



GERENCIA DIVISION ADMINISTRATIVA
Dirección de Compra de Servicios de Salud

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
Dirección Compra Servicios de Salud
INFORME DE EVALUACIÓN 2000



GERENCIA DIVISION ADMINISTRATIVA
Dirección de Compra de Servicios de Salud



TABLA DE CONTENIDO

1	Introducción	5
2	Antecedentes	5
3	Metodología	6
3.1	Recolección de la información	6
3.2	Selección de la muestra de expedientes a revisar	7
3.3	Porcentaje de Cumplimiento	7
3.4	Plan de Análisis.	8
4	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN AREAS DE SALUD	8
4.1	SITUACIÓN DE COBERTURAS	9
4.1.1	Programa de atención integral al niño	10
4.1.2	Programa de atención integral a los adolescentes	12
4.1.3	Programa de atención integral a la mujer	14
4.1.4	Programa de atención integral del adulto	16
4.1.5	Programa de atención integral del adulto mayor	18
4.1.6	Comportamiento de las entidades de compra externa de servicios de atención integral en salud	20
4.2	MORBILIDAD POR CAUSAS PRINCIPALES	21
4.2.1	Morbilidad del programa del niño	21
4.2.2	Morbilidad del programa del adolescente	22
4.2.3	Morbilidad del programa de la mujer	23
4.2.4	Morbilidad del programa del adulto	24
4.2.5	Morbilidad del programa del adulto mayor.	25
4.3	AVANCES EN PROCESOS DE GESTION LOCAL, PROMOCION DE LA SALUD Y CALIDAD	26
4.3.1	Avances en gerencia local	26
4.3.2	Promoción de la salud	27
4.3.3	Avances de los procesos de calidad	28
4.4	DE LA ATENCION DE URGENCIAS	30
4.5	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	31
4.5.1	Producción	31
4.5.2	Nivel de resolución	31
5	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN HOSPITALES	33
5.1	ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN	33
5.1.1	Producción total de UPH 2000	33
5.1.2	Análisis según nivel hospitalario	35
5.1.3	Estructura de la producción de UPH según área de atención	35
5.1.4	Distribución del recurso financiero	37
5.1.5	Gestión de subsidios	38
5.2	ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD	39
5.2.1	Evaluación de indicadores por nivel hospitalario y establecimiento de salud.	39
5.2.2	Análisis de indicadores específicos del área de hospitalización	40



5.3	ANÁLISIS DE INDICADORES ESPECÍFICOS DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA	43
5.3.1	Análisis de la concentración de consultas por paciente	43
5.3.2	Lista de espera en especialidades	43
5.4	ANÁLISIS DE INDICADORES ESPECÍFICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS	44
5.4.1	Análisis de no urgencias	44
5.5	ANÁLISIS DE INDICADORES ESPECÍFICOS DEL ÁREA DE SERVICIOS DE APOYO	45
5.5.1	Análisis de tiempos de entrega y espera e implementación de medidas correctivas en Farmacia, Laboratorio Clínico y Estudios Radiológicos.	45
5.5.2	Medicamentos por consulta externa	45
5.5.3	Exámenes de laboratorio por consulta externa	46
5.6	OTROS INDICADORES DE CALIDAD	46
5.6.1	Referencias y Contrarreferencias	46
5.6.2	Áreas críticas en hospitales : Análisis e implementación .	47
5.6.3	Mortalidad Infantil . Aplicación de instrumentos y análisis de casos.	48
5.6.4	Detección y abordaje integral de la violencia intrafamiliar .	48
5.6.5	Satisfacción del Usuario.	48
5.6.6	Establecimiento y desarrollo de Planes de Estilos de Vida Saludable.	49
5.6.7	Expedientes de salud abiertos con requisitos básicos	49
5.7	ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CON CALIDAD	50
5.8	EFICIENCIA, COMPLEJIDAD Y EVALUACIÓN	51
5.9	Eficiencia, complejidad y evaluación	51
6	CONSIDERACIONES FINALES	53
6.1	AREAS DE SALUD	53
6.2	HOSPITALES	55
7	RECOMENDACIONES	55
7.1	AREAS DE SALUD	55
7.2	HOSPITALES	56



1 Introducción

La evaluación de los Compromisos de Gestión es una de las fases del Ciclo de Compra de Servicios de Salud, que permite medir la cantidad y la calidad de la prestación brindada, además de fomentar la cultura de rendición de cuentas.

Este proceso de evaluación se considera de suma importancia, ya que visualiza el grado de éxito obtenido por el proveedor, mediante la verificación técnica de productos esperados por el Comprador, de acuerdo a la inversión realizada, con base en objetivos, indicadores y metas predeterminados mediante las diferentes fases del Ciclo de Compra.

En el marco de la modernización Institucional, el Compromiso de Gestión se ha convertido en la herramienta de gestión que ha dinamizado e integrado los elementos de planificación estratégico técnico, operativa y económica.

La participación de todas las unidades proveedoras en el proceso ha hecho que el cambio en la mayoría de las ocasiones sea visualizado como positivo puesto que se les ha incorporado elementos de capacitación en gerencia local y modernización; además les ha permitido conocer su rol en el desarrollo de los objetivos institucionales, así como lo que de ellos se espera en términos de producción, calidad y eficiencia.

La incorporación de todas las unidades proveedoras del país al proceso, lo convierten en el proceso de mayor alcance e impacto institucional y nacional de la última década, consolidando a nivel de país: información, diagnósticos, análisis, estrategia, impactos y logros en forma oportuna y confiable lo que permite conducir y redireccionar el quehacer institucional y la política pública en salud de Costa Rica.

El objetivo del documento es presentar los resultados de la evaluación de los Compromiso de Gestión del año 2000 en el nivel nacional enfatizando productos de alcance nacional, tales como las coberturas en los diversos programas de Atención Integral en Salud en el primer nivel, así como la producción de todos los hospitales del país.

El documento consta de las siguientes partes: reseña de los antecedentes del proceso, metodología utilizada, análisis de resultados de Areas de Salud y de Hospitales y consideraciones finales y recomendaciones.

2 Antecedentes

En 1997 se inicia el proceso de adaptación cultural y organizativo generado por la implementación de los Compromisos de Gestión, tanto en el nivel central como en las respectivas unidades de salud, lo que ha permitido contar con información básica y el desarrollo de instrumentos esenciales para llevar adelante la función de Compra.

Es así como los Compromisos de Gestión se convierten en un motor de cambio importante que explicitan objetivos institucionales los cuales son consensuados con las Unidades de Salud.

La implantación de los Compromisos de Gestión se realiza entonces de forma gradual y con un proceso importante de Evaluación; para 1996- 1997 se incluyeron 5 Areas de Salud y 7 Hospitales, en 1998 fueron 14 Areas de Salud, 4 Cooperativas y 10 hospitales, en 1999 se incrementaron a 34 Areas de Salud, 21 hospitales y 4 Cooperativas y para el año 2000 un total de 89 Areas de Salud, 29 Hospitales y 6 Áreas de Salud Administradas por 4 Cooperativas y la Universidad de Costa Rica.



Desde entonces se ha logrado establecer en forma gradual, la coordinación entre la asignación de recursos y las metas asistenciales institucionales. El afloramiento de información económica relevante, permite posesionar a cada unidad de salud en una escala relativa de eficiencia / ineficiencia en la gestión de sus recursos y por otro, se conseguido introducir la cultura de rendición de cuentas.

Se hace evidente la contribución de los Compromisos de Gestión en la implementación del modelo de Atención Integral en Salud, acercando los servicios a las comunidades de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) como puerta de entrada al Sistema. Destacan elementos como la gerencia local, el liderazgo, el trabajo en equipo, la creatividad y motivación del recurso humano a nivel operativo que sin lugar a dudas han sido decisivos en el éxito de las unidades en Compromisos de Gestión.

En el ámbito hospitalario se ha trabajado en la implementación de un mecanismo de asignación de recursos basada en la producción, además de incorporar objetivos de calidad que el sistema de pago no contempla.

La creación de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, ha permitido la conducción de la Función de Compra desarrollada a través de una sucesión de etapas cíclicas y plasmada por medio del Compromiso de Gestión, el cual integra los elementos de planificación técnica, operativa, económica y estratégica que garantiza el desarrollo de este proceso.

Actualmente se cuenta con dos instrumentos automatizados de recolección de datos, uno para áreas de salud y otro para hospitales, que permiten el cálculo de los indicadores y de las coberturas totales pactadas en el Compromiso. Asimismo, se ha desarrollado una base de datos que contiene la información de las coberturas y algunos indicadores para todas las áreas de salud y de las tablas de producción pactada y lograda de todos los hospitales.

Creemos importante hacer notar que el presente informe es el primer documento a nivel de país que expone el quehacer institucional en salud integrando elementos de producción, coberturas, calidad, costos, variabilidad local, regional y nacional; convirtiéndolo en una excelente herramienta o insumo para la toma de decisiones y estrategias políticas, técnicas y económicas.

3 Metodología

La evaluación de los Compromisos de Gestión, es un estudio de tipo transversal en el que se recolecta información en el ámbito nacional, del alcance en los indicadores de salud pactados y de la prestación de los servicios de salud con calidad.

En las áreas de salud la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de una muestra aleatoria de expedientes clínicos en cada subprograma y en los hospitales la evaluación está basada en el cumplimiento de la producción pactada en UPH y en la evidencia documentada de los indicadores pactados.

3.1 Recolección de la información

La recolección de los datos para la evaluación de los Compromisos de Gestión del año 2000, se llevó a cabo del 8 de enero al 23 de febrero y estuvo conducida por la Dirección de Compra de Servicios de Salud.



En los hospitales el trabajo de campo estuvo a cargo de 6 grupos constituidos por funcionarios de esta Dirección, por otra parte, en Areas de Salud la recolección estuvo a cargo de 20 grupos conformados por personal de la Dirección de Compra y de las Direcciones Regionales.

Los evaluadores provenientes de las Direcciones Regionales recibieron una capacitación previa, en la que se les dio la metodología a seguir para la recolección de los datos, se les capacitó en el uso y manejo de los instrumentos de evaluación, se les entregó el instructivo para la revisión de cada indicador y se les indicó la forma de seleccionar la muestra de expedientes a revisar. Parte de la capacitación fue la visita a un área de salud para la revisión conjunta de expedientes y homologar criterios de evaluación.

Para la recolección de los datos se diseñaron dos instrumentos en Microsoft – Excel, denominados Instrumento de Evaluación de Hospitales (IEH) e Instrumento de Evaluación de Areas de Salud (IEAS); los cuales permitieron entregar un reporte preliminar inmediatamente finalizada la visita al centro.

3.2 Selección de la muestra de expedientes a revisar

La muestra de expedientes, para el caso de hospitales, se realizó únicamente en expedientes nuevos abiertos durante el año y su propósito fue valorar el uso adecuado de los formularios institucionales.

Por otro lado, el objetivo de la revisión de expedientes en las áreas de salud fue evaluar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Para esto, se hizo una selección de sectores y para cada uno se revisó una muestra aleatoria de expedientes clínicos por subprograma. Los sectores se seleccionaron en forma aleatoria, separando previamente los concentrados y los desconcentrados.

El número de sectores y el tamaño de la muestra en cada subprograma se calculó a partir del total de población de los sectores del área y del número de consultas de primera vez en el año, en cada subprograma. La distribución de la muestra se hizo en forma proporcional al número de consultas de cada sector seleccionado y los expedientes a revisar se seleccionaron en forma sistemática del listado de consultas por programa.

La muestra se determinó contemplando un error de 10% y un nivel de confianza del 90%. El tipo de muestreo utilizado recibe el nombre técnico de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional, se trata de un muestreo complejo en dos etapas. Sectores (concentrados y desconcentrados) y Expedientes por programa. Con este tipo de muestreo probabilístico, complejo en etapas, se logran alcanzar dos aspectos básicos del muestreo: la aleatoriedad y la representatividad, cuyo fin último es la inferencia estadística.

3.3 Porcentaje de Cumplimiento

El porcentaje de cumplimiento de las metas pactadas, se obtiene a partir de la ponderación según el cumplimiento de cada indicador evaluado.

En hospitales, el puntaje de cumplimiento final de cada hospital está conformado por un 50% correspondiente al cumplimiento de la producción y un 50% al cumplimiento de los indicadores pactados en el compromiso. La producción se evaluó de acuerdo a las actividades realizadas en las tres principales áreas de atención: hospitalización, consulta externa y urgencias.

Para facilitar la medición y comparación de la producción hospitalaria se requiere homogenizar su unidad de medida. Para tal efecto se han construido las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH), cada una de las cuales es equivalente a una estancia hospitalaria. La conversión de productos específicos a UPH, se realiza mediante la aplicación de estándares o ponderadores, los cuales responden a criterios de costo, planificación y productividad.



El volumen de producción de un centro equivale, en el caso de hospitalización, al producto de la actividad realizada por el estándar pactado, según el nivel al que pertenece. Por otro lado, en el caso de la consulta externa y la atención de urgencias, equivale al producto de la actividad realizada por un estándar definido, de modo que la producción del centro se convierta en unidades homogéneas.

La nota final obtenida por el hospital es el producto del cumplimiento de los indicadores pactados y la producción en UPH.

En Areas de Salud, el puntaje final se obtiene del cumplimiento de los indicadores pactados y de las coberturas con calidad. Estas coberturas se calculan a partir de la cobertura total y el índice de calidad. La cobertura total se construye como el cociente entre las consultas de primera vez de cada subprograma y la población meta de ese subprograma. Asimismo, el índice de calidad se calcula a partir del cumplimiento de criterios de calidad pactados según las normas de atención.

El puntaje asignado a las coberturas se dio de acuerdo al porcentaje logrado de la meta pactada para cada subprograma, los cuales se detallan en el anexo 1.

3.4 Cobertura con calidad

Para tal efecto se han definido criterios mínimos que deben ser cumplidos al 100%. El incumplimiento de alguno de los criterios castiga fuertemente la calidad, lo cual impacta de manera importante las coberturas totales.

Es conveniente aclarar que el incumplimiento de criterios de calidad no siempre implica no haber realizado las acciones, si no más bien una poca cultura de registro de las actividades desarrolladas.

3.5 Plan de Análisis.

Teniendo en cuenta los objetivos Institucionales y su repercusión en el nivel Nacional, para el diseño de la Evaluación de los Compromisos de Gestión del año 2000 se desarrolló un Plan de Análisis como una herramienta metodológica más, el cual consideró las variables a investigar, los indicadores y las fuentes de información posibles, para luego trazar las posibles rutas de análisis de acuerdo a los intereses locales, regionales y nacionales, lo que ayudó al equipo de la Dirección de Compra a darle la agilidad y direccionalidad al proceso y obtener en el menor tiempo posible la información con un alto grado de calidad científico técnica.

4 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN AREAS DE SALUD

Para efectos de la presentación de resultados se organizará la información en los siguientes apartados:

1. Situación de coberturas de atención
2. Situación de la morbilidad
3. Avances en procesos de Gestión local, Promoción de la Salud y Calidad
4. De los Servicios de Urgencias
5. Segundo Nivel de Atención



4.1 *SITUACIÓN DE COBERTURAS*

En un modelo de atención de base poblacional, las coberturas de atención revisten especial importancia como un resultado inmediato que permite conocer el número de personas atendidas por programas de la población asignada. Esta información refleja en gran medida el avance y capacidad del sistema de atender e influir en las condiciones de salud de la población.

La información de coberturas se presenta agrupada en dos categorías: Coberturas Totales y Coberturas con Calidad. Por la primera se entenderá la cobertura inicial alcanzada, que resulta de comparar las consultas de primera vez realizadas, y la población meta a cubrir. La Cobertura con Calidad por su parte se refiere a la cobertura inicial ajustada por el cumplimiento de la norma establecida por programa, contenida en los criterios de calidad.

Además en este apartado se incluye un comentario especial con relación al comportamiento de las entidades a las que se realiza compra externa de servicios de atención integral en salud para el primer nivel de atención.

El resultado global de la evaluación muestra (Gráfico 1) que las coberturas totales nacionales más altas logradas se dan en la atención de niños menores de un año y la atención prenatal. Considerando el énfasis que se le ha dado a la atención de la población Materno-Infantil en el país, es esperable que las coberturas de estos programas corresponden a las más altas. Debe aclararse que estos datos y la de los otros grupos de edad tienen limitaciones importantes debido a duplicaciones que el actual sistema de información no permite identificar y corregir, tema que será abordado con mayor profundidad en cada uno de los programas.

Entre las coberturas más bajas alcanzadas se encuentra el programa del adolescente y la atención a niños de uno a seis años, situación esperable por tratarse de grupos de población que tradicionalmente han sido menos atendidos por el sistema, cada uno debido a situaciones particulares.

En el caso de los adolescentes suelen ser personas biológicamente sanas y reacias a demandar servicios de salud en el marco del modelo de atención tradicional, que al incorporar un modelo más integral requiere un esfuerzo mayor de los equipos de salud, por capacitarse para abordarlos y por estimular su participación.

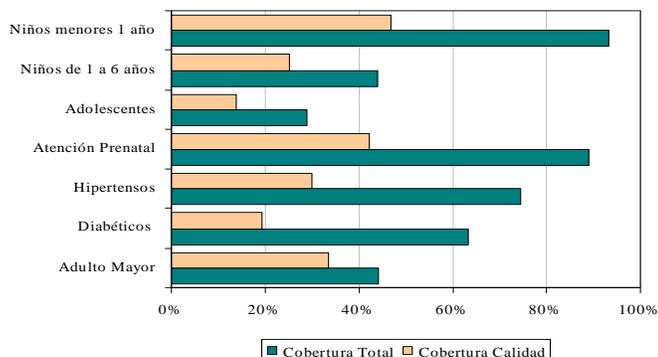
Para el caso de la atención de niños de uno a seis años la demanda está condicionada por el grado de concientización de la madre, que pareciera que en este grupo de edad, decrece en comparación con los menores de un año.

Al respecto de la cobertura en el programa del adulto mayor hay que tener en cuenta lo reciente de la incorporación de la estrategia de tamizaje de riesgo, considerando la actual cobertura como un logro para el primer año.

Estos grupos de población obligan a los equipos de salud a esforzarse por establecer estrategias que permitan aumentar su captación, sobre todo si consideramos que están inmersos en un proceso de cambio de por sí complejo.



Gráfico 1
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
Evaluación Compromisos de Gestión 2000



4.2 Programa de atención integral al niño

- *Niños (as) menores de 1 año*

La cobertura total a Nivel Nacional del Programa de Atención Integral al Niño menor de 1 año es de 93%, superior al 66% pactado.

De estos niños se cumplió una cobertura con calidad de 47%, lo que significa que los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud practican la valoración del estado nutricional (toma de peso y longitud), evaluación del desarrollo psicomotor (EDIN), clasificación de riesgo y la frecuencia del control según norma.

El criterio de mayor cumplimiento fue la concentración, o sea, el número de controles (80%), luego la valoración nutricional (77%) y la clasificación de riesgo (70%).

La captación temprana y la prescripción de hierro son criterios evaluados en forma independiente y alcanzaron ambos una cobertura de 64%.

Al analizar los datos, en el Nivel Regional (Gráficos 2), solo las Regiones Chorotega, Huetar Norte y Pacífico Central se encuentran por encima del promedio nacional. De las anteriores la que mayor cobertura total tuvo fue la Región Huetar Norte con un 99% (34% de cobertura con calidad) y la Brunca obtuvo el promedio más bajo con un 89% (con una cobertura con calidad de 45%).

Se observa que las coberturas totales no tienen relación con lo logrado en coberturas con calidad, resalta el caso de la Región Huetar Norte que obtuvo la mejor cobertura total y la más baja con calidad.

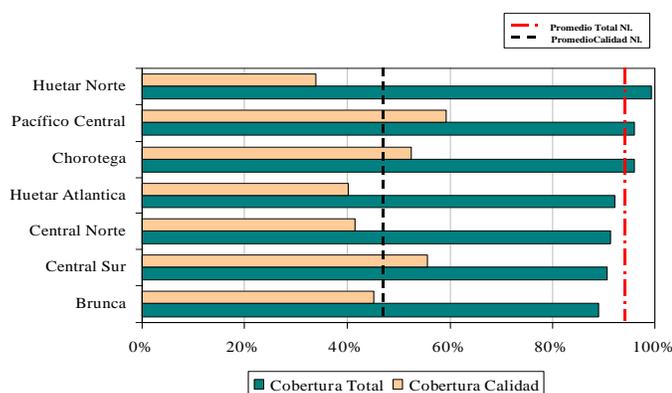
Con respecto a la cobertura total alcanzada es necesario aclarar que en particular en este grupo de edad, por obtener el número de identificación hasta el tercer mes de vida, se les ingresa al sistema de información con un número interno que podría posteriormente no ser reemplazado por su número de cédula, lo que genera



duplicación en el reporte de primera vez. También se han presentado problemas con la población blanco y el acceso paralelo de un mismo niño a diferentes sectores.

Pensando en minimizar parte de estas situaciones, a partir del 2001 se tomó en cuenta los nacimientos del año anterior con el fin de que este sea el universo poblacional de cada Area de Salud y sus respectivos sectores, el cual se encontrará disponible en la oficina de Estadísticas y Censos a finales del primer cuatrimestre de cada año.

Gráfico 2
Cobertura total y con calidad en la atención de niños menores de un año según región. Evaluación Compromisos de Gestión 2000



- *1.1.2 Niños de 1 a 6 años*

La cobertura total en el Nivel Nacional del Programa de Atención Integral al Niño de uno a seis años es 44%, ligeramente superior a lo pactado (43%).

De estos niños se cumplió una cobertura con calidad en 25% de los casos. Esto significa que los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud les realizan evaluación del desarrollo psicomotor (EDIN), valoración de su estado nutricional toma de peso y talla, clasificación de riesgo y control al menos una vez al año. El criterio de mayor cumplimiento es la valoración del estado nutricional con un 89% y el de menos cumplimiento la evaluación del desarrollo psicomotor (EDIN) con un 73%.

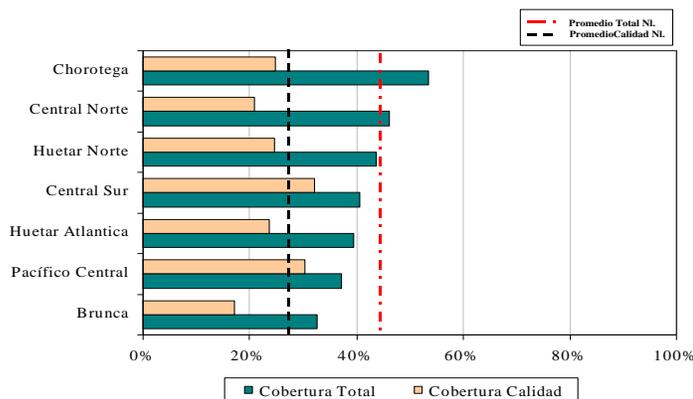
Al analizar los datos en el Nivel Regional solo la Región Chorotega, Central Norte y Huetar Norte están por encima del promedio nacional (gráfico 3). La Región Chorotega obtuvo el mayor promedio de cobertura total en el ámbito nacional, un 53% (una cobertura con calidad de 25%), la región Brunca el promedio menor en 33% (con una cobertura con calidad de 17%). La Región de Salud que obtuvo mayor cobertura con calidad fue la Central Sur con 32%.

Por otra parte en este grupo de edad aparece el escenario escolar, donde consideramos no sólo la escuela, sino también los CEN CINAI y los Hogares Comunitarios donde se trasladan los Equipos Básicos de Atención Integral a desarrollar actividades preventivas, que no forman parte de los consolidados para la cobertura.



Con respecto a vacunación, se midió la cobertura a partir de la tercera dosis aplicada sobre los nacimientos del año anterior para DPT, Polio, Haemophilus Influenzae y Hepatitis B; y para SRP los nacimientos menos las defunciones del año anterior.

Gráfico 3
Cobertura total y con calidad en la atención de niños de 1 a 6 años
según región. Evaluación Compromisos de Gestión 2000



Las coberturas obtenidas a nivel nacional son las siguientes:

III DPT	91%
III Polio	83%
III Hepatitis B	91%
III Haemophilus	98%
SRP	89%

Es importante recordar que en el año 2000, existió un faltante de biológicos debido a problemas de producción y abastecimiento internacional en Polio y DPT.

Coincidente con la Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (OPS - Ministerio de Salud – CCSS) de junio del 2000, la tendencia de las coberturas de vacunación se han mantenido por lo general sobre el 85%, a excepción de Polio, sin embargo, se considera que para erradicar el Sarampión y mantener la consolidación de la erradicación de la Poliomieltis, se requieren coberturas sostenidas sobre el 95%.

4.2.1 Programa de atención integral a los adolescentes

Históricamente este grupo de población ha sido el menos demandante de servicios de salud, lo que ha determinado una menor asistencia a los programas y acciones en el ámbito de la curación o de la prevención y promoción.

Con el fortalecimiento del primer nivel de atención bajo un enfoque integral, se ha propiciado la incorporación de actividades que permitan identificar, detectar y abordar oportunamente aspectos que mantengan y mejoren la condición de salud de los adolescentes.

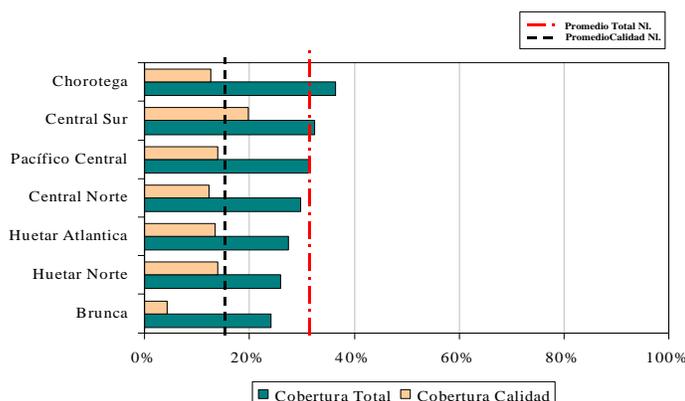


Los datos de la evaluación muestran que a nivel nacional la cobertura total de atención individual del adolescente es de un 29%, superando el 19% pactado; al considerar el cumplimiento de la norma esta cobertura alcanza un 14%.

Los resultados evidencian un esfuerzo importante de los equipos de salud para incentivar una demanda de acciones de prevención, tales como la atención en salud reproductiva, prenatal y crecimiento y desarrollo por medio de acciones de educación y tamizaje. Esta situación como se ha indicado anteriormente, nunca se dio en forma espontánea, de ahí la valoración especial al esfuerzo local.

El comportamiento en el nivel regional muestra que la cobertura total más alta la logró la región Chorotega (37%) seguida de la región Central Sur (32%), la Pacífico Central (31%) y la Central Norte (30%) superando todas el promedio nacional. Se observa que la región que debe mejorar su cobertura en este programa es la Brunca ya que alcanzó un 24%. (Gráfico 4).

Gráfico 4
Cobertura total y con calidad en el programa de adolescentes según región
Evaluación Compromisos de Gestión 2000



En este programa la totalidad de las regiones evidencia un bajo cumplimiento de los criterios de calidad, principalmente el cálculo del Índice de masa corporal (IMC) y la valoración del Estado nutricional, seguido por la Clasificación de riesgo y los planes de seguimiento.

Debe orientarse el esfuerzo a mejorar estos criterios, ya que este es el momento propicio para realizar acciones que permitan detectar alteraciones en el estado nutricional, principalmente la obesidad que es de alta prevalencia en el país y un factor condicionante para enfermedades crónicas. Por otra parte, el clasificar el riesgo permite individualizar, a fin de racionalizar el uso de los recursos con enfoque de riesgo.



4.2.2 Programa de atención integral a la mujer

- *Atención prenatal*

La salud materno infantil ha sido uno de los programas tradicionalmente más fortalecidos en el país, lo que ha permitido que los equipos de salud estén más familiarizados con su atención y abordaje. Este aspecto también ha permeado a la población haciendo que las embarazadas demanden en mayor medida el servicio de control prenatal, unido al hecho de la incorporación de la mujer al ámbito laboral en donde requiere el beneficio de la licencia por maternidad.

La cobertura total lograda a nivel nacional en atención prenatal es de 89%, superando la pactada de 73%, es indudable que esta cobertura al igual que la de atención a los menores de un año, son de las más altas alcanzadas en el país (Gráfico 5).

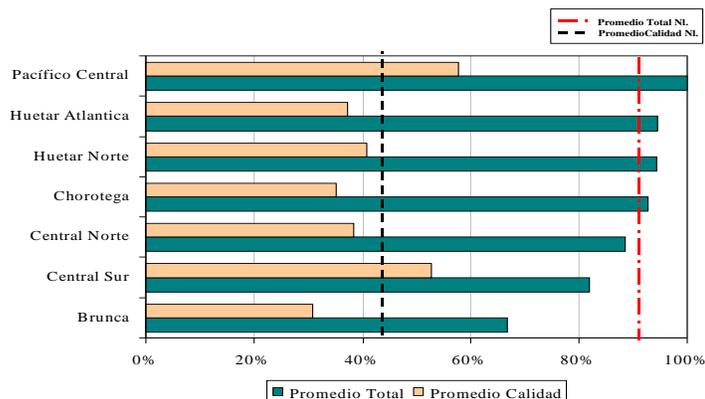
Problemas encontrados en el registro de la información de base sobre posibles duplicaciones, que el actual sistema de información impide identificar claramente podrían estar incidiendo en un sobregistro y alterando el resultado. Principalmente el problema se encuentra en la duplicación por traslape de las pacientes cubiertas el año anterior, lo que aumenta las consultas de primera vez.

El panorama regional muestra que las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica, Huetar Norte y Choroteга superan el promedio nacional de cobertura total.

El cumplimiento de criterios de calidad a nivel nacional en este programa continúa siendo un elemento necesario de mejorar, ya que la cobertura con calidad lograda es de tan solo el 42%. Entre los criterios de calidad de esta atención, los que se cumplen parcialmente son la captación temprana y la concentración.

Dada la importancia que reviste la captación temprana, dentro de las primeras 13 semanas, para identificar oportunamente alteraciones en el proceso de embarazo, es que se negoció un porcentaje específico sobre este tópico, cuyo cumplimiento es de 63% a nivel nacional. Este porcentaje de cumplimiento también afecta la clasificación de riesgo en este periodo gestacional.

Gráfico 5
Cobertura total y con calidad en la atención prenatal según región
Evaluación Compromisos de Gestión 2000





- *Programa de toma de citologías vaginales*

Dado el impacto social y económico derivado de la problemática del Cáncer Cervico Uterino el país ha realizado esfuerzos importantes en el desarrollo de las acciones del Sub Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Cérvix, realizando Tamizajes y barridos locales de toma de Papanicolaou, en los cuales se enfatiza la lectura y reporte oportuno por parte del Laboratorio Nacional de Citologías y detección, seguimiento y manejo oportuno por parte de las Areas de Salud.

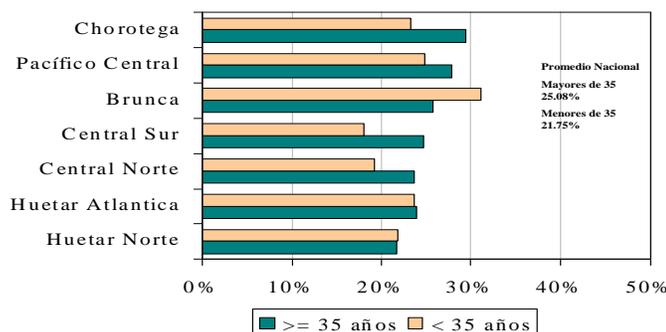
La cobertura nacional de toma de citología vaginal en mujeres menores de 35 años es de 22% y la de mujeres mayores de 35 años es de 25%. Algunos aspectos importantes a tener en cuenta con estos niveles de cobertura, son el desplazamiento de Unidades Móviles de toma de PAP que realizan estas actividades en todo el país y no siempre son reportadas a las Areas respectivas; otro aspecto son las salidas del Sistema de Información en Salud, el cual sólo reporta el primer diagnóstico digitado en la agenda diaria, lo que hace pensar que puede existir algún subregistro.

Las regiones que evidencian mayores coberturas de toma de citología vaginal en mujeres menores de 35 años son la Brunca (31%), y la Pacífico Central (25%). Mientras que en el grupo de mayores de 35 años las mejores coberturas son las de la Región Chorotega (29%), la Pacífico Central (28%) y la Brunca (26%), todas por encima del promedio nacional (Gráfico 6)

Por otra parte el Laboratorio Nacional de Citologías indica que el total de citologías vaginales o PAP, en el año 2000 llegan a 235.636 citologías vaginales o PAP, a lo que habría que adicionarle entre 70,000 y 130,000 PAP que revisan en algunos Hospitales, como el de Cartago, San Isidro del General y Monseñor Sanabria, situación que cambiaría a partir de Febrero del 2001, cuando todos enviarán sus citologías al Laboratorio Nacional excepto la Región Brunca que puede representar aproximadamente 30,000 citologías vaginales.

Con estos datos la cobertura Nacional de toma de PAP podría elevarse por encima de 30%, porcentaje que

Gráfico 6
Cobertura de toma de citología vaginal en mujeres mayores y menores de 35 años según región. Evaluación Compromisos de gestión 2000



comparado con el 50% esperable en un año continúa siendo bajo para fines de impactar la incidencia del cáncer uterino, considerando que la norma técnica de toma de PAP se realiza cada dos años.

En cuanto a los estudios citológicos alterados se observó que a nivel nacional, el 76% de las Areas de Salud cumplen con los criterios de calidad establecidos para su abordaje (reporte de resultados a la paciente en menos de 15 días o referencia de colposcopia).



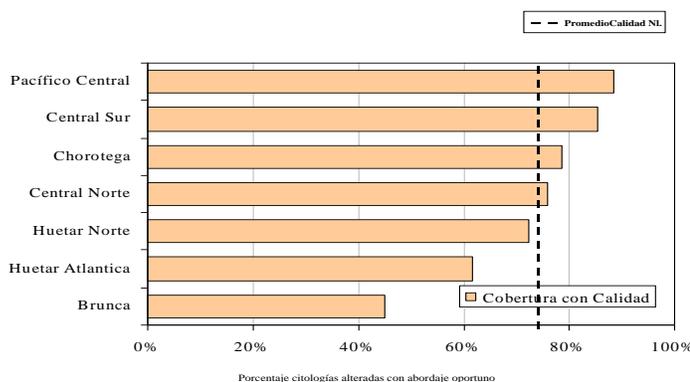
Del total de citologías tomadas a nivel nacional el 1.9% son reportadas como alteradas, entendiendo como tal desde las lesiones intraepiteliales de bajo grado hasta el Carcinoma invasor.

Es de destacarse que este dato coincide con la información del Laboratorio Nacional de Citologías en el que se reportan como alteradas el 1.95% del total de citologías recibidas durante el año 2000. Este reporte indica que del total de alterados; el tipo de lesión encontrada se clasifica de la siguiente manera: bajo grado en un 59%, moderado en un 28%, severa en un 7%, Carcinoma In Situ en un 3% y Carcinoma invasor un 1%.

Es digno de destacarse que en el 96% de los casos con tratamiento oportuno y seguimiento de casos se podría resolver la problemática y la mortalidad por cáncer de Cervix dejaría de ocupar los primeros lugares de muerte por cáncer en la mujer costarricense.

En las regiones, la Pacífico Central, la Central Sur y la Chorotega se muestran porcentajes superiores al promedio nacional en lo referente al abordaje oportuno de las citologías vaginales alteradas. El resto de las regiones están por debajo del promedio pero muy cercano al mismo excepto la Región Brunca que reporta 45% (Gráfico 7).

Gráfico 7
Porcentaje de las citologías vaginales alteradas con abordaje oportuno según región. Evaluación Compromisos de Gestión 2000



4.2.3 Programa de atención integral del adulto

En este grupo de edad, el compromiso de gestión enfatiza en la identificación y control de personas diabéticas e hipertensas, dado que son dos entidades crónicas de importante prevalencia y que se constituyen en patologías asociadas a las principales causas de morbimortalidad del país, incluso la Diabetes ha sido descrita como una de las causas de mortalidad que han contribuido al estancamiento de la expectativa de vida en el país. Ante este panorama el compromiso de gestión orienta a los equipos de salud a mejorar coberturas en la atención de los pacientes diabéticos e hipertensos.

- *Atención de pacientes diabéticos:*

Las coberturas totales logradas en el país se encuentran entre una de las más altas alcanzadas en comparación con el resto de programas, con un valor de 63%, superior al 53% pactado, lo que implica que más de la mitad de la población a riesgo está identificada y controlada. Cuando lo contrastamos con el cumplimiento de criterios de



calidad en la atención, se visualiza que en solo el 19 % de los pacientes atendidos se cumplen estos criterios, lo que significa una tercera parte de pacientes atendidos con calidad. Esta situación puede tener como consecuencia el que se presenten con mayor frecuencia complicaciones y por lo tanto no se mejore la calidad de vida de los pacientes diabéticos, a pesar del gran esfuerzo realizado en mejorar estas coberturas.

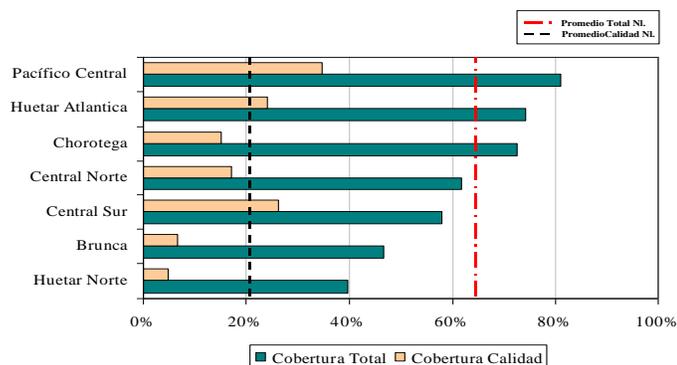
Entre los criterios que limitan el cumplimiento de la calidad se encuentran la realización del fondo de ojo y el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) para la valoración del estado nutricional. Es importante con respecto al primer criterio promover una mayor gestión local y capacitación en este sentido.

En relación al cálculo del IMC y su valoración, es imperativo que se cumpla, con la finalidad de identificar y dar seguimiento al estado nutricional en estos pacientes, factor que está muy relacionado con la evolución de la enfermedad y aparición de complicaciones. En 1996 la Encuesta Nacional de Nutrición señala una alta prevalencia en la obesidad en las mujeres de 20 a 44 años (46%) y en las de 45 a 59 (75%).

En el ámbito regional, la Pacífico Central es la que alcanzó la cobertura más alta 81%, seguida de la Huetar Atlántica con un 74% y la Chorotega con un 73 %, por arriba del promedio del país. La cobertura menor corresponde a la Huetar Norte con un 40% (Gráfico 8).

Los comentarios anteriormente citados con respecto a las coberturas totales y con calidad se presentan por igual en todas las regiones del país.

Gráfico 8
Cobertura total y con calidad de la atención del adulto diabético según región
Evaluación Compromisos de Gestión 2000



- *Atención de Hipertensos*

Al igual que la cobertura de diabéticos, la cobertura de pacientes hipertensos es una de las más altas a nivel nacional, alcanzando el 74% por sobre el 59% pactado, cobertura que se ve afectada al relacionarse con el cumplimiento de los criterios de calidad llegando a un valor de 30%. Como en el caso de los diabéticos la falta de capacitación en el abordaje de ciertos criterios pareciera ser uno de los factores que más incide en estos resultados.

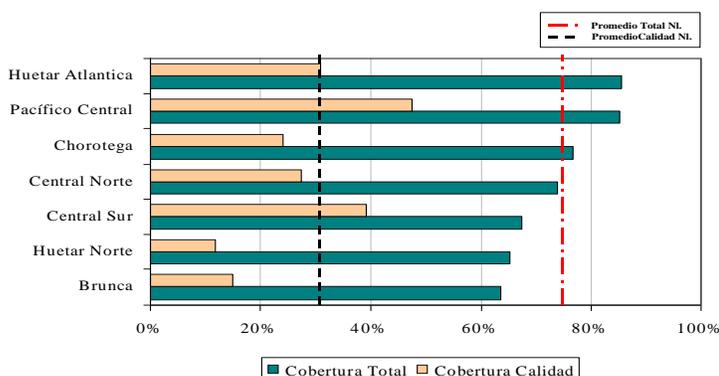


Los comentarios realizados para los diabéticos son perfectamente rescatables para este subprograma en lo que se refiere a los problemas identificados en la atención con calidad.

En el caso específico de hipertensión aparecen como criterios que limitan la cobertura con calidad son la realización e interpretación del fondo de ojo y la valoración de riesgo, valga la oportunidad para insistir en la necesidad de desarrollar procesos de capacitación que permitan al equipo de salud mejorar sus capacidades para abordar estos criterios alcanzando un adecuado control de los pacientes hipertensos.

En los niveles regionales, se presentan las coberturas más altas en la región Huetar Atlántica con 86% hecho relevante por ser una zona de alta prevalencia, seguida de la Pacífico Central (85%) y la Chorotegea (77%) superando el promedio nacional. (Gráfico 9)

Gráfico 9
Cobertura total y con calidad de la atención del adulto hipertenso según región
Evaluación Compromisos de Gestión 2000



4.2.4 Programa de atención integral del adulto mayor

La cobertura lograda en el programa de adulto mayor reviste especial importancia ya que es un grupo que por el aumento en la expectativa de vida cada vez tiene un peso mayor en la población, aunado a esto se comporta como un grupo de riesgo por sus condiciones particulares, así como el grupo que potencialmente generaría mayor demanda de consultas y de hospitalizaciones.

El poder identificar y abordar oportunamente factores de riesgo que mejoren su calidad de vida es uno de los principales retos del primer nivel de atención.

En el caso específico de este grupo se entenderá por cobertura de atención el tamizaje utilizado para clasificar el riesgo, y de presentar riesgo el uso del instrumento que identifica factores de riesgos biopsicosociales y su plan de intervención.



Los resultados alcanzados a nivel nacional muestran una Cobertura Total del 44% lo que supera el 34% pactado, al considerar el cumplimiento de criterios de calidad se observa una pequeña disminución, lográndose una Cobertura con Calidad de 33%.

Los resultados obtenidos en el año 2000 permiten preveer que lo proyectado en el Programa de Salud del Adulto Mayor, de cubrir con tamizaje al 100% de los adultos mayores en cuatro años pueda ser logrado, aunque estamos conscientes que el 66% restante probablemente representará una mayor dificultad en la captación.

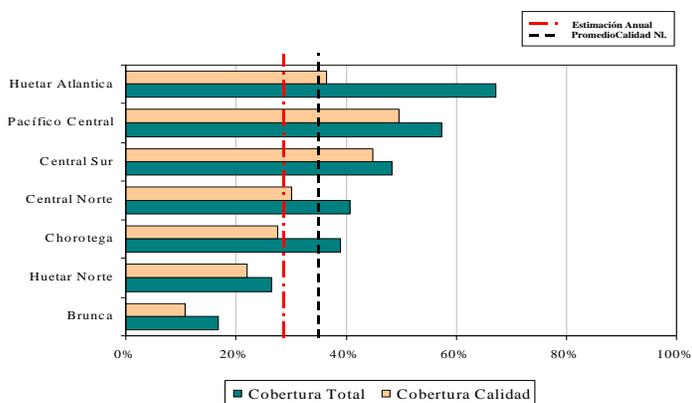
En el caso específico de este programa, lo teórico esperado en cada uno de los cuatro años es un 25%, de ahí, que el logro del 44% significa un avance importante en cubrir un grupo que tradicionalmente se le daba atención asistencial y no con perspectiva de prevención y promoción de la salud.

A nivel regional, se observa que la mayoría sobrepasa lo estimado para este primer año a excepción de la Región Brunca.

Al observarse el grado de consistencia entre la población cubierta y el cumplimiento de normas, las regiones que obtienen mayor consistencia son la Central Sur con 48% de Cobertura Total y 42% con Calidad, seguido de la región Pacífico Central con 57% de Cobertura Total y 49% con Calidad, esto denota un esfuerzo en mejorar la calidad de atención (Gráfico 10).

Entre los criterios de calidad que habría que mejorar en esta cobertura es la elaboración y ejecución del plan de seguimiento una vez que se ha clasificado al adulto mayor como de riesgo.

Gráfico 10
Cobertura total y con calidad de la atención al adulto mayor según región
Evaluación Compromisos de Gestión 2000





4.2.5 Comportamiento de las entidades de compra externa de servicios de atención integral en salud

Ante la existencia de Areas de Salud cuya prestación y gestión se brinda por medio de entidades de compra externa, hace necesario mostrar su comportamiento en términos de cobertura.

Las áreas bajo esta modalidad en el año 2000 son: Curridabat, Barva, Santa Ana, Pavas, San Pablo, Tibás.

Los resultados de cobertura por programas (Gráfico 11) muestran que el Programa de Atención de niños menores de un año y Atención Prenatal son las que alcanzan las coberturas totales más altas (96% y 82% respectivamente). Las coberturas con calidad alcanzadas en estos programas fueron de 51% y 62% respectivamente. Aunque en muchas de estas áreas usan otros sistemas de información diferentes al SIS, persiste en algunas de ellas las duplicaciones de consultas de primera vez por lo que podría existir un sobregistro que altere el dato final.

En el caso del Programa de 1-6 años, la cobertura total es de 43% y la cobertura con calidad de 38%, de lo cual se puede inferir que en este grupo de población el cumplimiento de normas se da en casi el 90% de la cobertura total alcanzada.

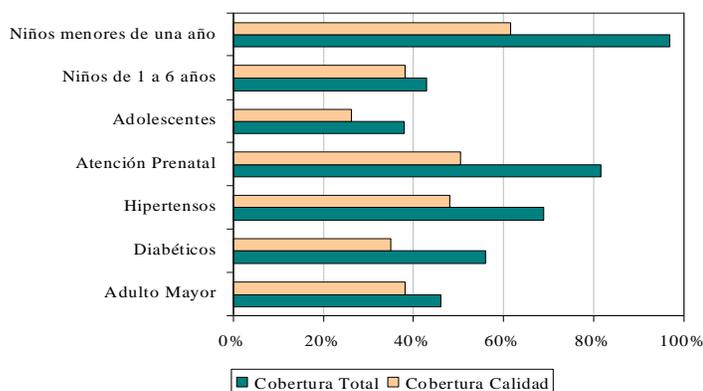
En relación al programa de adolescentes se lograron coberturas totales y de calidad de 38% y 26%. Siendo este un grupo difícil de captar se rescata el hecho de que las coberturas con calidad correspondan aproximadamente al 60% de la cobertura total alcanzada.

En la atención y control de pacientes crónicos se observa que en Diabéticos se alcanza una cobertura total de 56% y en Hipertensos 69%, con coberturas con calidad de 35% y 48% respectivamente.

En la atención de adultos mayores se alcanza una cobertura total de 46% y con calidad de 38%, nuevamente se ve una gran consistencia en ambas coberturas lo que redundará en una atención diferenciada con base al riesgo identificado.

En general se puede observar que estas entidades alcanzan coberturas totales casi iguales al comportamiento nacional, pero con un mayor cumplimiento de las normas de atención en cada uno de los programas evaluados, lo que podría explicarse por la dotación de recursos y las alternativas de gestión de recurso humano con que cuentan, entre otras.

Gráfico 11
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
brindadas por entidades de compra externa (Cooperativas y UCR)





4.3 MORBILIDAD POR CAUSAS PRINCIPALES

4.3.1 Morbilidad del programa del niño

El conocimiento de la estructura por causas de morbilidad en los diferentes grupos etáreos, es de primordial importancia pues se asocia al nivel de desarrollo alcanzado por el país, ya sea a través de las instituciones que brindan salud, en este caso la CCSS y por los otros sectores involucrados tales como Educación, Medio Ambiente, Agricultura entre otros.

Las causas más frecuentes de consulta por morbilidad entre 0 y 9 años en el Nivel Nacional, reportadas en la Evaluación de los Compromisos de Gestión del año 2000 fueron en su orden de frecuencia: Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedad Diarreica, Anemia, Asma, Parasitosis Intestinal

Infecciones Respiratorias Agudas: Ocupan el Primer lugar de consulta por morbilidad en la mayoría de Areas de Salud, que representan el primer nivel de atención en salud. Esta patología está asociada a múltiples factores tales como los estacionales, climáticos, contaminantes ambientales y nutricionales, entre otros. Por lo tanto su abordaje y manejo tiene que considerar diversas estrategias y acciones que trascienden el Sector Salud, entre las cuales las Educativas juegan un rol central.

Enfermedad Diarreica: Es la segunda causa de consulta por morbilidad, al igual que en la etiología de la Infecciones Respiratorias Agudas esta patología se asocia a múltiples factores, tales como Saneamiento del Medio, cobertura de agua potable intradomiciliar, nivel educacional y pobreza.

Llama la atención que este ubicada en el segundo lugar pues con los indicadores de salud que posee Costa Rica se esperaría que esta causa no apareciera dentro de las primeras, ya que en un nivel nacional su hallazgo se asocia a persistencia de grupos de población con bajo nivel socioeconómico y educativo.

Anemia: Es la tercera causa de consulta por morbilidad, su etiología está relacionada básicamente a la deficiencia de hierro. Según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1996, la prevalencia de anemia en niños de 1 a 6 años fue de 26% en el nivel nacional, lo que significaba que la magnitud del problema de Salud Pública era moderada. A partir de lo cual se han desarrollado diversas estrategias como establecer por norma la profilaxis con hierro en lactantes como grupo más vulnerable de presentar esta deficiencia, así como la suplementación con hierro en embarazadas y en niños preescolares, educación nutricional y la fortificación de alimentos, estrategias que deberán fortalecerse y ampliarse dado que la deficiencia de hierro sigue mostrándose como problema a nivel nacional.

Asma: Se ha constituido en la cuarta causa de consulta por morbilidad, esta patología es de difícil manejo y evolución incierta, por lo que el uso de protocolos de atención se convierte en una buena estrategia para enfrentarla. Además es necesario trabajar con acciones de promoción y coordinar con otros sectores, tales como Educación y Medio Ambiente para potenciar las estrategias y su impacto.

Parasitosis: Se convierte en la quinta causa de consulta por morbilidad en el primer nivel de atención, la cual se encuentra en estrecha relación con Anemias y Diarreas. La existencia de estas tres patologías podrían estar evidenciando problemas de condiciones de vida, que los equipos de salud tendrán que considerar al definir sus estrategias de atención.

En la Encuesta Nacional de Nutrición 1996 en la cual se incluyó un módulo parasitológico se encontró una prevalencia de parasitismo intestinal total de 5.4% y solo se diagnosticaron cuatro especies de helmintos intestinales, *Trichuris trichuira*, *Ascaris Lumbricoides*, *Uncinarias* e *Hymenolepis Nana*, siendo el grupo más afectado el de los escolares.



Todas las causas de consulta por morbilidad en el grupo de menores de 9 años son en buena medida prevenibles ya sea por acciones de promoción de la salud tales como educación nutricional, saneamiento básico, higiene personal, la promoción y fomento de la práctica de lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida, acciones concretas como la suplementación con hierro, la fortificación de alimentos, tratamiento antihelmenticos, entre otros.

Las unidades han realizado esfuerzos tendientes a esclarecer los factores que condicionan estas patologías y están desarrollando planes de implementación para lograr causar impacto en esta estructura de causas. Lo que se logra en el 66% de las Areas de Salud.

4.3.2 *Morbilidad del programa del adolescente*

En el grupo de adolescentes (10-19 años) la evaluación muestra las siguientes, como las 5 primeras causas de morbilidad, en orden de importancia: Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, Asma, Parasitosis Intestinal, Cefalea, Enfermedad Diarreica.

En términos generales, llama la atención que entre estas cinco primeras causas se ubiquen tres patologías de origen infecciosas y parasitarias, como son Infecciones Vías Respiratorias Superiores, Parasitosis y Enfermedad Diarreica, aspecto que con frecuencia se considera en vías de superación, lo que estaría indicando que las condiciones de vida y el medio siguen siendo un condicionante de peso en la morbilidad de este grupo de población, que la educación y hábitos personales no han logrado contrarrestar o disminuir, o bien que la educación en salud brindada ha sido insuficiente.

Estas causas tienen gran coincidencia con los hallazgos de la última Encuesta de Consulta Externa del año 1997 en donde estas mismas patologías se encuentran entre las primeras causas de consulta.

Infecciones de Vías Respiratorias Superiores: Ocupa el primer lugar, lo que pareciera indicar, que este grupo al igual que niños están expuestos a los mismos factores condicionantes. De lo anterior se desprende que la principal estrategia a impulsar por parte de los equipos de salud es educar a toda la población en el manejo de estas patologías a nivel domiciliario, cuyas principales causas son de origen viral para lo cual existen orientaciones generales de manejo sintomático.

Parasitosis: De acuerdo a la Encuesta de Nutrición de 1996, las reducciones de la prevalencia de helmintiasis fueron dramáticas, en los grupos estudiados (preescolares, escolares y mujeres en edad reproductiva), sin embargo, la parasitosis se sigue encontrando entre las primeras causas de consulta en diferentes grupos de edad entre los que se encuentran los adolescentes. Desde los servicios de salud se debe seguir insistiendo en educación a la población que oriente en hábitos que permitan atenuar la deficiencia del saneamiento ambiental, que conforman los principales factores condicionantes. Estos mismos elementos son pertinentes al referirnos al manejo de enfermedades diarreicas de origen bacteriano.

Cefalea: Esta es una causa de consulta que amerita un estudio especial ya que algunas observaciones de casos particulares, sugiere que es una causa que oculta los verdaderos motivos que originan la demanda de atención, entre ellos, aspectos de violencia y abuso en este grupo de edad. Ante la falta de estudios al respecto pareciera conveniente estar alerta por parte del equipo de salud en el sentido de indagar si esta causa está encubriendo otro tipo de patología especialmente de tipo social.

Las Areas de Salud muestran un avance en el análisis de estas causas, ya que el 65% de ellas identifican sus factores condicionantes, diseñan y ejecutan acciones de intervención.



4.3.3 Morbilidad del programa de la mujer

En el registro obtenido a través de información solicitada en la Evaluación de los Compromisos de Gestión del año 2000, sobre las causas de consulta externa por morbilidad en el programa de la mujer, se anotan como primeras causas: Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, Hipertensión Arterial, Infección de Vías Urinarias, Lumbalgia, Obesidad.

Infecciones Respiratorias Agudas: Corresponde a la primera causa de consulta en este grupo, hecho que observa un comportamiento similar a lo presentado en los resultados de principales causas de consulta obtenidas en 1992 y 1997¹. Para lo cual podría reforzarse la educación sobre estas condiciones, su etiología y las principales medidas de abordaje sintomático.

Hipertensión Arterial: Se presenta como segunda causa de consulta por morbilidad, entidad que aparece también en años anteriores dentro de las principales causas de consulta en la mujer adulta. Patología que tiene variados factores predisponentes y cuya evolución va a depender del control que se realice sobre las pacientes, y que pueda evitar complicaciones posteriores; también es una entidad susceptible de prevención fomentando cambios en hábitos alimentarios y de ejercicio, así como el control de hábitos de fumado y manejo del estrés.

Infección de Vías Urinarias: Es la tercera causa de consulta por morbilidad, en anteriores series no aparece como una causa importante de consulta lo que motivaría a profundizar en el diagnóstico considerando su comprobación por laboratorio. Ante éste hallazgo sería importante reforzar las recomendaciones de vaciamiento frecuente de vejiga, ingesta abundante de líquidos y las medidas higiénicas adecuadas.

Lumbalgia: Se anota como la cuarta causa de consulta, situación que podría estar relacionada con problemas de tipo postural principalmente en el ámbito laboral. Es importante el trabajo de educación que debe reforzarse para atender preventivamente esta condición, que se ha demostrado, en gran parte de los casos se asocia a malas posturas o realización de esfuerzos en forma inadecuada.

Obesidad: Es la quinta causa de consulta por morbilidad, hallazgo que previamente no se tenía dentro de las primeras causas, lo que representa una llamada de atención y la posibilidad de continuar con la educación en hábitos alimentarios, sobre todo si tomamos en cuenta la predisposición que esta entidad puede darnos para desarrollar otras condiciones tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cardiopatías y problemas de artrosis.

Al relacionar los resultados con las principales causas de consulta obtenidas en 1997, se logra apreciar un comportamiento similar para las dos primeras causas, a saber, IVRS e HTA, sin embargo una variante que podemos observar es como emergen como problemas la Lumbalgia y la Obesidad, que asociadas a la HTA, son entidades sobre las que se pueden influir a través de programas educacionales que motiven a cambios de estilos de vida.

En el 63% de las Areas de Salud se identifican los factores condicionantes de estas causas y se generan nuevas estrategias para un mejor abordaje.

¹ CCSS, Gerencia de División Médica, sección de Información Biomédica. Cambios en la Mortalidad y Morbilidad por edad y sexo Costa Rica, Julio 1999.



4.3.4 Morbilidad del programa del adulto

La importancia de conocer la estructura de causas de consulta por morbilidad en el Adulto, radica en primera instancia, en la definición de las estrategias viables de atención en este grupo; además de considerar el impacto económico que esto genera tanto para las Unidades como para el país, por las incapacidades que generan y su incidencia en la producción de diversos bienes y servicios ya que entre los 20 y 64 años se concentra la población económicamente activa y por lo tanto los asegurados directos.

Las causas más frecuentes de consulta por morbilidad son: Infección de vías respiratorias superiores, Hipertensión arterial, Lumbalgia, Diabetes Mellitus, Gastritis.

Infección de vías respiratorias superiores: Al igual que en los demás grupos etáreos, esta causa de consulta se constituye en el primer lugar; si tenemos en cuenta la multiplicidad de factores que influyen para su incidencia es necesario estructurar de una manera más integral estrategias y acciones tendientes a una mejor prevención y control de estas patologías las cuales se deberán realizar a todo lo largo del ciclo de vida.

Hipertensión Arterial: Es importante analizar porqué esta patología se constituye en el segundo lugar de consulta por morbilidad, y determinar si es debido a controles periódicos, a descompensación o aumento de incidencia. Hay múltiples factores que condicionan su evolución, por lo que se hace necesario revisar las posibles estrategias que pueden desarrollarse y fortalecerse para tener en claro la demanda potencial de atención y saber si tenemos a la población de hipertensos con la adecuada cobertura.

Lumbalgia: Se constituye en la tercera causa de consulta por morbilidad; teniendo en cuenta que es en la población económicamente activa, esto podría reflejar inadecuadas posturas y actitudes corporales que impactan en la salud de la población trabajadora. Se hace necesario influir en su incidencia, a través del desarrollo de procesos educativos y culturales en el escenario laboral

Diabetes Mellitus: Esta patología aparece como la cuarta causa de consulta por morbilidad en el primer nivel de consulta, si hacemos las consideraciones como en el caso de la Hipertensión Arterial, tenemos que visualizar si es por los controles de la respectiva norma técnica o por que no se encuentran suficientemente controlados y su consulta por morbilidad se hace más frecuente. Dada la multiplicidad de factores que pueden llevarlos a la descompensación, se hace necesario que se revisen y actualicen las diversas estrategias de manejo.

Gastritis: Aparece en quinto lugar, teniendo en cuenta que en este grupo se encuentra la población económicamente activa, la cual está sometida a estrés y hábitos alimentarios inadecuados, factores que se han visto relacionados con dicha patología, sería necesario revisar las estrategias y acciones tendientes a enfrentarla de la mejor manera.

Las causas de consulta por morbilidad en el grupo de Adultos, nos indica que aún es factible desarrollar acciones de carácter preventivo que pueden influir en el actual estructura de causas, tales como la educación nutricional, estilos de vida saludable, posturas adecuadas, prevención de fumado, etc.

Las Areas de Salud en un 65% identifican los factores condicionantes de estas causas y establecen nuevas estrategias para el abordaje de las mismas.



4.3.5 Morbilidad del programa del adulto mayor.

La morbilidad en el grupo de los Adultos Mayores tiene como característica evidenciar los efectos del proceso degenerativo natural del organismo humano y como los estilos de vida predominante que en su mayoría se relacionan con la nutrición y actividades de la vida diaria influyen en su condición de salud.

Aunado a lo anterior, se puede observar que las causas de consulta de morbilidad observadas en este programa durante la evaluación de compromiso de gestión de las áreas de salud en el año 2000 son las siguientes: Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Infección de Vías Aérea Superiores (IVRS), Lumbalgia, Dislipidemia.

Hipertensión Arterial: Al igual que en el grupo de adultos, el comportamiento histórico de esta patología ha variado muy poco en los últimos 15 años² en Costa Rica.

Como se menciona en un principio, la Hipertensión Arterial en este grupo etáreo está relacionada con aspectos culturales y entre los factores condicionantes se encuentra el inadecuado hábito alimentario, sedentarismo, fumado, alcohol, raza, estrés, etc.

Diabetes Mellitus: Ocupa el segundo lugar como causa de consulta de morbilidad y al igual que la HTA, la diabetes también contempla factores condicionantes de conducta y hábitos de alimentarios. En el grupo de Adultos Mayores la HTA y DM presentan con mayor frecuencia afectación de órganos blanco, lo que obliga a los Equipos de Salud a mantener mayores controles sobre esta población.

Infección de Vías Aérea Superiores: Al presentar importantes cambios degenerativos el Adulto Mayor, sumado a la disminución de las actividades vigorosas, estos se hacen más susceptibles a presentar patologías infecto contagiosas como las IVRS, que pueden precipitar complicaciones, incluso llevarlos a la muerte, por lo que es muy importante la educación y el abordaje oportuno de ésta patología.

Lumbalgia: Esta patología en este grupo de edad podría reflejar posturas inadecuadas relacionadas con la actividad laboral desarrollada previamente y los cambios degenerativos provocados por el envejecimiento.

Dislipidemias: Esta patología está íntimamente relacionada con el sedentarismo, hábitos alimentarios y patologías crónicas asociadas que en su conjunto predisponen a Cardiopatía Isquémica, que se registra como una de las principales causas de Morbi-mortalidad, lo que hace necesario su abordaje con diferentes estrategias

La mayoría de estas causas de consulta en el Adulto Mayor están interrelacionadas, tanto en sus factores condicionantes como en su abordaje, por lo que se debe dar una atención más integral buscando prevenir situaciones que deterioren su calidad de vida.

Un avance digno de destacar es que el 66% de las Areas de Salud han comenzado a identificar los factores condicionantes de estas causas así como estrategias que permitan su abordaje.

² CCSS, Gerencia de División Médica, sección de Información Biomédica. Cambios en la Mortalidad y Morbilidad por edad y sexo Costa Rica. Julio 1999.



4.4 AVANCES EN PROCESOS DE GESTION LOCAL, PROMOCION DE LA SALUD Y CALIDAD

El enfoque de Atención Integral plantea la utilización de otras actividades que permitan complementar y potenciar la atención dirigida a la población, entre estos los más destacables son: La Gerencia Local, La Promoción de la salud y los Procesos de Calidad.

A continuación se describen los hallazgos encontrados en la evaluación con respecto a estos tres tópicos:

4.4.1 Avances en gerencia local

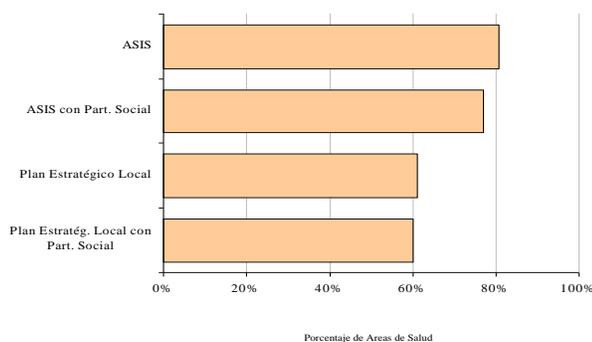
El desarrollo de procesos de gerencia local con participación social, es uno de los elementos esenciales en el modelo de atención que Costa Rica definió para un primer nivel con enfoque integral, ya que posibilita el conocimiento de la situación de salud de la población asignada como eje central que orienta el quehacer del equipo local de salud tomando en cuenta la óptica de los actores sociales. Entre las acciones más relevantes que se han impulsado, está el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la elaboración del plan de acción basado en la identificación de necesidades y problemas de salud de la población, ambas con participación social.

Avances en el Análisis de Situación de Salud: Los datos de la evaluación evidencian que el 81% de las áreas elaboran un análisis de situación de salud en el cual se contemplan las dimensiones biológicas, sociales, económicas y de conciencia y conducta. Además en un porcentaje similar este análisis se desarrolla con participación de diferentes grupos organizados de la comunidad. Lo anterior significa una importante mejoría en términos del conocimiento de la situación de salud de la población, que posibilita el desarrollo de acciones dirigidas a atenuar el impacto negativo de las necesidades y problemas.

Plan Estratégico Local: La elaboración y ejecución de un plan estratégico basado en el ASIS, se evidenció en el 61% de las áreas, lo que significa un importante esfuerzo por orientar la oferta de servicios acorde a las necesidades y problemas de salud de la población, máxime si consideramos que el mismo fue desarrollado con la participación de otros actores sociales. Sin embargo aún existe un 20% de áreas que teniendo el ASIS, no lograron concretar el Plan Estratégico. Esta situación puede ser de índole metodológica, ya que gran parte de las técnicas desarrolladas enfatizan en la fase de Análisis, o bien la cultura tradicional de los equipos de salud de desarrollar actividades a demanda sin que medie un proceso de planificación previo.

El principal reto en este aspecto es mejorar la calidad de los análisis situacionales, con una adecuada interrelación de sus dimensiones, y aumentar cuali-cuantitativamente el desarrollo de planes acordes a los problemas y necesidades de salud identificados, en el marco de una mayor y efectiva participación social.

Gráfico 12
Grado de avance del proceso de Gerencia Local con Participación Social en las áreas de salud





4.4.2 Promoción de la salud

El desarrollo del modelo de atención integral en salud en nuestro país, ha logrado avances importantes al ir privilegiando acciones de Promoción de la Salud a las personas, a través de la implementación de Programas Educativos dirigidos a grupos de edad con mayor riesgo biológico, social y cultural.

A continuación se describe el avance en la implementación de los planes de Promoción de estilos de vida saludable en el Adulto Mayor, el Adolescente y Curso de preparación Psicofísica del Parto

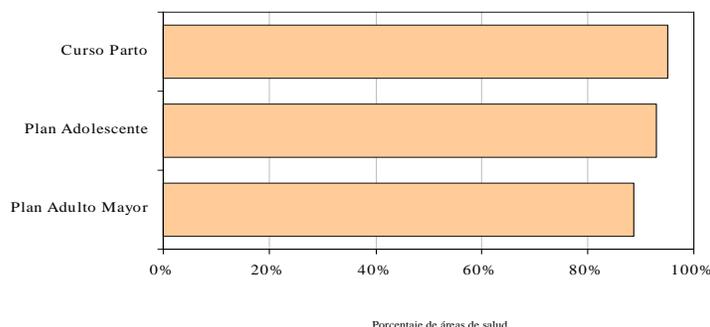
Plan de Promoción de Estilos de Vida Saludable en el Adulto Mayor y en el Adolescente: El 93% de las Areas de Salud realizó la formulación y ejecución del Plan de Promoción de Estilos de Vida Saludable para el Adolescente y un 89% para el Adulto Mayor.

La metodología de elaboración de los Planes involucra la participación de estos grupos, desde su formulación, y a partir de la problemática analizada en el ASIS y define estrategias para conseguir una nutrición adecuada, una actividad física continua, acciones para combatir el estrés, evitar la drogadicción y el tabaco, entre otras.

Curso de preparación psicofísica del parto: el 95 % de las Areas de Salud están desarrollando este tipo de cursos durante el año para las embarazadas de su área de atracción, en el cual se involucra la participación del padre, y se abordan elementos físicos y psicológicos relacionados con el parto y la práctica de la lactancia natural. En algunas Areas también estos Cursos se diferencian para el grupo de Adolescentes embarazadas, realizando algunos cambios metodológicos y estratégicos para abordar este grupo de edad.

Debe continuarse fortaleciendo y ampliando los Programas Educativos a todos los grupos de edad, tales como el Adulto y la Mujer no embarazada, así como también en los niños menores de un año y preescolares, incluyendo el componente de Comunicación Social.

Gráfico 13
Desarrollo de actividades de educación a grupos específicos en las áreas de salud. Evaluación Compromisos de Gestión 2000





En este apartado también se incluirá los resultados obtenidos con relación a la ficha familiar por considerarse un instrumento importante que orienta a los procesos de educación y promoción de la salud.

Ficha Familiar : En el Compromiso de gestión se evalúa la actualización de la Ficha Familiar, la cual permite al Equipo Básico realizar acciones de seguimiento, a través de la priorización de las familias según criterios de Riesgo, conocer su ubicación, las características de las personas y condiciones de Salud, entre otros. Obteniéndose los siguientes datos, el promedio de cumplimiento de la actualización de la ficha familiar a nivel nacional es de 89%, siendo el más alto el de la Región Central Sur (99%) y el menor el de la Región Brunca (62%). El criterio que se cumple en mayor grado es el de ubicación geográfica de la familia (98%), lo que permite inferir el grado de conocimiento del área o sector de salud; el que se cumple en menor grado es el de clasificación de riesgo(79%), indicador que permite al equipo priorizar sus acciones en el escenario familiar, elemento esencial en sistemas de cobertura universal.

4.4.3 Avances de los procesos de calidad

Se han realizado enormes esfuerzos en aumentar la cobertura de atención en salud en los diferentes Programas de Atención integral en los diversos grupos etáreos, logrando hasta este momento coberturas útiles en actividades prioritarias como vacunación, control prenatal, trabajo escolar, entre otras. Este esfuerzo está ahora dirigiéndose a fortalecer aspectos de calidad de la prestación de dichos servicios, para lo cual se han desarrollado diferentes metodologías para medir tales efectos, como son el Análisis de la Mortalidad Infantil, la Condición Trazadora y la Encuesta de Satisfacción del Usuario.

Análisis de la Mortalidad Infantil: El 100 % de las Areas de Salud están desarrollando procesos para conocer las causas de muerte de menores de un año, por medio de una metodología específica de estudio de los factores que inciden en la mortalidad infantil. A partir de este Análisis las unidades desarrollan en un 80 % Planes de Intervención para aquellos factores prevenibles que competen al primer nivel de atención, contando para ello con el apoyo de los funcionarios y especialistas de los niveles de mayor complejidad. Además se refuerza en muchos lugares con la coordinación de funcionarios del Ministerio de Salud.

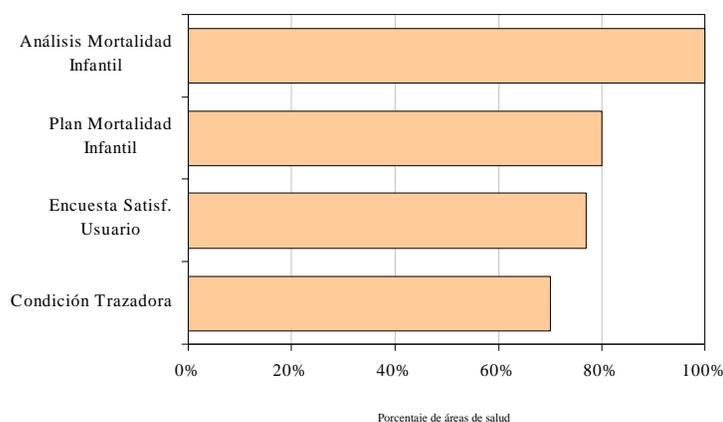
Estudio de las Condiciones Trazadoras: El estudio para evaluar el proceso de atención a las personas, con entidades trazadoras, tiene como base un protocolo de atención previamente definido. La aplicación de estos protocolos se realiza en el 70 % de las Areas de Salud, abordando alguna de las entidades que el país ha definido como trazadoras, entre las que están, la de Crecimiento y Desarrollo, Embarazo en adolescentes, Amenaza de Parto prematuro, cáncer de cuello uterino y caídas y fracturas de cadera, procesos claves en los cuales las actividades preventivos juegan un rol preponderante.

Encuesta de Satisfacción del usuario Externo: En el 77 % de las Areas de Salud del país se realizaron encuestas de satisfacción al Usuario con el fin de conocer la opinión de los mismos con respecto al grado de satisfacción de la atención que reciben y valorar la gestión local. Además se avanza en desarrollar la capacidad de análisis y planeamiento de estrategias al definir Areas críticas y diseñar Planes de Intervención con base en los resultados obtenidos.



Se aprecia un esfuerzo en el desarrollo de procesos de mejoramiento continuo de la calidad en las diversas Areas de Salud, el cual deberá continuar y fortalecerse en aspectos relacionados con el trato directo al usuario por medio de Políticas de atención al cliente así como aspectos de calidad técnica. Ambos elementos pueden ser abordados con procesos de educación continua.

Gráfico 14
Grado de avance de los procesos de Calidad en las área de salud
Evaluación Compromisos de Gestión 2000



Otros aspectos que permiten evaluar elementos de calidad en la atención son la evaluación de los expedientes nuevos y la medición del tiempo de entrega de medicamentos, que detallan a continuación:

Expedientes Nuevos: Se entiende por expediente nuevo el que se confecciona en el año vigente de compromiso de gestión, estrategia cuya finalidad es que a mediano plazo se cuente con expedientes que cumplan los requisitos que establece la Comisión Nacional del expediente Clínico en cuanto a criterios de calidad.

Los resultados obtenidos, nos muestran que a nivel nacional el cumplimiento de la incorporación y correcto llenado de los instrumentos del expediente tales como: Hoja de Identificación, Historia Clínica, Lista de Problemas y otros instrumentos de evaluación de desarrollo y estado nutricional, es de 89%; siendo el de mayor cumplimiento en la Región Central Norte (92%) y el de menor cumplimiento la Región Brunca (72%). En cuanto al criterio que mayormente se cumple es el llenado correcto de la Hoja de Identificación (96%) y el que en menor grado se cumple es el llenado del instrumento de evaluación del desarrollo psicomotor del niño (EDIN) (38%), este último podría explicarse por cuanto la papelería estuvo escasa en algunas Regiones y Areas.

Cabe mencionar, que un expediente clínico con los instrumentos debidamente llenos permitirá al profesional de la salud registrar adecuadamente la atención brindada, dar una mejor atención y posibilitar la evaluación de su calidad, así como asegurar por medio del mismo la continuidad de la atención en la diferentes etapas de su desarrollo.

Tiempo de espera de medicamentos: Entiéndase como tiempo de espera de medicamentos, tiempo que se extiende desde que el paciente entrega la receta a la farmacia hasta que recibe el medicamento, lo que permite medir la oportunidad de atención en la prestación de este servicio.



El promedio nacional de entrega de medicamentos se midió en dos escenarios, sectores concentrados y sectores desconcentrados esto por cuanto para enfrentar estas dos situaciones se han desarrollado estrategias diferentes en las Areas de salud, lo que unido a la dotación de recursos humanos y al grado de dispersión de la población, podrían plantear diferencias que se considera importante conocer.

Al observar los resultados generales encontramos que las diferencias son muy pocas, en donde los concentrados, generalmente ubicados en la sede del área, despachan los medicamentos en aproximadamente 27 minutos y los desconcentrados en 23 minutos.

Esta situación podría explicarse porque si bien es cierto en la Sede generalmente existe una mayor cantidad de recursos también se presenta el mayor volumen de recetas, en cambio en los desconcentrados el volumen de recetas es menor.

Llama la atención que se obtengan resultados similares en ambas modalidades, una de las posibles explicaciones podría ser la falta de uniformidad en la metodología de cálculo del tiempo.

4.5 DE LA ATENCION DE URGENCIAS

En términos globales la atención de urgencias en las Areas de Salud representa el 37% del total nacional. Al analizar el comportamiento de la atención de urgencias en áreas, o sea, en el primer nivel, se observa que del total nacional de consultas atendidas bajo la modalidad de urgencias el 42% corresponden a consultas calificadas como urgentes y el 58% a consultas no urgentes.

Para analizar este resultado debe considerarse la complejidad que presenta la atención en la modalidad de urgencias, pues converge en ella una serie de elementos, a saber, es un servicio que es más accesible, con la posibilidad de exámenes inmediatos, en muchas partes se ofrece las 24 horas y todos los días, elementos que contrapuestos a horarios poco adecuados para los usuarios, y a una posible demanda insatisfecha en el primer nivel hace que aumente su utilización.

Se hace necesario entonces, considerar los factores expuestos con el fin de establecer estrategias que permitan canalizar estas consultas no urgentes a la consulta externa. Dentro de las posibles soluciones podrían considerarse mejorar la oportunidad de atención en la consulta incluyendo el agilizar los procedimientos diagnósticos y de tratamiento, que son los que generalmente motivan el uso del servicio de urgencias. Además estudiar con más profundidad las variables que inciden en la oferta y demanda en los servicios de urgencias, con el objetivo de conocer la problemática y proponer estrategias que permitan superar el uso inadecuado de los servicios de urgencias.

Con respecto al comportamiento de las referencias en los servicios de urgencia, los datos muestran que solo el 8% del total de consultas atendidas se refieren, o lo que es lo mismo, el 92% de las atenciones dadas no requirió un seguimiento posterior en algún nivel de atención. Con los datos existentes es muy difícil calificar este comportamiento, lo que nuevamente da elementos para insistir en la necesidad analizar y estudiar a profundidad los servicios de urgencias para poder entender y explicarse su comportamiento y sobre esta base proponer estrategias de cambio.



4.6 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

En este apartado se analiza el comportamiento del Segundo Nivel de Atención. Este nivel en varias Areas de Salud se encuentra en la misma sede que el primer nivel en la zona metropolitana y se caracteriza porque en él se encuentran las Especialidades básicas (Pediatria, Ginecología, Cirugía y Medicina Interna, Psiquiatria) y algunas subespecialidades (Dermatología, Otorrinolaringología y Oftalmología).

Las Areas de Salud que se encuentran en la misma sede del segundo nivel de atención son Tibás, Hatillo, Belén Flores, Mata Redonda Hospital, Desamparados 1y 2, Tibás Uruca Merced, Coronado, Pavas, Santa Ana y Goicoechea 2.

4.6.1 Producción

En su conjunto las 11 Areas de Salud con segundo nivel de atención lograron un 97% de producción de acuerdo a lo pactado, equivalentes a 221012 consultas de primera vez en el año en especialidad. La especialidad con mayor producción fue Pediatria con un 42% luego Ginecología y Medicina Interna con un 15% cada una. Las menos solicitadas fueron Cirugía con un 11%, Psiquiatria con 8%, Otorrino Laringología con 6% y Dermatología con 3 %.

Cuando se revisa la información del numero de referencias generadas en el primer nivel hacia el segundo, se observa que la especialidad de Cirugía tiene un 11% de referencias del total de consultas, Ginecología un 6%, Pediatria un 0.7%, siendo las demás inferiores a esta última.

Esto es importante porque a primera vista se podría inferir que la mayoría de las consultas atendidas en el segundo nivel no han pasado por el primer nivel; pero antes de esta aseveración debemos tomar en cuenta otros elementos tales como: la existencia de especialistas (Pediatria y Ginecología) dando atención de primer nivel además del subregistro de las referencias generadas por los sectores concentrados. Todas estas situaciones están influyendo en los resultados, lo que obligaría a estudiar la dinámica existente teniendo en cuenta el impacto en el recurso económico y en la racionalidad del sistema.

4.6.2 Nivel de resolución

Cuando se trata de explicar el grado de resolución de este nivel se aprecia, de manera indirecta que Medicina Interna y Pediatria tienen un 46 y 44% de referencias al nivel hospitalario, lo que parece alto en el sentido de que es aproximadamente la mitad de usuarios que se refieren al inmediato nivel de complejidad. Esto podría ser por requerir de valoración por subespecialistas ó de medios de laboratorio y gabinete no disponibles en el segundo nivel.

Luego tenemos que Obstetricia remite un 23% hacia el nivel hospitalario, Cirugía un 11% , Ginecología con un 9% y Psiquiatria con un 8%.

En lo referente a tiempo de espera para Colposcopia solo un 50% de las Areas de Salud que poseen Segundo Nivel tiene Colposcopio. El tiempo de espera en ellas oscila entre menos de 1 semana hasta 60 días. Sería importante el tratar de implementar este servicio en todas las Areas de Salud que poseen el recurso humano capacitado, dado que se concentran en los hospitales con la consiguiente prolongación de los tiempos de espera.



4.7 CALIFICACIÓN GLOBAL DE LAS ÁREAS DE SALUD

CUADRO 1
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN AREAS DE SALUD DE LOS
INDICADORES PACTADOS EN COMPROMISOS DE GESTION 2000

<i>Calificación</i>	<i>Número de Areas</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
40-49	6	7	7
50-59	3	3	10
60-69	17	19	29
70-79	16	18	47
80-89	24	27	74
90-100	23	26	100
TOTAL	89	100	

Cuando se analizan las calificaciones obtenidas según rangos de porcentaje de cumplimiento, se observa que el 71% de las Areas de Salud (63 Areas) obtuvieron por arriba del 70%, un 18% de las Areas (17) obtuvo entre 60 – 69 y únicamente el 10% (9 Areas) obtuvo entre 40 y 59 % de cumplimiento.



5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES

Para efectos de la presentación de los resultados se organiza la información en los siguientes apartados:

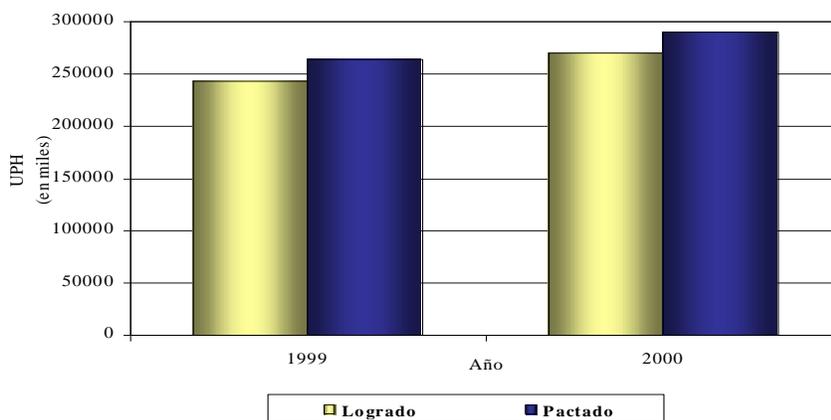
1. Análisis de la Producción
2. Análisis de indicadores de calidad
3. Análisis de producción con calidad

5.1 ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN

5.1.1 Producción total de UPH

Durante el año 2000 los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social alcanzaron una producción global en UPH de **2,858,754** lo que representa un crecimiento de **423,819** UPH con respecto al año anterior y un aumento del **17%**. Así mismo, mejoró el cumplimiento de la meta de producción pactada con los centros, ya que ésta en 1999 alcanzó un **92%** y para el año 2000 fue de **96%**. (Gráfico 15).

Gráfico 15
Volumen de producción en UPH pactada y lograda
1999 y 2000.
(UPH estandarizadas al 2000)



El porcentaje de crecimiento de UPH por área de atención entre 1999 y el año 2000 evidencia un importante aumento en el servicio de urgencias, un moderado incremento en consulta externa y una disminución en el servicio de hospitalización.



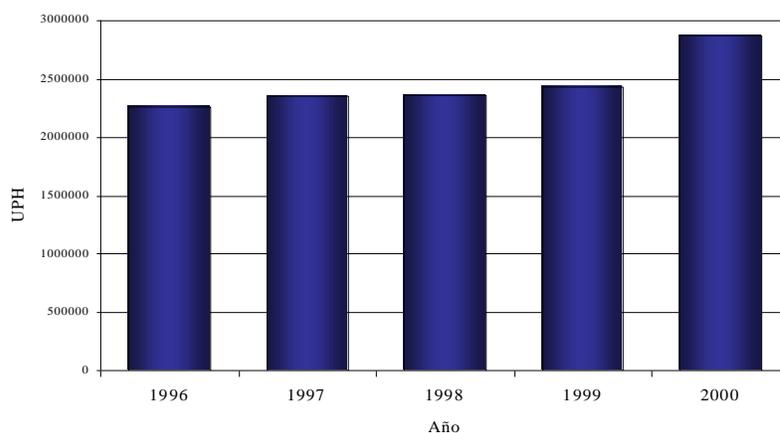
Cuadro 2
Variación de UPH según tipo de servicio

<i>Area de atención</i>	<i>UPH</i>		<i>Variación</i>	
	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>Absoluta</i>	<i>Porcentual</i>
Hospitalización	1,562,837	1,543,165	-19,672	-1.3
Consulta externa	557,617	581,502	23,885	4.3
Urgencias	322,476	462,151	139,675	43
Otros	0	271,937	271,937	--
Total	2,442,930	2,858,754	415,824	17

Cabe señalar que del incremento de las 415,824 UPH el 63% corresponde a nuevos productos, un 32% son del servicio de urgencias y el restante 5% de consulta externa.

La producción de UPH de diferentes años puede ser comparada si el cálculo se hace con un mismo estándar para cada tipo de producto. Con ese propósito, se utilizaron los estándares del año 2000 para hacer la comparación de los años comprendidos entre 1996 y 1999. Esto muestra una tendencia al crecimiento de la producción, lento de 1996 a 1999 y acelerado en el último año. (Gráfico 16)

Gráfico 16
Producción de UPH entre 1996 -2000
(UPH estandarizadas al 2000).



A partir de esta comparación se puede determinar que entre 1996 y 2000 el crecimiento promedio anual fue de un **6%**. Se debe considerar además, que este crecimiento está subestimado ya que para el año 2000 se definieron nuevos productos que no fueron contemplados para la comparación con la producción de 1999.

La tendencia al crecimiento de la producción se ha logrado a partir del esfuerzo de los centros por maximizar los recursos existentes. Así mismo, el Comprador ha ido ajustando las metas de producción a la capacidad individual de los diferentes hospitales y promovido el fortalecimiento del registro de la producción hospitalaria.



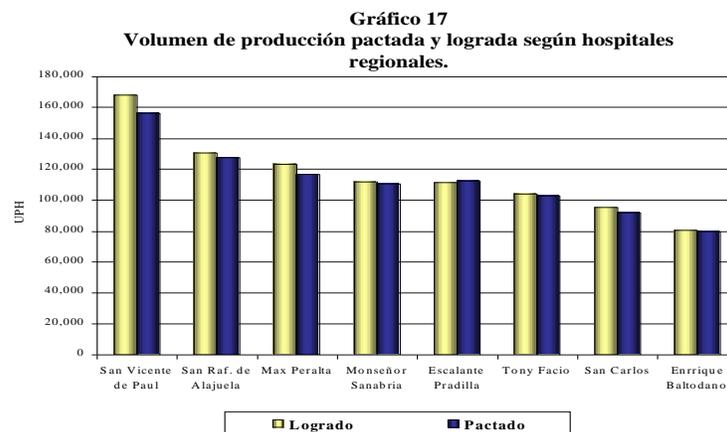
5.1.2 Análisis de la producción según nivel hospitalario

En cuanto al cumplimiento de las metas de producción por nivel hospitalario el siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos. Sobresalen los hospitales regionales con el cumplimiento de **100%** de la meta pactada.

Cuadro 3
Volumen de producción pactada, lograda y cumplimiento relativo por nivel hospitalario.

Nivel de Hospitales	UPH		Porcentaje de Cumplimiento
	Logrado	Pactado	
Total	2,858,754	2,990,126	95.60
Nacional	1,014,956	1,146,674	88.51
Regional	924,829	898,369	102.95
Periféricos 3	243,169	247,368	98.30
Periféricos 1 y 2	148,271	153,523	96.58
Especializado	527,529	544,192	96.94

El cumplimiento individual de los centros que conforman el nivel regional se puede ver en el siguiente gráfico.

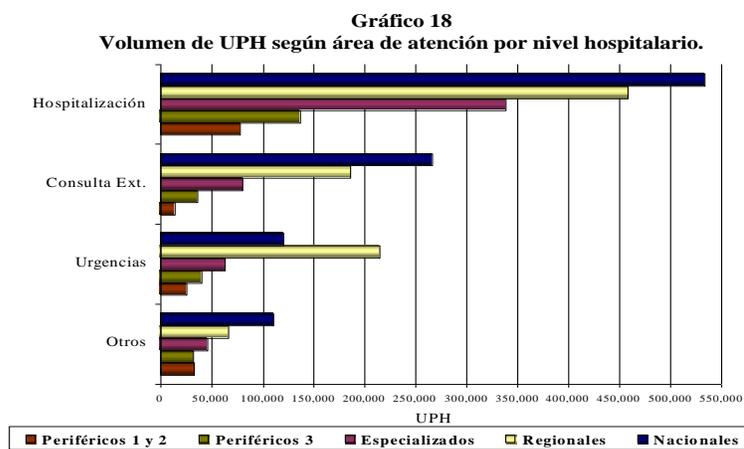


5.1.3 Estructura de la producción de UPH según área de atención



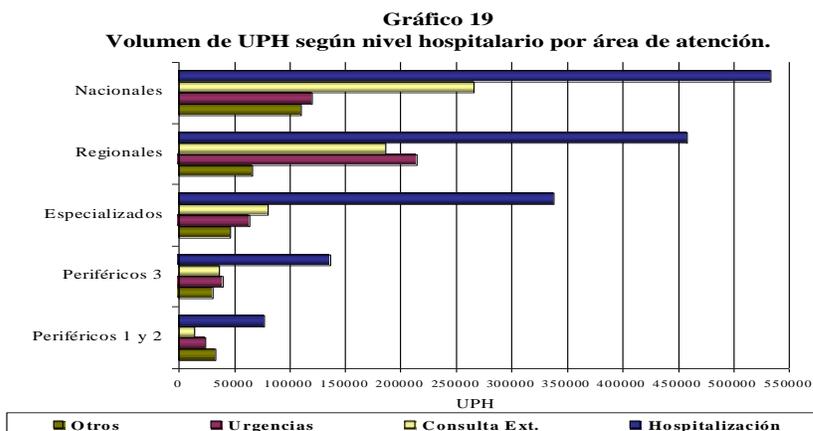
La producción de UPH se puede subdividir de acuerdo al área de atención donde se produce, es decir, Hospitalización, Consulta Externa, Urgencias y Otros. El área de Hospitalización contiene todos los egresos incluyendo los de Cirugía Mayor Ambulatoria; Consulta Externa incorpora la consulta especializada de primera vez y subsecuente y Otros abarca la medicina de día, la consulta dada por otros profesionales, los procedimientos especiales y otros productos particulares de cada centro.

En ese sentido, la producción de UPH, en hospitalización y consulta externa en su mayoría provienen de los hospitales nacionales, seguidos por los regionales, los especializados y, por último, los periféricos, lo cual es concordante con la capacidad instalada según el nivel de complejidad de los centros. En el área de urgencias los hospitales regionales sobrepasan significativamente al resto de hospitales, lo que podría explicarse en parte por el mejoramiento en el nivel de resolutividad que han mostrado éstos y la disminución de la demanda en los hospitales nacionales por la prolongación de los horarios de atención de urgencias de las clínicas metropolitanas. (Gráfico 18).



En la producción de UPH en los servicios de urgencias de los hospitales regionales, sobresale con el mayor volumen el Hospital San Vicente de Paul, y aporta un 34% a la producción total de este nivel. Sin embargo, este dato podría estar distorsionado por diferencias en los registros, lo que plantea la necesidad de homologar los productos que deben registrarse en esta área de atención lo antes posible.

Por otro lado, el área de Hospitalización es la que genera un más alto volumen de UPH, lo que se explica por el estándar asignado el cual es mayor que en las otras áreas de atención, acorde a su complejidad y consumo de recursos. En los hospitales regionales y periféricos las urgencias sobrepasan el volumen de consulta externa. Este comportamiento podría estar dado por múltiples factores como diferencias en los registros, según se explicó anteriormente, además, el desplazamiento de la morbilidad del primer nivel a estos centros y las mejores condiciones de accesibilidad.



5.1.4 Distribución del recurso financiero

Durante el año 2000, la institución utilizó **¢149,809,4 millones**³ en la prestación de servicios de salud en los diferentes centros hospitalarios, (Cuadro 3).

Cuadro 4
Gasto total y efectivo por Unidad de Producción Hospitalaria

Nivel	Gasto (en millones)		UPH	Gasto por UPH	
	Total	Efectivo		Total	Efectivo
Nacionales	57,166	43,332	1,014,957	56,324	42,694
Regionales	41,837	34,334	924,829	45,238	37,125
Periféricos 3	16,713	13,910	243,169	68,731	57,206
Periféricos 1 y 2	11,251	9,220	148,271	75,885	62,187
Especializados	22,841	19,078	527,529	43,299	36,166
Total	149,809	119,877	2,858,754	52,404	41,933

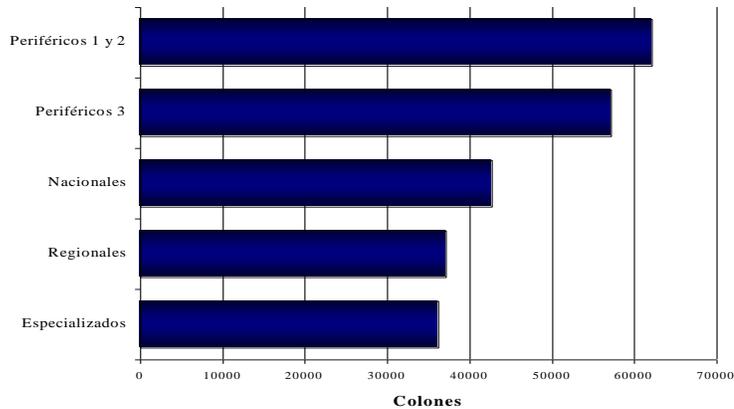
Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud y Dirección de Presupuesto

El gasto en efectivo total promedio por UPH fue de ¢41,933, no obstante la distribución por nivel presenta una alta variabilidad. El mayor gasto por UPH corresponde a los hospitales periféricos 1 y 2 (¢62,187) y el gasto más bajo lo presentan los hospitales especializados (¢36,166).

³ De ese monto, ¢119,877 millones corresponden a gasto en efectivo.



Gráfico 20
Gasto en efectivo por Unidad de Producción Hospitalaria según nivel.



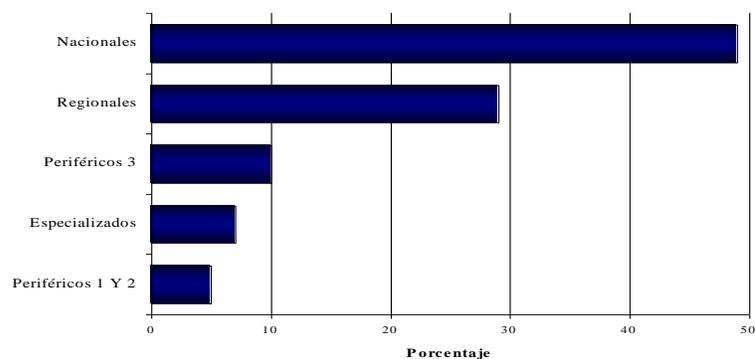
El rubro de servicios personales representa en promedio un 65% del gasto unitario por UPH, lo cual es un factor limitante dado que constituye una de las partidas del gasto fijo no modificables por los centros.

5.1.5 Gestión de subsidios

Durante el año 2000 la CCSS pagó un total de **¢5 661 794 627** por incapacidades, de los cuales el 78% corresponde a los hospitales nacionales y regionales, hospitales periféricos 3 un 10%, los especializados un 7% y los periféricos 1 y 2 el restante 5%.

Lo anterior corresponde a un total de **3 040 569** días de incapacidad, y un gasto promedio de **¢1 862** por día. Es importante destacar que del total de días, un 15% fueron incapacidades de empleados de la Institución.

Gráfico 21
Porcentaje del gasto total en incapacidades según nivel hospitalario





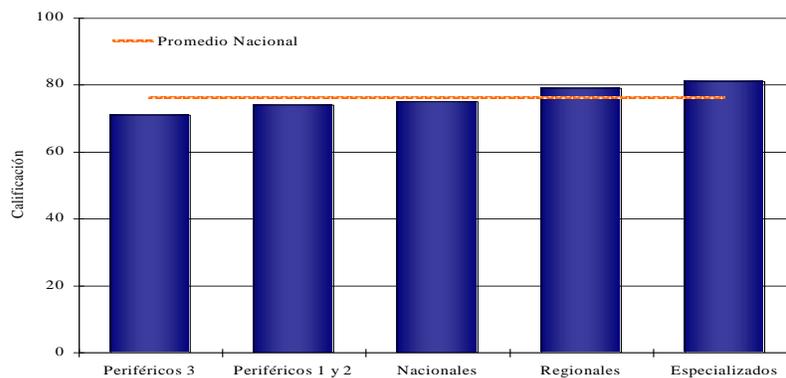
5.2 ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores negociados en el Compromiso de Gestión serán denominados, para efectos de este análisis, indicadores de calidad. Ellos constituyeron el 50% de la calificación final obtenida por cada centro, el otro 50% fue otorgado al cumplimiento de la producción; por lo que éstos representan la contra parte, en términos de calidad, de la producción pactada.

5.2.1 Indicadores de calidad por nivel hospitalario y establecimiento de salud.

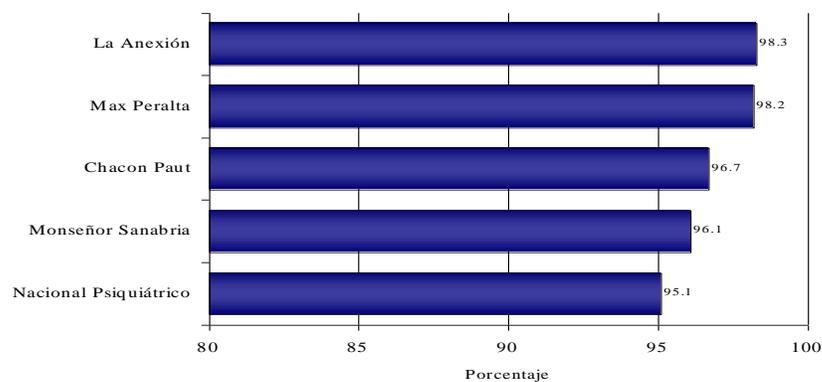
El promedio de cumplimiento o calificación de todos los hospitales fue de 76%. Al observar los datos por nivel hospitalario se tiene que los especializados y los regionales superan el promedio nacional.

Gráfico 22
Evaluación de indicadores de calidad pactados según nivel hospitalario



Los cinco hospitales que más destacan, de acuerdo a la calificación lograda en el cumplimiento de los indicadores negociados, son dos regionales, dos periféricos y uno especializado, todos ellos por arriba de 94%, sobresale el Hospital La Anexión con el más alto puntaje.

Gráfico 23
Calificaciones más altas en el cumplimiento de los indicadores de calidad.





Cuando se analizan las calificaciones obtenidas según su distribución porcentual (Cuadro 4), se puede observar que el 65% de los hospitales lograron calificaciones por arriba de 70% y únicamente uno obtuvo nota inferior al 60%.

Cuadro 5
Porcentaje de calificaciones de indicadores de calidad

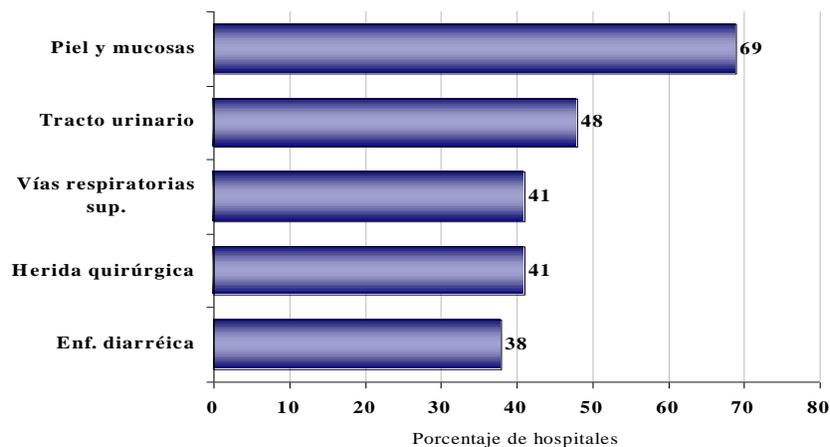
<i>Calificación</i>	<i>Nº de hospitales</i>	<i>Porcentaje</i>
50 - 59	1	4
60 - 69	9	31
70 - 79	5	17
80 - 89	4	14
90 - 100	10	34

5.2.2 Análisis de indicadores específicos del Area de Hospitalización

- *Infecciones intrahospitalarias*

Al analizar la infección intrahospitalaria se encontró que en el 69% de los hospitales la infección más frecuente corresponde a la de piel y mucosa, seguido de la infección en tracto urinario con un 48.3 %, la infección respiratoria superior y la herida quirúrgica un 41.4 %, y diarrea 38%. Esto refleja que algunas de las infecciones que se dieron son evitables mediante la aplicación de medidas preventivas básicas, que de no ejecutarse se traduce en alteración de algunos indicadores de gestión, como por ejemplo, reingresos, estancia, mayor gasto presupuestario, y en el usuario distorsiona la percepción en cuanto a la prestación de los servicios, su actividad personal y otro tipo de problemas que pueden poner en riesgo su integridad.

Gráfico 24
Infecciones intrahospitalarias más frecuentes en los hospitales del país.





Con respecto a este indicador, es conveniente que se haga un esfuerzo en cada centro, para que su diagnóstico quede registrado en la hoja de egreso, dada la importancia que su identificación y correcta determinación tienen, en función de la calidad de los servicios que deben brindarse a los usuarios.

- *Indice operatorio*

Este índice refleja el porcentaje de pacientes egresados del servicio de cirugía que fueron intervenidos quirúrgicamente. Es un indicador que se ve afectado por múltiples factores como número de quirófanos disponibles, número de cirujanos con que cuenta el centro, máquinas de anestesia, suspensión de cirugías por estudios incompletos y organización del servicio, entre otros.

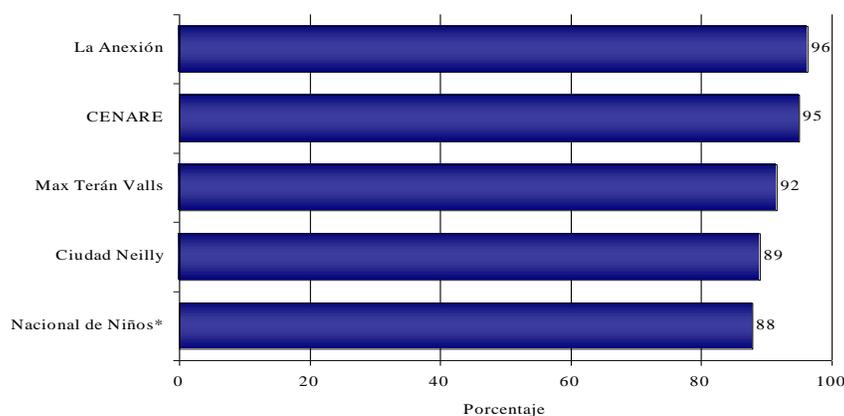
Los resultados obtenidos en esta evaluación muestran un promedio general de 72,3%. Así mismo los promedios para cada nivel hospitalario son los que se muestran en el cuadro siguiente.

Cuadro 6
Indice operatorio logrado por nivel hospitalario

<i>Nivel</i>	<i>Indice</i>
Especializados	61%
Regionales	64%
Periféricos 1 y 2	68%
Nacionales	76%
Periféricos 3	79%

Los cinco hospitales que lograron los índices más altos se muestran en el gráfico siguiente. Cabe destacar que la meta pactada para 18 de los 22 centros que negociaron este índice fue de 80% o más y la menor fue de 65%, en dos hospitales únicamente.

Gráfico 25
Hospitales con los mayores índices operatorios





* Nota: El cálculo del Índice en el Hospital Nacional de Niños incluye todos los egresos con cirugía independiente del servicio de que proviene.

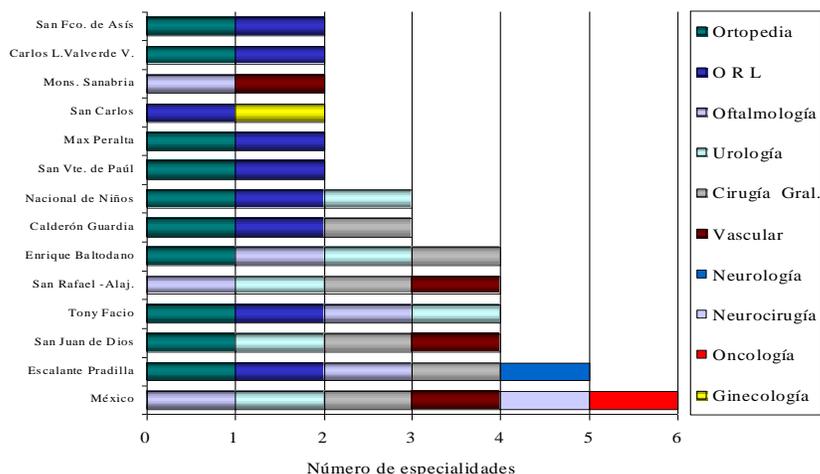
- *Lista de espera en cirugía electiva*

Una de las mayores preocupaciones de las autoridades superiores de la institución en los últimos años, ha sido buscar alternativas de solución a la problemática presentada para la atención pronta de la demanda creciente en las especialidades quirúrgicas (cirugía electiva). Es así como los centros hospitalarios se han abocado a identificar cuáles de ellas son las más frecuentes, con el objetivo de implementar medidas correctivas orientadas al logro de tiempos de espera inferiores a tres meses, con la finalidad de atender con mayor oportunidad al usuario, redundando en su bienestar integral y nivel de satisfacción.

Los centros hospitalarios que tienen más de una especialidad con espera mayor a tres meses. Se observa que los hospitales con mayor número de especialidades son el Escalante Pradilla y el México, los cuales entre 1999 y el 2000 incrementaron entre 1 y 4 especialidades respectivamente (gráfico 26).

Mantienen la misma condición que el año anterior los hospitales Calderón Guardia y San Carlos. Situación contraria presentan el hospital San Vicente de Paúl y Enrique Baltodano, los cuales en el año 1999 no tenían listas de espera en especialidades y en el 2000 aparecen con 2 y 4 respectivamente. Destaca la situación del Hospital Monseñor Sanabria , el cual redujo de 5 a 2 especialidades del año 1999 al 2000 y el San Juan de Dios y el Hospital Max. Peralta en 1 especialidad en el mismo período.

Gráfico 26
Especialidades quirúrgicas con listas de espera para cirugía electiva mayor a tres meses según hospital





5.3 ANÁLISIS DE INDICADORES ESPECÍFICOS DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

5.3.1 Análisis de la concentración de consultas por paciente

Con relación al número de consultas que recibe el consultante por especialista, se alcanzó un promedio general de 2.48 consultas en los 27 hospitales que cuentan con este recurso humano.

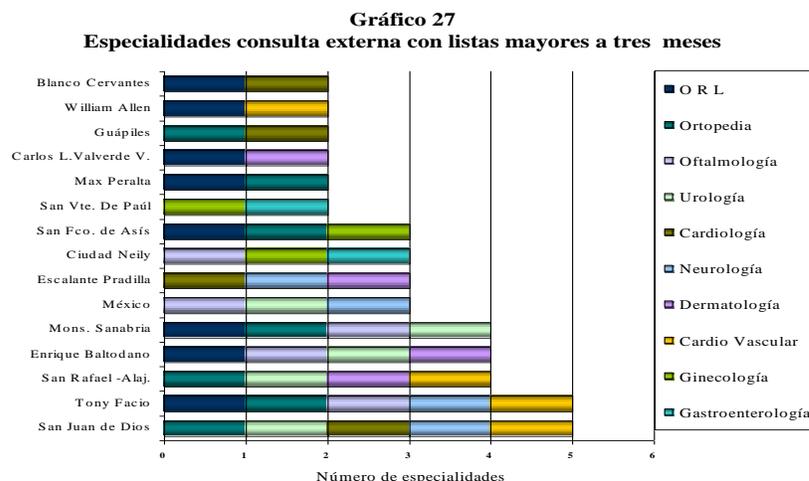
Cuando se analiza la concentración por hospital se encuentra que el 78% de los establecimientos impartieron tres o menos consultas y el otro 22% que representan seis hospitales, brindaron tres o más consultas. Entre esos hospitales destacan: Dr. Calderón Guardia con 5.3, Guápiles con 4.8, Dr. Escalante Pradilla, con 4.1, México con 3.8, Dr. Chacón Paut con 3.8, y el Hospital de Las Mujeres 10.2, en este último se da control prenatal a las mujeres con embarazo de riesgo.

5.3.2 Lista de espera en consulta especializada

Al igual que se realizan esfuerzos en el área de cirugía electiva, es de destacar cómo las diferentes entidades hospitalarias también lo están llevando a cabo en consulta externa, con la finalidad de identificar las especialidades que tienen tiempos de espera superiores a tres meses, con el objetivo de determinar aquellas que requieren de intervención para disminuir dichos tiempos y así poder brindar una atención más oportuna a los usuarios.

El gráfico 27, detalla por centro hospitalario el número y tipo de especialidad que tienen tiempos de espera superiores a tres meses, excluyéndose aquellos hospitales que tienen una o menos especialidad. Sobresalen los hospitales San Juan de Dios y Dr. Tony Facio con cinco subespecialidades.

Al hacer el análisis comparativo con el año 1999, se obtiene que los hospitales San Juan de Dios y San Rafael de Alajuela redujeron el número de especialidades en un 50%, mientras que los hospitales Dr. Escalante Pradilla, Monseñor Sanabria, y San Vicente de Paúl aumentaron entre una y dos especialidades. Se mantienen con el mismo número de especialidades el hospital Dr. Max Peralta y el Hospital México. Llama la atención el Hospital San Francisco de Asís, que en el año 1999 no tenía listas de espera y en el 2000 aparece con tres especialidades en estas condiciones. También es importante resaltar, que coincidentemente las cuatro primeras especialidades son las mismas tanto para consulta externa como para cirugía electiva.





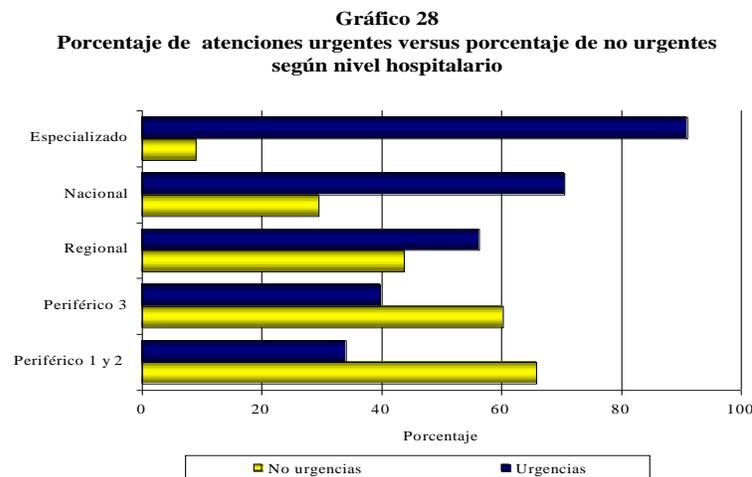
5.4 ANÁLISIS DE INDICADORES ESPECÍFICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS

5.4.1 Análisis de no urgencias

Los Servicios de urgencias tienen la particularidad de que el paciente puede acceder fácilmente sin requerir de una referencia para ser atendido, por lo tanto, no todas las atenciones son urgencias reales. La clasificación de urgencias o no urgencias la realiza el médico una vez atendida la persona, y es de esta forma como se producen diferentes porcentajes de atenciones registradas como no urgentes.

Su importancia radica en que un alto volumen de no urgencias obstaculiza la atención de verdaderas urgencias; además, implica deficiencias en la oferta de la consulta externa y/o del primer nivel de atención. Este tipo de atenciones reflejan, también, el uso que hacen los no asegurados, ya que este servicio por su naturaleza permite un acceso más fácil.

El gráfico 28, muestra que existe relación directa entre el nivel de complejidad hospitalario y el porcentaje de atenciones no urgentes. En los hospitales Periféricos, estas atenciones representan entre el 60 % y el 65% del total de las atenciones, mientras que en los Especializados solamente representan un 9 %



Es importante resaltar que durante el proceso de levantado de la información se pudo detectar que en algunos centros hospitalarios incluyeron las atenciones extemporáneas como parte de las atenciones del servicios de urgencias, por lo que el dato puede estar incidiendo en el porcentaje, así como la posible inadecuada clasificación de las atenciones en urgentes y no urgentes.



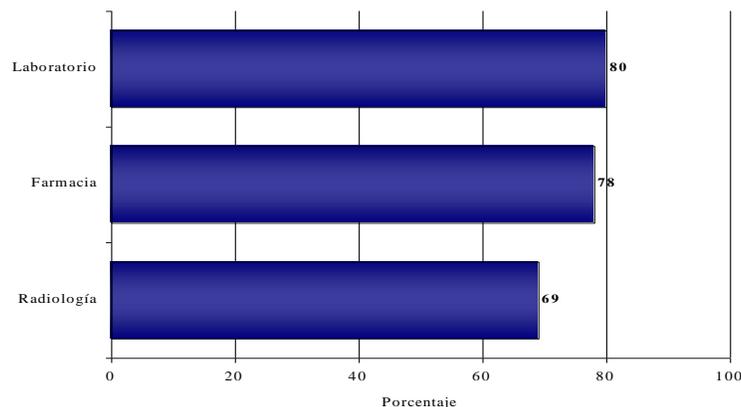
5.5 ANÁLISIS DE INDICADORES ESPECÍFICOS DEL ÁREA DE SERVICIOS DE APOYO

5.5.1 Análisis de tiempos de entrega e implementación de medidas correctivas en Farmacia, Laboratorio Clínico y Estudios Radiológicos.

Con frecuencia, una de las manifestaciones de disconformidad de los usuarios de los servicios institucionales, son las esperas en los Servicios de Apoyo, razón por la que los centros se han abocado a la identificación y análisis, de áreas críticas y la implementación de estrategias propias de los requerimientos hallados., con el propósito de disminuir estos tiempos y hacer más efectiva la atención que se brinda.

Lo anterior se refleja en los datos obtenidos, lo que evidencian que el 80.% del total de hospitales han efectuado análisis de tiempos de entrega e implementación de medidas correctivas para su mejoramiento en el Servicio de Laboratorio, de los 28 hospitales que cuentan con Servicio de Farmacia el 78% realizó esta actividad y solo el 69.2% de los 26 hospitales que tienen Servicio de Radiología.

Gráfico 29
Porcentaje de hospitales que realizaron análisis de tiempos de entrega e implementación de medidas correctivas para cada uno de los Servicios de Apoyo.



5.5.2 Medicamentos por consulta externa

De conformidad con lo establecido por las políticas internas de la institución (Sección de Farmacia de la Dirección Técnica de Servicios de Salud), se ha considerado aceptable, para efectos del tratamiento de la atención de la salud, un promedio de 2.5 medicamentos por consulta, como medida para hacer un uso más racional de los fármacos.



Según el resultado obtenido, la mayoría de los niveles hospitalarios se encuentran cerca de este promedio en un rango que oscila entre 2.8 y 3.9, siendo la excepción los Periféricos 1 y 2 que tienen un promedio de 8.2

5.5.3 Exámenes de laboratorio por consulta externa

La institución tiene como política establecida, según información de la Sección de Laboratorios Clínicos de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, un promedio de 1.7 exámenes de laboratorio por consulta externa. En este sentido el resultado de la evaluación muestra que la mayoría de los niveles hospitalarios no se apartan mucho de esta meta, ya que la sobrepasan en una unidad aproximadamente, lo que hace deducir un uso adecuado de la indicación del examen. Se excluye a los Periféricos 1 y 2 ya que superan ese promedio en 4 unidades lo cual, entre otras razones, podría explicarse por el apoyo que debe brindar a la red.

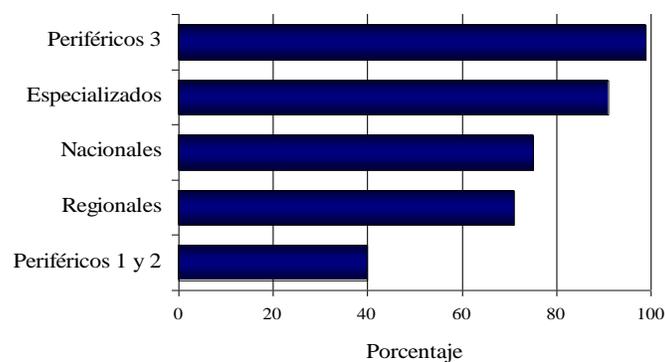
5.6 OTROS INDICADORES DE CALIDAD

5.6.1 Referencias y Contrarreferencias

Una de las formas de interrelación de la red de servicios de la Caja es mediante el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención, y así de esta manera utilizar la complejidad de los servicios, en función de la solución integral de los problemas de salud de los pacientes, para dar continuidad a la atención, evitar desplazamientos innecesarios a los usuarios y hacer uso racional de los recursos.

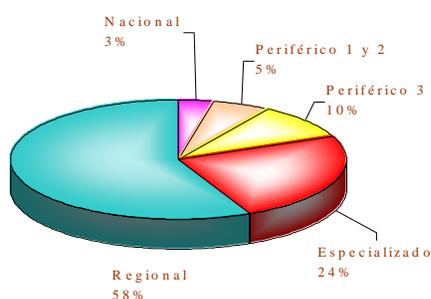
Con los resultados obtenidos del registro de atención de las referencias recibidas, puede afirmarse que este sistema se encuentra en proceso de consolidación, lo cual queda demostrado con los siguientes datos: 99% en los hospitales del nivel Periférico 3, los Especializados el 91%, Nacionales y Regionales alcanzaron el 75% y 71% respectivamente, y los Periféricos 1 y 2 sólo registraron un 40% de referencias atendidas.

Gráfico 30
Porcentaje de referencias atendidas



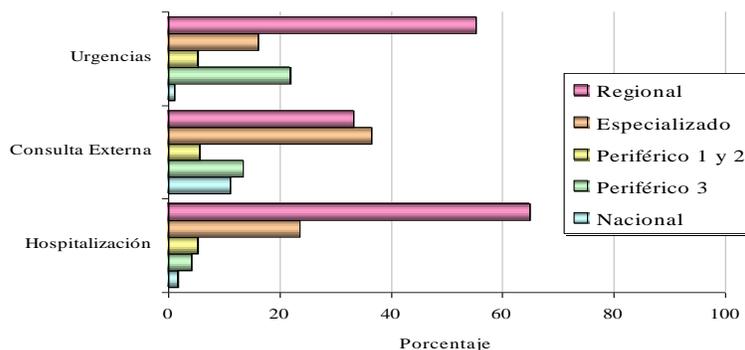
Del total de contrarreferencias registradas en los diferentes centros hospitalarios, que incluyen las epicrisis y las emitidas en los servicios de consulta externa y de urgencias, los Regionales lograron un 57%, los Especializados 24 %, y con menos de un 10 % los Periféricos y Nacionales.

Contrarreferencias registradas según nivel hospitalario



En cuanto al registro de la emisión de contrarreferencias por áreas de atención, igualmente sobresale el nivel Regional con el mayor porcentaje, al obtener en hospitalización un 65%, seguido de los Especializados en la consulta externa con 36.%, y los Periféricos 3 en el servicio de urgencias con 22%.

Gráfico 32
Contrarreferencias emitidas por área de atención según nivel hospitalario.



5.6.2 Áreas críticas en hospitales: Análisis e implementación.



Basado en la calidad y en el trabajo en equipo, en la identificación de fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades, es que se logra hacer la identificación de áreas en las cuales es necesario intervenir, debido a que presentan problemas de diferente índole, esto en contraposición al concepto superado de producir por producir, sin tomar en cuenta aspectos cualitativos que deben estar presentes en la gestión operativa, a fin obtener el óptimo provecho de los recursos.

El reflejo del cambio progresivo que se perfila en la institución, en cuanto al conocimiento del quehacer interno de las unidades y el establecimiento de estrategias que mejoren la gestión local, se logra deducir de los datos obtenidos. El 76% de los hospitales efectuaron análisis de áreas críticas y ejecutaron un plan de intervención, con alternativas de solución a la problemática detectada.

5.6.3 Mortalidad Infantil . Aplicación de instrumentos y análisis de casos.

La mortalidad infantil es el fenómeno de la muerte de las personas que no han alcanzado el primer año de vida y es considerado como un indicador de impacto en los servicios de salud, así como de la calidad de vida de la población en general. Para incidir en este indicador, se aplican instrumentos de análisis, con el objetivo de identificar los factores asociados e intervenir en los prevenibles de forma conjunta con los otros niveles, con el propósito de disminuir el número de casos .

A nivel nacional el 92 % de los hospitales aplican los instrumentos correspondientes. La cifra anterior se desglosa según nivel hospitalario de la siguiente forma: Especializados (HNN) y Regionales 100 % , Periféricos 3, Nacionales , Periféricos 1 y 2 , 93%, 87% y 82% en su orden.

El envío de los instrumentos a otros niveles muestra una disminución importante en relación con los aplicados, ya que sólo el 60% se remitieron a la instancia correspondiente, lo cual incide en un atraso en el análisis oportuno por parte de las Areas de Salud. Llama la atención el Hospital Nacional de Niños y los Nacionales que alcanzaron un 23% y 47 % respectivamente, los Periféricos 1 y 2 con un 69 %, y los hospitales Regionales y Periféricos 3 superan el 80%.

Con respecto al apoyo que deben brindar los especialistas de los centros hospitalarios a las Areas de Salud para analizar factores causales y elaborar en forma conjunta planes correctivos, un 77 % de los hospitales lograron evidenciar esta asesoría durante el año 2000.

5.6.4 Detección y abordaje integral de la violencia intrafamiliar .

La violencia intrafamiliar, como problema de salud pública que afecta los derechos básicos de las personas y que por tanto es responsabilidad del Estado, requiere de un compromiso interinstitucional e interdisciplinario para su abordaje. Este es un programa que pretende una transformación en la cultura institucional, que promueva el involucramiento de los profesionales para la detección oportuna de las víctimas y su atención integral.

En el año 2000, los casos con prioridad de análisis correspondieron especialmente al grupo de niños agredidos, obteniéndose como resultado que en el 95% de los centros hospitalarios se realizó el análisis de los casos identificados como de violencia intrafamiliar. Al desglosar el promedio, a excepción de los Regionales con un 75%, el resto de los niveles alcanzaron el 100%.

5.6.5 Satisfacción del Usuario.



Dentro del proceso de modernización de la Caja, se introduce el concepto de usuario o cliente, para identificar a quienes demandan los servicios institucionales, y tiene como propósito generar un cambio en la actitud de los funcionarios, pasando de considerarlo como un destinatario de los servicios de salud a ser un cliente, con sus deberes y derechos, lo cual transforma a la organización en una empresa. Con este propósito la Gerencia de División Administrativa ha proporcionado a los centros un instrumento para su aplicación anual, que mida la satisfacción del usuario.

Al respecto, el 92% de los hospitales cuentan con resultados producto de la aplicación de la encuesta de satisfacción del usuario, lo que les permite determinar áreas críticas y establecer soluciones a las deficiencias encontradas. El desglose por nivel hospitalario es el siguiente: Nacionales, Especializados y Periféricos 3 el 100%, de los Regionales el 88% y de los Periféricos 1 y 2 el 71%.

5.6.6 Establecimiento y desarrollo de Planes de Estilos de Vida Saludable.

Como parte esencial del proceso de cambio en el modelo de atención a las personas, está el concepto de integralidad que complementa lo curativo con lo preventivo, y la formación y educación en salud, para fortalecer y consolidar la prestación de servicios, en busca de mejorar las condiciones de salud de la población.

El 92% de los centros hospitalarios integran en la atención de las personas, tanto en forma individual como grupal, el desarrollo de Planes de Promoción de Estilos de Vida Saludable, con énfasis en educación antitabáquica, nutricional, de ejercicios, manejo del estrés y prevención de accidentes. El desglose por nivel hospitalario es el siguiente: Nacionales, Especializados y Regionales el 100%, Periféricos 1 y 2 el 83% y Periféricos 3 el 80%.

5.6.7 Expedientes de salud abiertos con requisitos básicos

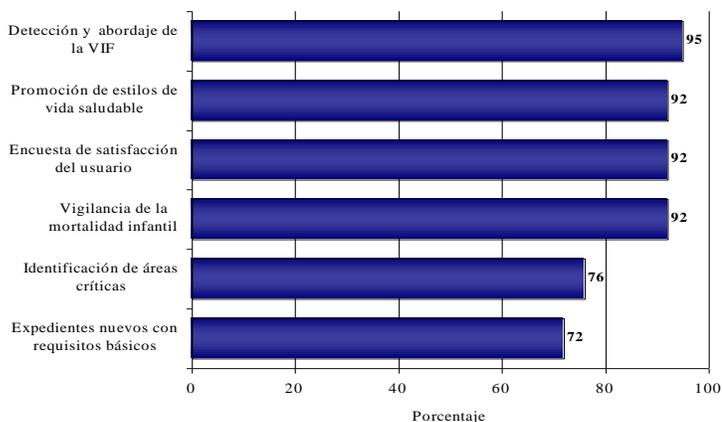
Se analizaron por muestreo, los expedientes de consulta externa y hospitalización abiertos de enero a diciembre 2000, y se revisó que tuvieran incorporados y correctamente llenos los formularios básicos. El promedio alcanzado a nivel general fue de 72%, todos los niveles hospitalarios se encuentran por arriba del promedio, a excepción de los Nacionales que obtuvieron un 54%.

El no tener el expediente individual estos requisitos, impide contar con una fuente de información básica para extraer múltiples datos necesarios en el estudio de determinados indicadores de salud, y a su vez el conocimiento del estado de salud del usuario.

Para el logro de lo anterior, se requiere que haya uniformidad en el uso de formularios y que su llenado sea el correcto, todo de conformidad con la normativa que al respecto ha establecido la institución.



Gráfico 33
Porcentaje de hospitales que cumplieron con algunos de los indicadores de calidad.



5.7 ANÁLISIS

Como se detallo en la metodología, la calificación final de esta evaluación estuvo constituida en un 50% por el cumplimiento de la producción y un 50% por el cumplimiento de los indicadores pactados. En general, todos los hospitales tienen un cumplimiento mayor de la producción que de los indicadores, por lo que al comparar la calificación de producción y la calificación final, ésta tiende a disminuir.

Es importante resaltar que las calificaciones finales promedio por nivel hospitalario, son todas superiores a 80% y que el promedio nacional es de 85%. Así mismo, los cinco hospitales con las calificaciones más altas son los mismos cinco hospitales que anteriormente se presentaron como las notas más elevadas en el cumplimiento de indicadores de calidad, los cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 6
Cinco calificaciones finales más altas

<i>Hospital</i>	<i>Porcentaje</i>
Hospital La Anexión	99.1
Hospital Max Peralta	99.1
Hospital Monseñor Sanabria	98.0
Hospital San Vito de Coto Brus	97.5
Hospital Nacional Psiquiátrico	97.5

La calificación final más baja a nivel individual corresponde a un 70,4% y la más alta a un 99,1% lo que demuestra un cumplimiento adecuado, en términos generales, de la producción y los indicadores pactados. Sin embargo, surge la necesidad de plantear estrategias para estimular a los centros con calificaciones bajas para mejorar tanto la producción como la calidad de la atención brindada.



5.8 EFICIENCIA, COMPLEJIDAD Y EVALUACIÓN

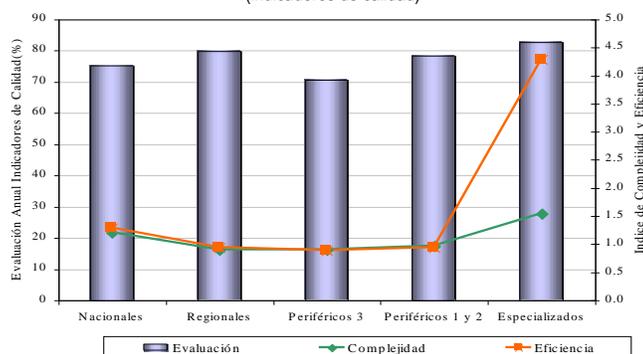
5.9 Eficiencia, complejidad y evaluación

El resultado global de la evaluación del compromiso de gestión 2000 en hospitales muestra que en la mayor parte de los casos se logró un cumplimiento de la producción pactada y en algunos hubo marginalidad de hasta un 14%, lo que refleja dos aspectos de importancia; capacidad de producción de los establecimientos y necesidad de revisar los niveles de producción pactada en relación con y la demanda de los usuarios.

El 37% de la producción en términos de UPH se originó en establecimientos del tercer nivel de atención, lo que congruente con los índices promedio de eficiencia y complejidad que se estiman para ese nivel.

El índice de eficiencia (IE) muestra que en promedio los casos que se atienden en hospitales nacionales consumen una mayor estancia que el promedio nacional y alrededor de un 29% más que en el hospital tipo o norma⁴, pero también se observa que los casos tratados por complejidad son un 20% mayor que en el promedio de país, lo cual se explica por la naturaleza de complejidad de la red de servicios, pues se espera que los casos de mayor complejidad que no pueden ser atendidos en otros niveles lleguen hasta el de mayor complejidad. Esto también es congruente con los estándares pactados en hospitalización donde se observan diferencias relativas de hasta un 50% en algunos servicios de los hospitales nacionales respecto a otros hospitales de la red.

Gráfico 35
Evaluación Anual de Hospitales, Índice de Complejidad y
Eficiencia, Según Nivel Hospitalario 2000
(indicadores de calidad)



Fuente: Departamento de Información Estadística en Servicios de Salud

⁴ Por hospital tipo o norma se entiende para el caso de Costa Rica, los egresos hospitalarios en el ámbito nacional de manera depurada, es decir excluyendo la cirugía mayor ambulatoria, el hospital geriátrico y el psiquiátrico por el nivel de especialización y su larga estancia, tal como señala M.Sc. Ligia Moya en su artículo “Aplicación de los GRD a la gestión del sistema nacional de servicios de hospitalización de la CCSS”



Además interesante, analizar el comportamiento de los hospitales especializados donde tratan los casos de mayor estancia (3.3 veces más que en los nacionales) y presentan la mayor complejidad en tanto cubren un 54.5% más de casos complejos que en el hospital tipo (cuadro).

Las relaciones encontradas entre eficiencia y complejidad, resumen de manera subyacente el principio de que a mayor complejidad de los casos implica una mayor estancia por paciente.

Cuando se analiza la evaluación de hospitales (producción y calidad) con la eficiencia y complejidad del centro no surge ninguna relación aparente, esto se explica por el alto grado de cumplimiento de la producción pactada en los centros, lo cual no establece diferencias entre ellos como si lo hace el cumplimiento de los indicadores pactados en calidad.

Cuadro 7
Evaluación Anual de Hospitales, Índice de Complejidad y Eficiencia, según
Nivel Hospitalario 2000 (Indicadores de calidad)

Nivel	Índice de Eficiencia	Índice de Complejidad	Evaluación Indicadores Calidad	Porcentaje de UPH
Nacionales	1.28665	1.20365	75.3	36.8%
Regionales	0.94337	0.89469	79.8	33.4%
Periféricos 3	0.88084	0.90174	70.8	8.6%
Periféricos 1 y 2	0.94384	0.96824	78.4	5.2%
Especializados	4.28588	1.54018	82.8	16.1%

Vista la evaluación desde est punto de vista es interesante conocer la asociación estadística que existe entre el índice de eficiencia y la evaluación de la calidad ($r=0.85$) donde se da un valor de carácter predictivo, a medida que el índice de eficiencia aumenta se encuentra un mayor cumplimiento de los objetivos de calidad pactados, lo cual también indica que los hospitales de mayor complejidad son los que logran cumplir sus objetivos pactados en mayor grado.

Por otra parte, el comportamiento del índice de eficiencia en los establecimientos hospitalarios logra explicar el 95% de las diferencias observadas en la evaluación de los objetivos pactados, un cambio de una décima porcentual en el índice de eficiencia impacta siete puntos porcentuales, en la misma dirección el resultado del cumplimiento de los objetivos pactados.

Es claro que estas observaciones tienen validez en el corte transversal al que responde la presente evaluación, aún es demasiado prematuro hacer inferencias más allá de lo descriptivo aunque sí deja en evidencia algunos elementos que a futuro podrán simplificar el proceso de evaluación.



6 CONSIDERACIONES FINALES

La evaluación hecha a los compromisos de gestión firmados por todos los hospitales y áreas de salud de la CCSS para el año 2000, deja satisfacción tanto en lo relacionado a organización como en los resultados obtenidos. En cuanto a organización es importante destacar que esta evaluación se logró hacer inmediatamente que finalizó el período de vigencia de los compromisos, durante un período corto de tiempo, con el recurso humano mínimo y a un bajo costo. Por otro lado, los resultados obtenidos dan claridad a la direccionalidad que es necesario darle al proceso de compra de servicios de salud dentro de la institución.

Esta evaluación tiene una significancia especial para la CCSS, debido a que es la primera vez que se cuenta con datos de cobertura totales y con calidad de todos los Programas de Atención Integral a las personas. Esta información, puede servir de línea de base para comparaciones futuras y a la vez servir para fortalecer procesos de planificación locales tendientes al desarrollo de nuevas estrategias y actividades para mejorar los presentes resultados, lo anterior, teniendo cuidado al manejar los datos de ciertas coberturas, como se ha indicado claramente en el documento.

6.1 AREAS DE SALUD

Los resultados muestran variabilidad entre áreas y entre regiones lo que puede ser explicado, por la dotación de recursos, el tiempo de incorporación de los compromisos de gestión, las características geográficas de la población asignada y el grado de identificación del personal con los procesos de cambio, lo que ha determinado puntos de partida diferentes que deben tenerse en cuenta a la hora de comparar y evaluar logros obtenidos.

El contar con un Sistema automatizado de Información en Salud (SIS) en el Primer Nivel de Atención es un importante avance y un gran apoyo a los procesos de evaluación. En su implementación a nivel nacional es necesario reforzar resultados sobre coberturas de atención pues aún existen limitaciones para obtener coberturas confiables, especialmente en los programas Atención Integral de Menores de un año y Atención del Control Prenatal.

Los resultados sobre coberturas totales en el nivel nacional, muestra niveles altos en la atención de niños menores de un año y atención prenatal, moderados en hipertensos y diabéticos y bajas en niños de uno a seis años y adolescente.

Esto es consistente con las políticas de salud que tradicionalmente han enfatizado la atención a la población materno-infantil y a pacientes con enfermedades crónicas, además de la reciente incorporación de otros grupos.

Un elemento que salta a la vista es el gran esfuerzo realizado por las Areas de Salud por aumentar sus coberturas de atención en todos los programas, incluso en aquellos grupos de población que históricamente ha sido difícil captar, sin embargo, este avance no se da por igual con el cumplimiento de normas de atención lo que se evidencia en el diferencial existente entre coberturas totales y con calidad.

Los programas con mayores diferencias en este aspecto son Diabetes e Hipertensos, seguidos de menores de un año y atención prenatal.

Los esfuerzos que se han venido desarrollando en el ámbito nacional en las comisiones que trabajan en los diferentes niveles de atención en programas como prevención de la mortalidad infantil, Tamizaje neonatal y programas de vacunación, son algunos de los factores que han fortalecido las coberturas.



Los resultados obtenidos del análisis de la estructura de causas de morbilidad muestra que coexisten patologías infecto-contagiosa y crónicas, lo que aumenta la complejidad de la atención al exigir una mayor desagregación de la oferta.

Además, ya empieza a aparecer la violencia intrafamiliar como causa de consulta, que si bien es cierto no ocupan los primeros lugares, si evidencia que existe apertura social para su denuncia y mayor receptividad de los Equipos de Salud con una perspectiva mas integral.

Se observa que las Infecciones de Vías Respiratorias Superiores (IVRS) se encuentra en el primer lugar de frecuencia en todos los grupos de población, excepto en el adulto mayor, situación que no ha variado en la última década.⁽¹⁾

Entre los procesos de Gerencia Local, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la elaboración y ejecución de planes de acción aparecen como estrategias que se realizan en la mayoría de las Areas de Salud, lo que habla de una importante mejoría en el conocimiento de la situación de salud de la población, sin embargo, es importante avanzar mas en la utilización de esta información como herramienta de gestión y toma decisiones para orientar las acciones en el primer nivel de atención.

La mayor identificación del equipo de salud ha permitido la creación de espacios para desarrollar actividades de promoción sobre estilos de vida saludable, a grupos específicos como son los adolescentes y adultos mayores, actividad que se realiza en casi el 100% de las Areas de Salud y que sin duda contribuirá a mejorar el autocuidado y generar un ambiente mas saludable.

La evaluación de los procesos de participación social en las Areas de Salud evidencia que esta se lleva a cabo en la identificación de la problemática del ASIS, en la formulación del Plan Estratégico y en la elaboración de planes de Promoción de Estilos de Vida en adolescentes y Adulto Mayor.

Estos resultados muestran que se incide mas en las fases de diagnóstico y formulación de planes, siendo menor en la ejecución, seguimiento y evaluación del proceso.

La institución ha invertido esfuerzos y recursos en incorporar una cultura de calidad en la prestación de servicios. Los resultados de esta evaluación muestran evidencias de acciones concretas que permiten indicar que se avanza en el logro de este objetivo.

En el Segundo Nivel de Atención, los datos existentes limitan el poder entender y explicarse adecuadamente su comportamiento.

La falta de definición de su capacidad resolutoria hace difícil valorar su quehacer, especialmente como apoyo al primer nivel y como filtro hacia un tercer nivel de atención.

Entre los aspectos cualitativos observados por los evaluadores, aparece que la cohesión, motivación y participación del Equipo de Apoyo, como un elemento determinante en los resultados obtenidos.

⁽¹⁾ CCSS, Gerencia de División Médica, Sección de Información Biomédica. Cambio en la mortalidad y morbilidad por edad y sexo, Costa Rica Julio 1999.



6.2 HOSPITALES

Para el año 2000 se logró un aumento importante en la producción de UPH y en el registro de la actividad hospitalaria. El porcentaje de crecimiento alcanzado de UPH (17%) con respecto a 1999 muestra los resultados positivos de la rendición de cuentas y la importancia de la evaluación periódica, entre otros factores. Así mismo, se obtuvo un mejor conocimiento en la clasificación y registros de productos no contabilizados tradicionalmente. Estos resultados reflejan la importancia de redireccionar las metas pactadas ya que un 96% del incremento de UPH se debe a Urgencias y a otros productos, solamente un 5% a Consulta Externa y Hospitalización mostró una disminución.

Se ha observado un avance en el registro de la información, lo cual permite tanto al nivel local como institucional conocer con mayor detalle aspectos básicos de su funcionamiento y de la proyección de la red de servicios. Entre estos registros se encuentran las listas de espera en especialidades para consulta externa y cirugía electiva, presente en el 100% de los centros, de los cuales el 77% tienen una o más especialidades a más de tres meses en cirugía electiva y 79% en consulta externa. Cabe destacar que las cuatro primeras especialidades en ambas listas de espera son coincidentes, a saber, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología y Urología.

El enfoque de integralidad, que complementa elementos asistenciales, preventivos y de educación en salud, se evidencia en parte con la incorporación que el 93% de los centros hace de actividades de promoción de estilos de vida saludable dentro de la atención a las personas, tanto en forma individual como grupal, y además, el 95% analizan los casos identificados de violencia intra familiar.

Se refleja un cambio en la cultura organizacional de trabajo, al pasar de objetivos de producción a estilos gerenciales con enfoque integral, lo que se demuestra con el 76% de los centros hospitalarios que identifican áreas críticas e implementan medidas correctivas para mejorar los tiempos de espera en los servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Estudios Radiológicos.

Se fortalece el concepto de usuario como razón de ser de la institución, lo cual se traduce en que el 92% de los centros hospitalarios utilizan los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción del usuario, para determinar las causas de la disconformidad y tomar acciones correctivas.

7 RECOMENDACIONES

7.1 AREAS DE SALUD

La evaluación realizada evidencia confusión por parte de los equipos locales al recibir lineamientos de diferentes instancias institucionales que tienen poca coordinación entre sí generando duplicidad de acciones sobre todo en cuanto a la generación de información, y por otro lado percibiéndose poco apoyo y acompañamiento técnico en el objetivo primordial de su quehacer cual es la Atención Integral en Salud

Es evidente la problemática en la integralidad del abordaje de la Atención Integral en Salud, por lo que es necesario replantear la actualización, validación, implementación y seguimiento de normas técnicas de atención, protocolos de atención y gestión clínica, entre otros, así como las estrategias de atención a las personas.

Dada la importancia que reviste el Sistema automatizado de Información en Salud (SIS) en los procesos de gestión, es que se hace necesario continuar fortaleciendo su revisión y actualización, a fin de lograr datos más confiables y ajustados a las necesidades de los diversos usuarios del proceso de modernización institucional.



Acompañado a esto se debe mantener la capacitación y asesoría técnica continua que permita su incorporación y adecuada utilización en los niveles locales.

Con el apoyo técnico de los equipos regionales y centrales, se podría contribuir a que las áreas recién incorporadas al proceso, cuenten con mayores elementos que les permitan desarrollar una adecuada gestión y mejorar sus resultados.

Acorde con la Política Institucional, se hace necesario continuar reforzando el Enfoque de Atención Integral en el primer nivel, haciendo énfasis en los grupos de menores coberturas.

Promover e insistir en el cumplimiento de las normas de atención aparece como uno de los aspectos más inminentes y prioritarios a desarrollar.

Conocer las razones del incumplimiento de las normas por parte del nivel local, podría ser una estrategia para su actualización y su mayor aplicación.

Mejorar la coordinación entre los distintos entes que están trabajando la problemática de la detección del cáncer de cuello, con el objeto de sinergizar el esfuerzo y aumentar la cobertura.

Para tener mayor certeza sobre esta cobertura sería necesario contar con un registro nacional que permita conocer las acciones realizadas en el campo privado.

Para el abordaje de las causas de morbilidad, tanto infecto contagiosas como crónicas, es necesaria la participación intersectorial y de la comunidad en la implementación de medidas de promoción y prevención. Al ser la IVRS la primera causa de consulta en los diferentes programas, se hace necesario estar alerta al uso indiscriminado de antibióticos para el manejo de la patología.

Tomando en cuenta que a partir del año 2001 el Análisis Situacional de Salud (ASIS) y Plan Estratégico Local será trianual, se hace necesario mejorar el uso del primero para orientar las acciones en forma más estratégica.

Fomentar en los Equipos de Salud la divulgación y puesta en práctica de las metodologías diseñadas para estimular la Participación Social que permita una mayor incorporación de ésta en la gestión local.

Al ser la Promoción de la Salud una actividad prioritaria en el quehacer institucional se hace necesario continuar la capacitación en este aspecto, para estimular su utilización en el abordaje del primer nivel.

Se hace necesario integrar el abordaje Nutricional como elemento esencial en la atención de los diferentes programas, lo anterior por su relevancia como factor condicionante de enfermedades crónicas y agudas evidenciadas en este informe, tales como alta prevalencia de anemia ferropriva, diarreas, diabetes, hipertensión y obesidad.

Los resultados de la evaluación muestran que las entidades que brindan atención de salud a las personas, bajo la modalidad de compra de servicios a terceros si bien es cierto muestran coberturas semejantes a las áreas de salud propias, el cumplimiento de las normas de atención es evidentemente mayor.

Es importante que a nivel Institucional se establezca una clara definición de la capacidad resolutoria del segundo nivel de atención con la finalidad de optimizar los recursos.

7.2 HOSPITALES



Se recomienda el diseño de indicadores que evalúen la utilización de recursos financieros contra la producción realizada y así poder determinar cuánto de la variabilidad en el costo de un día de estancia, entre hospitales de un mismo nivel, se debe a factores estructurales o demanda de servicios y cuánto a eficiencia en la gestión. Además, las modificaciones presupuestarias posteriores a la negociación deben complementarse con la firma de un addendum al compromiso donde se adecue la producción hospitalaria, con el fin de lograr una relación eficiente entre producción y utilización de recursos.

El gasto dado en subsidios por incapacidades señala la necesidad de estimular la reducción de éstas, por lo que se sugiere investigar cuales son los factores que determinan el alto porcentaje de recursos consumidos, con el fin de lograr hacer una gestión eficiente de éstos. Se recomienda para futuras evaluaciones examinar detalladamente las acciones realizadas en ese sentido.

Para fortalecer la red de servicios, los centros hospitalarios deben realizar el análisis de la problemática existente en la coordinación entre los diferentes niveles de atención, a fin de tomar en forma conjunta medidas correctivas.

El nivel hospitalario debe abocarse a realizar un análisis de los reingresos de acuerdo a la definición dada por la institución y determinar según criterio técnico aquellos que podrían haberse evitado con una mejor gestión clínica.

Los hospitales deben mejorar el registro de las infecciones intrahospitalarias anotándolas en la hoja de egreso y analizar por servicio las causas para tomar medidas preventivas. Así mismo, capacitar permanentemente al personal sobre de la importancia de este tema

Es necesario uniformar los criterios para clasificar en urgentes y no urgentes las atenciones brindadas en el Servicio de Urgencias y que las mismas correspondan exclusivamente a dicho servicio.

Los centros hospitalarios deben coordinar con la Departamento de Información de Estadísticas de Salud para evitar inconsistencias en la información que se incluye en los informes mensuales estadísticos y la que se procesa a nivel central.

Es urgente que la institución establezca una instancia que conduzca la implementación y aplicación de Protocolos de atención intrahospitalaria, así como los mecanismos que permitan medir su aplicación, con el propósito de brindar a los usuarios procedimientos uniformes que le garanticen la calidad en las atenciones recibidas.

La institución debe establecer lineamientos claros y precisos para evitar la dispersión de las información procesada, debido a que el sistema de información es uniforme en cuanto a egresos, no así lo relacionado a los reportes de consulta externa y urgencias, en donde la situación que se presenta es otra, ya que en los registros actuales existen multiplicidad de sistemas de reportes locales que en muchos de los casos son inadecuados, lo que genera información que no es oportuna ni veraz, y dificulta efectuar análisis de diversos indicadores importantes para la toma de decisiones.



ANEXO 1



Los programas y criterios evaluados en cada subprograma se detallan a continuación:

COBERTURAS DE POBLACION POR PROGRAMA

Coberturas Evaluadas por Programa	Criterios	Población Blanco
<p>Programa de Atención Integral del Niño</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niños Menores de un año: Valoración por medio de toma de peso y longitud del estado nutricional, Evaluación del desarrollo psicomotor, Clasificación de Riesgo, Concentración de Consultas, Captación Temprana, Prescripción de hierro profiláctico, Desarrollo Psicomotor. • Niños de 1 a 6 años: Evaluación del desarrollo psicomotor (EDIN), Valoración del estado nutricional, Clasificación de Riesgo y Concentración (Control al menos una vez al año). 	<p>Niños menores de una año pactados en la pirámide de población del Compromiso de Gestión</p> <p>Niños con edades de 1 a menos de 7 años pactados en la pirámide de población del Compromiso de Gestión</p>
<p>Programa del Atención Integral al adolescente</p>	<p>Clasificación de Riesgo, Test de Tanner, Índice de Masa Corporal y Planes de Seguimiento.</p>	<p>Personas de 10 a 20 años pactados en la pirámide de población del compromiso</p>
<p>Programa de Atención Integral a la Mujer Adulta</p>	<p>Control Prenatal: Clasificación de Riesgo, Concentración, Vacunación con D.T., VDRL según norma, Examen general de orina, Captación Temprana. Cobertura de toma de citología vaginal.</p> <p>PAP alterados: tiempo de comunicación menor a 15 días y referencia a Colposcopia. El análisis se hizo para dos grupos de edad: mujeres menores de 35 años y las de 35 años y más.</p>	<p>Número de embarazos esperados, calculada como el número de nacimientos con un incremento del 10%</p> <p>Revisión total de los PAP alterados. Mujeres mayores de 15 años de la pirámide de población pactada en el compromiso</p>
<p>Programa de Atención Integral al Adulto.</p>	<p>Atención de Adultos Diabéticos: Concentración de consultas, Fondo de Ojo, Perfil Lipídico. Índice de Masa Corporal, Glicemia por consulta, Temas de Educación.</p> <p>Atención de Adultos Hipertensos: Concentración de consultas, Valoración de Riesgo, Toma de Presión Arterial por consulta, Fondo de Ojo, Perfil Lipídico, Temas de Educación.</p>	<p>El 5 % de la población de 20 años y más</p> <p>El 10% de la población de 20 años y más</p>



GERENCIA DIVISION ADMINISTRATIVA
Dirección de Compra de Servicios de Salud

	Tamizaje de Hipertensión en población mayor de 20 años.	
--	---	--

Coberturas Evaluadas por Programa	Criterios	Población Blanco
Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.	Clasificación de Riesgo, Aplicación de Instrumento Factor de Riesgo y Planes de Seguimiento.	Población de 60 años y más de la pirámide pactada en el compromiso de gestión
Expedientes Nuevos:	Presencia y uso adecuado de los siguientes formularios: Hoja de Identificación, Historia Clínica, Lista de problemas, EDIN, Gráfica de Crecimiento.	
Ficha Familiar:	Clasificación de Riesgo, Datos de ubicación, Características de las personas, Actualización, Condición de salud.	