



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO  
E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
(CENDEISSS)



Área de Planificación del Recurso Humano

**Necesidades de Especialistas en Geriatría y Gerontología para la Caja  
Costarricense de Seguro Social  
(Formación y Dotación)  
Proyección 2008-2025**



**MSc: Roubier Manuel Rojas Barahona**

**Julio, 2008**

## Tabla de Contenido

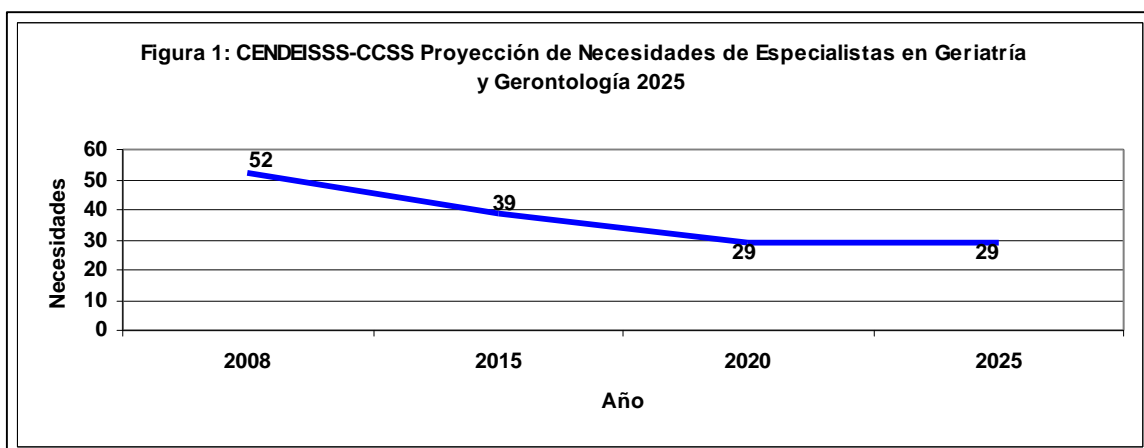
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Diseño de Investigación</b> .....	<b>5</b>
1.1 Antecedentes al Problema.....	5
1.2 El problema de investigación.....	5
1.3 Objetivo del estudio .....	5
1.3.1 General .....	5
1.3.2 Específicos .....	5
1.4 Enfoque de Investigación .....	6
1.5 Metodología de Investigación de Necesidades .....	6
1.6 Sujetos y fuentes de Información.....	7
1.7 Técnicas de Recolección de Información.....	8
1.8 Alcances del Estudio .....	8
1.9 Variables e indicadores .....	9
Cuadro 2: Variables de Investigación .....	10
<b>2. Marco conceptual</b> .....	<b>11</b>
2.1 Experiencia de la población Adulta Mayor en América Latina.....	11
2.2 Contextualización del Modelo de Atención en la CCSS .....	15
2.3 Demanda de los Servicios de Salud al 2025.....	18
2.4 Análisis Epidemiológico del Adulto Mayor CCSS. ....	22
2.4.1. Principales causas de Morbi-Mortalidad del Adulto Mayor reportadas CCSS.....	22
2.4.2 Egreso Hospitalario, Consulta Externa y Urgencias del Adulto Mayor .....	23
2.4.3. Principales causas de Referencia y Contrarreferencia .....	26
2.4.4 Listas de espera .....	26
<b>3 Resultados de la investigación</b> .....	<b>28</b>
3.1. Inventario de recurso humano .....	29
3.2 Necesidades de Médicos Especialistas según Plazas Vacantes.....	32
3.3 Necesidades de Médicos Especialistas según Jubilación .....	32
3.4 Necesidades de Médicos Especialistas según Ley 7935 .....	33
3.5 Necesidades de Especialistas según Compromisos de Gestión .....	35
3.6 Necesidades de Geriatras según variables epidemiológicas.....	37
3.6.1. Factores condicionales Red Hospital México .....	39
3.6.2. Factores condicionales Red San Juan de Dios .....	42
3.6.3. Factores condicionales Red Calderón Guardia .....	44
3.7 Total de Necesidades de Especialistas .....	45
3.8 Comparación de Estimaciones .....	46
<b>4 Conclusiones</b> .....	<b>47</b>
<b>5 Recomendaciones</b> .....	<b>49</b>
<b>6 Bibliografía</b> .....	<b>51</b>
<b>7 Anexos</b> .....	<b>54</b>

## Resumen Ejecutivo

El estudio de Necesidades de Especialistas en Geriátría y Gerontología, según su proyección al 2025, constituye un aporte en la intención de mejorar la atención de la población adulta mayor y para ello convergen un número de variables provenientes de oferta y demanda de los servicios brindados a los Ciudadanos de Oro.

Con la triangulación de las herramientas de análisis cuali-cuantitativos de información local, criterios de experto aportado en los diferentes Centros de Salud a través Red de Servicios de Salud, se presenta esta investigación. Las diferentes variables como; la jubilación de los especialistas, su ubicación actual, listas de espera, sistemas de referencia y contrarreferencia, además del perfil epidemiológico del adulto mayor caracterizado por las principales patologías, descritas en la morbi-mortalidad conducen a los requerimientos de necesidades de este recurso humano y su proyección.

La figura #1 muestra un resumen de las necesidades de Médicos Especialistas en Geriátría y Gerontología, descritas en proyección quinquenal al 2025. Se observa una tendencia al incremento de necesidades de formación y dotación de este recurso humano que corresponde a la proyección de la pirámide poblacional del país



Fuente: Elaboración propia. CCSS, 2008.

## Introducción

El Centro de Desarrollo Social e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) es el responsable a nivel institucional de la dotación de los profesionales en Ciencias Médica. Para el año 2002 el Área de Planificación de Recurso Humano del CENDEISSS confecciona un informe sobre las necesidades de personal médico y en Diciembre del 2006 se elabora un segundo informe de las "Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social" (Proyección 2006-2017). Ambos documentos abordan el tema de las especialidades médicas de manera general. Posteriormente surge la inquietud de efectuar un diagnóstico que determine la necesidad de formación y dotación de Médicos Especialistas en Geriátría y Gerontología con proyección al 2025. Este diagnóstico establece los requerimientos del recurso humano mediante la oferta y la demanda de servicios en la Población Adulta Mayor.

Para objetivizar la información de oferta de servicios, se efectúa una revisión exhaustiva con los expertos locales de cada Centro de Trabajo ubicados de la Red de Servicios a que pertenecen, la proyección de jubilación, el inventario del recurso humano actual, la normativa institucional y otras variables que combinadas, muestran la capacidad de cada Centro para satisfacer la oferta de servicios de salud. La demanda se establece con el sistema de referencia, contrarreferencia, listas de espera, y las causas generales de traslado de las patologías del adulto mayor, además, de la morbi-mortalidad lo que describe la situación epidemiológica de esta población. Estos elementos permiten triangular la información que junto con las autoridades locales, regionales, criterio de experto y otros ratifican los resultados del diagnóstico.

Adicionalmente se consultaron documentos que validan la información y construyen la conceptualización planteada, además, de la observación directa del investigador cuya finalidad es presentar los requerimientos reales de este recurso humano especializado en los diferentes Centros Médicos de la Caja Costarricense del Seguro Social.

# 1 Diseño de Investigación

## 1.1 Antecedentes al Problema

Surge la solicitud DG-080-2007 del 13 de enero de 2007 por parte del Dr. Fernando Morales Martínez, Director General del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología quien le solicita al Dr. Ignacio Salom Echeverría, Director Ejecutivo del CENDEISSS la elaboración de estudio que muestre la necesidad de Médicos Especialistas en Geriátría y Gerontología, proyectado al 2025. Por esta razón se inicia la investigación y el análisis correspondiente.

Dado que los diagnósticos de necesidades son escenarios se debe revisar de forma continua los datos y las circunstancias institucionales y nacionales vigentes, para comprobar su validez y eventualmente "actualizar" la dotación.

## 1.2 El problema de investigación

Se planteó la pregunta de investigación:

?? ¿Cuáles son las necesidades de formación y dotación de médicos especialistas en Geriátría y Gerontología que tiene la CCSS proyectado al año 2025?

La investigación puede ser estudiada por partes o "categorías" de análisis, para ello se realizó una triangulación de los datos, permitiendo que éstos sean coherentes.

## 1.3 Objetivo del estudio

### 1.3.1 General

?? Estimar las necesidades de formación y dotación de Médicos Especialistas en Geriátría y Gerontología proyectado al año 2025.

### 1.3.2 Específicos

?? Identificar en cada Centro de Trabajo, según Redes de Servicios, el inventario de recurso humano actual en esta especialidad.

?? Conocer las principales causas de referencia y contrarreferencia, relacionadas con la atención del adulto mayor, vinculadas con las necesidades de Médicos Especialistas en Geriátría y Gerontología.

?? Estimar según los estándares poblacionales nacionales e internacionales la demanda de Médicos Especialistas en Geriátría y Gerontología con proyección al año 2025.

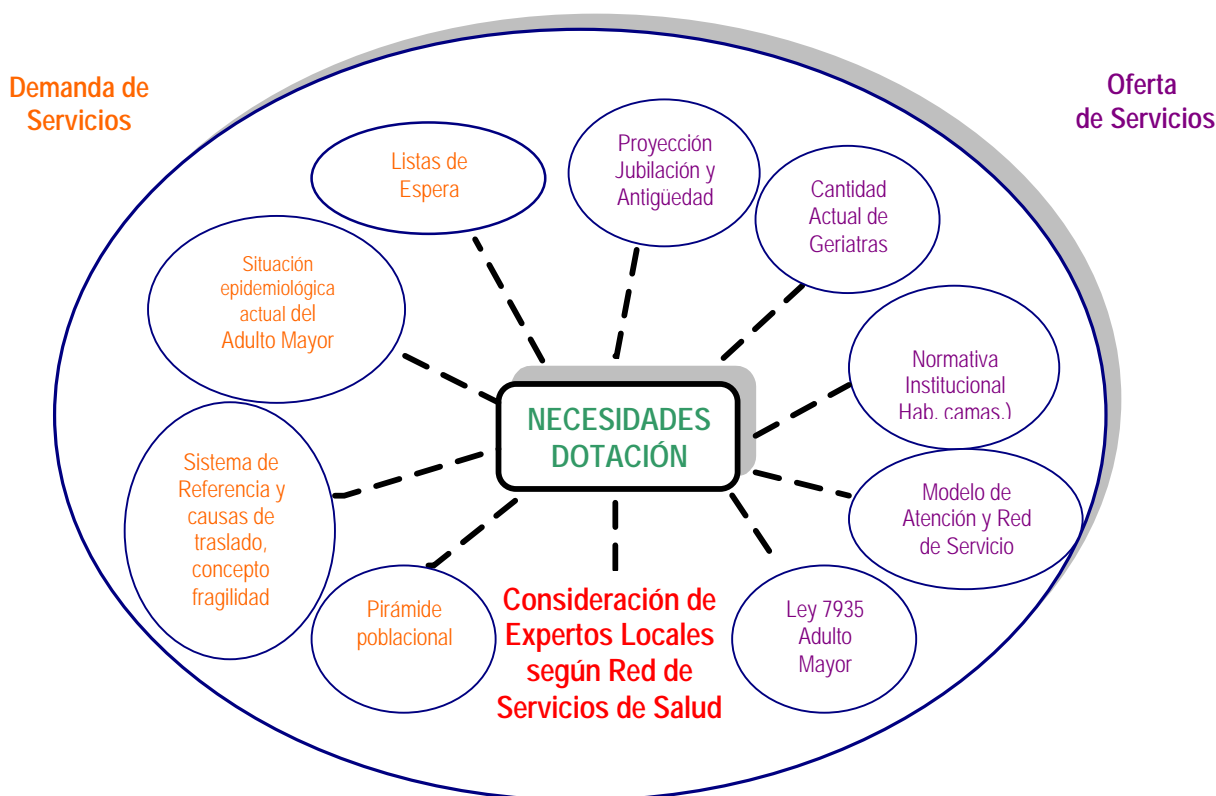
?? Describir las principales patologías de la población Geriátrica y su tendencia, como parte del perfil epidemiológico del adulto mayor, con el propósito de perfilar tendencias en la demanda Médicos Especialistas en Geriátría y Gerontología.

## 1.4 Enfoque de Investigación

El enfoque de esta investigación combina los instrumentos cuali-cuantitativa mediante la utilización de una entrevista estructurada previamente validada.

## 1.5 Metodología de Investigación de Necesidades

Se utilizaron variables de análisis que permitieron la estimación de los requerimientos de dotación de especialistas en Geriatría y Gerontología, además, consideró la experiencia adquirida por el Área de Planificación del CENDEISSS en este campo así como las observaciones que distintos profesionales han realizado para la investigación del problema de estudio. Este modelo puede verse en el esquema siguiente:



La oferta de servicios de dotación que permite conocer aspectos como: la posible fecha de jubilación, la distribución organizativa y el tipo de nombramiento de los funcionarios.

La Normativa Habilitación de Hospitales Ministerio de Salud establece un especialista en Geriatría por cada doce camas ocupadas por pacientes de esa disciplina, además, la Ley # 7935 que establece en el Art.14 inciso g):

*“Crear y fortalecer servicios de Geriatría en todos los hospitales generales públicos; así como, la atención de Geriatría en los Hospitales Regionales y las clínicas III y IV, con la Asesoría del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. Lo anterior, deberá realizarse en un plazo no mayor a 5 años (...)”<sup>1</sup>*

El Modelo de Atención en Salud determina el interés político y estratégico de la CCSS para la adecuada prestación de los servicios y cumplir con la misión y visión institucional.

El sistema de referencia y contrarreferencia depende de la capacidad resolutive de cada nivel de atención para atender la demanda de servicios de salud mediante la movilización de personas de un primer y segundo nivel, el cual depende de la limitación del personal local para atenderlo de las limitaciones en infraestructura. Este sistema provee información respecto al nivel resolutive local para la atención de los padecimientos de la población adulta mayor.

Las estadísticas de la CCSS es un documento de referencia de gran valor, al indicar anualmente las características poblacionales y epidemiológicas que forman parte de la Red de Servicios Institucionales, información que identifica las necesidades de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología.

El análisis de las denominadas “Listas de Espera” ofrece una perspectiva de aquellos servicios en los que existe mayor demanda y saturación de pacientes los cuales es necesario formar más personal en esta.

Finalmente, se debe destacar que la experiencia de las autoridades ofrece sensibilizar los datos y validar la información para la posible toma de decisiones.

## **1.6 Sujetos y fuentes de Información**

Los sujetos de información son los Directores Médicos de Centros de Salud, Jefaturas Intermedias y Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología del nivel Central y Unidades desconcentradas. Se revisaron fuentes de información de documentos nacionales e internacionales como el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) CELADE (Centro Latinoamericano Caribeño y Demografía) y CEPAL (La Comisión Económica para América Latina y el Caribe) e institucionales relacionados con el Diagnóstico Epidemiológico Local y Nacional, Políticas Institucional 2007-2012, Evaluaciones del Compromiso de Gestión, Estudios sobre Listas de Espera, Indicadores de Salud, Producción por Servicio, Especialistas Disponibles, Nombramientos de Médicos Especialistas, Una Caja Renovada hacia el 2025, referencias recibidas y demás datos relacionados con este ámbito.

---

<sup>1</sup> Gobierno Costa Rica. Ley #7935:Ley Integral para la persona Adulta Mayor y su Reglamento .2002.p.41.

## 1.7 Técnicas de Recolección de Información

Se utilizó la Entrevista Semiestructurada a las Autoridades Institucionales, para conocer las “inquietudes y preocupaciones” con el tema de la prestación de servicios al Adulto Mayor, y los requerimientos de personal para realizar un adecuado soporte. Se entrevistó a las Jefaturas de Servicio y analizó esta información con el Análisis de Contenido.

Para construir los datos de la situación actual de los profesionales en Geriatría y Gerontología se utilizó la Base de la Dirección de Recursos Humanos de la CCSS, solicitada a la sub.-área de Administración Salarial. También se hizo necesario aplicar esta técnica desde una perspectiva interpretativa de documentos institucionales de referencia, los indicadores sociodemográficos y epidemiológicos del país, Estadísticas de CCSS disponibles y demás documentos relacionados.

Posteriormente se convocó a expertos en el tema y validar la información obtenida se aplicó la Técnica del Taller de Validación. Lo anterior como medio para incorporar la perspectiva gerencial dentro de la información.

## 1.8 Alcances del Estudio

La información generada en la investigación permite la proyección al año 2025 de manera que, contribuya con la planificación y dotación de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología en la CCSS a través del CENDEISSS <sup>2</sup>.

La delimitación del problema de estudio, se esboza en el siguiente cuadro 1:

**Cuadro 1: Delimitación del Diseño de investigación**

<b>Delimitación</b>	<b>Aspecto</b>
Cronológico	La investigación será entregada en la Dirección del CENDEISSS antes del 30 de junio del 2008.
Geográfico.	Se consideró las necesidades de profesionales en Geriatría y Gerontología de los Hospitales y Áreas de Salud de la CCSS en todo el territorio nacional.
Profundidad	La investigación toma en cuenta los requerimientos de especialistas según el diseño de la oferta y la demanda y así integrar los datos presentados en el estudio.
Recursos	Se requirió la participación de un profesional a tiempo completo para el trabajo de investigación. Además, se facilitó todo el apoyo logístico requerido para el proceso de recolección y procesamiento de los datos.

Fuente: elaboración propia.

<sup>2</sup> Reglamento de capacitación y dotación de CCSS, Artículo 26, 2005.p.8.



## 1.9 Variables e indicadores

La Gerencia de Pensiones de la CCSS maneja el dato de la jubilación para los funcionarios con el propósito de contar con un parámetro y realizar las estimaciones en el corto, mediano y largo plazo. Para ello se toma la normativa que indica que los funcionarios de la CCSS se pueden jubilar con 62 años de edad y 35 años de laborar, aproximadamente. Con la finalidad de fortalecer la Red de Servicios de Salud es fundamental para la política de la institución de disminución de listas de espera en los Hospitales, los diferentes niveles de atención. Considerar las patologías más frecuentes de población Adulta Mayor y las proyecciones de crecimiento es una consideración local que aportan los expertos institucionales, para determinar los especialistas en Geriátrica y Gerontología que “podrían” eventualmente incorporarse a la oferta de servicios a nivel periférico y regional, de acuerdo a la capacidad instalada y los factores condicionantes.

Respecto al tiempo que un paciente debe esperar para ser visto por un Médico Especialista en Geriátrica y Gerontología, ya sea por primera vez o por las subsecuentes consultas que el tratamiento requiera, determina la adecuada prestación de servicios de salud a la población adulta mayor. Según, artículo 108 “Normas que regulan las relaciones laborales”<sup>3</sup> en la Consulta Externa en promedio, los profesionales especialistas del Hospital deben atender en cada hora de trabajo, un paciente de “primera vez” y dos pacientes de “control”. Es idéntico pensar que diariamente un Médico Especialista en Geriátrica y Gerontología debe atender 12 pacientes por día en la Consulta Externa, además del trabajo de seguimiento en el área de Hospitalización y demás actividades hospitalarias. El lector puede observar las patologías más frecuentes en la población Geriátrica.

En el cuadro 2 se detallan las variables e indicadores que se utilizaron en la investigación cuya finalidad es la determinación de las necesidades reales de Médicos Especialistas en Geriátrica y Gerontología y su proyección al 2025.

---

<sup>3</sup> CCSS, Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales entre la CCSS y los profesionales en Medicina, Artículo 108, 2004.p.68.

**Cuadro 2: Variables de Investigación**

Variable	Indicador	Definición Conceptual	Estándar
Oferta de Especialistas	Expectativa de Funcionarios por jubilación	Está determinada por la cantidad de profesionales de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología disponibles servicios y la posible jubilación lo que origina necesidades de sustitución de personal proyectado al 2025	El total del personal a jubilarse y su sustitución
	Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología.	Necesidad de nuevos especialistas en el campo y que demandará la contratación de más personal.	Necesidades de Atención en Salud al Adulto Mayor
Estadísticas anuales de la CCSS	Morbilidad del Adulto Mayor por región y sexo.	El diagnóstico local de salud, indica las características de la población atendida y la cantidad de servicios que presta el Centro de Salud.	Estadística CCSS
Modelo de Atención en Salud del Adulto Mayor y Compromiso de Gestión	Sistema de referencia y Contra referencia	Las Especialidades más frecuentes a las que son referidos los pacientes de Hospitales Nacionales.	Causas de referencia más frecuentes de las Clínicas Mayores, Hospitales Regionales, Periféricos y Nacionales.
	Debilidades Evaluadas por Compromiso de Gestión.	Cuando una debilidad es indicada en la evaluación del Compromiso de Gestión, debe buscarse si se debe a la disponibilidad de personal. Si es así, se origina una necesidad de dotación y formación de recurso humano especializado.	Especialistas en Geriatría y Gerontología requeridas para atender debilidades en evaluación <sup>4</sup> .
	Listas de Espera	Tiempo de duración para los pacientes Adultos Mayores.	12 pacientes por día atendidos por médico especialista
Demanda de Servicios (Variables poblacionales y epidemiológicas)	Morbilidad	Se refiere a las enfermedades más comunes de la población adulta Mayor, según área de atracción del Centro de Salud. Indicará los profesionales que se requerirán proyectados 2025.	Según Organización Mundial de la Salud. Adulto Mayor y la Proyección CCSS, 2025
	Mortalidad	Expresado por las causas de muerte más frecuentes en la zona de atracción al Centro de Salud.	Según Organización Mundial de la Salud. Estadísticas CCSS
	Esperanza de Vida al Nacer Tasa de Crecimiento de la población	Determina el número de nacimientos para los próximos años y por lo tanto ayuda a la proyección 2025 del número de profesionales en Geriatría y Gerontología requeridos.	Según Organización Mundial de la Salud. Censo poblacional y la proyección 2025

Fuente: Elaboración propia.

<sup>4</sup> Gobierno de Costa Rica. Norma para la Habilitación de Establecimientos de Salud. Gaceta 182,2002,pp.1-9.

## 2. Marco conceptual

### 2.1 Experiencia de la población Adulta Mayor en América Latina

América Latina experimenta un ritmo de envejecimiento más rápido que lo observado en los países desarrollados y los impactos negativos del proceso conducen al aumento de personas con edades superiores a 60 años con un escenario social, económico y cultural representado por la pobreza, la inequidad y baja cobertura de la seguridad social <sup>5</sup>. El incremento de la población adulta mayor a nivel nacional es parte de la transición latinoamericana que enumera CELADE (Centro Latinoamericano Caribeño y Demografía)<sup>6</sup> el cuál elaboró una tipología para clasificar los países del área según la etapas de transición demográfica, observándose Costa Rica en la etapa denominada plena con una natalidad descendente y una mortalidad baja (Ver Cuadro 3).

**Cuadro 3: Tipología de países latinoamericanos según etapa de transición demográfica.**

Etapa transicional	Países	Observaciones
<b>Incipiente (TI)</b>	Bolivia y Haití	Tasas de mortalidad y fecundidad elevadas. La tasa de crecimiento alcanza el 2% o más.
<b>Moderada (TM)</b>	El Salvador, Paraguay, Honduras, Guatemala y Nicaragua	Descenso de la tasa de mortalidad y la natalidad se mantiene elevada. El ritmo de crecimiento es superior a 2.5%.
<b>Plena (TP)</b>	Costa Rica, Brasil, Colombia, México, Ecuador, Panamá, Rep. Dominicana, y Venezuela	La natalidad desciende paulatinamente y la mortalidad es baja o moderada. El crecimiento de estos países es inferior al 2%.
<b>Avanzada (TA)</b>	Uruguay, Argentina, Chile y Cuba	Mortalidad y natalidad en niveles bajos. Las tasas de crecimiento se ubican por debajo del 1%.

Fuente: CELADE. División de Población. 2001.

<sup>5</sup> Guzmán, J. M. : "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe". CELADE/CEPAL. Serie Población y Desarrollo. 2002.p.9.

<sup>6</sup> Boletín Demográfico, CELADE .América Latina y el Caribe: El Envejecimiento de la Población 1950- 2050,2003.p.13.

La extensión de la cobertura en la atención de la salud, además, del mejoramiento en las condiciones sanitarias del país son factores que favorecen las cifras actuales de población y donde según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Centro de Desarrollo Social (CEDESO), el Adulto Mayor corresponde al 5.5%<sup>7 8</sup> del total de ciudadanos donde se observa que para el año 2025 se habrá duplicado este grupo (Ver Cuadro 4) y según las proyecciones elaboradas ese mismo año la esperanza de vida al nacer será de aproximadamente de 82 años para ambos sexos (Ver Cuadro 5).

**Cuadro 4: Población Adulta Mayor según proyecciones  
Costa Rica: 2005-2025**

Años	Población 60 años y más
2005	355,544
2010	438.324
2015	557,076
2025	896,299

Fuente: Estimaciones y proyecciones de la población INEC, 2002.

**Cuadro 5: Proyección de la esperanza de vida al nacer  
según sexo 2000-2050**

Período	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2000-2005	77.4	75.0	79.9
2005-2010	78.1	75.7	80.5
2010-2015	78.7	76.3	81.2
2015-2020	79.2	76.8	81.7
2020-2025	79.8	77.4	82.3
2025-2030	80.3	77.8	82.8
2030-2035	80.7	78.2	83.3
2035-2040	81.0	78.5	83.7
2040-2045	81.3	78.8	84.0
2045-2050	81.7	79.0	84.4

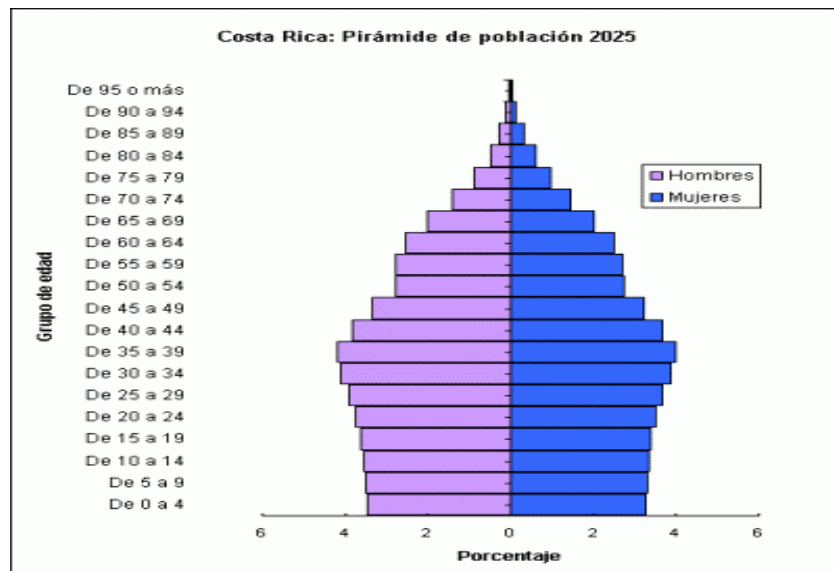
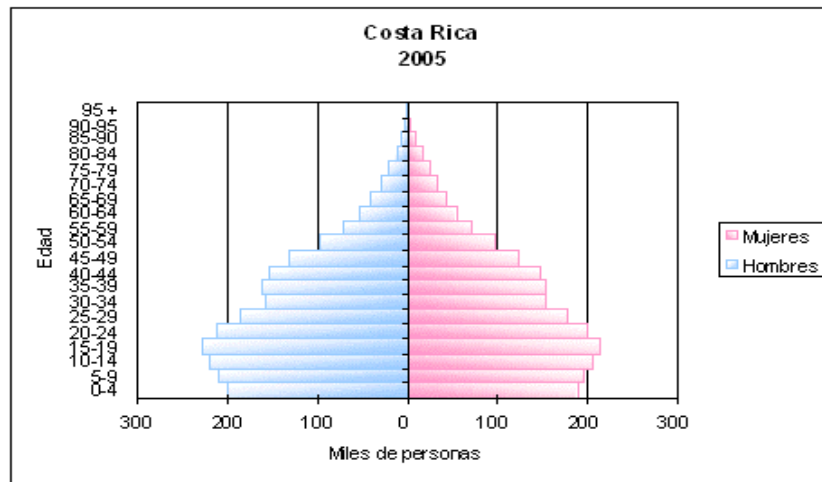
Fuente: Elaboración propia con datos de la Sección Análisis Demográfico Dirección Actuarial: Costa Rica Estimaciones y Proyecciones de población por sexo y edad 2000-2050.

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2006, s.p.

<sup>8</sup> Centro de Desarrollo Estratégico (CEDESO), 2007, s.p.

De esta información se puede esperar un cambio significativo en la pirámide poblacional, que presenta una amplia base y una reducida proporción de personas en edades superiores para el año 2005. Lo anterior dará paso a una pirámide más acotada donde se observa un agrandamiento de la ponderación de población mayor en su cúspide para el 2025, como se observa en el gráfico 1.

**Gráfico 1:** Pirámide de Población Costa Rica 2005 y 2025.



Fuente: Barquero, J. & Vargas, J. C. (2004) "La migración internacional en Costa Rica: Estado actual y consecuencias", en Evolución Demográfica de Costa Rica y su Impacto en los Sistemas de Salud y de Pensiones. Academia de Centroamérica, San José, CR.

La proyección de la población Adulto Mayor en los diferentes estratos para el año 2025 respecto al año 2005 se duplicará, según se observa en la siguiente tabla: 1

**Tabla 1: Distribución de la Población Adulta Mayor, según edad Costa Rica 2005-2010-2015-2025**

Grupo de edad	Proyección según año				Total
	2005	2010	2015	2025	
<b>60-64</b>	106978	139570	186244	282995	<b>715787</b>
<b>65-69</b>	84554	101314	132151	226344	<b>544363</b>
<b>70-74</b>	63967	76692	92142	161057	<b>393858</b>
<b>75-79</b>	48164	54533	33744	104218	<b>240659</b>
<b>80-84</b>	28459	37031	42376	62857	<b>170723</b>
<b>85-89</b>	14729	14729	24830	35632	<b>89920</b>
<b>90-94</b>	6585	7438	9835	15939	<b>39797</b>
<b>95 y más</b>	2108	2994	3754	7257	<b>16113</b>
<b>Total</b>	<b>355544</b>	<b>434301</b>	<b>525076</b>	<b>896299</b>	<b>2211220</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones de población. INEC. 2002.

Este cambio va a producir posiblemente una variación del perfil epidemiológico de la población Adulta Mayor el cual es caracterizado por la disminución de los padecimientos infectocontagiosos, parasitarios y dar pie a los que están relacionados con las enfermedades crónicas, degenerativas y sociales trayendo consigo una considerable presión en los costos de los programas de salud por el aumento de la demanda mayor en su complejidad y especialización.

Por esto la CCSS como Institución del estado responsable de la salud de los costarricenses debe asumir este compromiso para las actuales y futuras generaciones.

## 2.2 Contextualización del Modelo de Atención en la CCSS

El conocimiento del Modelo de Atención en Salud y el Compromiso de Gestión en el marco de la Reforma del Sector Salud, puede determinar el interés político y estratégico de la CCSS para la adecuada prestación de los servicios en el ámbito de la Geriátrica y Gerontología, además de establecer la direccionalidad y tipología del personal requerido para atender la misión y visión institucional. Lo anterior, debe contribuir a identificar necesidades de profesionales en Geriátrica coherentes con el planteamiento gerencial.

En el documento "Hacia una Caja Renovada 2025" se visualiza la proyección institucional dónde se menciona una situación de privilegio pasajera, debida a la disminución de la tasa de mortalidad y de la tasa de natalidad, asimismo, el aumento sostenido en la esperanza de vida, se acelerará en los próximos años y por lo tanto aumentará el envejecimiento de la población, de manera que en 40 años Costa Rica tendrá una población muy envejecida, con demandas en pensiones y servicios de salud.

Si se considera que los hábitos de la población actualmente adulta no necesariamente son saludables, se espera, que presente problemas en los hábitos alimenticios, el sedentarismo, el estrés, el aparato circulatorio y digestivo; entre otros<sup>9</sup>, con repercusiones en la vejez, entre los que destacan padecimientos principalmente de tipo crónico y degenerativo.

La transición epidemiológica en el ámbito nacional en los últimos 10 años, muestra entre las principales causas de muerte patologías propias de un país rico, entre ellas las enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos y muertes violentas, en particular los accidentes de tránsito.

La Caja Costarricense de Seguro Social es un agente determinante para el desarrollo humano, y sigue siéndolo a pesar de las debilidades que podría tener en este ámbito. Buena parte de las posibilidades que tiene Costa Rica para hacer frente a sus desafíos, depende de que la capacidad que tenga la misma institución para renovarse y fortalecerse a través del tiempo y las nuevas circunstancias.

Para el año 2025, los usuarios de la CCSS serán personas de una creciente escolaridad, bien informadas, muy exigentes en cuanto al trato y la calidad de la atención que reciben, que demandarán una atención de sus necesidades de salud oportuna y efectiva, lo más cerca posible de sus hogares, sitios de trabajo, centros de estudio o lugares en donde sufran una emergencia; además, muy cuidadosos en la selección de su médico de cabecera y de los especialistas, los servicios de apoyo y los hospitales a los que son referidos, así como por tener voz y voto en las decisiones clínicas y administrativas que los afecten.

Igualmente, exigirán que las consultas y los trámites puedan ser realizados por medios electrónicos y tener acceso a su información personal clínica y administrativa concepción no muy distante de la actualidad

---

<sup>9</sup> CCSS. "Modelo de Cultura Organizacional de la Caja Costarricense de Seguro Social". Gerencia División Administrativa. 2006. pp. 20.

además educados para hacer un uso racional de los servicios de salud, las pensiones y demás prestaciones sociales y económicas, y para asumir sus obligaciones financieras con la seguridad social<sup>10</sup>.

Ante esta panorámica que se vislumbra para el 2025 es prioritario un cambio de paradigma que identifique la necesidad real en el plazo adecuado de especialistas en Geriatría con establecimientos y dependencias que operan bajo un modelo de redes, con el soporte de un efectivo medio de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración<sup>11</sup>.

Los centros hospitalarios de la CCSS operarán en red, bajo un modelo de atención integral y un esquema organizativo más matricial y basado en procesos dónde los hospitales son menos propensos al gigantismo, altamente especializados y automatizados; más amigables con los usuarios y con el ambiente; arquitectónicamente más confortables, funcionales y seguros; más cercanos a la población y con un componente muy fuerte de atención hospitalaria no tradicional (hospitalización de día, cirugía ambulatoria, asistencia en el hogar, etc.)<sup>12</sup>.

En el cuadro 6 se enumeran algunas de las estrategias para alcanzar la visión al año 2025 desde la perspectiva de los usuarios, recursos humanos y la parte organizacional, los cuales son componentes que aportan información en el Planteamiento Estratégico Institucional para el 2007-2012 así como la Programación de Inversiones de la Gerencia Administrativa.

---

<sup>10</sup> CCSS. "UNA CAJA RENOVADA HACIA EL 2025".Planeamiento Estratégico Institucional hacia el 2007-2012 y su Programación de inversiones.2006.p.33

<sup>11</sup> *Ibíd.*,p.37.

<sup>12</sup> *Ibíd.*,p.53.



**Cuadro 6: Estrategias para alcanzar la visión al año 2025**

<b>ESTRATEGIAS</b>		
<b>Perspectiva de Usuarios</b>	1	Reducir las inequidades existentes en salud, pensiones y otras prestaciones sociales, y mejorar el acceso a los diversos servicios que presta la institución
	2	Revisar, ajustar, rediseñar el modelo de atención en salud, según niveles de atención.
	3	Aumentar la capacidad resolutive del primer y segundo nivel de atención
	4	Desarrollar un nuevo modelo de atención y gestión hospitalaria
	5	Fortalecer y establecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como ejes fundamentales del proceso de atención integral de la salud
	6	Fortalecer el derecho ciudadano a la información y aumentar de manera gradual el poder de los usuarios para elegir y tomar decisiones en el proceso de atención
	7	Garantizar la seguridad y calidad de todos los servicios de salud y demás prestaciones sociales que brinda la institución.
	8	Promover la organización y el trabajo conjunto intra e intersectorial para mejorar la cobertura y el impacto de los programas de salud, pensiones y prestaciones sociales
<b>Perspectiva de los Recursos Humanos</b>	9	Promover activamente el desarrollo de una cultura organizacional centrada en el servicio a los usuarios, la transparencia y la rendición de cuentas, los valores institucionales y los principios de la seguridad social.
	10	Desarrollar en todos los ámbitos de la institución, la capacidad de diagnóstico, análisis, monitoreo y planificación del recurso humano en salud, pensiones y otras prestaciones,
	11	Fortalecer y desarrollar, de manera continua y sistemática, el capital humano institucional.
<b>Perspectiva Organizacional</b>	12	Desarrollar la capacidad de análisis situacional, planificación y evaluación, como eje articulador del proceso de gestión institucional
	13	Implementar un nuevo modelo organizacional basado en el enfoque de procesos, que contribuya al logro de la misión, visión objetivos estratégicos institucionales.
	14	Desarrollar un nuevo modelo de gestión bajo el enfoque de redes.
	15	Implementar un nuevo modelo de gestión de los recursos físicos institucionales
	16	Desarrollar la capacidad de análisis, investigación, planificación, comunicación y evaluación en materia de mercadotecnia social de las acciones institucionales
	17	Fortalecimiento del Sistema de control Interno y de Valoración de Riesgos Institucionales

Fuente: "Una Caja Renovada hacia 2025". Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012 y Programación de Inversiones Gerencia División Administrativa. 2006.

## 2.3 Demanda de los Servicios de Salud al 2025

Existe alguna coincidencia en la necesidad de rediseñar el modelo de salud, a nivel del segundo y tercer nivel de atención, bajo un enfoque de atención integral que tome en cuenta las características de la demanda y el nuevo perfil epidemiológico nacional. Este reto está planteado para la CCSS en su visión hacia el año 2025. Bajo esta perspectiva es vital considerar cada uno de los factores involucrados que contribuyan en el diagnóstico de necesidades de la manera más objetiva utilizando para ello las herramientas cualitativas y cuantitativas de investigación científica.

Se debe razonar que *“el paciente geriátrico es un adulto mayor, con patología crónica, o aguda con tendencia a cronicidad e invalidez, que genera predisposición al deterioro funcional: físico, psíquico, social, que no cuenta con redes de apoyo familiar, o si las tiene están deterioradas”*<sup>13</sup>, por esto se hace necesario desarrollar diferentes niveles de prestación de servicios de salud, a nivel comunitario fortaleciendo las redes de atención<sup>14</sup>, estimulando y promocionando formas y estilos de vida en relación con el envejecimiento activo que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la participación social, seguridad económica y salud<sup>15,16</sup>, cuya población se considera adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). Por su parte la **legislación costarricense mantiene los 65 años para esta categoría** (Ley #7935, artículo 2, definición: “Toda persona de sesenta y cinco años o más”)

Por otra parte en el Reino Unido, España, Costa Rica y otros países, se recomienda un geriatra por cada 5.000 personas mayores o uno por cada 10.000 adultos mayores de 65 años o uno por cada 4.000 mayores de 75 años<sup>17</sup>.

No existe una normativa exclusiva para Geriátrica por lo que en el caso de pacientes hospitalizados se ajusta a Medicina Interna la cuál establece un total de 12 camas por médico especialista según la Norma para la Habilitación de Establecimientos de Salud (Gaceta 182, 23/09/2002)

Para efectos del cálculo aproximado de Médicos Especialistas en Geriátrica y Gerontología se tiene el criterio Británico pionero de esta especialidad médica<sup>18,19</sup>, y por el Dr. Fernando Morales Martínez, Director del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes el cual establece la necesidad de un Geriatra por cada cinco mil personas adultas mayores adscritos a la red.

---

<sup>13</sup> CCSS. García Camacho, Vilma. *“Plan para el Desarrollo de Servicios de Geriátrica”*. Desarrollo de Servicios de Salud. CEDES. 2007. p.9.

<sup>14</sup> Checkoway B, Morales Fernando. *En la Tercera Edad: New Programmes to Promote The Health of older people in Costa Rica*. Ageng and Society. 1990. pp.407-409.

<sup>15</sup> Marín L, Pedro Paulo. *“Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores”*. 2007. pp.392-393.

<sup>16</sup> Morales, F, Pelaez M. *Geriatrics in Latin America*. UCR. OPS: 2006. p1998.

<sup>17</sup> Marín L, Pedro, *Ibid.*, p 395.

<sup>18</sup> Warren, Marjorie. *Care of Chronic Sick*; The Lancet. 1946. pp.841-843.

<sup>19</sup> Scout, R W. *Geriatric Medicine: Age and Again* 1979. 8(3):1pp.137-140

Fundamentado en esta información, otros aportes adicionales identificados para la investigación, y tomando en cuenta la proyección de la variable poblacional, la identificación de las necesidades de formación y dotación de Especialistas en Geriatria y Gerontología, se justifican según la participación activa en el trabajo integral, que incluye acciones a desarrollar en los diferentes niveles de prestación de servicios de salud, desde el nivel comunitario fortaleciendo las redes de atención, estimulando y promocionando formas y estilos de vida en relación con el envejecimiento activo, hasta la capacitación de los cuidadores para la atención de los adultos mayores con riesgo en su hogar.

Además se incluye su participación en el tercer nivel (especializado) con servicios propios de la geriatría como son: hospital de día, unidad de atención geriátrica domiciliar, familiar así como consulta externa, Unidad de Valoración Geriátrica consulta especializada a nivel geriátrico, programas de protección al Adulto Mayor, entre otros.

De acuerdo con la visión de lo que debe ser la participación del Especialista en Geriatria y Gerontología en el ámbito Regional este profesional cumple con un rol de coordinación en la institución, y a lo externo con las diferentes instituciones estatales y lograr una atención integral, dinámica para mejorar la salud de la persona adulta mayor.

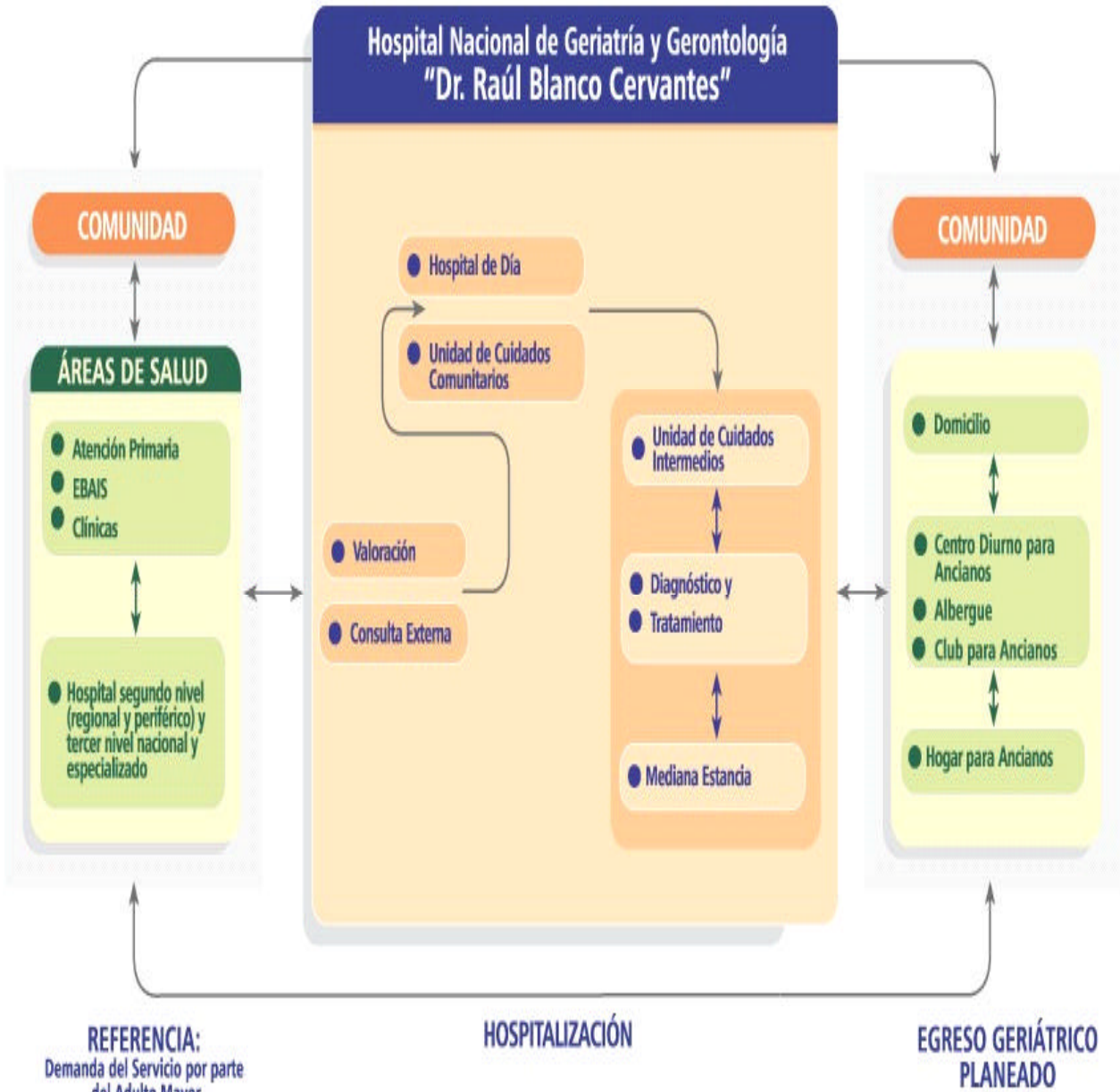
A si mismo, tendría un rol primordial en desarrollar y consolidar las acciones pertinentes a fin de establecer el modelo de envejecimiento activo en la población por lo cual tendrá que coordinar acciones con el Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes y otros programas como Promoción de la Salud de la Institución, e instancias institucionales como Prestaciones Sociales y otros.

En el ámbito Hospitalario (segundo nivel de atención), sería eventualmente el encargado de ofrecer y mantener servicios de alta calidad a los adultos mayores bajo el concepto de fragilidad (disminución de la capacidad funcional inherente y el posterior aumento de su dependencia<sup>20</sup>) del área de atracción del hospital mediante una estructura básica organizada, de acuerdo a la red de atención geriátrica progresiva como se observa en el esquema # 1:

---

<sup>20</sup> Vellas BJ, Wagne JS, Romero L, et al. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatric Soc. 1997;45:735-8.

Esquema #1 Atención Progresiva Geriátrica



Fuente: CCSS, Hospital Nacional Dr.Raúl Blanco Cervantes,2006

?? Servicios de Urgencias Geriátricas, Unidad de Atención Ambulatoria (Hospital de Día Geriátrico, Consulta Externa de Valoración geriátrica y Unidad de Atención Geriátrica Domiciliar)

?? Hospitalización.

Finalmente, en el ámbito de las Clínicas Mayores, el Geriatra es un componente vital de atención dentro de la red de servicios para la persona adulta mayor, ya que favorece la implementación de modelos y servicios de atención de forma integral, las diferentes necesidades y lograr con ello una mejor calidad de vida para esta población. Entre otros aportes están:

- ?? Consulta de Valoración Geriátrica y apoyo al Programa de Visita Domiciliar a los adultos mayores.
- ?? Fortalecer la atención geriátrica básica en el primer nivel de atención, mediante la capacitación y asesoría en la atención integral al adulto mayor, al EBAIS.
- ?? Promocionar la participación social, involucrando a los diferentes actores sociales en el fortalecimiento de la atención integral a las personas mayores.

Bajo esta visión se puede establecer de manera objetiva las necesidades reales de especialistas en Geriatria y Gerontología cuya ubicación incluye los Hospitales Nacionales, Periféricos, Especializados además de las Clínicas Mayores en el corto, mediano y largo tomando en cuenta la distribución de la Red de Servicios de Salud mediante la proyección y elementos propios del estudio que a continuación será objeto de descripción.

## 2.4 Análisis Epidemiológico del Adulto Mayor CCSS.

El análisis epidemiológico ofrece el conocimiento científico de los eventos más comunes y es un reflejo de la demanda de servicios de salud, conformada de acuerdo al perfil demográfico de una región lo que determina las necesidades de profesionales en campo de la Geriatria y Gerontología. Las características de las patologías prevalentes e incidentes además, de los indicadores de la morbi-mortalidad del adulto mayor aportan al nuevo modelo de atención en salud y su proyección. Las estadísticas de la CCSS además de la dotación suministrada por cada centro permiten visualizar anualmente las características poblacionales y epidemiológicas de las principales patologías presentadas en la Red de Servicios Institucionales, dotación que permite cruzar los datos y validarlos.

Se debe aclarar que existen Centros de Salud que no cuentan con Médico Especialista en Geriatria y Gerontología por lo que el reporte de la morbi-mortalidad representada principalmente por los Síndromes Geriátricos del adulto mayor (Caídas, Constipación, Deprivación neurosensorial, Incontinencia urinaria y fecal, Inmovilización, Síncope, Úlceras de presión, Deterioro cognitivo crónico o demencia y Depresión<sup>21</sup>) puede presentar cambios con las estimaciones de otras investigaciones a nivel internacional y nacional lo que implica una debilidad en la atención por la falta de un adecuado abordaje integral y la limitante del recurso humano

### 2.4.1. Principales causas de Morbi-Mortalidad del Adulto Mayor reportadas CCSS.

El resumen de la información recolectada y el análisis los datos no mostró diferencias en los diferentes centros visitados que ameriten ahondar en análisis estadísticas más complejos por lo se enumera algunas de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel nacional en el adulto mayor dentro de las que podemos enumerar:

#### Morbilidad:

- ☞☞ Diabetes Mellitus no insulino dependiente.
- ☞☞ Hipertensión Arterial.
- ☞☞ Dislipidemias.
- ☞☞ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- ☞☞ Cardiopatía Isquémica.
- ☞☞ Accidentes Vascular Cerebral.

---

<sup>21</sup> Valdivia Lama .J. **Síndromes Geriátricos** Características de presentación de las enfermedades en el **adulto mayor** diagnóstico.2003,42(2). [www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48.html#F1a](http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48.html#F1a).

Las causas principales de mortalidad de la red las cuales obedecen principalmente a complicaciones de procesos crónicos dentro de estas están:

Mortalidad:

- ☞☞ Hipertensión arterial y sus complicaciones cardio-renales, vasculares cerebrales.
- ☞☞ Hepatopatía Crónica no Alcohólica (Metabólica)
- ☞☞ Neo oculto.
- ☞☞ Diabetes Mellitus Tipo II y Neuropatía Diabética.

## 2.4.2 Egreso Hospitalario, Consulta Externa y Urgencias del Adulto Mayor

El resumen de las Estadísticas Anuales de la Caja Costarricense del Seguro Social de los principales diagnósticos presentados en el egreso hospitalario, consulta externa y los servicios de urgencias es clasificado por las patologías más prevalentes en la población adulto mayor de forma sistematizada y que para la investigación se describen a partir de los 65 años o más, edad que corresponde a esta población en Costa Rica de acuerdo a la Ley # 7935.

Esta información permite conocer la frecuencia de las principales patologías y la demanda de servicios, donde prevalecen los procesos de naturaleza crónica degenerativas y favorece el conocimiento para la toma de decisiones en las autoridades superiores y la política institucional que fortalezca la promoción y prevención de los estilos de vida saludables para reducir el impacto de algunos eventos, como se describen a continuación.

En la tabla 2 de acuerdo al diagnóstico de egreso de los Servicios de Urgencias se observa un predominio de las Enfermedades del Sistema Respiratorio<sup>22</sup> las cuales se presentan en un 17.8% de los pacientes en mayores de 65 años según el reporte efectuado por los Servicios de Urgencias a Nivel Nacional. Las enfermedades asociadas al Sistema Circulatorio<sup>23</sup> presentan una porcentaje del 12.3%, seguido por el Sistema Osteomuscular<sup>24</sup> con un porcentaje en este mismo servicio de un 11.9%. Otro dato que corresponde a las infecciones parasitarias las cuales mantienen un porcentaje de un 5.5%, lo que es indicador posiblemente de la transición del país hacia los procesos crónicos y degenerativos.

---

<sup>22</sup> Enfermedades Sistema Respiratorio: Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonía, Asma y otras.

<sup>23</sup> Enfermedades Sistema Circulatorio: Enfermedad Hipertensiva, Infarto Agudo Miocardio y otras.

<sup>24</sup> Enfermedades Sistema Osteomuscular: Artropatías y afines, Dorsopatías y otras.

**Tabla 2. Servicio Urgencias según grupos de edad y Diagnóstico Principal, reportado. CCSS, 2007.**

Diagnóstico Principal	EDAD en años										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		Más 85		Abs	%
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%		
Sist.Respiratorio	19709	5,2	16367	4,4	14330	3,8	9348	2,5	7421	2,0	67175	17,8
Sist.Circulario	12144	3,2	10931	2,9	10309	2,7	7420	2,0	5549	1,5	46353	12,3
Sist.Osteomuscular	14216	3,8	11894	3,2	8780	2,3	5493	1,5	4587	1,2	44970	11,9
Otras no Definidas	11951	3,2	10083	2,7	9180	2,4	6120	1,6	5779	1,5	43113	11,4
Traumatismos	12744	3,4	9461	2,5	8951	2,4	5613	1,5	5835	1,6	42604	11,3
Sist.Digestivo	10196	2,7	6005	1,6	5438	1,4	3513	0,9	3174	0,8	28326	7,5
Infec. Parasitosis	7250	1,9	4531	1,2	3966	1,1	3228	0,9	2042	0,5	21017	5,5
Otras	18296	4,9	22257	5,9	18032	4,8	13597	3,6	10487	2,8	82669	21,9
<b>Total Urgencias</b>	<b>106506</b>	<b>28,3</b>	<b>91529</b>	<b>24,3</b>	<b>78986</b>	<b>21,0</b>	<b>54332</b>	<b>14,4</b>	<b>44874</b>	<b>11,9</b>	<b>376227</b>	<b>100,0</b>

Abs: Valores absolutos

%: Valores Relativos o porcentuales

Fuente: Elaboración propia con datos de la CCSS, Departamento de Estadísticas de Salud.

En cuanto a las patologías más frecuentes de Consulta Externa de pacientes con 65 años se presenta un porcentaje de enfermedades asociadas al Sistema Circulatorio<sup>25</sup> con un 19.2%. Por otra parte se indica que las patologías de origen Endocrino, nutricional y metabólico mantienen una prevalencia de cerca de un 15.1%. Se observa, además, que las enfermedades relacionadas con el Sistema Digestivo conservan una consulta en los adultos mayores que no supera al 5.9% según la distribución etaria como se observa en la tabla 3.

**Tabla 3. Consulta Externa según grupos de edad y Diagnóstico Principal, reportado , CCSS, 2007.**

Diagnóstico Principal	EDAD en años										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		Más 85		Abs	%
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%		
Sist. Circulario	71831	5,7	67742	5,4	51857	4,1	28034	2,2	20981	1,7	240445	19,2
Endocrinas, nutric. y metabólicas.	74323	5,9	53043	4,2	35620	2,9	16180	1,3	9424	0,8	188590	15,1
Atención sin patología	29397	2,4	63812	5,1	23350	1,9	13871	1,1	9070	0,7	139500	11,2
Sist.Osteomuscular	43619	3,5	34492	2,8	25366	2	14462	1,2	11322	0,9	129261	10,3
Enf.ojos y oídos	41308	3,3	34376	2,8	20982	1,7	10432	0,8	7941	0,6	115039	9,2
Sist.Respiratorio	28804	2,3	25010	2	17780	1,4	10313	0,8	6578	0,5	88485	7,1
Sist.Digestivo	23765	1,9	23291	1,9	13158	1,1	8061	0,6	4919	0,4	73194	5,9
Otras	88131	7,1	77988	6,2	51919	4,2	32835	2,6	24361	1,9	275234	22
<b>Total C.Ext.</b>	<b>401178</b>	<b>32</b>	<b>379754</b>	<b>30</b>	<b>240032</b>	<b>19</b>	<b>134188</b>	<b>11</b>	<b>94596</b>	<b>7,6</b>	<b>1249748</b>	<b>100</b>

Abs: Valores absolutos

%: Valores Relativos o porcentuales

Fuente: Elaboración propia con datos de la CCSS, Departamento de Estadísticas de Salud.

<sup>25</sup> Enfermedades endocrino, nutricionales y metabólicas: Enfermedad Tiroides, Diabetes Mellitus y otras.



Por otra parte las causas de Egresos Hospitalarios en el adulto mayor de 65 años corresponden en su mayoría a las relacionadas con el Sistema Circulatorio con un 20.1%, seguidos por el Sistema Nervioso y Sentidos<sup>26</sup> con un 14.8% y el Sistema Digestivo con un 12.2%, en el tanto, que las patologías del Sistema Genitourinario presentan apenas un 7.7%, según se observa en el tabla 4.

**Tabla 4. Egreso Hospitalario según grupos de Edad y Diagnóstico Principal. reportado, CCSS, 2007.**

Diagnóstico Principal	EDAD años										Total	
	65-69		70-74		75-79		80-84		Más 85		Abs	%
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%		
Sist. Circulatorio	2051	4,5	2088	4,6	2047	4,5	1495	3,3	1495	3,3	<b>9176</b>	<b>20,1</b>
Sist.Nervioso y Sentidos	1612	3,5	1660	3,6	1805	4,0	1018	2,2	648	1,4	<b>6743</b>	<b>14,8</b>
Sist.Digestivo	1518	3,3	1318	2,9	1213	2,7	762	1,7	745	1,6	<b>5556</b>	<b>12,2</b>
Sist.Respiratorio	788	1,7	1015	2,2	1039	2,3	998	2,2	1293	2,8	<b>5133</b>	<b>11,3</b>
Tumores	1242	2,7	1031	2,3	882	1,9	505	1,1	406	0,9	<b>4066</b>	<b>8,9</b>
Sist.Genitourinario	1074	2,4	961	2,1	806	1,8	472	1,0	419	0,9	<b>3732</b>	<b>8,2</b>
Causas externas	721	1,6	688	1,5	640	1,4	599	1,3	862	1,9	<b>3510</b>	<b>7,7</b>
Otras	2183	4,8	1963	4,3	1718	3,8	1025	2,3	1050	2,3	<b>7939</b>	<b>17,4</b>
<b>Total Egreso</b>	<b>11189</b>	<b>24,6</b>	<b>10424</b>	<b>22,9</b>	<b>10150</b>	<b>22,3</b>	<b>6874</b>	<b>15,1</b>	<b>6918</b>	<b>15,2</b>	<b>45555</b>	<b>100,0%</b>

**Abs:** Valores absolutos

**%:** Valores Relativos o porcentuales

**Fuente:** Elaboración propia con datos de la CCSS, Departamento de Estadísticas de Salud.

<sup>26</sup> Sistema nervioso y sentidos: Ojos y Anexos, Oído y Apof. Mastoides y otros.

### 2.4.3. Principales causas de Referencia y Contrarreferencia

El sistema de referencia y contrarreferencia busca diseñar e implantar un sistema que articule de manera eficiente la red de servicios y asegure la continuidad de la atención de los usuarios lo que muestra la capacidad local de atender la demanda de servicios de salud y la eventual movilización de personas de un Centro de Salud por la limitación del personal local para atenderlo. Particularmente esta población presenta movilidad reducida en la mayoría de los casos lo que es para que el sistema provea información respecto al nivel resolutivo local en la atención de los padecimientos de la población adulta mayor y que de acuerdo al Modelo de Atención en Salud, un Centro de Trabajo tenga el personal formado para atender sus servicios. El aumento en las referencias de las Áreas de Salud a los Hospitales Regionales y Periféricos y de estos a los Hospitales Nacionales, hacen pensar que se deba a necesidades de personal especializado en esta área.

Algunas de las principales patologías que son causa de Referencia y Contrarreferencia de la red de servicios que fueron enumeradas en los diferentes centros se resumen a continuación:

- ☞☞ Deterioro cognitivo
- ☞☞ Descompensación enfermedades crónicas:
- ☞☞ Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva, Inmovilización.
- ☞☞ Complicaciones de:
- ☞☞ Accidentes Vascular Cerebral, Fractura de cadera, Enfermedad Renal Crónica y Cardiopatía Isquémica.

### 2.4.4 Listas de espera

El análisis de las denominadas "Listas de Espera" ofrece una perspectiva de aquellos servicios en los que existe mayor demanda y saturación de pacientes los cuales sería "estratégico" formar más personal en esta especialidad. Conocer el tiempo de duración para los pacientes Adultos Mayores, según patología y necesidades de personal especializado dónde el profesional debe atender un determinado número de pacientes anualmente además del trabajo de seguimiento en el área de Hospitalización y demás actividades hospitalarias criterio permite evidenciar la existencia de la necesidad y cuantificarla. El diagnóstico de necesidades de especialistas en Geriatría y Gerontología mostró el cumplimiento de la norma en virtud de que en la mayoría de los centros dónde existe especialista en este campo las listas de espera no superan los 3 meses de acuerdo a la información suministrada en el área metropolitana, sin embargo, en la periferia existen listas de espera que pueden llegar hasta seis meses en algunos casos, lo que aumenta la preocupación a los profesionales por ser la población adulta mayor muy vulnerable y con un deterioro en el corto plazo sino es atendida con prontitud.

Cabe mencionar que existe un incremento en la demanda de servicios la cual supera actualmente la oferta institucional lo que ocasiona un impacto en la calidad de la atención brindada, además, de la imposibilidad de apertura de servicios de geriatría por falta de este recurso humano lo que incrementa el plazo de las citas .

### 3 Resultados de la investigación

Los resultados de la investigación se presentan mediante el concepto de las diferentes Redes de Servicios las cuales están distribuidas de la siguiente forma:

a- Red del Hospital México.

**Hospital México** (*Hospital Nacional*)

**Región Huetar Norte:**

Hospital San Carlos (*Hospital Regional*)

Hospital Los Chiles (*Hospital Periférico*)

**Región Pacífico Central:**

Hospital Monseñor Sanabria (*Hospital Regional*)

Hospital Max Terán (*Hospital Periférico*)

**Región Central Norte:**

Hospital San Rafael de Alajuela (*Hospital Regional*)

Hospital San Vicente Paúl (*Hospital Periférico*)

Hospital Carlos Luis Valverde (*Hospital Periférico*)

Hospital San Francisco de Asís (*Hospital Periférico*)

**Región Chorotega:**

Hospital Enrique Baltodano (*Hospital Regional*)

Hospital La Anexión (*Hospital Periférico*)

Hospital Upala (*Hospital Periférico*)

**Clínica Dr. Clorito Picado.** (Clínica Mayor)

b- Red Del Hospital San Juan de Dios.

**Hospital San Juan de Dios** (*Hospital Nacional*)

**Región Brunca:**

Hospital Escalante Pradilla (*Hospital Regional*)

Hospital Neilly (*Hospital Periférico*)

Hospital San Vito (*Hospital Periférico*)

Hospital Golfito (*Hospital Periférico*)

Hospital Tomás Casas (*Hospital Periférico*)

**Clínica Marcial Fallas** (Clínica Mayor)

**Clínica Solom Núñez** (Clínica Mayor)

**Clínica Moreno Cañas** (Clínica Mayor)

c- Red del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

**Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia** (*Hospital Nacional*)

**Región Huetar Atlántico:**

Hospital Tony Facio Castro (*Hospital Regional*)

Hospital de Guápiles (*Hospital Periférico*)

**Región Central Sur:**

**Hospital Max Peralta (regional)**

Hospital William Allen (*Hospital Periférico*)

**Clínica Jiménez Núñez** (Clínica Mayor)

**Clínica de Coronado** (Clínica Mayor)

**Clínica Carlos Durán** (Clínica Mayor)

**Clínica Central** (Clínica Mayor)

d- Red de Hospitales Nacionales Especializados.

**Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos** (Hospital Especializado)

**Hospital Nacional Psiquiátrico.** (Hospital Especializado)

**Hospital Roberto Chacón Paut.** (Hospital Especializado)

**Centro Nacional de Rehabilitación.** (Hospital Especializado)

**Hospital Nacional Raúl Blanco Cervantes.** (Hospital Especializado)

En el interior de cada red, se mantendrá la división de Centros de Salud según "Región de Salud", con el propósito de ofrecer datos que resulten de utilidad para la diversidad de lectores de los resultados del presente trabajo de investigación y facilitar la toma de decisiones del escenario relacionado con las necesidades de formación y dotación de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología en la CCSS<sup>27</sup>.

La medición y estudio de las variables, se realizará para las tres redes de servicios de salud, en forma conjunta, no obstante el lector tendrá la posibilidad de diferenciar la información según red y centro Médico.

### 3.1. Inventario de recurso humano

Según la Dirección de Recursos Humanos de la CCSS y la corroboración de esta información en cada uno de los Centros Médicos, anteriormente descritos, esta Red de Servicio cuenta con los Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología, que se detallan en la tabla 5 de la siguiente página.

Del análisis de tal información, es importante destacar que en el ámbito de la Geriatría **no** puede visualizarse la red de servicio conceptualizado desde el sistema de referencia y contra-referencia, ya que algunos Centros Médicos de Nivel Periférico no cuentan con este recurso humano, mientras que los Hospitales Regionales, todos tienen el recurso el Hospital México, último en jerarquía del Sistema de Prestación de Servicios, no cuenta ni con Médicos Especialistas ni con el Servicio.

Desde el punto de vista de la asignación de plazas, se desprende del proceso investigativo que, en esta red de servicio, existen plazas de Médico Especialista en Geriatría que están siendo ocupadas por otro tipo de médico. Sin embargo, también se evidencia el caso de médicos especialistas en Geriatría y Gerontología, que están nombrados en plazas cuyo perfil es diferente a su formación.

Es evidente una situación de "desorden" en la ubicación de los Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología, al interior de esta red de servicios, resultando indiscutible, que para mejorar en este ámbito, la CCSS debe otorgar las plazas a los Centros Médicos que no cuentan con el recurso humano, para que se proceda a completar la Red en esta Especialidad Médica.

---

<sup>27</sup> CENDEISS, CCSS. "Diagnóstico Necesidades de Especialistas Médicos". Área de Planificación Recursos Humanos.2006.p.16.

**Tabla 5: Distribución de Plazas y Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología Según Centro Médico (CCSS)**

Red de Servicio	Centro Médico	Número Plazas	Número de Especialistas	Total Red	
				Número Plazas	Número de Especialistas
Red de Servicio del Hospital México	Hospital México	0	0	9	7
	Dirección Regional Huetar Norte	1	0		
	Hospital San Carlos	1	1		
	Hospital los Chiles	0	0		
	Hospital Max Terán	0	0		
	Área de Salud San Rafael Puntarenas	1	0		
	Hospital Monseñor Sanabria	2	1		
	Área Salud Santo Domingo	1	0		
	Hospital San Vicente de Paul	1	1		
	Hospital de San Rafael de Alajuela	0	1		
	Hospital San Francisco de Asís	0	0		
	Hospital Carlos Luis Valverde	0	1		
	Hospital Enrique Baltodano	1	1		
	Hospital La Anexión	1	1		
	Hospital Upala	0	0		
Clinica Clorito Picado	0	0			
Red de Servicio San Juan de Dios	Hospital San Juan de Dios	0	1	3	4
	Hospital Escalante Pradilla	1	1		
	Hospital Neilly	1	1		
	Hospital San Vito	0	0		
	Hospital Golfito	0	1		
	Hospital Tomás Casas	0	0		
	Clinica Marcial Fallas	0	0		
	Clinica Solom Núñez	0	0		
	Clinica Moreno Cañas	1	0		
Red de Servicio Calderón Guardia	Hospital Calderón Guardia	6	5	8	8
	Hospital Tony Facio Castro	0	0		
	Hospital de Guápiles	0	0		
	Hospital William Allen	1	0		
	Hospital Max Peralta	1	2		
	Clinica Jiménez Núñez	0	0		
	Clinica de Coronado	0	1		
	Clinica Carlos Durán	0	0		
	Clinica Central	0	0		
Red Hospitales Especializados	Centro Nacional de Control del Dolor y C.P.	1	1	10	21
	Hospital Nacional Psiquiátrico.	0	1		
	Hospital Roberto Chacón Paut.	0	0		
	CENARE	0	0		
	Hospital Raúl Blanco Cervantes.	9	19		
<b>Total Plazas y recurso Humano Ámbito Institucional</b>		<b>30</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>40</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de D.R.H.-CCSS.

Desde el punto de vista de la edad y antigüedad de este recurso humano, se obtiene la siguiente información:

**Tabla 6: Distribución del número actual de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología, CCSS, según Edad y Antigüedad, febrero 2008**

Edad años según Rangos	Antigüedad en años según rangos					Total	
	= 8	8-16	17-24	25-32	>32	Abs	Rel
=35	7	4				11	27,5%
35-43		14	3			17	42,5%
44-51		2	4			6	15,0%
52-59			2	3		5	12,5%
>60					1	1	2,5%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Abs:** Valores Absolutos    **Rel:** Valores Relativos (porcentuales)

**Fuente:** Elaboración propia con datos de Recursos Humanos, CCSS, 2008.

De la tabla anterior, se desprende que la población de Especialistas en Geriatría y Gerontología, es una población relativamente joven, por cuanto el 70% de los profesionales tienen edad iguales o menores a 43 años.

El 30% restante se ubican, principalmente en el estrato que comprende "más de 44 años y menos de 60 años". Actualmente, se tiene únicamente un profesional en el ámbito estudiado con más de 60 años y 32 años de Antigüedad Laboral, recientemente jubilado.

### 3.2 Necesidades de Médicos Especialistas según Plazas Vacantes

Para realizar el presente análisis, es necesario retomar la información visible en la tabla 5 (página 33), por cuanto el análisis individual de necesidades por Establecimiento de Salud, podría sugerir que sería necesario formar Especialistas en Geriátrica y Gerontología, para "llenar" plazas disponibles en estos Centros de Salud. Este caso caracteriza a la Dirección Regional de Servicios Médicos Huetar Norte, Área de Salud Puntarenas, Hospital Monseñor Sanabria, Área de Salud Santo Domingo, Clínica Moreno Cañas, Hospital Calderón Guardia y el Hospital William Allen.

No obstante, al observar el total de plazas se desprende del análisis que la CCSS cuenta con 30 plazas para el nombramiento de los Especialistas en Geriátrica y existen actualmente 40 profesionales formados. Lo anterior, lleva a la conclusión que no existen necesidades de formación, según este criterio de análisis.

Se visualiza aquí un problema de distribución de recursos, en la que los profesionales son renuentes a laborar en hospitales regionales y periféricos, de acuerdo a razones no analizadas en el presente documento (esto por cuanto no corresponde con los objetivos del estudio).

### 3.3 Necesidades de Médicos Especialistas según Jubilación

De acuerdo al análisis presentado en la sección anterior, es posible estimar el número de personas que será necesario formar a nivel de Especialidad en Geriátrica y Gerontología, proyectando su posible retiro a partir de los 62 años de edad y 32 años de Antigüedad Laboral. Según lo anterior, se obtiene la información de la siguiente tabla:

**Tabla 7: Distribución de Geriatras CCSS, según Red de Servicios, Establecimiento y posible año de Jubilación.**

Red de servicios	RRHH	Corto		Mediano			Largo				Total
	Actual	2011	2013	2014	2015	2016	2022	2023	2024	2025	
Rafael Calderón Guardia	8								1	1	2
Hospitales Especializados	21	1	1	1	1	2					6
Total Red Hospital México	7						1			1	2
Hospital San Juan de Dios	4							1			1
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia según datos de Recursos Humanos CCSS, 2008



Se observa en la tabla que 6 Geriatras se encuentran próximos a jubilarse. Estos corresponden a Especialistas del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Adicionalmente, es necesario mencionar que en el estudio de Especialidades Médicas elaborado en el año 2006 por el Área de Planificación de Recursos Humanos del CENDEISS, se indica que existen en este mismo Centro un total de 7 Médicos Internistas próximos a jubilarse y cuyo interés por parte de las autoridades locales, es que sean sustituidos por Especialistas en Geriatria y Gerontología<sup>28</sup>.

### 3.4 Necesidades de Médicos Especialistas según Ley 7935

Según se indicó en el apartado 1.5, la Ley Integral para la Persona Adulto Mayor, establece la obligatoriedad de la CCSS de crear y fortalecer servicios de Geriatria y Gerontología en todos los Hospitales de la CCSS.

Del análisis del apartado 3.2 se puede listar los requerimientos de recurso humano especialista en Geriatria y Gerontología, según la tabla 8 (siguiente página).

Véase que algunas de los Centros Médicos indicados en la tabla, cuentan con la plaza presupuestaria, para el eventual nombramiento del Médico Especialista. Sin embargo, en la mayoría de ellas, la CCSS debe resolver esta situación, asignando tanto el profesional como la plaza respectiva.

Según el criterio de expertos existe una población de pacientes mayores de 60 años que presentan una sintomatología discapacitante (Movilidad reducida, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual, entre otros) que amerita la evaluación de un Médico Especialista en Geriatria y Gerontología<sup>29</sup>, información que debe tomarse en cuenta para determinar las necesidades de formación y dotación de especialistas.

---

<sup>28</sup> CENDEISS, CCSS. "Diagnóstico Necesidades de Especialistas Médicos". Área de Planificación Recursos Humanos.2006.p.p.194-195.

<sup>29</sup> Opinión de Especialistas en Geriatria y Gerontología. "Gigantes de la Geriatria", octubre 2007.CCSS,s.p.

**Tabla 8: Necesidades de Especialistas en Geriatría y Gerontología para las Redes de Servicios de Salud, 2008.**

Red de Servicio	Centro Médico	Número Plazas	Necesidades	Total según Red de Servicio
Red de Servicio del Hospital México	Hospital México	0	3	11
	Dirección Regional Huetar Norte	1	1	
	Hospital los Chiles	0	1	
	Hospital Max Terán	0	1	
	Hospital Monseñor Sanabria	2	1	
	Área Salud Santo Domingo	1	1	
	Hospital San Francisco de Asís	0	1	
	Hospital Upala	0	1	
	Clínica Clorito Picado	0	1	
Red de Servicio San Juan de Dios	Hospital San Vito	0	1	5
	Hospital Tomás Casas	0	1	
	Clínica Marcial Fallas	0	1	
	Clínica Solom Núñez	0	1	
	Clínica Moreno Cañas	1	1	
Red de Servicio Calderón Guardia	Hospital Tony Facio Castro	0	1	6
	Hospital de Guápiles	0	1	
	Hospital William Allen	1	1	
	Clínica Jiménez Núñez	0	1	
	Clínica Carlos Durán	0	1	
	Clínica Central	0	1	
Red Hospitales Especializados	Hospital Roberto Chacón Paut.	0	1	2
	CENARE	0	1	
Necesidades de Especialistas en Geriatría y Gerontología		6	24	24

Fuente: Elaboración propia

### 3.5 Necesidades de Especialistas según Compromisos de Gestión

El análisis de la información suministrada por los diferentes Centros Hospitalarios, Clínicas Mayores y Oficinas Médico-Administrativas, muestra que la atención de la población adulta mayor posee un componente general dentro de los Compromisos de Gestión, en el cuál se pacta, entre otros, algunos indicadores del riesgo bio-social cuyo objetivo es garantizar la atención integral en salud y la promoción de estilos de vida saludables en las personas mayores de 60 años, con criterios de calidad en el primer y segundo nivel de atención no hospitalario<sup>30</sup>.

A nivel hospitalario, entre otros, se fortalece la atención con patologías como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitas, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cardiopatía Isquémica atendidas según norma<sup>31</sup> como parte de la sección de Medicina Interna y Medicina General, lo anterior, en virtud de que en la gran mayoría de los Centros que brindan atención a esta población se carece de Servicios de Geriatria y Gerontología, lo que es motivo de preocupación.

Destaca el caso del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón, que posee un Servicio Geriatria (depende del Servicio de Medicina Interna) estructurado de conformidad con lo establecido en el "Plan de acción para el desarrollo del sistema de la tercera edad de la Caja Costarricense de Seguro Social" dictado por la Gerencia División Médica y aprobado por la Junta Directiva mediante el artículo 20 de la Sesión 6558 del 26 de Septiembre de 1991<sup>32</sup>.

Este Hospital en el ámbito institucional cuenta con un servicio diferenciado en la Atención de Adultos Mayores, y con el área física destinada a la consulta externa especializada conforme a la Ley 7935. Posee, además, un consultorio dentro del área física para la atención de familiares de pacientes de Hospitalización Domiciliar así como la atención de adultos mayores en la consulta externa todos los días. En la actualidad se dispone médicos asistentes especialistas en geriatría y gerontología. Tiene asignación de camas hospitalarias además de personal especializado otorgado y financiado por este hospital. Es un Servicio creado exclusivamente para la atención de adultos mayores<sup>33</sup>. Estos elementos le han permitido sobrepasar la meta establecida en los Compromisos de Gestión según lo indicado por las jefaturas respectivas.

El Hospital Nacional Especializado en Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes cuyo abordaje integral de la población adulta mayor favorece los procesos de capacitación, información, docencia e investigación de profesionales en dicho campo a nivel de postgrado, con proyección a la comunidad. El quehacer profesional se realiza en los diferentes servicios con que cuenta el hospital, a saber: Consulta Externa, Valoración, Hospitalización, Hospital de Día, Mediana Estancia, Rehabilitación Integral, Unidad de

---

<sup>30</sup> CCSS. " Los Compromisos de Gestión".Desafíos de Implementación 1997-2007.2006.p.53

<sup>31</sup> *Ibid.*,p.75

<sup>32</sup> CCSS. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Servicio de Geriatria."Presupuesto 2008".p.4.

<sup>33</sup> *Ibid.*,p.8.

Cuidados Comunitarios y el Comité de Atención al Anciano Agredido y Abandonado. Este nosocomio es el ente especializado cuya evaluación en su compromiso de gestión es pactada de manera integral con una nota promedio en el periodo evaluado 1999-2006 del 91.5%<sup>34</sup>. Posee una demanda en sus servicios dada la gran escasez de profesionales especialistas de geriatría en la mayoría de los establecimientos de salud (Hospitales Nacionales, Regionales, Especializados y Clínicas Mayores) que no cuentan con Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología ni Servicios de Geriatría debidamente constituidos.

Al consultar a las autoridades locales, en cuanto a requerimientos de recurso humano especialista en Geriatría y Gerontología, para el cumplimiento de los Compromisos de Gestión, es necesario indicar la coincidencia entre este grupo profesional, en cuanto a que a mayor cantidad de especialistas, se podrá mejorar los índices de producción hospitalaria con lo pactado por el Centro Médico.

---

<sup>34</sup> CCSS. Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. DG-456.(16/11/2007)

### 3.6 Necesidades de Geriátras según variables epidemiológicas

Desde el punto de vista epidemiológico, la estimación de necesidades de Especialistas en Geriátrica y Gerontología, debe estudiarse desde varias variables, entre las que destacan el crecimiento poblacional. Al respecto, se muestra según las redes de servicio, esta proyección del crecimiento poblacional donde se presentará un incremento de la población adulto mayor el cuál duplica el porcentaje de un 5.5% para el año 2005 y un 11% para el año 2020, y la estimación de 12.6% para el año 2025. (Ver tabla 9)

**Tabla 9: Crecimiento de la población adulto mayor en Costa Rica  
Proyección 2007-2020**

Año	Población			% de PAM	Total de Población Adulta Mayor		
	Red Hospital México	Red San Juan Dios	Red Calderón Guardia		Red Hospital México	Red San Juan Dios	Red Calderón Guardia
2007	1920037	1118558	1148046	5,9%	113282	65995	67735
2010	2004034	1184881	1502669	6,5%	130262	77017	97673
2015	2221756	1421603	1672483	8,9%	197736	126523	148851
2020	2307660	1522720	1737455	11,0%	253843	167499	191120
2025	2455350	1620174	1848652	12,6%	309737	204141	232930

PAM=Población adulto Mayor

Fuente: Planificación Institucional 2007 con proyecciones INEC  
Dra.Vilma García C. CEDES0 (Elaboración)

Al establecer el criterio técnico (ver apartado 2.3) de que por cada 5000 adultos Mayores los servicios de salud deben incorporar un Médico Especialista en Geriátrica y Gerontología, entonces, de la tabla anterior podemos estimar la cantidad de Médicos Especialistas requeridos en la CCSS y proyectados al 2025:

**Tabla 10: Estimación de Requerimientos de Especialistas en Geriátrica y Gerontología según crecimiento poblacional  
Estimaciones al 2025**

Año de Proyección	Población estimada de Adultos Mayores			Requerimientos de Especialistas		
	Red Hospital México	Red San Juan Dios	Red Calderón Guardia	Red Hospital México	Red San Juan Dios	Red Calderón Guardia
2007	113282	65995	67735	23	13	14
2010	130262	77017	97673	26	15	20
2015	197736	126523	148851	40	25	30
2020	253843	167499	191120	51	33	38
2025	270089	178219	203352	62	41	46

Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 debe entenderse de forma que, los requerimientos de Personal Médico Especialistas, se consideran en relación directa con las demás variables estudiadas en la presente investigación. Es decir, la

cantidad de recurso requerido e indicado para un año en particular, considera las otras variables aquí indicadas.

Al analizar estos datos con la capacidad institucional actual, se obtiene que para el caso de la Red de Hospital México, se estarían requiriendo, según la variable poblacional, un estimado de 23 Especialistas al 2007. De la tabla 5 se observó que esta Red tiene siete profesionales y de la tabla 8 se estableció que existe una brecha de 12 Geriatras, por lo que sería necesario la dotación adicional de 4 especialistas más para acercarse a la cifra requerida en el año 2007.

Debe entenderse los datos de la tabla anterior, como el número de Médicos Especialistas que necesita la Red, razón por la que, para efectos de "aislar" las necesidades de este componente, es necesario "restar" los profesionales que están actualmente laborando. Además, disminuir las cifras de acuerdo con la estimación realizada en las otras variables aquí estudiadas. En conclusión, la tabla de requerimientos de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología, de acuerdo a la variable de la estimación del la proyección del crecimiento poblacional, se establece según la siguiente tabla:

**Tabla 11: Estimación de Requerimientos de Especialistas en Geriatría y Gerontología según crecimiento poblacional,2007-2025.**

Año de Proyección	Requerimientos de Especialistas			Total
	Red Hospital México	Red San Juan Dios	Red Calderón Guardia	
2007	5	4	6	15
2010	3	2	6	11
2015	14	10	10	34
2020	11	8	8	27
2025	11	8	8	27
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>114</b>

Fuente: Elaboración propia

En caso de la Red San Juan de Dios, actualmente la red cuenta con cuatro profesionales y presenta una brecha de recurso humano de cinco profesionales, razón por la que es necesaria la formación y dotación de cuatro Especialistas en esta área para la cifra de 15 requeridos en el 2007.

Finalmente, la Red del Calderón Guardia cuenta con nueve profesionales y una brecha de recurso humano de cinco profesionales, por lo que según la tabla anterior, si se "cierra" esta diferencia del personal requerido, esta red estaría trabajando acorde con las proyecciones de crecimiento poblacional.

La ubicación de estos Geriatras es un asunto que es de competencia de las autoridades médicas institucionales.

### 3.6.1. Factores condicionales Red Hospital México

Las autoridades del Hospital México coinciden que entre un 60% -65% de los adultos mayores hospitalizados presentan una estancia prolongada por factores propios de la patología de esta población por lo que se solicita un Geriatra en el corto plazo.

En caso de la zona de San Carlos, según el PAO 2007 los adultos mayores se estima en 11514 (Los Chiles 2613 y San Carlos 8901). Al respecto, debe indicarse que el principal problema relacionado con la atención del adulto mayor, está relacionado con la accesibilidad del servicio, en virtud de la cantidad de kilómetros que las personas adulto mayores deben recorrer para recibir la atención médica. Un adulto mayor en Los Chiles, debe desplazarse alrededor de 100 kilómetros para ser atendido por el Geriatra del Hospital San Carlos.

Se requiere la incorporación del Médico Especialista en Geriatría y Gerontología en la zona de San Carlos, para apoyar la educación continua de los Médicos de la zona como el curso básico de Geriatría al primer nivel. Entre otros aspectos, tendría la responsabilidad de coordinar con los diferentes actores sociales de la comunidad el fortalecimiento y mejoramiento la calidad de vida del adulto mayor, esto en virtud de que la zona presenta una población dispersa y migrante con algunas zonas muy alejadas que dificultan el traslado y atención de esta población cuyas patologías propias de la longevidad dificultan su traslado

En la Región Pacífico Central, la cantidad de adultos mayores es de alrededor de 30832 por lo que, al ser analizada desde el estándar de la relación médico/paciente, se necesitarían especialistas, sin embargo, se cuenta solamente con un especialista recientemente ubicado a pesar de existir tres plazas presupuestarias para los respectivos nombramientos.

La Región Central Norte, que cuenta con cuatro hospitales y al ubicarse en el Gran Área Metropolitana, presenta la mayor proporción de población, debido a alta densidad demográfica, que se ve reflejada en la cantidad de consultas al Médico Especialista en Geriatría.

El Hospital de Alajuela (35392 Adultos Mayores) cuenta con el Servicio de Hospital de Día, cuya área física se encuentra debidamente equipada, además del recurso humano destinado para este fin. Lo anterior, permite la atención adecuada para los personas adultas mayores y disminuye significativamente la estancia hospitalaria de los pacientes con patologías crónicas con atención y supervisión clínica continua y que, dadas sus características no requieren hospitalización, según la opinión de expertos locales.

El Hospital de Día Geriátrico brinda su atención de lunes a viernes en horario de 7am a 4pm y se piensa ampliar su horario a 16 horas en el corto plazo. Esta alternativa posee entre sus ventajas facilitar el rápido y eficaz acceso al sistema de salud, ofrecer una asistencia con una contención efectiva del paciente, ampliar la oferta terapéutica, disminuir el riesgo de recaídas y favorece la integración social, su porcentaje de éxito es alrededor del 70% para los pacientes que finalizan el régimen terapéutico.

El servicio del Hospital de Día le permite al adulto mayor ser valorado en un tiempo menor de 8 días. Para mantener y mejorar este servicio es urgente dotar de otro Geriatra más que aporte en la capacitación a médicos generales, atención domiciliar, familiar, consulta externa y valoración.

En el caso del Hospital San Vicente de Paúl, debe indicarse que existe demanda de la población Geriátrica la cuál es atendida por el servicio de Medicina Interna de este hospital. Actualmente se cuenta con un Especialista en Geriatría y Gerontología ubicado en una plaza de medicina interna que no ha podido desarrollar actividades propias de esta especialidad dada la escasez de recurso humano que posee el hospital, asociado al deterioro de su planta física próxima a sustituirse.

Esta en proyecto el Hospital de Día, que obedece a la longevidad de la población, además, de que esta alternativa permite la reducción de estancia hospitalaria que en la actualidad supera los 15 días en algunos casos y favorece la rehabilitación del adulto mayor. El hospital no cuenta con Servicio de Geriatría como tal y el promedio de espera de citas control para el adulto mayor se encuentra a seis meses.

El Hospital de San Ramón (11,990 Adultos Mayores) cuenta actualmente con un Médico Especialista En Geriatría y Gerontología, que desarrolla programas de atención al adulto mayor, razón por la que la incorporación de un Médico adicional mejoraría la calidad en la prestación del Servicio, sobre todo en el ámbito relacionado con la visita domiciliar y el Hospital de Día.

El Hospital San Francisco de Asís, presenta una población de 11397 adultos mayores, sin embargo, no cuenta con Médico Especialista en Geriatría, razón por la que se observan efectos a nivel de la saturación de la consulta externa en medicina interna, el servicio de Emergencias principalmente fines de semana y se prolongan las estancias hospitalarias.

Otro aspecto condicionante es que en los últimos años, se ha observado una inmigración de personas jubiladas que instalan sus "casas de descanso" en el sector de Grecia, debido entre muchos factores a la tranquilidad y belleza de la zona. Sin embargo, esto afectará la demanda de servicios.

La Región Chorotega posee una de las poblaciones más longevas del país. Las autoridades locales mencionan que existen 2 Especialistas en Geriatría y Gerontología distribuidos uno en el hospital regional y otro en el hospital periférico. No cuenta con servicio de Geriatría por lo que el especialista depende del Servicio de Medicina Interna. Se brinda el servicio de consulta externa y valoración Geriátrica, dónde el volumen de atención se hace insuficiente para que el especialista disponga del tiempo suficiente para desarrollar otros programas.

La zona de Liberia posee una población adscrita de 12,500 adultos mayores y según las estadísticas del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, el 60% del total de internamientos corresponde a adultos mayores. Solamente cuenta con un único Médico Especialista en Geriatría y Gerontología que no puede atender todos los programas y proyectos relacionados con la atención adulto mayor.



El Hospital La Anexión, con un estimado de 9729 Ciudadanos de Oro que crece 10% anualmente. En las comunidades adscritas a este Centro Médico se encuentran los adultos mayores más longevos de Costa Rica. No se ha podido desarrollar ningún programa de prevención y promoción por parte del profesional salvo la consulta externa y valoración Geriátrica la cuál es numerosa. Las autoridades manifiestan que aproximadamente el 60% de la población que se encuentra internada es muy longeva con múltiples patologías crónicas, movilidad reducida en algunos casos lo que aumenta los días de estancia hospitalaria a 17 días en promedio. El Geriatra se encuentra en una plaza de Medicina General con ascenso interino.

El Hospital de Upala, presenta características idénticas a la zona norte, con población adulta mayor migrante, de condición precaria y largas distancias para la atención Médica. La población geriátrica corresponde a 2259 adultos mayores y el 80% de los internamientos corresponden a adultos mayores con patologías que ameritan la atención especializada.

Finalmente en el análisis de esta red, se ubica la Clínica Dr. Clorito Picado, que presenta un problema biosocial ya que la población adscrita es de una zona conflictiva como lo es la Comunidad de la Carpio y León XIII.

Las autoridades locales indican que la clínica lleva a cabo algunos programas de atención domiciliaria, familiar y consulta externa (valoración). Existe un grupo de adulto mayor que se reúne semanalmente. Las citas para la atención del adulto mayor de enfermedades crónicas se encuentran a dos meses y son valorados por el especialista en Medicina Interna. Es necesario el especialista en Geriatria y Gerontología para efectuar el abordaje Geriátrico y para capacitar a los Médicos Generales y demás personal en el manejo y tratamiento del paciente geriátrico, estilos de vida saludables y otros programas propios de este recurso humano y sobre todo que los pacientes resuelvan en la clínica y no ser referidos al Hospital Nacional Especializado en Geriatria y Gerontología Blanco Cervantes por el aumento de las patologías crónicas y discapacitantes propias de la edad

### 3.6.2. Factores condicionales Red San Juan de Dios

El Hospital San Juan de Dios encabeza esta red de Servicio, que se considera la más pequeña de las tres, sin embargo, es la que presenta la mayor distancia de desplazamiento entre el Centro Médico más lejano (San Vito) y el hospital "cabecera" (San Juan de Dios). La estancia hospitalaria corresponde a los 45 % de adulto mayores y en su mayoría es atendida por los especialistas en medicina interna. Recibe una gran población directa de adultos mayores la cuál asciende a 67352 según fuente de estadísticas de este centro.

Actualmente existe una especialista en Geriátría y Gerontología ubicada en una plaza de ortopedia con aporte en la valoración pre-operatoria del adulto mayor, además, comité de agresión y valoración cognitiva clínicas de caídas.

Respecto a los Hospitales de la Región Brunca, las circunstancias son particulares de acuerdo con la zona.

El Hospital Dr. Escalante Pradilla (Hospital Regional) aumentó la cantidad de consultas por parte de la población adulto mayor en un 7%; además según indican las autoridades locales, el 60% de los egresos hospitalarios corresponden a esta población. En la actualidad el centro cuenta con un especialista en Geriátría y Gerontología en propiedad, el cual manifiesta dificultad por la cantidad de adultos mayores que debe atender lo que limita otras funciones del Geriatra como son: la atención domiciliar, capacitación, charlas y visitas a los hogares de ancianos. Además, se pretende reducir los días de estancia hospitalaria, con la implementación del proyecto del Hospital de Día. Por último, es necesario el fortalecimiento e independencia del Servicio de Geriátría y Gerontología adscrito actualmente al Servicio de Medicina Interna del hospital

En el caso de Ciudad Neily (Hospital Periférico) posee población adulto mayor directa de 1993 y la indirecta 6827 para un total 8820, según estadísticas locales. Cuenta con un médico especialista en Geriátría y Gerontología quien está nombrado en una plaza de Medicina Interna desde hace varios años. Este centro mantiene una consulta Geriátrica separada de Medicina Interna, además de un número de camas para esta especialidad. El tiempo de espera en la citas se encuentra a 30 días por lo que se considera bastante adecuado para el centro. Existe una limitación de tiempo para poder efectuar capacitación a los Médicos Generales del primer y segundo nivel de atención sobre todo en el abordaje y seguimiento de la atención al adulto mayor lo que contribuye en la prevención y promoción de los estilos de vida saludables, y otros.

El Hospital San Vito, posee con una población adulto mayor que asciende a 3,445 pacientes con una tendencia al igual que el restante territorio nacional hacia el crecimiento en el corto plazo. El 12% de referencias y contrarreferencias corresponden a esta población por lo que de contar con el recurso humano especializado esta cifra podría disminuirse significativamente en los costos y sobre todo el beneficio al paciente y su familia.

En el Hospital de Golfito labora recientemente un Especialista en Geriátría y Gerontología el cual está ubicado en una plaza de Medicina Interna y cuyas labores de esta especialidad realiza mayoritariamente en virtud de que no se cuenta con internista. El 80% de los ingresos hospitalarios son adultos mayores, por lo que este recurso es imprescindible para el centro. Es necesario capacitar a los médicos generales en el manejo el cual es complejo en esta población donde los pacientes crónicos que requieren seguimiento y valoración profesional son muchos. Las citas para especialistas se encuentran a 4 meses ante la ausencia del médico internista.

El Hospital Dr. Tomás Casas Casajus, de reciente construcción, presenta accesos adecuados para la población adulto mayor de la zona. Según las autoridades locales, la zona rural donde está ubicado el hospital debe mejorar la atención Integral del adulto mayor promoviendo los estilos de vida saludables, reducir las citas de espera en esta población y capacitar a los niveles inferiores cuyo volumen de consulta es resolver para no saturar el acceso al segundo nivel de atención.

Esta red de Servicio tiene adscrito tres Clínicas Mayores, a saber, Dr. Marcial Fallas, Dr. Solon Núñez y Dr. Moreno Cañas. La situación es idéntica en este ámbito, en cuanto a la alta densidad demográfica y otros problemas de carácter social y cultural.

La Dr. Marcial Fallas atiende a una población adulto mayor de 27722, según estadísticas locales, lo que corresponde a un 7.5% del total adscrito a esta clínica. Las otras dos Clínicas presentan estadísticas bastante similares. Se debe especificar, que ante la ausencia de Médicos Especialistas, toda esta población está siendo atendida por los Médicos Especialistas en Medicina Interna.

### 3.6.3. Factores condicionales Red Calderón Guardia

La Geriátría y Gerontología en Costa Rica tuvo sus inicios en este nosocomio y se mantiene como el único Hospital Nacional que cuenta hasta este momento con un servicio diferenciado en la Atención de Adultos Mayores y una área física destinada a la consulta externa especializada conforme lo establece la Ley 7935, además de un consultorio reservado para la atención de familiares de pacientes de Hospitalización Domiciliar.

En la actualidad existen seis médicos asistentes especialistas en geriatría y gerontología, con un personal especializado conferido y financiado por el hospital. La red de adscripción directa e indirecta es extensa. Aproximadamente con una población total de 1500000 en el área indirecta y 400000 en el área directa del hospital y donde los Adultos Mayores alcanzan a 108178 pacientes.

El Servicio de Geriátría mantiene un programa de telemedicina orientado al fortalecimiento de la red de servicios que busca descongestionar el tercer nivel de atención con el fortalecimiento del primer y segundo nivel. En un plazo de 2 años, se proyecta expandir las actividades de atención médica y de enfermería en el campo preventivo, curativo, y rehabilitador de las áreas de Hospitalización, Consulta Externa y Hospital de Día.

En la Región Atlántica, que cuenta con dos Hospitales, no hay especialista en Geriátría y Gerontología, razón por la todos los adultos mayores de esta zona deben ser referidos al Hospital Dr. Calderón Guardia. Además esta zona tiene una población indígena de difícil acceso, con recursos paupérrimos y el problema de movilización de esta a los centros de atención requiriéndose con urgencia la atención domiciliar en algunos casos calificados. Los adultos mayores de la región presentan problemas sociales, económicos, algunos son víctima de abusos físicos, maltrato y abandono. Existe una alta incidencia de patologías demenciales en especial esquizofrenias, demencia senil y otras de tipo psiquiátrico que requieren de la valoración especializada y con una población creciente.

La Región Central Sur presenta una combinación de tipo de población; por un lado, cuenta con zonas urbanas de alta densidad y por otro, zonas indígenas de difícil acceso geográfico y cultural. Solamente el Hospital Dr. Max Peralta cuenta con Especialista en Geriátría y Gerontología, mientras que el Hospital Dr. William Allem carece del recurso.

En las Clínicas Mayores, se cuenta con la Clínica Dr. Jiménez Núñez, Dr. Carlos Durán y Central. La situación es similar a lo comentado para las otras redes de servicio, en cuanto a que, no se cuenta con el Médico Especialista en Geriátría y Gerontología, para la atención de la población del Área Metropolitana.

### 3.7 Total de Necesidades de Especialistas

Al analizar las variables estudiadas en el presente documento, es necesario indicar que al “triangular” los datos relacionados con las necesidades de formación o dotación de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología, las estimaciones de la tabla 7 (Jubilación), tabla 8 (Ley 7935) y la tabla 11 (crecimiento poblacional), se combinan para establecer necesidades de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología, a nivel de Formación y Dotación.

Sin embargo, cuando se habla de dotación y formación no necesariamente pueden establecerse diferencias, ya que si se dota de más especialistas, necesariamente habrá que formarlos, por cuanto no existen en el país.

En resumen, la tabla 12, resume las necesidades de Médicos Especialistas para la CCSS, con proyección 2007-2025:

**Tabla 12: Distribución de Requerimientos de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología según red de Servicios, (Dotación y Formación) 2008-2025.**

Red de Servicio	RRHH Actual	Formación		Dotación		Total
		Jubilación	Plazas Vacantes	Ley 7935	Crecimiento Poblacional*	
México	7	2	0	11	44	57
San Juan de Dios	4	1	0	5	32	38
Calderón Guardia	8	2	0	6	38	46
Hosp. Especializados	21	6	0	2		8
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>114</b>	<b>149</b>

\*1 Según estándar de 1 Médico Geriatra por cada 5000 Adultos Mayores.

Fuente: Elaboración propia.

Para ver el desglose de las necesidades de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología de cada centro de salud, ver anexo # 3.

Se puede proyectar la cifra de la tabla # 12 según los años de estudio, para lo cual se plantea la información de la tabla # 13, donde se describen las necesidades de especialistas, su distribución en la red de servicio y la estimación al año 2025.

**Tabla 13: Distribución de Requerimientos de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología según red de Servicios, (Dotación y Formación) 2008-2025.**

Red de Servicio	RRHH Actual						Total
		2008	2010	2015	2020	2025	
México	7	23	3	13	9	9	<b>57</b>
San Juan de Dios	4	11	2	8	9	8	<b>38</b>
Calderón Guardia	8	16	6	4	9	11	<b>46</b>
Especializados	21	2	1	2	2	1	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>52</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>149</b>

Fuente: Elaboración propia.

### 3.8 Comparación de Estimaciones

El presente apartado pretende comparar la estimación realizada con los datos aportados en el estudio realizado por el Área de Planificación de Recurso Humano del CENDEISS sobre las Necesidades de Especialistas Médicos para al Caja Costarricense de Seguro Social Proyección 2006-2017.

En el estudio realizado para el año 2006 de Necesidad de Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología se estiman un total de 63 especialistas para el año 2015, mientras que en la tabla # 13 del presente documento se observa la necesidad de dotación al mismo año proyectando un total 91 Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología .

Las diferencias en las estimaciones pueden deberse a las siguientes razones :

- a) El documento del 2006 se preparó para las 52 especialidades. Por lo tanto la especificidad y exhaustividad de las variables es limitada.
- b) Esta investigación consideró variables e indicadores relacionados directamente con la población Adulto Mayor por lo que la calidad y cantidad de los datos favorecieron una mejor estimación.
- c) Los requerimientos de especialistas médicos podría presentar una tendencia hacia el incremento en todas las demás especialidades por lo que se deben continuar con los estudios de necesidades de especialistas médicos en todas sus disciplinas.

## 4 Conclusiones

Costa Rica presenta cambios en los inicios del siglo XXI los cuales obedecen principalmente a: progresos de la medicina, extensión de la cobertura en la atención de la salud, mejoramiento de las condiciones sanitarias del país y el aumento de la población adulta mayor, entre otros factores. Todo esto condujo a una transición demográfica que se caracteriza por la natalidad descendente y una mortalidad baja, que se traduce en un aumento de la longevidad de las personas.

El análisis de las necesidades de dotación de médicos especialistas en Geriátría y Gerontología, debe realizarse desde una perspectiva multifactorial, en la que intervienen variables de oferta y demanda. Las estimaciones realizadas en el presente informe de investigación, pretenden estimar de forma objetiva y válida, los valores reales de la cuantificación de la necesidad de este recurso humano.

Se aplicaron diversos estándares entre las que destacan el parámetro internacional de un Médico Especialista en Geriátría y Gerontología por cada 5,000 adultos mayores, la proyección de la jubilación de los actuales profesionales, el crecimiento poblacional, la norma implícita en la Ley de Atención a las Personas Adultas Mayores (7935), entre otras, demostrando de forma objetiva que en muchos casos es necesario la dotación de recursos humanos, mientras que en otros es requerida la dotación de más recursos, ya sea para dotar los centros que no cuentan con el recurso o para completar las plazas presupuestarias existentes.

Las necesidades de estos especialistas varían entre los Hospitales Especializados, Nacionales, Regionales, Periféricos, además, de la Clínicas Mayores cuya permanencia se circunscribe a la Consulta Externa y Valoración, Atención domiciliaria, Hospital de Día, y otros, por lo que además contribuye en el fortalecimiento de las redes de atención a nivel comunitario, la capacitación de los cuidadores para la atención de los adultos mayores frágiles de alto riesgo en su hogar. El Geriatra tiene un papel trascendente en el quehacer de la coordinación del trabajo en equipo entre diferentes disciplinas del ámbito de salud, para el bienestar del adulto mayor.

Esta investigación demuestra la urgencia de crear y fortalecer servicios de Geriátría en todos los hospitales generales además de la atención de geriátría en los Hospitales Regionales y las Clínicas III y IV con la asesoría del Hospital Especializado en Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes como lo establece la ley 7935 promulgada desde el abril del 2002, la cual en la gran mayoría del territorio nacional no se cumple.

El perfil epidemiológico del adulto mayor muestra en el diagnóstico una población adulta mayor con un predominio de las enfermedades de tipo crónico, degenerativas y en algunos casos discapacitantes, tumores, abuso y violencia de que son víctimas esta población en algunas zonas del país. Cabe mencionar que la morbilidad no presentó una variación en las patologías con un predominio de las Enfermedades Cardiovasculares, Endocrinas Metabólicas y Nutrición, algunas de ellas como son: Diabetes Mellitus no insulino dependiente, Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica,

Cardiopatía Izquémica, Accidentes Vascular Cerebral, entre otras. Asimismo la mortalidad del adulto mayor que muestran las estadísticas locales e institucional se nota un predominio en esta población de las complicaciones producidas por los procesos crónicos como son: Hipertensión Arterial y sus complicaciones cardio-renales, vasculares cerebrales Hepatopatía Crónica no Alcohólica (Metabólica)Neoculto, Diabetes Mellitus Tipo II y Neuropatía Diabética, entre otras, información que contribuye para la toma de decisiones institucionales. Es necesario aclarar que en el mismo no se incluyeron los Diagnósticos Geriátricos como tales.

La necesidad de Especialistas en Geriátría y Gerontología y la estimación del posible año de jubilación para el 2025 mostraron que apenas un 5% de los actuales especialistas podría tener derecho a la jubilación.

Las listas de espera para citas en el adulto mayor en general no superan los 3 meses en el área metropolitana y se mantiene un criterio de priorización que se fundamenta en la valoración y recomendación profesional. Sin embargo cabe mencionar que existen grandes necesidades de este recurso humano sobre todo en las áreas más alejadas de la meseta central por lo que aumenta el plazo en los Hospitales Regionales, Nacionales y Especializados.

Las principales causas de referencia y contrarreferencia están relacionadas con el deterioro cognitivo, descompensación enfermedades crónicas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva, Síndrome de inmovilización, Complicaciones de: Accidentes Vascular Cerebral, Fractura de cadera, Enfermedad Renal Crónica y Cardiopatía Isquémica) hacen pensar que de existir este recurso en los centros asistenciales se podría disminuir significativamente el traslado, con una disminución en el costo beneficio de la institución.

Se espera contribuir con el presente estudio de necesidades de especialistas en Geriátría y Gerontología en la toma de decisiones en el ámbito de la formación y dotación de recursos humanos, cuya posterior distribución en el ámbito institucional debe incidir en la calidad de la atención otorgada al adulto mayor de Costa Rica.



## 5 Recomendaciones

La investigación sobre el Diagnóstico de Necesidades de Especialistas en Geriatría y Gerontología y su proyección al 2025 es un elemento técnico que permite visualizar los requerimientos reales así como las recomendaciones que a continuación se enumeran.

- ?? Es necesario fortalecer las redes de servicios y categorizar los diferentes niveles de atención, desde un punto de vista "funcional" más que el meramente administrativo, a fin de protocolizar la atención brindada al Adulto Mayor.
- ?? La Ley Integral para la persona Adulto Mayor y su reglamento enfatiza la necesidad de crear y fortalecer los Servicio de Geriatría en todos los Hospitales, Clínicas III y IV por lo que este estudio evidencia esta carencia institucional.
- ?? Se requiere dotar Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología con una distribución acorde con el perfil epidemiológico y demás factores condicionales, destacando la oferta y demanda de servicios sobre todo en las zonas rurales y urbanas.
- ?? Las Oficinas de Recursos Humanos deben ordenar las plazas existentes en este campo, debido a que muchos especialistas están interinos, otros ocupan una plaza que no corresponde a la especialidad. Lo anterior genera, como se indicó en el análisis, inestabilidad y descontento en los profesionales.
- ?? Se debe revisar la política de incentivos para los Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología que promueva el traslado voluntario hacia las zonas rurales del país.
- ?? La institución debe hacer esfuerzos en infraestructura y recurso humano, relacionado con la atención del adulto mayor, para fortalecer la creación de programas efectivos de fomento a la calidad de vida y la atención a esta población como son: Creación o fortalecimiento del Hospital de Día, visita domiciliaria, familiar, además de la Consulta Externa-Valoración y promoción de estilos de vida saludables para ésta y las futuras generaciones.
- ?? Se deben crear y fortalecer los programas de prevención y promoción de la salud para disminuir el impacto del incremento en las patologías crónicas discapacitantes mediante la divulgación de los estilos de vida saludables como el ejercicio, adecuada alimentación entre otros.
- ?? La institución debe fortalecer los programas de atención al adulto mayor concientizando a la familia de su responsabilidad con el ciudadano de oro en virtud del aumento significativo que experimenta el país de cara al 2025 y donde en la actualidad muchos de ellos son víctimas de maltrato físico, abandono, agresión en el núcleo familiar.

- ?? Se debe aprovechar el recurso humano especializado y la infraestructura con que cuenta la institución para capacitar al personal de salud y mejorar la atención que se brinda al adulto mayor cuya demanda se acrecienta constantemente en los servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa y otros.
- ?? Se requiere mayor divulgación de los programas dirigidos a la Atención del Adulto Mayor como son: telemedicina, charlas dirigidas a la población longeva, a los familiares, abordaje integral de las principales patologías que sufre esta población de manera cuadrifuncional, lo que permite mejorar el conocimiento de los diferentes profesionales ubicados en los niveles de atención y de esta forma contribuir en el sistema de referencias y contrarreferencias con una posible disminución de estas.
- ?? El deterioro cognitivo, entidad clínica previa a la demencia, es una de las principales causas de referencia y contrarreferencia del adulto mayor. Se debe revisar el Programa de Postgrado en Geriátrica y Gerontología y proponer una subespecialización que profundice en el conocimiento de las patologías asociadas a las enfermedades mentales.

## 6 Bibliografía

- ?? Arguedas López, Vilma.,et al. Creación Unidad Comunitaria para el Control y Seguimiento de las Personas Adultas Mayores, Fases Aguda y Crónicas Egresadas de las Psicogeriatrías del Hospital Psiquiátrico. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica,2006
- ?? Boletín Demográfico, CELADE. América Latina y el Caribe: El Envejecimiento de la Población 1950-2050.2003. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos(INEC) (www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml),2006. INTERNET.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social ,Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Servicio de Geriatría,"Presupuesto 2008". San José, Costa Rica.: CCSS, 2007.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social "Los Compromisos de Gestión".Desafíos de Implementación 1997-2007. San José, Costa Rica.: CCSS,2006.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social "UNA CAJA RENOVADA HACIA EL 2025".Planeamiento Estratégico Institucional hacia el 2007-2012 y su Programación de inversiones. San José, Costa Rica.: CCSS 2006.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social,Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. DG-456. San José, Costa Rica.: CCSS,2007.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social. "Modelo de Cultura Organizacional de la Caja Costarricense de Seguro Social". Gerencia División Administrativa. San José, Costa Rica.: CCSS,2006
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social. Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. San José, Costa Rica.:CCSS,Junio,2000.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social. Hospital de Alajuela establece novedosa forma de atención.(www.ccss.sa.cr/html/comunicación/noticias\_),2008.INTERNET.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social. Informe de Evaluación.Gerencia División Administrativa. San José, Costa Rica.: CCSS,2000.
- ?? Caja Costarricense del seguro Social. Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales entre la CCSS y los profesionales en Medicina , San José, Costa Rica.: CCSS, 2004.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social. Plan de la Atención a la salud de las personas 2001-2006. San José, Costa Rica.:CCSS, 2001.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social. Reqlamento de capacitación y dotación, San José, Costa Rica, CCSS,2005.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social "Diagnóstico Necesidades de Especialistas Médicos". Área de Planificación Recursos Humanos. San José, Costa Rica.: CENDEISSS, 2006.
- ?? Cartín S.A. Diagnostico Epidemiológico de la población adulta mayor en Costa Rica para una proyección de servicios a mediano plazo. Contrato23-03-7068,enero,2004.
- ?? Caja Costarricense del Seguro Social "Diagnóstico Necesidades de Especialistas Médicos". Área de Planificación Recursos Humanos. San José, Costa Rica.: CENDEISSS, 2006.
- ?? Centro de Desarrollo Social (CEDESO),2007,s.p.
- ?? Checkway B, Morales Fernando.En la Tercera Edad: New Programmes to Promote The Health of older people in Costa Rica. Ageng and Society. 1990

- ?? Comunicación personal Opinión de Especialistas en Geriatría y Gerontología. "Gigantes de la Geriatría", Caja Costarricense del Seguro Social, octubre,2007.
- ?? Conferencia Inaugural Universidad de Birmingham, Inglaterra,(www.sagg.org.ar/gigantes.-)1976.
- ?? García Camacho, Vilma. "Plan para el Desarrollo de Servicios de Geriatría". Desarrollo de Servicios de Salud. CEDES. San José, Costa Rica.: CCSS, 2007.
- ?? Gobierno Costa Rica. Ley #7935.Ley Integral para la persona Adulta Mayor y su Reglamento. Costa Rica.2002.
- ?? Gobierno de Costa Rica. Norma para la Habilitación de Establecimientos de Salud. San José, Costa Rica.: Gaceta182,2002.
- ?? Gutierrez Robledo, Luis M.,"Actas Del 17<sup>th</sup> World Congress of the Internationals Association of Gerontology" Vancouver, julio vol.135, #3, 2001.
- ?? Guzmán, J. M. "Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe". CELADE/CEPAL (www.eclac.cl/publicaciones/xml/\_),2002.INTERNET.
- ?? Hayward,Charles. Los Gigantes de la Geriatría: Un Estudio de los síntomas de la Vejez.
- ?? Infomed. Revista Cubana de Gerontología y Geriatría. (www.sld.cu/sitios/gericuba/temas\_), 2007 INTERNET
- ?? Instituto Nacional de Estadísticas y Censos(INEC).Boletín Anual Panorama Demográfico. San José, Costa Rica.: INEC, 2007.
- ?? Marín L, Pedro Paulo Reflexiones para considerar en una política pública de salud para la personas mayores . (www.scielo.cl/scielo.php.), 2007.INTERNET.
- ?? Marín Larraín, Pedro Paulo.Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para persona mayores. Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección de Asuntos Públicos. Diciembre #5,2006.
- ?? Ministerio de Salud. Mortalidad y tumores en la población adulto mayor. (www.ministeriodesalud.go.cr/trabajos especiales/adulto mayor),2006.
- ?? Morales,F,Pelaez M..Geriatrics in Latin America.UCR.OPS: 2006
- ?? Quezel,Mariano.ProyectandoenGeriatríacomoespecialidadMédica.(www.sag.or.ac/docs/proyectando) 2007
- ?? Salazar Figueroa, Virginia. Envejecimiento de la Población Costarricense. San José, Costa Rica.:CCSS, 2003
- ?? Scout,R W.Geriatric Medicine: Age and Aging 1979.8(3):
- ?? Sociedad británica de Geriatría. Estándares de Cuidados en Servicios Especializados para Personas Mayores . (www.imsersomayores.csi.es/documentos/britsh),2007
- ?? Sociedad española de geriatra y Gerontología. Tratado de Geriatría Española para Residentes (www.segg.es/segg/tratadogeriatría/main.html),2007.INTERNET.
- ?? Universidad Católica de Chile. La Seguridad Social en Salud y la Tercera Edad. Curso de Departamento de Postgrado Santiago,CEPAL,2000
- ?? Valdivia Lama .J. Síndromes Geriátricos Características de presentación de las enfermedades en eladultomayorDiagnóstico.2003,42(2).www.fihudiagnostico.org.pe/revista/números/2003/

?? Vellas BJ,Wagne JS,Romero L,et al. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatric Soc.1997

?? Warren, Marjorie. Care of Chronic Sick; The Lancet.1946.

## **7 Anexos**

Anexo 1: Técnica de Recolección de Información. Diseño de la Entrevista.

Anexo 2: Expertos Locales Entrevistados.

Anexo 3: Distribución de Necesidades de Especialistas en Geriátrica y Gerontología Proyección 2008-2025



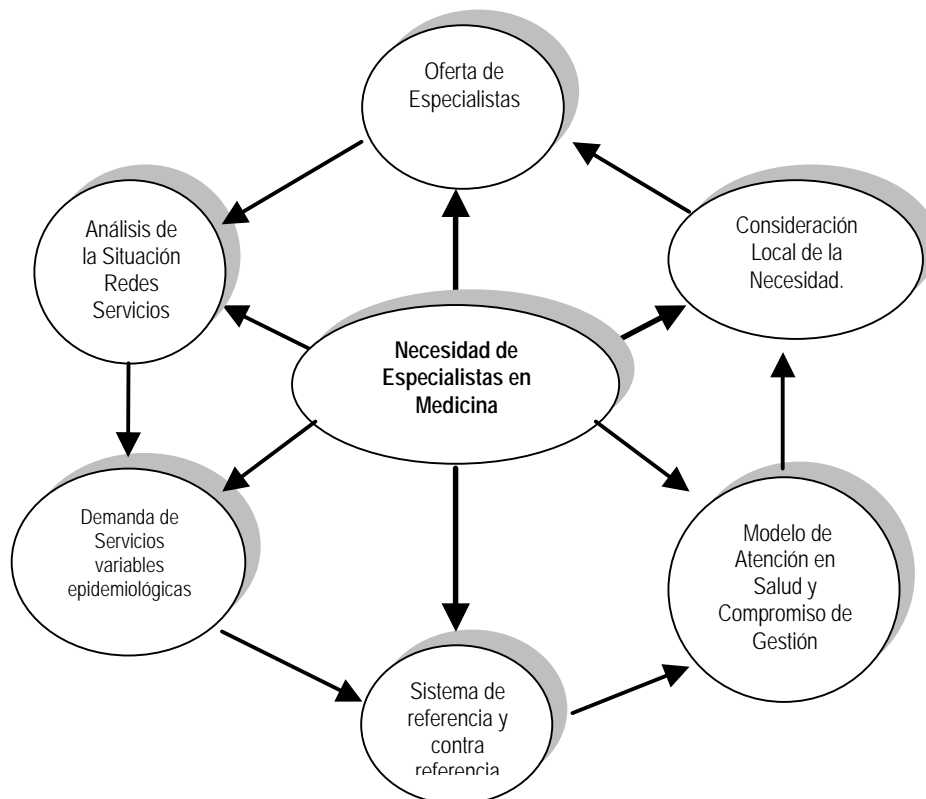
## Anexo 1: Instrumento de Recolección de Información

Entrevista aplicada a Directores y Jefaturas para el Diagnóstico de Necesidades de Formación y Dotación Especialistas en Geriatría y Gerontología .

**Problema:** ¿Cuáles son las necesidades de dotación de médicos especialistas en Geriatría y Gerontología que tiene la CCSS proyectado al año 2025?

**Objetivos:** Identificar la oferta y la demanda actual de la Institución de médicos especialistas en Geriatría y Gerontología proyectado al año 2025.

### Diagrama de Investigación de Necesidades



**Producto Esperado:** Identificación de Necesidades de profesionales en Geriatría y Gerontología según indicadores de salud y condiciones institucionales de referencia.

**Participantes:** Directores, Jefaturas Intermedias y funcionarios profesionales de Geriatría y Gerontología en el nivel Central como en las Unidades de Trabajo desconcentradas.

**Cantidad de Participantes:** El Director o Subdirector, Jefaturas de Servicio Geriatría, especialistas y otros informantes expertos en contenido.

**Fuentes de Dotación:** Documentos institucionales relacionados con el diagnóstico epidemiológico local y nacional, las Evaluaciones del Compromiso de Gestión, Estudios sobre Listas de Espera Indicadores de Salud y demás relacionados en este ámbito.

**Tiempo estimado:** 3 horas

**Preguntas para Informantes.**

---

### Oferta de Profesionales.

#### Análisis de la situación Redes de Servicios

Considerando que los profesionales en Medicina se jubilan en promedio a los 40 años de laborar, ¿Cuántos profesionales en Geriatría y Gerontología se estarán pensionando por año en los próximos 18 años?. Para responder a esto, considere la siguiente relación:

?? Año posible de Jubilación = 2007 + Años posibles de servicio.

#### Modelo de Atención y Compromisos de Gestión

- ?? De acuerdo con el tipo de Hospital que se trata en este caso y considerando las evaluaciones del Compromiso de Gestión realizadas en los últimos tres años. ¿Requiere Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología el Hospital según lo establecido por las autoridades Institucionales?.
- ?? Cuáles áreas de servicio adulto mayor fueron evaluados como deficientes o con potencialidad de mejora según el Compromiso de Gestión.
- ?? ¿Cree usted que estas deficiencias pueden solventarse con más profesionales en Geriatría?
- ?? Cuántos especialidades en Geriatría pretenden abrirse en los próximos 5 años en el Hospital? ¿Habría disponibilidad de plazas?. ¿Habría disponibilidad de equipo tecnológico?.

### Demanda de servicios Geriátricos.

#### Perfil Epidemiológico del Área

Según la Red de Servicios y otros documentos institucionales y nacionales de referencia:

- ?? Cuáles son las Patologías más frecuentes en el Adulto Mayor de la zona de atracción del Centro de Salud?.( Morbilidad)
- ?? Cuáles son las causas de muerte más frecuentes en el Adulto Mayor en la zona de atracción del Centro de Salud?(Mortalidad)
- ?? Cuántos médicos hay disponibles para atender esta población consultante, según estas patologías?.
- ?? Cuáles son las consultas más frecuentes del Centro de Salud?
- ?? Cuántas consultas se brindan en el Centro de Salud, según el tipo de patologías presente en la Comunidad?.
- ?? Cuáles son los principales causas de referencia de este Centro de Salud a los Hospitales Nacional



### **Sistema de referencia y contrarreferencia**

- ?? Cuál es el tiempo promedio que debe esperar un asegurado para que sea evaluado por un geriatra?
- ?? Cuales son los criterios necesarios que ameriten la evaluación de un especialista en Geriatría?
- ?? Existe alguna directriz Institucional que regule el sistema de referencia y contrarreferencia.
- ?? Como canalizaría usted esta capacitación.
- ?? Cuáles son los principales causas de referencia de este Centro de Salud a los Hospitales Nacionales?.

### **Modelo de Atención y Compromisos de Gestión**

- ?? De acuerdo con el tipo de Hospital que se trata en este caso y considerando las evaluaciones del Compromiso de Gestión realizadas en los últimos tres años. ¿Requiere Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología el Hospital según lo establecido por las autoridades Institucionales?.
- ?? Cuáles áreas de servicio adulto mayor fueron evaluados como deficientes o con potencialidad de mejora según el Compromiso de Gestión.
- ?? ¿Cree usted que estas deficiencias pueden solventarse con más profesionales en Geriatría?
- ?? Cuántos especialidades en Geriatría pretenden abrirse en los próximos 5 años en el Hospital? ¿Habría disponibilidad de plazas?. ¿Habría disponibilidad de equipo tecnológico?.

### **Consideración local de la Necesidad**

- ?? Cuántos Médicos Especialistas en Geriatría y Gerontología y Gerontólogos requiere este Centro basado en su conocimiento.
  - ?? Estadísticas del Centro Asistencial.
-

## Anexo 2: Expertos locales entrevistados

---

### Hospital México

- Armando Villalobos Castañeda. Director Médico.
- David Orias. Área de Digitación. Oficina de Recursos Humanos.
- Javier Quirós. Jefe de Registros Médicos y Estadística.
- Floribeth Solano Vega. Registros Médicos y Estadística
- Hernán García Sancho. Jefe, Departamento de Medicina.

### Dirección Regional de Servicios Médicos Huetar Norte

- Martín Zumbado Zumbado. Dirección Regional de Servicios Médicos, Encargado de Docencia.

### Hospital San Carlos

- Alejandro Jiménez González. Director Médico.
- María Ángela Castro. Jefe, Oficina Recursos Humanos.
- Carolina Monge Miranda. Médico Geriatra y Gerontóloga.

### Hospital Los Chiles

- Luis Guillermo Parini Brenes. Director Médico.
- Vilma Rosa Vargas Torrentes. Encargada Trabajo Social.
- Luzmilda Rodríguez López. Encargada de Estadística.
- Zmary Jarquín Jarquín. Registro Médicos

### Dirección Regional de Servicios Médicos Pacífico Central

- Victoria Sánchez Loría. Director Regional Pacífico Central
- Ana Luz Díaz. Supervisora de Redes.

### Hospital Monseñor Sanabria

- Carlos Alberto Alvarado Arroyo. Jefe, Departamento de Medicina.
- Gerardo Herrera. Jefe Recursos Humanos.
- Odette Vargas. Jefe Oficina Registros Médicos y Estadística.

### Hospital. Dr. Max Terán Valls

- Krisia Díaz Valverde. Directora Médica.
- Francisco Miranda. Coordinador Consulta Externa..
- Daniel Serrano. Medicina Interna
- Elizabeth Chavarría. Jefe SubArea Registros Médicos y Estadística.

### Dirección Regional de Servicios Médicos Central Norte

- 
- Amalia Carvajal Alvarado. Directora Regional.
- Carolina Amador. Asistente Directora Regional.

### Hospital San Rafael

- Francisco Pérez Gutiérrez. Director Médico.
- Sergio Calderón Bejarano. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Lisbeth Ruiz Rojas. Jefe, Registros Médicos y Estadística.

### Hospital San Vicente de Paúl

- Johnny Alfaro Morales. Director Médico a.i.
- Francisco Arroyo Núñez. Especialista en Geriatría y Gerontología
- Edwin Montero Carvajal. Oficina de Recursos Humanos
- Rosario Segura Esquivel. Jefatura de Registros Médicos y Estadística

#### **Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega**

- Jorge Chacón Madrigal. Director Médico.
- Eugenia Arguedas Gourzong. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Mario Ramírez Carranza. Sub Subadministrador.

#### **Hospital San Francisco de Asís**

- Róger Fernandez Durán. Director Médico.
- Ligia Zamora Otárola. SubDirectora Médica.
- Máximo Monge Pacheco. Jefe Medicina Interna.

#### **Dirección Regional de Servicios Médicos Chorotega**

- Tatiana Guzmán Coto. Asistente Director Regional.
- Florencio Acuña. Comisión Docencia Regional.
- Warner González Marín. Comisión Docencia Regional.

#### **Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**

- Seidy Herrera Rodríguez. Director Hospital Enrique Baltodano.
- Kathia Chinchilla Hernández. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Carlos Coronado Quirós. Jefe, Oficina Recursos Humanos. .
- Vera Nidia Contreras García. Jefe, Registros Médicos y Estadística.
- Rafael Jiménez Vales. Jefe, Departamento de Medicina.

#### **Hospital de La Anexión**

- Juan José Lee Kan. Director Hospital de La Anexión.
- Luis Diego Murillo Ávila. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Matilde Zúñiga Guevara. Jefe a.i. Oficina Registros Médicos y Estadística.
- Mario Acuña Cárdenas. Jefe, Oficina Recursos Humanos.

#### **Hospital de Upala**

- Marvin Palma Lostalo. Director Médico.
- Luis.Diego Murillo Núñez. Jefatura de Consulta Externa.
- Juan Carlos Hernández Acuña. Jefe Oficina Registros Médicos y Estadística.
- Mireya Cabezas Carcache. Oficina Registros Médicos y Estadística.
- Carmen Chavarría Flores. Jefe, Oficina Recursos Humanos.

#### **Clínica Dr. Clorito Picado.**

- Carlos Alberto Solano Salas. Director a.i.

#### **Hospital San Juan de Dios**

- Ileana Balmaceda Arias. Directora Médica ai.
- Daniel Quesada Rodríguez. Sub-director Médica ai.
- Alia Kazakova Valchuk. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Ignacio Morales Arce. Jefe ai, Oficina Recursos Humanos.
- Adela Sandoval. Jefe Servicio Estadística

#### **Dirección Regional de Servicios Médicos Brunca**

- Albin Castro Acuña. Director Regional Brunca.
- Adolfo Esteban Rojas Zúñiga . Asistente Director Regional Brunca.
- Sandra González González. Supervisora Gestión Regional de Registros y Estadísticas de Salud.
- Marlene Herra Murillo. Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Patricia Miranda Durán. Secretaria Regional.

#### **Hospital Dr. Escalante Pradilla**

- Alexis Rodríguez Madrigal. Director Médico.
- Francisco Rodríguez Ubeda. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Myriane Picado Segura. Oficina, Recursos Humanos..
- Daniel Salazar Departamento Estadística.

### **Hospital Neilly**

- Allen Monge Salas. Director Médico
- Marco Antonio Gutiérrez Agüero. Jefatura Medicina Interna.
- Ligia Cedeño Castro. Jefe, ai Registros y Estadísticas de Salud.

### **Hospital San Vito**

- Mario Arias Valle. Director Médico.
- María Luisa Barquero Arias. Jefe, Oficina Recursos Humanos.

### **Hospital Golfito**

- Guillermo Mendieta Ramírez. Director Médico, ai.
- Paulo Hernández Zamora. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Arnulfo Tellez Gutiérrez. Jefe, Oficina Recursos Humanos.
- Yanira Jiménez. Dirección Médica.

### **Hospital Tomás Casas**

- Ricardo Vega Rodríguez. Director Médico.
- Gloria Castro Zeledón. Jefe, Consulta Externa.

### **Clínica Dr. Marcial Fallas**

- Yamileth Obando Salazar. Directora Médica.

### **Clínica Dr. Solom Núñez.**

- Carlos Salas Sandí. Director Médico.
- Xinia Ríos Zamora. Estadística.

### **Clínica Dr. Moreno Cañas**

- Olga Ugarte Ulate. Directora Médico ai. (Jefatura de Consulta Externa)

### **Hospital Dr. Calderón Guardia**

- Luis Paulino Hernández Castañeda. Director, General.
- Elí Antonio Chaves Segura. Jefe Servicio de Geriatría
- María Rodríguez Fernández. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Melida Ana Murillo Zamora. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Francisco Brenes Silesky. Especialista en Medicina Interna.
- Mayela Rojas Vargas. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Diana Moreno Briceño. Especialista en Geriatría y Gerontología.
- Celia Ortega Rojas. Servicio de Geriatría.
- Jeanette Campos. Jefe, Oficina Recursos Humanos.
- Mario Cascante Barrantes. Estadística.

### **Dirección Regional de Servicios Médicos Huetar Atlántica**

- Roberto Sawyers Copeland. Director Regional de Servicios Médicos Atlántica.
- Ana Arguello Sibaja, Desarrollo Servicios de Salud y Atención a las Personas.

### **Hospital Dr. Tony Facio Castro**

- Daver Vidal Romero. SubDirector Médico.
- Felipe Pierre Mars. Jefe, Unidad de Gestión y Garantía de Calidad.
- Javier Walter. Unidad de Gestión.
- Lilia Hernández Quirós. Jefe a.i. Consulta Externa.

### **Hospital Guápiles**

- Javier Brenes Ortíz. Director Hospital de Guápiles.
- Doris Soto Montero. Jefe, Oficina de Estadística.

### **Región Central Sur**

- Hilda Oreamuno Ramos. Directora Regional de Servicios Médicos ,Central Sur.
- Héctor Araya Zamora. Asistente de la Dirección Regional.

### **Hospital Benemérito Max Peralta**

- Victor Alfredo Navarrete Acosta. Director Médico.
- Luis Enrique Poveda Esquivel. Jefe Servicio de Medicina Interna.
- Janice sandí Morales. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Hansel Ugarte Ulate. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Nuria Moya. Jefe, Oficina de Registros Médicos y Estadística
- Esteban Guillén Chacón . Jefe, Oficina Recursos Humanos.

### **Hospital Dr. William Allem**

- Virginia Laguna. Directora Médico ai.
- María ester Delgado Mora. Oficina de Recursos Humanos.
- Ana Iris Gómez Zelada. Jefe, Registros Médicos.

### **Clínica Dr. Jiménez Núñez.**

- Rodrigo Ramírez Calvo. Director Médico. ai.
- Luis Guillermo Fernández Chinchilla. Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

### **Clínica Coronado**

- Zeirith Rojas Cerna. Director Médico.
- Eduardo Blanco Umaña. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Leonardo Kikut Calvo. Médico Gerontólogo.

### **Clínica Dr. Carlos Durán**

- Flory Jiménez Soto. Director Médico a.i.

### **Clínica Central**

- Jeannette López Vargas. Directora Médico.
- Miguel Rocha Guevara. Jefatura Consulta Externa.
- Alejandro Marín Quirós. Encargado Cómputo.
- Cristhian Barrantes Herrera. Encargado de Estadística.

### **Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos**

- Isaías Salas Herrera. Director Médico.
- David Avalos Chacón. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Marlen Ovares Brenes. Jefe de Recursos Humanos.

### **Hospital Nacional Psiquiátrico**

- Oliva Brenes Antonini. Directora Médica.
- Rosa María Villalobos Rodríguez. SubDirectora Médica.
- Fanny Chaves Vargas. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Javier Vargas Brenes. Coordinador Servicio de Medicina.

### **Hospital Chacón Paut**

- Neima Alemán Solano. Directora Médica
- Luisa Vargas Barrantes. Servicio de Trabajo Social

### **Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)**

- Vinicio Mesén Madrigal. Director Médico.
- Ana Cecilia Chan Chan. Jefe, Consulta Externa.
- Gustavo Corrales. Estadística.

### **Hospital Nacional Geriátrico y Gerontológico Dr. Raúl Blanco Cervantes**

- Fernando Morales Martínez. Director Médico.
- Milena Bolaños Sánchez. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Fabián Chaverri Calvo. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Faridy Helo Guzmán. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Miguel Jones Chacón. Especialista en Geriatria y Gerontología..
- Katrine Kulser Homann. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Daniel Lasso Bonilla. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Fabián Madrigal Leer. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Alvaro Martínez Montandón. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Erick Miranda Valverde. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Yalile Muñoz Chacón. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Xinia Ramírez Ulate. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- María de los Ángeles Solís Umaña.. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Gerardo Soto Soto. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Daniel Valerio Aguilar. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Xinia Villalobos Cambroneró. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Cynthia Villalobos Masis. Especialista en Geriatria y Gerontología.
- Walter Campos. Jefe, Recursos Humanos.
- Floria Vargas Fernández. Jefe, Registros Médicos y Estadística.

### **Centro de Desarrollo Social (CEDESO)**

- Vilma García Camacho. Área de Atención Integral a las Personas Dirección de desarrollo de Servicios de Salud. Coordinadora Atención Adulto Mayor. CCSS.
- Inés Clarkes Spence. Encargada Adulto Mayor. CCSS.

**Anexo 3: Distribución de Necesidades de Especialistas en Geriatria y Gerontología  
proyección 2008-2025**

Red de Servicio	Centro Médico	Número Plazas	Número de Especialistas	2008	2015	2020	2025	Total
Red de Servicio del Hospital México	Hospital México	0	0	3	2	1	1	7
	Dirección Regional Huetar Norte	1	0	1	1	1		3
	Hospital San Carlos	1	1	1	1		1	3
	Hospital los Chiles	0	0	1	1			2
	Hospital Max Terán	0	0	1	1			2
	Área de Salud San Rafael Puntarenas	1	0	1	1			2
	Hospital Monseñor Sanabria	2	1	2	2	1		5
	Área Salud Santo Domingo	1	0	1			1	2
	Dirección Regional Choroteqa	0	0	1	1			2
	Hospital San Vicente de Paul	1	1	1	1	1	1	4
	Hospital de San Rafael de Alajuela	0	1	1	1	1	1	4
	Hospital San Francisco de Asís	0	0	1	1		1	3
	Hospital Carlos Luis Valverde	0	1	1	1		1	3
	Hospital Enrique Baltodano	1	1	2	1	1	1	5
	Hospital La Anexión	1	1	3	1	1		5
Hospital Upala	0	0	1		1		2	
Clínica Clorito Picado	0	0	1		1	1	3	
Red de Servicio San Juan de Dios	Hospital San Juan de Dios	0	1	3	2	1	1	7
	Hospital Escalante Pradilla	1	1	1	1	1	2	5
	Hospital Neilly	1	1	1	1	1		3
	Hospital San Vito	0	0	1	1	1		3
	Hospital Golfito	0	1	1	1	1		3
	Hospital Tomás Casas	0	0	1	1	1	1	4
	Clínica Marcial Fallas	0	0	1	1	1	1	4
	Clínica Solom Núñez	0	0	1	1	1	1	4
Clínica Moreno Cañas	1	0	1	1	1	1	4	
Red de Servicio Calderón Guardia	Hospital Calderón Guardia	6	5	2	1	1	1	5
	Dirección Regional Atlántica	0	0	1	1	1	1	4
	Hospital Tony Facio Castro	0	0	3	1	1	1	6
	Hospital de Guápiles	0	0	2	1	1	1	5
	Dirección Regional Central Sur	0	0	1		1	1	3
	Hospital William Allen	1	0	1	1		1	3
	Hospital Max Peralta	1	2	2	1	1	1	5
	Clínica Jiménez Núñez	0	0	1	1	1	1	4
	Clínica de Coronado	0	1	1	1	1	1	4
	Clínica Carlos Durán	0	0	1	1	1	1	4
Clínica Central	0	0	1	1		1	3	
Red Hospitales Especializados	Centro Nac. de Control del Dolor y C.P.	1	1		1			1
	Hospital Nacional Psiquiátrico.	0	1		1	1		2
	Hospital Roberto Chacón Paut.	0	0	1	1			2
	CENARE	0	0	1		1		2
	Hospital Nac.Esp.Dr.Raúl Blanco Cervantes.	9	19				1	1
<b>Total Plazas y recurso Humano Ámbito Institucional</b>		<b>30</b>	<b>40</b>	<b>52</b>	<b>39</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>149</b>

Fuente Elaboración propia