

CAPÍTULO 7

Uso y acceso a los servicios de salud

En Costa Rica, las personas de 65 años y más son quienes más utilizan, los servicios de salud públicos o privados. Los servicios del primer nivel son los más utilizados, en especial por las mujeres.

Los registros de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) reportan una cobertura global, para el año 2006, del 90% para esta población, la cual era de 87,3% en el año 2004. Un 10% de esta población no hace uso de los servicios públicos o privados. Se trata en su mayoría de hombres con una buena percepción de su salud.

Alrededor de un 31% de la población adulta mayor que consulta en la CCSS, no fue incluida en el Programa de atención integral de acuerdo con la diferencia entre la cobertura de este programa (61,5%) y la evaluación del Compromiso de gestión 2006 (90%). A pesar de ser parte de la oferta básica de atención, la evaluación no incluye la valoración de los servicios odontológicos lo que hace de esta área una de las de mayor rezago.

La CCSS aporta el 90% del costo de atención en el primer nivel, el 95% de los costos de hospitalización, y el 92% de los costos de los exámenes de laboratorio o exámenes radiológicos. No obstante, existe una mayor probabilidad de gasto de bolsillo para aquellos que padecen hipercolesterolemia y osteoporosis, entre otras. Los menores gastos de bolsillo los presentan quienes padecen hipertensión o diabetes.

Alrededor del 70% de las personas adultas mayores utilizaron, en su última consulta, los Equipos Básicos

de Atención Integral en Salud (EBAIS), e informaron estar satisfechos por los servicios recibidos. La población adulta mayor no solo consulta por alguna morbilidad sino, también, por control de sus padecimientos crónicos, cuyos primeros lugares los ocupan la hipertensión (HTA) y la diabetes mellitus (DM).

En cuanto al grado de control de las patologías crónicas, los adultos mayores tienen mejor control de diabetes mellitus que el resto de la población. No ocurre así con la hipertensión arterial

Hay un alto acceso a servicios preventivos relacionados con enfermedades cardiovasculares e infecciosas, no así en los relacionados con cáncer de próstata, mama y cérvix.

La evaluación del acceso a servicios de salud debería prestar atención a que las personas adultas mayores de mayor edad, requieren atención especializada para atender la complejidad de múltiples patologías concomitantes y el deterioro funcional o cognitivo. Si coexisten con problemas sociales y familiares, la atención temprana especializada en geriatría y gerontología podría reducir las complicaciones que ello conlleva.

La atención domiciliaria no se considera en los criterios de evaluación de la CCSS. Se ha mostrado que la autonomía y la calidad de vida se preservan cuando la persona adulta mayor permanece en su hogar y en su comunidad. La atención en salud que se ofrece a la población adulta mayor, debería considerar todas las múltiples opciones posibles.

Uso y acceso a los servicios desde la perspectiva de la persona adulta mayor

Con el fin de determinar las diferencias entre las percepciones de las personas adultas mayores y la del principal prestatario público de servicios de salud, se presenta la información en forma separada de manera que permita identificar las principales áreas que deben ser atendidas desde ambos puntos de vista.

Según la *Encuesta de ingresos y gastos (ENIG)* de 2004, un 87,9% de la población adulta mayor hizo uso de los servicios de salud en los últimos 12 meses, comparado con un 90,4% registrado en el *proyecto CRELES* y un 90,5% registrado en la *Encuesta Nacional de Salud de 2006*. Según el proyecto CRELES, se tiene que consultan más las mujeres que los hombres, ya que se registró que de las personas adultas mayores que consultaron en los últimos tres meses, un 56% corresponde a mujeres y un 44% a hombres.

Respecto al lugar de la consulta, el proyecto CRELES señala que el 80,9% de la población adulta mayor accede a los servicios de salud ofrecidos por la CCSS y el resto utiliza los servicios privados (12,9%) y otros (6,2%).

Además, en los tres meses previos al levantamiento de la encuesta, un 25,5% de las personas adultas mayores no realizó ninguna consulta en los servicios de salud; un 46,3% refirió haber consultado una vez, un 14,1% lo hizo dos veces, un 7,7% consultó en tres ocasiones y el resto consultó cuatro veces o más.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la consulta más reciente, un 33% de la población adulta mayor señaló que hace menos de un mes; un 57,5% entre uno y once meses, y un 9,16% tuvo su consulta más reciente hace más de un año. En este grupo, más del 60% refirió que su estado de salud es "bueno", "muy bueno" o "excelente", mientras que solo un 5,4% dice que su salud es "mala". Asimismo, un 19,4% refirió ser hipertenso y un 4,3% ser diabético (cuadro 7.1).

Cuadro 7.1: Tiempo transcurrido desde la consulta más reciente de la persona adulta mayor por zona de residencia (porcentajes)

Tiempo transcurrido desde la consulta más reciente	Zona de residencia		
	Rural	Urbano	Total
Número de casos	747	1245	1992
Menos de un mes	32,4	33,3	32,9
De 1 a 3 meses	39,3	43,7	42,1
De 4 a 6 meses	12,9	10,9	11,6
De 7 a 11 meses	3,1	4,2	3,8
De 1 año a menos de 2	5,0	3,4	4,0
De 2 a 4 años	3,8	2,6	3,0
Hace 5 o más años	2,9	1,7	2,1
NS/NR	0,7	0,3	0,4
Total	100	100	100

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Se debe recalcar que en este grupo, un 37,6% fue visitado por algún miembro del EBAIS. Asimismo, un 2,13% de la población adulta mayor señaló que tiene cinco o más años de no utilizar los servicios de salud; la mayor parte de esta población son hombres (68%), residentes fuera del área metropolitana (53,75) y un 18,9% son personas mayores de 80 años. El 60% de este grupo refiere no haber sido visitado en el último año por personal del EBAIS.

La gran mayoría señaló que la persona que lo atendió la última vez fue un médico, un 97%, comparado con un 3% de quienes fueron atendidos por otro miembro del centro de salud.

Además, al 78% de las personas adultas mayores durante la consulta en los últimos tres meses se les pidió que se hicieran alguna radiografía, exámenes de laboratorio o diagnóstico, de los cuales el 92% no tuvo gasto en dinero pues se los realizó en la CCSS.

Respecto al lugar de la última atención o consulta, los resultados del CRELES señalan que la mayor cantidad de consultas se realiza en el EBAIS (33%), seguido de los hospitales (25,4%) y clínicas (22,4%) de la CCSS. En lo privado, un 9,6% señaló el consultorio privado y menos de un 1% indicó el hospital privado (cuadro 7.2).

Cuadro 7.2: Distribución porcentual del lugar de la última consulta de la persona adulta mayor (2005)

Lugar última consulta	Porcentaje
N	1994
EBAIS	33
Hospital (CCSS)	25,4
Clínica (CCSS)	22,4
Consultorio privado	9,6
Clínica privada	2,9
Hospital privado	0,4
En casa del entrevistado	5,2
Otro	0,8
No sabe	0,3
Total	100

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

El promedio de espera para ser atendido es diferente por zona

Al consultarse sobre el tiempo que tarda una persona adulta mayor en desplazarse de la casa a la consulta, en general, alrededor del 93% informó que tarda una hora o menos para llegar a un centro de salud. El tiempo promedio de traslado fue de 40 minutos en la zona rural y de 28 minutos en la zona urbana, diferencias que se deben, entre otras razones, a una mayor oferta de atención en la zona urbana que en la zona rural. Además, en la zona urbana las vías de comunicación y el transporte son más variados y expeditos y, en la zona rural la población está más dispersa.

Cuadro 7.3: Minutos que tarda la persona adulta mayor para recibir la consulta por zona de residencia (Porcentajes)

Minutos que tarda para recibir la consulta	Zona de residencia		
	Rural	Urbano	Total
N	715	1191	1906
Total	100	100	100
Menos de 60	44,2	51,8	48,8
60 minutos	17,6	19,3	18,6
De 61 a 120	21,5	19,2	20,1
De 121 a 180	9,9	6,7	8,0
De 181 a 300	5,5	2,4	3,6

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Respecto al tiempo de espera para ser atendidas, los resultados del CRELES indican que un 48,8% de las personas son atendidas en menos de una hora. El promedio de espera en la zona rural es de 1 hora y 18 minutos, comparado con un tiempo promedio de espera de 1 hora y 8 minutos en la zona urbana (cuadro 7.3).

A pesar de que los tiempos de espera son relativamente cortos, alrededor de un 20% de la población adulta mayor debe esperar entre una hora y dos horas para ser atendida tanto en la zona rural como en la urbana. Asimismo, alrededor de un 1% de esta población que esperó más de cinco horas para ser atendida (cuadro 7.3). Llama la atención que los tiempos de espera fueron autorreportados por la persona adulta mayor, lo cual implica la posibilidad de sobre o subestimación; no obstante, es un acercamiento a la estimación de esos tiempos de espera. Análisis más detallados son necesarios para determinar de una manera objetiva los tiempos de traslado y de espera.

Utilización de servicios de hospitalización

La mayoría de los servicios de hospitalización son ofrecidos por la CCSS

En los últimos 12 meses, según datos del proyecto CRELES, el 11% de las personas adultas mayores estuvo hospitalizado, con un promedio de 12,62 días de estancia, una mediana de seis días de estancia y una variación que oscila entre uno y noventa días de estancia en el hospital. Alrededor del 95% de los internados lo hicieron en algún establecimiento de la CCSS, un 1,7% en hospitales privados y el resto en alguna clínica pública o privada.

La ENIG 2004 registró que un 12,7% de la población adulta mayor estuvo internado en los últimos doce meses previos a la encuesta, con un promedio de 15,36 días de estancia en el hospital, una mediana de ocho días y una variación que oscila entre uno

y noventa días. El 93% de los internados estuvo en los hospitales de la CCSS y el resto en un hospital privado.

En relación con las causas de hospitalización, en el proyecto CRELES, un 26,2% de las personas adultas mayores hospitalizadas señalaron la cirugía programada, el 63,1% fueron hospitalizadas debido a una emergencia médica y el resto para hacerse pruebas, exámenes o por otras causas. Además, a quienes fueron internadas para una cirugía se les consultó sobre los meses de espera para ésta, un 53,4% tuvo que esperar entre cero y tres meses, un 27,6% entre cuatro y seis meses, un 10,3% entre siete y doce meses y el resto, más de un año, hasta un límite de tres años.

Uso de servicios preventivos

Los servicios preventivos son utilizados, en su mayoría, por las mujeres

En Costa Rica, se recomienda el cuidado preventivo de la diabetes, la hipertensión, el colesterol y algunos tipos de cáncer. Otros cuidados preventivos incluyen la medición de densidad ósea, los diagnósticos de audición y vista, así como la vacunación contra la influenza y el tétano. Los resultados de CRELES muestran que una alta proporción de las personas adultas mayores ha utilizado los servicios preventivos en el último año entre los que se destacan mediciones de la presión arterial (95%), de los niveles del colesterol (82%) y pruebas de diagnóstico de diabetes (78%)(cuadro 7.5).

En tanto, solo un 6% de la población adulta mayor se ha hecho una medición de la densidad de los huesos en un período de referencia que abarca los últimos cinco años. Una tercera parte se ha realizado exámenes de la vista durante el último año. Los exámenes de audición son menos comunes: solo un 17% reporta haberse hecho uno durante los últimos doce meses.

En el caso de medidas relacionadas con enfermedades infecciosas, solo cerca de la mitad de la población fue vacunada contra el tétano hace menos de cinco años (51%) o contra la gripe en los últimos doce meses (49%).

Para todas las pruebas mostradas en el cuadro 7.4, las mujeres adultas mayores tienen mayores porcentajes de pruebas efectuadas, excepto en el porcentaje de vacunados contra el tétano. Por último, se encuentra un patrón desfavorable por región de residencia pues, en la mayoría de los casos, los habitantes de fuera de la GAM acuden en menor proporción a realizarse exámenes preventivos con respecto de los que habitan en la GAM.

En cuanto a servicios preventivos relacionados con cáncer de órganos del aparato reproductor entre la población masculina, el 28% de los adultos mayores de Costa Rica manifestó que alguna vez un médico le dijo que tenía la próstata agrandada; de ellos, solamente el 22% estaba recibiendo tratamiento al momento de la entrevista(cuadro 7.4).

Cuadro 7.4: Aspectos relacionados con salud reproductiva y cuidados preventivos según sexo. Distribución relativa (2006)

Hombres		Mujeres	
Próstata agrandada	27,7	Terapia de reemplazo hormonal	9,89
Tratamiento próstata	22,0		
Cuidados preventivos			
Prueba próstata (sangre)		Mamografía	
<1 año	28,8	<1 año	14,7
1-5 años	16,8	1-5 años	21,0
5+ años	7,6	5+ años	9,8
Nunca	39,9	Nunca	54,4
No sabe	7,0		
Prueba próstata (rectal)		Papanicolaou	
<1 año	16,3	<1 año	28,6
1-5 años	20,1	1-5 años	36,1
5+ años	14,3	5+ años	17,9
Nunca	49,4	Nunca	17,4

Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Menos de la mitad de los hombres se ha realizado un tamizaje para cáncer de próstata mediante examen sanguíneo

Entre las principales estrategias de tamizaje para cáncer de próstata se encuentran el tacto rectal y la medición del antígeno prostático en sangre. La detección inicial de este tipo de cáncer se hace con alguna o ambas de estas pruebas, y luego puede ser seguido con otras pruebas como el ultrasonido. En Costa Rica, un 40% de la población adulta mayor masculina nunca se ha realizado un tamizaje para cáncer de próstata mediante examen sanguíneo. El 7% de esta población desconoce si alguna vez le han practicado dicho examen. La mitad de ellos tampoco se ha realizado la prueba rectal (cuadro 7.4).

En cuanto a la población femenina, un 10% de las mayores de 65 años en Costa Rica han utilizado terapia de reemplazo hormonal (TRH). El 55% de las usuarias de este tipo de terapia tiene entre 65 y 69 años de edad. De igual forma, el uso de TRH es mayor en la GAM que en el resto del país: 12% vs. 7% (cuadro 7.4).

Más de la mitad de las mujeres nunca se ha realizado una mamografía

El tamizaje por mamografía, como parte de los programas de prevención y control del cáncer de mama, reduce la mortalidad por este cáncer (Urban *et al.*, 1994). Sin embargo, la edad está asociada a un menor uso de mamografías (Reyes-Ortiz *et al.*, 2006; Sánchez-Ayéndez *et al.*, 2001; Burack *et al.*, 1998).

El porcentaje de mujeres de 65 años y más en Costa Rica que nunca se ha practicado una mamografía es considerablemente alto (54%). El porcentaje que manifiesta que nunca se ha hecho un papanicolau es mucho menor (17%). Según la normativa vigente para Costa Rica, toda mujer de veinte años y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales, debe realizarse un papanicolau cada dos años (La Gaceta, 2006).

El uso de servicios preventivos está asociado con el nivel educativo y con el ingreso

Según comparaciones realizadas por Brenes-Camacho y Rosero-Bixby (sin publicar) –y refiriéndose a la población de 60 años y más– los niveles de utilización de servicios preventivos relacionados con enfermedades cardiovasculares y enfermedades infecciosas son considerablemente más altos que en otros países de América Latina y similares al de países norteamericanos y europeos. Sin embargo, como se mencionó en la sección anterior, la utilización de servicios preventivos relacionados con ciertos cánceres (exámenes de próstata, mamografía y papanicolau) es muy baja. Brenes-Camacho y Rosero-Bixby (sin publicar) muestran en su comparación que la utilización de estos servicios es menos frecuente que en países norteamericanos, europeos e, incluso, latinoamericanos.

En este mismo artículo, los autores encuentran que existen gradientes socioeconómicos en la utilización de exámenes de la próstata, mamografías, y exámenes de audición, según los cuales las personas con mayor educación o mayor ingreso utilizan más estos servicios que las personas de estratos socioeconómicos más bajos. Un gradiente socioeconómico inverso se da con la vacunación contra la gripe y contra el tétano, puesto que es más probable que las personas con menor educación estén vacunadas que las personas con mayor educación.

Estos hallazgos pueden ser interpretados argumentando que el acceso a servicios preventivos relacionados con enfermedades cardiovasculares e infecciosas es bastante alto, pero puede haber problemas de acceso en servicios relacionados con la detección de cáncer de próstata, mama, y cérvix (ya sea por limitaciones económicas, como por inadecuado acceso a la información). En cuanto a estos, al profundizar cuáles son los tipos de limitaciones al acceso a dichos servicios, se recomienda buscar más fuentes

En Costa Rica, un 40% de la población adulta mayor masculina nunca se ha realizado un tamizaje para cáncer de próstata mediante examen sanguíneo. El 7% de esta población desconoce si alguna vez le han practicado dicho examen. La mitad de ellos tampoco se ha realizado la prueba rectal.

de información y estudiar más detalladamente este tema. Desde el punto de vista anecdótico, vale la pena mencionar el caso denunciado a la Defensoría de los Habitantes de una ciudadana, a quien habían programado una mamografía y se la pospusieron un año (Defensoría de los Habitantes, 2007). Si bien es cierto, esta evidencia anecdótica no puede contrastarse con evidencia estadística, permite resaltar la relevancia del tema.

Las personas adultas mayores no aseguradas por la CCSS utilizan menos los servicios preventivos

Otro hallazgo de Brenes-Camacho y Rosero-Bixby (sin publicar) es que la población adulta mayor no asegurada por la CCSS utiliza menos los servicios preventivos. En algunos casos, como las glicemias, los exámenes de control de lípidos y el papanicolau, el porcentaje de personas que los utiliza entre los no asegurados es casi la mitad del porcentaje entre asegurados.

Gasto de bolsillo por servicios de salud como un indicador de acceso

El sistema de salud costarricense es un sistema mixto en el que hay proveedores de servicios de salud tanto públicos como privados. No obstante, el principal proveedor es una institución pública: la CCSS. Esto es aún más cierto entre las personas adultas mayores costarricenses, dado que el promedio de consultas en servicios públicos es considerablemente mayor que el promedio de consultas en el sector privado (Méndez-Chacón et al., 2006). Entre las personas más jóvenes, la media de consultas en ambos sectores es muy similar.

El gasto de bolsillo en salud está asociado con el nivel educativo

Como lo muestra Méndez-Chacón et al. (2006) el ingreso disponible está positivamente asociado con el pago de dinero por servicios de salud. En otras palabras, la utilización de servicios privados de salud está determinada por

El porcentaje de mujeres de 65 años y más en Costa Rica que nunca se ha realizado una mamografía es considerablemente alto (54%). El porcentaje que manifiesta que nunca se ha hecho un papanicolaou es mucho menor (17%).

Cuadro 7.5: Porcentaje de personas adultas mayores que usan servicios preventivos de salud según sexo, edad y área de residencia (2006)

Prueba	Total	Sexo		Edad (en años)			Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	60 a 69	70 a 79	80 y más	GAM	Resto del país
Diagnóstico enfermedades crónicas								
Medición presión arterial < 1 año	93,1	89,5	96,4	91,0	95,8	94,3	93,6	92,5
Medición colesterol < 1 año	78,7	71,6	85,1	74,8	83,2	83,3	80,9	76,1
Prueba diagnóstico diabetes < 1 año	74,7	67,1	82,2	70,7	78,2	81,4	77,2	71,9
Medición densidad ósea < 5 años	6,8	2,1	11,1	7,6	6,5	4,4	9,2	4,2
Diagnóstico audición y vista								
Examen de audición < 1 año	14,5	13,4	15,6	12,5	17,1	16,7	17,8	10,9
Examen de la vista < 1 año	33,5	28,0	38,5	32,8	37,4	27,9	38,0	28,5
Vacunas enfermedades infecciosas								
Vacuna gripe/influenza < 1 año	49,2	46,8	51,4	34,8	66,0	66,6	48,6	49,9
Vacuna contra tétano < 5 años	46,7	47,2	46,2	43,7	50,9	48,9	47,1	46,2

Fuente: Chaves, et al., 2008 a partir de datos de CRELES.

el poder de compra de la persona. Si existiera igualdad de acceso a bienes y a servicios médicos entre el sector privado y el sector público, se esperaría que, después de controlar por ingreso disponible (capacidad de compra) no deberían de existir diferencias en el pago de dinero por estos bienes y servicios según el tipo de enfermedad que se tenga. Para estudiar si existen diferenciales, se utiliza el artículo de Méndez-Chacón *et al.* (2006). Es necesario hacer la salvedad de que estos autores definieron a las personas adultas mayores como aquellas de 60 años o más, en lugar de personas de 65 años o más.

Las mujeres adultas mayores tienen una mayor probabilidad de pagar por servicios de salud

Se estimó la probabilidad de que se realice algún pago en los siguientes rubros: medicamentos, consultas, exámenes de laboratorio, hospitalizaciones y otros gastos. Como introducción, es interesante notar que el pago de dinero es más frecuente para medicamentos y consultas médicas (servicios relativamente más baratos), que para exámenes de laboratorio y hospitalizaciones.

A modo de ejemplo, entre las personas adultas mayores, de quienes adquirieron medicamentos, el 27% realizó algún gasto en dinero; entre quienes realizaron una consulta en los últimos tres meses, el 15% realizó algún gasto en dinero; entre quienes tuvieron que realizarse pruebas de diagnóstico, el 7% realizó algún gasto en dinero y, finalmente, entre quienes estuvieron hospitalizados, solo el 5% incurrió en algún gasto en dinero. Las mujeres adultas mayores tienen una mayor probabilidad de pagar en dinero por medicamentos, hospitalizaciones, consultas, exámenes de laboratorio y otros gastos médicos que los hombres.

Aparte del ingreso, la población adulta mayor con seis años o más de instrucción tiene significativamente mayor probabilidad de realizar un gasto en salud que las personas con menor educación. Este efecto complementa los diferenciales por nivel socioeconómico que ya eran esperados. Con respecto a otras

variables, no se encuentran diferencias por estado conyugal ni por analfabetismo. No hay diferencias significativas por región (residentes en Gran Área Metropolitana vs. residentes en otras regiones), salvo en otros gastos en salud. Además, la edad está positivamente asociada únicamente con gasto privado en medicamentos, sin embargo, las personas pensionadas tienen una menor probabilidad de realizar gasto privado en medicamentos. Este último hallazgo llama la atención, pues se esperaría que este efecto fuera encontrado también en los otros rubros, puesto que los pensionados o las pensionadas no solo cuentan con el seguro de salud de la CCSS sino, también, presumiblemente con más disponibilidad de tiempo.

Las personas adultas mayores con hipertensión arterial y/o diabetes tienen una menor probabilidad de gasto privado en medicamentos y en consultas

Los diferenciales más notorios por analizar son los asociados al tipo de enfermedad. Las personas hipertensas tienen una menor probabilidad de gasto privado en medicamentos y en consultas que las no hipertensas, mientras que las diabéticas también tienen una menor probabilidad de gasto privado en medicamentos. Esto puede indicar que el sector público brinda mayor acceso o facilidad de adquirir bienes y servicios relacionados con la hipertensión y la diabetes. Como se mencionó en el capítulo 6, esto está altamente asociado con la prioridad que le da el sistema de salud a estas dos enfermedades.

Por el contrario, quienes padecen hipercolesterolemia tienen mayor probabilidad de realizar un gasto privado en medicamentos, hospitalizaciones y consultas que aquellas personas que no sufren dicha enfermedad. Además, la población adulta mayor diagnosticada con enfermedades pulmonares muestra mayor probabilidad de desembolsar dinero para consulta privada, y quienes padecen osteoporosis tienen una mayor probabilidad de gastar dinero de su bolsillo en medicamentos. Aunque no sea evidencia directa, esto puede indicar que hay

Existen gradientes socioeconómicos en la utilización de exámenes de la próstata, mamografías, y exámenes de audición, según los cuales las personas con mayor educación o mayor ingreso utilizan más estos servicios que las personas de estratos socioeconómicos más bajos.

mejor acceso y opciones de este tipo de servicios en el sector privado que en el sector público. El énfasis que la CCSS le concede la hipercolesterolemia, osteoporosis y enfermedades pulmonares es menos predominante que el que se les concede a la hipertensión y la *diabetes mellitus*.

Satisfacción de las personas adultas mayores de los servicios recibidos

Las personas adultas mayores se encuentran satisfechas de los servicios de consulta externa de los EBAS

Las personas adultas mayores incluidas en la ENSA 2006 manifestaron estar satisfechas con la consulta en el último mes; un 17,2% la señaló como "excelente", un 65,8% como "buena", un 3,9% como "mala" y el resto como "regular".

Al analizar los resultados por lugar de la consulta, un 71,2% de las personas que utilizaron el consultorio privado manifestaron que su grado de satisfacción fue "bueno", un 16,9% "excelente" y el resto "regular"; ninguna persona lo señaló como "malo".

En Costa Rica, un 75,7% de los adultos y las adultas mayores dice asistir al EBAS, y un 67,6% de esta población considera que la atención en los EBAS es "buena"; aproximadamente, un 18% considera la atención "regular" y menos de un 10% la considera "mala" o "muy mala".

Asimismo, al consultar aspectos referentes al recurso humano, los porcentajes de satisfacción más altos corresponden a la confianza y a la seguridad en el médico y en el personal de enfermería. Los aspectos que recibieron mayores porcentajes de calificación "mala" o "muy mala" son: la facilidad para conseguir la cita, la información recibida sobre la enfermedad, el trato del personal secretarial y el horario de atención. Alrededor de un 7%, en todos los aspectos señalaron su satisfacción entre "mala" y "muy mala".

La mayoría de la población adulta mayor está satisfecha con los servicios de hospitalización

Para quienes estuvieron internados en un hospital (público o privado), se les consultó sobre el grado de satisfacción con la atención médica, la atención de enfermería, los exámenes de laboratorio, los exámenes especiales, los servicios radiológicos y el tratamiento farmacológico, entre otros.

Los porcentajes de satisfacción en todos los rubros son superiores al 70%. Ninguna de las personas adultas mayores internadas en los hospitales privados calificó su grado de satisfacción como "malo"; un 54%, en todos los rubros consultados lo señaló como "regular" y del resto su calificación estuvo entre "bueno" y "excelente".

Un 80% de la población adulta mayor internada en los hospitales de la CCSS calificó su satisfacción con la atención médica entre "buena" y "excelente", comparado con un 5,4% que la calificó como "mala".

Respecto a la atención de enfermería, un 76,2% de las personas adultas mayores internadas en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente" y un 18,7% lo calificó como "mala".

En cuanto a los exámenes de laboratorio, exámenes especiales y servicios radiológicos, un 96,5% de las personas adultas mayores internadas en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente"; el resto lo calificó como "mala".

Por último, al tratamiento farmacológico, un 91,4% de la población adulta mayor internada en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente" y un 3,5% lo calificaron como "malo".

La mayor insatisfacción es el número de personas por cuarto

En los hospitales, el porcentaje más alto de satisfacción fue el sistema de visitas. Después de este destacan,

La utilización de servicios privados de salud está determinada por el poder de compra de la persona.

Respecto a la atención de enfermería, un 76,2% de las personas adultas mayores internadas en los hospitales de la CCSS calificó su grado de satisfacción entre "buena" y "excelente" y un 18,7% lo calificó como "mala".

en orden de importancia, la confianza y la seguridad en el personal, los cuidados de los médicos y del personal de enfermería. El aspecto que recibió mayor insatisfacción en este grupo poblacional fue el número de personas por cuarto. Otro aspecto que recibió los porcentajes más altos de insatisfacción es el trámite para ingresar a los hospitales. Un 7% lo calificó como "malo" o "muy malo"; además, la calidad de las comidas, en el que un 5% de las personas adultas mayores la calificó como "mala" o "muy mala".

Uso y acceso de los servicios de salud según el prestatario de los servicios públicos

El artículo 17 de la *Ley Integral para la persona adulta mayor (Ley 7935)*, establece que le corresponde al Estado, por medio de sus instituciones, promover y desarrollar "*La atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que incluyan como mínimo odontología, oftalmología, audiología, geriatría y nutrición, para fomentar entre las personas adultas mayores estilos de vida saludables y autocuidado*".

La atención integral se ha concretado en el primer nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social mediante la prestación de servicios básicos integrales brindados por el Equipo Básico de Atención Integral de Salud y un equipo de apoyo. En este contexto, específicamente para el *Programa de Atención integral al adulto mayor*, el modelo de atención plantea una oferta básica que consiste en

- Detección y control del enfermo crónico.
- Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo.
- Atención a la enfermedad.
- Rehabilitación básica.
- Atención odontológica.

Actualmente, el *Compromiso de gestión* de la CCSS incluye, como criterios mínimos de atención para el *Programa del Adulto mayor*, los siguientes:

- Valoración de agudeza visual y auditiva.
- Valoración del índice de masa corporal (IMC).
- Indicación de exámenes de laboratorio.
- Valoración de riesgo.
- Plan de seguimiento.

Considerando la oferta básica de servicios, así como los criterios mínimos de atención en el *Programa de Adulto mayor*, se caracteriza el estado actual de la oferta.

Más de la mitad de las personas adultas mayores que usan los servicios son mujeres

La información para responder a esta pregunta la constituyen los resultados de la evaluación del *Compromiso de gestión* reportados por la Caja Costarricense del Seguro Social para varios años, así como algunos datos de la *Encuesta de causas de consulta y del egreso hospitalario* desarrollados por el Departamento de Estadística de la CCSS.

Los registros de la evaluación del *Compromiso de gestión* muestran que la proporción de personas adultas mayores que usa de los servicios de salud en el primer nivel de atención de la CCSS (EBAIS y clínicas) ha venido en aumento, ya que las consultas de primera vez para este grupo etario pasan de 8,9%, en el 2004, a 10% en el año 2006. Los datos evidencian que más de la mitad de la población adulta mayor que consulta son mujeres (58%).

Al igual que el volumen total de consultas en el primer nivel de atención,

Cuadro 7.6: Consultas de primera vez en el año, en el primer nivel de atención de la CCSS

Año	Total	Mayores de 65 años	Programa de Atención Integral AM
2004	2.156.872	193.117	127.156
2005	2.324.854	206.761	135.952
2006	2.273.291	228.164	158.236

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de gestión 2004-2006.

Cuadro 7.7: Concentración de consultas de la población adulta mayor en servicios de la CCSS, según región y año (2004-2006)

Región	Año		
	2004	2005	2006
Huetar Atlántica	3,9	4,2	4,3
Central Norte	4,6	4,2	4,2
Pacífico Central	4,4	4,6	4,1
Central Sur	3,8	3,7	3,8
Chorotega	3,5	4,0	3,7
Huetar Norte	4,0	4,1	3,3
Brunca	2,3	2,7	2,6
Total	3,9	3,9	3,8

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de gestión 2004-2006

la cantidad de consultas por persona en las personas mayores de 65 años ha aumentado en los últimos años. Asimismo, el promedio de consultas por habitante en la población adulta mayor (concentración) en los establecimientos de la CCSS varía entre tres y cinco consultas en el año (cuadro 7.6).

El mayor número de consultas se registra en las regiones Huetar Atlántica, Central Norte y Pacífico Central

Al comparar por región, la mayor concentración de consultas de la población adulta mayor, en el año 2006, se dio en la región Huetar Atlántica (4,3 consultas), seguida por la Región Central Norte (4,2 consultas) y la Región Pacífico Central (4,1 consultas). Asimismo, la menor concentración de consultas se dio en la Región Brunca, 2,6 consultas en el año. (cuadro 7.7). Además, en todas las regiones, la concentración de las consultas de los hombres (3,8) y las mujeres (4,0) fue muy parecida, con una leve tendencia a ser mayor la de las mujeres.

¿Cómo es la cobertura de atención integral a la persona adulta mayor por parte de la CCSS?

La cobertura de atención integral en el Programa del Adulto Mayor de la CCSS debe mejorar

En todas las áreas de salud de la CCSS, se debe brindar atención integral a la persona adulta mayor; sin embargo, no toda la población de este grupo etario que accede a los servicios en las Áreas de Salud son incluidos en el Programa de Atención integral, lo que representa oportunidades perdidas de atención.

A pesar de esa emisión, en general, el acceso y el uso de los servicios de salud de la CCSS por parte de la población adulta mayor ha venido creciendo y esto se evidencia con el aumento en las coberturas de atención anual. La cobertura global de personas mayores de 65 años residentes en el país, en el año 2004, fue de 87,3%; en el 2005, 84,3% y, en el 2006, se atendió, en el nivel institucional, un 90,84% de la población adulta mayor del país. No obstante, al evaluar

el cumplimiento de los criterios establecidos en el Programa de Atención integral, estos reflejan que las coberturas totales de atención integral en el Programa del Adulto mayor han pasado de 59,51%, en el año 2004, a 61,52% en el 2006, cifras inferiores a lo esperado. Dicho de otra forma, solamente cerca del 61% reciben atención integral (gráfico 7.1).

El menor cumplimiento de los criterios de atención se da en la región Huetar Atlántica

Los resultados por región muestran que, en los años 2004 y 2005, las coberturas más altas las alcanzaron las Áreas de Salud de las regiones Pacífico Central, Chorotega, Central Sur y Huetar Atlántica. La cobertura más baja en estos años se dio en la Región Huetar Norte. En la evaluación de 2006, las mejores coberturas totales y con cumplimiento de criterios se dieron en la Región Brunca, la cual, en los años anteriores, mostró menores coberturas.

En el 2006, las regiones con mayor brecha entre la cobertura total y la cobertura con cumplimiento de criterios fueron la Huetar Atlántica y las áreas de la Región Chorotega, mientras que la que tiene menor brecha es la Región Central Sur (gráfico 7.2).

Se incluye la compra externa que representa los servicios no administrados por la CCSS, donde la cobertura con cumplimiento de todos los criterios de calidad es también cercana al 60%.

En cuanto al cumplimiento individual de los criterios establecidos en las normas de atención para este Programa, los resultados muestran cumplimientos altos, todos superiores al 94%, excepto en el caso del plan de seguimiento en el que el cumplimiento es de 91%.

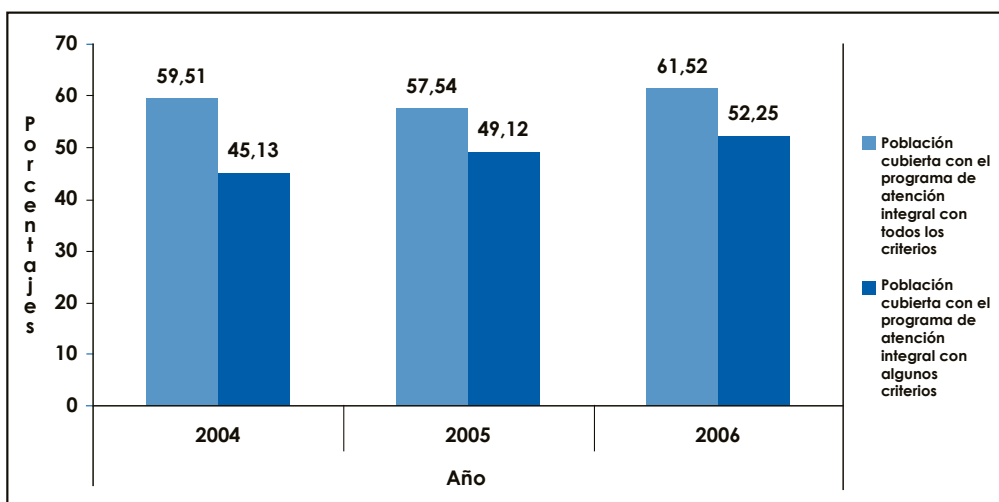
Al analizar el cumplimiento de los criterios de atención, en el nivel regional se tiene que la región con más problemas es la Huetar Atlántica en lo que se refiere a exámenes de laboratorio y plan de seguimiento. Para este último criterio, también en la Región Chorotega se evidencia un cumplimiento menor al 90% (cuadro 7.8).

¿Cómo es la utilización de los servicios de consulta externa por parte de las personas adultas mayores, según la CCSS?

Las principales causas de consulta externa son hipertensión arterial y diabetes

En la última *Encuesta de causas de consulta*, a cargo del Departamento de Estadística de la Salud

Gráfico 7.1: Cobertura de atención integral a la población adulta mayor realizada por la CCSS (2004-2006)



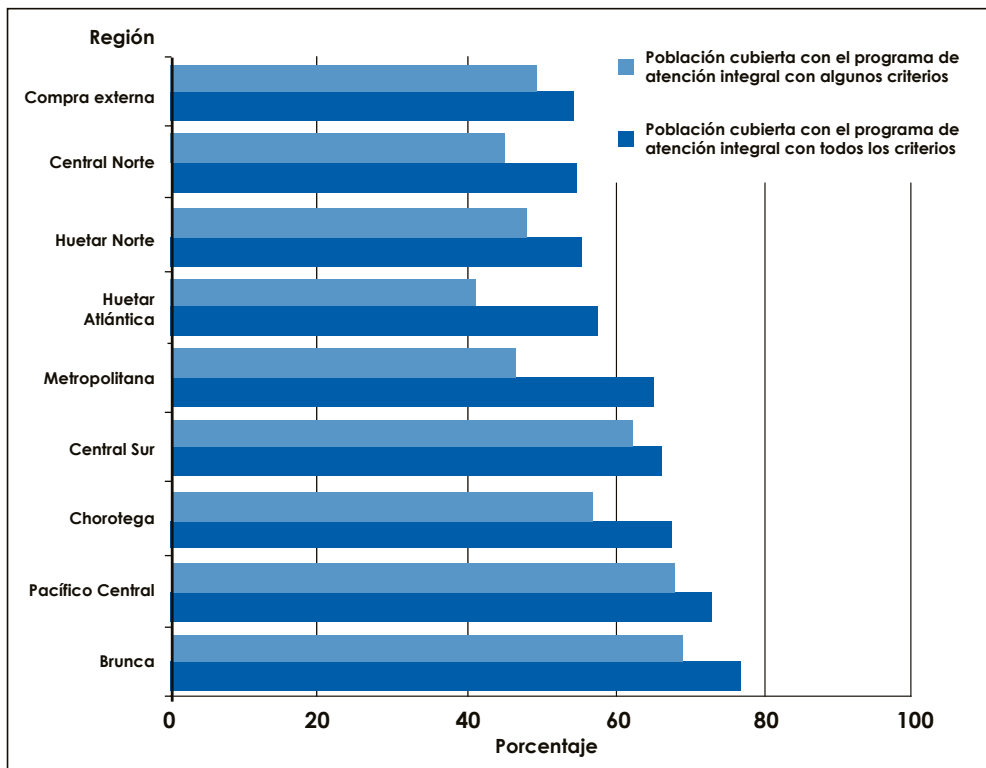
Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. *Evaluación Compromiso de gestión, 2004-2006.*

de la CCSS, en el año 2002, se registró que para ese año, se dieron 9 446 828 consultas en la CCSS, de las cuales un 12,39% correspondió a personas mayores de 65 años de edad. Este porcentaje ha aumentado en el tiempo: en 1987, la consulta de personas mayores de 65 años fue de 8,86%, en 1992 fue de 9,83% y, en 1997, el dato fue 11,4%.

En esta encuesta, se registra que consultan más las mujeres que los hombres. Un 58,3% del total de las consultas de las personas adultas mayores, en el 2002, correspondió a mujeres.

En el grupo de personas mayores de 65 años quienes acuden a consulta en los centros de atención de la CCSS, el 33% tiene edades entre 65 y 69 años,

Gráfico 7.2: Cobertura de atención integral a la población adulta mayor por región (2006)



Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Evaluación Compromiso de gestión, 2004-2006.

Cuadro 7.8: Cumplimiento de los criterios de atención integral de la norma del Programa del Adulto Mayor de la CCSS, según región (2006)

Región	Valoración				HB/HTO	Glicemia	Orina	Plan de seguimiento
	Auditiva	Visual	IMC	Riesgo				
Número	3775	3776	3718	3782	3745	3748	3739	2411
Brunca	95,9	97,9	96,3	98,5	99,5	98,5	98,5	94,7
Huetar Norte	93,4	92,7	95,8	98,6	99,3	98,9	99,3	97,5
Central Norte	94,0	94,3	94,0	95,9	94,6	95,2	96,1	91,7
Pacífico Central	95,7	96,2	97,7	98,7	98,5	97,9	97,9	98,3
Central Sur	92,9	93,4	97,1	94,3	96,8	97,5	97,9	90,3
Chorotega	95,9	96,1	96,2	92,8	97,5	97,1	96,5	87,9
Huetar Atlántica	91,2	93,1	96,9	93,9	84,4	85,4	84,3	81,4
Total	94	94,5	96	95,6	96	96,2	96,4	91,2

HB= hemoglobina, HTO= hematocrito, IMC= índice de masa corporal

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de gestión, 2006.

un 28,4 %, entre 70 y 74 años, un 19,8% entre 75 y 79 años, un 11% entre 80 y 84 años y el resto son mayores de 85 años.

Entre las principales causas de consulta de la población adulta mayor se encuentra, en primer lugar, la hipertensión arterial con un 15% de las consultas. Le siguen, en orden de importancia, la *diabetes mellitus* con un 10,5% y como tercera causa de consulta se tiene el control sin hallazgo metabólico (10,5%). El resto son consultas por causas menos frecuentes como artropatías, cataratas, dorsolumbopatías y gastritis, entre otras.

Por separado se registraron las consultas por agresión; en general, para el año 2002 se dieron un total de 54.814 consultas por agresión, de las cuales un 5,94% corresponde a personas mayores de 65 años y el 4,48% son mujeres. Tanto en los hombres como en las mujeres, las consultas con agresión se dan en mayor proporción por abandono o por negligencia.

La mitad de la consulta externa se atiende en los EBAIS

Según el centro de atención se observa que, en el primer nivel, se atiende el 48,4% de consultas de la población adulta mayor mientras que, en los hospitales nacionales, las consultas de este grupo abarcan un 20,6% y, en tercer lugar, se encuentran las clínicas con 16,8%. Tanto los hospitales regionales como los periféricos presentan porcentajes de consulta que no alcanzan el 8% para este grupo poblacional. De este porcentaje de personas adultas mayores que son atendidos en la consulta, un 62% es asegurado directo, seguido por seguro familiar con un 31%, y solamente un 18% es asegurado por el Estado.

La utilización de servicios de hospitalización difiere según el hospital

Los egresos hospitalarios de las personas mayores representan un 13,5% del total nacional. En el año 2006, los 29 hospitales de la CCSS produjeron 326.582 egresos, de los cuales

un 13,5% fueron egresos de personas mayores de 65 años.

Los resultados sobre la utilización de los servicios de hospitalización, por la población adulta mayor, se presenta por separado para el hospital geriátrico, los hospitales psiquiátricos y el resto de los hospitales, ya que los dos primeros son hospitales especializados y su comportamiento en cuanto a producción y días de estancia hospitalaria es muy diferente al resto de los hospitales de la CCSS.

Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes

Más de la mitad de las personas adultas mayores que egresan son mujeres mayores de 80 años

La CCSS cuenta con un hospital geriátrico especializado que dispone de 140 camas de hospitalización. En el año 2006, el 5,7% de los egresos de la CCSS correspondió a ese hospital, de los que un 16% egresó del servicio de oftalmología y el resto, de geriatría.

El 56% de quienes egresaron de este hospital en el año 2006, tenía más de 80 años y la mayoría era mujeres (55%) y un 15,2% egresó en condición de fallecido.

La estancia promedio para los egresos de geriatría, en ese año, fue de 20,55 días con una desviación estándar de 17,55 días y una mediana de 16 días. Los diagnósticos de egreso son muy variados. Los diez primeros diagnósticos agrupan el 37,5% de los casos y son: bronquitis no especificada (7,8%), trastornos del sistema urinario no especificado (6,9%), bronconeumonía no especificada (6,0%), accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico (4,3%), enfermedad isquémica crónica del corazón no especificada (2,6%), síndrome de inmovilidad (2,1%), diarrea y gastroenteritis (1,9%), enfermedad aterosclerótica del corazón (1,9%), insuficiencia cerebrovascular aguda (1,9%) y úlcera de decúbito (1,9%).

Los egresos hospitalarios de las personas mayores representan un 13,5% del total nacional.

Un 17,2% de los egresos de ese hospital fue sometido a una cirugía, de las cuales el 94% fue ambulatoria. Asimismo, de quienes permanecieron en el hospital, la estancia promedio fue de tres días. El 81,3% de los diagnósticos de egreso para este grupo fue catarata no especificada, un 2,5% fue

pterigión y el resto es muy variado y agrupa menos del 10%. Entre los procedimientos quirúrgicos se tiene que al 78,7% se les realizó una facoemulsificación y aspiración de catarata, al 3,7% se le realizó una gastrotomía percutánea endoscópica y al 2,3% una extracción extracapsular del cristalino.

Recuadro 7.1: El registro médico preciso es indispensable para la atención integral de la salud de la persona adulta mayor: experiencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes

Los registros médicos son una herramienta útil para mostrar la complejidad de la atención que se brinda en salud a las personas adultas mayores pero, dada la forma en que se registran actualmente, su interpretación requiere especial atención, inclusive en centros especializados.

El Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes es un centro nacional de referencia para la atención del grupo de personas adultas mayores. En coordinación con la Universidad de Costa Rica, tiene la labor de formar médicos especialistas en geriatría. Dicho centro ha logrado la construcción de un tabulado del diagnóstico principal de egreso de la población adulta mayor atendida durante el año 2007. Se basa en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); esta muestra el diagnóstico principal, el cual es solamente el primer diagnóstico registrado al egreso hospitalario de la persona adulta mayor (tabla 7.1).

Tabla 7.1: Clasificación agrupada del diagnóstico principal de egreso hospitalario, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (2007)

Grupo del diagnóstico principal de egreso	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades del sistema circulatorio	637	24
Enfermedades del sistema respiratorio	469	18
Enfermedades del ojo y sus anexos	441	17
Enfermedades del sistema genitourinario	182	7
Enfermedades del sistema digestivo	159	6
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	109	4
Enfermedades del sistema muscular y del tejido conjuntivo	96	4
Tumores y neoplasia	94	4
Enfermedades del sistema nervioso	91	3
Otras	378	14
Total	2656	100

Fuente: Sistema de Registros Médicos, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.

Considerando esta clasificación, las causas registradas son similares a las autorreportadas por las personas adultas mayores como causa de consulta o morbilidad. En esta figuran, en el primer puesto, las enfermedades del sistema circulatorio dentro de las que se incluye la hipertensión arterial. No obstante, al considerar los otros diagnósticos, la evidencia cambia.

Cada egreso hospitalario cuenta con espacio para registrar seis diagnósticos y es usual encontrar, al menos, cuatro para cada persona egresada. Este detalle causa una gran cantidad de información sea imposible de documentar si se utiliza solo el diagnóstico registrado como principal.

En la tabla 7.2 se muestran todos los diagnósticos registrados al final del internamiento de los y las pacientes del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, independientemente de su orden de anotación.

Tabla 7.2: Frecuencia del registro completo de diagnósticos de egreso hospitalario, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (2007)

Diagnóstico	Registros	Porcentaje
Hipertensión arterial	693	7
Diabetes mellitus	550	5
Síndrome de inmovilización	476	5
Infección de las vías urinarias	428	4
Cataratas	394	4
Desnutrición	336	3
Cardiopatía	284	3
Neumonía	284	3
Infecciones no especificadas	234	2
Enfermedad vascular cerebral	201	2
Otras	6.513	63
Total	10.393	100

Fuente: Sistema de Registros Médicos, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.

Este método es válido siempre que una persona adulta mayor presente tanto el primero como el sexto de los diagnósticos registrados. Aunque enfermedades de alta prevalencia siguen ocupando los primeros lugares, se logra demostrar la aparición de nuevas entidades de gran utilidad en la atención de esta población, entre ellas la inmovilidad, las infecciones, la desnutrición y la enfermedad vascular cerebral. Es decir, empezamos a ver diversos diagnósticos específicos de pacientes considerados/as como "geriátricos/as", o sea, personas adultas mayores con múltiples diagnósticos activos, quienes podrían presentar, además, problemas cognitivos y sociales, entre otros.

Adicionalmente al análisis anterior, se registrarán los diagnósticos agrupando los que se consideran "del mismo origen"; por ejemplo, un registrador puede digitar hemiplejía (G819), accidente vascular cerebral isquémico (I678) e infarto cerebral (I631) con códigos diferentes. No obstante, esta información debería haber sido registrada como una misma entidad conocida; en este caso, como accidente vascular cerebral.

Si se tabulan los primeros 50 diagnósticos por orden de frecuencia y se agrupan con sus "sinónimos" se logra una mejor aproximación al perfil de atención de este centro de salud (Tabla 7.3).

Al comparar este último tabulado con los anteriores, se logra evidenciar la complejidad intrínseca del sistema de registros de diagnósticos médicos. Ante lo vasto de la terminología médica, se presentan variaciones dentro de este sistema que no guardan relación con un evento de enfermedad en el caso de cada individuo y, por tanto, dificultan la interpretación.

Con este dato como guía, comprendemos que existen enfermedades crónicas de alta prevalencia como la diabetes y la hipertensión en esta población, pero su repercusión se podría ver maximizada al utilizar los registros médicos de forma parcial, por ejemplo, haciendo uso solamente del diagnóstico principal.

Tabla 7.3: Frecuencia del registro completo de diagnósticos de egreso hospitalario, modificado según mismo origen, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (2007)

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades infecciosas	1.617	16
Enfermedad vascular cerebral	881	8
Enfermedades cardíacas	722	7
Hipertensión arterial	693	7
Trastornos de la movilidad (Inmovilidad)	635	6
Diabetes mellitus	550	5
Demencia	513	5
Cataratas	394	4
Desnutrición	388	4
Enfermedad gastrointestinal	204	2
Tumores malignos	161	2
Anemia	157	2
Trastorno de la marcha	145	1
Hipotiroidismo	133	1
Depresión	133	1
Insuficiencia renal	96	1
Síndrome de maltrato, negligencia y abandono	80	1
Enfermedad de Parkinson	71	1
Hiperplasia de la próstata	61	1
Delirio	60	1
Otros	2.699	26
Total	10.393	100

Fuente: Sistema de Registros Médicos, Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.

Se evidencian, en la tabla 7.3, otras entidades que, en cuanto al sistema de salud, gastos de atención y morbilidad, interaccionan de forma compleja en cada individuo y le hacen más susceptible a la pérdida de su funcionalidad y su independencia.

La atención en salud de este grupo poblacional específico debe ser diseñada, entonces, para comprender de forma integral enfermedades en múltiples niveles de asociación. Esta asociación de enfermedades es, en gran parte, responsable de la mayor dificultad terapéutica planteada por la población adulta mayor, inclusive en el caso de los procesos infecciosos.

Se plantea, entonces, la necesidad de comprender y de tratar tanto las enfermedades más prevalentes, como las complicaciones crónicas e interacciones con el entorno.

Hospitales psiquiátricos

La CCSS cuenta con dos hospitales psiquiátricos, de los cuales, en el año 2006, egresaron 355 personas adultas mayores, 333 en el Hospital Nacional Psiquiátrico y 22 en el hospital Chacón Paut. En el Hospital Nacional Psiquiátrico dos de las personas adultas mayores que egresaron tenían más de 20 años de estar en el centro; de estas una egresó fallecida; asimismo, siete personas adultas mayores que egresaron tenían más de tres años de estar en este hospital (tres egresaron fallecidas). El resto de los egresos tenían, en promedio, 39 días de estar internadas en este centro.

En el hospital Chacón Paut, dos pacientes que egresaron tenían más de dos años de estar internados y el resto tenía, en promedio, 64 días de estancia en este hospital.

Resto de los hospitales

El 67,3% de los egresos hospitalarios de personas adultas mayores es atendido en hospitales nacionales o regionales. Un 12,3% egresó del hospital San Juan de Dios, un 12,3% del hospital México y un 11,3% del hospital Calderón Guardia. Los regionales, hospital Max Peralta, hospital Monseñor Sanabria y hospital San Rafael de Alajuela cada uno tuvo un 6% de los egresos de esta población.

Solamente el 29,3% del grupo de personas adultas mayores que egresó en estos hospitales son mayores de 80 años, un 49,6% son mujeres y un 8,1% egresó en condición de fallecida. La estancia promedio en estos hospitales es de ocho días, con una desviación estándar de 11,46 días y una mediana de cinco días. Se debe destacar que, en el hospital San Juan de Dios, el promedio de estancia fue de 12,47 días, con una desviación estándar de 21,49 días y una mediana de ocho días.

Los 10 primeros diagnósticos de egreso que agrupan el 35,3% son: hiperplasia de la próstata (6,6%), fractura del cuello de fémur (5,4%), cálculo de la vesícula

biliar sin colecistitis (4,7%), hernia inguinal unilateral (4,4%), fractura peritrocantérica (4,4%), tumor maligno de la próstata (2,7%), catarata no especificada (2,1%), diabetes mellitus no insulino dependiente (2,2%), gonartrosis no especificada (1,6%) y tumor maligno de mama (1,9%).

Un 42,8% (17.667) de los egresos de personas adultas mayores en estos hospitales fue sometido a una cirugía, de las cuales el 35,1% fue ambulatoria. Asimismo, de quienes permanecieron en el hospital, la estancia promedio fue de diez días y el procedimiento realizado consistió en prostactomía transuretral (6,7%), reducción abierta de fractura con fijación interna (6,1%), colecistectomía (4,9%), colecistectomía laparoscópica (3,4%), reparación unilateral de hernia inguinal (3%) y reducción cerrada de fractura con fijación interna (2,3%). El resto es muy variado y cada procedimiento se ejecutó en menos de un 2%.

Para el servicio de cirugía ambulatoria, el 56,2% de los diagnósticos de egreso fue catarata no especificada, seguida por pterigión (4,3%) y hernia inguinal no especificada (2,3%). El resto fue muy variado y cada diagnóstico se presenta en menos de un 2% de los casos.

De los que no fueron sometidos a una intervención quirúrgica, su principal diagnóstico de egreso fue bronquitis no especificada (5,4%), trastornos del sistema urinario no especificado (3,2%), bronconeumonía no especificada (3,1%), enfermedad cardíaca hipertensiva (2,3%), enfermedad isquémica crónica del corazón no especificada (2,2%), enfermedad arteriosclerótica del corazón (2,2%), angina de pecho (2,1%); el resto de los diagnósticos agrupa, cada uno, menos del 2% de los casos.

Control de las enfermedades crónicas en la persona adulta mayor atendida en la CCSS

Hipertensión arterial

En general, las personas hipertensas, con edades mayores a 65 años, están menos controladas que el resto de la

El 67,3% de los egresos hospitalarios de personas adultas mayores es atendido en hospitales nacionales o regionales.

población hipertensa usuaria de los servicios de salud de la CCSS. Considerando los datos de prevalencia de hipertensión arterial del proyecto CRELES, únicos de carácter nacional y representativo, la hipertensión arterial se presenta como el problema de salud más prevalente en este grupo de población. La CCSS no ha definido la prevalencia actual de hipertensión en la población general y, por tanto, tampoco en la población adulta mayor.

Según *Compromiso de gestión 2006-2007*, de todas las personas con hipertensión que accedan a los servicios de salud de la CCSS, al menos el 80% debe ser atendida con el cumplimiento de los criterios que establecen las *Normas de atención integral*, a saber, clasificación de riesgo, toma de presión arterial, valoración e interpretación del IMC, electrocardiograma y realización de pruebas de laboratorio.

Entre los criterios valorados, la clasificación de riesgo permite identificar otros factores presentes que le pueden ocasionar complicaciones a su enfermedad. Estos factores modifican, de manera independiente, el riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular y su presencia o ausencia se determina durante la evaluación de rutina de pacientes hipertensos/as. Con base en estos factores, se categoriza la persona hipertensa según el riesgo:

- A- no tiene factores de riesgo.
- B- tiene al menos un factor de riesgo.
- C- cuando tiene daño a órgano blanco o enfermedad cardiovascular.

Los resultados de la evaluación evidencian que, en el primer nivel de atención, de los 3.805 expedientes revisados, el 37,5% corresponde a personas mayores de 65 años. En el segundo nivel de atención, de los 460 expedientes revisados, el 49,1% se refiere a personas mayores de 65 años.

Para este grupo de población, los resultados de la evaluación del *Compromiso de Gestión* muestran que la clasificación de riesgo, tanto en el primer nivel como en el segundo, se cumplió

en un 100%. De esta forma, el grupo de personas hipertensas mayores de 65 años resultó con mayor grado de riesgo C que el resto de las personas hipertensas; asimismo, quienes accedan al II nivel de atención tienen mayor riesgo, lo cual es de esperar pues se refiere a este nivel de atención toda persona que no puede ser atendida en el primer nivel debido a las complicaciones de su patología, por lo que requiere la atención de un especialista (cuadro 7.9).

En cuanto a los otros criterios evaluados en el primer nivel de atención, todos superan el 90% de cumplimiento, excepto la indicación del electrocardiograma (EKG), lo cual podría ser producto de la falta de recurso material o humano por parte de las Áreas de Salud para hacerlo posible (cuadro 7.9).

En el segundo nivel de atención, el cumplimiento de los otros criterios, la indicación de pruebas de laboratorio y gabinete superan el 95% en el grupo de personas adultas mayores (cuadro 7.10).

Adicional al cumplimiento de criterios señalados, se analizaron las cifras de la última toma de presión arterial del año que se anotó en el expediente médico. Estos datos se compararon con los estándares de normalidad

Cuadro 7.9: Cumplimiento de criterios de atención a la persona adulta mayor con hipertensión arterial en el I nivel de atención de la CCSS, según región (2006) (Porcentajes)

Criterio	Grupo de edad		Total
	20-64	65 y más	
N	2.375	1.430	3.805
Clasificación de riesgo	100,0	100,0	100,0
Fondo de ojo	91,9	93,0	92,1
Electrocardiograma (EKG)	89,6	85,3	88,7
Glicemia	93,1	93,5	93,4
Perfil lipídico	93,2	93,6	93,5
Orina	93,4	94,1	93,8
Creatinina	92,8	92,6	93,0

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. *Evaluación Compromisos de Gestión, 2006.*

En general, las personas hipertensas, con edades mayores a 65 años, están menos controladas que el resto de la población hipertensa usuaria de los servicios de salud de la CCSS.

Cuadro 7.10: Cumplimiento de criterios de atención a la persona adulta mayor con hipertensión arterial en el II nivel de atención de la CCSS, según región (2006) (Porcentajes)

Criterio	Grupo de edad		Total
	20-64	65 y más	
N	234	226	460
Clasificación de riesgo	100	100	100
Orina	97,3	98,2	93,7
Electrocardiograma (EKG)	90,9	94,9	92,9
Perfil lipídico	97,6	97,7	97
Creatinina	96,0	96,8	96
Glicemia en ayunas	97,7	97,7	97,7

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de Gestión, 2006.

establecidos en las *Guías institucionales de la CCSS (CCSS, 2002)*, con el fin de valorar el grado de control de las personas que padecen hipertensión y que son atendidas en la CCSS. Los estándares señalan como valores normales, para la presión arterial, los siguientes:

- Valores inferiores a 140/90 mmHg en pacientes sin patología de fondo.
- Valores inferiores a 130/85 mmHg en pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia cardíaca.
- Valores inferiores a 130/80 mmHg en pacientes diabéticos.

Teniendo como base los datos de 4.171 expedientes (97% de la muestra para I y II nivel), de los cuales 1.616 pertenecían a personas mayores de 65 años (39%), los resultados evidencian que las personas hipertensas con edades mayores a 65 años, en general, están menos controladas que el resto de la población hipertensa usuaria de los servicios de salud de la CCSS. El 41,2% de las personas hipertensas mayores de 65 años tiene sus presiones arteriales dentro de los rangos normales, comparada con un 52,2% de quienes padecen de hipertensión y son menores de 65 años.

Las personas con diabetes mellitus, mayores de 65 años, están mejor controlados que el grupo de las personas menores de 65 años.

En el nivel regional, en el primer nivel de atención, la Región Huetar Norte resultó con el mayor porcentaje de personas adultas mayores, quienes tienen cifras de presión arterial normales; mientras, la región Brunca obtuvo el menor porcentaje. En el segundo nivel, el comportamiento es similar, siendo las personas adultas mayores quienes muestran menor control de la hipertensión arterial.

Control de la diabetes mellitus

Las personas con diabetes mellitus, mayores de 65 años, están mejor controladas que el grupo de las personas menores de 65 años. Los resultados del proyecto CRELES muestran que, en Costa Rica, un 20,8% de la población adulta mayor es diabética y, además, esta enfermedad es más prevalente entre las mujeres (23,3%) que entre los hombres (17,9%).

Para conocer el control glicémico de la persona diabética, se ha demostrado que la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es la mejor prueba disponible, ya que proporciona un panorama promedio de la glicemia para los últimos dos o tres meses. Esta prueba permite intensificar oportunamente el control de la *diabetes mellitus*, así como estratificar pacientes en categorías de riesgo para desarrollar complicaciones cardiovasculares, identificando los casos que requieran atención especial" (CCSS, 2006).

Según el proyecto CRELES, del grupo de adultos mayores con diez años o menos de padecer la enfermedad, un 73,6% tiene HbA1c \leq 7 comparado con un 44,7% en el grupo que tiene más de diez años con la enfermedad. Esto indica que las personas adultas mayores con menos tiempo de padecer diabetes presentan mejor control.

Al relacionar el grado de control con el uso de medicamentos, un 60% de quienes utilizan medicamentos, pastillas o insulina, están bajo control. Si se observa el grado de control según el sexo de la persona adulta mayor, se logran resultados muy similares: un 61% de los hombres y un 63% de las

mujeres con *diabetes mellitus* tienen HbA1c iguales o menores a 7. Además, la población adulta mayor con *diabetes mellitus* que señaló también ser hipertensa, un 63% tiene HbA1c ≤ 7 .

Para el año 2006, en la evaluación del *Compromiso de gestión* se revisaron en el primer nivel de atención, 3.156 expedientes de personas con *diabetes mellitus*, de los cuales 1.759 (55,7%) corresponden a personas mayores de 65 años. En el segundo nivel de atención, se revisaron 473 expedientes de los cuales un 63% corresponde a personas mayores de 65 años.

Los resultados de la evaluación 2006 muestran que el grupo de personas mayores de 65 años con *diabetes mellitus*, está mejor controlado que el grupo de los menores de 65 años. Un 54% de los expedientes que corresponde a personas adultas mayores tiene niveles de hemoglobina glicosilada menor a 7, comparado con un 45% de los expedientes correspondientes al grupo de personas menores de 65 años.

En el segundo nivel, se observa el mismo comportamiento: alrededor del 48% de las personas adultas mayores tiene niveles de hemoglobina glicosilada menor o igual a 7 comparado con un 34% del grupo con edades menores de 65 años.

Además, se tiene que los y las pacientes del primer nivel presentan niveles de hemoglobina glicosilada dentro de límites normales, en mayor cantidad que las personas del segundo nivel, lo que es esperable dada la condición más complicada de su patología que, a su vez, justifica su atención en el segundo nivel.

Al comparar los resultados por sexo, se determina que el grado de control entre los hombres y las mujeres mayores de 65 años es muy similar. En el ámbito nacional, de la muestra revisada, alrededor del 39%, tanto los hombres como las mujeres, tiene sus hemoglobinas glicosiladas dentro de los rangos de normalidad.

Anexos

Anexo 1: Definiciones relacionadas con el capítulo "Uso y acceso a los servicios de salud"

1. Cobertura total: indicador utilizado en el *Compromiso de gestión* para medir el acceso de la población a los servicios de salud. Matemáticamente, se define como el cociente entre las consultas de primera vez y la población meta del programa. Para el *Programa del Adulto mayor*, su fórmula de cálculo es:

$$\text{Donde: } CT = \left(\frac{A}{B} \right)$$

CT= Cobertura total.

A= Total de personas de 65 años y más atendidas por primera vez durante el año.

B= Total de personas de 65 años y más de la pirámide poblacional del área de salud.

2. Cobertura con cumplimiento de criterios: es el producto resultante de multiplicar la cobertura total por IC.

$$\text{Donde: } CT = CT * IC$$

CT= Cobertura con cumplimiento de criterios.

CT= Cobertura total.

IC= Índice de cumplimiento de criterios. Se define como la proporción de expedientes revisados que cumplen con todos los criterios de las Normas de atención integral.

3. Criterios de cumplimiento en el Programa de Atención a las personas con hipertensión arterial:
 - Toma de presión arterial: se evalúa que esté el registro de la presión sistólica y diastólica en cada consulta.
 - Clasificación de riesgo: se refiere a la clasificación de riesgo cardiovascular el cual está determinado no solo por el nivel de la presión arterial sino, también, por la presencia o la ausencia de daño a órgano blanco, o de otros factores de riesgo tales como fumar, dislipidemia o diabetes mellitus, entre otros.
 - Valoración e interpretación del estado nutricional: clasificación según el índice de masa corporal.
 - Electrocardiograma: indicación y valoración del ECG o la valoración de este si ya fue solicitado por otro médico en el año.
 - Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio: examen general de orina, creatinina plasmática, glicemia en ayunas y perfil de lípidos (colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos).

4. Consulta externa: es el servicio donde ocurre la atención de salud proporcionada por un profesional calificado a una persona no hospitalizada (Moya, 2000: 129).
5. Compromiso de gestión: es el instrumento legal y técnico que establece un convenio entre "Comprador" y "Proveedor", en el que se definen los objetivos y las metas de salud por alcanzar con criterios de calidad y oportunidad, y asigna los recursos financieros en función de las necesidades de salud de la población para el período correspondiente (Documento Compromiso de gestión, artículo tercero).
6. Consulta de primera vez en el año: es la que hace el/la paciente por primera vez en el año de estudio. El total de consultas de primera vez da el número de personas o de pacientes que consultó en el año (Moya, 2000: 112).
7. Concentración de consultas: este indicador se refiere al número de veces que acuden los y las pacientes a consulta durante el año; matemáticamente, es el cociente entre las consultas subsecuentes y las consultas de primera vez.
8. EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud): se refiere al equipo integrado por un médico, una enfermera, un técnico en farmacia, un técnico de atención primaria (ATAP) y un asistente de registros médicos quienes laboran en un centro de atención de primer nivel.
9. Egreso hospitalario: es el retiro de un o una paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser por alta o por defunción (Moya, 2000:92).
10. Equipo de apoyo: se refiere a las disciplinas que forman el Área de Salud para una atención integral de la salud como, por ejemplo, Psicología, Trabajo Social, Odontología, etc.

Anexo 2: Fuentes de datos

Para el desarrollo de este apartado se utilizaron las siguientes fuentes de datos:

1. Proyecto CRELES Costa Rica. Encuesta de longevidad y envejecimiento saludable. Este es un estudio longitudinal en ejecución basado en una muestra representativa del país de 3.000 personas mayores de 60 años y residentes en Costa Rica en el año 2000. Los resultados utilizados son, en su mayoría, los correspondientes a 1.999 personas mayores de 65 años residentes en el país. CRELES contiene una batería de preguntas específicas para medir el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de la población adulta mayor. Se pregunta sobre frecuencia de consultas en los últimos tres meses, tiempo transcurrido desde la última consulta, lugar de la última consulta, personal que lo atendió, tiempo que tardó para trasladarse de la casa al centro de atención, tiempo de espera para la atención de la consulta. Asimismo, se pregunta por las hospitalizaciones en los últimos 12 meses, lugar de la hospitalización, días de internamiento, razón del internamiento, tiempo de espera para la cirugía.
2. Evaluación del Compromiso de gestión del año 2006. Esta es una etapa determinante del Compromiso de gestión y se aplica anualmente con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas por cada proveedor. En el primer nivel de atención, el aspecto más significativo en la evaluación del compromiso de gestión lo constituyen las coberturas de atención integral, las cuales permiten conocer el acceso de la población

a los centros de salud y la capacidad instalada de cada proveedor para dar el servicio. En los hospitales, es fundamental evaluar la producción de egresos y las consultas, así como algunos indicadores definidos para medir la calidad de la atención brindada a los usuarios del servicio.

La evaluación del Compromiso de gestión se ejecuta mediante la visita de un equipo evaluador a todas y cada una de las Áreas de Salud y hospitales de la CCSS: 134 proveedores de salud. Para esto, se desarrollan entradas de datos en los programas Excel y Access, útiles para verificar, indicador por indicador, las metas pactadas por cada proveedor. En las Áreas de Salud se evalúan las coberturas de atención en los diferentes Programas de Atención integral, a saber: niño, adolescente, mujer, adulto/a y persona adulta mayor. En cada programa, además, mediante un muestreo de expedientes se evalúa el cumplimiento de los criterios de atención que establecen las normas de atención para cada programa.

La selección de la muestra se hace con un procedimiento probabilístico mediante la aplicación de un muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional. En cada Área de Salud se seleccionan primero dos sectores aleatoriamente y, en cada sector, la muestra se distribuye en forma proporcional al total de consultas del Programa. La selección de los expedientes por programa en cada sector se hace utilizando un muestreo sistemático.

3. Encuesta nacional en salud en Costa Rica 2006 (ENSA-2006). Esta encuesta fue desarrollada por la Universidad de Costa Rica en el 2006, con el propósito de colaborar para mejorar la información en salud generada por los registros estadísticos y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

La cobertura de la encuesta es nacional. El diseño muestral utilizado fue un diseño probabilístico de áreas: bietápico con reemplazo donde la unidad última de selección fue la vivienda y la unidad de observación fueron todas las personas residentes habituales o permanentes de la vivienda seleccionada al momento de la entrevista.

El tamaño de la muestra fue de 2004 hogares y el nivel de confianza de 95%; el error estimado para el conjunto de la muestra fue de $\pm 2,19\%$.

La unidad de análisis es el hogar particular, entendiéndose por hogar a la persona sola o grupo de personas, con vínculos familiares o sin ellos, que residen habitualmente en una vivienda individual y atienden sus necesidades vitales sujetas a un presupuesto común.

Esta encuesta incluye una batería de preguntas acerca de la utilización de los servicios de salud y sus características, percepción y satisfacción con los servicios médicos, autopercepción sobre el estado de salud del entrevistado, frecuencia de consultas en el último mes, lugar de la última consulta, personal que lo atendió, tiempo de espera para la atención de la consulta y razón de la consulta. También se pregunta por las hospitalizaciones en los últimos 12 meses, lugar de la hospitalización, días de internamiento, razón del internamiento, tiempo de espera para la cirugía.

4. Encuesta nacional de ingresos y gastos 2004 (ENIG-2004). Es una encuesta de hogares desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, a partir de una muestra de 5 520 viviendas que albergan a 15.638 personas. La encuesta utiliza un muestreo probabilístico que permitió la inferencia al conjunto de hogares de Costa Rica en el año 2004. La muestra se seleccionó utilizando un procedimiento bietápico estratificado y replicado de áreas. La tasa de respuesta fue del 85%.

Esta encuesta incluye una batería de preguntas sobre salud; interroga sobre uso de servicios de salud en los últimos 12 meses, lugar de la consulta, número de consultas y, también, por las hospitalizaciones en los últimos 12 meses, lugar de la hospitalización y días de internamiento.

5. Encuesta de causas de consulta. La CCSS realiza cada cinco años una encuesta para recoger los datos básicos de las personas que acuden a la Consulta Externa de los servicios de salud que ofrecen sus Áreas de Salud y los hospitales. En este documento se usan los resultados de la última encuesta en el 2002 por el Departamento de Estadística de la CCSS (DES); su propósito es conocer las características de los usuarios de los servicios de consulta externa que son la fuente de información complementaria para describir mejor el estado de salud de la población. En ella participan todos los servicios de atención de salud a las personas de la CCSS.

La encuesta se llevó a cabo durante una semana tomando en cuenta todas y cada una de las personas que demandaron el servicio durante ese período; de manera que la programación de actividades por día de la semana se refleja correctamente en sus resultados, y se puede conocer su distribución por programa, sexo y edad; tanto para las áreas del primer nivel de atención, como para los hospitales. (<http://www.ccss.sa.cr/ger-med/dis/diess/diess.htm>, CCSS visitado en octubre 2006).

La recolección de los datos se llevó a cabo entre el 18 y el 24 de junio de 2002, ambos inclusive; en ella participaron todos los centros de atención de salud de la institución, desde los servicios de Consulta Externa formalmente constituidos en los hospitales, hasta las consultas que dan los médicos generales del primer nivel de atención. Se tomaron los datos de 165.450 personas que asistieron a la consulta durante ese período.

6. Egreso hospitalario. Este se refiere al registro continuo de los hospitales en cuanto a las hospitalizaciones y sus egresos. La boleta del egreso registra datos de la persona hospitalizada referentes a sus características personales, sexo, edad, estado civil y lugar de residencia.

Además, se registran los días de estancia hospitalaria, el servicio hospitalario, el diagnóstico de egreso y la condición de salida (fallecido o no).

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Chávez Pérez, Olga, León Solís, Miriam y Guzmán. (2008). Uso y accesibilidad de los servicios de salud. Dirección de Compras, Caja Costarricense del Seguro Social. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En los talleres sobre este tema participaron:

- Patricia Allen Flores (INCIENSA), Mayra Cartín B.(UCR), Olga Chaves Pérez (CCSS), Andrea Collado (UCR), Adrián Díaz (MEP), Roberto del Águila V.(OPS-OMS), Zaida Esquivel, Xinia Fernández (UCR), Giselle García (UCR), Erick Hess (MIVAH) Miriam León Solís (CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Karen Masís Fernández (UCR), Andrea Milla (MIVAH), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Marisol Rapso (PIAM-UCR), Arodys Robles (UCR), Melissa Rodríguez, Rodolfo Rojas (CONAPAM), Luis Bernardo Sáenz y Carolina Santamaría.

El recuadro 7.1: El registro médico preciso es indispensable para la atención integral de la salud de la persona adulta mayor: experiencia del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes, fue preparado por

- Alberto Cubero Mata y Fernando Morales Martínez

Se agradecen los comentarios de

- Alberto Cubero Mata y Vilma García.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Xinia Fernández y Gilbert Brenes.