoyo técnico externo que se requiera en el tema de listas de espera (CCSS. Reglamento)⁵⁵.

- **Cobertura**

El seguro de salud se constituyó para la población trabajadora, y con el paso de los años se ha extendido a nuevos beneficiarios estrechamente ligados a la categoría de contribuyente y no contribuyentes al sistema. Estos se clasifican según diversas modalidades de aseguramiento, a saber: a) asegurados directos (trabajadores asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o colectivamente se acojan a la modalidad de seguro voluntario; trabajadores independientes, que cotizan al seguro en forma individual o colectiva; población en condición de pobreza, aseguradas por el Estado); b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar), y c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados).

Todos los menores de edad inferior a 18 años y mujeres embarazadas que no estén protegidos por el beneficio familiar, los pensionados del régimen no contributivo y los indigentes identificados están asegurados a cargo del Estado. El reconocimiento de la CCSS de una categoría de "no asegurado", justificado inicialmente para la universalización de la atención primaria, ha permitido que habitantes del país con capacidad contributiva elijan no contribuir al seguro de salud, pero puedan hacer uso de la prestación de servicios de segundo y tercer nivel por la vía de la atención de emergencias.

A pesar de las políticas vigentes, aún quedan grupos de la población sin acceso a la seguridad social, como los refugiados pobres no aceptados como beneficiarios a cargo del Estado (actualmente cubiertos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas cuyo acceso geográfico a los servicios es limitado, población en condición de pobreza no informada de sus derechos, y 28.8% de trabajadores del sector agrícola sin cobertura en salud o pensiones. Desde hace varios años, se han estado explorando opciones de aseguramiento para los recolectores de café temporales e inmigrantes. Esta iniciativa no se ha podido viabilizar por resistencias institucionales y escasa información que sustente la propuesta.

En el 2010 se aprobó una nueva Ley de Migración y Extranjería, que obliga a los extranjeros residentes permanentes, residentes temporales y trabajadores transfronterizos a cotizar al seguro social de la CCSS como condición para renovar su estado migratorio. La Ley no establece condición laboral para que estos grupos de personas coticen. Asimismo, los ejecutivos, representantes, gerentes y personal técnico de las empresas transnacionales establecidas en el país deben acreditar su adscripción a un seguro de la CCSS, para efectos de optar por la renovación de su cédula de extranjería.

- **Beneficios**

La CCSS administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) y el régimen no contributivo. Sus beneficios se detallan en el Reglamento de Salud de 2006. El SEM cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral, y asistencia social, individual y familiar. El IVM incluye pensión por vejez, pensión por invalidez, y pensión por orfandad y viudez. Finalmente, el régimen no contributivo provee aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda. Quedan excluidos de subsidios las consecuencias de un aborto intencional, aunque sí cubren los gastos en salud, en caso de que se desarrolle una enfermedad a causa de este.

- **Prestación de servicios**

Las personas con discapacidad permanente o temporal y con necesidad de servicios de rehabilitación física o cognitiva son atendidas en el Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, mientras que las familias con necesidades nutricionales reciben apoyo del CEN, el CINAI y el IAFA.

El INS ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y vende un seguro privado de salud. La CCSS presta sus servicios mediante una red de servicios propios organizada en tres niveles diferenciados por su capacidad resolutive y con sus propios médicos, enfermeras y demás personal de salud. En el primer nivel se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que atienden a grupos poblacionales de 3 500 a 4 000 personas, junto con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria. En este nivel se implementan cinco programas de atención integral en función de la condición etaria, del proceso de vida y género. El segundo nivel lo conforma una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales, que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos. El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica, que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados.

La CCSS contrata, además, bajo varias figuras, a proveedores del sector privado, con y sin fines de lucro, cuando lo considera necesario. Por ejemplo, con el fin de extender su red de servicios, en los años ochenta, la CCSS empezó a contratar cooperativas para prestar servicios de salud en áreas donde era deficitaria. Actualmente, las cooperativas Coopesain, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana, y dos entidades no cooperativas, la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa Rica, atienden a 15% de la población con base en contratos para el primer nivel de atención. Estos proveedores, en caso de complejidad, deben referir a sus pacientes al segundo y tercer nivel de la red pública. También contrata servicios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer. Las cooperativas y universidades trabajan con su propio personal.

- **Financiamiento**

La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones, o contrata prestadores del sector privado con los que establece

contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Ministerio de Salud es el rector del sistema, y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Dentro de las innovaciones relativamente recientes que se han implantado en Costa Rica, destacan la implantación de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicos, la introducción de los acuerdos de gestión y la creación de las Juntas de Salud.

Dichas contribuciones son cotizaciones tripartitas (empleadores, trabajadores y Estado). Actualmente la cuota de cotización asciende a 22.91% de la nómina salarial. El patrón aporta 14.16%, dividido en 9.25% para el SEM y 4.91% para el IVM. El trabajador aporta 8.25%, 5.50% para el SEM y 2.75% para el IVM. Finalmente, el Estado aporta 0.50%, dividido en 0.25% para cada régimen. Los asegurados voluntarios e independientes aportan conforme a sus ingresos declarados y el Estado aporta 0.25%. Si los ingresos son menores a US\$ 885, el aporte es de 10.5% y, si los ingresos superan ese monto, se aporta 13.5%.

Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado, a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, así como con cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores.

El sector privado se financia de forma directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención. Solo 2% de los hogares cuentan con un seguro privado del INS.

La CCSS es responsable de recaudar y distribuir los recursos. Como parte de la reforma del Sector Salud de 1997, la CCSS introdujo un nuevo sistema para la distribución de fondos basado en "compromisos de gestión". Su propósito es asignar recursos sobre un análisis prospectivo de las necesidades en salud de la población en cada área de salud, estableciendo metas de desempeño anuales entre el proveedor inmediato (EBAIS, clínica,

hospital, cooperativa) y la CCSS. Los compromisos de gestión estipulan la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada, entre otros. El sistema de pago es capitado y prospectivo, e incluye 10% para incentivos. El pago a los prestadores sigue siendo salarial, con base en una escala manejada a nivel central.

El sistema de compromisos de gestión se implementó en todos los establecimientos públicos y privados contratados por la CCSS. Sin embargo, según una evaluación realizada por la Contraloría General de la República, en ocasiones se han modificado las metas cuando no se logran los objetivos originalmente establecidos. De esta manera se evita la pérdida del 10% de bonificación por buen desempeño, pero también se perjudican los objetivos pactados.

- **Infraestructura**

La atención de primer nivel en la CCSS está dividida en 105 áreas de salud, cada una de las cuales cuenta con un establecimiento de atención ambulatoria. Además, dispone de 947 EBAIS y alrededor de 1 800 consultorios de visita periódica para zonas alejadas y poco pobladas, donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud. El segundo nivel está integrado por once clínicas mayores, trece hospitales periféricos y siete hospitales regionales. El tercer nivel cuenta con tres hospitales nacionales de concentración y cuatro especializados. Los primeros atienden a la población de un área del país, y todos los establecimientos de salud de esa área les remiten los pacientes para intervenciones complejas.

La CCSS cuenta con laboratorios clínicos, bancos de sangre y equipos de radiodiagnóstico; mientras que en el sector privado hay gran número de clínicas y hospitales, así como consultorios, laboratorios, farmacias, clínicas dentales y radiología. Por su parte, el INS cuenta con consultorios para atención médica inmediata a los trabajadores, y con una red desconcentrada de servicios de salud integral, compuesta por dispensarios médicos que prestan asistencia médico-quirúrgica básica. También cuenta con

instalaciones para hospitalización y rehabilitación, incluyendo un albergue para quienes reciben tratamientos de rehabilitación y que proceden de sitios alejados del Valle Central.

- **Recurso humano**

El recurso humano lo constituyen profesionales en ciencias médicas: médicos, enfermeras y obstetras, trabajadores odontológicos y trabajadores de farmacia. Cada EBAIS cuenta con un médico, un auxiliar de Enfermería y un asistente técnico de atención primaria, además de un equipo de apoyo compartido con los demás EBAIS del área, compuesto por un trabajador social, una enfermera, un médico, un nutricionista, un farmacéutico, un microbiólogo y un técnico en registros médicos.

- **Medicamentos**

Desde 1989 existe una política institucional de medicamentos esenciales, a través de la cual se integra la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). La selección de medicamentos para la LOM es competencia del Comité Central de Farmacoterapia, quien informa al MS cualquier cambio. Este comité basa su trabajo en criterios científico-técnicos, como la evaluación comparativa de la eficacia, la seguridad, el cumplimiento, la disponibilidad y el costo de los medicamentos.

Para la atención de patologías de baja incidencia, se ha creado la normativa para comprar "medicamentos excepcionales", que aplica para una condición clínica especial que haya desarrollado un paciente, una evolución tórpida de un cuadro patológico dado, o bien porque no responden adecuadamente a las alternativas terapéuticas disponibles en la LOM, de manera que la excepcionalidad se reconoce porque la condición clínica se sale de la regla o de la generalidad.

- **Evaluación y control**

Uno de los objetivos de la reforma del Sector Salud de 1993 fue fortalecer la función rectora del MS. Sin embargo, no fue hasta 1998 cuando se concretó en la redefinición de los procesos de trabajo, capacitación y cambios de personal. Las nuevas

funciones del MS se organizaron en cuatro áreas: a) dirección y conducción; b) regulación del desarrollo de la salud; c) vigilancia de la salud, y d) investigación y desarrollo tecnológico. En regulación se incluyen las normas y reglamentos en medio ambiente, alimentación y medicamentos.

La Ley General de Salud y sus reglamentos establecen las condiciones mínimas de operación para los prestadores médicos y afines públicos y privados en términos de infraestructura y equipo, que incluyen requisitos de calidad y seguridad para los principales insumos (recursos humanos, productos farmacéuticos, servicios de diagnóstico). El MS es quien verifica el cumplimiento de las condiciones, habilitando el permiso de operación según clasificación de riesgo a la salud. En caso de incumplimiento, la única sanción autorizada en la ley es el cierre de los establecimientos.

La profesión médica está regulada por el Colegio de Médicos y Cirujanos, una institución con 150 años de experiencia. Este colegio es responsable de la acreditación y reacreditación de los profesionales médicos nacionales y extranjeros en todas las especialidades, y de establecer las normas deontológicas para el ejercicio de la profesión. Asimismo, en el área de salud se encuentran los colegios de enfermeras, microbiólogos y cirujanos dentistas, entre otros.

El MS cuenta con una dirección especializada en vigilancia en salud, apoyada en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, concentrado en la vigilancia de eventos en salud. El Instituto de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud apoya la vigilancia epidemiológica con los laboratorios y centros nacionales de referencia. Desde 2002 el MS publica una lista de indicadores desagregados a nivel cantonal sobre el estado de salud de la población. Predomina el monitoreo de 66 enfermedades de declaración obligatoria, once de las cuales se someten a un control más estricto, debido a su importancia y transmisibilidad. También desarrolla estrategias para motivar a la población y a las empresas privadas a participar en el combate contra la malaria en la Región Atlántica, y contra el dengue a nivel nacional.

El MS y la CCSS conjuntamente evalúan las actividades desarrolladas en el Sector Salud. Algunos programas se autoevalúan anualmente, como los compromisos de gestión. Otros se monitorean con menor frecuencia, como la satisfacción del usuario. Ambas instituciones contratan organizaciones públicas y privadas, incluyendo a agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, para realizar análisis de contexto y evaluaciones de resultados e impacto. Además, diversas instituciones académicas, como las universidades nacionales, la CEPAL, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo implementan estudios de evaluación independientes. El MS está desarrollando un área específica de evaluación, con el fin de fundamentar el diseño de políticas de salud en evidencias científicas.

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) es la instancia gubernamental encargada de formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar las estrategias y prioridades en cada periodo gubernamental. Elabora un Plan nacional de desarrollo, donde se traducen las estrategias y metas cuatrienales. Todas las acciones que ahí se detallan son evaluadas en su nivel de cumplimiento de objetivos del sector. Sin embargo, la CCSS ha alegado que su autonomía constitucional impide que MIDEPLAN emita calificaciones sobre su desempeño.

La Contraloría General de la República (CGR) fiscaliza el uso de los fondos públicos para mejorar la gestión de la hacienda pública. Tiene competencia sobre todas las instituciones públicas. La CGR es el órgano encargado de la regulación/evaluación financiera de la CCSS y del Sector Salud en general, y realiza informes de evaluación financieros.

La Defensoría de los Habitantes es el lugar donde los ciudadanos pueden acudir con sus quejas, la cual lleva a cabo un procedimiento para verificar la denuncia y posteriormente realiza una investigación, para emitir un informe y recomendaciones al sujeto fiscalizado. Sus recomendaciones no son vinculantes. La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados establece que todos los usuarios, quienes paguen directamente los servicios de salud, tienen derecho a recibir una cuenta con el detalle y explicación de todos los gastos incurridos en su tratamiento. Sin

embargo, en términos de protección al consumidor, la regulación es limitada, y no hay reglas que determinen las relaciones entre los diferentes agentes que actúan en el mercado de salud.

La Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS de 1998 estableció las Juntas de Salud, con el fin de promover la participación ciudadana. Están constituidas por dos representantes patronales, tres representantes de los asegurados de la zona de atención del centro de salud, y dos representantes de las asociaciones prohospitalares y proclínicas de la zona. Todos son voluntarios, y su tarea es ayudar al director del centro de salud a velar por la correcta ejecución del presupuesto, emitir criterios sobre los compromisos de gestión, y participar en la definición de las prioridades y políticas generales del hospital o la clínica en materia de inversión, contratación administrativa y promoción e incentivos para los trabajadores. Sin embargo, las Juntas de Salud no tienen autoridad y solo pueden sugerir y, eventualmente, reclamar. Los hospitales y clínicas siguen respondiendo directamente a la Junta Directiva de la CCSS.

El reclamo se puede canalizar por las contralorías de servicios, la Sala Constitucional o la Defensoría de los Habitantes. En las primeras las quejas más comunes son por retrasos en la atención y tiempos de espera. Estas se resuelven en el mismo establecimiento. Respecto a la Sala Constitucional, en el 2009 se tramitaron 60 recursos de amparo e inconstitucionalidad por retraso en la atención y/ o por medicamentos excluidos de la LOM. En la mayoría de los casos, la sala acoge y ordena a la institución la atención pronta, privilegiando el derecho a la atención en salud, independientemente del costo.

Por último, según el Onceavo informe estado de la nación y el Informe anual de labores 2008-2009 de la Defensoría de los Habitantes, citados por Sáenz et al.⁵⁴, las largas listas de espera están provocando deslealtad al sistema. De hecho, 50% de la población opina que podría dejar de cotizar para unirse a los servicios privados, situación que aumentaría el problema de la sostenibilidad y, según estimaciones de 2004, "si 18% de los cotizantes con los salarios más altos se retiran del seguro de salud, los recursos de la institución se reducirían en 48%".

2.2 Listas de espera en Salud

Las listas de espera en el ámbito de la salud plantean desafíos significativos. La espera prolongada para cirugías de cadera puede resultar en consecuencias adversas para la salud de los adultos mayores, subrayando la necesidad de una gestión eficiente y centrada en el paciente.

De acuerdo con el Reglamento de la Unidad Técnica de Listas de Espera de la CCSS⁵⁵, la “lista de espera”, se define como la información almacenada, generada, enviada, recibida, o comunicada por medios manuales, electrónicos, digitales, ópticos o similares, que contiene los datos fidedignos y actualizados de los pacientes en espera cronológica a futuro para la ejecución de una cirugía electiva, de una consulta especializada o la aplicación de un procedimiento en una determinada especialidad médica en el nivel del servicio, departamento u hospital. Mientras que el “tiempo de espera” es el plazo entre la fecha en el profesional médico competente recomienda la cirugía electiva, consulta especializada o procedimiento, y la fecha en que será efectivamente intervenido.

La misma analogía se aplica para la consulta externa especializada y los procedimientos de las especialidades críticas, partiendo del plazo operativo de 90 días naturales u otros diferenciados específicamente por la Unidad Técnica de Listas de Espera.

Arce⁴, por su parte, la define como: "Una lista de espera es una cola de pacientes pendientes de recibir un determinado servicio de salud". En general existen dos listas de espera diferentes: i) Las listas de espera para visita al especialista; ii) Las listas de espera para el correspondiente servicio diagnóstico o terapéutico (mamografías, ultrasonidos, entre otros). Cada lista está asociada a un tiempo de espera (medido en días, semanas o meses) desde que el paciente es ubicado en la lista hasta que recibe el servicio.

No obstante, se debe añadir la lista de espera quirúrgica. Asimismo, en el primer aspecto, a pesar de los esfuerzos de la CCSS en el diseño e implementación de programas y proyectos dirigidos a racionalizar las listas de espera, según información de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), al 31 de marzo de 2003, la lista de espera asciende a 146.805 pacientes considerando cirugía, procedimientos y consulta externa⁵⁵. Los tiempos y listas de espera son característicos de sistemas de salud de carácter público. En sistemas

de carácter privado, no existen listas ni tiempos de espera explícitos; sin embargo, se observan listas y tiempos de espera implícitos ocasionados por la barrera de acceso financiera.

De acuerdo con Julio Cristian et al.⁵⁶, la principal causa de las listas de espera es que existe una demanda de servicios médicos mayor que la oferta, lo cual agudiza las decisiones de tipo quirúrgico electivo y se considera una prioridad de carácter público, debido a la interdependencia de la atención médica en general, especialmente ante la totalidad de las distintas urgencias médicas. Por un lado, la oferta depende de la capacidad de los sistemas públicos de salud limitada en financiamiento, especialistas y otros recursos.

Mientras que, por otro lado, en la demanda, existe evidencia de que los costos asociados a la espera por una intervención quirúrgica están relacionados con efectos sociales, efectos psicológicos, grado de discapacidad y con la probabilidad de deterioro de su condición de salud. Todo esto conduce a políticas públicas acertadas para enfrentar esta situación, mediante la priorización de la atención de problemas de salud que mejoren el resultado sanitario del sistema y el establecimiento de criterios de oportunidad de atención para los pacientes. Bajo esta mirada, la existencia de listas de espera no es negativa per se, sino que supone un desafío de gestión clínica para los hospitales públicos.

La cirugía de trauma, especialidad que se ocupa del tratamiento y el cuidado de daños causados por accidentes, caídas, golpes y heridas, constituye un alto grado de importancia en aumentar las listas de espera, según Brenes⁵⁷.

Las fracturas de las extremidades inferiores se encuentran entre las lesiones más frecuentes en pacientes con politraumatismos, y con frecuencia son responsables de hospitalizaciones, discapacidad crónica y deterioro funcional. Ocurren con mayor frecuencia en la tibia; su prevalencia varía del 20% al 40% de los casos, seguida de las que ocurren en el fémur (12%), metacarpianos y ulna. De acuerdo con COSEVI⁵⁸, en Costa Rica, en el año 2021, el total de accidentes con víctimas fue de 14.150 personas, de quienes hubo heridos leves 12.209 y muertos o graves 1.941. Del total de involucrados en accidentes de tránsito de 29.700 personas, hubo: lesionados 17.802, muertos en el sitio 373,

heridos graves 1.908, heridos leves 15.804, ilesos 11.500 y con lesión ignorada 25, según COSEVI⁵⁸, en el Área de investigación y estadística. El rango de variación del 2012 al 2021 en total de accidentes fue de 9.663 a 14.150, involucrados, 22.045 a 29.700, heridos leves 7.723 a 12.209 y de graves 2.077 a 1.998 personas.

Otras causas de las listas de espera son las demoras, tanto antes de una fractura de cadera como después de esta, en la atención en el ingreso al hospital en cada paciente. Correoso⁴⁶ clasifica las demoras en dos grupos: la demora administrativa y la demora quirúrgica.

La demora administrativa se debe a problemas no relacionados con el paciente; mientras que, por su parte, la demora quirúrgica se debe a la demora asociada a antiagregantes plaquetarios y al plazo de la estancia hospitalaria. La demora administrativa se produce por las siguientes causas: a) Retraso en la valoración inicial del paciente, por Medicina Interna o Geriátrica, o en la valoración prequirúrgica por Anestesia y/o rara vez por Traumatología. b) Retraso en los resultados de pruebas de laboratorio o de imagen; sobre todo, en pruebas más complejas como TC o RMN, y especialmente, en pruebas más específicas como ecocardiográficas. c) Retraso en la disponibilidad de quirófano, probablemente el factor modificable más frecuente en el entorno costarricense. d) Retraso por traslado del paciente.

En ocasiones, el ingreso en un centro hospitalario requiere de traslado a otro centro para llevar a cabo la cirugía, lo que conlleva, en ocasiones, una demora de >48 horas, debido a los trámites y/o a la distancia que se debe recorrer desde el centro de ingreso hasta el centro donde se lleva a cabo la cirugía. Engloba, además, la demora asociada al día de ingreso (ingreso de jueves en adelante, festivo o periodo vacacional), que asocia, a su vez: menor disponibilidad de personal y medios para la valoración inicial del paciente; menor disponibilidad de quirófano o personal quirúrgico; retraso en el resultado de pruebas de imagen o de laboratorio.

La demora administrativa se puede intensificar cuando ocurren urgencias como epidemias y pandemias. De acuerdo con Esquivel⁵⁹, en Costa Rica se mencionan, como demoras administrativas, las siguientes:

- 1) La falta de proyección del envejecimiento unida a una atención cada vez más compleja y onerosa, debido a cambios en el perfil de la enfermedad crónica no transmisible y su efecto sobre el conjunto de muertes y discapacidades, que impone retos significativos, ya que registran extensos periodos con episodios de crisis frecuentes y avance progresivo a complicaciones.
- 2) Gestión defectuosa: organización y funcionamiento de la red de servicios deficiente.
- 3) Falla de priorización de las listas de espera, que se suma a una débil gestión clínica.
- 4) Desbalance entre demanda y oferta de servicios, originado no solo por escasez de recursos, sino por la ausencia de un modelo de gestión del sistema de salud.
- 5) Deficiencias del primer nivel de atención, debido a que la mayoría de los EBAIS tienen un horario reducido y una población adscrita mayor a lo recomendado, lo cual limita el acceso y genera múltiples referencias a otros servicios.
- 6) Capacidad insuficiente en los servicios de especialidad para atender todas las solicitudes que salen desde el primer y segundo nivel de atención (EBAIS, áreas de salud y hospitales regionales y periféricos).
- 7) No hay claridad sobre cómo priorizar las causas de atención en la gestión de las listas; no hay “una” sola lista de espera, lo cual hace muy complejo diferenciar las listas para cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos.
- 8) Ausencia de clínicas diurnas multidisciplinarias en servicios de alta complejidad, como Oncología, Cardiología o trasplantes, de manera que estos pacientes más complejos puedan ser vistos sin recurrir a urgencias.

9) La falta de protocolos de atención clínica y administrativos favorece el extravío de documentos, repetición de consultas y de exámenes ya realizados, así como el desorden en las listas de espera; la deuda del Gobierno con la CCSS, ya que una transferencia de los recursos ayudaría a resolver problemas críticos, como el faltante de especialistas, el fortalecimiento en equipo e infraestructura.

10) Falta de información y planificación, debido a que no se puede planificar al desconocerse los recursos que hay y la línea basal del estado de las listas, lo que da como resultados indicadores que impiden saber con certeza la realidad.

11) Barreras en gobernanza, debido a que el panorama empeora con las recientes discrepancias internas en la CCSS entre Junta Directiva, gerentes y equipos técnicos, que generan choques entre propuestas y dificultan avanzar.

Con respecto a la demora quirúrgica⁴⁶, los pacientes con afectación plaquetaria suelen ser pacientes pluripatológicos que asocian múltiples comorbilidades. Muchos de ellos, en el momento de la fractura, se encuentran bajo la toma de medicación antitrombótica, cuyo mecanismo de acción se debe a la antiagregación plaquetaria, y también suelen necesitar de largos periodos de tiempo de espera hasta cirugía, por la retirada de medicación antitrombótica, lo que, finalmente, se suele asociar a demora quirúrgica de más de 48 horas.

Cuando se produce la necesidad de una intervención quirúrgica en el anciano frágil, surge el paradigma del manejo perioperatorio de la medicación antitrombótica. Debe realizarse una valoración conjunta y multidisciplinaria para retirar de manera segura la medicación antitrombótica y disminuir el riesgo hemorrágico del paciente de cara a la cirugía. Habitualmente, requiere de manejo en el que se ven implicados especialistas del área de Anestesiología, Geriátrica o Medicina Interna, y ocasionalmente requieren de la valoración por Cardiología o Hematología. Entre un 40-50% de los pacientes con fractura de cadera se encuentran bajo la toma de medicación antitrombótica. Entre ellos antagonistas de la vitamina K, o antiagregantes plaquetarios, como el ácido acetil salicílico o el clopidogrel. La medicación antitrombótica que inhibe la agregación plaquetaria se

utiliza principalmente en la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares, enfermedad vascular periférica y tras eventos cardíacos. Esta medicación causa disfunción plaquetaria irreversible, que solamente se recupera con la producción de nuevas plaquetas en 7-10 días.

La prolongación de la estancia hospitalaria afecta la lista de espera de otros pacientes, y en ocasiones la estancia hospitalaria postquirúrgica reducida (media= 1,2 días) mediante el alta hospitalaria precoz, denominada “alta precoz”, se podría asociar a una “curación insuficiente intrahospitalaria”, que podría traducirse en un aumento en las tasas de reingreso hospitalario en los meses siguientes al alta hospitalaria.

González et al.⁶⁰ identificaron las causas de la demora quirúrgica después de la fractura de cadera en ancianos, y analizaron el impacto de estas razones en la mortalidad a un año. La razón médica se definió como la necesidad de optimización médica del paciente antes de la cirugía.

Se hizo un estudio prospectivo de cohortes de 1 234 pacientes con edad de 65 años o mayor, quienes se sometieron a cirugía de fractura de cadera, comparando tres subgrupos: 1) cirugía dentro de los dos días posteriores al ingreso (609 pacientes); 2) cirugía retrasada por razones médicas (286); y 3) cirugía retrasada por causas organizativas (339). Como resultados, se obtuvo que no hubo diferencias significativas en las complicaciones o las tasas de mortalidad a un año entre los pacientes con cirugía dentro de los dos días, y aquellos con cirugía retrasada por razones médicas. Sin embargo, los pacientes con cirugía diferida por causas organizativas tuvieron tasas significativamente más altas de complicaciones y mortalidad a un año, en comparación con los otros dos grupos ($p = 0.001$).

En conclusión, según González et al.⁶⁰, el tiempo de espera para cirugía de fractura de cadera más de dos días no se asoció con mayor tasa de complicación o mortalidad, si la espera fue para estabilizar a aquellos pacientes con comorbilidades activas al ingreso, en comparación con pacientes estables al ingreso con cirugía temprana. Empero, los pacientes con cirugía retrasada por motivos de organización tuvieron una alta probabilidad de

aparición de complicaciones y mortalidad temprana y al año. Aunque la cirugía temprana dentro de los dos días de la admisión es deseable para pacientes estables en el momento del ingreso, en pacientes con comorbilidades complejas, la cirugía debería realizarse una vez que estén optimizados. El retraso de la cirugía, debido a razones de organización o falta de recursos, es un factor de riesgo de complicaciones y mortalidad.

Según la CCSS -en Repercusiones lista espera ante COVID-19⁶¹ -, desde que se diagnosticó el primer caso de COVID-19 en Costa Rica, a principios de marzo de 2020, se evidenció el aumento diario de pacientes infectados, situación que llevó a los centros médicos a suspender las atenciones médicas no urgentes; de igual manera en el área quirúrgica. La mayoría de los centros dejaron de realizar cirugías programadas, procedimientos y consultas, tanto en jornada ordinaria como en la mayoría de los proyectos por jornadas de producción, siguiendo la instrucción girada mediante oficio GM-AG-3630-2020 del 24 de marzo del 2020, coincidiendo con la declaratoria de Emergencia Nacional el 23 de marzo de 2020, por lo que, al finalizar el mes de septiembre de 2020, se contabilizan 30 semanas de afectación de las listas de espera. Así, para el corte del 30 de septiembre de 2020 se evidencia un incremento del plazo (en días) de 117 para lista en Quirúrgico, 71 para Consulta Externa y seis días a procedimientos; lo anterior al compararlo con los plazos de cada área en enero de 2020.

Según el “Informe COVID 19 efectos sobre servicios de salud del Área de estadística en salud de CCSS”, la afectación acumulada de las intervenciones quirúrgicas, en las 31 semanas de afectación, se han dejado de realizar 44705 cirugías. Ante esta situación y, de acuerdo con datos directos de las cirugías llevadas a cabo a nivel nacional, se observa cómo a partir de febrero de 2020 es evidente la disminución de las cirugías en jornada ordinaria; siendo el mes de abril de 2020 en el que se reportó la menor cantidad de intervenciones quirúrgicas.

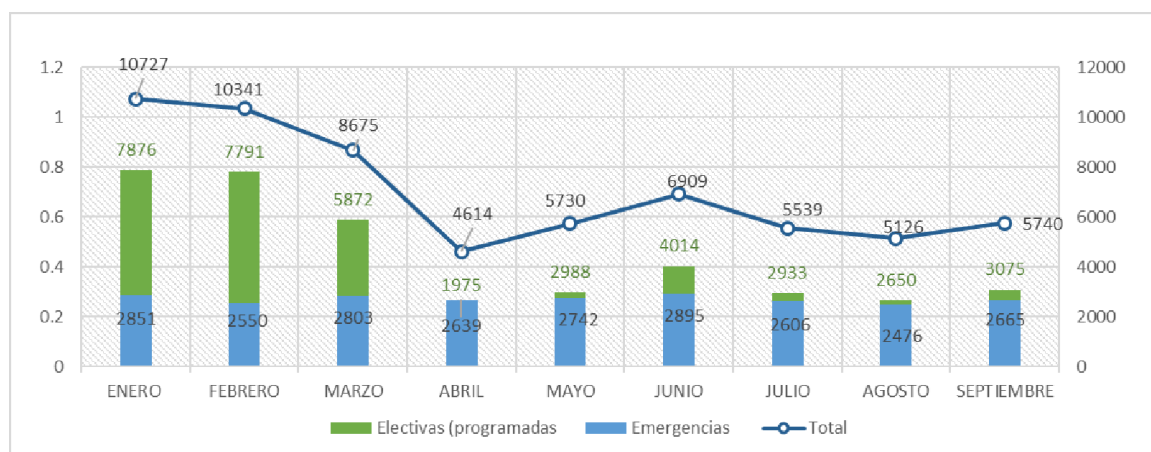
Tabla 1. Comportamiento mensual de lista de espera quirúrgica en el periodo 2011-2020. Pacientes pendientes de atención a enero de 2020

MES-AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total general
enero2019	3	38	157	1086	4529	10596	30523	73102	9340		129374
febrero2019	4	39	152	1035	4014	9687	28301	68035	18414		129681
marzo2019	2	35	125	974	3643	8976	26122	63881	26308		130066
abril2019	2	36	121	888	3406	8300	23648	59921	32463		128785
mayo2019		12	92	805	3070	7471	21211	53890	39282		125833
junio2019		2	71	628	2754	6657	18952	48529	44648		122241
julio2019			53	442	2423	5358	16621	44061	50793		119751
agosto2019			46	321	2025	4843	15185	41905	55950		120275
octubre2019			30	238	1595	4031	11995	36166	66000		120055
noviembre2019			20	135	1267	3497	9887	30309	76454		121569
diciembre2019			19	120	1130	3194	9234	28342	80222	728	122989
enero2020			14	88	954	2985	8650	25863	72642	13522	124718
Total general	11	162	900	6760	30810	75595	220329	574004	572516	14250	1495337

Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera, 10-2-2020.

Fuente: ^{17, 47}.

Gráfico 1. Lista quirúrgica, comportamiento nacional. Ingresos y Resueltos por mes en el 2020



Fuente: ⁶¹.

Gráfico 2. Afectación en las especialidades críticas de la lista de espera quirúrgica al último día del mes de 2020

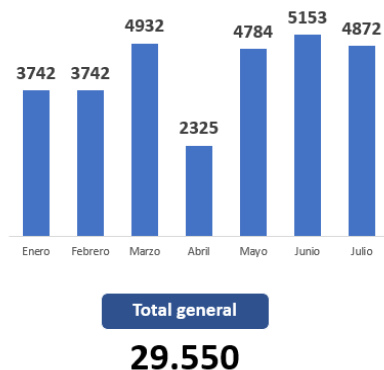


Fuente: ⁶¹.

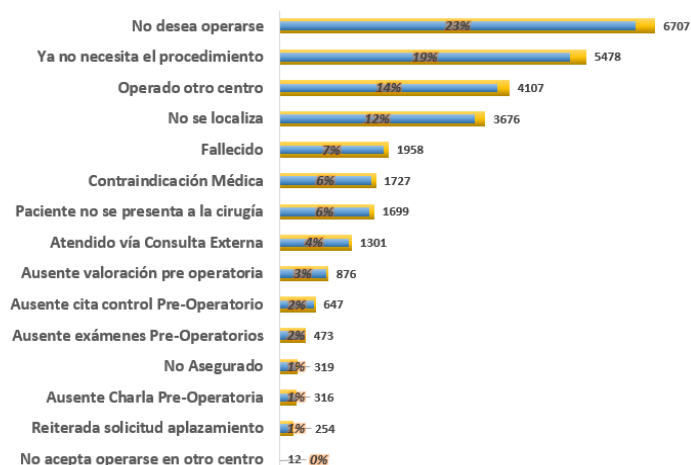
Gráfico 3. Causas de la depuración de las listas de espera quirúrgica en Costa Rica, 2023

Depuración de Lista de espera Quirúrgica

Depurados en Lista de Espera Quirúrgica en 2023, por mes de depuración, Julio 2023



Depurados en Lista de Espera Quirúrgica en 2023, según tipo de resolución. Julio 2023



Nota: Datos consultados al 1 de agosto de 2023.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud y Unidad Técnica de Listas de Espera

Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

Fuente: Esquivel ⁵⁹.

Tabla 2. Depuración de la lista de espera a una cirugía en el periodo 2015-2023 por concepto de justificación

Tipo de resolución	Año de ingreso a la lista de espera									Total, general
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Contraindicación Médica	12	24	45	176	308	156	286	509	211	1727
Fallecido	1	5	24	90	292	252	435	640	219	1958
No se localiza	10	16	113	459	678	624	597	1070	109	3676
Operado otro centro	8	2	50	201	566	542	843	1052	843	4107
Ya no necesita el procedimiento	6	50	202	514	1031	619	865	1406	785	5478
No desea operarse	29	53	238	861	1700	931	1131	1325	439	6707
Total, general	75	196	861	2782	5516	3738	5144	7821	3417	29550

Nota: Datos consultados al 1 de agosto de 2023.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud y Unidad Técnica de Listas de Espera

Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

Fuente: Esquivel ⁵⁹.

2. 2.1 Impacto de la espera prolongada

Estudios han demostrado que la espera prolongada puede afectar negativamente la salud y calidad de vida de los adultos mayores. Esta sección analizará las consecuencias específicas y sus implicaciones en el contexto local.

Respecto a la salud integral de la persona, el NIH ⁶²⁻⁶³ enfatiza la restauración de la salud y la prevención de enfermedades en los adultos mayores. El cuidado personal, un estilo de vida saludable y aprender nuevas formas de controlar el estrés pueden ayudarlos a mantenerse más saludables. El estrés crónico puede empeorar muchas enfermedades. Estas incluyen diabetes, enfermedades cardíacas, obesidad, dolor crónico y depresión.

Otros autores, como López et al. ⁶⁴, mencionaron factores de riesgo que pueden llegar a evolucionar y requerir un artroplastia total de cadera, tales como: edad avanzada (huesos débiles), obesidad, sedentarismo, desnutrición, pérdida de masa muscular (músculos y grasa), marcha inestable, sexo femenino y hombres después de los 70 años de edad, el tamaño del cuerpo en ambos sexos de bajo peso corporal, historia familiar de

fracturas o antecedentes familiares, grado de osteoporosis y de osteoartritis, afecciones ortopédicas de los miembros inferiores (coxartrosis, gonartrosis, hallux valgus).

Álvarez et al.⁶⁵ concluyen que el impacto de una espera prolongada afecta en varios aspectos la salud del adulto mayor. La recuperación de la capacidad funcional previa y la calidad de vida en adultos mayores independientes, quienes requieren reemplazo de cadera, está influenciada por múltiples factores; de ahí la importancia de un abordaje interdisciplinario y temprano, que permita planificar las mejores estrategias de atención. Algunos de estos factores son: demencia y delirium hospitalario, deterioro cognitivo, nivel funcional bajo antes de la lesión, presencia de comorbilidades, complicaciones posoperatorias, retraso en la rehabilitación, retraso en lograr una postura erguida y la deambulación, menor fuerza de prensión, nivel de hemoglobina bajo, tipo de fractura, dolor posoperatorio, mayor estadía hospitalaria, lo cual provoca un retraso en la progresión de la atención a otros pacientes que se encuentran también a la espera de ser llamados, debido a la prolongación en la ocupación de camas de los primeros pacientes que se han complicado; por consiguiente, no se les puede dar el alta hospitalaria.

2.2.2 Consecuencias de la espera a una cirugía de cadera

Según Isabel Rodrigo et al.⁶⁶, un 32,2% de los pacientes que esperaban ser intervenidos quirúrgicamente manifestó haber percibido algún tipo de empeoramiento, un 41,8% refirió haber tenido que limitar la realización de actividades cotidianas, y un 82,9% de los pacientes manifestó haber sentido algún grado de inquietud o ansiedad durante la espera.

Algunas de las consecuencias de la espera prolongada por cirugía de cadera son:

Tabla 3. Principales consecuencias de la espera a una cirugía quirúrgica de cadera

Factor determinante	Consecuencias
Comorbilidades	La hipertensión arterial ha sido la más frecuente (67,5%), seguida de la demencia (25,6%), la diabetes (22,2%), el hipotiroidismo (19,7%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (18,8%). (Venegas et al., citados por Sanabria et al. ⁴⁵). Huesos débiles y delgados, osteoporosis y osteoartritis, afecciones ortopédicas de los

	miembros inferiores (coxartrosis, gonartrosis, hallux valgus), obesidad, sedentarismo, desnutrición, pérdida de masa muscular, bajo peso corporal, déficit visual, desequilibrio, marcha inestable, sexo femenino y hombres después de los 70 años de edad, deficiencia hormonal, complicaciones en la descompensación de las enfermedades crónicas como trastornos hidroelectrolíticos, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, accidente cardiovascular, neumonía, retención aguda de orina, incontinencia urinaria y/o fecal, estreñimiento y obstrucción intestinal, hemorragia gastrointestinal, anemia, síndrome confusional agudo, demencia, enfermedad de Parkinson, demencia, paraparesias, el uso inadecuado o a largo plazo de ciertos medicamentos antidepresivos como benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, corticosteroides y barbitúricos, infecciones, dolor, pérdida de capacidad funcional, inmovilidad, depresión y muerte²⁰. Como diagnóstico de causa de muerte se citan en primer lugar la fractura de cadera: 63%; seguida de bronconeumonía, 12%; infarto de miocardio, 5%; complicaciones de diabetes, 5%; infección de prótesis, 2,5%; embolia pulmonar, 2, 2%; la mortalidad tardía fue 15% y ocurrió un 9% en mujeres y 6% en hombres. El total de la mortalidad por fractura de cadera al año fue del 20% (11,8% en mujeres y 8,2% en varones) ⁴⁴. Encontraron que existe una relación entre el mayor tiempo de espera de la cirugía con un mayor riesgo de complicaciones, principalmente infecciones del tracto urinario y neumonías, tromboembolismo pulmonar, úlceras por presión y otras complicaciones cardiovasculares⁶⁷.
Condiciones socioeconómicas	Limitación y restricción a los servicios médicos, debido a bajos ingresos a nivel familiar. El 27,6% vive en condición de pobreza extrema, el 16,6% no cuenta con ningún tipo de ingreso monetario, el 31% no está asegurado, el 28% tiene condición de discapacidad y el 37,9% vive solo. En los últimos 21 años, en promedio, el aseguramiento de la población adulta mayor se ha distribuido de la siguiente manera: un 63,2% ha logrado tener aseguramiento por ser pensionada, un 3,8% no ha estado asegurado de ninguna forma, y un 32,6% sí ha tenido acceso al seguro social, pero por otras formas que no son por jubilación. Otra situación que se ha identificado es que cada vez más hogares tienen jefaturas adultas mayores. A inicios de siglo este porcentaje era de un 9,5%; hoy en día asciende a 16,5% del total de hogares costarricenses¹¹⁰.

Apoyo social	De manera positiva, dentro de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, se instaura también la Red de Atención Geriátrica, que tiene como propósito la coordinación de acciones de asesoría para los tres niveles de la CCSS, lideradas por el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, que desarrolla, además, como único hospital nacional especializado en la atención de la población adulta mayor, la formación de la especialidad médica en Geriátrica y Gerontología, de modo conjunto con la CCSS ⁶⁸. Existe en Costa Rica el Programa Red de Cuido, implementado a nivel local, en cantones o comunidades donde exista el interés y compromiso de diversos actores por conformar la estructura social necesaria para su ejecución ⁶⁹. Amparo legal. Específicamente se pueden citar: el decreto N° 37165-S del 4 de junio de 2012 establece la regulación que permite articular y fortalecer los hogares de larga estancia de persona adulta mayor, para el desarrollo e implementación de actividades referentes al cuidado básico, higiene personal, apoyo en actividades de la vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición. Estimulación mental, con especial énfasis en aquellos que se encuentran en riesgo social, para garantizar una vejez con calidad de vida. El decreto N° 36607-MP del 13 de mayo de 2011, acerca de la conformación y desarrollo de la Red nacional progresiva para el cuidado de las personas adultas mayores.
Psicológicos	Según lo menciona el Ministerio de Salud², a pesar de sus muchas contribuciones a la sociedad, muchos adultos mayores son objeto de discriminación por motivos de edad (o edadismo), lo que puede afectar gravemente su salud mental. El aislamiento social y la soledad, que aquejan a cerca de una cuarta parte de las personas mayores, son factores de riesgo clave para padecer afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida. También lo es el maltrato a las personas de edad, que incluye cualquier tipo de abuso físico, verbal, psicológico, sexual o económico, así como el abandono. Uno de cada seis adultos mayores sufre malos tratos, a menudo por sus propios cuidadores. El maltrato de los adultos mayores tiene graves consecuencias, y puede conducir a la depresión y la ansiedad provocada por las pésimas condiciones de vida, la mala salud física especialmente en enfermedades crónicas como cardiopatías, cáncer o ictus, afecciones neurológicas o problemas de abuso de sustancias y la falta de acceso a apoyo y servicios de calidad. Lo anterior afecta a muchas personas mayores que son cuidadoras de cónyuges, cuyas responsabilidades pueden ser abrumadoras y afectar, a la vez, su salud mental.

	En el adulto mayor vulnerable, al encontrarse con su patología y poca probabilidad de continuar con su vida como antes de la fractura de cadera y poscirugía, se incrementan los riesgos de depresiones ⁷⁰ .
--	---

Fuente: elaboración propia, con base en ^{2, 20, 44, 67-70,109}.

2.2.3 Impacto psicológico del paciente en la espera prolongada

Se explora el impacto psicológico de la espera prolongada en la salud mental y emocional de los adultos mayores, reconociendo la importancia de abordar aspectos emocionales durante este periodo crítico.

Según Tala, de la Universidad del Desarrollo de Chile⁷¹, la espera prolongada a una cirugía puede afectar el estado emocional y mental de la persona adulta mayor, debido a la necesidad de atención ante un padecimiento crónico y sostenido, que se asocia a altos costos en tratamiento, o medidas para alivio y mejoramiento, como meditación, técnicas de relajación y actitud agradecida, terapia de conversación, y medicamentos. Lo anterior puede afectar no solo al adulto mayor, sino también a aquellas personas mayores que son cuidadoras de cónyuges con responsabilidad abrumadora y, a la vez, amenaza su salud mental y su salud física, al aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas, además de provocar síntomas como: cambios en sus hábitos alimenticios o de sueño, aislarse de las personas y actividades que disfrutaban, tener nada o poca energía, sentirse vacías o como si nada importara, tener dolores y molestias inexplicables, sentirse impotentes o sin esperanza, fumar, beber o usar drogas más de lo habitual, sentirse inusualmente confundidas, olvidadizas, enojadas, molestas, preocupadas o asustadas, tener cambios de humor severos que causen problemas en sus relaciones, tener pensamientos y recuerdos que no pueden sacar de su cabeza, escuchar voces o creer cosas que no son ciertas, pensar en lastimarse a sí mismas o a otros, incapacidad de realizar tareas diarias cotidianas.

En general, los factores psicológicos están influenciados por la herencia y las condiciones culturales ejercidas sobre el individuo, por un grupo de ellos o por la comunidad, la satisfacción personal y las decisiones individuales. Las causas se deben a factores biológicos, como los genes o la química del cerebro, experiencias de vida, como

trauma o abuso, antecedentes familiares de problemas de salud mental, su estilo de vida, como la dieta, la actividad física y el consumo de sustancias⁷².

Según lo mencionó la Organización Mundial de la Salud⁷⁰, a pesar de sus valiosas contribuciones a la sociedad, muchos adultos mayores son objeto de discriminación por motivos de edad (o edadismo), lo que puede afectar gravemente su salud mental. El aislamiento social y la soledad, que aquejan a cerca de una cuarta parte de las personas mayores, son factores de riesgo clave para padecer afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida. También lo es el maltrato a las personas de edad, que incluye cualquier tipo de abuso físico, verbal, psicológico, sexual o económico, así como el abandono. Uno de cada seis adultos mayores sufre malos tratos, a menudo por sus propios cuidadores.

El maltrato de los adultos mayores aumenta con las fracturas y su inmovilización y tiene graves consecuencias, y puede conducir a la depresión y la ansiedad provocada por las pésimas condiciones de vida, su mala salud física, especialmente en enfermedades crónicas como cardiopatías, cáncer o ictus, afecciones neurológicas o problemas de abuso de sustancias, la falta de acceso a apoyo (cuidadores no capacitados) y servicios de calidad (personal de salud poco capacitado)⁷³.

La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez a la vejez y se expresa en bienestar emocional, psicológico y social, y determina la manera de pensar, sentir y actuar al enfrentar la vida, lo cual está estrechamente relacionado con el manejo de las presiones o estrés, la toma de decisiones y la interacción social. Las enfermedades mentales ocurren cuando aparece alguna anormalidad o trastorno, y pueden ser ocasionales o prolongadas, pero pueden ser tratadas y alcanzar sanación. Algunos indicadores de una buena salud mental son: capacidad para enfrentar el estrés de la vida, salud física, relación social sana, participación en su comunidad, trabajo productivamente, desarrollo de actividad potencial⁷².

2.3 Evaluación de costos y beneficios

Se realiza una evaluación económica de los costos asociados con la espera prolongada frente a los beneficios de intervenciones oportunas, proporcionando un análisis completo de la relación costo-beneficio en la gestión de listas de espera en estudios encontrados.

Gutiérrez²⁰ fundamenta que la relación “costo-beneficio” de los servicios quirúrgicos en el Hospital Calderón Guardia, no solo debe enfocarse desde el punto de vista económico, sino también desde la óptica de la seguridad social, ya que se manifiesta en el disfrute del bienestar de la ciudadanía.

El interés de una herramienta de análisis estudio “costo-beneficio” se da cuando se conoce satisfactoriamente que los beneficios son mayores que los costos y en qué cuantía, ya sea de tipo monetario o social, directo o indirecto. No obstante, dicho análisis a nivel institucional no se puede realizar por separado, sino que una integración justifica el beneficio social, sin importar el costo económico interpretado como una inversión en salud y no como un gasto.

Dentro de los principales costos mensuales de una intervención quirúrgica en turno adicional o extra, para reducir la lista de espera y mejorar la atención del paciente, se pueden citar los que corresponden a la mano de obra directa e indirecta.

No se cuantifican el costo de las materias primas ni los costos operativos por el uso de los quirófanos e instrumentación (Tabla 4). Para el año 2006, el costo de una cirugía electiva en turno adicional fue de alrededor de 4.9 millones de colones.

**Tabla 4. Costo Programa Cirugía Electiva Turno Adicional, 3 de agosto, 2006.
(El análisis contempla una jornada adicional de 4.5 horas. Costos en colones)**

Tipo	Descripción	Cantidad por día	Costo diario	Costo mensual
Mano de obra directa	Médico Anestesiólogo	2	17.892,43	1.302.568,90
	Médico Cirujano	2	17.892,43	1.302.568,90

	Médico Residente	2	11.823,75	860.769,00
Mano de obra indirecta	Auxiliar de enfermería	2	8.151,51	593.429,93
	Asistente de pacientes	2	6.166,43	448.916,10
	Auxiliar de quirófano	2	6.166,43	448.916,10
			Total=	4.957.168,94

Fuente: ²⁰.

Una buena calidad de vida se puede interpretar como la eficiencia y eficacia de la “Economía de la salud”. La riqueza y pobreza, el ingreso familiar, la rentabilidad de las actividades económicas, la organización del trabajo, están estrechamente relacionados con la salud. Se suele afirmar que existen tres tipos de salud: salud física, salud psíquica o mental y salud financiera y, a la vez, están muy relacionadas entre sí, según BBVA⁷⁴.

Arce⁴ mencionó que la estabilidad de los tiempos y listas de espera constituye un mentís a los objetivos explícitos del Estado de Bienestar, relacionados con la reducción de la desigualdad. Los más pobres y los grupos vulnerables, según la evidencia internacional, son los más perjudicados con los tiempos y listas de espera. Esto complica la gobernanza de las organizaciones públicas, en el tanto son usuarios votantes sin capacidad de organización y, por lo tanto, con escaso impacto en el diseño y formulación de las políticas públicas. La administración pública no es un campo donde se encuentren grandes respuestas, y la problemática de listas y tiempos de espera, en los sistemas de salud públicos con orientación universalista y gratuidad en el acceso, parece no tener solución. La administración pública tiene espacio; sin embargo, parece ser que las estrategias tradicionales necesitan evaluarse según la metodología costo-beneficio y, aunque la capacidad sea suficiente, el uso de esta será inferior a la "óptima".

De acuerdo con BBVA⁷⁴, la salud financiera consiste en el bienestar que se alcanza a través de una buena gestión de la economía personal, familiar o empresarial, para poder hacer frente a imprevistos y conseguir metas vitales y de futuro. Para tener una buena salud física y mental, es importante tener las finanzas en orden, con unos ingresos mínimos que permitan satisfacer las necesidades básicas que ayudan al bienestar físico y, al mismo

tiempo, las diversiones, aficiones, ocio y disfrute en general, que ayude a tener una buena salud. Asimismo, para poder disponer de una buena salud financiera, es importante disponer de una buena salud física, que permita trabajar y, además, evitar gastos médicos y de dependencia; también, evitar que las deudas superen a los ingresos, para lo cual se requiere de la educación financiera.

La calidad de vida depende no solo de la constitución genética para gozar de una buena salud, sino también del entorno familiar y comunitario confortable, una alimentación saludable, una vida activa con ejercicio moderado, descanso adecuado, incluido el ocio, optimismo, y la relativización de los problemas, dando la importancia justa a las preocupaciones del día a día. En conclusión, cuando hay problemas con la salud financiera, como desempleo, o trabajo escasamente retribuido, o las deudas son mayores que los ingresos, además del estrés, se genera el decaimiento en el ánimo (salud psíquica), y también se ve condicionado el bienestar físico (salud física). Como prevención, se recomienda hacer buenas inversiones, se incluye pensión complementaria y adquirir una sensibilidad personal con el ahorro, con objetivos financieros de corto, medio y largo plazo.

En el 2023, más de 104.336 adultos mayores en el régimen no contributivo reciben una pensión de ₡82.000 al mes, que no se actualiza desde el 2019, del Régimen no contributivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual es bien recibida en los asilos de ancianos, para darles la calidad de vida terminal.

Sancho et al.⁴⁴, en Costa Rica, determinaron que el coste por prevención por fractura con tratamiento de terapia hormonal sustitutiva y calcio en mujeres en edad climatérica por año/paciente fue de 14.930 dólares, según el Departamento de Farmacoterapia de la Caja Costarricense del Seguro Social, lo cual podría reducir en un 50% el número de fracturas, lo que generaría un total de 6.420.000 dólares en gastos anuales y, si se agregara suplemento de calcio, el coste anual ascendería a 20.670.000 dólares.

Esta disminución tendría un coste de 14.930 dólares por cada fractura de cadera evitada con tratamiento hormonal sustitutivo y 48.069 dólares, si se evita con tratamiento hormonal sustitutivo más suplementos de calcio. Durante el año 1998, hubo 1.290 egresos

nacionales por fractura de cadera osteoporótica (0,035% de la población), con un coste anual de 3.697.850 dólares y una estancia promedio de once días, correspondiente a un coste de la atención hospitalaria por fractura de cadera de 2.866 dólares; en el Hospital México, el coste por cama quirúrgica fue 171,5 dólares/día, coste de cirugía, 554,9 dólares y la hora quirúrgica, 425,15 dólares⁴⁴.

Etxebarria et al.⁷³, durante el año 2010, analizaron una muestra de 1.856 intervenciones en once países del país vasco, España, y encontraron que la estancia preoperatoria fue de 2,7 días y la postoperatoria de 9,7 días; el coste medio por ingreso fue de 12.552,12 euros; el coste medio de la estancia preoperatoria fue de 1.295,5 euros. La mortalidad fue del 5%. Esto indica que la estancia total duró en promedio 12,4 días, cuyo coste preoperatorio representó el 10,32% y el posoperatorio 89,68%.

Vindas et al.⁴³ mencionaron que una fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue en aumento, debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas. Esta es una consecuencia muy grave de una condición ósea frágil. Su importancia radica en su alta morbilidad, alto impacto funcional, social y económico, y alta morbilidad y mortalidad. Su costo y tasa de mortalidad es comparable al costo total y la mortalidad por enfermedad cardiovascular y cáncer, cuya magnitud se hace aún mayor si existen complicaciones. La identificación y conocimiento de las posibles complicaciones evitables facilitará un abordaje que permita minimizar el impacto económico de esta enfermedad, y contribuir a la mejora de la sostenibilidad del sistema nacional de salud, dice Escalona⁷⁵.

Arce⁴ comenta que la capacidad de la atención de la salud viene determinada por los recursos asignados a unos servicios, y por la distribución regional de estos recursos. Cuando la capacidad es inferior a la necesaria para satisfacer la demanda de un proceso, el tiempo actúa como el precio en un mercado convencional. Así, el tiempo de espera es un precio intangible o un costo de oportunidad, en términos de tiempo, para consumir determinados servicios de salud.

Salvador et al.⁷⁶, respecto al tiempo de atención máxima a las personas, acordaron que cualquier persona, quien desde el 01 de enero de 2003 espere más de 30 días para una prueba diagnóstica, más de 60 días para una consulta con el especialista, o más de 180 días para una intervención quirúrgica, podrá acudir a un centro especializado que elija, y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se hará cargo de los gastos en centros privados. La meta es que, en el 2005, se garanticen tiempos de espera máximos de 90 días para cirugía programada, siete días para pruebas diagnósticas y quince días para consulta externa. El elemento de cambio estructural en el sistema nacional de salud, a saber, la libertad de elección de un proveedor no estatal, cuando aquel no cumpla con lo establecido en la ley, y en caso de incumplimiento, sufragaría los gastos de hospitalización en centros privados.

A juicio de Gómez et al.⁷⁷, el sistema sanitario financia la atención en salud con impuestos, que sobrecargan los ingresos de las familias y de los pacientes que deben recuperar la salud para continuar trabajando. El Estado debe asumir la salud como parte de la generación de su riqueza, y para ello debe darle mantenimiento. Un buen sistema de salud debe cumplir con cuatro condiciones: 1) invertir una cantidad razonable de recursos en salud (entre el 8% y el 9% del PIB); 2) estar financiado con recursos predominantemente, pero no exclusivamente, públicos; 3) garantizar acceso universal a servicios integrales de salud de alta calidad, lo que se traducirá en mejores condiciones de salud; y 4) garantizar protección financiera, es decir, evitar que los usuarios de los servicios de salud se empobrezcan por atender sus necesidades de salud.

Toda medida de eficiencia produce un buen resultado de beneficio económico y la aplicación del costo de oportunidad del servicio público por el privado, para no solo reducir las listas de espera, sino también anticipar el proceso que asegura un nivel alto de bienestar y rendimiento productivo y social.

Costa⁷⁸ propuso que, para dar solución a los problemas de las listas de espera, se debe establecer un tiempo máximo de espera, pero puede acabar produciendo una acumulación de los períodos de espera de todas las intervenciones en períodos cercanos al máximo establecido, lo cual se puede solucionar mediante el desvío de pacientes a la

sanidad privada, por medio de servicios pagados amparados a un mercado asegurador. Se plantea, por lo tanto, el desvío de pacientes a la sanidad privada, a partir de un tiempo de espera máximo.

La disposición institucional a pagar los servicios médicos, para evitar las listas de espera, es considerablemente elevada, pero se sitúa en general por debajo del coste de la medicina privada, y el aumento del nivel de recursos de algunos procesos es una evidencia clara de que se está rindiendo a plena capacidad, lo cual puede conducir a un aumento de la demanda, inducido por el propio médico, quien solicita un determinado proceso. La información comparada, otra propuesta, consiste en desarrollar un sistema de información que permita comparar las listas de espera en hospitales y centros de salud de diferentes poblaciones, y optimizar la distribución regional de la atención sanitaria permitiría desviar pacientes de un centro a otros, de acuerdo con la utilización de la capacidad.

Es necesario que se realicen estudios económicos dirigidos a establecer, de manera actualizada, el costo de los servicios médicos que a nivel público suelen ser menores que en el sector privado, debido a la subvención del aporte financiero del Estado. Existen escasos estudios de este tipo y, cuando se presenta alguno, este va dirigido a aspectos conceptuales y procedimientos.

Rosete⁷⁹ enfocó su análisis económico de las listas de espera en los hospitales públicos españoles, en la necesidad de buscar, en el mediano y largo plazo, el equilibrio del mercado de los servicios médicos, con base en una relación del precio del servicio respecto a la oferta y demanda de la asistencia sanitaria, e indicó que la demanda del consumidor y la oferta del productor hospitalario no son fáciles de medir o cuantificar en un hospital, ya que se demanda la salud, y recibir asistencia sanitaria no garantiza la recuperación total de la enfermedad; por lo tanto, es razonable definir dicha producción, como la cantidad y calidad de los servicios sanitarios, y en el corto plazo depende de dos factores: trabajo y capital; este último es fijo en el corto plazo y lo constituyen los edificios, la maquinaria, el equipamiento; mientras en el trabajo, el capital humano, que es en esencia el nivel de educación, conocimientos y habilidades y destrezas de los médicos y del personal de apoyo.

2.3.1 Financiamiento del Sistema de Salud en Costa Rica

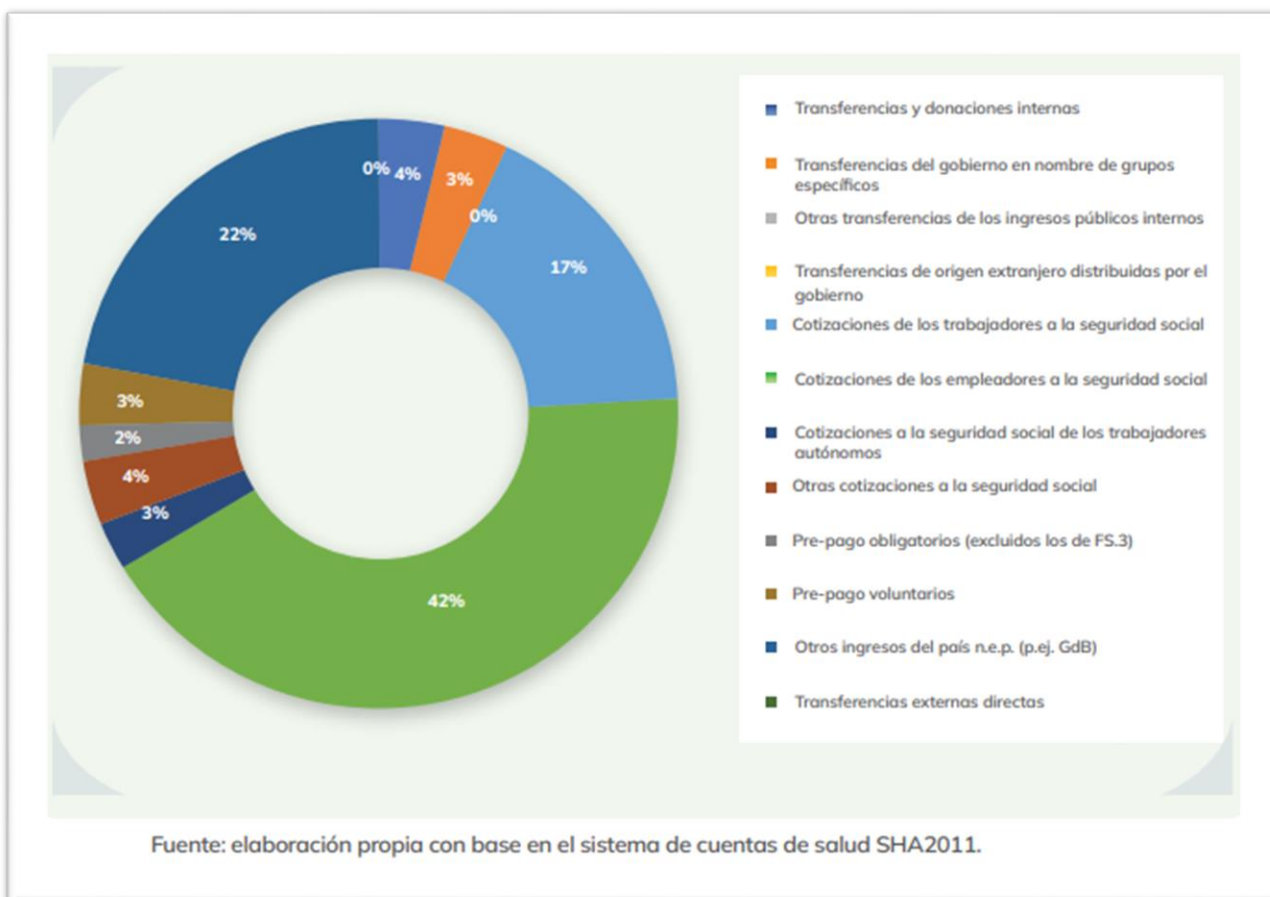
En Costa Rica, los esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios representan la mayor fuente de financiamiento para el pago de servicios y bienes de salud. En este tipo de arreglos se encuentran los esquemas que reciben una contribución de los hogares, la cual es obligatoria por ley, para fines de protección y cuidado de salud⁸⁰.

Esto implica que las contribuciones realizadas por los hogares con otros propósitos, por ejemplo, las pensiones, no se incluyen en esta categoría. En esta categoría se encuentran también los esquemas de Gobierno, que incluyen, en el caso de Costa Rica, a los diversos ministerios que realizan gastos directos en salud, así como los gobiernos locales y otras instituciones públicas. Más adelante se analizará con más detalle el origen de los ingresos que componen cada esquema.

En materia de financiamiento, los ingresos de los diferentes esquemas pueden clasificarse como de origen público o privado. Dentro de los primeros se encuentran las contribuciones a los seguros sociales y las contribuciones a seguros privados obligatorios, como el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA) (Gráfico 4).

En la categoría de privados se encuentran los pagos de primas de las personas a los seguros voluntarios y los pagos directos al recibir los servicios, así como los ingresos que alimentan a las ISFLSH (ONG) y a los servicios de salud que ofrecen directamente las empresas, sin intervención de seguros.

Gráfico 4. Participación porcentual de los ingresos percibidos en el 2019 para el financiamiento del Sistema de Salud en Costa Rica



Fuente: ⁸⁰.

Por su parte, el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) se rige por lo contemplado tanto en la Ley Constitutiva de la CCSS como en el Reglamento del Seguro de Salud. Se crean dos fondos, uno para SEM y otro para Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). Se define al Seguro de Salud como un régimen de reparto, cuyo fondo estará conformado por las cuotas de los patronos y trabajadores, tanto asalariados como pensionados y trabajadores independientes, definidas por tasas de contribución (Tabla 5).

Tabla 5. Tasas de contribución del patrono y del trabajador al seguro de enfermedad y maternidad en Costa Rica, vigente al año 2021

TIPO DE SEGURO	PATRONO	TRABAJADOR	ESTADO	PENSIONADO	FONDO DE PENSIONES	OTROS
Asalariado	9.25%	5.50%	0.25%*			
Pensionado			0.25%*	5.00%	8.75%	
Voluntario			0.25%*			12 000 - 25 000
A cargo del Estado						0.25%*
Independiente		2.89% - 10.69%	0.25%*			

* Corresponde al salario de todas las personas trabajadoras del país, así como de todas las pensiones y masas cotizantes de independientes y otros grupos.

Fuente: ¹¹¹.

En el caso de las personas asalariadas, las contribuciones totalizan un 15% de la planilla, la que responde a un aporte patronal del 9.25%, un 5.50% por parte de los trabajadores 13, y un 0.25% proveniente del Estado. Un esquema similar funciona para las personas pensionadas, quienes aportan un 5% de su jubilación, mientras el fondo de pensiones que lo cubre contribuye con un 8.75%. En el caso del seguro voluntario, el reglamento establece que la contribución “estará determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y Económica”¹¹¹. El grupo de población asegurada por cuenta del Estado responde a todos aquellos segmentos que deben recibir la afiliación al SEM, producto de disposiciones legales establecidas en distintas piezas de legislación. Su financiamiento proviene del presupuesto nacional (impuestos y deuda), y corresponde a un 0.25% sobre toda la masa cotizante derivada de las poblaciones aseguradas a cargo del Estado.

2.3.2 Porcentaje de gasto público en salud en Costa Rica

El gasto público en salud en Costa Rica osciló entre el 5,3% y el 5,6% del PIB entre el 2017 y 2019, según el último informe de cuentas de salud ⁸¹.

Durante el 2019, el gasto público en salud en Costa Rica fue de 2 019 933,2 millones de colones, representando el 5,6% del PIB del país, según se desprende del último Informe de cuentas de salud de Costa Rica, correspondiente al periodo 2017-2019⁸¹.

Con base en el seguimiento a los indicadores de cobertura, calidad y financiamiento de los servicios de salud⁸¹, a pesar de que el objetivo de cobertura universal de la salud de la población que habita en Costa Rica sigue sin alcanzarse, ha evolucionado favorablemente en términos de la cobertura de servicios esenciales.

En todo el período de análisis (2000-2019), superó al conjunto de los países del mundo y a países con los que comparte la clasificación según el nivel de ingresos (países de ingresos medianos altos). Además, muestra un desempeño muy similar a la del conjunto de los países de la Región Europea. En los últimos cuatro años (2018-2021), el porcentaje de población con seguro de salud se ha mantenido en una cifra cercana a 91%. Si la cobertura con seguro de salud se desagrega por características individual o condición laboral, los resultados muestran amplias diferencias entre grupos.

Las personas con mejores niveles de protección son aquellas que trabajan en empresas medianas y grandes y las mujeres, todas con tasas de desprotección por debajo del 15%. Por su lado, los mayores problemas de ausencia de cobertura se dan entre personas trabajadoras en microempresa, por cuenta propia, personas nacidas fuera de Costa Rica, personas con trabajo informal y desempleadas, categorías todas con tasa por encima del 30%.

Al analizar la composición de la población asegurada, los datos de 2019 muestran que el grupo de trabajadores asalariados y sus dependientes representan casi el 55% de la población total (cerca del 60% de la población asegurada), mientras que el 15% del total de la población está cubierta por cuenta del Estado.

En términos generales⁸¹, en el conjunto de la población que se encuentra sin acceso a la seguridad social, se identifica a las personas refugiadas y en condición de pobreza que no son cubiertos por el Estado, trabajadores informales, migrantes indocumentados,

trabajadores temporales en algunas poblaciones indígenas o población en condición de pobreza que no conoce sus derechos.

De hecho, a pesar de los esfuerzos del país por regular la incorporación de distintos grupos poblacionales a la seguridad social, los datos disponibles confirman la presencia de brechas de desigualdad en el acceso al seguro de salud. Por ejemplo, la desigualdad absoluta entre la región socioeconómica del país con mayor (Brunca) y menor (Huetar Norte) cobertura del seguro público de salud superaba los ocho puntos porcentuales en el 2019. Desigualdad que, según los datos aportados por el INEC, se ha mantenido en una magnitud similar durante el 2020 y el 2021.

2.3.3 Financiamiento de Redes integradas de Servicios de Salud

Pedraza⁸² mencionó que los países de las Américas, a través de la Estrategia de Salud Universal, que promueve la Organización Panamericana de la Salud, han acordado que para avanzar hacia la salud universal, es necesario aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, apuntando a lograr una meta referencial del 6% del Producto Interno Bruto (PIB) de gasto público en salud, para poder brindar acceso universal a la salud a sus poblaciones, con una adecuada protección financiera. Para ello, los sistemas de pago deben estar alineados con los objetivos del sistema de salud.

Una adecuada asignación de los recursos debe estar orientada a aumentar la equidad en el acceso, al dirigirse prioritariamente al primer nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutive y su capacidad de articulación de las redes integradas de servicios de salud, en un contexto de desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud.

Los servicios de atención de salud involucran a múltiples proveedores que necesitan actuar de manera coordinada, que implica la concertación de las distintas actividades y funciones requeridas para dar atención integral a lo largo de un continuo de atención, de manera que estas se armonicen y se alcance el objetivo deseado común para el conjunto de proveedores de una red, de otorgar intervenciones y atención de salud centradas en las personas y las comunidades; de este modo, la coordinación de servicios de salud está

centrada en la interacción entre proveedores, y cuando esa coordinación es suficientemente efectiva se considera que la atención está integrada⁸³.

Muchos países como España, Reino Unido, Italia, Portugal, Finlandia y Australia, están entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. En la Región de las Américas, sin duda son destacables los esfuerzos de Canadá, Cuba, Brasil, Chile y Costa Rica, quienes se esfuerzan en este camino de integración de sus sistemas de atención de salud en un Sistema Único de Salud, que en el sector público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud⁸³.

2.4 Acceso a recursos y servicios de Salud

2.4.1 Acceso efectivo a los servicios de Salud

Fajardo-Dolci et al.⁸³ enfocan el acceso a los servicios de salud como un derecho, que debe superar la discriminación y las barreras mediante la promoción y preservación de la salud, a través de un acceso óptimo a los servicios de salud. La evaluación del acceso en función de los resultados en salud, en relación con la disponibilidad y la utilización de los servicios, hace que pueden afectarse entre sí.

El acceso a los servicios de salud, entendidos como un derecho de forma amplia, desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados, para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población.

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales, fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976; a la fecha firmado y ratificado por 160 países⁸³. En el contexto global, la Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad.

Según Fajardo-Dolci et al.⁸³, la disponibilidad universal y la eliminación de las barreras económicas para la atención a la salud están dentro de los propósitos fundamentales de las autoridades nacionales y globales, a fin de que toda la población pueda obtener acceso justo a servicios, con oportunidad y alta calidad. El concepto de acceso debe abordarse cuanto menos en cuatro dimensiones:

- Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, entre otros.
- Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- La existencia de barreras para la utilización de los servicios
 - a. Barreras personales. El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y su necesidad de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio.
 - b. Barreras económicas. Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, entre otros.
 - c. Barreras organizacionales. Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.
 - d. Barreras sociales y culturales. Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos, o grupos que limitan el acceso a ellos.

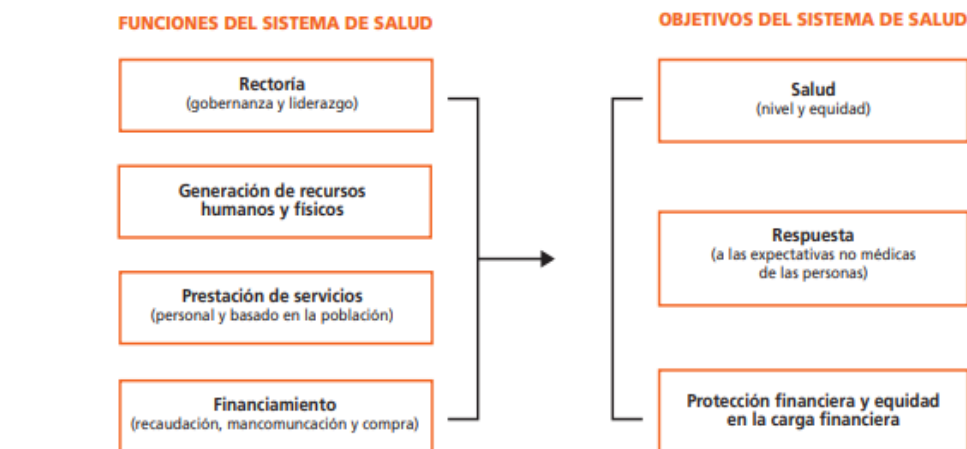
2.4.2 Acceso a recursos y financiamiento

Analizar cómo el acceso a recursos médicos y el financiamiento pueden influir en la rapidez con que los adultos mayores reciben la atención necesaria, considerando la equidad en la distribución de recursos. Los sistemas de salud son un tema prioritario a nivel global, dado que buscan reducir la carga social, económica y sanitaria que representan las

enfermedades, aunado a las discapacidades y muertes prematuras. A lo largo de la historia, se han posicionado diferentes reformas de sistemas de salud de acuerdo con los modos de producción, organización de recursos, respuesta social, o bien desde el perfil epidemiológico¹¹².

La financiación de la atención de la salud es la función de un sistema de la salud (Figura 6) que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud, ya sea individual o colectivamente, y debe diseñarse específicamente para proporcionarle, a toda la población, el acceso a servicios sanitarios necesarios de calidad suficiente (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de modo eficaz, de tal manera que garantice que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras¹¹².

Figura 6. Esquema de las funciones y objetivos de un sistema de salud



Fuente: Kutzin 2013

Fuente: ¹¹².

2.5 Innovaciones y capacitación

2.5.1 Innovaciones tecnológicas en cirugía

Se explora cómo las investigaciones tecnológicas, como nuevas técnicas quirúrgicas o dispositivos médicos, pueden influir en la atención a pacientes en espera, mejorando la eficiencia y los resultados clínicos.

De acuerdo con Tabares⁸⁴, la artroplastia de cadera es uno de los tratamientos quirúrgicos más exitosos en la cirugía ortopédica, y los abordajes quirúrgicos son disecciones lo más anatómicas posibles de planos tisulares, que utilizan el conocimiento de la anatomía para limitar la cantidad de la disección requerida al realizar un procedimiento determinado, y evitar daños a nervios y vasos. Anatómicamente, la cadera puede abordarse desde varias direcciones: transtrocantérea posterior, posterolateral, lateral, anterolateral y anterior. Cada uno de esos abordajes tiene ventajas y desventajas. Actualmente, existe un mayor interés en el abordaje anterior para artroplastias de cadera, determinado por la creencia de que al ser intermuscular puede provocar una disminución del dolor, una recuperación más rápida, mejor estabilidad de la cadera y menor riesgo de luxación después de la cirugía, comparativamente.

El abordaje posterolateral es el más utilizado a nivel mundial (55%) y el más utilizado en EE.UU. (73%). En EE.UU. 22% de los cirujanos utilizan el abordaje anterolateral y 5% el abordaje anterior; en Canadá, aproximadamente 60% de los cirujanos usan un abordaje lateral para la cadera, 34% un abordaje posterior de la cadera y menos del 5% un abordaje anterior. En comparación con el abordaje posterolateral, el anterolateral ha sido asociado con un menor índice de luxación protésica a causa de la preservación de la cápsula posterior, pero produce un incremento en la debilidad de los músculos abductores, lo que aumenta la incidencia de marcha de Trendelenburg postoperatoria durante los primeros seis meses. El abordaje anterior directo está ganando popularidad debido a la probable disminución del riesgo de luxación, menor daño muscular y rápida recuperación funcional⁸⁴.

En la actualidad, ha habido un mayor interés en la vía anterior (Hueter) para artroplastias de cadera en la comunidad ortopédica, debido a la creencia de que el abordaje anterior intermuscular puede provocar una disminución del dolor, una recuperación más rápida, una mejor estabilidad de la cadera y un menor riesgo de luxación después de la cirugía, en comparación con el más utilizado, el posterior, donde se realiza desinserción de los músculos rotadores, laceración muscular y apertura de la cápsula articular posterior. Además, dado que el paciente se coloca en decúbito supino en la mesa de operaciones, el abordaje anterior permite el uso de intensificación de imagen fluoroscópica, lo que permite la evaluación intraoperatoria y la corrección del posicionamiento de los componentes, lo que puede permitir una posición final más precisa⁸⁴.

Las series preliminares de pacientes que se han sometido a artroplastias de cadera utilizando el abordaje anterior han sugerido: disminución del consumo de narcóticos, disminución del tiempo de ingreso hospitalario, movilización independiente más temprana, mejor posición de los componentes en las imágenes radiográficas y un porcentaje más elevado de altas médicas en menor tiempo. Los resultados del único metaanálisis que compara los abordajes anterior y posterior mostraron que el abordaje anterior puede proporcionar beneficios potenciales en cuanto al dolor informado por el paciente y a los resultados funcionales, la duración postoperatoria de la estancia, las dislocaciones y las necesidades de narcóticos postoperatorios⁸⁴.

El equipo iMove y Clínica Mi Tres Torres⁸⁵ definen a Mako SmartRobotics como la tecnología más avanzada en cirugía robótica inteligente aplicada a la prótesis total de cadera, y se basa en una planificación tridimensional creada a partir de un TAC, lo que hace posible incrementar la precisión en el quirófano.

La cirugía robótica se recomienda a la mayoría de los pacientes que presentan artrosis avanzada de cadera y que requieren una prótesis total. Cuando el paciente llega a consulta con el especialista, se le explica la cirugía de prótesis de cadera, y se le informa que se puede realizar de manera convencional o utilizando la cirugía robótica, que aporta, principalmente, más precisión para el cirujano y mejor recuperación posterior para el paciente. Sus principales características son⁸⁵:

- Mayor precisión. gracias a la planificación preoperatoria personalizada en la que se obtiene una imagen en 3D basada en un TAC, lo que permite conocer la anatomía específica de cada paciente antes de entrar al quirófano.
- Mayor preservación ósea y menor daño en las partes blandas de los huesos y articulaciones, que estarán más protegidas con esta tecnología, pues se ajusta al milímetro la precisión del corte planificado por el cirujano.
- Más de 16 años de experiencia clínica en países como Estados Unidos de América, Chile, Luxemburgo, Reino Unido.
- Experiencia probada: existe la evidencia científica sobre esta en más de 200 artículos y estudios clínicos.

2.5.2 Capacitación del personal de Salud

Considerar la importancia de la formación y capacitación del personal de Salud para mejorar la eficiencia en la gestión de listas de espera, garantizando una atención de calidad y segura.

Los procesos de formación y capacitación del recurso humano tienen el rango de "actividades de interés institucional", dado que responden al interés de promocionar a los funcionarios, facultándolos con técnicas y herramientas que hagan más productivo su trabajo en la prestación de servicios de salud.

El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), es el responsable de conducir y regular la capacitación y formación del recurso humano, con el objetivo de responder a las necesidades de la población en materia de salud y seguridad social; está estructurado para asegurar el cumplimiento de lo estipulado en la Política institucional de capacitación y formación de recursos humanos y lo normado en el Reglamento de capacitación y formación de la CCSS ⁶¹.

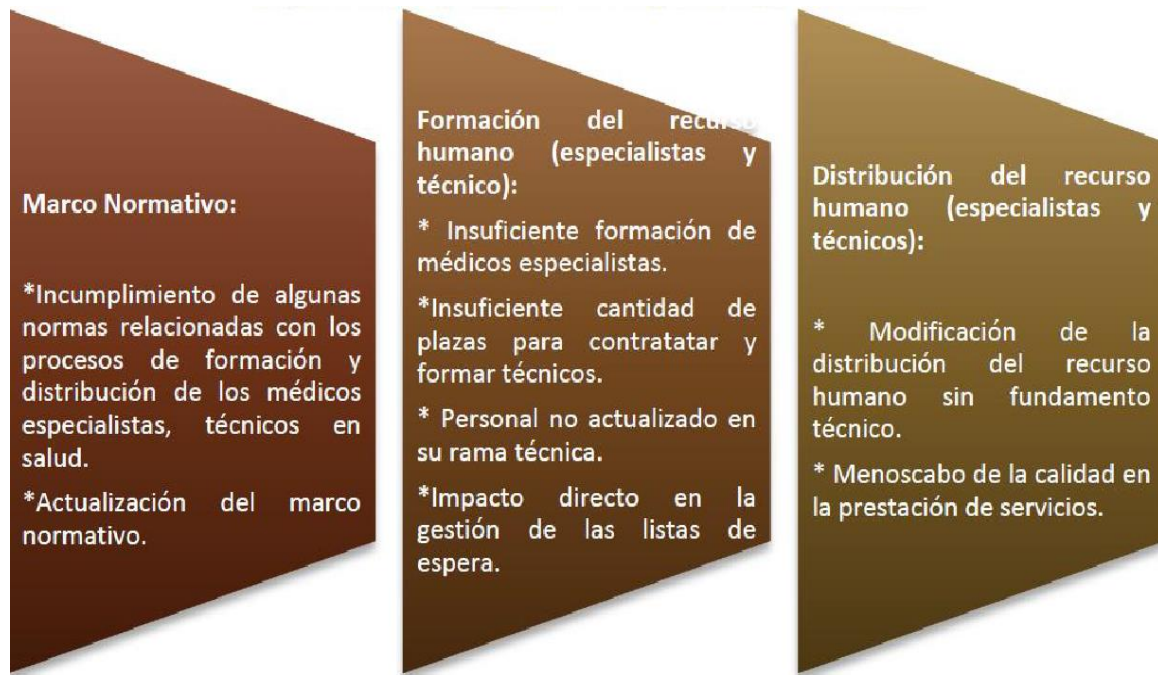
La capacitación es una de las funciones clave de la administración y desarrollo del personal en las organizaciones y, por consiguiente, debe operar de manera integrada con el resto de las funciones de este sistema. Lo anterior significa que la administración y el

desarrollo del personal debe entenderse como un todo, en que las distintas funciones, incluida la capacitación, interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización ⁶¹.

Sobre la disponibilidad de recurso humano especializado, en CENDEISS, al ser el responsable de planificar la formación, capacitación y el desarrollo profesional de los funcionarios de la institución, con base en las necesidades detectadas, a pesar del tiempo transcurrido y el planteamiento que se ha realizado sobre este tema, no han sido eficaces las actividades desarrolladas para resolver las necesidades de especialistas y técnicos; situación que junto con otros factores como la renuncia de este recurso humano, ha contribuido en forma decidida al incremento en los tiempos de espera y al número de pacientes para atender los procedimientos quirúrgicos, de diagnóstico y consulta externa, con la consecuencias para la salud a los pacientes ya comentada, y con el agravante de la judicialización del sistema, así como un aumento en lo que a costos operativos se refiere.

Por lo tanto, la falta de acciones efectivas en esta materia ha demostrado que no se dispone del recurso humano especializado suficiente a nivel país, impactando con ello la atención oportuna de las listas de espera, así como la calidad, eficiencia y eficacia de la atención que recibe la población. Por lo anterior, y ante la preocupación que en esa materia se refiere a este órgano de contraloría interna y fiscalización, el 28 de junio del 2022 se informó a la Gerencia General, Gerencia Médica y CENDEISS, sobre los riesgos estratégicos (Figura 7) que representa la gestión del recurso humano, en cuanto a formación y capacitación, tanto de médicos especialistas como de técnicos en salud, y como puntos relevantes se indicaron¹⁰:

Figura 7. Principales riesgos estratégicos relacionados con la gestión de formación y capacitación de especialistas y técnicos en Salud



Fuente: ¹⁰.

Para el fortalecimiento de la enseñanza de Geriatría y Gerontología en Costa Rica, se debe procurar una oferta de formación y capacitación que, de manera paralela, garantice la especialización del resto de profesionales de la Salud y de las Ciencias Sociales, como mecanismo que favorezca la atención multidisciplinaria e integral, requerido en los diferentes niveles de atención.

La Tabla 6 muestra el total de profesionales de la Salud que han recibido formación en el Hospital Nacional de Geriatría, como único hospital nacional especializado en la atención integral a las personas adultas mayores. Dicho logro, dado en los diferentes niveles de la CCSS, es una tarea a la cual se le debe dar una continuidad permanente; además, debe ser fortalecida para alcanzar el “alineamiento de los servicios de salud”, el cual propone que sus sistemas deben organizarse en torno a las necesidades y las preferencias de las personas mayores, y estar concebido para reforzar la capacidad intrínseca de los ancianos e integrarse en diferentes entornos y personal de atención¹¹³.

Tabla 6. Indicadores de logro de programas relacionados con la formación de Geriatría y Gerontología en Costa Rica

Programa	Total
Geriatras graduados (5 años de duración)	142
Residentes de Geriatría y Gerontología (cursando estudios, duración menor a 5 años)	57
Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (rotación Geriatría, duración menor a 4 meses)	186
Cursos de actualización para médicos (Semana Nacional de Geriatría y Congreso)	4805
Pasantías en el Centro Colaborador OMS/OPS (países latinoamericanos, duración de 1 a 3 meses)	112
Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) (Costarricenses graduados)	21
Formación de pregrado en Universidad de Costa Rica (Fisiopatología, Medicina Interna I, Geriatría y Gerontología I y II, Internado, 1999-2019)	3004

Fuente: Morales-Martínez (2019)

Fuente: ¹¹³.

2.6 Perspectiva interdisciplinaria

La colaboración entre profesionales de Salud, administradores y otros expertos es esencial para abordar este problema de manera integral. Se explotará la importancia de un enfoque interdisciplinario en la atención de adultos mayores en espera de cirugía de cadera.

Según Carvajal ⁴², el aspecto interdisciplinario implica una “atención integral”, la cual se define como la satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las personas adultas mayores y, para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias⁴. Esto determina la “calidad de vida” que se interpreta de acuerdo con la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus

expectativas, sus normas, sus inquietudes y, por lo tanto, se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno²⁰.

El modelo multidisciplinario, recomendado por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), actualizado en el 2017, incluye un equipo multidisciplinario con diferentes tareas, que consta de:

1. Emergenciología: diagnóstico temprano.
2. Ortopedia: abordaje quirúrgico temprano, manejo de complicaciones quirúrgicas, movilización temprana, manejo del dolor.
3. Anestesiología: anestesia, ICU posoperatorio, manejo del dolor.
4. Geriatria: manejo de comorbilidades, detección de delirium y manejo del dolor, evaluación del riesgo de caídas, prevención de úlceras por presión, detección temprana de demencia.
5. Fisiatría y terapia física: rehabilitación temprana, manejo de hueso sano, detección y manejo de sarcopenia, evaluación nutricional, manejo del dolor y farmacoterapia para rehabilitación³⁵.

El carácter multidisciplinario en la persona adulta mayor trasciende a la condición del paciente. Urzúa et al.⁸⁶, a manera de conclusión, concuerdan en que la calidad de vida es: 1) es subjetiva, pues depende del sentimiento de satisfacción con la vida en general según sea la capacidad para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, determinada por el estado de salud física, mental, social y emocional; y 2) es objetiva, porque el resultado depende de una evaluación realizada por una persona profesional sobre las condiciones de vida, donde el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona, y el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida, debido a la dinámica del cambio de las condiciones de vida, la capacidad de percepción individual y en sus propios valores.

Esta valoración, a su vez, se verá influenciada por el "contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez" y, sin duda, variará por factores como la etnia y el género⁸⁷. Se ha informado de la guía y tratamiento para una atención multidisciplinar e integral de la fractura de cadera⁸⁸⁻⁸⁹.

2.6.1 Redes de apoyo comunitario

Se evalúa cómo las redes de apoyo comunitario pueden desempeñar un papel en el cuidado de adultos mayores en espera de cirugía, especialmente en entornos socioeconómicos vulnerables, fortaleciendo la integración comunitaria en el cuidado de la salud. El Instituto nacional para las personas adultas mayores de México define la red de apoyo como:

(...) el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas, las mismas pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades. Están en constante movimiento y las integran personas que comparten intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria⁹⁰.

Fernández et al.⁶⁹ se refirieron a una red de apoyo, e indican que para ser adecuada es imprescindible para la población en general, siendo la base para poder desarrollarse desde etapas tempranas de la vida. Sin embargo, en la población adulta mayor es aún más relevante, debido a la necesidad de cuidados básicos como acompañamiento, hasta incluso ya más específicos, aumentan en etapas geriátricas; el hecho de contar con redes de apoyo tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor; existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción, puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia.

El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria, amparo y oportunidad para crecer como persona. Mediante transferencias, las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no solo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional⁶⁹.

A un adulto mayor, quien cuenta con una robusta red de apoyo, suele brindársele protección frente al déficit de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica. Se han descrito varios conceptos importantes, donde se pueden definir las redes de apoyo, tomando como base aspectos individuales o familiares, pero en general, ninguno funciona de manera aislada. Se conoce como la red o el grupo primario, a la basada en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo⁶⁹.

La familia se considera una de las formas más comunes de apoyo a las personas adultas mayores; se centra en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad, tomando en cuenta también el entorno del adulto mayor, contando también con redes de amistades y vecinos, quienes suelen ser un apoyo valioso para las personas adultas mayores. Aunado al aporte familiar, también es importante el aporte de la comunidad; en ella se encuentran también distintas redes de apoyo de las cuales muchos adultos mayores, en especial los que no cuentan con soporte familiar, requieren de sus servicios.

En Costa Rica, el Consejo nacional para la persona adulta mayor menciona algunas de estas otras modalidades, entre ellas: centros diurnos que brindan un servicio organizado por la comunidad y con apoyo institucional, creados con el propósito de ofrecer un trabajo multidisciplinario y de responsabilidad multisectorial, para atender durante el día a personas adultas mayores. La atención se dirige hacia personas independientes y de escasos recursos económicos o en riesgo social. Esta modalidad es un complemento a la vida familiar, ya que mantiene estrecha relación persona adulta mayor-familia-comunidad; por último, en el grupo secundario o red formal, sus integrantes desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en

ciertas áreas determinadas; en él se pueden incorporar organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas adultas mayores⁶⁹.

CONAPAM⁹¹ mencionó la existencia en Costa Rica del Programa Red de Cuido, que se implementa a nivel local, en cantones o comunidades donde exista el interés y compromiso de diversos actores por conformar la estructura social necesaria para su ejecución. Para ello se requiere: una organización de bienestar social y/o un gobierno local, debidamente calificados para administrar fondos públicos, para la atención de personas adultas mayores, y la conformación de un Comité o Red Comunitaria, integrado por representantes de: organizaciones no gubernamentales; idealmente al menos una de la organizaciones de bienestar social que atienden a personas adultas mayores de la comunidad; instituciones estatales como Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social; municipalidades; líderes independientes; y personas adultas mayores de la comunidad.

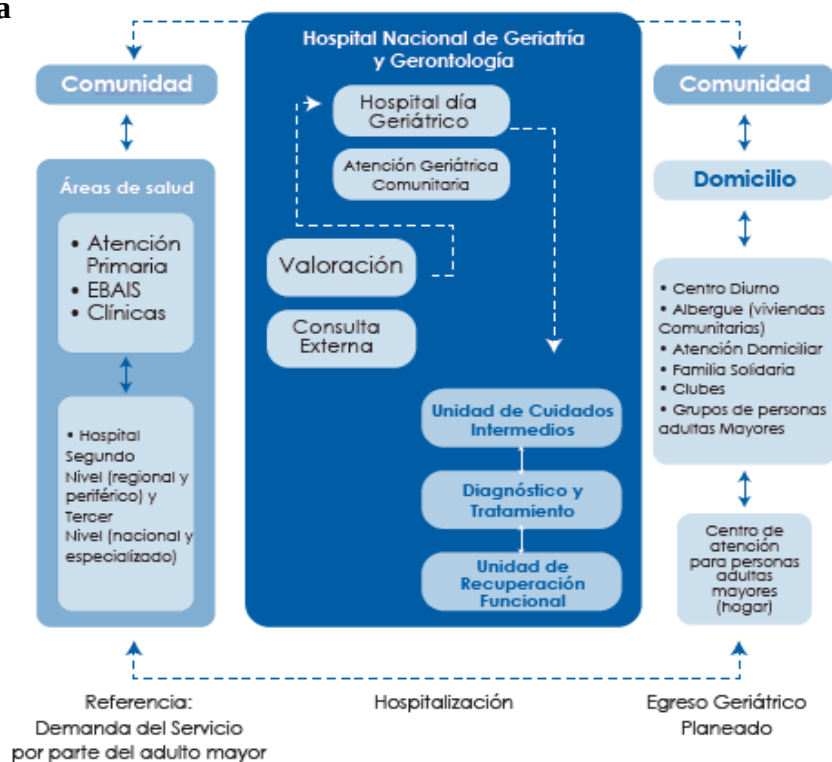
También se conocen a nivel local, regional y nacional, distintas asociaciones, fundaciones que brindan soporte y ayuda a la población adulta mayor. La Organización Panamericana de la Salud reconoce a una fundación llamada Yamuni Tabush⁹², la cual trabaja por mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores en Costa Rica, siendo una de las bases para lograr una sociedad inclusiva, tiene gran trayectoria en este campo, y su extensa red de socios le permite optimizar el alcance de sus iniciativas para esta población en particular.

Se evalúa cómo las redes de apoyo comunitario pueden desempeñar un papel en el cuidado de adultos mayores en espera de cirugía, especialmente en entornos socioeconómicos vulnerables, fortaleciendo la integración comunitaria en el cuidado de la salud y la presencia de instituciones protectoras, el apoyo familiar, el grado de inserción en la sociedad, la marginación social, el nivel y la accesibilidad a la educación formal; la salud social es el bienestar que el ser humano tiene en relación con los demás, incluye la habilidad de adaptación y autogestión ante los cambios y retos del entorno, la capacidad

para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas y el adecuado funcionamiento de las instituciones y relaciones sociales, que permiten un crecimiento y desarrollo de los individuos en los distintos grupos sociales²⁰.

Dentro de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, se instaure también la Red de Atención Geriátrica, que tiene como propósito la coordinación de acciones de asesoría para los tres niveles de la CCSS, lideradas por el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología que desarrolla, además, como único hospital nacional especializado en la atención de la población adulta mayor, la formación de la especialidad médica en Geriátrica y Gerontología, de manera conjunta con la CCSS¹¹³.

Figura 8. Modelo de atención a las personas adultas mayores en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología para la Red de Atención Progresiva para el cuidado en Costa Rica



Fuente: ¹¹³.

El envejecimiento de la población implica una mayor necesidad de tratamiento quirúrgico en el adulto mayor. También funcionan como redes de apoyo: los cirujanos, internistas, anestesiólogos, geriatras, nutriólogos y rehabilitadores implicados en la atención de este grupo de pacientes, quienes deben tener el conocimiento adecuado para no limitar el acceso a procedimientos quirúrgicos solo por motivo de la edad. La valoración preoperatoria del adulto mayor debe ser exhaustiva, para identificar todas las comorbilidades, así como los principales síndromes geriátricos que impactarían en la recuperación posquirúrgica, y favorecerían la reintegración del adulto mayor a la comunidad en las mejores condiciones clínicas y el menor tiempo posible⁹³.

Para prevenir lesiones es crucial mantener un peso saludable, reduciendo la presión sobre la cadera. Tratar las lesiones adecuadamente bajo la guía de un especialista y realizar ejercicios para fortalecer los músculos de la cadera también son esenciales; evitar deportes de alto impacto que tensión en la articulación también ayuda (GMOCC)¹¹⁴. A nivel familiar, es primordial que el entorno conozca qué enfermedades y qué medicamentos pueden provocar caídas, al igual que tomar medidas de prevención durante el tiempo de espera para la cirugía, disminuyendo el riesgo de progresión, por mencionar algunas; revisar la visión y prestar atención al cuidado de los pies; revisar el tipo de calzado y evitar ropas largas; reanudar actividades de la vida diaria tan pronto como sea posible; si se produce una caída, aunque no haya daños, se debe informar al médico, ya que dicha caída puede ser secundaria a una enfermedad de base⁹⁴.

2.6.2 Historia clínica y seguimiento

Se examina cómo la historia clínica de los pacientes influye en su manejo y seguimiento durante el proceso de espera, asegurando una atención personalizada y efectiva.

La Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)⁹⁵ es el registro acumulado en el tiempo de su estado de salud integral para dar seguimiento adecuado y constituye un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales, con la

intención de definir el paquete de atención integral de salud, un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda, y un plan de seguimiento. La frecuencia de dicha valoración se realizará de acuerdo con la Norma técnica de Salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores.

El formato de la historia clínica del adulto mayor⁹⁵ tiene el propósito de facilitar el abordaje biológico, psicológico y social para definir un paquete y un plan de atención integral: el primero es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad; el segundo se elabora con base en la evaluación integral del adulto mayor, en el que se brinda el paquete de atención integral de salud individual y adecuada a la categoría del establecimiento de salud, en forma gradual y continua.

La valoración clínica⁹⁵ incluye un resumen los daños crónicos y/o agudos del adulto mayor, el estado de vacunación, el estado mental cognitivo y afectivo, la valoración sociofamiliar, el estado nutricional, el control de salud bucal, así como la ubicación de las actividades básicas: dependiente o independiente, en cuanto a: lavarse, vestirse, uso del servicio higiénico, movilizarse, continencia y alimentarse. La valoración mental es el procedimiento mediante el cual se evalúa el estado cognitivo y afectivo.

Intervenciones preventivas para descartar: riesgos y daños transmisibles (prioridades nacionales y regionales), riesgos y daños no transmisibles (prioridades nacionales), problemas de salud mental y violencia. Consejería integral tanto para el paciente como para el cuidador o acompañante en autocuidado, estilos de vida saludables, actividad física, práctica y hábitos alimentarios, prácticas y hábitos de higiene, hábitos tóxicos, uso del tiempo libre, sexualidad. Fomento de la integración social: proceso de envejecimiento, promoción de integración social, evitar aislamiento social, deberes y derechos ciudadanos, uso racional de medicamentos, medicina alternativa y tradicional. Salud psicosocial (problemas familiares, como alcoholismo, violencia). Visita domiciliaria: anotar el motivo de la visita y fecha. Las visitas a los adultos mayores deberán realizarse en las siguientes

circunstancias: adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud; adulto mayor en situación de enfermedad terminal, quien necesita de cuidados paliativos; adulto mayor que no acude a tratamiento de daño transmisible, o no transmisible; adulto mayor con problemas sociales, que le imposibilitan desplazarse al establecimiento de salud.

Temas educativos: establecimiento de salud y en otras actividades socioculturales. Atención de prioridades sanitarias: de acuerdo con el tipo de daño considerado prioridad nacional o regional, se programarán las actividades de acuerdo con protocolos establecidos por cada estrategia sanitaria.

Antecedentes personales. -Marcar con una “X” según corresponda (sí o no) la presencia o no de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Descripción de antecedentes y otros. -Explicar brevemente otros antecedentes positivos y, además, es importante interrogar sobre patologías prevalentes (en este caso fractura de cadera). Evaluar las condiciones que caracterizan al adulto mayor, como pérdida de masa muscular, metabolismo más lento, piel más delgada o delicada (llamada piel de cebolla), menos ácido estomacal, pérdida de los sentidos (gusto, tacto, olfato), pérdida del apetito y de sed, saciedad con porciones de alimentos más pequeñas, problemas de deglución.

El Programa de normalización de la atención a la persona adulta mayor⁸³ busca fortalecer el abordaje geriátrico moderno, mediante la evaluación geriátrica integral, que incluye: la historia clínica geriátrica, tomando en cuenta la presentación atípica de las enfermedades frecuentes en este campo; así como la prescripción de medicamentos, proceso que requiere considerar farmacocinética, farmacodinamia, farmacoepidemiología y farmacogenómica.

2.7 Impacto en la calidad de vida

El impacto en la calidad de vida de un adulto mayor después de una fractura de cadera es significativo, y puede verse exacerbado por el tiempo de espera para la cirugía. A continuación, se detallan algunos de los principales efectos⁹⁶:

1- Impacto físico

Movilidad reducida: la fractura de cadera generalmente resulta en una disminución notable de la movilidad. Muchos adultos mayores experimentan dificultades para caminar y pueden depender de dispositivos de asistencia, como andadores o sillas de ruedas.

Dolor crónico: el dolor intenso es común, tanto antes como después de la cirugía, y puede persistir durante mucho tiempo, afectando el bienestar general.

Pérdida de independencia: la capacidad para realizar actividades diarias básicas como vestirse, bañarse y cocinar puede verse comprometida, lo que lleva a una mayor dependencia de cuidadores o familiares.

2- Impacto psicológico

Depresión y Ansiedad: la pérdida de independencia y la disminución de la movilidad pueden llevar a sentimientos de depresión y ansiedad. La preocupación por la recuperación y el miedo a futuras caídas también pueden contribuir a estos problemas de salud mental.

Aislamiento social: la dificultad para moverse y el dolor pueden limitar la participación en actividades sociales, aumentando el aislamiento y la soledad.

3- Impacto en la salud general

Complicaciones médicas: el tiempo de espera para la cirugía puede incrementar el riesgo de complicaciones como úlceras por presión, infecciones urinarias y neumonía, debido a la inmovilización prolongada.

Desnutrición: la inmovilización y la posible hospitalización prolongada pueden llevar a una disminución del apetito y a problemas nutricionales, afectando la capacidad de recuperación.

4- Impacto económico

Costos Médicos: el tratamiento prolongado y la necesidad de cuidados adicionales pueden incrementar significativamente los costos médicos, afectando tanto al individuo como a su familia.

Pérdida de ingresos: aunque los adultos mayores pueden estar jubilados, la incapacidad para realizar cualquier tipo de trabajo o actividad económica adicional puede impactar negativamente en su situación financiera.

5- Efectos del tiempo de espera para la cirugía

Peor pronóstico: el retraso en la cirugía se asocia con un peor pronóstico funcional y una recuperación más lenta. Los estudios han demostrado que los pacientes que esperan más tiempo para la cirugía de cadera tienen mayores tasas de mortalidad y morbilidad.

Mayor dolor y sufrimiento: la espera prolongada aumenta el dolor y el malestar, lo que puede afectar negativamente el estado emocional y psicológico del paciente.

Recuperación prolongada: cuanto más tiempo pasa antes de la cirugía, más difícil puede ser la rehabilitación y la recuperación completa. La inactividad prolongada puede llevar a una mayor pérdida de masa muscular y fuerza.

2.7.1 Cambio en la calidad de vida familiar

Se analiza cómo la espera afecta no solo al paciente sino también a sus familias, considerando el cambio en la dinámica y calidad de vida familiar.

Los adultos mayores en lista de espera para una cirugía de reemplazo de cadera son vulnerables en su calidad de vida, como se mencionó anteriormente, ya que, por su carácter subjetivo, depende principalmente del bienestar emocional y afecta su estado de felicidad, atención plena, pensamiento positivo, resiliencia y dominio, para lograr la tranquilidad mental; además, está asociado con el bienestar físico, social y laboral. La vulnerabilidad emocional se asocia con la pérdida del entorno ambiental causado por problemas, anormalidades, conflictos, caos, guerras, inestabilidad política y componentes sociales como la pobreza, las desigualdades, la discriminación, la vivienda pobre, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludable, la falta de trabajo, sus condiciones y oportunidades⁷².

Las condiciones socioeconómicas a nivel familiar determinan la calidad de vida del adulto mayor. Las familias de altos ingresos tienen la opción de internados especializado de alto costo. No obstante, la mayoría no cuenta con estos privilegios. En Costa Rica, en el año 2022⁹⁷ la persona adulta mayor que se encontraba fuera de la fuerza de trabajo fue del 86,6% del total de la población, donde el 13,3% no estaba disponible para trabajar por enfermedad, 42,1% con limitaciones de edad o discapacidad, 23,3% no deseaba trabajar, y

16,6% con obligaciones familiares o personales; mientras que la participación familiar al cuidado del adulto mayor, expresada en el tiempo promedio de horas dedicadas a la semana por parte de las personas mayores de 12 años, en forma activa, directa o exclusiva, mostró los siguiente resultados: 3h 55m y 2h 29m, ya fuera adulto hombre y mujer, respectivamente, y en la atención indirecta, la cual fue ejecutada mientras se llevaban a cabo otras actividades, fue 15h 11m y 12h 47m, en forma respectiva.

Por otra parte, la tasa de participación laboral fue 13,4%, de la cual el empleo informal fue 88,1% y distribuido en las principales actividades: agricultura, ganadería, silvicultura y pesca 19,9%, actividades profesionales y administrativas de apoyo 14,6% y comunicación y servicios 15,3%. El 27,6% de las personas adultas mayores viven en condición de pobreza extrema, el 16,6% no cuentan con ningún tipo de ingreso monetario, el 31% no están aseguradas, el 28% tienen condición de discapacidad y el 37,9% viven solas.

De acuerdo con el informe del Programa Estado la Nación⁹⁸, el nivel educativo es un determinante directo en el acceso a oportunidades laborales y una mejor remuneración, muestra datos poco alentadores: la proporción de personas con secundaria incompleta o menos (es decir, “no calificada”) era de un 89% a inicios de siglo (2000) y, aunque bajó a un 77% en el año 2021, sigue manteniéndose en un nivel sumamente alto. Solo un 9% alcanzó la secundaria completa. El uso de nuevas tecnologías de comunicación indica que el uso de internet y teléfono celular aumentó de 14,5% a 47,9% y de 57,9% a 69,9% entre el año 2015 y 2021; mientras que el uso de la computadora y la tableta disminuyeron de 11,7% a 10,4% y de 5,6% a 3,6% respectivamente.

Por otra parte, el aseguramiento es fundamental para la atención temprana de la salud, así como para garantizar una pensión al finalizar la etapa laboral. En los últimos 21 años, en promedio, el aseguramiento de la población adulta mayor se ha distribuido de la siguiente manera: un 63,2% ha logrado tener aseguramiento por ser pensionada, un 3,8% no ha estado asegurada de ninguna forma, y un 32,6% sí ha tenido acceso al seguro social, pero por otras formas que no son por jubilación. Otra situación que se ha identificado es

que cada vez más hogares tienen jefaturas adultas mayores. A inicios de siglo este porcentaje era de un 9,5%; hoy en día asciende a 16,5% del total de hogares costarricenses.

Brenes-Camacho¹¹³ menciona que, en estudios socioeconómicos, los adultos mayores se consideran como un grupo vulnerable, debido a que los problemas de salud a los que se enfrentan pueden limitarles sus capacidades laborales en ausencia de la protección de la seguridad social. Los estudios cuantitativos sobre el tema utilizan indicadores objetivos sobre él: la pobreza medida según las necesidades básicas insatisfechas o según línea de pobreza, posesión de activos, niveles de ingreso y otros; las recientes encuestas sobre envejecimiento en América Latina han incluido el tema de la percepción de la situación económica propia; de esta forma, se puede conocer si los adultos mayores de la región se consideran en una situación ventajosa o desventajosa, y qué factores están asociados a esa percepción.

Para Fernández et al.⁶⁹, Costa Rica es uno de los pocos países latinoamericanos, junto con República Dominicana, El Salvador y Honduras, en los que el porcentaje de pobres es mayor entre adultos mayores que entre la población más joven, independientemente de si se mide a partir de la línea de pobreza o vía consumo; la situación de pobreza entre adultos mayores costarricenses está relacionada con la composición del hogar: los hogares de adultos mayores pobres tienen menor número de perceptores y mayor número de niños que otros hogares que los hogares de adultos mayores no pobres.

Alfaro et al.¹⁰⁰ en el año 2019, al consultarle a la población mayor a 60 años acerca de la percepción de su calidad de vida, el 33.0% la calificó como muy buena, el 46.6%, buena, un 14.6%, regular; un 4,3%, mala y un 1.5%, muy mala; mientras que, de acuerdo con el nivel educativo, los resultados mostraron que de quienes cuentan con un nivel de instrucción de primaria completa o menos, el 8.6% calificó la calidad de vida como muy mala o mala, el 24.1% regular y un 67.3% como buena o muy buena.

CAPÍTULO III– MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

La investigación realizada es considerada de carácter mixto, ya que se combinan aspectos tanto cualitativos como cuantitativos.

Es cualitativa, dado que se revisan factores biológicos, sociales, psicológicos y físicos que describen cómo es el diario vivir, las limitaciones a las que se enfrentan los adultos mayores, los cambios que debieron afrontar a partir del inicio de su patología, las alteraciones psicológicas y emocionales que se desencadenaron producto de la dependencia de terceras personas de las que requieren ayuda para las actividades básicas del diario vivir, como lo es el levantarse, sentarse o desplazarse dentro del hogar, aspectos que podrían resultar sin importancia, pero que al largo plazo y en una persona que ha sido independiente durante toda su vida, al verse incapacitada para sobrellevar estas actividades cotidianas pueden llegar todas estas aristas, desembocar en una alteración en la calidad de vida de la persona que está a la espera por su procedimiento quirúrgico.

Se considera que es también cuantitativa, porque se aporta información económica de los diferentes costos sufragados, tanto del paciente como de la institución, con el fin de aminorar la dolencia provocada por la patología, impidiéndole llevar a cabo sus labores diarias, disminuyendo así su calidad de vida, que ya per se en gran mayoría de los casos se encuentra deteriorada por las comorbilidades asociadas a este grupo etario. De igual manera y no menos importante, se incluye como cuantitativa por la parte estadística, debido a que durante la investigación se solicitó información al centro médico, acerca de la cantidad de población estudiada que está a la espera de ser atendida, y la división por sexo.

Se incluye también como investigación de tipo prospectiva, ya que se incorpora la variable tiempo, donde se observan los pacientes en lista de espera de cirugía de cadera, se recopila la información brindada por el centro hospitalario en estudio, y se registran en los resultados.

Es contemplada también como de tipo documental, puesto que se recolectó información de diferentes artículos y evidencia científica, al igual que métodos y propuestas de otros sistemas de salud similares al de Costa Rica, y que también tenían la

misma problemática, los extensos lapsos de tiempo que debían esperar los pacientes para optar por una cirugía, y las consecuencias que aquejan a la población al esperar tanto tiempo, esto con el fin de conocer, en otros aspectos, cómo fue, cuán eficaz resultó, y el nivel de éxito obtenido del método aplicado, con el fin reducir las listas de espera, para, con base en todos estos resultados anteriores, realizar una propuesta aplicable en Costa Rica.

3.2 Fuentes de información

Se revisaron fuentes primarias, realizando entrevistas al personal médico del hospital Carlos Luis Valverde Vega, con el fin de conocer un poco su perspectiva de la problemática.

También fuentes secundarias, al solicitar registros del Hospital Carlos Luis Valverde.

Hubo de tipo terciario, al revisar distintos artículos científicos, así como también trabajos de investigación realizados con anterioridad.

3.3 Criterios de búsqueda

Objetivo	Descriptor	Motor de búsqueda	Idioma	Temporalidad	Tipo de documento
Identificar los principales determinantes de la salud biopsicosociales y económicos que se ven involucrados en los pacientes	Adultos mayores. Cirugía de cadera.	Base de datos: Google Académico BINNASS	Inglés y español	2019-2020- 2021-2022- 2023	Artículos / Informes/ Páginas oficiales web / Revistas científicas / Noticias

adultos mayores que están en espera de una cirugía de cadera.	Determinantes de la salud biopsicosociales.	Web of Science Bibliotecas virtuales			
Describir a nivel internacional el manejo de las listas de espera en otros países con un sistema de salud similar al de Costa Rica.	Manejo internacional de las listas de espera. Sistemas de salud similar al de Costa Rica.	Base de datos: Google Académico BINNASS Web of Science Bibliotecas virtuales	Inglés y español	2019-2020-2021-2022-2023	Artículos / Informes/ Páginas oficiales web / Revistas científicas/ Noticias
Formular una propuesta de abordaje para la atención de los pacientes adultos mayores del Hospital Carlos Luis Valverde Vega que se encuentran en lista de espera de cirugía de cadera.	Propuesta de abordaje para la atención de los pacientes. Lista de espera de cirugía de cadera. Hospital Carlos Luis Valverde Vega.	Base de datos: Google Académico BINNASS Web of Science	Inglés y español	2019-2020-2021-2022-2023	Artículos / Informes/ Páginas oficiales web / Revistas científicas/ Noticias

		Bibliotecas virtuales			
--	--	--------------------------	--	--	--

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Documentación de pacientes que están a la espera de cirugía de cadera.	Documentos que contengan información sensible del paciente.
Documentación de cirugía de cadera del 2019-2023.	Documentos de cirugía de cadera que no pertenezcan al hospital Carlos Luis Valverde Vega.
Población entre 65-75 años.	Documentos con enfoque de desgaste de cadera y fractura.
Español e inglés.	
Documentación de listas de espera en el sistema de salud público de Costa Rica.	

3.5 Proceso de selección de información

Se recopiló información en la base de datos de distintos sitios webs, entre ellos: Organización Mundial de la Salud, Universidad Andrés Bello de Chile, Orliman, Universidad de Barcelona, Helico, Fondoscience, The New England Journal of Medicine, Elsevier, Mayo Clinic, SciELO, Revista Médica Sinergia, Universidad de Murcia, Universidad de Alicante, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Organización de las Naciones Unidas, Solidaridad Intergeneracional, Revista Hospitalaria, National Institutes of Health, Revista terapéutica, PubMed, Revista Española de Enfermedades Óseas.

Con los descriptores de cirugía de cadera, se recuperaron 60 artículos en un primer filtro, de los cuales se utilizaron 40 que eran viables con el tema en estudio.

Se solicitó información a: la Caja Costarricense del Seguro Social, BINASS, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Revista Médica de Costa Rica y

Centroamérica. Se revisaron artículos de noticias del semanario Universidad, Estado de la nación, La Gaceta, universidades como la UCR, Universidad Internacional de las Américas, ULACIT.

Se gestionaron fuentes oficiales al hospital sin información sensible de los usuarios, para conocer el tiempo promedio que están esperando para su cirugía, dividido por grupo etario y sexo.

3.6 Limitantes

Debido a que se puede incurrir en la entrega de documentos que contengan información sensible, es que se tiene acceso limitado a la documentación referente a las listas de espera.

CAPÍTULO IV– RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la evaluación de los determinantes de salud biopsicosociales y económicos de los pacientes adultos mayores en espera de cirugía de cadera, se identificaron los siguientes factores clave:

- Biológicos

La investigación abarca condiciones médicas asociadas como una alta prevalencia de comorbilidades, entre ellas; hipertensión (60%), diabetes mellitus (45%), y enfermedades cardiovasculares (50%), además de sus complicaciones asociadas en la población estudiada, como el dolor crónico asociado a la condición de cadera, con un 80% de los pacientes reportando dolor significativo.

Aunados a las patologías anteriores, se analizaron datos epidemiológicos, donde destacan enfermedades como la demencia y la osteoporosis en el grupo etario. Además, se ha destacado la importancia de factores de riesgo como la edad, el sedentarismo y el uso prolongado de fármacos.

Esmektala et al. encontraron que existe una relación entre el mayor tiempo de espera de la cirugía con un mayor riesgo de complicaciones, principalmente infecciones del tracto urinario y neumonías, tromboembolismo pulmonar, úlceras por presión y otras complicaciones cardiovasculares.⁶⁷

- Psicológicos

En el impacto psicológico en salud mental y emocional de los adultos mayores, destaca una alta prevalencia de ansiedad (65%) y depresión (55%), debido a la demora y al dolor constante al que son sometidos los pacientes, producto de la patología de base por la que están a la espera de su procedimiento quirúrgico.

También destaca el deterioro cognitivo de leve a moderado, presente en un 30% de los pacientes, relacionado con la falta de movilidad y aislamiento. Al tomar en cuenta que es una patología irreversible, es importante abordarlo, ya que la progresión de esta desencadena otros factores, como la necesidad de cuidadores, mayor gasto económico y dependencia del paciente.

Además, la discriminación por edad y el maltrato como factores adicionales, destacando la relación entre el bienestar emocional y psicológico, así como la capacidad de hacer frente al estrés y tomar decisiones.

Se proporciona una visión integral de los desafíos psicológicos que enfrentan los adultos mayores durante la espera prolongada de su cirugía, dándoles importancia a estos aspectos emocionales para mejorar su calidad de vida.

• Sociales

Debido a la dificultad del traslado, se frecuente el aislamiento social, con un 70% de los pacientes reportando disminución en la participación en actividades sociales.

Dependencia de cuidadores en un 40% de los casos, lo que aumenta la carga para las familias.

Disminución significativa en la calidad de vida, con el 85% de los pacientes informando una baja en su bienestar general.

• Económicos

Costos elevados de atención médica y medicamentos, con un 50% de los pacientes reportando dificultades económicas significativas.

Se resalta una proporción significativa de la población adulta mayor que vive en condición de pobreza extrema, sin seguro de salud, y que enfrenta condiciones de discapacidad y soledad.

Pérdida de ingresos debido a la incapacidad laboral, afectando tanto a los pacientes como a sus cuidadores principales, tomando en cuenta que, en este grupo etario, parte de población aún es laboralmente funcional, ya que son jefes de hogar o sin red de apoyo, al igual que los adultos mayores cuyo subsidio económico es sufragado por el Estado.

Se revela un panorama complejo en cuanto a los determinantes de salud de los pacientes adultos mayores, quienes están a la espera de cirugía de cadera. La identificación de estos factores muestra que la espera prolongada para una cirugía de cadera tiene un impacto multidimensional en la salud de los adultos mayores, destacando la interconexión

entre factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos, y cómo estos influyen en la experiencia de salud de este grupo demográfico.

Las comorbilidades agravan el estado de salud general, como la hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, las cuales subrayan la importancia de abordar estas condiciones médicas preexistentes, para optimizar los resultados de la cirugía de cadera y la recuperación postoperatoria, mientras que los factores psicológicos y sociales contribuyen a una disminución significativa de la calidad de vida, debido a que factores como la ansiedad, la depresión y el deterioro cognitivo revelan el impacto emocional significativo de la espera prolongada y el dolor crónico asociado a la condición de cadera, siendo estos aspectos influencia en la percepción del bienestar general y en la capacidad de afrontar el proceso de recuperación.

Los determinantes económicos resaltan la carga financiera adicional, tanto para los pacientes como para sus familias, subrayando la necesidad de intervenciones integrales que aborden estos múltiples aspectos, esto porque en algunos casos se da la pérdida de ingresos debido a la incapacidad laboral, poniendo de relieve las barreras financieras que enfrentan los adultos mayores y sus familias, lo que puede agravar aún más su situación de salud y bienestar.

En el ámbito social, el aislamiento y la dependencia de cuidadores destacan la importancia de contar con una adecuada red de apoyo -tanto social como familiar- durante este período crítico. La disminución en la participación en actividades sociales puede aumentar el riesgo de aislamiento y afectar la calidad de vida de los pacientes.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de enfoques integrales e interdisciplinarios en la atención de los adultos mayores en espera de cirugía de cadera. Es crucial implementar estrategias que aborden no solo las necesidades médicas, sino también las emocionales, sociales y económicas de este grupo vulnerable, con el fin de mejorar su calidad de vida y optimizar los resultados de salud a largo plazo. Esto podría incluir intervenciones como programas de apoyo psicológico, redes de apoyo social, asesoramiento financiero y acceso equitativo a servicios médicos y de rehabilitación.

Durante la revisión de los sistemas de salud similares al de Costa Rica, para conocer las estrategias de manejo de listas de espera, se halló en la evidencia que países como España y Reino Unido comparten la misma problemática. La especialidad de ortopedia se encuentra entre las especialidades que tienen tiempos de espera más prolongados; de ahí que se hiciera una comparativa de los sistemas de salud para conocer capacidad hospitalaria, días de espera, cantidad de personal y los beneficios de un sistema versus el otro.

Costa Rica

En la Tabla 7 se presentan los resultados de la lista de espera para una operación de fractura de cadera en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega, al 07 de marzo de 2024, para personas adultas mayores entre 65 y 75 años de edad. Como se puede observar, la cantidad total en espera fue once pacientes, de quienes había cuatro mujeres y siete hombres. El tiempo promedio ponderado de este grupo etario fue de 571 días, con una variación del 80% y un rango que va de un valor mínimo de 32 días a un valor máximo de 1084 días. De manera más específica, el tiempo promedio de espera para las mujeres fue de 362 días con una variación de 64% y rango de 32 a 824 días; mientras que para los hombres fue de 640 días, 71% y rango de 129 a 1084 días de espera. Se puede observar que hubo mayor prioridad hacia las mujeres, que se refleja en una menor cantidad en espera, lo que indica una proporción menor del 36,4% respecto al total.

De manera similar ocurrió con el tiempo promedio de espera, el cual también fue menor en mujeres en un 56,5% respecto a los hombres. Otro aspecto que cabe destacar es el tiempo máximo de espera, ya que también fue menor en las pacientes mujeres (2,3 años) respecto a los pacientes hombres (3,0 años). Se puede deducir que existe un factor evidente en la priorización electiva dirigido hacia las mujeres, debido a que, en este grupo, ellas tienden a ser más afectadas por el desgaste de cadera.

Tabla 7. Tiempo de espera de pacientes pendientes para cirugía de cadera en días por sexo y edad entre 65 y 75 años al 07 de marzo del 2024, en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón de Alajuela, Costa Rica

Estado cita: pendiente 1 mes= 30 Días 1 año= 365 días Especialidad: Ortopedia												
Edad años	♀	Tiempo días	Tiempo meses	Tiempo (años)	♂	Tiempo (días)	Tiempo (meses)	Tiempo (años)	♀ Y ♂	Tiempo ponderado (días)	Tiempo ponderado (meses)	Tiempo ponderado (años)
65	0	0	0.0	0.0	1	843	28.1	2.3	1	843	28.1	2.3
66	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
67	1	425	14.2	1.2	0	0	0.0	0.0	1	425	14.2	1.2
68	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
69	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
70	1	165	5.5	0.5	1	446	14.9	1.2	2	388	12.9	1.1
70	0	0	0.0	0.0	1	705	23.5	1.9	1	705	23.5	1.9
71	0	0	0.0	0.0	1	129	4.3	0.4	1	129	4.3	0.4
72	0	0	0.0	0.0	1	250	8.3	0.7	1	250	8.3	0.7
72	0	0	0.0	0.0	1	1025	34.2	2.8	1	1025	34.2	2.8
72	0	0	0.0	0.0	1	1084	36.1	3.0	1	1084	36.1	3.0
73	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
74	1	32	1.1	0.1	0	0	0.0	0.0	1	32	1.1	0.1
74	1	824	27.5	2.3	0	0	0.0	0.0	1	824	27.6	2.3
75	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
	4				7				11			
Promedio		362	12.1	1.1		640	21.3			571	19.0	1.6
Desviación		231	7.7	0.6		457	15			456	15	1
Variación		64%	64%	64%		71%	71%			80%	80%	80%
Rango		32-824	1.1-27.6	0.1-2.3		129-10184	0.4-3.0			32-1084	1.1-36.1	0.1-3.0

Fuente: Dirección médica ortopedia, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica.

En las tablas 8 y 9 se presentan, en forma comparativa, la cantidad de pacientes y el tiempo de espera a una intervención quirúrgica en ortopedia y en cirugía de reemplazo de cadera, para mujeres y hombres, respectivamente. Los resultados muestran que para el grupo etario de 64 a 75 años el número total de pacientes en espera a una cirugía de ortopedia fue de 208 al 2 de febrero de 2024, de quienes 118 corresponden a mujeres y 90 a hombres; mientras que el tiempo de espera fue de 332 y 371 días respectivamente. El efecto de la priorización del sexo femenino solo se vio reflejado en el tiempo de espera,

pero no en la cantidad, debido a la intensidad de casos de otras causas. El número total de pacientes en espera de cirugía de reemplazo respecto al total de ortopedia fue 5,3%; mientras que, en mujeres, un 3,4% y en hombres correspondió a 7,7%. En cuanto al tiempo de espera, la cirugía de reemplazo representó el 1,09% (362/332 días) en mujeres y 1,7% (640/371 días) en hombres. Lo anterior indica que el tiempo de espera promedio es mayor en cirugía de reemplazo de cadera en relación con la cirugía total de ortopedia.

Tabla 8. Tiempo de espera para cirugía en ortopedia en días por edad y sexo femenino al 2 de febrero y 07 de marzo de 2024 en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón de Alajuela, Costa Rica

<i>Estado de cita = pendiente</i>				
<i>Especialidad = ortopedia</i>				
Edad	<i>Sexo Femenino</i>		<i>Sexo femenino</i>	
	<i>Cirugía en ortopedia al 02-02-2024</i>		<i>Cirugía de reemplazo de cadera al 07-03-2024</i>	
	Pendiente	Tiempo (días)	Pendiente	Tiempo en días
64	14	285	0	0
65	13	538	0	0
66	12	204	0	0
67	15	478	1	425
68	7	343	0	0
69	8	461	0	0
70	13	533	1	165
71	8	123	0	0
72	8	168	0	0
73	7	345	0	0
74	13	172	2	32-824
75			0	0
Total/promedio	118	332	4	362

Fuente: Dirección médica ortopedia, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica.

Tabla 9. Tiempo de espera para cirugía en ortopedia en días por edad y sexo masculino al 2 de febrero y 01 de marzo de 2024 en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón de Alajuela, Costa Rica

Estado de cita = pendiente Especialidad = ortopedia				
Edad	Sexo masculino Cirugía en ortopedia al 02-02-2024		Sexo masculino Cirugía de reemplazo de cadera al 01-03-2024	
	Pendiente	Tiempo (días)	Pendiente	Tiempo en días
64	6	220	0	0
65	15	408	1	843
66	7	301	0	0
67	14	360	0	0
68	3	526	0	0
69	6	317	0	0
70	9	375	2	446-705
71	8	255	1	129
72	11	545	3	250.1025-1084
73	3	391	0	0
74	8	380	0	0
75			0	0
Total/promedio	90	371	7	640

Fuente: Dirección médica ortopedia, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica

En la tabla10 se presenta el detalle de cirugías pendientes a agosto de 2018, en el hospital bajo estudio. El total de cirugías en ortopedia representó el 15,39% del total general a nivel nacional. Sin especificarse sobre los adultos mayores, el número de pacientes en espera de una cirugía electiva de ortopedia a agosto de 2018 fue de 286 casos, distribuidos entre los años 2014-2018 con una permanencia variable que va de 1 a 241 a partir del año 2016, lo cual indica que en los años 2014 y 2015 no hubo lista de espera. La práctica de la cirugía ambulatoria se presenta como una buena medida para reducir el tiempo de espera, aunque se observa que no es suficiente al acumularse en espera cierto número de pacientes.

Arce et al.¹¹⁵ que, aunque los aspectos descritos reflejan algunos motivos por los cuales no ha sido posible un abordaje integral de la lista de espera en el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, no se justifica que algunos pacientes deban esperar más de cuatro años por un procedimiento quirúrgico, lo que podría agravar su bienestar físico, mental y social, en detrimento de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida.

La Tabla 11 muestra las cirugías resueltas y pendientes por periodos de dos años, 2014-2016 y 2017-2018, en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Con base en esta información, se puede deducir que la capacidad de la oferta en ortopedia en este hospital durante el periodo 2014-2018 fue de 1225 cirugías, equivalente a 281 por año y 23 por mes. Arce et al.¹¹⁵ informó, que el promedio de utilización de las salas de operación en el periodo de mayo a agosto de 2018 fue en promedio 73,3% con valor mínimo de 55,4% y máximo de 91,3%. Este uso va asociado con limitaciones críticas, como es la disponibilidad de especialistas en anestesia y radiología, cuyo número en el hospital bajo estudio en el año 2023 fue de únicamente cinco y cuatro especialistas en relación con 30 y 17, comparado con el Hospital Calderón Guardia, respectivamente (Tabla 12).

Además, la atención de los pacientes más antiguos en la lista de espera se ha visto afectada, según criterio de las autoridades de ese centro médico, por limitaciones de equipo e infraestructura, atención de emergencias, patologías oncológicas y criterios de priorización médica, los cuales no justifican que sea aceptado el retraso en la atención requerida por los asegurados. Concluyen que quienes no han recibido una respuesta oportuna a sus problemas de salud tienen el consecuente riesgo y la afectación a su bienestar físico, mental y social.

Tabla 10. Detalle de Cirugías Pendientes por año en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica (2018, al mes de agosto)

Especialidad	2014		2015		2016		2017		2018		Total		
	A*	E**	A	E	A	E	A	E	A	E	A*	E**	General
Cirugía General	-	-	7	11	65	60	71	112	103	184	246	367	613
Cirugía Pediátrica	-	-	-	-	-	-	22	6	17	10	39	16	55
Ginecología	-	-	-	-	-	-	3	7	89	113	92	120	212
Obstetricia	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2	6	2	8
Oftalmología	2	-	1	-	71	-	149	-	72	1	295	1	296
Ortopedia	-	-	-	-	-	1	27	118	18	122	45	241	286
Otorrinolaringología	-	-	-	-	2	1	17	14	20	62	39	77	116
Urología	-	-	-	-	1	6	31	109	7	74	39	189	228
Vascular Periférico	-	-	-	-	-	-	12	-	29	3	41	3	44
Total	2	-	8	11	139	68	332	366	361	571	842	1.016	1.858
Porcentaje:											45 %	55 %	100 %

Fuente: **Elaboración propia con base en lista de espera en Arce et al.¹¹⁵. Resumen ejecutivo Contraloría Interna, CCSS.**

(*) Cirugía ambulatoria () Cirugía electiva.**

Tabla 11. Cirugías resueltas por tipo y periodo en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica, 2014-2018

Período	Ambulatoria				Electiva				Total resueltos	
	Resueltos		Pendientes		Resueltos		Pendientes			
2014-2016	70	13%	149	18%	116	17 %	79	8 %	186	15 %
2017-2018	473	87%	693	82%	566	83 %	937	92%	1.039	85 %
Total	543	100%	842	10%	682	100%	1.016	100%	1.225	100%

Fuente: elaboración propia con base en lista de espera. Arce et al.¹¹⁵. Resumen ejecutivo Contraloría Interna, CCSS.

Tabla 12. Distribución del recurso humano de anestesia por centro según consolidado PE-3166-2023

Centro hospitalario	Cantidad de anestesiistas	Cantidad de radiólogos
Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia	30	17
Hospital San Juan de Dios	24	11
Hospital San Vicente Paul	17	9
Hospital Maximiliano Peralta	18	10
Hospital San Rafael Alajuela	16	8
CENARE	8	2
Hospital Monseñor Sanabria	7	4
Hospital San Carlos	6	6
Hospital Enrique Baltodano Briceño	6	4
Hospital Guápiles	5	3
Hospital Tony Facio	5	3
Hospital Carlos Luis Valverde Vega San Ramón	5	4
Hospital San Francisco de Asís	4	2
Hospital La Anexión	4	2
Hospital Max Terán Vals	3	1
Hospital Nacional Geriatria y Gerontología	3	3
Hospital William Allen Taylor	2	4
Hospital Los CHILES	2	1
Hospital Juana Pirola San Vito	2	1
Hospital Ciudad Neilly	2	1
Área de Salud Siquirres	1	-
Hospital Tomás Casas Casajús	1	1
Hospital Upala	1	1
Hospital Manuel Mora Valverde	1	-
A.S. Cañas	1	2
Total	174	104

Fuente: Anexo Consolidado informe, PE-3166-2023. En: CCSS¹¹⁶.

España

Equipo Generali⁵⁶ mencionó a España como uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo, si no el mejor con base en los profesionales de la atención sanitaria, quienes son muy valorados, y que el sistema ofrece una amplia cobertura a cualquier ciudadano sin distinción, aunque tiene puntos débiles: las listas de espera, la exclusión de la atención dental, una organización mejorable y en algunos casos falta de medios. Lo cierto es que el sistema sanitario español siempre ha sido muy considerado. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud lo sitúa en el séptimo puesto, aunque no todas las entidades lo ubican tan arriba. En su último análisis, la empresa especializada en información financiera Bloomberg ha descendido a España de la tercera posición a la decimotercera, basada en su gestión sanitaria de la crisis del COVID y el impacto de esta en la asistencia a personas con otras enfermedades o dolencias. La OMS considera que el país del mundo con mejor sistema sanitario es Francia.

Tabla 13. Lista de espera quirúrgica de la especialidad de ortopedia de seis de los distintos hospitales de España

Hospital	Número total de pacientes en lista de espera	Demora media
Hospital Universitario la Paz	93	58,45 días
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	110	90,04 días
Hospital Clínico San Carlos	80	62,33 días

Hospital Universitario 12 de octubre	59	54,85 días
Hospital Universitario de la Princesa	21	67.94 días
Hospital Universitario Ramón y Cajal	116	113,49 días

Fuente: ¹⁰¹.

Reino Unido

En el sistema de salud del Reino Unido, según describe The BMJ, el NHS atraviesa actualmente la crisis más grave de su historia. Si bien se brinda un trato y una atención excelentes, muchas personas no reciben la atención que ellas o sus familiares necesitan. El personal, los pacientes y el público están experimentando una pérdida de esperanza y confianza que debe revertirse. La austeridad, la pandemia de COVID-19 y los importantes problemas financieros y de personal han dejado al NHS en un estado debilitado.

Se necesita un cambio radical en la forma en que se diseñan los servicios para hacer un mejor uso de las tecnologías disponibles, y brindar más servicios en los hogares y las comunidades. Estos cambios deben ser liderados por los profesionales y las comunidades directamente involucradas. Pueden aprovechar la ciencia biomédica y la educación profesional de primer nivel del Reino Unido, las habilidades y la pasión del personal del NHS y nuevas contribuciones para mejorar la salud y el bienestar de todos los sectores. Pueden basarse en las mejores prácticas del Reino Unido y otros países. Estos cambios deben estar respaldados por una visión atractiva para el futuro, y por niveles adecuados de financiación y dotación de personal.

Tabla 14. Tiempo de espera promedio en la especialidad de ortopedia a diciembre del 2023 en Reino Unido

Especialidad quirúrgica	Total de pacientes a la espera	Inicio a 18 semanas	% inicio a 18 semanas	Tiempo de espera promedio medido en semanas	Tiempo de espera en semana	Total de 52 semanas o más	Total de 78 semanas o más	Total de 65 semanas o más
Ortopedia	855585	465939	54.5%	15,9	47,5	49226	2649	16147

Fuente: ¹⁰².

Tabla 15. Comparación del porcentaje de pacientes que esperan por reemplazo de cadera más de tres meses desde la evaluación del especialista hasta el tratamiento del 2019-2022

País	2019	2020	2021	2022
Costa Rica	72.5%	47.7%	45.8%	63.3%
España	65.5%	64.9%	65.8%	68%
Reino Unido	51.3%			

Fuente: Arce ¹¹⁷.

Tabla 16. Indicador de recursos en el sistema de salud de Costa Rica en comparación con España y Reino Unido

	Camas hospitalarias por 1 000 habitantes	Médicos (por cada 1 000 habitantes)	Personal especializado en cirugía (por cada 100 000 habitantes)
Costa Rica	1,10	2,89	25,46
España	2,97	4,03	79,90
Reino Unido	2,46	5,82	133,3

Fuente: Arce ¹¹⁷.

Entre las principales estrategias identificadas por los distintos sistemas de salud para la disminución de estos tiempos de espera, fueron:

Tabla 17. Resumen comparativo de las estrategias adoptadas a nivel internacional y nacional para reducir los tiempos de espera a los servicios de cirugía

País - Año	Política	Fuente
España - 2007	La acción preventiva. Se puede garantizar con la excelencia en la atención médica que potencialmente se inicia desde la niñez de cada persona y en su seguimiento sucesivo durante la vida. Se direcciona en una lucha constante a favor de la salud y de la vida mediante el control de las enfermedades agudas y crónicas de manera inmediata y urgente, o planificada, lo cual determina la realización y superación del profesional médico en su conquista por el éxito el intervenir en cada caso específico y la contribución al desarrollo humano con enfoque de curso de vida para que la población adulta mayor sea activa y saludable con altas tasas de participación laboral y comunitaria. En consecuencia, el envejecimiento demográfico global y el sustancial incremento de la esperanza de vida, representa el mayor éxito del desarrollo humano, que surge como resultado de la reducción de la mortalidad infantil acompañada con la reducción sostenida de la tasa de fecundidad. Sin embargo, aún no todos los gobiernos han implementado los marcos necesarios para responder a los desafíos que representa el acelerado envejecimiento de su población.	Rodríguez ⁵³
Reino Unido - 2010	En cuanto a oferta de servicios: uso eficiente de la capacidad instalada, optimización del sistema, promoción de la eficiencia local, redirección de pacientes a través de libre elección, adquisición de servicios desde el sector privado (incentivar uso de aseguramiento privado), incremento de la capacidad instalada (inversión en incremento de capacidad a largo plazo, adquirir servicios de otros países, pago por incremento de actividad). En cuanto a demanda: prevención, promover cuidado apropiado, racionamiento por priorización. En cuanto a estrategia globales para influenciar organizaciones locales: objetivos sanitarios e incentivos (únicamente objetivos, incentivos indirectos), recopilación de datos y monitoreo.	Kreindler ⁵²

Costa Rica - 2015	El 93% de los hospitales había logrado reducir sus tiempos de espera, con una reducción global de más de un año (de 613 días en el 2012, a 256 días en el año 2015). Esto se consiguió alentando un uso más eficiente de los quirófanos y de las camas de recuperación, extendiendo el día de operación a tempranas horas de la mañana y por la noche, definiendo tiempos de espera máximos y estableciendo una unidad de monitoreo e intervención en los servicios afectados por esperas excesivas. Se reporta que el faltante de médicos en el segundo nivel de atención está contribuyendo presumiblemente a alargar las listas de espera. En la CCSS es un tema que ha sido sujeto a revisión y análisis constante, indicándose la importancia de implementar mejoras al modelo de atención actual, considerando para ello, la planificación y la atención de la demanda, con el fin de establecer medidas efectivas, seguras y eficientes, con la finalidad de optimizar el uso de cama de hospitalización tradicional, de los recursos humanos existentes y mejorar la gestión administrativa.	Arce ⁵
Reino Unido, Canadá, Australia y Noruega - 2018	Intervención: programas de gestión en la fase prequirúrgica (derivación directa, listas de espera genéricas, mejoras en calidad y eficiencia, y rediseño de vías quirúrgicas). porcentaje de pacientes que esperan más de 26 semanas bajó de 37% a 0%. Las tasas de cancelación de origen hospitalario se redujeron al 1% en las instalaciones quirúrgicas electivas dedicadas, y hubo una reducción significativa en la estadía hospitalaria combinada, así como la estadía para los procedimientos quirúrgicos más comunes. La mediana del número de operaciones realizadas mensualmente aumentó en 17%.	Chile. Ministerio de Salud (MS) ¹ .
España - 2018	Intervención: priorización de pacientes en lista de espera. No se encontró efecto sobre el tiempo de espera de los pacientes en las listas de espera al tener un puntaje de priorización	Chile. Ministerio de Salud (MS) ¹ .

Fuente: ¹⁰³.

•Prioridad basada en la severidad clínica:

- En España, se utiliza el índice de Prioridad Quirúrgica (IPQ), que considera factores clínicos y sociales.
- En el Reino Unido, el National Health Service (NHS) utiliza escalas de puntuación para determinar la urgencia de la cirugía.

•Intervenciones de cuidado intermedio:

- Programas de rehabilitación y manejo del dolor implementados en España y el Reino Unido mientras los pacientes esperan cirugía.

•Utilización de tecnología:

- Implementación de sistemas electrónicos para gestionar y monitorear listas de espera en todos los países estudiados.
- Estos sistemas permiten una mejor organización y seguimiento de los pacientes, facilitando la priorización y reduciendo tiempos de espera.

Todo sistema de salud requiere de un financiamiento adecuado para su buen desarrollo: de los tres sistemas en estudio, dos se rigen por el modelo Beveridge. Este es un modelo que surgió en 1948, originando el Sistema Nacional de Salud de países como Reino Unido y España, basándose en la preservación de la salud, atendido por el Gobierno, por medio del financiamiento sustentado en impuestos que son pagados por todos los ciudadanos. En el caso del sistema de salud vigente en Costa Rica, sus ingresos proceden de los recursos de tipo público destinados a la atención de la salud, provienen mayoritariamente de las contribuciones aportadas al seguro social por los distintos patronos y trabajadores independientes, y no de impuestos generales o específicos recaudados por el Gobierno¹⁰⁴.

Las estrategias internacionales muestran enfoques exitosos que pueden ser adaptados al contexto costarricense. La priorización basada en la severidad clínica permite una asignación más justa y eficiente de los recursos quirúrgicos. Los programas de cuidado intermedio no solo mejoran la calidad de vida mientras los pacientes esperan, sino que también pueden potencialmente reducir complicaciones postoperatorias. La utilización de tecnología en la gestión de listas de espera mejora la transparencia y eficiencia del proceso.

En Costa Rica, la CCSS debe estar preparada para los nuevos retos o nuevos riesgos que puedan nacer en esta sociedad moderna, ya sea por intervención de la mano del hombre o por situaciones de carácter natural. El Programa Estado de la Nación⁹⁸ agrega algunos retos, como son: mantener un sistema de salud con una seguridad social de alcance universal, que permite la atención temprana y preventiva, y ha dado como resultado un logro significativo en el desarrollo humano de la población. Hoy en día, la esperanza de vida y capacidad de movilizarse hacia el paciente, las dificultades físicas, económicas y geográficas siempre son factores latentes para un acceso limitado a estos servicios esenciales; el país debe estar un paso adelante. Sin embargo, este logro camina de la mano con importantes retos: en el mediano plazo el país debe ser capaz de aumentar su capacidad de atención en los servicios especializados, con un acceso sencillo y rápido; la tecnología no debe ser una barrera; al contrario, debe estar ahí para todos, ser fácil, sencilla y sobre todo para una población usuaria informada y capacitada.

Al analizar la comparativa entre los tres sistemas de salud, se considera que, a pesar de que se habla de la misma problemática, esta no es ecuaníme, debido a que el tiempo de espera al que deben someterse los pacientes para la atención quirúrgica, es mucho menor en el extranjero que en Costa Rica. En España, por ejemplo, entre los hospitales consultados, el tiempo de espera no superaba los 200 días, mientras que en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, el tiempo de espera tiene un promedio de hasta 640 días, tiempo que sobrepasa el año de espera, lo cual sí genera una gran diferencia entre los pacientes en el abordaje y la calidad de vida que se le brinda a la población gracias a la temprana atención y manejo.

Otro aspecto importante es la disponibilidad de camas y personal médico. España y Reino Unido llegan incluso a doblar la capacidad de Costa Rica; esta brecha aumenta aún más si se hace la comparación de estos hospitales centrales comentados anteriormente, con un hospital regional como lo es el Carlos Luis Valverde Vega, el cual cuenta según información brindada por el centro hospitalario con:

Tabla 18. Distribución de la capacidad hospitalaria del hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela, Costa Rica

Total de camas	Camas servicio cirugía	Anestesiólogos	Ortopedistas	Personal de enfermería	Salas de recuperación
100	30	06	03	1 Jefatura 3 Auxiliares de enfermería 1 auxiliar de pacientes	01

Fuente: Hospital Carlos Luis Valverde Vega

De esta manera, se puede evidenciar que una de las posibles causas que aumentan estos tiempos de espera puede estar asociada a la capacidad intrahospitalaria, ya que, en este centro médico, no se cuenta con un salón específico de ortopedia; por el contrario, las

30 camas disponibles para el servicio de cirugía, deben compartirse con las demás especialidades que también requieren su uso, en comparación con hospitales europeos, que llegan incluso a tener cuatro mil camas en un solo centro hospitalario. En el sistema costarricense, esto restringe el avance en la disminución de las listas, pues, aunque se cuente con la disponibilidad del personal, el factor de camas es necesario para poder realizar la cirugía, mientras que al mismo tiempo sigue aumentando el número de pacientes que requieren el reemplazo, ya que se siguen diagnosticando durante las jornadas laborales diarias; por ende, se siguen extendiendo aún más las listas de espera¹⁰⁵.

Propuesta para el Hospital Carlos Luis Valverde Vega (CLVVV CCSS)

Introducción

La población adulta mayor enfrenta numerosos desafíos de salud, entre los cuales destacan las afecciones ortopédicas como la necesidad de cirugía de cadera. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las fracturas de cadera son las de una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en adultos mayores, con un impacto significativo en la calidad de vida y la independencia funcional. En el Hospital Carlos Luis Valverde Vega (CLVVV CCSS), los autores del presente trabajo investigativo se encontraron con una lista de espera de pacientes adultos mayores que requieren esta intervención. Es imperativo desarrollar un abordaje integral y eficiente, para garantizar su atención oportuna y de calidad.

Metodología

1. Identificación de pacientes en lista de espera: Realizar un análisis detallado de los pacientes adultos mayores que se encuentran en lista de espera para cirugía de cadera en el Hospital CLVVV CCSS. Esto incluye evaluar su estado de salud, grado de urgencia y necesidades específicas. Se utilizarán herramientas de evaluación geriátrica integral, como el Índice de Barthel, el Mini Examen del Estado Mental (MEEM) y las escalas de valoración del riesgo quirúrgico.
2. Evaluación multidisciplinaria: Constituir un equipo multidisciplinario compuesto por cirujanos ortopédicos, geriatras, enfermeras especializadas en Gerontología, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Este equipo evaluará a cada paciente de manera

integral, considerando aspectos médicos, funcionales, psicosociales y nutricionales. La evaluación geriátrica integral permitirá identificar comorbilidades, fragilidad y factores de riesgo, que puedan influir en el pronóstico y la recuperación postoperatoria.

3. Optimización de recursos: Establecer estrategias para optimizar los recursos disponibles, incluyendo quirófanos, personal médico y de Enfermería, equipos médicos y suministros necesarios para la cirugía y la recuperación postoperatoria. Se llevará a cabo una revisión de los procesos hospitalarios para identificar posibles cuellos de botella y áreas de mejora en la atención de los pacientes en lista de espera.

4. Protocolos de atención: Desarrollar protocolos de atención específicos para la población adulta mayor en lista de espera de cirugía de cadera, asegurando la aplicación de las mejores prácticas médicas y una atención personalizada y segura. Se tomarán en cuenta las guías clínicas y recomendaciones de sociedades científicas, como la Sociedad Americana de Cirujanos Ortopédicos (AAOS) y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

Propuesta de abordaje

1. Triage y priorización: Implementar un sistema de triage para evaluar y priorizar a los pacientes en lista de espera, considerando su estado de salud, grado de discapacidad, nivel de dolor y riesgo de complicaciones. Se establecerán criterios de priorización basados en la gravedad de la afección, la edad, la fragilidad y la presencia de comorbilidades, con el fin de asignar los recursos de manera equitativa y eficiente. La jefa de Cirugía cuenta con un médico general, quien le podría llevar a ella la lista y realizar este primer paso primordial en el abordaje de las fracturas de caderas.

Encargados: jefatura de Ortopedia-médicos generales administrativos de esta.

2. Programa de rehabilitación preoperatoria: Ofrecer un programa de rehabilitación preoperatoria dirigido a mejorar la condición física y funcional de los pacientes, reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias y acelerar la recuperación. Este programa incluirá ejercicios de fortalecimiento muscular, entrenamiento de equilibrio y movilidad, así como educación sobre el manejo del dolor y la prevención de caídas. Se basará en el modelo de atención centrada en la persona, involucrando al paciente y a su familia en la planificación

y ejecución de la rehabilitación. El Hospital Carlos Luis Valverde Vega cuenta con un médico fisiatra y tres fisioterapeutas, quienes podrían incluir este programa en sus agendas.

Encargados: médico fisiatra-fisioterapeutas y médicos generales del salón de Cirugía.

3. Coordinación interinstitucional: Establecer mecanismos de coordinación con otros hospitales, centros de rehabilitación y servicios de atención primaria, para agilizar la atención de los pacientes en lista de espera, garantizando una continuidad de cuidados integral. Se promoverá la comunicación interprofesional y la transferencia de información clínica entre los diferentes niveles asistenciales, con el fin de evitar duplicidades, retrasos y errores en la atención de los pacientes. También es importante enfocarse en la atención primaria y cómo se va a trabajar en equipo; se deberá capacitar a los ATAPS para evitar futuras fracturas.

Encargados: médico director general Hospital Carlos Luis Valverde Vega y médico director general del Área de Salud de San Ramón.

4. Atención centrada en el paciente: Promover una atención centrada en el paciente, que incluya la participación activa de él y su familia en la toma de decisiones, el respeto a sus preferencias y la atención de sus necesidades emocionales y psicosociales. Se fomentará el desarrollo de una relación terapéutica basada en la empatía, la comunicación efectiva y el apoyo emocional, reconociendo la importancia del bienestar psicosocial en el proceso de recuperación. En el Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón se cuenta con tres psicólogos, quienes deberán incluir interconsultas, como protocolos, para estos pacientes hospitalizados.

Encargados: Departamento de Psicología-médicos generales del salón de Cirugía.

Propuesta

Objetivo	Actividades	Metas	Metodología	Medidas de control y evaluación
Implementar medidas de prevención coordinadas entre el Hospital Carlos Luis Valverde Vega y el Área de Salud de San Ramón, con el fin de reducir la demanda de servicios médicos, enfocándose en la promoción de estilos de vida saludables, la detección temprana de enfermedades y la atención primaria, para mejorar la salud de la población y optimizar el uso de recursos sanitarios.	Impartir charlas de capacitación sobre el síndrome de inmovilización y prevención de caídas dirigidas a adultos mayores, familiares y cuidadores, organizadas por el Área de Salud San Ramón.	Se abordará el 100% de la población adulta mayor en un plazo de 90 días.	Visitas a centros diurnos y hogares de ancianos:	Encuestas de evaluación de participantes: Meta: Obtener una calificación promedio de satisfacción de al menos 8/10.
			Presentaciones interactivas y demostraciones prácticas.	
			Sesiones de preguntas y respuestas.	Revisión de asistencia: Meta: Lograr una tasa de asistencia del 80% en las actividades programadas.
	Capacitar a los asistentes técnicos de Atención Primaria, para identificar factores de riesgo y síntomas tempranos de desgaste de cadera durante visitas domiciliarias, con el objetivo de facilitar un abordaje temprano.	Se abarca 100% del personal correspondiente en un plazo de 60 días.	Colaboración con el Departamento de Ortopedia:	Encuestas de evaluación de asistencia y satisfacción: Meta: Alcanzar una calificación promedio de al menos 8/10 en asistencia y satisfacción.
			Sesiones de capacitación práctica adaptadas a adultos mayores.	
			Uso de talleres y estudios de casos.	Seguimiento en próxima consulta: Meta: Identificar al menos el 50% de los participantes que implementaron medidas preventivas sugeridas.
	Realizar campañas de promoción de la salud, enfocadas en personas adultas mayores, destacando la importancia de la actividad física, una alimentación balanceada y la prevención de caídas, en colaboración con		Ferias de Salud mensuales:	
Coordinación interinstitucional		Se abordará el 100% de la población adulta mayor en un plazo de 90 días.	Charlas informativas y demostraciones prácticas.	
Encargados: médico director general Hospital Carlos Luis Valverde Vega y médico			Standings informativos y material educativo.	

director general del Área de Salud de San Ramón.	organizaciones comunitarias. Incluir la medición de niveles de vitamina D en sangre y densitometría ósea como parte de los exámenes rutinarios de laboratorio, promoviendo la detección temprana de deficiencias nutricionales y problemas óseos, con la participación activa del director general del Área de Salud de San Ramón y los médicos de EBAIS.	Abarcar el 100% de la población mayor de 40 años de edad en un plazo de 12 meses.	Obtención de datos precozmente: Protocolos de detección temprana. Uso de cuestionarios y pruebas físicas. Registro y seguimiento de datos.	
Determinar la capacidad del sistema y las causas de uso ineficiente, para optimizar la eficiencia en el ingreso de fracturas de cadera al ARCA (Área de Rehabilitación y Cuidados Avanzados), excluyendo las listas de espera. El médico responsable de	Optimización de programación quirúrgica: Revisar y ajustar la programación para maximizar el uso de los quirófanos, considerando la demanda y la disponibilidad de personal médico. Turnos extendidos y rotativos: Explorar la viabilidad de turnos	Llevar la eficiencia de los quirófanos al 100% de su uso en un plazo de 30 días. Ser estrictos en horarios de inicio y fin del quirófano. Valoración de aprovechamiento diario.	. Establecimiento de horarios fijos para Sala de Trauma: Definir horarios fijos para la Sala de Trauma, asegurando su disponibilidad constante y un aprovechamiento máximo del quirófano. Coordinar con el personal médico y de Enfermería, para garantizar la cobertura adecuada durante estos horarios.	Porcentaje de aprovechamiento de quirófanos: Meta: Lograr un aprovechamiento del quirófano al 100% durante los horarios establecidos para la Sala de Trauma, reflejando una utilización óptima de los recursos disponibles y una gestión eficiente del tiempo quirúrgico. Índice de satisfacción del personal y pacientes: Meta: Obtener un índice de satisfacción del personal médico y de Enfermería, así como de los pacientes, de al

la Unidad de Traumatología y Lesiones Esqueléticas (UTLE) liderará este proceso de evaluación y mejora.	extendidos y rotativos para cubrir la demanda quirúrgica, especialmente en días de alta actividad. Capacitación adicional: Proporcionar capacitación para mejorar la eficiencia en la atención quirúrgica y perioperatoria del personal médico y de Enfermería. Monitoreo continuo de eficiencia: Establecer un sistema de monitoreo, para evaluar la eficiencia en la utilización de recursos y realizar ajustes según sea necesario. Gestión eficiente de traumas: Desarrollar estrategias para manejar eficientemente el		Mejora de la gestión de tabla quirúrgica y distribución de camas y pabellones: Revisar y optimizar el proceso de asignación de quirófanos, camas y pabellones, para garantizar una distribución eficiente de recursos. Implementar un sistema de gestión, que permita una programación anticipada de cirugías y una distribución equitativa de los recursos, según la demanda y la prioridad de los casos.	menos 8/10, demostrando una mejora en la gestión de la tabla quirúrgica y la distribución de camas y pabellones. Reducción del tiempo de espera para cirugías de trauma: Meta: Reducir el tiempo de espera promedio para cirugías de trauma en al menos un 20%, reflejando una mayor eficiencia en la programación y asignación de recursos.
--	--	--	---	---

	aumento de traumas, priorizando la atención según la gravedad de los casos. Se incluye la información proporcionada. Estos pasos ayudarán a mejorar la eficiencia en el uso de recursos, considerando el total de 100 camas hospitalarias, 30 de ellas para cirugía, y el personal disponible de tres ortopedistas, seis anestesiólogos y cinco internistas. Se toma en cuenta que se opera durante cinco días de la semana en Trauma.			
Implementar un sistema de triage y priorización en las listas de trauma, considerando criterios de severidad, donde se incluya específicamente la categoría de adulto	Incorporar criterios para adultos mayores en la historia clínica: Agregar evaluaciones específicas para adultos mayores en la historia clínica, considerando la severidad de la lesión y las	Se abordará el 100% de pacientes hospitalizados, adultos mayores con fractura de cadera en un plazo de 90 días.	Para implementar un sistema de triage y priorización en las listas de trauma, se desarrollará un protocolo que incorpore criterios de severidad, incluyendo la categoría de adulto mayor como un criterio relevante. Este protocolo será	Supervisión y capacitación: Establecer un comité para supervisar la aplicación del protocolo y capacitar al personal médico. Auditorías y registro de datos: Realizar auditorías regulares y recopilar datos sobre el uso del protocolo en la valoración médica. Revisión y adaptación:

mayor como un criterio relevante. Esto garantizará una atención oportuna y adecuada a los pacientes, priorizando aquellos con mayor riesgo y necesidades específicas, debido a su edad. Encargado: Médico general administrativo de la jefatura de Ortopedia.	habilidades básicas de la vida diaria. Priorizar valoración prequirúrgica para adultos mayores: Realizar una evaluación preoperatoria centrada en adultos mayores, enfocada en la severidad de la lesión y las necesidades únicas de este grupo. Establecer priorización específica para adultos mayores: Implementar un sistema de priorización, que considere la fragilidad y las comorbilidades de adultos mayores, junto con la severidad de la lesión. Coordinación interdisciplinaria para adultos mayores: Facilitar la comunicación entre equipos médicos, para una evaluación completa y planificación de cuidados específica para adultos mayores. Seguimiento continuo y		diseñado en colaboración con especialistas en Traumatología, Geriatria y Trabajo Social, para asegurar una evaluación integral de los pacientes. Se establecerán categorías de prioridad basadas en la gravedad de la lesión y las necesidades específicas de los adultos mayores, considerando factores como fragilidad, comorbilidades y capacidad funcional. Este sistema se implementará en todas las etapas de atención, desde la evaluación inicial en el servicio de urgencias hasta la programación de cirugías y el seguimiento postoperatorio. Se capacitará al personal médico y de Enfermería en la aplicación del protocolo, y se harán revisiones periódicas para evaluar su efectividad y realizar ajustes, según sea necesario.	Revisar periódicamente el protocolo según retroalimentación del personal y resultados obtenidos. Evaluación de resultados: Analizar resultados clínicos y comparar con datos previos, para evaluar el impacto del protocolo. Medición de satisfacción del paciente: Realizar encuestas de satisfacción, para evaluar la percepción del paciente sobre la calidad de la atención recibida.
---	---	--	--	--

	adaptación para adultos mayores: Establecer un proceso de seguimiento regular, que considere las necesidades cambiantes de adultos mayores durante la atención pre y posoperatoria.			
Promover la importancia del cumplimiento de horarios, para garantizar una atención oportuna al paciente, y generar compromiso por parte del personal médico y administrativo. Encargados: jefatura de cada servicio involucrado.	Programar una reunión con todo el personal médico y administrativo. Preparar una presentación breve y visualmente atractiva, que destaque la importancia del cumplimiento de horarios para la atención al paciente. Abrir el espacio para que el personal pueda expresar sus opiniones, preocupaciones y sugerencias relacionadas con los horarios de trabajo. Establecer mecanismos para monitorear el cumplimiento de los horarios de entrada y salida,	Se abordará el 100% del personal correspondiente en un plazo de 30 días Se abordará el 100% del personal correspondiente en un plazo de 60 días.	Analizar los horarios actuales y los problemas de puntualidad. Definición de horarios: Establecer horarios claros en colaboración con el equipo de jefaturas del personal y los departamentos médicos. Comunicación: Informar al personal sobre los nuevos horarios y su importancia para la atención oportuna al paciente. Implementación progresiva: Introducir los nuevos horarios gradualmente, con seguimiento, para garantizar el cumplimiento.	Registro de asistencia: Implementar un sistema para registrar la hora de entrada y salida del personal. Supervisión directa: Designar supervisores para monitorear el cumplimiento de los horarios. Reportes de cumplimiento: Generar informes periódicos sobre el cumplimiento de horarios. Evaluación del desempeño: Incluir el cumplimiento de horarios en la evaluación del personal.

	como registros de asistencia. Reconocer y celebrar, públicamente, a aquellos miembros del personal que demuestren un compromiso ejemplar con los horarios establecidos.		Monitoreo continuo: Supervisar el cumplimiento de los horarios y realizar ajustes según sea necesario. Retroalimentación y mejora: Fomentar el diálogo abierto y utilizar comentarios para llevar a cabo mejoras continuas.	
Implementar un Programa de rehabilitación preoperatoria para mejorar la condición física y funcional de los pacientes, reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias y acelerar la recuperación. Responsables: médico fisiatra, fisioterapeutas y médicos generales del salón de Cirugía.	Evaluación de necesidades: Identificar pacientes aptos para el programa de rehabilitación preoperatoria. Desarrollo del programa: Crear un plan con ejercicios de fortalecimiento, equilibrio, movilidad y educación sobre el manejo del dolor. Capacitación del personal: Entrenar al médico fisiatra, a los fisioterapeutas y médicos generales en la implementación del programa.	Se abordará el 100% del personal correspondiente en un plazo un plazo de doce meses.	Planificación: Definir objetivos y recursos. Diseño: Crear el programa detallado. Capacitación: Entrenar al personal. Implementación: Integrar el programa en la agenda hospitalaria. Selección: Identificar pacientes elegibles. Ejecución y seguimiento: Iniciar sesiones y monitorear progreso. Evaluación y Mejora: Revisar y ajustar el programa continuamente.	Revisión de listas de espera y su disminución posterior a la campaña.

	Incorporación en la agenda: Programar sesiones de rehabilitación preoperatoria en la agenda del hospital. Selección de pacientes: Seleccionar pacientes adecuados según su estado de salud y tipo de cirugía. Seguimiento y evaluación: Evaluar el progreso de los pacientes y el impacto del programa en la recuperación. Ajustes y mejoras: Realizar cambios según los resultados obtenidos, para mejorar la efectividad del programa.			
Reducir el reingreso en la lista de espera de pacientes ya operados dentro de los próximos seis meses, mediante la implementación de un programa de seguimiento	Desarrollar un sistema que contacte automáticamente a los pacientes después de la cirugía, para evaluar su estado de salud. Establecer alertas automáticas, para identificar signos de complicaciones y notificar al	100% de adultos mayores operados por fractura de cadera.	Planificación: Establecer objetivos y diseñar un protocolo de seguimiento posquirúrgico. Implementación: Introducir el protocolo en la práctica clínica y comenzar el seguimiento de los pacientes.	Indicadores de éxito: Monitoreo de la tasa de reingreso. Comparación antes y después de la implementación. Registro de complicaciones: Documentación y análisis de causas. Cumplimiento del protocolo:

postoperatorio efectivo. Encargado: médico ortopedista que realiza la cirugía.	personal médico de manera inmediata. Capacitar al personal en el uso del sistema y supervisa su funcionamiento para realizar ajustes según sea necesario. Al implementar este sistema, se podrá identificar y abordar rápidamente cualquier problema postoperatorio, reduciendo así el reingreso en la lista de espera de pacientes ya operados.		Evaluación: Monitorear la efectividad del protocolo, mediante la recopilación de datos sobre la tasa de reingreso. Ajuste: Realizar ajustes según sea necesario para mejorar el protocolo, basándose en los resultados de la evaluación. Este enfoque permite gestionar eficazmente el seguimiento posquirúrgico, con el fin de reducir el reingreso en la lista de espera de pacientes ya operados.	Verificación y corrección de desviaciones. Satisfacción del paciente: Recolección de comentarios para mejorar. Análisis de costos: Evaluación del costo en relación con beneficios. Estas medidas permitirán evaluar el éxito del protocolo de manera efectiva, y abordar cualquier problema que surja durante su implementación.
Implementar interconsultas como protocolo estándar para pacientes hospitalizados en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón, facilitando la colaboración entre el Departamento de Psicología y	Reuniones de planificación entre el Departamento de Psicología y los Médicos Generales del Salón de Cirugía para establecer roles y procesos de colaboración. Desarrollo de protocolos de interconsulta claros y detallados.	Se abordará el 100% del personal correspondiente en un plazo de seis meses.	Establecer objetivos claros para la implementación de interconsultas. Definir roles y responsabilidades del personal involucrado. Desarrollar protocolos de interconsulta y un plan de capacitación.	Registro de interconsultas: Mantener un registro detallado de todas las interconsultas realizadas, incluyendo el motivo de la consulta, el tiempo de respuesta y la acción tomada. indicadores de tiempo de respuesta: Establecer metas para el tiempo de respuesta de las interconsultas, y monitorear regularmente el cumplimiento de estas metas.

los médicos generales del salón de Cirugía, para promover una atención centrada en el paciente, que aborde sus necesidades emocionales y psicosociales.	Capacitación del personal médico y de Enfermería, sobre la importancia y procedimientos de las interconsultas. Establecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación, para registrar interconsultas y su impacto. Campañas de sensibilización sobre la importancia de abordar necesidades emocionales y psicosociales. Implementación piloto en un área específica, antes de expandir a otras áreas. Evaluación periódica de resultados, para medir impacto en la satisfacción del paciente y calidad de atención.		Capacitar al personal en los nuevos procedimientos. Iniciar el proceso de interconsulta según los criterios establecidos. Continuar monitoreando y ajustando el proceso de interconsulta de manera continua.	Reuniones de retroalimentación: Organizar reuniones periódicas entre el personal médico, de Enfermería y Psicología, para discutir el progreso, identificar áreas de mejora y compartir buenas prácticas.
--	---	--	--	--

CAPÍTULO V– CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se lograron identificar, como principales determinantes de la salud en pacientes en espera de cirugía de reemplazo de cadera, los siguientes: factores administrativos, debido a que la fuga de especialistas de distintas especialidades necesarias para el procedimiento quirúrgico, como Anestesiología y Ortopedia propiamente, aumenta el tiempo de espera de los pacientes, ya que se cuenta con menos personal médico; al ser un hospital regional, la capacidad hospitalaria es menor en comparación con un hospital nacional, por ello también es un factor importante, a causa de que, por infraestructura, se cuenta con menor disponibilidad de camas en salón, provocando que no se pueda atender la cantidad de población deseada por parte de la institución; comorbilidades como la obesidad, la dependencia para sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria hacia sus cuidadores y sus enfermedades crónicas de base, pueden influir en un impacto en la salud de estos pacientes; las condiciones socioeconómicas también se ven afectadas, debido a la incapacidad de trabajar, esto porque entre la población de este rango etario, hay usuarios que son los proveedores económicos en sus hogares, o que por el contrario no tienen red de apoyo social, dependiendo de sí mismos para subsistir.

2. En relación con las experiencias y lecciones aprendidas en otros países, sobresalen Reino Unido, Australia, Canadá y España, al aportar tres nuevas estrategias como: a) la aplicación la atención en tiempo y fecha garantizada como un compromiso ante un derecho adquirido, y una vez vencido el plazo, el paciente tiene el derecho a escoger el hospital privado donde quiere ser intervenido a costas de la institución. b) La priorización de las listas en función de criterios explícitos, que propone un sistema de priorización que incorpore no solo los factores clínicos, sino también los sociales y económicos. c) Incorporar programas de segunda opinión, utilizar estrategias educativas que introduzcan criterios de la Medicina Basada en la Evidencia, para la reducción de la variabilidad de la atención clínica, e incorporar las mejores evidencias en la definición de las indicaciones médicas y, con ello, mejorar la calidad predictiva.

3. El sistema de salud del hospital ha tenido buen resultado, al tener encaminados los servicios de internamientos hospitalarios, dirigidos a la atención ambulatoria médica y quirúrgica, sin descuidar ninguna forma de atención, ya que todas son importantes, con

base en la toma de decisiones compartida entre médicos, equipo de asistencia y pacientes, lo cual es crucial para garantizar el mejor resultado posible y la seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico¹⁰⁶.

4. En el hospital, además, la atención a los pacientes más antiguos en la lista de espera se ha visto afectada según criterio de las autoridades de ese centro médico, por limitaciones de equipo e infraestructura, atención de emergencias, patologías oncológicas y criterios de priorización médica. Cabe mencionar la falta de espacio físico, el número de camas, el equipo médico, tanto técnico como especialista en servicios de apoyo y quirúrgico.

5. Es de suma importancia invertir en la salud de la población, especialmente en los adultos mayores, como una medida para garantizar el bienestar general y el desarrollo económico del país, debido a la motivación fundamental de la identidad familiar que impulsa a la fuerza laboral como sector de la población económicamente activa, y al Estado como el principal interesado en invertir en la economía nacional.

6. El aumento de recursos económicos, así como mejorar la eficiencia operativa, aumentar la capacidad de los servicios de salud y buscar formas de financiamiento adicionales, constituyen posibles soluciones a la inestabilidad de las listas de espera, que involucra una forma de presión política y la consecuencia lógica de un sistema de financiación inadecuado.

7. Existe limitación de los sistemas de información, ya que los pacientes y ciudadanos carecen de indicadores de medición adecuados con los que puedan evaluar la gestión administrativa de servicios de salud. Por lo tanto, se sugieren formas concretas para mejorar estos sistemas que ofrezcan claridad y faciliten dicha evaluación, tales como: el acceso a información digital mediante página web, telemedicina, servicio de información en plataforma e indicadores como tiempo específico de espera por paciente en días, meses o años, conforme avanza la atención quirúrgica y número de casos en alta hospitalaria.

5.2 Recomendaciones

1. Alcanzar el punto de equilibrio con apoyo profesional administrativo especializado, para llegar a igualar la oferta con la demanda de servicios, mediante la consolidación del recurso financiero.
2. Estimar la disponibilidad de la oferta potencial, incluyendo al sector público y privado para la contratación de servicios de urgencia inmediata.
2. Mantener actualizada la información de indicadores de la oferta de servicios, tales como: total de camas, densidad y disponibilidad de médicos, ingreso de equipo especializado y nueva tecnología.
3. Actualizar la formación de médicos y equipo de apoyo asociado a nuevas tecnologías, desarrollando un atractivo sistema de incentivos que mejoren la competitividad y la eficiencia a costes unitarios más bajos.
4. Aplicar la Salud preventiva en los niveles de atención, incluyendo familiar, aunada a la adquisición de equipos de densitometría, para poder definir a los pacientes en riesgo de osteoporosis, y la atención a domicilio a las personas adultas mayores que lo requieran con responsabilidad y seguimiento.
5. Establecer un control de las urgencias en la lista electiva, con criterios que interfieren en el proceso de espera ejercidos por un consejo médico, integrado por un grupo interdisciplinario que garantice la disolución de conflictos de intereses, influencias y favoritismos en las decisiones de intervención quirúrgica.
6. Proyectar la demanda de manera actualizada, para que sea acorde con la inversión en equipo y personal, que permita la capacidad suficiente, incluso ante situaciones inesperadas como la epidemia y la pandemia, y así tratar de evitar, hasta donde sea posible, el umbral de decisión entre una vida y otra por falta de recursos disponibles.

CAPÍTULO VI– REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monge-Navarro Andrea, Murillo-Sancho Gabriela, Calderón-Céspedes Alejandro, Vega-Araya Andrea, Aguilar-Cubillo Ariadna. Listas de espera. Acta med. costarricense [Internet]. Junio de 2014 [consultado el 13 de junio de 2024]; 56(2): 71-77. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200007&lng=en.
2. Cordero Parra M. Fuga de especialistas médicos sería una de las causantes de las largas listas de espera en la CCSS. Semanario Universidad, 4 de agosto de 2022; 01.
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2022. Acceso el 15 de noviembre de 2023. Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
4. Arce Ramírez CA. Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza de la Caja Costarricense del Seguro Social. Revistas de ciencias administrativas y financieras de la Seguridad Social. 2023; 11(02).
5. Carrillo S. Caja Costarricense del Seguro Social. Oficio de Asesoría sobre la emergencia institucional que representan las listas de espera. [Online]; 2023. Acceso el 10 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/lista-espera/AS-ASALUD-005-2023.pdf>.
6. Menéndez González L, Izaguirre Riesgo A, Tranche Iparraguirre S, Montero Rodríguez Á, Orts Cortés MI. Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. National Library of Medicine. [Online]; 2021. Acceso el 15 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8473464/>.
7. Gómez Alcaraz J, Pardo García J.M , Sevilla Fernández J, Delgado Díaz E, Moreno Beamud JA. Artroplastia total primaria de cadera en pacientes mayores de 85 años: ~ riesgos, complicaciones y resultados a medio-largo plazo. Revista Española de cirugía ortopédica y traumatología. [Online]; 2021. Acceso el 15 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1888441520300679&r=129>.
8. Alberto Bolaños. Reemplazo total de cadera. American Academy of orthopaedic surgeons. [Online]; 2021. Acceso el 15 de abril de 2024. Disponible en:

<https://orthoinfo.aaos.org/es/treatment/reemplazo-total-de-cadera-total-hip-replacement/>.

9. Caja Costarricense del Seguro Social. Misión. CCSS. [Online]; 1941. Acceso el 15 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/cultura-organizacional>.
10. Caja Costarricense del Seguro Social. Estrategia Institucional de Atención de Listas de Espera. CCSS. [Online]; 2023. Acceso el 15 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/lista-espera/estrategia-institucional-PE.pdf>.
11. Grosser SM. Accidentes de tránsito Costa Rica. Delfino.cr. [Online]; 2023. Acceso el 20 de enero de 2024. Disponible en: <https://delfino.cr/2023/10/a-julio-2023-se-registraron-1988-accidentes-de-transito-mas-que-el-ano-anterior>.
12. Personal de Mayo Clinic. Reemplazo de cadera. Mayo Clinic. [Online]; 2022. Acceso el 10 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/hip-replacement/about/pac-20385042>.
13. Pech Ciau B, Lima Martínez E, Espinoza Cruz G, Pacho Aguilar CR, Huchim Lara O, Alejos Gómez R. Fractura de cadera en el adulto mayor: epidemiología y costos de la atención. SciELO. [Online]; 2022. Acceso el 15 de marzo de 2024. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022021000400341#aff2.
14. Caja Costarricense del Seguro Social. Listas de Espera. CCSS.[Online]; 2024. Acceso el 20 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/listas-espera>.
15. Calvo N. Más servicios privados en salud pública mitigarían crisis en la CCSS por freno en infraestructura hospitalaria. LaRepública. [Online]; 2023. Acceso el 15 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/mas-servicios-privados-en-salud-publica-mitigarian-crisis-en-la-ccss-por-freno-en-infraestructura-hospitalaria>.
16. Organización Mundial de la Salud. Como define la OMS la salud. OMS. [Online]; 1948. Acceso el 15 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%25C2%25BFC%25C3%25B3mo%2520define%2520la%2520OMS%2520la,ausencia%2520de%2520afecciones%2520o%2520enfermedades%25C2%25BB>.
17. Sagrado TS. La atención primaria en el Reino Unido. Elsevier. [Online]; 2015. Acceso el 25 de abril de 2024. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S113835931500297X&r=40>.

18. Poder Judicial de Costa Rica. Sala Constitucional de Costa Rica. Audiencia de control de cumplimiento de sentencia sobre reducción de listas de espera.[Online]; 2019. Acceso el 22 de abril de 2024. Disponible en: <https://salaconstitucional.poder-judicial.go.cr/index.php/component/content/article/72-comunicados/446-sala-constitucional-realizara-audiencia-de-control-de-cumplimiento-de-sentencia-sobre-reduccion-de-listas-de-espera?Itemid=437>.
19. De información científica SIIC salud. siccsalud. [Online] 2022. Acceso el 20 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.siicssalud.com/des/insiiccompleto.php/30116>.
20. Gutiérrez López A. Modelo integrado para la reducción de las listas de espera en los servicios de cirugía del Hospital Calderón Guardia [Trabajo Final de Graduación], UIA, San José, Costa Rica; 2006.
21. Umaña Sánchez GA, Solano Mata EJ. Principales complicaciones y opciones de tratamiento de las fracturas de la cadera en pacientes adultos de la tercera edad de Norteamérica en el periodo 2015-2019 [Trabajo Final de Graduación] San José, Costa Rica; 2020.
22. Del Pino Machuca MF. Gestión de listas de espera de intervención quirúrgica del periodo 2014-2017 del servicio de salud metropolitano sur. Repositorio institucional académico. [Online]; Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile; 2018. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.unab.cl/items/4484c546-f1be-4a0e-822d-fd4d6b3794a8>.
23. Roque Ibañez SJ. La evaluación del tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía Hospital Regional Moquegua 2016. Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua, Perú. [Online]; 2017. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/304>.
24. Roncal Vargas RS. Evaluación de la implementación del registro de pacientes en la lista de oportunidad quirúrgica en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima 2014-2015.Repositorio UNSA. [Online]; 2018. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/53c86245-a54c-42ab-8a2f-7c4d0473aeef/content>.
25. Bachelet CV, Goyenechea M. Tiempos de espera para cirugías electivas.BV Salud. [Online]; 2018. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1254294/pb_tiempos-de-espera-para-cirugias-electivas.pdf.

26. Arias Cuya JGA. Los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima. Repositorio UCV. [Online]; 2018. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12791/Arias_CJG.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
27. Sandoval Méndez RL. Plan para disminuir las listas de espera de complejidad cuatro, en el servicio de ortopedia infantil en el Hospital Nacional de Niños. Repositorio ULACIT. [Online]; 2003. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.ulacit.ac.cr/bitstream/handle/20.500.14230/4823/030680.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Solís Castro J. Gestión de sala de operaciones. BINASSS. [Online]; 2008. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/libros/0683.pdf>.
29. Durán Quirós Á., Brenes Ortiz J. Análisis del grado de utilización de las salas de cirugía del hospital de Guápiles. Repositorio UNED. [Online]; 2004. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.uned.ac.cr/bitstream/handle/120809/1088/Analisis%2520del%2520grado%2520de%2520utilizacion%2520de%2520las%2520salas%2520de%2520cirugia%2520.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
30. Aragón Vargas JI. Interpretación y elaboración de informes de tomografía computarizada para colaborar en la disminución de las listas de espera en el servicio de radiología de los hospitales Max Peralta Jiménez y Monseñor Sanabria. Kerwa repositorio. [Online]; 2020. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/discover>.
31. Arias Núñez G. Las listas de espera quirúrgica dentro de la seguridad social en Costa Rica, análisis de la génesis y la gestión. Repositorio UNA. [Online]; 2016. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/17704>.
32. Monge Navarro A, Murillo Sancho G, Calderón Céspedes A, Vega Araya A, Aguilar Cubillo A. Listas de espera. SciELO. [Online]; 2014. Acceso el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200007.
33. Díaz Salazar J. La persistencia de las listas de espera en la Caja Costarricense de Seguro Social. SciELO. [Online]; 2003. Acceso el 22 de mayo de 2024. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200007.

34. Fernández Chacón AL. Demora en la atención a los adultos mayores en cuatro diagnósticos de la lista quirúrgica en hospitales de la CCSS. BINASSS. [Online]; 2015. Acceso el 23 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/serviciosdesalud/adultomayor.pdf>.
35. Aragonés TR. Valoración prequirúrgica del **adulto mayor** sometido a **cirugía** de fractura de cadera. Kerwa UCR. [Online]; 2022. Acceso el 10 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/89193/VALORACI%25C3%2593N%2520PREQUIR%25C3%259ARGICA%2520DEL%2520ADULTO%2520MAYOR%2520SOMETIDO%2520A%2520CIRUG%25C3%258DA%2520ODE%2520FRACTURA%2520DE%2520CADERA%2520.pdf?sequence=1>.
36. Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. Cirugía de reemplazo de cadera.. [Online]; 2023. Acceso el 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/cirugia-de-reemplazo-de-cadera#:~:text=El%2520reemplazo%2520de%2520cadera%2520puede,varias%2520semanas%2520antes%2520de%2520realizarla>.
37. Acuña-Aguilar C, Fernández Cordero A, Benavides Lara A. Prevalencia de dolor crónico en personas adultas en Costa Rica. Revista terapéutica. [Online]; 2022. Acceso el 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/140/245>.
38. Helico Dispositivos Médicos. ¿Qué es la Artrosis de Cadera?. Helico dispositivos médicos. [Online]; 2021. Acceso el 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.helico.cl/que-es-la-artrosis-de-cadera/>.
39. Marín Peña O, Fernández Tormos E, Dantas P, Rego P, Pérez Carro L. Fondoscience. Anatomía y función de la articulación coxofemoral. [Online]; 2016. Acceso el 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://fondoscience.com/reaca/anatomia-y-funcion-de-la-articulacion-coxofemoral-anatomia-artroscopica-de-la-cadera>.
40. Cummings RS, C. Nevidd M, S. Browner W. The New England Journal of Medicine. Factores de riesgo de fracturas de cadera en mujeres blancas. [Online]; 2019. Acceso el 15 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199503233321202>.
41. López G, Chacón K, Rivera Á. Incidencia de fractura de cadera en Costa Rica. BINASSS. [Online]; 2007. Acceso el 10 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/580/art2.pdf>.
42. Carvajal Alvaro. Las caídas y fracturas de cadera en el adulto mayor. BINASSS. [Online]; 2007. Acceso el 17 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/581/art1.pdf>.

43. Vindas Durán LC, Astúa Jiménez LA, Vargas Mena V. Complicaciones por fractura de cadera en el adulto mayor. Revista electrónica de portales médicos. [Online]; 2022. Acceso el 14 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/complicaciones-por-fractura-de-cadera-en-el-adulto-mayor/>.
44. Sancho Rojas CA, Arguedas Chaverri C. Epidemiología de la fractura de cadera de origen osteoporótico en Costa Rica en un período de cinco años. Dialnet. [Online]; 2000. Acceso el 07 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6692194>.
45. Sanabria LCV, Lozano Rengifo MJ, Cepeda Alonso L, Chavarro Carvajal. Factores asociados a complicaciones intrahospitalarias en ancianos sometidos a cirugía por fractura de cadera. Repositorio Javeriana. [Online]; 2018. Acceso el 15 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/48418/Factores%20asociados%20a%20complicaciones%20intrahospitalarias%20en%20ancianos%20sometidos%20a%20cirug%C3%ADa%20por%20fractura%20de%20cadera%20-%20copia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
46. Correoso Castellanos S. Análisis de las Causas de Demora Quirúrgica y del Alta Precoz en los Pacientes Intervenido de Fractura de Cadera. Digitum. [Online]; 2022. Acceso el 07 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/121544/1/Silvia%20Correoso.pdf>.
47. Quesada Espinoza MV, Jiménez Umaña T, Madrigal Quirós J, Espinoza Sandí R. Ruta para avanzar en la gestión de las Listas de Espera y Gestión del Recurso Humano. CCSS. [Online]; 2023. Acceso el 15 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/2023/files/9362-342a2.pdf>.
48. Vargas GF. Normativa en beneficio de la población adulta mayor. BINASSS. [Online]; 2013. Acceso el 05 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Normativa%20en%20beneficio%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulta%20mayor.pdf>.
49. Convención americana sobre derechos humanos. OAS. Pacto de San José. [Online]; 1978. Acceso el 15 de febrero de 2024. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf.
50. Comisión presidencial coordinadora de la política del ejecutivo en materia de derechos humanos. Corteidh. Pacto de derechos económicos, sociales y culturales. [Online]; 2011. Acceso el 13 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28142.pdf>.

51. Pacto internacional de derechos civiles y políticos adoptado por la asamblea general de las organizaciones de Naciones Unidas. Poder Judicial. [Online]; 1968. Acceso el 20 de febrero de 2024. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=20579&nValor3=21899&strTipM=TC.
52. Declaración americana de los derechos y deberes del hombre. OAS. [Online]; 1948. Acceso el 18 de febrero de 2024. Disponible en: http://www.oas.org/DIL/esp/Declaraci%C3%B3n_Americana_de_los_Derechos_y_Deberes_del_Hombre_1948.pdf.
53. Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. OHCHR. [Online]; 1965. Acceso el 07 de febrero de 2024. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cerd_SP.pdf.
54. Sáenz MdR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica . SciELO. [Online]; 2011. Acceso el 05 de febrero de 2024. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800011&script=sci_abstract.
55. CCSS. Reglamento de la Unidad Técnica de Listas de Espera de la CCSS. Procuraduría General de la República. [Online]; 2001. Acceso el 20 de febrero de 2024. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=46511.
56. Julio Cristian, Wolff P, Vegoña Yarla M. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia.SciELO. [Online]; 2016. Acceso el 15 de enero de 2024. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600014.
57. Brenes M. Manejo de fracturas abiertas. Revista Médica Sinergia. [Online]; 2020. Acceso el 20 de enero de 2024. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/440>.
58. COSEVI. Anuarios estadísticos de accidentes de tránsito con víctimas. CSV. [Online]; 2021. Acceso el 17 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.csv.go.cr/estad%C3%ADsticas>.
59. Esquivel Rodríguez ME. Oficio de Asesoría sobre la emergencia institucional que representa la lista de espera. CCSS. [Online]; 2023. Acceso el 25 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/lista-espera/AS-ASALUD-005-2023.pdf>.
60. González Navarro B. Fracturas de cadera en ancianos. Análisis de las causas de retraso para la cirugía y su impacto sobre la mortalidad. Repositorio Universidad

- de Alicante. [Online]; 2019. Acceso el 24 de febrero de 2024. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/109461>.
61. Caja Costarricense del Seguro Social. Repercusiones lista espera ante COVID-19. CCSS. [Online]; 2020. Acceso el 05 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFICIOS/2020/9137/Art%C3%ADculo32/GM-AOP-0969-2020-anexo2.pdf>.
 62. Melara G. Costa Rica y Panamá son dos de los mejores lugares para jubilarse en 2024. Revista EYN. [Online]; 2024. Acceso el 01 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.revistaeyn.com/inteligencia-eyn/costa-rica-y-panama-son-dos-de-los-mejores-lugares-para-jubilarse-en-2024-AF17476745>.
 63. National Institutes of Health. Salud integral de la persona. National Institutes of Health. [Online]; 2022. Acceso el 05 de enero de 2024. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/salud-integral-de-la-persona#:~:text=La%2520salud%2520integral%2520de%2520la%2520persona%2520enfatisa%2520la%2520restauraci%25C3%25B3n%2520de,ayudarlo%2520a%2520prevenir%2520algunas%2520enferme>.
 64. López P, Almada A, L. Iglesias S, M. Mangupli M. Factores de riesgo de inestabilidad en el reemplazo total de cadera por fractura medial de cadera. Revista de la Asociación argentina de ortopedia y traumatología. [Online]; 2022. Acceso el 05 de marzo de 2024. Disponible en: <https://raaot.org.ar/index.php/AAOTMAG/article/view/1651/4906>.
 65. Álvarez González O, Víquez Murillo G, Roselló Araya M, Rivera Vargas J. Factores que afectan la recuperación funcional del adulto mayor independiente con fractura de cadera. Revista terapéutica. [Online]; 2020. Acceso el 15 de enero de 2024. Disponible en: <https://revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/120/186>.
 66. Isabel Rodrigo, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. Elsevier. [Online]; 2007. Acceso el 01 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-tiempos-espera-aceptables-repercusiones-espera-perspectiva-los-13109340>.
 67. Negrete-Corona J, Alvarado-Soriano JC, Reyes-Santiago LA. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años: Estudio de casos y controles. Acta ortop. mex [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2024 Jun 14]; 28(6): 352-362. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022014000600003&lng=es.
 68. Caja Costarricense del Seguro Social. Gestión de los procesos de capacitación y formación en la CCSS. [Online]; 2020. Acceso el 03 de abril de 2024.

Disponible en: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2021/06/Gestion-de-los-Procesos-de-Capacitacion-Formacion-en-la-Caja-Costarricense-de-Seguro-Social.pdf>.

69. Fernández X, Robles A. Informe del estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. [Online]; 2008. Acceso el 01 de mayo de 2024. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf.
70. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud mental de los adultos mayores. [Online]; 2023. Acceso el 03 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
71. Tala Y. Listas de espera de mayores. Universidad del Desarrollo de Chile. [Online]; 2023. Acceso el 18 de mayo de 2024. Disponible en: <https://gobierno.udd.cl/noticias/2023/01/carta-al-director-yamil-tala-listas-de-espera-de-mayores/>.
72. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina. Salud mental. [Online]; 2021. Acceso el 14 de marzo de 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html#>.
73. Etxebarria Foronda I, Mar J, Arrospide A, Ruiz J. Costo y mortalidad asociados a la demora quirúrgica de pacientes con fractura de cadera. Revista Española de Salud Pública. [Online]; 2013. Acceso el 15 de abril de 2024. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
74. BBVA. Mi jubilación España. Salud financiera y física. [Online]; 2023. Acceso el 20 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.jubilaciondefuturo.es/es/blog/van-de-la-mano-la-salud-financiera-y-la-salud-fisica.html#:~:text=Se%2520suele%2520afirmar%2520que%2520existen,las%2520otras%2520dos%2520son%2520relevantes>.
75. Escalona Quirós E. Fractura de cadera en el paciente anciano en España. Repositorio UPF. [Online]; 2020. Acceso el 20 de enero de 2024. Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/45763/Escalona_cadera_MUE_SOL.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
76. Salvador J, Muñoz J, Iglesias JR. Gestión sanitaria integral. [Online]; 2024. Acceso el 02 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/gestion-sanitaria-integral-publica-privada.html>.
77. Gómez Dantes O, Sesma S, M. Becerril V. Sistema de salud de México. SciELO. [Online]; 2011. Acceso el 05 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>.

78. Costa JF. Dialnet. [Online]; 2001. Acceso el 05 de enero de 2024. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4583910>.
79. Rosete Rivero M. Análisis económico de las listas de espera en los hospitales públicos españoles. Universidad de Oviedo. [Online]; 2015. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33220/TFM_MayteRose teRivero.pdf;jsessionid=4659CA7F8B8FCD3A520227BD4F3979C5?sequence=4.
80. Allan Rímola. Sistema de Salud Costarricense. Organización Panamericana de la Salud. [Online]; 2019. Acceso el 15 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/6054-informe-de-cuentas-de-salud-de-costa-rica-2017-2019/file>.
81. Ministerio de Salud. Gasto público en salud en Costa Rica. [Online]; 2019. Acceso el 10 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/6054-informe-de-cuentas-de-salud-de-costa-rica-2017-2019/file>.
82. Pedraza CC. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Revista Panam Salud Pública. [Online]; 2020. Acceso el 22 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537818/>.
83. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García S. Salud pública de México. [Online]; 2015. Acceso el 06 de noviembre de 2023. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014.
84. Tabares Neyra H. Abordaje anterior de la cadera: historia y beneficios. Revista Cubana de ortopedia y traumatología. [Online]; 2021. Acceso el 07 de diciembre de 2023. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2021000200013
85. Mi clínica tres torres. Mi tres torres. [Online]; 2021. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://mitrestorres.com/cirugia-robotica/>.
86. Urzúa A, Caqueo A. Terapia psicológica. [Online]; 2012. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006.

87. Marielle DPM. Discursos asociados a la polivictimización desde profesionales interventores en Programas especializados en Maltrato Infantil Grave de la comuna de Valparaíso. Repositorio institucional académico. [Online]; 2014. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://repositorio.unab.cl/items/4484c546-f1be-4a0e-822d-fd4d6b3794a8>.
88. Ramos MM. Tratamiento multidisciplinario de la fractura de cadera. Geios. [Online]; 2009. Acceso el 25 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.sedar.es/images/images/site/CIENTIFICA/GUIAS/NACIONALES/SEDAR/cadera.pdf>.
89. Ministerio de Salud de Chile. National institute for health and care excellence. Guía para la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca. [Online]; 2017. Acceso el 06 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.hfpolicynetwork.org/wp-content/uploads/The-handbook-of-multidisciplinary-and-integrated-heart-failure-care-Spanish.pdf>.
90. Gobierno de México. Instituto Nacional de las personas adultas mayores. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. [Online]; 2020. Acceso el 06 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>.
91. CONAPAM. Modalidades de atención. [Online]; 2020. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://conapam.go.cr/modalidades-de-atencion/>.
92. Yamuni Tabush. Salud de adultos mayores en Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud. [Online]; 2019. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/alianzas/fundacion-yamuni-tabush-salud-adultos-mayores-costa-rica>.
93. Herrera-Landero Alejandro, d'Hyver de las Deses Carlos. Valoración preoperatoria del adulto mayor. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2024 Jun 14]; 61(4); 43-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400043&lng=es
94. Laura Álvarez. Síndrome de caídas en el adulto mayor. Revista médica Costa Rica. [Online]; 2015. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>.
95. Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor. Datos abiertos. [Online]; 2019. Acceso el 15 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/recursos/2017/09/GUIA%20TECNICA%20DE%20LA%20HC%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>.

96. Programa de normalización de la atención a la persona adulta mayor. CCSS. Resumen ejecutivo. [Online]; 2022. Acceso el 15 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFICIOS/2022/9254/Articulo11/GG-0863-2022-ANEXO.pdf>.
97. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC. [Online]; 2023. Acceso el 18 de febrero de 2024. Disponible en: <https://admin.inec.cr/sites/default/files/2023->.
98. Segura Rafael. Estado de la nación. Envejecimiento poblacional. [Online]; 2022. Acceso el 01 de marzo de 2024. Disponible en: <https://estadonacion.or.cr/envejecimiento-poblacional-un-logro-en-desarrollo-humano-con-importantes-retos/>.
99. Brenes-Camacho G. Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. National Library of Medicine. [Online]; 2014. Acceso el 05 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4210949/#:~:text=La%2520prevalencia%2520de%2520trabajo%252C%2520jubilaci%25C3%25B3n,socioecon%25C3%25B3mico%2520de%2520los%2520adultos%2520mayores>.
100. Alfaro Vargas N, Espinoza Herrera R. ABRA. [Online]; 2021. Acceso el 15 de diciembre de 2023. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/abra>.
101. Salud Madrid. Listas de espera. [Online]; 2022. Acceso el 18 de mayo de 2024. Disponible en: <https://servicioselectronicos.sanidadmadrid.org/LEQ/ConsultaProcesos.aspx>.
102. NHS. Consultant -led referral to treatment waiting times. Datos listas de espera. [Online]; 2023. Acceso el 17 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/rtt-data-2023-24/#Dec23>.
103. q-bital. ¿Cómo se comparan los tiempos de espera a nivel internacional? q-bital. [Online]; 2018. Acceso el 25 de abril de 2024. Disponible en: www.q-bital.com/es_es/how-do-waiting-times-compare-internationally/.
104. Picado G, Acuña E, Santacruz J. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica. BVS. [Online]; 2003. Acceso el 06 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/gasto.pdf>.
105. Madrid 365. [Online]; 2023. Acceso el 17 de mayo de 2024. Disponible en: <https://madrid365.es/actualidad/hospital-gregorio-maranon/>.

106. Barquero K. Esta es la apuesta de la Caja para reducir tiempos de espera este año. *larepublica.net*. [Online]; 2020. Acceso el 10 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/esta-es-la-apuesta-de-la-caja-para-reducir-tiempos-de-espera-este-ano>.
107. Pidemunt Moli Gemma. Factores determinantes en el deterioro de la función y la calidad de vida del anciano afecto de fractura de cadera. Memoria para la obtención del grado de Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad de Barcelona, España. Diciembre 7, 2009. 166p. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/4352>
108. Rodríguez Aragonés, Tiny. Valoración prequirúrgica del adulto mayor sometido a cirugía de fractura de cadera. San José de Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado. 2022. 113p. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/89193/VALORACI%C3%93N%20PREQUIR%C3%9ARGICA%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%20SOMETIDO%20A%20CIRUG%C3%8DA%20DE%20FRACTURA%20DE%20CADERA%20.pdf?sequence=1>
109. Declaración Universal de los Derechos humanos. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948. Disponible en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
110. Costa Rica. Programa Estado La Nación. Envejecimiento poblacional: un logro en el desarrollo humano con importantes retos. 30 de setiembre de 2023. Disponible en: <https://estadonacion.or.cr/envejecimiento-poblacional-un-logro-en-desarrollo-humano-con-importantes-retos/>
111. Pacheco Jiménez, José Francisco ; Alvarado Prado, Rebeca. Financiamiento del sistema de salud en Costa Rica. Friedrich Ebert Stiftung. Mayo 2022. 37p. Disponible en: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/19250.pdf>
112. OPS; OMS. Financiación de la atención de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>
113. Brenes Camacho, Gilbert, Masís Fernández, Karen, Rapso Brenes Marisol. II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Universidad de Costa Rica y Centro Centroamericano de Población. San José, C.R: 2020. 231p. Disponible en: https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/segundo_Informe_estado_persona_adulta_mayor_CostaRica.pdf
114. GMOCC. Prevención de fractura de cader. Prevención de fractura de cadera. 2023. Grupo Médico Ortopédico de la Costa Central (GMOCC). Disponible en: <https://centralcoastortho.com/es/patient-education/hip-fracture-prevention/>
115. Arce Pérez Luis Alberto, Arce Peñaranda, Geiner. Resumen ejecutivo AGO-154-2018. Plan Anual de Trabajo 2018 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna. Control y priorización de pacientes de la lista de espera

quirúrgica del hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. San José, Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Auditoría Interna. 6-11-2018. 10p.

Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/auditoria/informes/AGO-154-2018.pdf>

116. Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Informe de seguimiento y propuesta de actualización a: “Ruta para avanzar en la gestión de las listas de espera y gestión del recurso humano”. Agosto, 2023. 99p. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/2023/files/9362-342a2.pdf>
117. Claudio Arturo Arce. Propuesta para enfrentar el desafío de los tiempos y listas de espera en el Seguro Social. 2022. 10p. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.binasss.sa.cr/economia/preprint.pdf>