



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
Dirección Compra Servicios de Salud
INFORME DE EVALUACIÓN 2001**





TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	6
2. Metodología	7
2.1 Recolección de los datos	7
2.2 Tamaños de muestra	8
2.3 Selección de la muestra de expedientes a revisar	8
2.4 Pruebas estadísticas	8
2.5 Porcentaje de Cumplimiento	9
2.6 Cobertura con calidad en la atención	9
3. Resultado de Áreas de Salud	10
3.1 Coberturas a nivel nacional	10
3.2 Coberturas de nivel regional	13
3.3 Coberturas por Programa	14
3.3.1 Programa de atención integral al niño (a)	14
3.3.2 Cobertura de Captación temprana de niños (as) menores de 28 días	14
3.3.3 Programa de atención de niños (as) menores de 1 año	16
3.3.4 Programa de atención de niños (as) de 1 a 6 años	17
3.3.5 Programa de atención escenario escolar	18
3.3.6 Vacunación	19
3.3.7 Programa de atención integral a los adolescentes	19
3.3.8 Programa de atención integral a la mujer	20
3.3.9 Atención prenatal	20
3.3.10 Citologías vaginales	21
3.3.11 Programa de atención integral del adulto	23
3.3.12 Programa de atención del paciente diabético	23
3.3.13 Programa de atención del paciente hipertensos	25
3.3.14 Tamizaje de Hipertensión Arterial	26
3.3.15 Programa de atención integral al adulto mayor	26
3.3.16 Tamizaje del adulto mayor de riesgo	26
3.3.17 Valoración del estado bucodental	27
3.4 Comportamiento de las entidades de Compra Externa de Servicios de Atención Integral en Salud	28



3.5 Gestión Local	30
3.5.1 Análisis situacional de salud	30
3.5.2 Morbilidad por causas principales	32
3.5.3 Plan estratégico	33
3.6 Promoción de la Salud	34
3.6.1 Escuela para Padres y Madres	34
3.6.2 Cobertura del Curso de Preparación Psicofísica para el Parto	34
3.6.3 Acciones grupales definidas en el Plan Estratégico, para adolescentes y adultos mayores	34
3.6.4 Participación Social	35
3.6.5 Ficha familiar	35
3.7 Calidad	35
3.7.1 Avances de los procesos de calidad	35
3.7.2 Encuesta de satisfacción del usuario	35
3.7.3 Estudio de las condiciones trazadoras	36
3.7.4 Análisis de mortalidad infantil	36
3.7.5 Expedientes nuevos	37
3.8 Segundo Nivel de Atención	37
4. Resultado de Hospitales	38
4.1 Análisis de la Producción Hospitalaria	38
4.1.1 Análisis por hospital	38
4.1.2 Análisis por área de atención	39
4.1.3 Análisis de la producción según nivel hospitalario y área de atención	40
4.2 Análisis de la Prestación de Servicios	43
4.2.1 Listas de espera en Consulta Externa y Cirugía Electiva	43
4.2.2 Índices quirúrgicos	47
4.2.2.1 Índice operatorio	47
4.2.2.2 Índice de cesáreas	48
4.2.2.3 Índice de cirugía mayor ambulatoria	50
4.2.3 Infecciones intrahospitalarias	51
4.2.4 Red de servicios hospitalarios	51
4.2.4.1 Principales diagnósticos de cirugía electiva	51
4.2.4.2 Reingresos	51
4.2.4.3 Referencias y Contrareferencias	52



4.3	Análisis de la Gestión Interna	52
4.3.1	Sistema de información	52
4.3.2	Detección y atención de la Violencia Intrafamiliar	53
4.3.3	Mortalidad Materno – infantil	53
4.3.3.1	Mortalidad infantil	53
4.3.3.2	Mortalidad materna	53
5.	Gestión Económica Financiera de Hospitales y Áreas de Salud, 2001	54
5.1.	Distribución de recursos financieros en efectivo a través del Compromiso de Gestión	55
5.3.	Gasto per cápita en áreas de salud	57
6.	Desconcentración Institucional	59
6.1	Avances en desconcentración	59
6.2	Análisis de Situación	60
6.3	Acciones inmediatas	63
7.	Área prioritaria de intervención	63
7.1	Readecuación y fortalecimiento del modelo de Atención en Salud	63
7.2	Sistema de información	65
7.3	Promoción de la Salud	66
7.4	Gestión local	67
7.5	Área Prioritaria de Intervención: vigilancia epidemiológica	68
7.6	Área Prioritaria de intervención: Segundo Nivel de Atención	69
	Áreas prioritarias – Áreas de Salud	70
	Áreas prioritarias – Hospitales	71
	Áreas prioritarias – Gestión Económica	73
	Áreas prioritarias - Desconcentración	74



1. Introducción

Con la evaluación de los Compromisos de Gestión se visualiza el grado de éxito alcanzado en cantidad y calidad de la prestación de los servicios de salud y se logra conocer además el alcance de los objetivos y metas predeterminados y definidos según los lineamientos institucionales no solo a nivel local, sino también a nivel regional y nacional.

El año 2001 es el segundo año en que se evalúan todas las unidades proveedoras de salud institucionales, un total de 125 centros distribuidos en 29 hospitales y 96 áreas de salud entre las que se encuentran 4 administradas por cooperativas y 2 por la Universidad de Costa Rica.

La incorporación de las unidades de salud al compromiso de gestión se ha dado en forma paulatina, pasando de 12 unidades en el año 1997 a un total de 125 establecimientos en el año 2001. El Compromiso de Gestión es un motor de cambio importante que ha creado una cultura de rendición de cuentas promoviendo la eficiencia y la calidad en la gestión pública, así como una cultura de autoevaluación al interior de cada establecimiento.

Por segundo año consecutivo se conoce el desempeño de los establecimientos de salud y de la institución como un todo, resultados que permiten direccionar la producción hacia las necesidades de salud de la población congruentemente con los objetivos y las políticas de salud, teniendo en cuenta también las políticas sociales y de desarrollo.

El avance en materia de desconcentración es también importante por el efecto positivo esperado en la obtención de las metas en salud contempladas en el Compromiso de Gestión. Al año 2001 se cuenta con un total de 15 centros desconcentrados (once hospitales y cuatro áreas de salud).

Este documento expone a nivel nacional y regional el quehacer institucional en salud integrando elementos de producción, coberturas y calidad de la atención, gestión económico financiera y acciones estratégicas a definir según las áreas prioritarias de intervención y acciones estratégicas .

2. Metodología

La evaluación de los Compromisos de Gestión del año 2001, al igual que en el año 2000 es un estudio de tipo transversal, en el que se recolecta información en el ámbito nacional (95 Áreas de Salud y 29 Hospitales) del alcance en los indicadores de salud pactados y de la prestación de los servicios de salud con el cumplimiento de los criterios establecidos en las Normas de Atención Integral en Salud.

En las Áreas de Salud la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de expedientes clínicos, para diferentes programas, a saber: atención integral del niño, atención integral del adolescente, atención integral de la mujer, atención integral del adulto y atención integral del adulto mayor. Asimismo, se realiza una revisión de las fichas familiares y de los expedientes nuevos abiertos durante el año 2001.

La evaluación en hospitales está basada en el cumplimiento de la producción pactada en Unidades de Producción Hospitalaria (UPH), en la evidencia documentada de los indicadores pactados y un módulo de revisión de expedientes para la verificación de la calidad en la atención del parto vaginal, parto por cesárea y recién nacidos con resucitación cardiopulmonar, en las 24 maternidades del país. Para algunos hospitales también se evalúan otras atenciones específicas como: el Examen del estado mental en pacientes de primera vez y valoración psiquiátrica de los pacientes en estancia prolongada en el Hospital Dr. Chacón Paut y la Consejería en Salud Reproductiva en el Hospital de las Mujeres.

2.1 Recolección de los datos

La recolección de los datos se llevó a cabo del 8 de enero al 1 de marzo del año 2002 y estuvo conducida por la Dirección de Compra de Servicios de Salud (D.C.S.S.).

En los hospitales el trabajo de campo estuvo a cargo de 7 grupos constituidos por funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, la Dirección de Sistemas Administrativos y el Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud. Por su parte, en las Áreas de Salud la recolección de la información estuvo a cargo de 11 grupos conformados por personal de la Dirección de Compra de Servicios de Salud y funcionarios de las siete Direcciones Regionales de servicios médicos de la Institución.

Los evaluadores recibieron una capacitación previa, en la que se les instruyó sobre la metodología a seguir para la recolección de los datos, se les dio a conocer el compromiso de gestión del año 2001 con sus respectivas fichas técnicas, asimismo, se les capacitó en la forma de seleccionar la muestra de expediente a revisar y el uso de los instrumentos de muestreo. Finalmente, se les entregó el instructivo para la revisión de cada indicador a evaluar.

También consideró una práctica de campo en la que se hizo una revisión conjunta de expedientes clínicos. Además, durante la primera semana de trabajo de campo se realizaron evaluaciones conjuntas entre los equipos de la Dirección de Compra de Servicios de Salud y los evaluadores regionales con el propósito de estandarizar in situ criterios no previstos en la etapa presencial.



Para la recolección de los datos se ajustaron y modificaron los dos instrumentos desarrollados en Microsoft – Excel para la evaluación del año 2001, denominados: Instrumento de Evaluación de Hospitales (IEH) e Instrumento de Evaluación de Áreas de Salud (IEAS); los cuales permiten entregar un reporte preliminar al finalizar la visita al centro evaluado.

2.2 Tamaños de muestra

Para los hospitales el cálculo del tamaño de muestra se hizo a partir de un análisis de cada patología de los egresos hospitalarios del año 2001, reportados al Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud. Todos los muestreos se hicieron a partir de un tamaño de muestra mínimo de 68 expedientes, que corresponde a un nivel de confianza y margen de error aceptables, específicamente 90% de confianza y 10% de error.

En las Áreas de Salud, el número de sectores se determinó a partir de una muestra de tamaño 68. El tamaño final de la muestra, se calculó a partir del análisis de los resultados de las coberturas con calidad logradas en el año 2000, del total de sectores del área y del número de consultas de primera vez en el año en cada programa y sector.

En general, se revisaron un total de 50 785 expedientes clínicos. Además, en las áreas de salud se revisaron un total de 3 414 fichas familiares.

2.3 Selección de la muestra de expedientes a revisar

En los hospitales, los expedientes a revisar en cada muestreo se seleccionaron aleatoriamente del correspondiente listado de egresos hospitalarios reportado por el centro durante el año 2001.

En las Áreas de Salud, la selección de los expedientes se hizo utilizando el método denominado técnicamente “muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional”; seleccionando en una primera etapa, dos sectores a evaluar (uno concentrado y uno desconcentrado) y en una segunda etapa, la selección de expedientes por programa en cada sector.

La distribución de la muestra se hizo de manera proporcional al número de consultas de cada sector seleccionado y los expedientes a revisar se seleccionaron en forma sistemática del listado de consultas de primera vez por programa.

2.4 Pruebas estadísticas

Un aspecto importante a evaluar es si las diferencias observadas (incrementos o disminuciones) tienen significancia estadística, lo que indica que los cambios observados en los diferentes programas son reales y no se deben al azar.

Las pruebas estadísticas que se aplicaron para evaluar las diferencias son las conocidas pruebas t para muestras pareadas, esto porque se desea establecer si los cambios que se observan a nivel nacional y regional de un año a otro son reales.



2.5 Porcentaje de Cumplimiento

El porcentaje de cumplimiento se refiere al logro de las metas pactadas y se obtiene a partir del peso relativo o la ponderación asignada a cada indicador evaluado. El porcentaje de logro se obtiene de la comparación entre la cobertura pactada y la cobertura con calidad lograda.

La experiencia nos ha mostrado que en términos generales los hospitales pactan una producción basada en una proyección sobre la historia de su producción, por tanto alcanzar lo pactado les resultó muy fácil y no requieren esfuerzos adicionales o estrategias que permitan identificar e intervenir en las bolsas de ineficiencia. Conocedores de esto se sabe que la producción no va a variar grandemente de año a año y hemos preferido insistir en la calidad de ésta.

Con base en lo expuesto se definió para los hospitales, que el porcentaje de cumplimiento final de cada centro estaría conformado por un 25%, correspondiente al cumplimiento de la producción y un 75%, al cumplimiento de los indicadores pactados en el Compromiso de Gestión. 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 comparación de la producción hospitalaria es necesario homogenizar su unidad de medida. Para tal efecto se han construido las UPH, cada una de las cuales es equivalente a un día de 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.

En las Áreas de Salud, el porcentaje de cumplimiento se obtiene del logro de los indicadores pactados y de las coberturas con calidad logradas, calculadas como el producto de la cobertura total y un índice de cumplimiento de normas o índice de calidad. La cobertura total o inicial se obtiene del cociente entre las consultas de primera vez y la población meta de cada programa. Asimismo, el índice de calidad se calcula a partir del cumplimiento de criterios pactados y definidos según las Normas de Atención Integral.

2.6 Cobertura con calidad en la atención

En Áreas de Salud la calidad de la atención se determina mediante el análisis de las coberturas con cumplimiento de Normas de Atención Integral (coberturas con calidad). Para determinar la cobertura con calidad se definieron los criterios mínimos de calidad en base a las normas y se determinó que deben ser cumplidos al 100%. El incumplimiento de alguno de los criterios castiga la calidad, lo cual impacta de manera importante las coberturas totales.

En hospitales la calidad de la atención se determina mediante el análisis de las atenciones con cumplimiento de las normas de atención. Al igual que en Áreas de Salud, se definieron los criterios mínimos que deben darse en una atención y se determinó que deben ser cumplidos al 100%.



3. Resultado de Áreas de Salud

3.1 Coberturas a nivel nacional

En el ámbito nacional se constata que la Institución tiene una Cobertura Global a través de todos sus programas preventivos y curativos en el primer nivel de atención de un 52% para el año 2001, esto significa que más de la mitad de los usuarios del sistema acceden a los servicios básicos de salud, sin contar los que acceden directamente los otros niveles de atención.

Esto se ha medido a través de las consultas de primera vez durante el año 2001 de todos los programas sobre la base del censo de población del 2000 proyectada para el 2001.

Teniendo como base el total de la población de cada Área de Salud, las coberturas se convierten en un indicador de resultado que brinda un adecuado acercamiento para medir la eficacia de la atención brindada, ya que permite definir a cuánta población de la asignada, se está cubriendo, con la oferta institucional definida, que es eminentemente preventiva. Esta información es muy importante ya que su función en el sistema es llegar a cubrir al 80- 85% de la población, si realmente se quiere impactar positivamente en la salud de la población, aun con el limitado margen de injerencia que sabemos tienen los servicios de salud en el logro de este objetivo social.

La experiencia desarrollada hasta el momento, muestra que conocer solo el dato de cantidad de personas cubiertas no es suficiente para poder inferir el efecto a esperar en la salud de la población, sino que debemos profundizar si esta atención es de calidad, es decir, si se cumplen las normas de atención definidas en forma sistemática a lo largo del ciclo de vida. La información actual no nos permite llegar tan lejos, pero si es posible ir construyendo una tendencia a partir del año 2000 del Programa de Atención Integral tanto en su dimensión cuantitativa como de cumplimiento de normas.

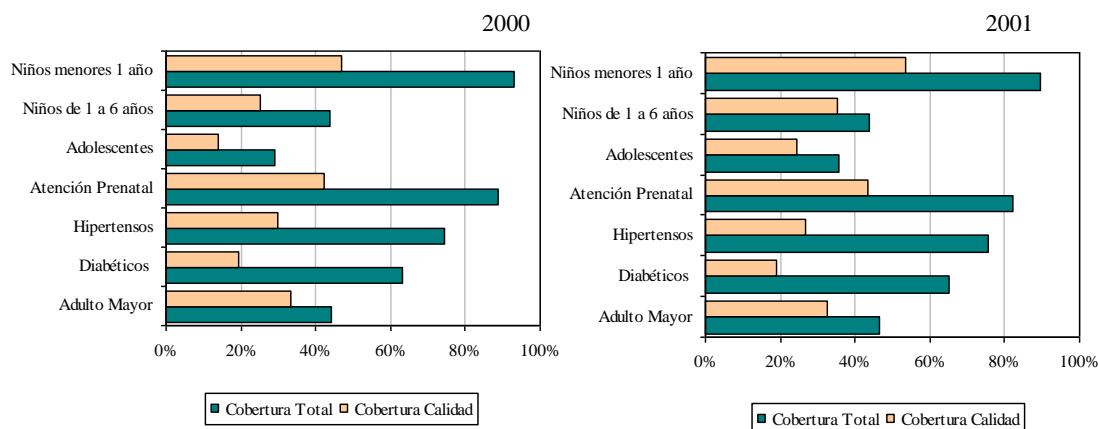
Una mirada al nivel nacional comparando el año 2000 y 2001 en los distintos programas evaluados, permite visualizar que en la mayoría hay un ligero aumento de las coberturas totales, los que tuvieron un leve descenso es el programa de menores de un año y prenatales, de las cuales solo la disminución en prenatales resultó estadísticamente significativa. En estos dos programas siguen persistiendo problemas de información, especialmente de sobre registro, que será comentado posteriormente para que el lector tome las precauciones necesarias al usar esta información, la aclaración viene en el sentido que este descenso probablemente se debe a una depuración de los registros de base, eliminando duplicaciones, mas que a una disminución real de personas atendidas.

Es importante destacar el aumento de cobertura en dos grupos que tradicionalmente eran poco atendidos en los servicios de salud como es el de 1 a 6 años y los adolescentes, para los cuales el aumento resultó significativo desde el punto de vista estadístico. Con respecto a la cobertura del adulto mayor es importante aclarar que la meta es cubrir al 100% en cuatro años (1999-2002), por lo que este dato se debe entender solo para el año 2001 lo que debe unirse a los tamizados en el 1999 Y 2000 y aún falta el 2002.

A pesar de estos pasos en la dirección correcta, sigue persistiendo una gran diferencia entre las coberturas totales y con calidad, situación que muestra que el nuevo enfoque de atención está aún en proceso, probablemente se esté en una fase de internalización y apropiamiento pero que aún no se traduce en una práctica consolidada, situación que aunada a otras limitaciones estructurales y de formación requieren un estudio más profundo. Aún así, hay que destacar que las coberturas con

calidad que disminuyeron, fueron mínimas, en cambio se ven aumentos más significativos en niños menores de un año, de 1 a 6 años y en adolescentes.

Gráfico 3.1
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención años 2001-2002



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 - 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

En relación a los adultos, en donde se mide la atención de pacientes crónicos, Diabéticos e Hipertensos, la situación se vislumbra más compleja, por un lado en el año 2001 se ve un leve aumento de la cobertura total en ambas entidades, en cambio existe una disminución importante en las coberturas con calidad.

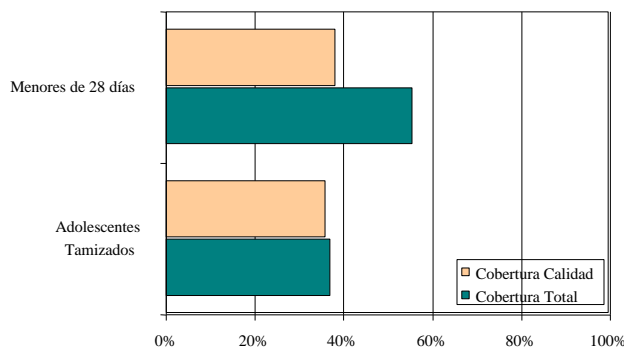
Esta es una tarea que hay que enfrentar fuertemente en el año 2002, ya que es la atención que presenta la tendencia más preocupante, de ahí que los Equipos Técnicos responsables deberán buscar nuevas estrategias que permitan en el corto plazo revertir esta tendencia. En la actualidad se cuenta con una versión actualizada de las Guías de Detección y Atención en estas dos entidades, lo que puede ser un punto de partida para dar un nuevo impulso de sensibilización a los prestadores de servicios que los oriente en una mejor atención.

Las limitaciones en la atención de personas con enfermedades crónicas, parece más preocupante a la luz de querer incentivar en el sistema la detección temprana de personas diabéticas e hipertensas, si no mejoramos la calidad de esta atención; ya que esto podría convertirse en un nuevo esfuerzo que probablemente no dará los frutos esperados.

Por otra parte, en el año 2001 se incorporaron dos indicadores como son: **Cobertura de niños menores de 28 días**, con el objeto de dar seguimiento más preciso a la atención en este período que es crucial para una adecuada detección y atención oportuna en este grupo de edad **y Cobertura de adolescentes tamizados**, para lo cual se utiliza un instrumento para discriminar riesgo y orientar su atención según el grado de riesgo detectado.

Gráfico 3.2

Cobertura nacional total y con calidad
de Niños menores de 28 días y adolescentes tamizados.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Los resultados que se muestran en el gráfico 3.2, indican que la cobertura de niños menores de 28 días es de 56%, es difícil calificar este dato ya que no tenemos historia de nivel nacional que nos permita contrastar y valorar si hemos avanzado, sin embargo, si relacionamos la cobertura de menores de un año que es de aproximadamente un 85%, es claro entender que al menos existe casi un 30% de niños que inician su control después de este periodo de edad tan importante, por lo que la meta al menos debería ser que todos los niños que se atiendan comiencen su control tempranamente. Al igual que la tendencia general vemos que en la aplicación de normas este grupo también tiene debilidades, llegando a tener una cobertura menor al 40%.

En relación a los adolescentes tamizados, se visualiza que es el indicador que desde su incorporación tiene la relación más pareja entre cobertura total y con calidad, 37% de cobertura total y 36% de cobertura con calidad. Este porcentaje que podría verse como uno de los más bajos en el concierto de coberturas, probablemente sea la mayor cobertura que se haya alcanzado en el país en este grupo de edad, ahora el reto es aumentarlo ya que en la actualidad se está trabajando con población cautiva es decir adolescentes escolarizados, y solo el 60% están escolarizados.

Captar a los no escolarizados es una tarea mucho más difícil, pero muy necesaria ya que probablemente este sea el grupo de mayor riesgo. Sirva el comentario para ilustrar la importancia de la interrelación de las políticas sociales, el fomentar la permanencia de los adolescentes escolarizados en el sistema no solo les ofrece un mejor futuro en términos laborales sino que también posibilita una atención en salud más oportuna.

En síntesis, vemos que el año 2001 en general muestra un avance aunque sea leve tanto en las coberturas totales como en las con calidad, sin embargo persiste el desfase entre la cantidad de personas que se atienden y la cantidad a la que se atienden aplicando las normas, por lo que se deberá ser más innovador y agresivo tanto en el nivel central, regional y local para mejorar esta situación.

Un elemento final, necesario de destacar es que estas coberturas corresponden solo a la población atendida por los servicios de salud de la Caja y los contratados a terceros, pero no incluye la atención que se brinda en los modelos alternativos de la misma institución, como son Medicina Mixta y Medicina de Empresa y tampoco la atención privada. Es indispensable generar los mecanismos de coordinación que permita incorporar esta información y poder tener una mejor valoración de las coberturas de atención ya que esto se considera una ineficiencia de los sistemas de información que actualmente la institución desarrolla pues no se exigen ó utilizan los datos que generan estos dos subsistemas, y por ende no tenemos claridad de los niveles reales de cobertura de atención. Al igual que es imprescindible en este momento del proceso contar con un acercamiento del porcentaje de población que se atiende privadamente en forma exclusiva en diferentes tipo de atenciones, especialmente en lo relacionado con atención de niños, embarazadas, pacientes crónicos y toma de Papanicolaou.

Solo de esta forma y contando con sistemas de información confiables, este gran esfuerzo institucional permitirá un mejor acercamiento a la prestación de servicios del primer nivel que se convierta en el insumo básico para reorientar los aspectos limitantes y dar un seguimiento adecuado a las atenciones definidas como prioritarias en el país.

El gran esfuerzo técnico y la enorme cantidad de recursos económicos destinados a atender esta apertura programática probablemente no tendrá el efecto esperado en la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades, en minimizar la aparición de complicaciones en las entidades crónicas, así como en mejorar la calidad de vida de estos grupos de edad; si no se logra equiparar las coberturas totales con las coberturas con calidad, o sea que a todos los ciudadanos que accedan a los servicios, estos sean brindados cumpliendo todos los criterios de atención técnica que plantea las respectivas normas de atención integral en salud.

3.2 Coberturas de nivel regional

El comportamiento de las Áreas de Salud según regiones, con respecto al Compromiso de Gestión, se puede representar en tres contenidos básicos: Coberturas de atención por programas, Gestión local, Promoción de la salud y Calidad.

Si se toman las coberturas como indicadores de resultados encontramos, que los programas del niño (atención integral al menor de un año), adolescentes y mujer (atención prenatal y Papanicolaou) alcanzaron un mayor avance en la mayoría de las regiones.

La Región Brunca, a mejorado la gestión interna en la calidad de la atención, pese a lo cual sigue presentándose como la región más postergada, esta situación lleva a la siguiente interrogante ¿cuáles son los factores que están perpetuando esta condición?. Ahora bien, si estos resultados se relacionan con el cumplimiento del análisis de la situación de salud, la coherencia de este con el plan estratégico y el grado de avance de este último, como espacio aprovechable para determinar las limitaciones o debilidades de cada una de las Áreas de Salud, nos encontramos que esta región ocupa también la posición de menos cumplimiento.



A diferencia del caso anterior, la región Huetar Norte, según los resultados de la evaluación cumplió en su totalidad con los indicadores de gestión local, pero si se relaciona con el grado de accesibilidad y cobertura con calidad de los programas de atención integral, esta región presenta debilidades en el programa del niño (Captación Temprana, Atención Integral a niños entre 1 y 6 años), la mujer (prenatales y citologías) y adulto mayor (Diabetes mellitus)

Atención Prenatal, toma de citología vaginal, Diabetes Mellitus), que requieren de mayor mercado para aumentar la accesibilidad y además de los procesos de control interno para el cumplimiento de la calidad incluso comparándolo con el año anterior.

El caso de la región Huetar Atlántica es uno de los más llamativos, por haber aumentado, accesibilidad y calidad en la mayoría de las coberturas, hasta encontrarse entre las tres primeras regiones de mayor cumplimiento junto con las Regiones Central Sur y Pacífico Central. Los programas en donde aún tienen que esforzarse más son: Abordaje de Citologías Alteradas y Atención al Adulto Mayor, dos puntos críticos que en algún momento será conveniente para las Áreas de Salud de esta región retomar en su Análisis de Situación, indicador en el que tienen grandes debilidades y en el respectivo Plan Estratégico.

En las restantes regiones, se observa el esfuerzo por ir superando las coberturas, sobretodo en la atención con calidad, hecho que se evidencia en el un avance de las mismas con respecto al año anterior y comportándose de manera similar entre sí.

El trabajo que les espera a las regiones, debe estar encaminado cada vez más a delimitar sus debilidades o limitaciones, apoyados en la gestión interna y en la participación social, a esta última deben darle especial atención ya que solo dos regiones cumplen en la totalidad de sus áreas con la definición de problemas y necesidades con participación social. Con respecto al plan estratégico, solo una de las regiones (Huetar Norte) elabora el plan con participación social en la totalidad de sus Áreas, mientras que las regiones Central Sur y Chorotega son las que presentan menor porcentaje de participación social (62 % de sus Áreas de Salud). Lo que llama la atención, ya que la participación social se evalúa con solo que se presenten listados de los participantes de la comunidad con algún tipo de metodología en la priorización de necesidades, problemas y acciones de abordaje.

3.3 Coberturas por Programa

3.3.1 Programa de atención integral al niño (a)

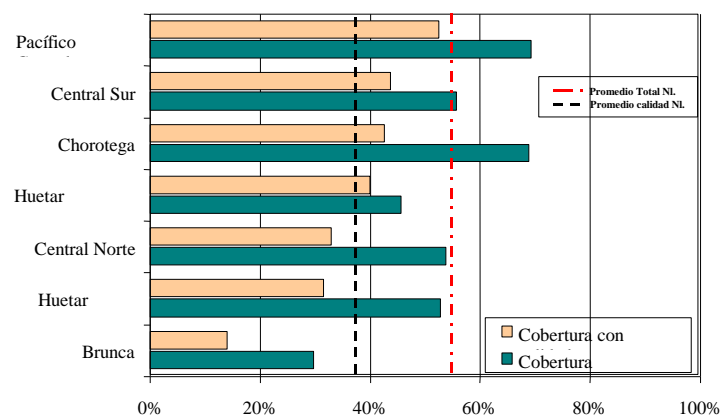
3.3.2 Cobertura de Captación temprana de niños (as) menores de 28 días

En este año se inició el cálculo de esta cobertura, para conocer el número de niños y niñas que acuden a los servicios e inician su control del crecimiento y desarrollo dentro de sus primeros 28 días de vida. Este control es sumamente importante dado que en él se pueden observar si ya se estableció una buena lactancia materna, realizar el tamizaje neonatal, controlar la aplicación de BCG además de realizar un examen físico completo y buscar signos neurológicos determinantes que nos aseguren un futuro buen desarrollo psicomotor.

Además el componente neonatal dentro de la tasa nacional de mortalidad infantil es alto (69% para el 2000), es por lo que en este periodo tendremos que incidir mas en el conocimiento del grado de cumplimiento de los diferentes criterios de calidad dentro de esta cobertura, lo cual permitirá definir estrategias de intervención.

Gráfico 3.3

Cobertura total y con calidad en niños menores de 28 día, según Región 200-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cobertura total de niños menores de 28 días fue en el nivel nacional de 56%, lo que significa que más de la mitad de los niños y niñas en todo el país acuden a los servicios de salud que les brinda la Seguridad Social en sus primeros 28 días, traduciendo entonces de que existe ya cierta cultura de salud, pues tempranamente los padres y madres de familia acuden con sus hijos constituyendo esto una buena oportunidad de atención y de seguir trabajando el aumento en el tiempo este nivel de cobertura.

Las regiones que están por encima de este promedio nacional en coberturas totales son la Pacífico Central con un 70% y la Chorotega con un 69%, la Región que tuvo la cobertura menor fue la Brunca con un 30%.

De este 56 % de cobertura total se cumplió una cobertura con calidad de un 38%, lo que significa que a este porcentaje de niños se les realizó el cumplimiento de todos los siguientes criterios: verificación del tamizaje neonatal, valoración del desarrollo, del estado nutricional y del riesgo así como el cumplimiento de la vacunación respectiva.

Las Regiones de Salud que se ubicaron por encima del promedio nacional en coberturas con calidad fueron la Pacífico Central, la Central Sur, la Chorotega y la Huetar Atlántica. Las que se encuentran por debajo del promedio nacional son la Central Norte, Huetar Norte y Brunca.

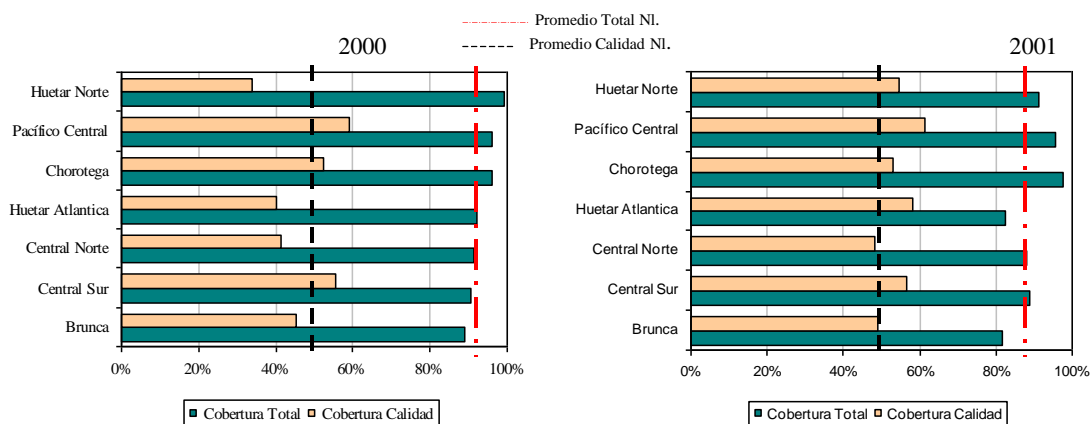
La Región que logró mayor cobertura con calidad es la Pacífico Central con un 53% y la que alcanzó el menor nivel fue la Brunca con 14 %.



En términos generales, todas las regiones cuentan con una cobertura total siempre mayor que la cobertura con calidad, lo que significa que debemos insistir en evitar duplicaciones del sistema de información y tener en cuenta la mayoría de los criterios técnicos que se tienen que cumplir en este grupo de edad de acuerdo a las normas de atención.

3.3.3 Programa de atención de niños (as) menores de 1 año

Gráfico 3. 4
Cobertura total y con calidad en la atención de niños menores de un año
según Región 2000-2001.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

En el año 2001 la cobertura total nacional en menores de una año fue de 90%, menor en 3 puntos porcentuales con respecto al 2000. Esto podría deberse a que se insistió mucho en el sobregistro presentado en ese año lo que motivó a insistir en evitar duplicaciones de los niños recién nacidos y sus respectivos números internos que se les asignan.

La mayoría de las regiones alcanza dicho promedio notándose casos extremos como la Chorotega, lo sobrepasa con un 97% y las regiones Brunca y Huetar Atlántica que están por debajo con un 81%.

Al referirnos a la cobertura con calidad notamos que se alcanzó un 53%, siete puntos porcentuales por encima del año 2000. Esto nos permite ver los esfuerzos realizados por las Áreas de Salud en el afán de brindar una atención con calidad a través del cumplimiento de los diversos criterios tales como la valoración del estado nutricional, del desarrollo psicomotor, del riesgo, concentración y la prescripción del hierro en forma preventiva señalados en las Normas Técnicas Nacionales de Atención Integral.



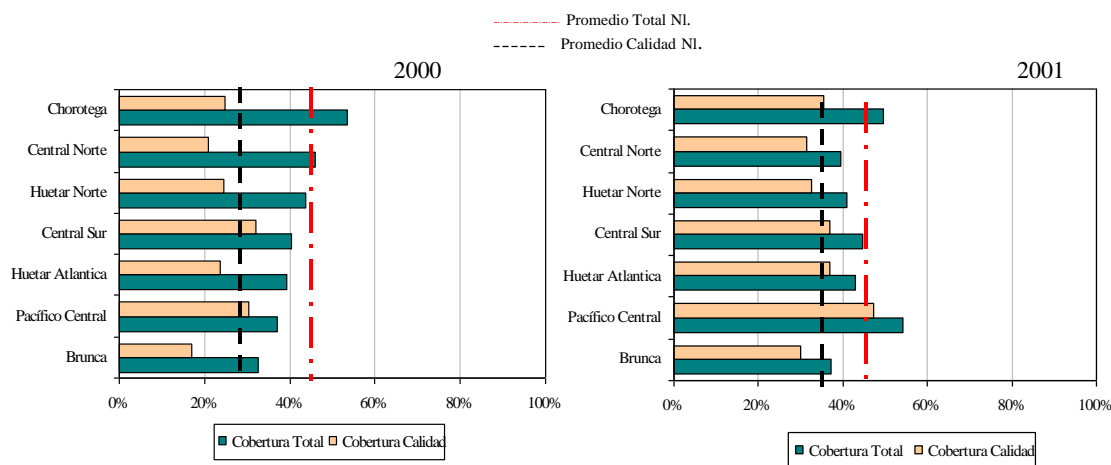
El comportamiento de las regiones fue el siguiente:

La Región Pacífico Central con un 61% seguida de la Región Huetar Atlántica con un 58% (encima del promedio nacional), la Región Brunca con un 49 % y la Central Norte con 48% (debajo del promedio nacional.) Cabe destacar que la Región Huetar Atlántica y la Región Huetar Norte avanzaron 15 puntos porcentuales sus respectivas coberturas con calidad, aumentos estadísticamente significativos, reconociéndoles este enorme esfuerzo que seguramente redundará en cambios positivos en la salud de sus poblaciones infantiles.

Los criterios técnicos en los cuales se aprecia mayor incumplimiento son la prescripción de hierro preventivo y la clasificación de riesgo.

3.3.4 Programa de atención de niños (as) de 1 a 6 años

Gráfico 3.5
 Cobertura total y con calidad en la atención de niños de 1 a 6 años
 según Región 2000- 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cobertura total Nacional de la población de niños menores de 7 años fue de 44% superior únicamente en un punto porcentual con respecto al año 2000. Cuando se observa el comportamiento de la Cobertura con calidad obtenida en el año 2001 notamos que fue de 35%, superior en 10 puntos porcentuales a la alcanzada en el 2000, lo que nos permite visualizar que al igual que en los menores de un año, el personal de salud de las diversas Áreas de Salud han desarrollado y logrado mayor cumplimiento de los criterios técnicos señalados en las Normas de Atención y además se ha fortalecido los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en este grupo de edad , que se encuentra en una etapa de su desarrollo tan importante como es la época preescolar.

Al analizar este dato en el Nivel regional, apreciamos que la Región Pacífico Central obtuvo un 47%, la Región Central Sur y Huetar Atlántica un 37% , ubicándose por encima del promedio nacional siendo estos incrementos de un año a otro significativos desde el punto de vista estadístico,



la Chorotega en el promedio también con un cambio significativo y las demás se encuentran por debajo del promedio siendo la de más baja cobertura la Región Brunca con un 30%.

Dadas las bajas coberturas en este grupo de edad y la indiscutible importancia y trascendencia del crecimiento y desarrollo en la primera infancia, principalmente en los tres primeros años de vida, lo cual se relaciona con que en estos años se completa en una buena medida del sistema nervioso central de la persona y que las alteraciones en el crecimiento y desarrollo desatendidas y atendidas de forma desfragmentada o discontinua pueden generar problemas irreversibles como deserción escolar, retardo mental, trastornos de personalidad, y se propensa la delincuencia, violencia, la transmisión intergeneracional de la pobreza por lo que es claro que es más costo efectivo estas actividades en esas edades y no en etapas posteriores como la edad escolar o adolescencia

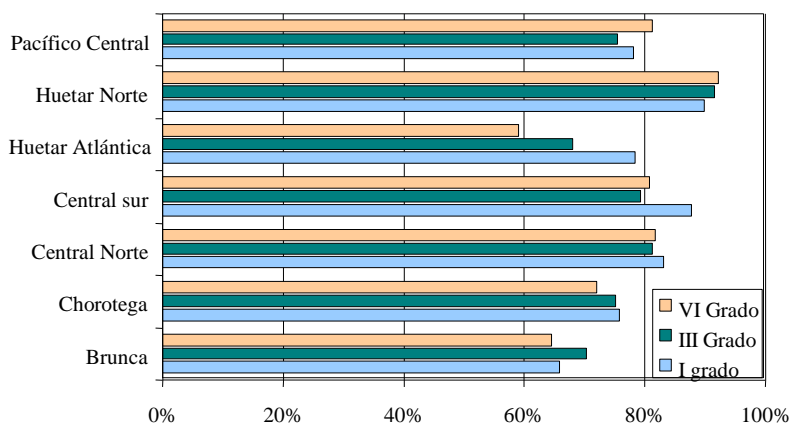
3.3.5 Programa de atención escenario escolar

Se considera esta actividad de mucha importancia ya que genera una serie de beneficios para la población escolar pues parte de ella no visita los servicios brindados por el sistema de salud.

Para efectuar dicha atención existe coordinación entre el personal de salud y el de educación, propiciando la visita del personal del E.B.A.I.S. a las escuelas. Entre las actividades que se realizan están: valoración de agudeza visual y auditiva, estado nutricional, revisión del esquema de vacunas, además del chequeo médico completo. Aquellos que presentan alguna alteración de su estado de salud son referidos al E.B.A.I.S correspondiente y se les da su respectivo manejo. A nivel nacional la cobertura se ha superado poco a poco y para el año 2001 alcanzó un porcentaje del 78.8 %, a nivel regional todas superan el 65% destacándose la región Huetar Norte, Central Norte y Central Sur por realizar un gran esfuerzo y lograr coberturas mayores del 80%, la valoración obtenida entre el I-III-VI grado es muy similar en porcentaje logrado por cada región. En escolares se habla solo de cobertura total, ó sea el cumplimiento de las atenciones mencionadas y no se determina la calidad con que dichas actividades se realizan, lo que se evaluará posteriormente.

Gráfico 3.6

Cobertura inicial de niños (as) por grado escolar según Región 2001.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud



3.3.6 Vacunación

Las coberturas nacionales de vacunación medida a partir del cumplimiento de 3eras dosis en cada una de las Áreas de Salud nos muestra que para DPT se alcanzó un 90 %, para Polio 92%, para Hepatitis B 90%, Haemophilus Inf. 90% y para SRP un 91%.

Esto significa que el país mantiene coberturas útiles de vacunación en el nivel nacional y se tendría realmente que identificar los distritos y cantones donde existan coberturas inferiores para desarrollar estrategias particulares, como las jornadas de vacunación casa a casa, puestos de vacunación estratégicos etc.

Es de hacer notar que en comparación con el año, 2000 los niveles de cobertura descendieron unos puntos porcentuales aunque siempre manteniéndose en coberturas útiles, como mencionamos en el párrafo anterior; a excepción de la Polio que aumentó de 83% a 92 % en el 2001.

Al cotejar los niveles de cobertura de vacunación obtenidos en nuestra evaluación con los del Programa Ampliado de Inmunizaciones el cual se lleva en conjunto con el Ministerio de Salud encontramos los siguientes resultados:

Vacuna	Evaluación C.G. 2001	PAI- CCSS_MS
III DPT	90.43	90.72
III POLIO	92.18	92.28
HEPATITIS B	89.68	80.12
HEMOPHILLUS INF.	89.83	89.06
SRP	91.45	85.06

Lo que nos permite verificar que los valores obtenidos en nuestra evaluación tienen una alta consistencia con los del PAI interinstitucional, a excepción de los niveles obtenidos en Hepatitis B en la cual hubo un cambio del esquema de vacunación durante este año y en la cobertura de Sarampión Rubéola y Paperas en las que nosotros restamos las defunciones habidas durante el año. Es de hacer notar que este sistema es alimentado manualmente pues los esfuerzos institucionales no han podido concretar un sistema automatizado.

3.3.7 Programa de atención integral a los adolescentes

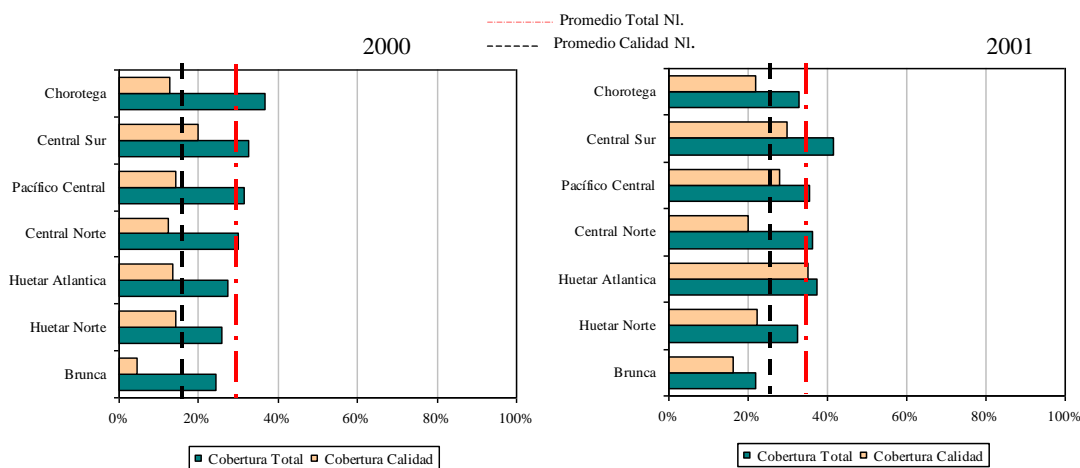
En los últimos años y con el advenimiento del nuevo modelo de atención en salud se ha variado el comportamiento y la prestación de los servicios de salud en la atención al adolescente, haciéndose más accesible y por ende con mayor demanda por este grupo poblacional. Podemos observar en el gráfico 3.7 que la población adolescente que asistió a los servicios de salud para el año 2000 se les brindó una cobertura con calidad de 12.3%, mientras que para el año 2001 dicha cobertura con calidad se duplicó al 24 %, esta cifra es un resultado satisfactorio ya que nos indica que las Áreas de Salud han podido poco a poco llegar con metodologías alternativas y otras estrategias a fortalecer la atención integral, a esta población de difícil acceso según su comportamiento histórico.

Entre los criterios de calidad que presentaron mayor dificultad en su cumplimiento en este programa fue el cálculo del IMC y su respectiva interpretación, además de la valoración del riesgo y el establecimiento de un plan de seguimiento que sea acorde con los factores identificados como de



riesgo. Esto es esencial ya que nos indica que estrategias plantea y que posibles soluciones se han de brindar a este grupo tan importante para la sociedad y el sector salud.

Gráfico 3.7
Cobertura total y con calidad en la atención de adolescentes según Región 2000- 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

3.3.8 Programa de atención integral a la mujer

3.3.9 Atención prenatal

La atención integral a la mujer ha sido un programa prioritario a través de los años en nuestro sistema de seguridad social, por esto se han fortalecido mucho todas las acciones para la atención integral, a la mujer destacando la atención prenatal como uno de los pilares de mayor impacto positivo sobre la salud materno infantil, por lo anterior la tendencia de promover una mejora en los canales de comunicación, accesibilidad del servicio, cobertura en la atención y calidad de la misma, se ha logrado al pasar de los años con la implementación de algunas políticas institucionales, y la participación responsable del personal de salud y el cliente externo.

La cobertura total en el nivel nacional de la atención prenatal para el año 2001 fue de 83% lo que representa cinco puntos porcentuales menos que el año 2000. esta situación puede obedecer a la depuración en los registros y detección de controles prenatales iniciados en el 2000, los cuales ya fueron parte de la muestra de ese año.

La cobertura con calidad en el nivel nacional fue de 43%, esta se encuentra un punto porcentual por arriba del 2000. Lo que nos habla del avance en el cumplimiento de los criterios de calidad que se exigen en la norma de atención y probablemente esto se refleje posteriormente de manera positiva en la morbilidad y mortalidad materna infantil.

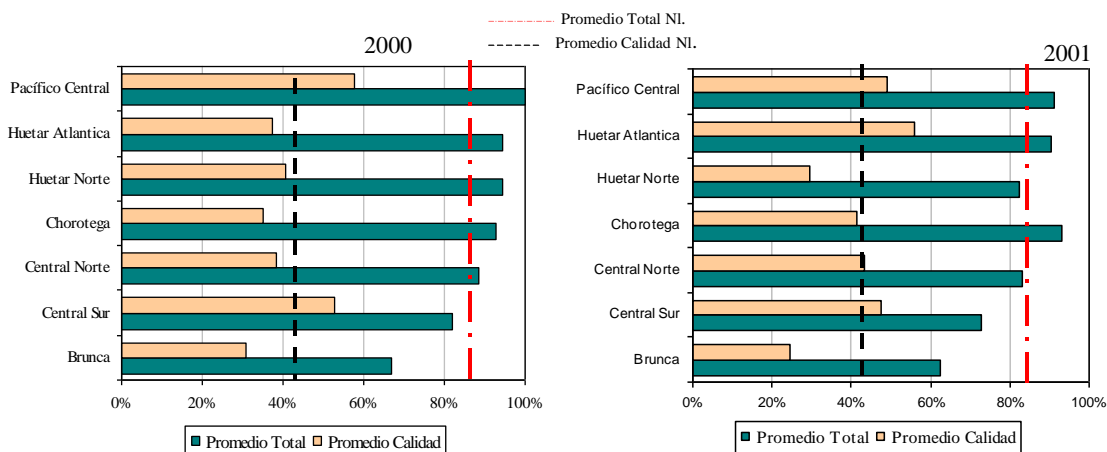


Según el gráfico 3.8, 5 de 7 regiones elevan la cobertura con calidad con relación al año 2000, destacando la Huetar Atlántica con el único incremento estadísticamente significativo. El desconocimiento del cliente interno y externo de las actividades a realizar prenatal, hace que no se cumplan ciertos criterios de calidad como captación temprana (que asista antes de las 13 semanas) y la concentración de consultas.

La región Huetar Atlántica es la que muestra mayor nivel de cobertura con calidad con un 56%, luego la Pacífico Central con un 49% y la Central Sur con un 47%, estando esta por encima del promedio. La Central Norte en el promedio y las que se encuentran por debajo del promedio son la Chorotega 41%, Huetar Norte 30% y por último la Brunca con 25%

En la presente evaluación se pudo evidenciar la persistencia de problemas en el registro de casos sobre posibles duplicaciones esto generado por el sistema de información actual el cual no brinda las salidas acordes a las necesidades requeridas.

Gráfico 3.8
 Cobertura total y con calidad en la atención prenatal según Región 2000-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

3.3.10 Citologías vaginales

La detección del cáncer cérvico uterino ha sido una prioridad en los últimos años por su elevado impacto social y económico en la población, es por esto que se han implementado estrategias para mejorar los niveles de cobertura y procurar el cumplimiento de los criterios de calidad para su abordaje ya que se debe de tener presente que un elevado porcentaje de los casos con un tratamiento y control adecuado disminuiría considerablemente la morbi-mortalidad de esta patología.

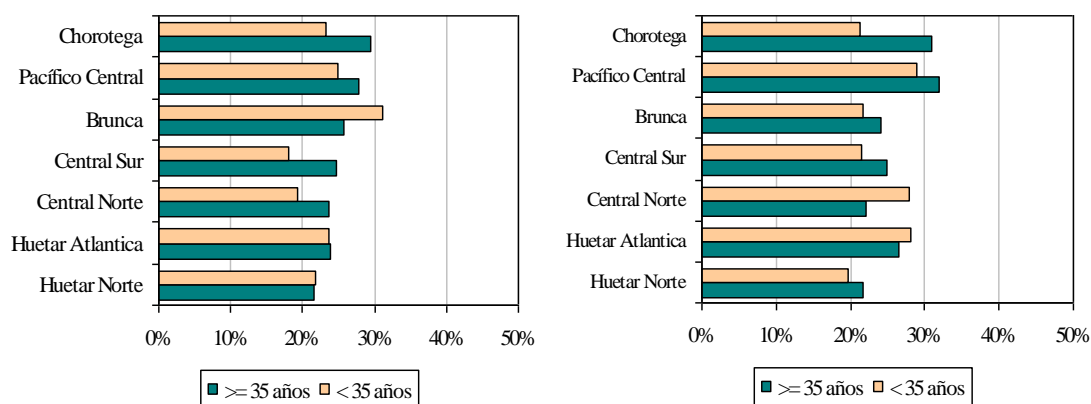
La toma de PAP para el año 2000 en el grupo poblacional de mujeres menores de 35 años correspondió al 22.% y para el año 2001 un 24% elevándose ligeramente en este grupo. En las mujeres mayores de 35 para el año 2000 y 2001 su comportamiento se ha mantenido alrededor del 25%, lo cual es preocupante ya que se han realizados esfuerzos considerables para poder elevar las coberturas. Hay que tener en cuenta que la norma técnica referente a la toma de citología en la mujer sana es cada 2 años, por lo que se negocia un máximo de 50% de cobertura.



Durante el año 2001 se realizaron un total de 216.614 citologías reportadas por las áreas de salud representando un 52% para mayores de 35 años y el restante 48% para menores de 35 años. Del total de citologías efectuadas solo el 2.5 % presentaron alguna alteración mayor o igual que displasia leve la cual requirió su envío a colposcopia o especialidad respectiva.

Según datos enviados por el laboratorio nacional de citologías se realizaron 277.577 tomas de Pap siendo mayor que el reporte de las áreas ya que se contempla la producción de hospitales, de este total el 3.45% se reportan alteradas, clasificándose de la siguiente manera; lesión bajo grado 82.7% moderado 22.8%, severa 4.5%, carcinoma in situ en un 2.7% y carcinoma invasor un 1.5%.

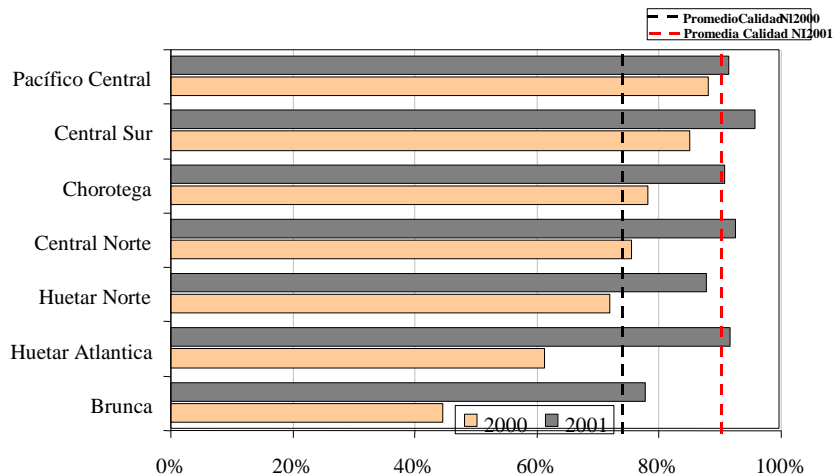
Gráfico 3.9
 Cobertura de toma de citología vaginal en mujeres mayores y menores de 35 años según Región 200-2001.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

En lo referente a la calidad para el año 2000, se le proporcionó un manejo adecuado al 75.8% de los casos que lo ameritaron y para el 2001 el porcentaje de calidad es de 93% representando un significativo aumento del 17% , sinónimo del esfuerzo y atención que se le presta a este programa. A pesar de esto no hay que perder de vista que continuamos con un porcentaje de cobertura bajo ya que no llegamos al 50% esperable en un año. Aún así siempre es necesario hacer un alto en el camino e identificar los factores que influyen en esta cobertura y así replantear estrategias para elevar la captación, sin perder de vista la información de las citologías que son realizadas a través de medicina de empresa, medicina mixta y consulta privada y que no están consideradas en esta cobertura.

Gráfico 3.10
 Porcentaje de las citologías vaginales alteradas con abordaje oportuno 2000-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

3.3.11 Programa de atención integral del adulto

Dos entidades crónicas de importante prevalencia y que se constituyen en patologías asociadas a las principales causas de morbimortalidad del país lo constituyen la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus, las cuales tienen gran impacto socio económico a nivel nacional.

La Hipertensión arterial continúa siendo un factor de riesgo mayor para enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, e insuficiencia cardiaca, las dos primeras significan las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes. Se describe "como uno de los más importantes factores de riesgo modificables para la enfermedad cardiovascular por lo que se deduce que a través de su intervención es posible impactar en la mortalidad por esta enfermedad¹". Con respecto a la diabetes mellitus quienes la padecen tienen una mortalidad de dos o cuatro veces mayor que las personas no diabéticas y son bien conocidas las secuelas si no se mantiene un adecuado control. Por esto en este grupo de edad, el compromiso de gestión enfatiza en la identificación y control de personas tanto hipertensas como diabéticas y orienta a los equipos de salud a mejorar coberturas en la atención de los pacientes hipertensos y diabéticos.

3.3.12 Programa de atención del paciente diabético

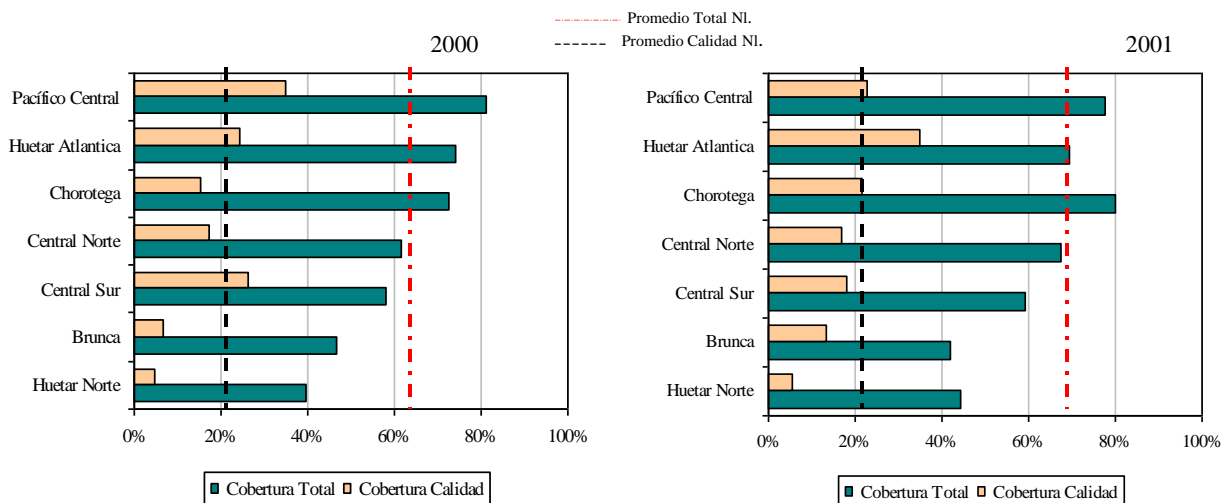
La cobertura nacional lograda en el año 2000 fue de 63% y para el año 2001 de 65%. Con respecto a la cobertura con calidad fue de 19.3% y 18.8% respectivamente, ambas coberturas como se observa, muy similares para los dos años. Para la cobertura con calidad estaba la expectativa de que fuera a superarse de manera significativa.

¹ CCSS, Gerencia de Modernización, PASP 2001-2006 pág. 97



A nivel Regional se obtienen coberturas con calidad para el año 2001 que va de un 5.6%(Región Huetar Norte) a un 34.8%(Región Huetar Atlántica) rango que no difiere mucho con respecto al año anterior. En realidad no destaca ninguna Región en presentar un porcentaje significativo de cobertura con calidad ni aumento de esta en comparación con el año anterior. Esto a pesar del gran esfuerzo realizado en mejorar estas coberturas.

Gráfico 3.11
 Cobertura total y con calidad de la atención del adulto diabético según Región
 2000-2001.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

El porcentaje del cumplimiento de criterios de calidad en la atención es bajo, incluso menor con respecto al año anterior, lo que representa que un significativo número de pacientes atendidos se les brinda la atención con calidad incompleta. 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, no se incida en forma adecuada en la mortalidad de la enfermedad, redundando todo por lógica en mayores costos de atención, sin impacto en los indicadores mencionados.

Entre los criterios que limitan el cumplimiento de la calidad se encuentra la falta anotación del estado nutricional o la interpretación del Índice de Masa Corporal (IMC). Es imperativo que se cumpla, con la finalidad de identificar y dar seguimiento adecuado al estado nutricional en estos

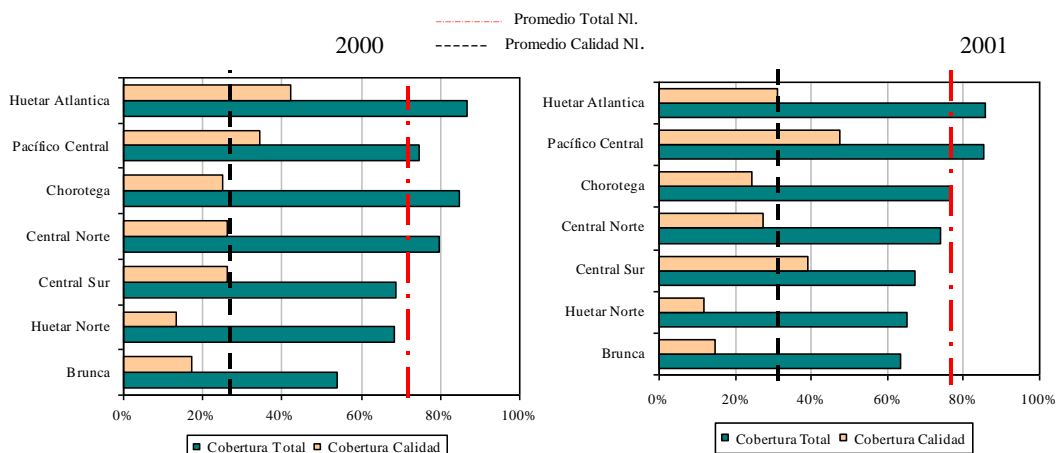
pacientes, así como el desarrollo del trabajo intersectorial para la promoción de una alimentación adecuada, ejercicio físico constante, deporte y salud mental, así como factores que están muy relacionado con la evolución de la enfermedad y aparición de complicaciones.

Otro criterio limitante es la falta de indicación de temas de educación, la cual en pacientes diabéticos es en general, visualizado como efectivo y económico, en la prevención de las complicaciones de la enfermedad. Un paciente informado y motivado es esencial en el manejo de la enfermedad y la reducción del riesgo de las complicaciones

3.3.13 Programa de atención del paciente hipertensos

La cobertura de pacientes hipertensos es de las más altas en el ámbito nacional, 75.5% para el año 2001 con discreto aumento de 1.5% con respecto al año 2000, cobertura que se ve disminuida al obtener el dato de cobertura con calidad, la cual es de 26.3%, menor (en 3.6%) con referencia a la cobertura con calidad obtenida en el año 2000.

Gráfico 3.12
Cobertura total y con calidad de la atención del adulto hipertenso según Región 2000-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

A nivel de Regiones la cobertura con calidad no se desvía significativamente en ninguna de ellas, de manera positiva con relación a promedio nacional.

La Región Atlántica es la que logró la mayor cobertura total con un 86,7 y mayor cobertura con calidad, 42 % y prácticamente la única que presentó en esta cobertura un aumento de un 11%, al comparar año 2000 con el 2001

La Región Central Sur es la que presenta un mayor descenso en la cobertura siendo un 13%. En este programa de atención también se observa que el porcentaje en el cumplimiento de criterios de calidad en la atención es bajo y menor con respecto al año anterior, lo que representa entonces que un significativo número de pacientes atendidos no se les brinda la atención con calidad completa.

Esto redundará en posibles consecuencias para el usuario y el que se presenten con mayor frecuencia complicaciones y por lo tanto no se mejore la calidad de vida del paciente hipertenso y que no se incida en forma adecuada en la mortalidad natural de la enfermedad, hay que reiterar que la Hipertensión arterial continúa siendo un factor de riesgo mayor para enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, e insuficiencia cardiaca, las dos primeras significan las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes. Entonces redundará todo por lógica en mayores costos de atención.

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.



En el caso de la atención del usuario hipertenso aparecen como criterios que limitan mayormente la cobertura con calidad: la determinación del estado nutricional y la valoración de riesgo, ambos por demás muy importantes ya que esta entidad afecta principalmente a grupos de población tales como hombres, mujeres posmenopáusicas, personas de raza, personas con historia familiar de cardiopatía, las mujeres menores de 65 años, consumidores excesivos de sal, consumidores excesivos de proteínas, personas con sobre peso, sedentarias, diabéticas, dislipidémicas, alcohólicas, tabaquistas, embarazadas. Se reitera la necesidad de desarrollar procesos de capacitación que permitan al equipo de salud mejorar sus capacidades para abordar estos criterios y así alcanzar un adecuado control de los pacientes hipertensos.

3.3.14 Tamizaje de Hipertensión Arterial

La Hipertensión arterial es una de las causas más frecuentes de consulta de morbilidad. Es importante determinar por qué es así, determinar si es debido a controles periódicos, a descompensación o aumento de incidencia.

El primer nivel de atención debe de realizar el tamizaje y la detección oportuna de la enfermedad o de los factores de riesgo para la enfermedad. Es el primer nivel donde detectada la enfermedad se debe priorizar su tratamiento. El tamizaje periódico está indicado en todas las personas mayores de 20 años² ya que la Hipertensión arterial es fácilmente detectable en forma temprana, y sobre la cual se puede intervenir lo que facilitaría la prevención y su control. 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.

En todas las consultas médicas que se brindan se pretende que prácticamente todos los usuarios mayores de 20 años se les tome la presión arterial. Se obtiene el dato de que a nivel nacional el 98.6% de los pacientes mayores de 20 años que asisten a los servicios de salud, se les toma la presión arterial de rutina para la posible detección y seguimiento.

3.3.15 Programa de atención integral al adulto mayor

3.3.16 Tamizaje del adulto mayor de riesgo

Cada vez más se destaca la importancia de trabajar de cerca con este grupo etario dada su enorme importancia debido a la magnitud de su crecimiento dentro de la pirámide poblacional y al tipo de problemática que presenta. En este sentido se han venido haciendo esfuerzos para identificar y priorizar a los adultos mayores con algún tipo de riesgo para planificar su abordaje y seguimiento.

Este plan viene desarrollándose desde 1999 tratando de alcanzar con el tamizaje a todos los adultos mayores en un plazo de 4 años, tamizando al 25% de esta población en cada año y a los que se clasifiquen de alto riesgo. La atención con calidad se basa en la elaboración e implementación de planes de seguimiento.

Es así como durante el año 2001 se logró una cobertura total de tamizaje en el nivel nacional de un 47% de adultos mayores, porcentaje que se va acumulando a lo logrado durante 1999 y 2000 (gráfico 3.15).

² CCSS, Gerencia de Modernización, PASP 2001-2006 pág 97

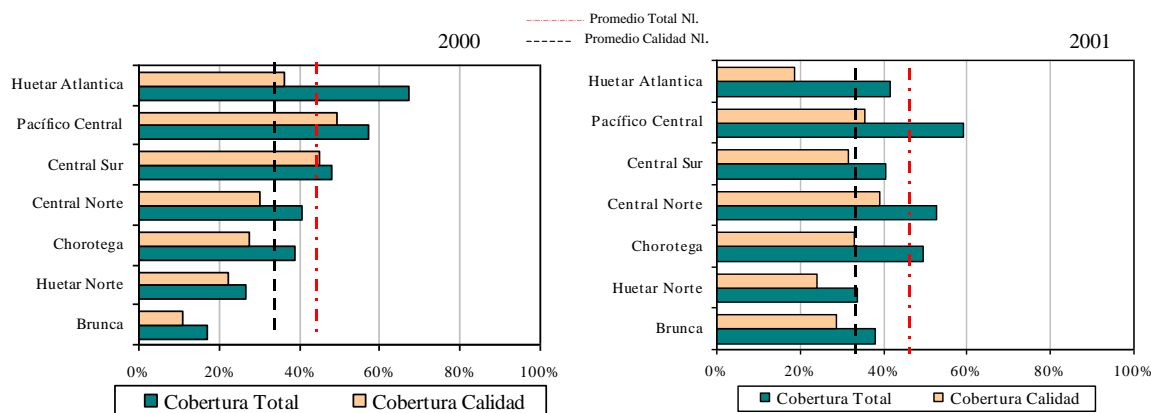


De este porcentaje se logró un 33% de cobertura con calidad, mediante el cumplimiento de la aplicación del Instrumento de detección y clasificación de riesgo en la comunidad y su respectivo Plan de Seguimiento según el tipo de riesgo identificado.

Las Regiones de Salud que avanzaron más en este año en cobertura total, fueron la Región Pacífico Central, la Central Norte y la Chorotega. La que menos avanzó fue la Huetar Norte.

Al respecto de la cobertura con calidad la Central Norte resulto la que obtuvo un mayor porcentaje.

Gráfico 3.15
 Cobertura total y con calidad de la atención al adulto mayor según Región 2000- 2001

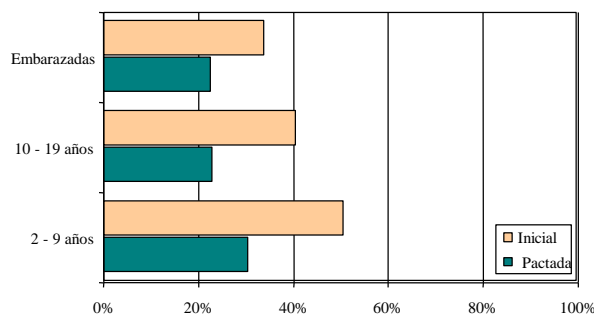


Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

3.3.17 Valoración del estado bucodental

Con el objetivo de determinar el estado de la condición bucodental de la población atendida por los servicios odontológicos de la Caja Costarricense del Seguro Social, se identificarán acciones específicas y puntuales tales como: la valoración del estado de las piezas bucales 85 o 46, el grado de alteración de los planos cráneo faciales y el estado periodontal. Acciones que son pactadas con las diferentes Áreas de Salud y basadas en los reportes de valoración epidemiológica que llevan a cabo los odontólogos de las respectivas áreas. Se trata de estimular el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Odontología. Los porcentajes obtenidos en cobertura de atención preventiva a nivel nacional son el grupo 2-9 es de un 50.9%, en el grupo de 10-19 años es 40.8% y en el de embarazadas un 34% mostrando en términos generales el interés y empeño en fortalecer las acciones de tipo preventivo en la salud oral, como parte de la atención integral en salud.

Gráfico 3.14
Cobertura inicial y pactada para el programa de odontología según población grupo etario 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

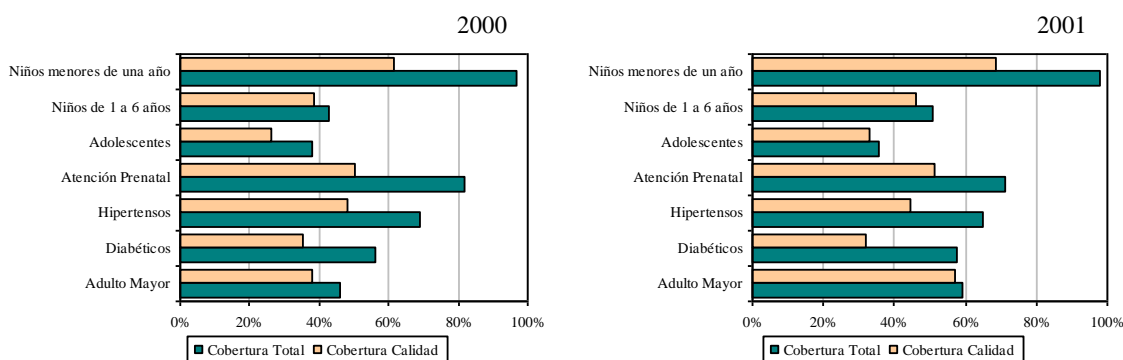
3.4 Comportamiento de las entidades de Compra Externa de Servicios de Atención Integral en Salud

Dado que la institución cuenta con Áreas de Salud que son gestionadas por entidades externas, se ha considerado pertinente mantener este análisis desagregado para estas entidades y así conocer su evolución en el tiempo, con relación a coberturas. Las áreas bajo esta modalidad siguen siendo casi las mismas del año 2000, a saber, Curridabat, Barva, Santa Ana, Pavas, San Pablo y Tibás, incorporándose en el 2001 San Pedro de Montes de Oca.

Los datos del año 2001 muestran que en las coberturas totales por programa existe una disminución en 4 de ellas) en relación al 2000, (En atención a adolescentes, prenatal, hipertensos y adulto mayor). Habría que excluir la del adulto mayor ya que como se ha venido indicando es acumulativa en cuatro años por lo que la de un año no se puede valorar en estos términos. La disminución más importante (10%) se ve en atención prenatal, situación que en este caso es menos probable que se deba a una limpieza de registros ya que estas entidades siempre han usado otros sistemas de información que han permitido eliminar los duplicados con mayor facilidad, sin embargo la mayor acuciosidad en este año en la revisión de estos registros puede tener también influencia.

Con respecto a las coberturas con calidad la mayor parte de los programas aumento los porcentajes de esta cobertura si comparamos el 2000 con el 2001, a excepción del programa de diabéticos que disminuyó en un 3% y de hipertensos en un 4%.

Gráfico 3.16
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
brindadas por entidades de compra externa (Cooperativas y UCR). 2000 y 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Por otra parte, se puede observar que se mantiene la tendencia en estas entidades de alcanzar coberturas muy parecidas a las nacionales, al igual que en el 2000, sin embargo preocupa que en programas como hipertensos y atención prenatal, la diferencia negativa con respecto al promedio nacional es un 3% mayor que en el 2000, lo que es comprensible dada la disminución de coberturas en estos dos programas, como se indicó anteriormente. Con respecto a la calidad también se mantiene la tendencia de mayor cumplimiento de las normas de atención en relación al promedio nacional, casi en proporciones iguales que el 2000, solo el programa de adolescentes disminuyó esta diferencia positiva en un 4%, debido probablemente a que el promedio nacional aumentó en este programa, en cambio esta cobertura tuvo una disminución en el 2001.

Desde otro ángulo si uno compara las coberturas totales y con calidad en cada año, se puede observar que del total de personas atendidas, en el 2001 aumenta la proporción que se atiende cumpliendo con todos los criterios de calidad en casi todos los programas, a excepción de los pacientes crónicos (diabéticos e hipertensos) que disminuye esta relación en un 3%.

En términos generales podemos decir que las áreas gestionadas por entidades externas mantienen el status quo, con una preocupante disminución de coberturas en algunos programas, y un descenso en la relación positiva de cobertura total y con calidad en el programa de atención de crónicos.

El reto de estas áreas al igual que las institucionales, es mejorar coberturas de adolescentes y de niños de 1 a 6 años y recuperar lo perdido en prenatales y en crónicos y aunque en menor medida seguir mejorando la calidad de atención teniendo como meta que el 100% de las personas atendidas deben cumplir con los criterios de calidad definidos.



3.5 Gestión Local

Las necesidades y problemas en salud no pueden determinarse en el vacío, pues lo idóneo es que contemplen los valores y principios de la sociedad respecto de la salud. Es por lo antes planteado que el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la elaboración del Plan Estratégico, que a partir del año 2001 tienen vigencia trianual, se deben realizar con participación social.

Además, es indudable la importancia de la información en la gestión de cualquier organización, especialmente, para la toma de decisiones. Este hecho se hace más relevante cuando nos referimos a organizaciones que prestan servicios de salud en donde las decisiones que se tomen tienen gran incidencia en la calidad de vida de las personas. Por lo tanto el sistema de información en el primer nivel de atención, es la puerta de entrada al sistema de salud costarricense, lo que le convierte en un paso trascendental, ya que es la fuente primaria de datos de las prestaciones que se brindan a más de la mitad de la población costarricense, lo que es indispensable como retroalimentación del quehacer institucional: 1- Evaluación de las metas propuestas 2- Redefinición de políticas de salud.

Es conocido, que los sistemas de información constituyen un pilar importantísimo en todas las organizaciones de salud, al permitir tomar decisiones, que afectan la salud de las personas en un entorno de recursos limitados posibilitando que estos se usen con mayor eficiencia y calidad. Al disponer de información de calidad para la toma de decisiones ésta pasa de ser un mero soporte de las actividades que se realizan para convertirse en un recurso estratégico.

Lo anterior, avala el porque en el marco de la Readequación del Modelo de Atención en el Primer Nivel es necesario trabajar en definir un sistema de información que se ajuste al enfoque de atención integral, camino definido por el país para abordar los problemas de salud.

La magnitud de los datos a manejar indicaba la imperiosa necesidad de que este sistema fuese automatizado, y en esa dirección se trabajó fuertemente. Probablemente se subestimó la magnitud del trabajo a realizar y los recursos que se destinaron a su desarrollo fueron insuficientes aunado a un débil apoyo técnico en sus inicios ya que el sistema requería definiciones muy precisas que hoy tenemos más claras pero que en ese momento, no lo eran tanto, incluso el hecho tan elemental de comprar computadoras para las áreas de salud parecía un gasto poco necesario.

3.5.1 Análisis situacional de salud

La evaluación del año 20013, revela un 85% de elaboración del ASIS en el nivel nacional, lo que representa un incremento de dos puntos porcentuales con respecto al año anterior. Pero si profundizamos en el mismo encontramos que en cinco de las regiones, algunas Áreas de Salud presentaron el ASIS sin haber completado el análisis de las dimensiones (Biológica, Económica, Ecológica, Conciencia y conducta), misma actividad que pretende la identificación de necesidades, problemas y factores condicionantes, con el propósito de identificar acciones puntuales sobre lo

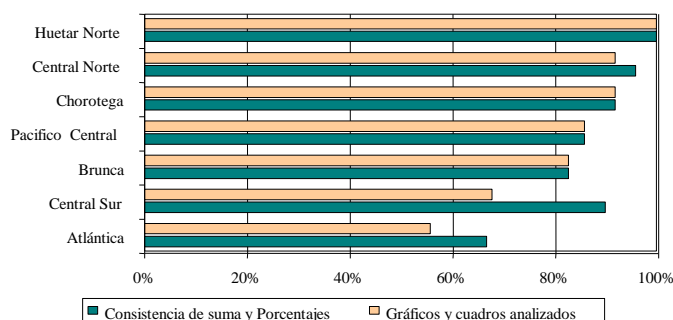
³ Se excluyen las Áreas de Salud que iniciaron ASIS trianual en el 2000 o que justifiquen el no cumplimiento del indicador

evidenciado para cada Área de Salud. Llama la atención que solo dos de ellas, realiza análisis en todas sus áreas y definen necesidades y problemas con participación social además de tener identificados grupos organizados.

Exceptuando a la región Huetar Atlántica que identificando grupos organizados en todas las sus Áreas de Salud, solo alcanza a definir en un 75% sus necesidades y problemas con participación social.

En cuanto a la consistencia de los datos y análisis, encontramos que todas las Áreas de Salud de la región Huetar Norte cumplen con estos criterios, mientras que la región Huetar Atlántica es la que presenta menos consistencia, como se muestra en el siguiente cuadro.

Gráfico N 3.17
Información confiable y consistente. ASIS 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La violencia Intrafamiliar es un fenómeno que cada vez se evidencia con mayor frecuencia en la sociedad costarricense, para lo cual ha habido un esfuerzo en el nivel nacional en habilitar instancias donde los ciudadanos además de denunciar la agresión también reciban atención, como son el Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Nacional de la Mujer, la Defensoría de los Habitantes, la línea 800-300-3000 y la Caja Costarricense del Seguro Social a través tanto del Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar (PAIVIF) como de la creación de la norma de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar.

Los resultados de la evaluación revelan un alto grado de cumplimiento de los criterios de este indicador (registro de casos, determinación de factores condicionantes e intervenciones) ya que van desde el 100% (Huetar Norte) hasta un 80% (Chorotega)de cumplimiento.

Ahora bien, el criterio d mayor cumplimiento es el registro de casos y el que menos se cumple, es la intervención de los casos; en este último hay que tomar en cuenta la reciente elaboración de la normativa para el abordaje de estos casos, de los cuales su dinámica es altamente compleja y trasciende los servicios de salud, por lo que hay que ir construyendo una plataforma de mano con la comunidad para visualizar las intervenciones de forma integral.

3.5.2 Morbilidad por causas principales

Las variaciones en causas de consulta de morbilidad entre un año y otro son pocas, lo que se observa es que algunas patologías cambian de posición según la frecuencia en que se presentan, no mayor a las primeras diez causas. En todos los programas al igual que el año anterior las infecciones de las vías respiratorias ocupan los dos primeros lugares en orden de frecuencia.

Las Áreas de Salud mostraron un avance significativo en el análisis de factores determinantes y estrategias de medidas tendientes a mejorar el perfil de las causas de morbilidad en todos los programas, hasta superar en promedio 17 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

En el programa del niño, se presentan las mismas causas de morbilidad y en el mismo orden de frecuencia que el año anterior, excepto la parasitosis que para el año 2001 ocupa el sexto lugar, siendo remplazada en frecuencia por las infecciones de oído, lo que sería valioso en el tanto las unidades estén invirtiendo esfuerzos en abordar esta enfermedad, cuyo abordaje como se menciona en el informe anterior requieren de acciones de promoción de la salud. Es valioso rescatar que las Áreas de Salud han mejorado sus esfuerzos en el análisis de factores determinantes y la implementación de estrategias de por lo menos una de las causas más frecuentes de consulta de morbilidad en este grupo.

En el programa de adolescentes el comportamiento de las causas de morbilidad también es muy similar al del año anterior. La cefalea llamó la atención el año anterior por encontrarse entre las cinco primeras causas y ser objeto de mayor investigación presentó el mismo fenómeno que la parasitosis en niños o sea que disminuyó una posición según la frecuencia presentada durante este año.

El programa de la mujer persiste parecido al año 2000, llama la atención que la hipertensión arterial se presenta en este año como primera causa de consulta, de la cual hay que determinar si está relacionada al número de consultas de control, consultas por descompensación o la aparición de nuevos casos, además hay que rescatar el seguimiento de los casos

En el programa del adulto, la diabetes que ocupaba el tercer lugar en frecuencia este año aparece en sexta posición, lo que habría que investigar si antes estuvo aumentada a expensa de mayor número de casos de descompensación, por lo demás el comportamiento en frecuencia de las causas es similar.

En el grupo de adulto mayor aumentan las infecciones del tracto respiratorio y las dislipidemias disminuyen en frecuencia no muy significativamente.

El comportamiento de la morbilidad en salud mental, no se analizó el año anterior, más en esta oportunidad se obtuvieron las principales causas de esta atención, las cuales representaron un 16% del total de las causas por programa (se excluye un área que no presentó registro), de las cuales los episodios y trastornos depresivos ocupan el primer lugar en frecuencia (22%), seguido de trastornos de ansiedad (17%), esquizofrenia (12%) y trastornos del humor (5%). En el 77% de las Áreas de Salud se implementaron estrategias para su mejor abordaje.

Cabe mencionar, que la institución no ha dotada aún de una normativa que oriente al primer nivel en el abordaje de estas patologías.

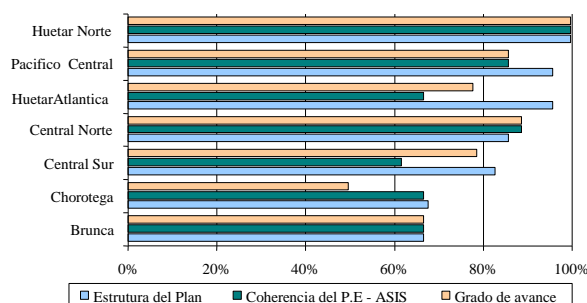


3.5.3 Plan estratégico

En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de cumplimiento en los criterios de estructura del plan estratégico, coherencia del plan con el ASIS y grado de avance de las medidas estratégicas a implementar, por regiones. Se observa como la región Brunca y Chorotega presentan mayores limitaciones en algunas de sus Áreas de Salud para cumplir con dicho indicador, mientras que las regiones Pacífico Central y Huetar Norte han avanzado notablemente en este tan complejo proceso de gestión.

En cuanto a la participación social en la elaboración del Plan Estratégico, los datos revelan que seis de las regiones tienen limitaciones para construir dicho plan con participación de la comunidad, siendo las regiones Central Sur y Chorotega las que presentan mayor debilidad (62%) y la Huetar Norte la que presentó en todas sus Áreas alguna evidencia de esta participación. Hay que tomar en cuenta que este criterio es válido con solo que se presenten listados de participación y documentación que mencione que las estrategias y actividades allí contempladas se definieron en conjunto.

Gráfico N 3.18
 Relación del plan estratégico con el ASIS 2001, según Región.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Otro de los criterios que se evaluaron en el indicador de Plan Estratégico son las actividades grupales de adolescentes y adulto mayor, categorías que se identificaron con la evaluación 2000, de menor accesibilidad a los servicios de salud. En este proceso evaluativo se encontró que cuatro de las regiones cumplió en la totalidad de sus Áreas de Salud algún tipo de actividades con estos grupos, pero el esfuerzo que hay que realizar para aumentar la oferta de servicios en salud a estos grupos debe ir mejorando no solo en calidad, sino en cobertura ya que encontramos regiones como la Chorotega con 77% de cumplimiento de sus Áreas.

No se debe dejar de lado, que la gestión contempla los procesos administrativos que permitan el eficiente uso de los recursos financieros, necesario para la consecución de las actividades propias de las unidades, para esto el conocimiento de las necesidades y problemas de las mismas debe de ser competencia del personal encargado de diferentes actividades de la misma administración. Punto



que las autoridades del nivel local deben contemplar no solo en el plan estratégico, sino también en los planes operativos.

3.6 Promoción de la Salud

La oferta de servicios integrales en el primer nivel contempla entre sus actividades generales el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud. Hasta el momento a nivel institucional no han existido directrices coordinadas que orienten al nivel local en la forma de concretar esta difícil tarea, sin embargo con los Compromisos de Gestión se ha tratado de impulsar acciones principalmente en la dimensión educativa de la promoción dirigida a los adultos mayores, adolescente y embarazadas y algunos aspectos de participación social.

Siguiendo en esta línea, en el año 2001, se negociaron las siguientes acciones: Escuela para Padres y Madres, cobertura del Curso de Preparación Psicofísica para el Parto, acciones grupales en adultos y adolescentes en el marco del Plan Estratégico y Participación Social en la construcción del ASIS y Plan Estratégico.

Acciones de Educación en Salud

3.6.1 Escuela para Padres y Madres

Se ha ido incorporando en la oferta de primer nivel hasta llegar hoy en que un 91.4% de las áreas cuenta con ella, situación bastante positiva si consideramos que permite trabajar en un escenario escolar o comunitario, creando un espacio de encuentro de trabajadores de la salud y la población para educar, informar y promover acciones saludables. Los grupos metas y la temática desarrollada en estas escuelas van dirigidos principalmente a escolares y adolescentes sin tener aún conocimiento de la cobertura de los mismos, aunque pareciera que su cobertura es aún limitada.

Para el 2003 se pretende potenciar estas acciones y orientarlas hacia otros grupos de población como son los menores de 5 años, grupo en que es esencial incorporar estilos de vida saludables, evitar accidentes y promover relaciones familiares sanas.

3.6.2 Cobertura del Curso de Preparación Psicofísica para el Parto

La información muestra que a nivel nacional el 100 % de las áreas desarrollan este curso, lo cual significa un aumento del 5% con respecto al año 2000. Esta cifra nos está indicando que ésta es una acción muy incorporada en el quehacer local, sin embargo, no conocemos cual es el número de personas que se benefician de este curso en relación al total de embarazadas que se atienden en el área. Para el año 2002 se evaluará la cobertura de este curso aspecto que permitirá ahondar en la evaluación de la orientación y estrategias empleadas hasta el momento.

3.6.3 Acciones grupales definidas en el Plan Estratégico, para adolescentes y adultos mayores

Por lo general van dirigidos a aspectos de educación, acciones de recreación y conformación de grupos de apoyo. Para el año 2001 el 93.5 % de las áreas tienen definidas estas acciones en sus planes trianuales los que deberán ser ejecutados en el 2002 y 2003. Dado que el año 2001 se utilizó

principalmente para el diseño de estas acciones no será hasta los próximos dos años que podremos conocer el grado de ejecución de lo planeado.

Acciones de Participación Social

3.6.4 Participación Social

Se ha tratado de impulsar en el marco de la gestión local, comenzando a potenciar su incorporación en la toma de decisiones, específicamente en la identificación de necesidades de salud y en la elaboración del Plan estratégico. La falta de orientación en este sentido unido a una escasa formación de los trabajadores de salud en el área social hace que este aspecto de la promoción de la salud sea el que más cuesta concretar. Los resultados muestran que el 85% de las áreas realizan el ASIS con algún grado de participación de otros actores sociales, y el 94% tienen documentados a los grupos organizados del área. En el caso de la elaboración del Plan Estratégico el 72% cumplió con este criterio.

3.6.5 Ficha familiar

Se ha considerado pertinente incluir en este capítulo lo referente a la actualización de la Ficha familiar ya que es un reflejo de la visita familiar, actividad que debería ser un espacio enfocado principalmente a acciones de promoción de la salud. Los resultados del año 2001 muestran un decrecimiento en este sentido, ya que la actualización de la ficha a nivel nacional, que en el fondo refleja la realización de la visita disminuyó a 87%, desmejorando en un 2% lo encontrado en el año 2000. El comportamiento regional tuvo algunas variantes en donde se destaca el esfuerzo de la Región Huetar Norte logrando el cumplimiento mas alto (98.1%), en cambio la Región Brunca se mantiene con el cumplimiento mas bajo (74.1%) aunque es mayor al 62% alcanzado en el 2000.

Con respecto al cumplimiento de criterios evaluados, a saber, ubicación, características de las personas, actualización, condiciones de salud y clasificación de riesgo de las familias, se elevaron en todos los rubros llegando a cifras superiores al 95% a excepción de la actualización de la ficha que alcanza un 91%.

Los datos anteriores muestran que se visitaron un 2% menos casas en el 2001 en relación al 2000, pero la realización de la visita de acuerdo a los criterios evaluados fue de mejor calidad. Es importante indagar las causas de esta disminución de visitas, lo que podría estar asociado a limitaciones de recurso humano o a la utilización del ATAP en funciones diferentes a las que les corresponde. Independientemente de la causa es importante corregir esta situación para salvaguardar las acciones realizadas por este personal que son esenciales en el camino hacia la construcción de un nuevo enfoque en el modelo de atención.

3.7 Calidad

3.7.1 Avances de los procesos de calidad

3.7.2 Encuesta de satisfacción del usuario

Es prioritario que las actividades que involucran la prestación de servicios sean llevadas a cabo bajo conceptos de excelencia, por lo que la institución hace esfuerzos por diferentes medios para fortalecer la calidad de los servicios.



La aplicación de la encuesta basada en la metodológica MEPEER en la mayoría de las Regiones exceptuando la Huetar Atlántica que utiliza diferente metodología, lleva como objetivo medir la calidad y determinación de áreas críticas de los servicios que ofrecen las diferentes Áreas de Salud desde la perspectiva del usuario, de tal manera que se implementen medidas correctivas tendientes a mejorar dicha oferta.

Durante el año 2001, 58% de las Áreas de Salud ejecutaron la fase II y el 32% la fase I. De las que ejecutaron la fase I el 26% no cumplió con todos los criterios ya se de análisis o elaboración de un plan correctivo, mientras que el 91% de las que se encontraban en fase II ejecutaron el correspondiente plan correctivo.

De tal manera que 86% de las Áreas de Salud ejecutaron y cumplieron con todos los criterios de la encuesta de satisfacción del usuario según la fase en la que se encontraban, lo que representa un incremento en 9 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

La Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS), que también aplica encuestas de satisfacción, revela que entre el año 2000-2001 los usuarios externos manifiestan mejoría en la calidad de los servicios de las Áreas de Salud y Hospitales que se encuestaron.

Todos los resultados que se reflejan en esta encuesta también evidencian el impacto de los esfuerzos integrales, nacionales y regionales, por practicar el mejoramiento continuo de la calidad en las áreas de salud.

3.7.3 Estudio de las condiciones trazadoras

La aplicación de la entidad trazadora se da en tres fases basadas en el protocolo de la patología o condición en estudio ya en el año 2000 se pudo constatar que el 70% de las Áreas de Salud estaban realizando alguna de las fases, en el 2001 se determina que el 75% de las que realizaron la fase I recibieron capacitación de las cuales el 91% completo la fase, el 49% realizaron la fase II de las cuales el 85% completó dicha fase.

3.7.4 Análisis de mortalidad infantil

En este indicador se evalúan las acciones correctivas para mejorar aspectos críticos y logros obtenidos con la implementación de las mismas. Durante el año 2001 cuatro de las siete regiones cumplieron con estos criterios en la totalidad de sus áreas de salud; al comparar el cumplimiento de estos criterios por área de salud con el año anterior se observa un incremento de 10 puntos porcentuales, aunque todavía hay regiones que no superan el 88% de dicha implementación en la totalidad de sus áreas. Cabe mencionar que desde el año 2000 la mayoría de las Áreas de Salud se encuentran en compromiso de gestión el cual a través del proceso de evaluación permite conocer si las áreas realizan acciones tendientes a disminuir la mortalidad infantil y ya para el periodo 1999-2000 se observa que la tasa disminuyó en 1.7.

3.7.5 Expedientes nuevos

Este indicador valora el correcto manejo del expediente clínico en cuanto a la incorporación y correcto llenado de los instrumentos establecidos por la Comisión Nacional de Expediente Clínico.

De los criterios que más se cumplen está la incorporación de todos los instrumentos y sobresale el correcto llenado de la Hoja de Identificación (97%).

Se observa un fenómeno interesante, los formularios que son parte de los criterios a evaluar en otros indicadores son los que alcanzan mayor porcentaje de cumplimiento y el EDIN que el año anterior era el de más bajo cumplimiento en este año aumentó 59 puntos porcentuales. De lo cual podemos inferir que los profesionales de la salud participan cada vez más en los procesos que permiten evaluar la calidad de la atención.

Ahora bien, si comparamos el grado de cumplimiento del indicador con respecto al año anterior se observa una gran disminución en el nivel nacional donde el promedio es de 69.3 y entre regiones, la Brunca que el año anterior fue la de más bajo cumplimiento este año no solo aumentó en posición sino en cumplimiento (73.6%), actualmente la que menos cumplió es la región Huetar Norte (59%).

3.8 Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel se caracteriza por la atención ambulatoria de especialidades en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y las subespecialidades: Dermatología, Gastroenterología, Psiquiatría, Oftalmología y Otorrinolaringología las cuales se brindan en 12 Áreas de Salud que poseen este nivel. Las tres especialidades se encuentran en todas las Áreas no así todas las subespecialidades.

Para referir a este nivel se hace a través del sistema de referencia y contrarreferencia mediante una solicitud de atención escrita en el formulario respectivo, de una unidad que no pueda resolver la problemática a otra que si tenga nivel de resolución que le permita hacerlo (puede que la unidad misma posea la capacidad de resolución). La unidad que recibe y resuelve manda una contrarreferencia donde se explicita lo que se le hizo y que cuidados posteriores deberán realizarse mediante otro formulario.

Medicina Interna logró cumplir como promedio para todas las Áreas de Segundo Nivel un 95.9% y 91.8% de lo pactado en consulta de primera vez y consulta subsecuente respectivamente. Pediatría cumplió con un 88% y 79%, Ginecología con un 91.3% y 74.9% en el mismo orden de tipo de consulta

Como promedio general tomando en cuenta tanto especialidades como subespecialidades se logró para el 2001 un cumplimiento del 92.4% y 76.6% en el orden de consultas ya citado. En relación al año 2000 se presentó una reducción de 4.5% en la producción de consultas de primera vez.

Esto permite visualizar que aún falta capacidad resolutive, mejor eficiencia en la gestión afinar mejor los aspectos de la potencial demanda del primer nivel para estos servicios, facilitar la orientación hacia una adecuada utilización del servicio, sobretodo todo para las subespecialidades.

Con respecto a las referencias recibidas y su respectiva contrarreferencia, se recibieron un total de 23656 referencias (para el total de Áreas), enviándose solo 10965 contrarreferencias, lo que constituye un 46% del total. Esto nos hace pensar que este porcentaje es todavía bajo pues no se



alcanza la mitad con relación a la cantidad de referencias recibidas, aunque es probable que este número se afine en el sentido de discriminar los usuarios que no ameritan contrareferencia, los que se refieren del segundo nivel a uno más complejo, situaciones donde se resuelve el problema en este nivel, etc.

Si bien es cierto aún en las Áreas de Salud en las que coinciden los dos niveles de atención este proceso no es del todo expedito, notándose siempre que existen usuarios que acceden a este nivel sin referencia, que no tiene control de la contrareferencia, etc.

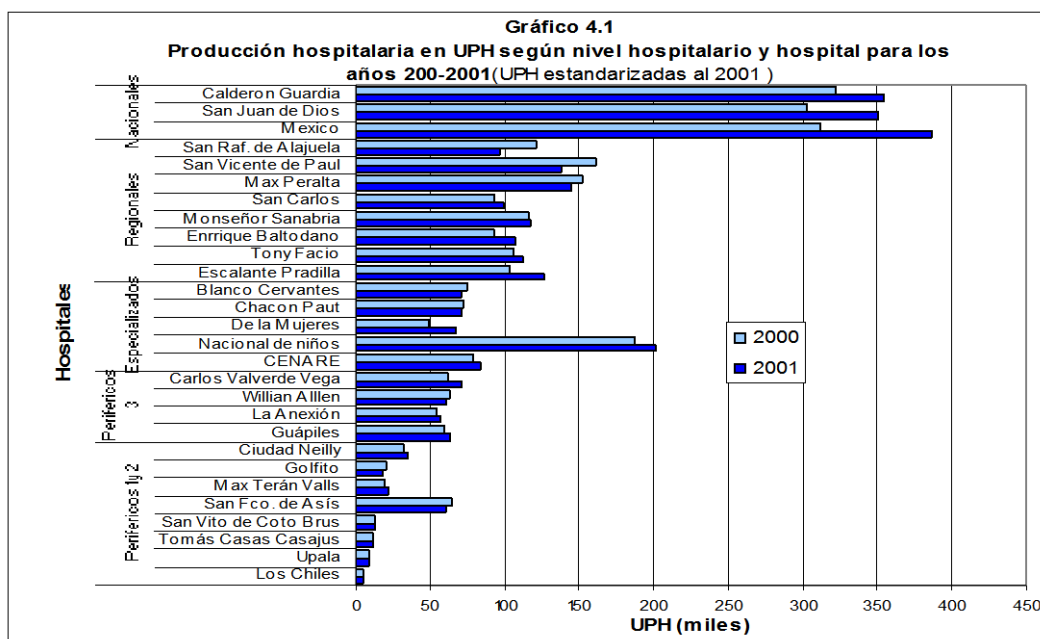
4. Resultado de Hospitales

4.1 Análisis de la Producción Hospitalaria

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 cada producto a UPH se realiza mediante la aplicación de un estándar específico, el cual responde a criterios de costo, planificación y productividad.

4.1.1 Análisis por hospital

El análisis de la producción hospitalaria muestra que la mayoría de hospitales lograron aumentar la cantidad de UPH (Unidades de Producción Hospitalaria) durante el 2001 en comparación con el 2000. Sin embargo hubo cinco hospitales que no lograron esta meta. Los hospitales nacionales, como es de esperar por su dotación de recursos, son los que presentan mayor producción, todos a un nivel semejante entre ellos. El Nacional de Niños es el cuarto hospital con mayor producción a nivel nacional, destacándose del resto de los hospitales especializados, también con una dotación de recursos muy superior. Entre los hospitales regionales el de mayor producción es el Max Peralta,





sin embargo, todos presentan un nivel parecido de producción. En los hospitales Periféricos 3 el hospital Carlos Luis Valverde Vega es el de mayor producción, a pesar de que no se observa gran diferencia con los demás hospitales de este nivel. En lo que respecta a los Periféricos 1 y 2, sobresale el hospital San Francisco de Asís, el cual presenta un nivel de producción semejante al de los Periféricos 3, muy por encima de los demás del mismo nivel.

4.1.2 Análisis por área de atención

Las unidades de producción hospitalaria se incrementaron en 7,23 % del año 2000 al 2001. Los egresos se incrementaron en 1,02 %, mientras que las UPH lo hicieron en 2,80 %. Este rubro contempla las hospitalizaciones en las diferentes especialidades que ofrece cada hospital, agrupados en cinco servicios (Cirugía, Medicina, Ginecología, Obstetricia y Pediatría/Neonatología) para la mayoría de hospitales, a excepción de los hospitales especializados. El estándar de cada servicio varía según el nivel de complejidad, disminuyendo conforme disminuye esta. Además, el estándar de UPH varía según el servicio de hospitalización siendo mayor en el servicio de Medicina, seguido de Cirugía, Pediatría/Neonatología, Ginecología respectivamente, siendo el menor el de Obstetricia. La atención ambulatoria propiamente dicha se incrementó en 48,77 % en sus productos y 49,52 % en las UPH. Esta área contempla las atenciones ambulatorias del nivel hospitalario, exceptuando la consulta externa. Entre sus programas se encuentran: Hospitalización domiciliaria, Hospitalización de día, Medicina de día, Cirugía Mayor Ambulatoria y los procedimientos especiales del tercer nivel, este último producto incorporado en el 2001, por lo cual se justifica el aumento de producción que se presentó en esta área de atención.

Gráfico 4.2
 Volumen de producción hospitalaria de todos los hospitales por área de atención los años 2000 y 2001

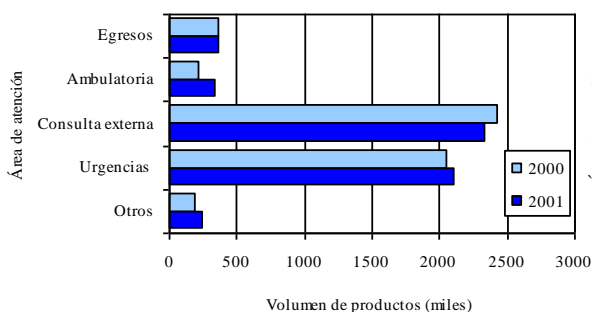
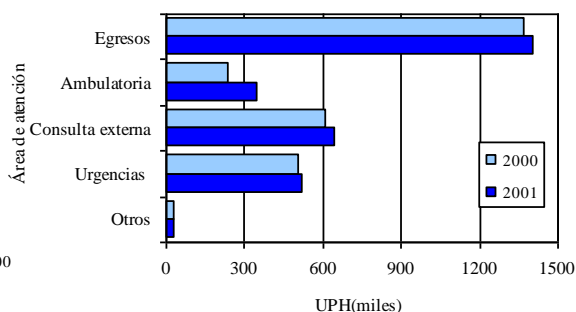


Gráfico 4.3
 Unidades de producción hospitalaria de todos los hospitales por área de atención los años 2000 y 2001 (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cantidad de consultas que se brindaron en el 2001 en comparación con las del 2000 disminuyó en 4,08 %, sin embargo incrementaron las UPH en 4,85 %. Las consultas que se toman en cuenta en esta área son todas las consultas especializadas de primera vez y subsecuentes, odontológicas especializadas y generales y las de otros profesionales. Las consultas especializadas de primera vez son las que tienen un estándar más elevado, el cual duplica el estándar de las consultas subsecuentes. En el año 2001 se presentó un incremento importante de las consultas de primera vez y una disminución de las consultas subsecuentes, lo cual explica el cambio observado en los gráficos 4.2 y 4.3.



Las consultas de urgencias presentaron un aumento del 2.65 %, lo cual no es tan importante ya que el crecimiento poblacional para estos años fue de 2.15 %⁴.

4.1.3 Análisis de la producción según nivel hospitalario y área de atención

Hospitales Nacionales

En este nivel hospitalario aumentaron las Unidades de Producción (UPH) en 16,77%. El volumen de producción se incrementó en casi todas las áreas de atención; principalmente en el área ambulatoria donde duplicó la producción del año anterior. Esto podría explicarse por la incorporación de nuevos productos, en particular los procedimientos especiales del tercer nivel.

La excepción se observa en la consulta externa donde disminuyó el volumen de producción, sin embargo las UPH aumentaron, ello explicado por el aumento de las consultas de primera vez a expensas de las subsecuentes. Las consultas de primera vez tienen un estándar cuyo valor es el doble de las subsecuentes, debido al tiempo que se requiere para llevar a cabo una consulta especializada de primera vez. Podría pensarse que esta conducta obedece a un esfuerzo por mejorar la atención y disminuir las listas de espera. Lo cual resulta positivo ya que de esta manera se aumenta de algún modo la cobertura en la atención de consulta externa especializada, siendo esto una prioridad en la Institucional.

Gráfico 4.4

Volumen de producción lograda por los Hospitales Nacionales según área de atención en los años 2000 y 2001

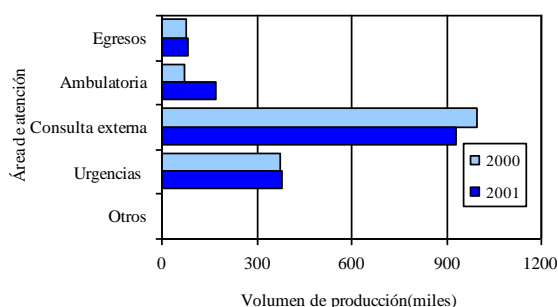
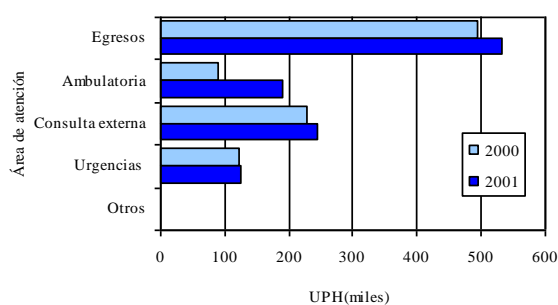


Gráfico 4.5

Producción lograda en UPH por los Hospitales Nacionales según área de atención en los años 2000 y 2001. (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Hospitales Regionales

En este nivel se nota una leve disminución del volumen de producción en todas las áreas de atención. En el área ambulatoria se observa un incremento en las UPH a pesar de la disminución en la cantidad de productos, esto se debe a que disminuyó Medicina de Día, sin embargo, aumentó ligeramente la producción en Cirugía Mayor Ambulatoria, la cual tiene un estándar mayor.

⁴ Instituto Nacional de Estadística y Censos



Gráfico 4.6
Volumen de producción lograda por los Hospitales Regionales según área de atención en los años 2000 y 2001

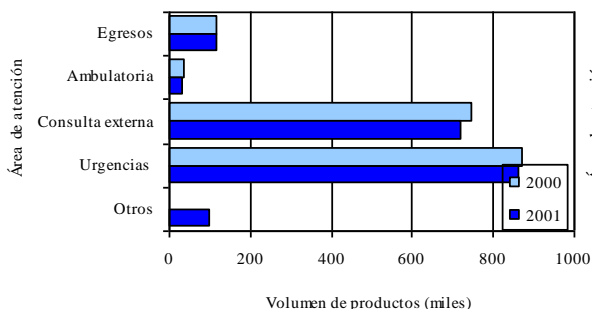
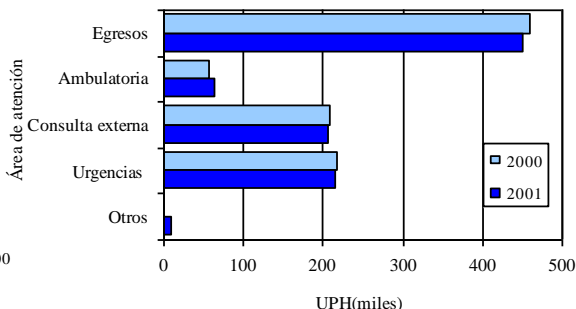


Gráfico 4.7
Producción lograda en UPH por los Hospitales Regionales según área de atención los años 2000 y 2001. (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Hospitales Especializados⁵

Los hospitales especializados en su conjunto muestran un leve aumento de la producción en todas las áreas, vale mencionar que este aumento esta principalmente condicionado por la producción del Hospital Nacional de Niños y del CENARE, sin embargo, cabe aclarar que algunos de los otros hospitales bajaron ligeramente la producción en áreas como consulta externa y egresos.

Gráfico 4.8
Volumen de producción lograda por los Hospitales Especializados según área de atención en los años 2000 y 2001

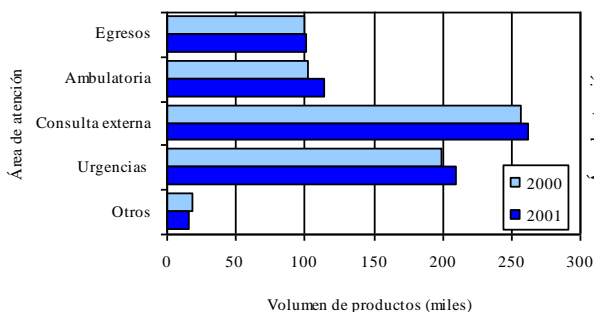
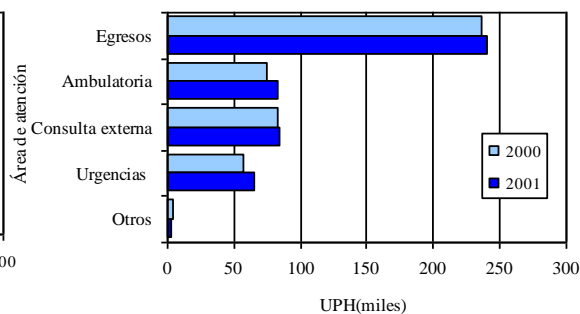


Gráfico 4.9
Producción lograda en UPH por los Hospitales Especializados según área de atención en los años 2000 y 2001 (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

⁵ No incluye el Hospital Nacional Psiquiátrico



Hospitales Periféricos 3

En este nivel hospitalario se presentó una disminución en todas las áreas de producción con excepción de las atenciones de urgencias, donde hubo un incremento del 5.5% respecto al año anterior. En lo que respecta a los egresos, disminuyó el volumen en 2.3%, esta disminución se presentó principalmente en los egresos de obstetricia. Por otro lado, los egresos de Neonatología se incrementaron, mismos que tienen un estándar de UPH mayor, por lo cual la producción total de UPH por concepto de egresos aumentó. Lo mismo se observa en el área de la Consulta Externa donde se redujo la cantidad de consultas a expensas de las consultas odontológicas, pero incrementaron las consultas especializadas de primera vez, las cuales tienen un estándar mayor.

Gráfico 4.10
Volumen de producción lograda por los Hospitales Periféricos 3 según área de atención para los años 2000 y 2001

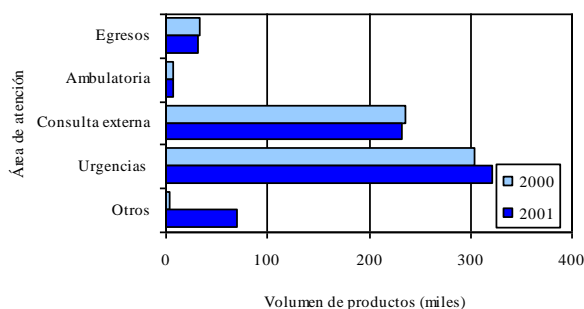
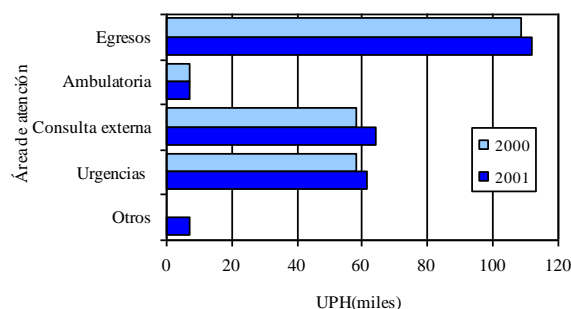


Gráfico 4.11
Unidades de producción hospitalarias logradas por los Hospitales Periféricos 3 según área de atención para los años 2000 y 2001.(UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Hospitales Periféricos 1 y 2

Aquí se presenta una situación similar a la de los Hospitales Nacionales en relación con la producción de la consulta externa donde el aumento de las UPH respecto al año anterior esta dado principalmente por el aumento de las consultas de primera vez. Es de resaltar además el hecho de que las Urgencias atendidas en estos centros aumentaron en un 10.2%.

Gráfico 4.12
Volumen de producción lograda por los Hospitales
Periféricos 1 y 2 según área de atención para los años
2000 y 2001

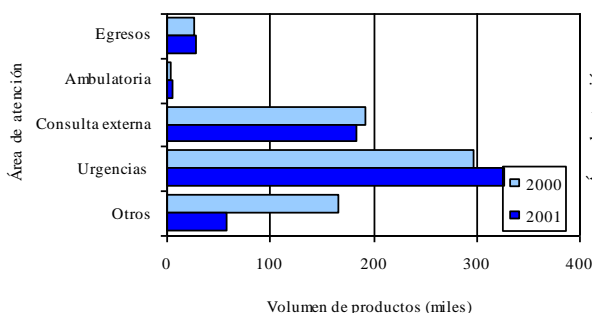
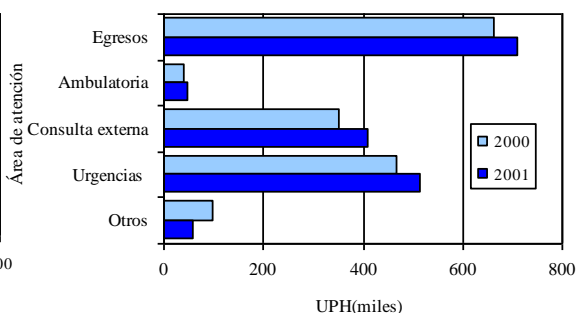


Gráfico 4.13
Unidades de producción hospitalaria para los Hospitales
Periféricos 1 y 2 según área de atención para los años
2000 y 2001. (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La producción hospitalaria para el 2001 presentó un incremento global 7,23 % en Unidades de Producción Hospitalarias. La consulta externa fue la única área de atención que presentó una disminución en el volumen de producción, sin embargo, se incrementaron las consultas de primera vez a expensas de las consultas subsecuentes, incrementando entonces la cobertura de atención especializada.

Los egresos del servicio de obstetricia disminuyeron en 3,2 % para el año 2001, siendo este el único servicio donde se presentó esta situación. Los nacimientos a nivel nacional disminuyeron en 2,2%⁶, lo cual explica en parte esta disminución de los egresos en obstetricia. Sin embargo, los egresos de Neonatología/Pediatría incrementaron en 10,9 % en el mismo periodo, siendo el Hospital de Guápiles el que aporta más de 30 % de este aumento.

4.2 Análisis de la Prestación de Servicios

4.2.1 Listas de espera en Consulta Externa y Cirugía Electiva

La gestión de las listas de espera se ha definido como una prioridad institucional debido a que su existencia restringe el acceso a la atención especializada y con esto al abordaje temprano de muchas patologías, evidenciando la falta de oportunidad en la atención e incidiendo directamente en la satisfacción de los usuarios.

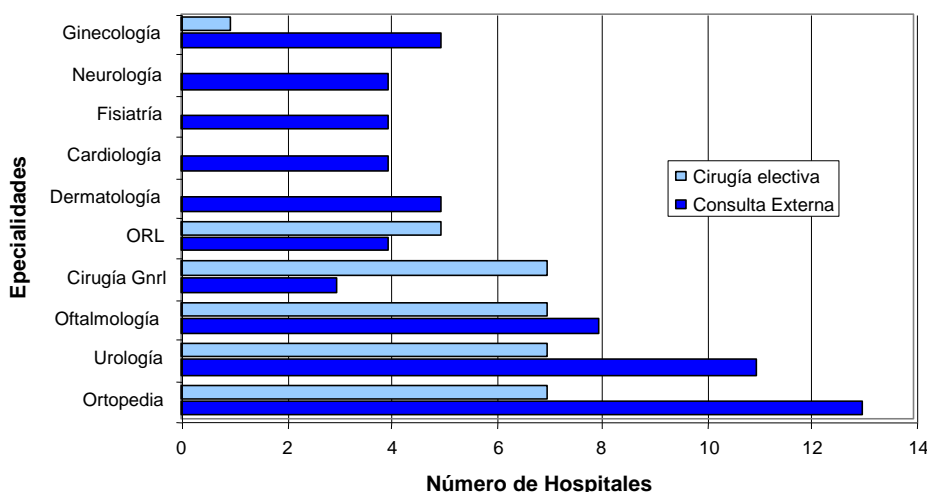
Los centros hospitalarios en conjunto con otros niveles institucionales han hecho esfuerzos para lograr disminuirlas, sin embargo, esto todavía no ha sido posible.

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos

Análisis por Especialidad

La especialidad con mayor problema de listas de espera prolongadas a nivel nacional, por tercer año consecutivo es Ortopedia y Traumatología (Gráfico 4.1), situación preocupante ya que los pacientes con problemas traumatológicos van en aumento constante, ocupando actualmente una de las primeras causas de morbilidad en los servicios de emergencias a nivel nacional. Al aumentar la cantidad de traumas, se incrementa la demanda de consulta externa y/o cirugía de emergencia o electiva de esta especialidad. La gran mayoría de estos pacientes son personas económicamente activas y jefes de familia, quienes particularmente requieren de una atención oportuna para su reincorporación a la sociedad.

Gráfico 4.14
Principales especialidades con listas de espera mayor a 90 días a diciembre del 2001



Después de Ortopedia se encuentran Urología y Oftalmología, especialidades que han estado entre las cuatro principales en los últimos tres años. Todas estas especialidades son quirúrgicas y presentan problemas en ambos indicadores (lista de espera prolongada en consulta externa y cirugía electiva) situación que aumenta la complejidad para el abordaje de dicho problema. Además, los centros hospitalarios con esta situación argumentan que al intentar disminuir una (consulta externa) aumenta la otra (cirugía electiva) y viceversa.

Esta situación obliga a profundizar en el análisis de las listas de espera y sus factores condicionantes, ya que se ha encontrado en algunos casos, que estas listas están mayormente constituidas por usuarios portadores de patologías que no ponen en peligro la vida, ni representan una limitación funcional importante para paciente y por el contrario existen pacientes portadores de condiciones de salud serias que no se priorizan.

Se debe por tanto dar un manejo racional (integral) de estas listas, tomando en cuenta no solo la fecha en la que se le indicó la cirugía sino también las condiciones médicas de los pacientes, para de este modo priorizar la atención de los mismos.



En consulta externa las especialidades médicas (no de tipo quirúrgico) con de listas de espera mayor de 90 días son Dermatología, Cardiología, Fisiatría y Neurología, sin embargo, se encuentran muy por debajo de las especialidades quirúrgicas que presentan este problema.

Cuadro 4.1

Cantidad de hospitales con listas de espera en consulta externa y cirugía electiva mayor de 90 días a diciembre de los años 2000 y 2001, y su variación respectiva.

Especialidad	Consulta externa			Cirugía electiva		
	2000	2001	Variación	2000	2001	Variación
Ortopedia	8	13	5	10	7	-3
Urología	5	11	6	6	7	1
Oftalmología	6	8	2	7	7	0
Cirugía General	0	3	3	6	7	1
Otorrinolaringología (ORL)	8	4	-4	9	5	-4
Dermatología	4	5	1	0	0	0
Cardiología	5	4	-1	2	1	-1
Fisiatría	0	4	4	0	0	0
Neurología	4	4	0	0	0	0
Ginecología	4	5	1	0	0	0
Gastroenterología	2	3	1	0	0	0
Vascular Periférico	4	1	-3	5	3	-2
Psiquiatría	0	2	2	0	0	0
Colposcopia	0	2	2	0	0	0
Gastroscofia	0	2	2	0	0	0
Geriatría	0	2	2	0	0	0
Cirugía Reconstructiva	0	0	0	0	2	2
Odontología	0	0	0	0	2	2
Pediatría	0	2	2	0	0	0
Otros = 1	0	19	19	3	6	3
Total	50	94	44	48	47	-1

La especialidad de Cardiología ha presentado problemas de listas de espera prolongadas durante los últimos tres años, lo cual es preocupante debido al cambio de perfil epidemiológico que sufre el país en este momento, donde las enfermedades cardiovasculares han pasado a ser la primera causa de mortalidad general⁷ y una importante causa de morbilidad, situación que posiblemente mantendrá una creciente demanda de este servicio.

Una estrategia a considerar sería la de revisar periódicamente los casos que han sido abordados en la Consulta Externa especializada del tercer nivel y valorar los que pueden contrareferirse al primero o segundo nivel para su seguimiento posterior.

⁷ Instituto Nacional de Estadística y Censos



Igualmente, el caso de Fisiatría debería considerarse en forma particular, por la alta demanda de este servicio y la desconcentración planteada para su atención,⁸ todo ello vinculado a la estrategia de manejo local y ambulatorio. Se ha encontrado además que debido a los largos tiempos de espera en la Consulta Externa de Ortopedia, ciertas condiciones patológicas que antes eran referidas

a Ortopedia (lumbalgias, gonalgias, defectos posturales, entre otras) han tratado de ser canalizadas a través de la Consulta Externa de Fisiatría, lo que agrava el problema.

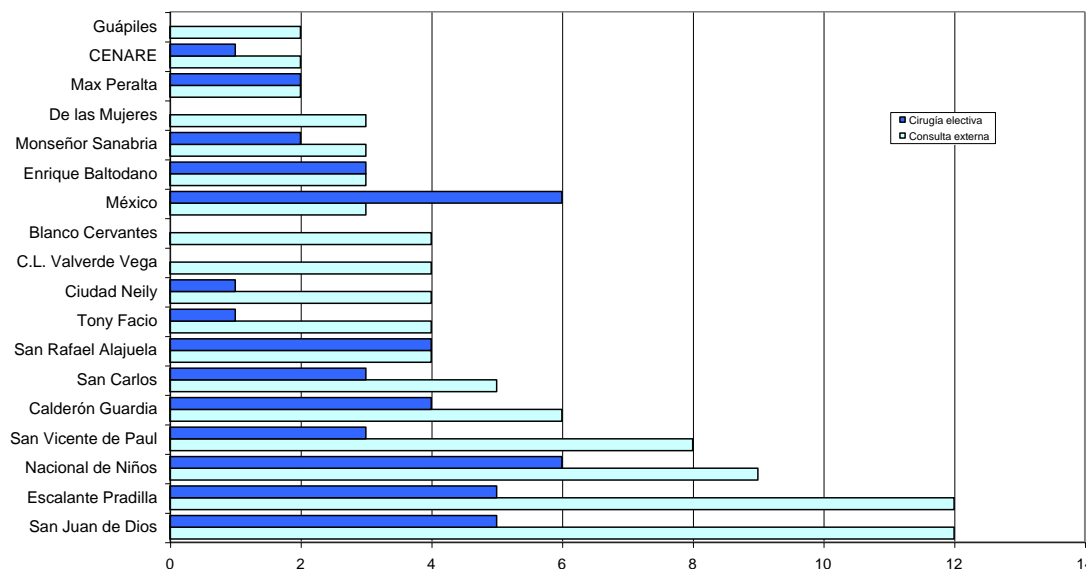
Al analizar los cambios que ocurrieron en la cantidad de especialidades con listas de espera mayor de 90 días entre diciembre del 2000 a diciembre del 2001, se puede observar lo siguiente: en consulta externa los principales cambios se dieron en Urología, Ortopedia y Fisiatría, que incrementaron en mas de cuatro centros las listas de espera. Por otro lado las especialidades que disminuyeron las listas de espera fueron ORL y Vascular Periférico.

En Cirugía Electiva la variabilidad fue menor, coincidentemente ORL y Vascular Periférico presentan la mayor disminución en las listas de espera.

Análisis por Hospital

En esta área se pueden identificar tres hospitales que presentan listas de espera mayor de 90 días en cinco especialidades o más, tanto para consulta externa como para cirugía electiva (San Juan de Dios, Escalante Pradilla, y Nacional de Niños). El Hospital San Juan de Dios ha ocupado el primer lugar en listas de espera durante los últimos tres años.

Gráfico 4.15
 Cantidad de especialidades por hospital con lista de espera mayor de 90 días a Dic. 2001



* Hospitales sin listas de espera > 90 días: La Anexión, William Allen, Golfito, Los Chiles, Max Terán, Nacional Psiquiátrico y Chacón Paut.
 ** Hospitales con una lista de espera > 90 días: San Francisco de Asis, Upala, Tomás Casas y San Vito.

⁸ Proyecto de desconcentración y mayor cobertura de la Rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional. CENARE. 2000



En lo que respecta a la *consulta externa*, se dieron incrementos importantes respecto al año anterior. Los cambios más significativos se presentaron en los siguientes hospitales: Escalante Pradilla, con un incremento de 3 a 12 especialidades, Nacional de Niños 1 de 1 a 9, San Juan de Dios de 5 a 12, San Vicente de Paul de 2 a 8 y Calderón Guardia de 0 a 6, entre otros. Solamente cinco hospitales lograron disminuir la cantidad de especialidades con listas de espera, entre los que se puede mencionar al San Francisco de Asís y al William Allen con dos especialidades cada uno.

En relación con la cirugía electiva, a nivel nacional se mantienen sin grandes modificaciones la cantidad de especialidades con listas de espera. El Hospital Nacional de Niños incrementó en tres especialidades y el Hospital Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Carlos, CENARE y San Vicente de Paul en una. El Hospital Tony Facio logró disminuir sus listas de espera en tres especialidades, el Carlos Luis Valverde Vega lo hizo en dos y otros tres centros hospitalarios lo lograron en una.

La problemática descrita previamente, contrasta con los esfuerzos institucionales para la disminución y el control de las listas de espera en las especialidades más problemáticas, situación que sugiere la necesidad de ahondar en su estudio e investigar en forma concienzuda las posibles causas y sus alternativas de solución a corto, mediano y largo plazo. Con medidas sostenibles y que eviten las malas prácticas que perpetúan las listas de espera.

Es importante hacer notar que la cantidad de especialidades por hospital con listas de espera mayor de 90 días en la consulta externa se ha ido incrementando, a pesar de la prioridad que se le ha dado al manejo de las mismas, esto hace pensar que resulta urgente redireccionar las estrategias para su abordaje, ya que estas no han dado los resultados esperados.

Es meritorio resaltar, que durante el proceso de evaluación en los distintos hospitales, se lograron evidenciar ciertas anomalías en lo referente a la forma en que se registran los datos, en algunos centros se identificaron listas de espera con agenda cerrada, duplicidad de datos, médicos encargados de llevar las agendas, todas estas situaciones que podrían facilitar la manipulación de los datos y de los tiempos de espera.

4.2.2 Índices quirúrgicos

4.2.2.1 Índice operatorio

El índice operatorio se construye al relacionar los egresos de Cirugía con algún procedimiento quirúrgico respecto al total de los egresos del Servicio de Cirugía multiplicado por cien. Indicador que permite medir el cumplimiento de operaciones en los pacientes ingresados al servicio de cirugía. Aclarando que este índice difícilmente será del 100%, ya que siempre se ingresan al servicio de Cirugía pacientes con patologías que no necesariamente requieren intervenciones quirúrgicas.

Debe aclararse que los centros hospitalarios especializados incluidos en este análisis son el Hospital Nacional de Niños, el Hospital de las Mujeres y el Centro Nacional de Rehabilitación.

En el reciente proceso de evaluación de los centros hospitalarios, el índice operatorio promedio para el año 2001 fue de 75, en los 22 centros que pactaron este indicador, presentando el índice mayor el Hospital Nacional de Niños y el menor el Hospital de Golfito.

Al profundizar en los datos presentados por los hospitales, se encuentra que en 11 centros el índice operatorio se incrementó o se mantuvo similar al año 2000 y en 11 de ellos disminuyó.

Es llamativo este hecho si tomamos en cuenta que 8 hospitales, pertenecientes a este último grupo, (índice operatorio que disminuyó con relación al año 2000) a su vez presentan especialidades con lista de espera para cirugía electiva mayores a 90 días, esto podría sugerir algún tipo de debilidad en la gestión de los servicios de Cirugía.



Así como el hecho de que los Hospitales Regionales y Periféricos 1 y 2 mantienen, en los dos últimos años (2000 y 2001), un índice operatorio comparativamente bajo, de 72% en promedio, situación que a todas luces requerirá de un mayor estudio, a fin de poder identificar las causas de este resultado, que a su vez podrían corresponder a problemas de capacidad instalada o de gestión de los recursos.

Este hallazgo resulta preocupante ya que si los servicios de cirugía mantienen esta tendencia en los hospitales Periféricos y Regionales, estos no estarían apoyando a los demás hospitales de la red, contribuyendo de este modo a que se mantengan las listas de espera.

Este indicador presenta algunas limitaciones para su análisis, debido a que por interpretaciones erradas del mismo, algunos centros contabilizaron las cirugías practicadas y no los pacientes egresados a los que se les practicó intervención quirúrgica, por lo que en algunos casos el índice operatorio real podría ser ligeramente menor.

Resulta necesario aclarar que la información que se utilizó fue la aportada por los hospitales, información que presenta variaciones significativas al compararla con la que maneja el Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud.

4.2.2.2 Índice de cesáreas

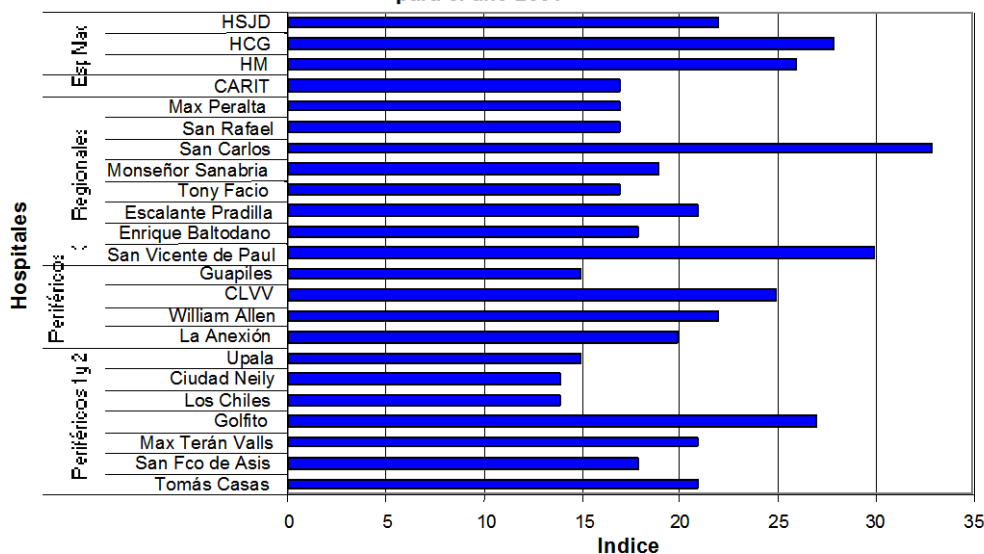
El índice de cesáreas se construye relacionando el total de partos atendidos con el total de cesáreas realizadas y orienta sobre la magnitud de la intervención quirúrgica del parto.

La cesárea como procedimiento quirúrgico, conlleva una serie de riesgos tanto para la madre como para el producto, situación por la cual resulta siempre importante la revisión de su indicación y el nivel adecuado de su índice.



En promedio el índice de cesáreas para los hospitales de la institución es del 22. Siendo el Hospital de San Carlos el que presenta el mayor índice (33) y el hospital de Ciudad Neily, el menor (14). Sus causas principales son la cesárea anterior (23% en promedio) y la desproporción cefalo-pélvica (22% en promedio) comportamiento similar para todos los centros, independientemente de su nivel de complejidad.

Gráfico 4.17
Índice de cesáreas por hospital según nivel hospitalaria
para el año 2001



En este sentido, se esperaría que los hospitales nacionales, que hipotéticamente manejan pacientes con patología de mayor complejidad, presentaran un índice de cesáreas mayor que el resto, debido a que estos reciben las referencias de otros centros de menor complejidad, sin embargo, los centros hospitalarios con un índice de cesáreas mayor de 25, conforman un grupo heterogéneo dentro del cual, se encuentran un hospital nacional, dos hospitales regionales y uno periférico.

Por lo tanto, es importante poner atención a que la constitución actual de la red de servicios se presenta una limitación seria, ya que los Hospitales Nacionales que reciben pacientes directamente del primer nivel, situación que traduce en un incremento en los costos en que se incurren para resolver patologías menos complejas en hospitales clase A.

Por otro lado, el hallazgo de que el Hospital de las Mujeres se comporte de manera diferente, al resto de hospitales nacionales, lo que podría explicarse por el hecho de que este centro no recibe referencias de otros hospitales regionales o periféricos, sino que básicamente atiende a la población correspondiente al área de atracción, por lo que se podría suponer que las pacientes que tienen su parto en este centro no son pacientes de mayor riesgo. No pudiéndose descartar que al interior del Hospital de la Mujer se tenga normada una conducta mayormente conservadora para la atención de este tipo de casos.

Cabe mencionar que la recomendación internacional dada por la Organización Panamericana de la Salud es la de mantener un índice de cesáreas alrededor del 15, sin embargo para el año 2000 a nivel internacional se reportan índices como los siguientes, en Cuba se presentó un índice de

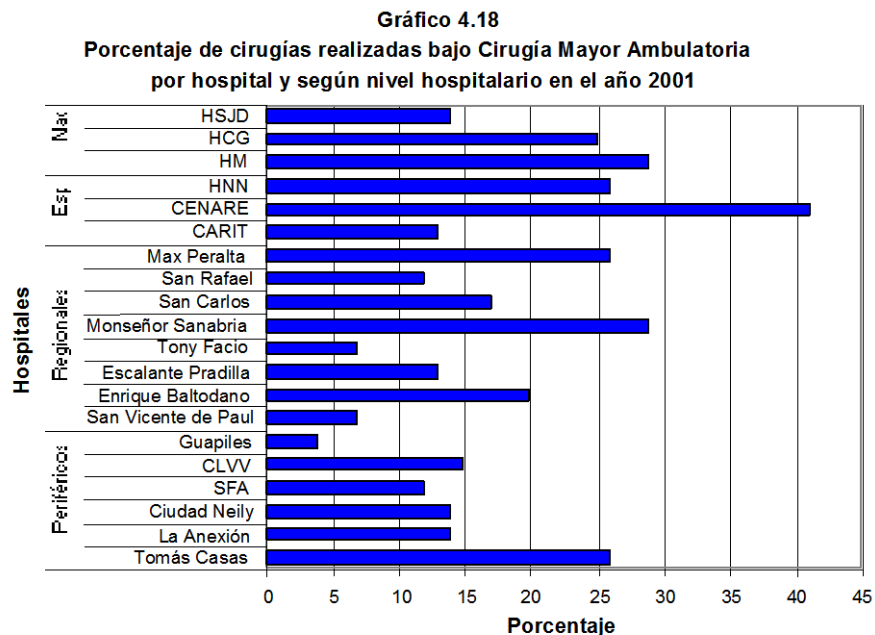


cesáreas de 26, en Estados Unidos de 22.9 y en Canadá de 24, países todos con condiciones socioeconómicas muy distintas y que a pesar de ello muestran índices similares entre sí y con nuestro país. En este sentido, si tomamos en cuenta que la tasa de mortalidad materna en nuestro país es muy baja, el índice de cesáreas promedio para el país podría considerarse adecuado.

Hallazgos que permiten recomendar que los centros hospitalarios cuyos índices de cesáreas sean mayores de 25, revisen los posibles factores asociados a este comportamiento.

4.2.2.3 Índice de cirugía mayor ambulatoria

El índice de cirugía ambulatoria relaciona los egresos del servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria entre el total de egresos del centro hospitalario con alguna intervención quirúrgica por cien. Dicho indicador orienta sobre la proporción de casos quirúrgicos que se abordan bajo esta modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, tipo de abordaje que a nivel internacional es mayormente recomendado; por ejemplo, en Estados Unidos este índice fue de 60% para el año 2001⁹.



A pesar de los esfuerzos individuales que los centros realizan para fomentar los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, aún no se han logrado los resultados cuantitativos esperados. Los resultados de la evaluación evidencian que de todas las cirugías practicadas¹⁰ en los hospitales de la institución un 21.43% corresponden a Cirugía Mayor Ambulatoria. Cabe acá mencionar, que en los Hospitales México y Monseñor Sanabria este porcentaje es cercano al 30% mientras que en otros como el de Guápiles, Tony Facio y San Vicente de Paul, no llega al 10 por ciento.

Al encontrarse diferencias tan importantes entre hospitales del mismo nivel de complejidad, surgen interrogantes sobre las causas de este hecho e impresiona entonces que las diferencias parecen

⁹ Colomer J. Et al *Gaceta Sanitaria* 15 (6): 523-526. Diciembre 2001

¹⁰ Se excluyen las episiotomías y las cesáreas



relacionarse más con la gestión de esta estrategia, que con las patologías que son intervenidas quirúrgicamente.

Las ventajas de esta modalidad son reconocidas ampliamente, la mayor satisfacción del usuario, la reducción de complicaciones post operatorias y la disminución de los costos por intervención, de esta manera, emerge la necesidad de consolidar los programas de cirugía mayor ambulatoria como una política institucional.

4.2.3 Infecciones intrahospitalarias

El indicador de infecciones intrahospitalarias es internacionalmente recomendado para el análisis de la calidad de los servicios, sin embargo en nuestra experiencia existen limitaciones claras para el adecuado uso de este importante dato.

El proceso de recolección de la información para la construcción de este indicador varía de hospital a hospital, encontrándose todos los hospitales con índices de infecciones nosocomiales muy inferiores a los estándares internacionales, lo cual nos conduce a la idea del subregistro. Además, de que se identificaron diversos criterios para la clasificación de las infecciones intrahospitalarias según el centro hospitalario

Pareciera que en los hospitales donde se documentaron los mayores índices de infecciones intrahospitalarias es donde se está haciendo el mayor esfuerzo por evidenciar este tipo de patología.

Para lograr un adecuado registro de la información es necesaria una muy buena coordinación con el servicio de emergencias del hospital y con las áreas de salud, además de la conciencia del personal de salud de la importancia de documentar dichas infecciones. Es importante también, que los criterios utilizados para clasificar las patologías como infecciones intrahospitalarias se conozcan bien en todos los centros hospitalarios.

4.2.4 Red de servicios hospitalarios

4.2.4.1 Principales diagnósticos de cirugía electiva

Los principales diagnósticos de egreso identificados en Cirugía Electiva correspondieron a coleditiasis, hernia inguinal, hiperplasia de próstata, tumores de mama y venas varicosas. En este caso se evidenció que los hospitales en general, presentan un patrón muy similar, sin identificarse diferencias importantes por nivel de complejidad. Por lo que nuevamente se plantea la necesidad de reestructurar la red de servicios de salud, que en alguna medida no obedece a una red escalonada de niveles, como ejemplifica el caso de los hospitales nacionales que actúan como los únicos centros que brindan atención a estas condiciones, poco complejas, para la población del Área Metropolitana. Lo anterior evidencia una debilidad importante en la red, que tiende a perpetuar la iniquidad y a constituirse en una limitación para la gestión de los recursos.

A la vez, si analizamos los principales diagnósticos de cirugía electiva, surge la interrogante de si algunas de estas intervenciones no sería más recomendable abordarlas bajo la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

4.2.4.2 Reingresos



En el análisis de los resultados de la evaluación de los Compromisos de Gestión 2001, se encontró que todos los hospitales revisaron y analizaron los reingresos de al menos dos servicios de hospitalización, ejercicio positivo que permite identificar las causas y plantear medidas de solución.

Del análisis de reingresos efectuado por los centros, se deriva que las causas por las que más frecuentemente se reingresan los pacientes son:

- Realización de procedimientos diagnósticos: gran cantidad de pacientes se ingresan para que se les efectúe estudios tales como tomografía axial computarizada, ecocardiogramas, ultrasonidos, entre otros. En este sentido, los encargados de los servicios de hospitalización refieren que esta es la única alternativa que han encontrado hasta la fecha para agilizar la obtención de resultados oportunos de estos estudios, ya que los pacientes hospitalizados tienen prioridad sobre los pacientes de Consulta Externa. Esto resulta contradictorio, debido a que estos son procedimientos diagnósticos ambulatorios y al mantener esta práctica, se incurre en mayores costos y molestias para el paciente.
- Accesibilidad geográfica: esta condición afecta no solo a los reingresos sino también a las estancias prolongadas, se observa con mayor frecuencia en los hospitales rurales. Por ejemplo, en los servicios de Obstetricia las pacientes con falsa labor de parto deben ser ingresadas por las limitaciones en el transporte, ya que resulta imposible devolver a la paciente a su domicilio debido al riesgo de que eventualmente inicie la labor de parto en el trayecto, por lo tanto, debe ser ingresada, para egresar 24 o 48 horas posteriormente, o permanecer internada hasta que inicie la labor, esto de acuerdo con las condiciones de transporte con las que se cuenta.

4.2.4.3 Referencias y Contrareferencias

La utilización de las referencias y contrareferencias permanece como una estrategia importante para mejorar la comunicación y capacidad de resolución de los distintos centros de la red de servicios, así como incidir en una mejor intervención al paciente, hecho que obliga a insistir en la necesidad del cumplimiento de dicho proceso. Los resultados de la evaluación muestran una leve mejoría en este indicador, sin embargo persiste en los centros hospitalarios la necesidad de mejorar en este aspecto y visualizar la conveniencia para el usuario, en términos tanto de satisfacción del mismo como de la continuidad de su atención.

El grado de desarrollo de la coordinación entre niveles ha obedecido, históricamente más a iniciativas individuales que a una directriz clara a este respecto.

4.3 Análisis de la Gestión Interna

4.3.1 Sistema de información

El contar con un sistema de información adecuado es de vital importancia para la toma de decisiones en una organización. Las unidades han hecho esfuerzos importantes para adquirir los insumos necesarios para lograr este objetivo, sin embargo, aun existen limitaciones. Entre las más frecuentemente encontradas podemos citar: duplicidad de registros, limitaciones en la alimentación de la información, sobretodo en los diagnósticos de egreso; recurso humano poco capacitado en el manejo de programas de cómputo que sistematizan la información. Elementos sobre los cuales es necesario seguir trabajando para purificar la información sobre la cual se toman decisiones y se evalúa rendimiento.



4.3.2 Detección y atención de la Violencia Intrafamiliar

Reconociendo la violencia intrafamiliar (VIF) como un problema de salud pública por el impacto que causa en la población, es vital la participación de los servicios de salud en la respuesta a esta situación.

Para el año 2001, el 92% de los centros hospitalarios realizaron el abordaje y análisis de los casos de violencia intrafamiliar atendidos. Cumplimiento que constituye un avance en la participación de los hospitales dentro de la red de atención a la violencia. Sin embargo, al valorar el número total de casos atendidos e identificados en los hospitales a nivel nacional (3987 casos) como VIF y relacionarlo con el total de llamadas recibidas en la línea de la delegación del área de atención a la violencia de género del INAMU durante el año 2001 (55327) constituye únicamente el 7% de los casos, lo que sin ser una relación directa permite sugerir que debe trabajarse aún más en la identificación y diagnóstico de esta problemática, principalmente por la entrada de casos en los servicios de urgencias, consulta externa y Trabajo Social.

4.3.3 Mortalidad Materno – infantil

4.3.3.1 Mortalidad infantil

La mortalidad en el primer año de vida se denomina mortalidad infantil; es un fenómeno de especial significado epidemiológico y demográfico, por cuanto refleja en gran medida las condiciones de vida de una población. En el ámbito hospitalario nacional se aplican instrumentos con la finalidad de analizar cada caso e implementar medidas correctivas, luego estos instrumentos son enviados al primer nivel de atención para su posterior análisis.

La tasa de mortalidad infantil nacional es una de las más bajas en América Latina¹², sin embargo se deben mantener los esfuerzos para seguir disminuyéndola. A pesar de este esfuerzo, el año pasado esta tasa aumentó levemente en 0.6/mil nacimientos. Se registran como las principales causas de muerte las afecciones originadas en el periodo neonatal, seguidas de las malformaciones congénitas y enfermedades del sistema respiratorio respectivamente¹³.

En el año 2001 se notó una mejora importante respecto al año anterior en lo relacionado con la aplicación del instrumento y su posterior envío al primer nivel. Este año se aplicó el instrumento en el 99 % de los casos y se envió al primer nivel en 98.4 % de estos, mientras que en el año 2000 el instrumento se aplicó en un 92 % y se envió al primer nivel un 60 % de los casos. La implementación de medidas correctivas, se logró evidenciar en 92 % de los hospitales.

4.3.3.2 Mortalidad materna

En el ámbito hospitalario nacional, al igual que con la mortalidad infantil, se aplican instrumentos con la finalidad de analizar cada muerte materna e implementar medidas correctivas, luego estos instrumentos deben ser enviados al primer nivel de atención para su posterior análisis más profundo. Según los datos obtenidos, a todos los casos de muertes maternas se les aplicó el instrumento respectivo y posteriormente fue enviado al primer nivel. Sin embargo, solo el 96 % de los hospitales evidenciaron la implementación de medidas correctivas.

¹¹ Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar, C.C.S.S.

¹² Instituto Nacional de Estadística y Censos

¹³ Instituto Nacional de Estadística y Censos

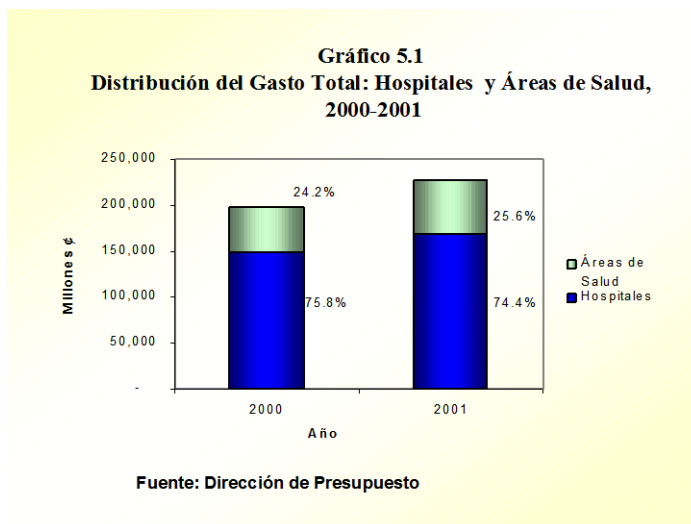


5. Gestión Económica Financiera de Hospitales y Áreas de Salud, 2001

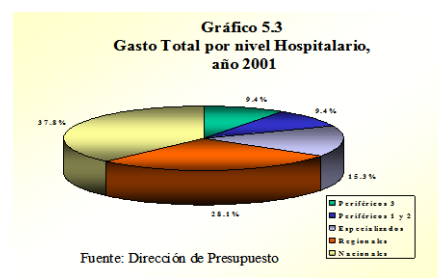
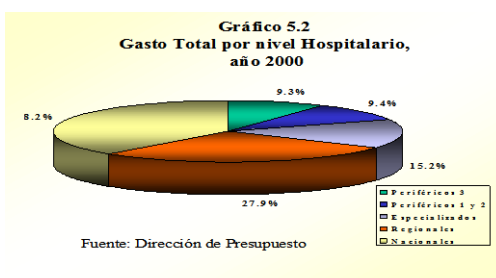
Comúnmente en la Institución se separan los gastos en efectivo y no efectivo, los primeros representan una asignación y manejo de recursos directamente por las unidades, mientras que los gastos de no efectivo incluyen los recursos manejados por el almacén central, las transferencias por conceptos de pago de cargas sociales a los empleados de la Caja y las depreciaciones, que no implican movilización de efectivo.

En el año 2001, la Institución gastó $\text{¢}226,829,13$ millones para la prestación de servicios de salud, un 14,7% mayor a los recursos utilizados en el año 2000. Del total de gasto un 81% fue en efectivo y el restante 19% fueron recursos del no efectivo. Además, del gasto en efectivo un 61% se utilizó para el pago de servicios personales, porcentaje que es justificable ya que el sector salud es intensivo en mano de obra.

En el gráfico 5.1 se puede observar que en el período analizado, se presentó una mejora en la distribución del gasto hacia Áreas de Salud, pasando de un 24.2% a un 25.6%, lo cual concuerda con el modelo de atención integral en salud.



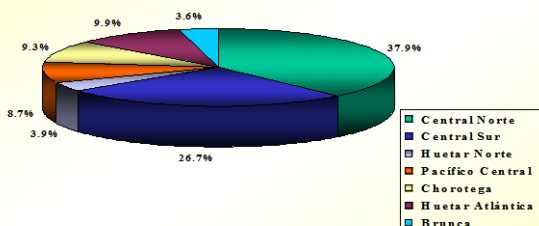
La distribución del gasto por nivel hospitalario se mantiene prácticamente igual en los dos años analizados, donde se destaca que más del 65% de lo gastado corresponde a hospitales nacionales (gráficos 5.2 y 5.3).





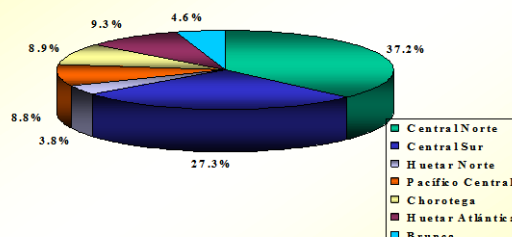
Respecto a las áreas de salud, las regiones con mayor peso en el gasto son la Central Norte y la Central Sur con aproximadamente el 60%, explicado por la concentración de población en el Área Metropolitana, mientras que los de menor gasto fueron la Huetar Norte y la Región Brunca con un 8% en total. En los gráficos 5.4 y 5.5 se observa que la distribución del gasto por región se mantuvo similar en el período analizado, con pequeñas disminuciones en las Regiones Central Norte, Chorotega y Huetar Atlántica y aumentos en las Regiones Central Sur, Pacífico Central y Brunca.

Gráfico 5.4
Gasto Total Áreas de Salud por Región,
año 2000



Fuente: Dirección de Presupuesto

Gráfico 5.5
Gasto Total Áreas de Salud por Región,
año 2001



Fuente: Dirección de Presupuesto

5.1. Distribución de recursos financieros en efectivo a través del Compromiso de Gestión

Uno de los objetivos centrales de la reforma del sector salud es la aplicación de un mecanismo de asignación de recursos financieros homogéneo y basado en producción y/o necesidades. Para lo cual se estableció el Compromiso de Gestión como la herramienta que vincula la asignación con las metas pactada en producción en cada centro de salud.

En el 2001, la asignación de recursos financieros a áreas de salud y hospitales alcanzó un total de **¢199,929,2** millones, de los cuales **¢183,059,9** millones se realizó a través del Compromiso de Gestión, **¢2,347,3** millones por medio del fondo de incentivos y **¢14,522** millones se efectuó mediante otros fondos especiales no relacionados con las metas y objetivos pactados en el Compromiso de Gestión. Esta situación, representa una de las principales debilidades que enfrenta el nuevo modelo de asignación de recursos, por cuanto el incremento en recursos financieros a través del año debería estar ligado a una modificación de las metas pactadas originalmente en los Compromisos de Gestión, o a través del fondo de incentivos que está directamente ligado a la evaluación del desempeño del año anterior..



5.2. Gasto por Unidad de Producción Hospitalaria

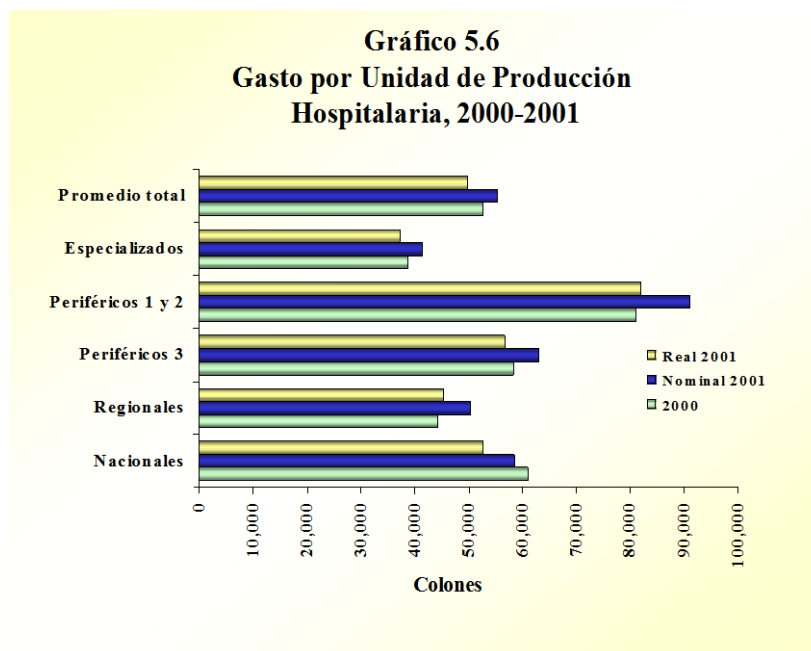
Un análisis por nivel de complejidad, muestra que el gasto por UPH presentó una alta variabilidad, donde el mayor gasto corresponde a los hospitales periféricos 1 y 2 (¢91,005) y el gasto más bajo lo presentaron los hospitales especializados (¢41,423).

Cuadro 5.1
Gasto total y efectivo por Unidad de Producción Hospitalaria (UPH)

Nivel	Gasto (en millones ¢)		UPH	Gasto por UPH (¢)	
	Total	En Efectivo		Total	En Efectivo
Nacionales	63,828.7	48,712.9	1,092,744	58,411	44,579
Regionales	47,488.0	47,488.0	943,794	50,316	41,471
Periféricos 3	15,818.1	13,121.8	251,089	62,998	52,259
Periféricos 1 y 2	15,828.9	13,012.8	173,936	91,005	74,814
Especializados*	20,402.7	16,932.3	492,541	41,423	34,377
Total	163,366.5	139,267.8	2,954,103	55,302	44,318

En el año 2001 el gasto total promedio por UPH fue de ¢55,302, monto muy similar al registrado en el año 2000 (¢52,571), por su parte los precios crecieron un 10,96% (tasa de inflación); con lo cual se presentó una disminución en términos reales del gasto por UPH. Este decrecimiento obedece a un bajo incremento real del gasto y a un crecimiento en el total de UPH de 7.2% respecto al año 2000.

Tal como se observa en el gráfico 5.1, los hospitales nacionales y periféricos 3, registraron una disminución en su gasto por UPH, tanto en términos nominales como reales, producto de un incremento en su producción mayor al crecimiento de sus gastos.



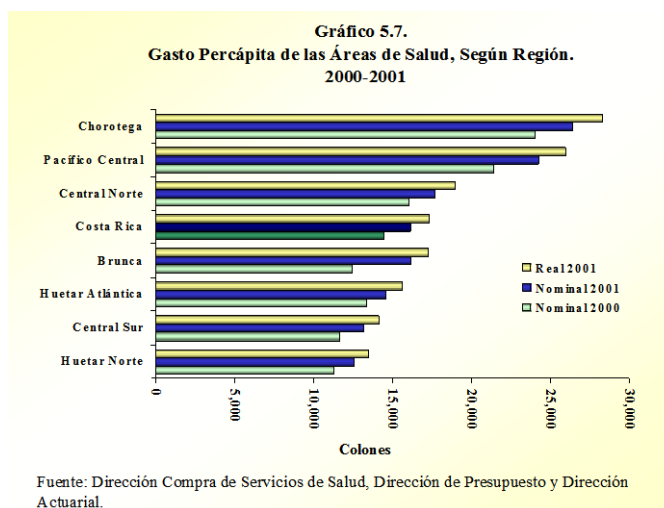


5.3. Gasto per cápita en áreas de salud

El gasto per cápita promedio real (ajustado por inflación) a nivel nacional fue muy similar al registrado en el año 2000. Dicho comportamiento se presentó en todas las regiones con excepción de la Brunca que creció 17% en términos reales (gráfico 5.7).

Un análisis transversal del gasto per cápita por región refleja un comportamiento similar al del año 2000, siendo las regiones Chorotega y Pacífico Central las que presentan la cifra más alta en este indicador y las regiones Central Sur y Huetar Norte las que registran el nivel más bajo. Cabe resaltar que el gasto per cápita de la Chorotega más que duplica el de la Huetar Norte, lo que da una idea de la magnitud de la inequidad prevaleciente en la asignación de recursos financieros. Esta inequidad se hace aún mayor si se ajusta por necesidades: la región Huetar Norte, que es la que tiene el menor gasto per cápita es también la que exhibe el menor Índice de Desarrollo Social a nivel nacional, mientras la región Central Norte ocupa el primer lugar en desarrollo social y el tercero en asignación de recursos per cápita.

Los esfuerzos realizados para hacer una asignación más equitativa, apenas se logran apreciar en un incremento en la disponibilidad de recursos de la Región Brunca, una de las regiones más deprimidas del país. Esta mayor asignación a la región Brunca produjo el único cambio en el orden de magnitud de los gastos per cápita por región, desplazando a la región Huetar Atlántica del cuarto al quinto puesto.

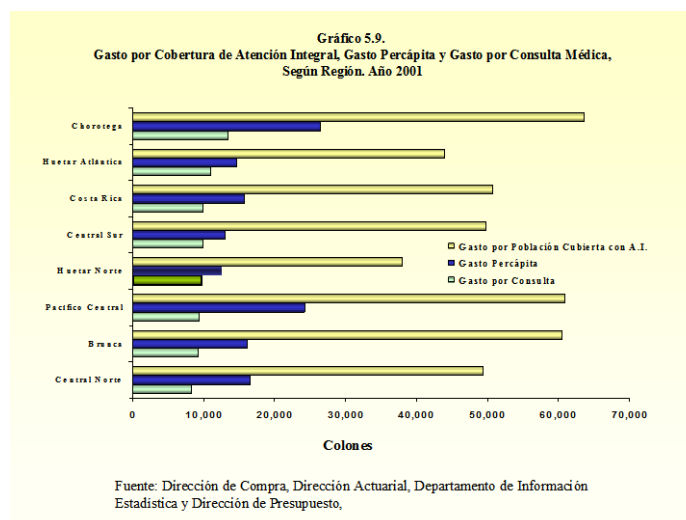


El gráfico 5.9 presenta las cifras de gasto percápita ajustado por cobertura de atención integral, gasto percápita simple y gasto por consulta médica durante el año 2001. El primero de estos indicadores refleja cuánto se gastó, en promedio, por cada habitante que fue cubierto con servicios de atención integral en el año 2001. El gasto por habitante indica el gasto medio por cada uno de



los habitantes de las regiones de planificación, independientemente de si estos hicieron o no uso de los servicios de atención de salud que les brinda su respectiva área de salud. Finalmente, el gasto por consulta médica refleja el costo medio de producción de una consulta médica en cada una de las regiones. Se observa que el gasto por cobertura de atención integral más que duplica al gasto percápita simple y es aún mayor respecto al gasto por consulta médica. Aunque este indicador tiene el problema de que no contempla las atenciones por morbilidad, en especial de la población que no pertenece a ninguno de los programas de atención individual (niños en edad escolar y adultos que no pertenecen a los programas de diabéticos, hipertensos, de la mujer, prenatales ni adulto mayor), de alguna manera refleja lo que está costando la atención integral (la que sí se da, en términos financieros y la que no se da, en términos de morbilidad). Puesto que el promedio de consultas por habitante a nivel nacional fue de 2,45, el gasto por consulta guarda esta relación respecto al gasto por habitante.

También se observa que la región Chorotega es la que presenta el mayor gasto unitario, sea que este se mida por cobertura, en términos percápita o por consulta. Sobresalen, también, las regiones Pacífico Central y la Brunca, por sus altos costos por producto y la región Huetar Norte por su bajo costo relativo en atención integral, región que también presenta un gasto percápita y un gasto por consulta inferior a la media del país. El menor gasto por consulta lo presenta la región Central Norte, lo cual posiblemente se explique por economías de escala originadas en la mayor concentración de población de sus áreas de atracción, lo cuál hace que los gastos fijos se diluyan ante una mayor demanda por servicios.





5.4. Limitaciones para la aplicación del nuevo modelo de asignación de recursos

Las diferencias encontradas en el gasto por UPH y gasto per cápita del 2001, en unidades con igual responsabilidad resolutive, son evidencia de los problemas que ha enfrentado la aplicación de un mecanismo de asignación de recursos financieros homogéneo y basado en producción y/o necesidades. Estas diferencias son producto de los costos estructurales que están asociados a los precios (salarios) no homogéneos del recurso humano, como producto del pago por antigüedad, y del acceso diferente a la tecnología y a la infraestructura, las cuales no obedecen a una óptima planificación sanitaria.

Aunado a lo anterior, en la Institución no existen estudios de costos que permitan identificar cuáles de estas diferencias en costos son productos de ineficiencia y cuáles obedecen a estructuras innecesarias en cada uno de los centros.

Por esta razón, se recomienda ajustar el pago unitario (UPH o per cápita) para disminuir paulatinamente el peso de costos propios de cada centro e incrementar el estándar deseable, y de esta forma, equiparar los costos por nivel de complejidad o por responsabilidad resolutive. Para lograr este ajuste es prioritario identificar y disminuir las fuentes de ineficiencia y los costos estructurales innecesarios en cada centro de salud.

Como estrategia para eliminar las distorsiones en el gasto per cápita en áreas de salud se propone mantener constante el gasto total en términos reales (compensar por inflación), en las áreas cuyo gasto per cápita está por encima del nacional y destinar toda la disponibilidad de recursos para áreas con gasto menor al nacional. También se recomienda introducir indicadores de necesidad como el Índice de Desarrollo Social, distribución etárea y tasa de mortalidad infantil, para lograr un distribución más equitativa de recursos.

Otro factor que ha incidido negativamente sobre la aplicación del nuevo modelo de asignación de recursos financieros, es la existencia de distintas fuentes de financiamiento a las unidades, las cuales no están ligadas a las metas pactadas en el Compromiso de Gestión, para lo cual se recomienda que las variaciones en la asignación de recursos estén condicionadas a la modificación de las metas pactadas originalmente en el Compromiso de Gestión.

6. Desconcentración Institucional

6.1 Avances en desconcentración

Una vez aprobado el reglamento autónomo derivado de la *Ley N° 7852 (Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social)*¹⁴, y superados los factores adversos al proceso que en su momento impidieron un mayor avance en el tema, el período evaluado apenas ha aportado condiciones de estabilidad jurídica y administrativa suficientes para que las partes, empiecen a comprender los alcances del ejercicio de las competencias desconcentradas.

Ha sido un período de INDUCCIÓN, que no cuenta aún con la práctica suficiente para medir de manera justa, el grado de eficiencia obtenido por las autoridades del órgano desconcentrado, y más bien, se ha caracterizado por un posicionamiento material y de roles de ambas partes, tanto del nivel

¹⁴ El Reglamento a la Ley N° 7852, fue aprobado por la Junta Directiva en el artículo 6° de la sesión 7394 del 02 de diciembre de 1999, y publicado en la Gaceta N° 03 del 05 de enero del 2000.



central como local. Estamos pues, ante una fase introductoria, de acoplamiento y engranaje organizativo, y así debe ser justamente reconocido.

Como tal, esta fase se encuentra plagada de constantes y loables esfuerzos de capacitación, tanto de la misma Dirección de Compra como de las Direcciones de Presupuesto, Dirección Recursos Materiales y Dirección Recursos Humanos involucradas en el proceso, que exige de ambas partes (nivel central y nivel local) un comportamiento serio y responsable dada la complejidad de la temática desarrollada.

No obstante, estos esfuerzos serán infructuosos si no se logra desarrollar la capacidad ejecutiva y gerencial de las jefaturas del respectivo centro, que les permita, bajo reglas de sana administración - más por convicción y convencimiento que por coacción o amenaza - moldear la cultura organizacional y de trabajo de cada centro de salud.

En este sentido, se requiere de un cambio en la metodología de inducción, coordinación y seguimiento instaurado por el Nivel Central al efecto. Este ajuste probablemente implique, no solo la creación de *programas de capacitación* formales, que permitan además de la transferencia del conocimiento y la técnica empleada, cursos específicos de gestión gerencial en los campos que han sido desconcentrados.

Debe aprovecharse la existencia de una opinión favorable del proceso, por los sectores sociales, políticos, jurídicos y laborales, que perciben este ensayo, como una de las propuestas de carácter administrativo, más inteligentes, de mayor relevancia y posibilidades de éxito de los últimos años.

6.2 Análisis de Situación

El análisis de las evaluaciones de los Compromisos de Gestión de los 15 órganos desconcentrados durante el año 2001, no permite establecer cuál ha sido el grado participación e impacto (positivo o negativo) de la desconcentración sobre el resultado obtenido.

Así, la evaluación del período en estudio y cualquier otro anterior, no constituiría en la especie mas que un mero formalismo, que no aportaría un verdadero reflejo de la realidad en la conducción de un tema tan estratégico como este, perjudicando el espíritu y la visión de la propuesta.

No obstante, es palpable un esfuerzo de las autoridades locales por mejorar la forma en que se estaban haciendo las cosas, materializándose los objetivos de la desconcentración, ligados al *mejoramiento de la capacidad resolutive y la cultura de rendición de cuentas*.

En este momento, existe mayor preocupación por parte de las autoridades locales por hacer las cosas bien, pues con la desconcentración se evidencia la calidad y responsabilidad en la toma de decisiones, que anteriormente era filtrada por los mandos superiores, en virtud del deber de control, vigilancia y obediencia característico en sus relaciones recíprocas, como efecto inmediato esperado de la no-avocación de competencias. Hoy por hoy, cada autoridad local es responsable de la oportunidad y calidad de sus propias decisiones, al romperse en forma virtual o al menos para efectos internos, el esquema de responsabilidad solidaridad compartida de los superiores jerárquicos tradicionales previos a la desconcentración.

Se han empezado a observar positivos efectos en la administración del recurso humano, materia que aún cuando estaba bastante desconcentrada en lo operativo, es decir, en la técnica de la administración salarial y el empleo, poseía poco desarrollo en el enfoque gerencial para la gestión



del recurso humano. Algunos casos aislados y todavía incipientes, en donde las autoridades locales han querido asumir el rol propuesto, empiezan a servir de modelo a otras unidades homólogas en la materia, y de insumos en la construcción de nuevas interpretaciones jurídicas y administrativas enfocadas al interés y fin público tutelados por la Ley N° 7852.

Efectos similares se han percibido respecto de las materias de contratación administrativa y presupuesto; no obstante, el cambio organizacional no ha trascendido en la cultura de algunos de estos centros, donde, indistintamente de la capacidad resolutoria adquirida en el ensayo, las autoridades locales mantienen el perfil de dependencia técnica y administrativa anteriores a estar desconcentrados, remitiendo aún sus asuntos a una instancia no jerárquica regional o técnica, para la aprobación o validación de lo actuado, siguiendo los sistemas administrativos tradicionales, con un efecto aún más crítico de parte de ciertos mandos medios, que ven en esa actitud una oportunidad para debilitar el proceso y mantener el status quo con la conservación del poder y la autoridad.

Indudablemente no han descubierto o no han querido descubrir las verdaderas ventajas del régimen de desconcentración establecido, situación que habrá que revertir con un enfoque mucho más estratégico y de mayor acompañamiento por parte del nivel central.

Si bien es cierto, el proceso es de carácter administrativo y jurídico, comprende en el fondo un cambio cultural, y como tal, es razonable que sus efectos deban ser analizados y evaluados paulatinamente en el corto, mediano y largo plazo, con metas inclusive diferenciadas en cada una de esas etapas, a fin de garantizar una evolución positiva pero segura para toda la organización, que no menoscabe y ponga en riesgo los logros obtenidos hasta hoy en los servicios de salud.

Está claro que la desconcentración resulta además de un proceso novedoso, un elemento estratégico para el logro de las metas y objetivos de salud pactados por medio del *Compromiso de Gestión*, de ahí que el legislador y las autoridades superiores hayan escogido al Compromiso como la herramienta idónea para articular este proceso, pues indiscutiblemente la estructura organizacional y el modelo ejecutivo y gerencial practicado en determinado centro de salud, inciden favorable o desfavorablemente en la producción en salud alcanzada.

No obstante, debe entenderse que no por formar parte del Compromiso de Gestión, es de esperarse una evolución similar en celeridad y calidad a la observada en el tema de la *COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD*.

Dada las particularidades de cada una de las materias desconcentradas, ha sido necesario construir indicadores y pactar objetivos y metas específicos de acuerdo con el tema tratado, estableciendo metodologías y plazos de evaluación igualmente diferenciados. Especial relevancia, constituye el hecho de que las mismas Direcciones de Sede, poseían diferentes grados de desconcentración en el manejo de sus competencias técnicas, y en algunos casos o para ciertos procedimientos, apenas dan sus primeros pasos en este sentido, por lo que la transferencia del conocimiento y dominio de la técnica experimentan avances diferenciados. Comportamiento lógico y razonable, pues en este ejercicio estamos aprendiendo todos, tanto el nivel local, como el nivel central y las altas autoridades institucionales, desde las Direcciones Técnicas, pasando por la Auditoría, Gerencias de División y hasta la propia Junta Directiva.

Ensayo, que aún cuando ha demandado de los involucrados, tanto en lo operativo como en lo estratégico, un esfuerzo extraordinario que les demanda nuevas interpretaciones, nuevas actitudes, nuevos roles, y nuevas funciones; curiosamente, en vez de generar desmotivación o angustia, se



percibe de sus principales actores (nivel local), una inmediata necesidad de aprender y hacer las cosas bien, como pocas veces se presenta en estos procesos.

Así, deberá medirse el proceso en forma gradual, preocupándonos más por la calidad que la cantidad de su evolución. La estrategia deberá enfocarse a un fortalecimiento de las destrezas de administración y gestión simultánea y paralelamente con la transferencia del conocimiento y la técnica, a través de programas formales y ordinarios de capacitación.

Como dato relevante, cabe destacarse que mediante acuerdo segundo adoptado por la Junta Directiva, en el artículo 25° de la sesión N° 7606 del 6 de diciembre del 2001, en este período se incorporaron a la desconcentración institucional 19 centros de salud. Así, la desconcentración de hospitales, clínicas y áreas de salud que propugna la Ley N° 7852, comprende al año 2002, un total de 34 centros de salud, a saber:

HOSPITALES	
I ETAPA Años 2000-2001	II ETAPA Año 2002
Nombre	Nombre
1. Hospital Nacional de Niños	16. Hospital William Allen
2. Hospital Rafael A. Calderón Guardia	17. Hospital de Golfito
3. Hospital San Juan de Dios	18. Hospital de Guápiles
4. Hospital México	19. Centro Nacional de Rehabilitación
5. Hospital Raúl Blanco Cervantes	20. Hospital Nacional Psiquiátrico
6. Hospital Enrique Baltodano Briceño	
7. Hospital San Vicente de Paúl	
8. Hospital Max Peralta	
9. Hospital Escalante Pradilla	
10. Hospital de San Carlos	
11. Hospital San Francisco de Asis	
ÁREAS DE SALUD I y II NIVEL	
Nombre	Nombre
12. Área de Salud de Coronado	21. Clínica Dr. Solón Núñez
	22. Clínica Dr. Moreno Cañas (Mata Redonda – Hospital)
	23. Área de Salud de Belén – Flores
	24. Clínica Dr. Clorito Picado
ÁREAS DE SALUD I NIVEL	
Nombre	Nombre
13. Área de Salud de Santa Cruz	25. Área de Salud de Cariari
14. Área de Salud de Chacarita	26. Área de Salud de Abangares
15. Área de Salud de Esparza	27. Área de Salud de Puriscal – Turrubares
	28. Área de Salud de Los Santos
	29. Área de Salud de Naranjo
	30. Área de Salud de Peninsular
	31. Área de Salud de Barranca
	32. Área de Salud de Zarcero
	33. Área de Salud de Palmares
	34. Área de Salud de Buenos Aires.



6.3 Acciones inmediatas

En la situación actual, las Direcciones de Sede, Regionales y los mismos niveles gerenciales inmersos en el proceso de desconcentración, visualizan la necesidad de modificar el Reglamento de Desconcentración vigente, de manera que se redefinan con mayor precisión los ámbitos de competencia, así como el resto de las relaciones interorgánicas para un ágil y eficiente flujo de potestades, obligaciones y responsabilidades recíprocas.

En este contexto, se propone además de las acciones inmediatas de coordinación y capacitación correspondientes, hacer una pausa que permita a todas las partes involucradas, reordenarse en el marco de la desconcentración creado, y terminar de ajustar la normativa y la técnica empleada durante el proceso, definir los objetivos estratégicos que fuesen necesarios, e idear “ensayos administrativos controlados” que les permitan dominar la materia y disminuir el margen de error y la consecuente responsabilidad en sus actuaciones y resoluciones.

Para tales efectos, resulta necesario conceder una pausa por 2 años, en la evaluación de los objetivos y metas de desconcentración pactados en el Compromiso de Gestión (Título Tercero), de manera que en el año 2004 se evalúe el período (2002-2003), sin descuidar las actividades de inducción, seguimiento, coadyuvancia y control que deban mantener durante este período las Direcciones de Sede, a fin de que ante cualquier desviación, abuso o extralimitación en el ejercicio de potestades, se instauren por la instancia que corresponda, las acciones correctivas o de intervención dispuestas en el Reglamento a la Ley N° 7852, conocido como Reglamento de Desconcentración.

7. Área prioritaria de intervención

7.1 Readecuación y fortalecimiento del modelo de Atención en Salud

El avance en la implementación del proceso basada en la sectorización definida ha permitido el desarrollo de toda una infraestructura en servicios de salud y la dotación del correspondiente recurso humano constituidos como equipos; lo cual se convirtió en la plataforma que permitió que el país haya constituido 96 Áreas de Salud en el nivel nacional para el año 2001, que ofrecen los servicios básicos de salud y que realizan acciones de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, todas ellas con su correspondiente Compromiso de Gestión negociado y firmado.

Este proceso también ha permitido visualizar el desarrollo del modelo readecuado de atención que aporta los elementos funcionales para propiciar la cultura de la construcción social de la salud y su operacionalización a través de la Atención Integral en Salud.

En este sentido se ha avanzado en la integración funcional de los equipos básicos de atención integral en salud, no así en lo referente a su nivel de subordinación y conducción ya que el ATAP responde al Médico Coordinador del EBAIS y a la Enfermera del Equipo de Apoyo del Área de Salud. Por otro lado se enfatizan muchas acciones en el ATAP resultado de diversas directrices, perdiendo la perspectiva de la función original del ATAP.



Al nivel de los Equipos de Apoyo no hay total claridad de las funciones que tendrían que realizar ya que a veces asumen acciones operativas propias de los EBAIS y no de su respectiva Area como un todo.

Todos cuentan con un sistema de planificación teóricamente basado en las necesidades y prioridades locales de salud con un escaso análisis y basado generalmente en situaciones descriptivas sin llegar a influir en las determinantes lo cual no siempre se traduce en Planes Estratégicos en la cual se definan objetivos y acciones específicas dirigidas a solucionar dicha problemática, ni los posibles factores determinantes.

En el trabajo en los diferentes escenarios, se aprecia un fortalecimiento de las acciones que se desarrollan en el escenario de servicios de salud y en el escenario escolar quedando relegados el escenario familiar, el escenario comunitario y el laboral pues en ellos no existe una total claridad de las posibles acciones a desarrollar.

Existe todavía un énfasis en acciones de tipo curativo, aunque ya se perfilan muchas acciones de manera más constante en lo referente a Promoción de la Salud y Prevención específica. La participación social es aún muy utilitaria con pocos espacios reales para la identificación de los problemas y el planteamiento de alternativas de solución por parte de la población, el control de la gestión es casi nulo.

Los procesos de educación en salud en el ámbito individual aún son débiles, notando que este en la mayoría de veces es brindado por el personal de enfermería y el de Atención Primaria con menos participación del Médico.

Los procesos de educación en salud en el ámbito grupal están cada vez mejor desarrollados aún cuando lo que los ha originado son algunas enfermedades prevalentes como la hipertensión y la diabetes.

Las acciones de Vigilancia Epidemiológica no ocupan un lugar preponderante en el accionar de las unidades, no habiendo una clara conciencia de la necesidad de conocerlas; todavía son acciones puntuales, dirigidas a asuntos específicos, no constantes y en las que predominantemente aparecen aspectos biológicos y patológicos, desconociendo la prevalencia e incidencia de otros hechos susceptibles de vigilancia y que darían elementos para fortalecer las acciones de planificación estratégicas.

La capacidad resolutoria del primer nivel de atención no ha sido fortalecida pues aún tiene muchos limitantes, existen restricciones en algunas pruebas de laboratorio (hemoglobina glicosilada), en la restricción del cuadro básico de medicamentos de uso en este nivel, en mejorar la capacitación en aspectos técnicos claves, tales como la capacitación en Fondo de Ojo para médicos generales entre otros y aún existe la falta de especialidades como Pediatría y Ginecología que son las que generan el mayor número de referencias.

Dado que para avanzar en el desarrollo del modelo readecuado de atención y que este se consolide es necesario que las instancias técnicas del nivel nacional responsables de su seguimiento y evaluación se reestructuren en función de la tarea a desarrollar; dado que en la forma en que se encuentran actualmente responden más al modelo tradicional y no al modelo



readecuado de atención, por lo que se superponen acciones y responsabilidades sin lograr traducir a las unidades una clara dirección y conducción técnica. Así mismo se deberá definir el papel de las Regiones de Salud en el proceso.

7.2 Sistema de información

La institución cuenta mayoritariamente en el primer nivel de atención con la versión automatizada Sistema de Información e n Salud (SIS), que comenzó a utilizarse en la segunda mitad de los noventa la cual fue incorporándose de acuerdo a la suscripción del compromiso de gestión en cada área de salud.

En la evaluación del Compromiso de Gestión del año 2000, año en que por primera vez se evalúan todas las áreas del país, indicamos nuestra preocupación porque las salidas del SIS que se nos presentaban brindaban información poco confiable para medir los resultados en términos de coberturas. Esta preocupación fue muy bien acogida por los responsables, quienes coordinaron con las instancias involucradas una redefinición de las salidas del SIS.

En este trabajo se llegó a ciertas conclusiones como es el hecho de que hay ciertos problemas como duplicación de datos por arrastre de un año a otro, no se podían mejorar por la forma en que estaba configurado el programa actual, pero se trabajó todo lo posible y aparece la versión 4.0 del SIS con un módulo de depuración que permitía identificar ciertos duplicados, y de esta forma garantizarnos registros más confiables.

Desgraciadamente la experiencia de la evaluación del 2001 no mejoró en términos de confiabilidad de la información obtenida y se pudo constatar:

- Un aumento de uso de sistemas manuales, que por el volumen de datos que se manejan tienden a producir muchos errores.
- La versión. 4.0 no todos la pudieron correr al igual que el depurador, en algunos casos por desconocimiento de cómo hacerlo y en otras por incompatibilidad del equipo con que se cuenta, según versión de los proveedores.
- En los que se logró obtener las salidas de la versión 4.0 se encontraron duplicaciones que hubo de corregirse a mano hasta donde se pudo.
- Aunado a lo anterior, indicar, la necesidad de contar con un módulo de Inmunizaciones, que registre niños vacunados y no dosis aplicadas como se hace manualmente en la actualidad, y automatizar la ficha familiar que brinda información de gran utilidad para la gestión local y que está siendo subutilizada por la poca disponibilidad y oportunidad de los datos que se recogen.

El problema de las duplicaciones fue informado inmediatamente a los responsables del programa y a mediados de febrero del 2002, se informó de las correcciones realizadas y la notificación de esta modificación a las Áreas de Salud.

En conclusión, en la evaluación de este año habrá nuevamente que advertir al lector del informe de que hay problemas con la información y enfatizar en aquellas que son más evidentes para que se tomen los resguardos del caso al utilizar dicha información, pero todo no termina aquí, tiene además



otras consecuencias como es deslegitimar al SIS, así como el esfuerzo de evaluación realizado y generar gran incertidumbre sobre los resultados que se brindan a nivel institucional y de país. Por otra parte, lo usuarios se sienten cada vez más incómodos y molestos, justificando gran parte de sus no cumplimientos a que es un problema de los datos que brinda el SIS.

Es de pensar que los procesos de avance de la Modernización Institucional exige en forma inmediata buscar una solución definitiva a esta situación, en el pasado mucho se ha hablado al respecto y existen propuestas documentadas, pero ahora es impostergable pasar del discurso a la acción.

Un proceso de evaluación que no se sustente en un sistema confiable de información podría convertirse en un mero ejercicio sin ningún efecto en la toma de decisiones institucionales y más aún en la redefinición de políticas lo que se desdice con el gran esfuerzo y recursos que se han destinado para incorporar en la cultura organizacional la rendición de cuentas y la toma de decisiones informadas.

En el pasado reciente se han generado diversas iniciativas e instancias con el fin de uniformar, coordinar y racionalizar los recursos que se utilizan en diferentes sistemas de información automatizados que coexisten en la institución, sin embargo hasta el momento ninguna de ellas ha dado el resultado esperado. Por otra parte, se han invertido una importante cantidad de recursos económicos en contratar el diseño de un sistema único de información, propuesta que esta ampliamente documentada y que al parecer no ha sido retomada para su análisis e implementación.

La solución al problema puede ser en la vía de un sistema único o en otra, pero en ultima instancia lo que se sugiere es tomar esta situación como una prioridad institucional y destinar o redireccionar los esfuerzos y recursos que sean necesarios para su solución en el menor plazo posible y de esta forma convertir al sistema de información en un recurso estratégico de la Institución.

7.3 Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud entendida como “Un proceso social que busca que la población mejore su salud y ejerza control sobre la misma”¹⁵, es un concepto muy nuevo en la cultura organizacional y de prestación en la Caja. Ante este importante reto, la institución ha realizado esfuerzos para desarrollar estrategias que permitan avanzar en este sentido. Como resultado de este interés se han conformado diferentes grupos, uno es la Gerencia de Modernización y dos en la Gerencia Médica (Medicina Preventiva y Sección de Trabajo Social) que se han dedicado a conceptualizar y desarrollar herramientas que permitan a los niveles locales capacitarse y aplicar acciones de promoción de la salud. Como parte del trabajo de uno de estos grupos la Gerencia de Modernización presenta en el año 1999 el “Plan institucional de Promoción de la Salud”. Se desconoce el grado de divulgación del mismo y en que magnitud logró permear en los prestadores de los servicios de salud.

Pareciera que la coexistencia de diferentes grupos, aparentemente con poca coordinación, sin un liderazgo único y orientaciones poco uniformes y claras en términos del “como hacer” hacia los niveles locales, ha generado limitaciones para obtener los resultados esperados en términos de crear cultura en este enfoque.

¹⁵ CCSS, Departamento de Medicina Preventiva, Sección de Promoción de la Salud. “Plan integral de Promoción de la Salud, Guía para su elaboración”. San José, 2002.



La experiencia generada en las evaluaciones muestra que tanto la Promoción de la Salud, incluida la Participación Social, son parte de las Áreas pendientes, en relación a las nuevas responsabilidades que se asumen a partir de la Modernización Institucional. Entendiendo que en un primer nivel este debe ser un quehacer esencial, en los Compromisos de Gestión se ha tratado de incorporar indicadores que orienten en esta dirección. A pesar de los resultados que se obtienen, se está consciente que existen debilidades conceptuales y metodológicas que limitan la correcta aplicación de esta estrategia, para que incida en mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos.

Con el objeto de superar las debilidades existentes, la Dirección Técnica de Servicios de Salud por medio de la Sección de Promoción de la Salud, asumió la responsabilidad de capacitación y comenzó a desarrollar el Curso de Promoción de la Salud para dar respuesta al indicador del compromiso de gestión del 2002 denominado “ Existencia del Plan Integral de Promoción de la Salud con Participación Social”. En el 2001 se brindaron tres cursos, se continuará en el 2002 y la meta es que a finales del 2003, todas las áreas de salud tendrán al menos un integrante capacitado en esta temática.

El tener personal sensibilizado y capacitado augura contar en un corto plazo con un avance cualitativo en el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud que se incorporen a las actividades regulares de las áreas y se convierta en el espacio para ir concretando la intersectorialidad y una mayor participación social.

Sin embargo, pareciera importante, consolidar en el nivel institucional un liderazgo único que podría formar parte de la reestructuración del nivel central, responsable de la definición de políticas y su traducción concreta hacia los niveles locales, sobretodo en la fase en que nos encontramos de sensibilización y capacitación, que se convierta en el referente de los niveles locales y que tenga a su vez la responsabilidad de dar acompañamiento y seguimiento al proceso, permitiendo detectar oportunamente limitaciones y realizar las adecuaciones que sean necesarias y así avanzar en la consecución de la meta de contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos.

7.4 Gestión local

La demanda de atención en salud ejerce mucha influencia en el desarrollo de las acciones operativas de las unidades, sin embargo, la demanda de actividades gerenciales en salud según la óptica de la salud pública suele ser menor o no existir, lo cual explica por qué esta prioridad suele ser mas baja que la de los servicios clínicos.

Por lo antes mencionado, es valioso rescatar que el nuevo modelo de atención de enfoque integral abre un espacio a la gestión local basada en el conocimiento del perfil de las Áreas de Salud delimitadas geográficamente y sectorizadas, no sin perder de vista que las intervenciones prioritarias deben cumplir por lo menos tres criterios técnicos: deben servir para reducir considerablemente la carga de la morbilidad, ser razonablemente eficaces en función del costo y atender las preferencias de la población. No todas las prioridades definidas con un criterio técnico pueden cumplirse a corto o mediano plazo. Sin embargo, tienen que cumplirse tras requisitos fundamentales en cuanto a la viabilidad¹⁶.

¹⁶ Bobadilla, J. *Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medios y bajos en: Observatorio de la Salud*. México: FUNSALUD, pag. 255-274, 1996.



Las diferentes unidades existentes debe llevar a la práctica las intervenciones prioritarias con un grado razonable de calidad, las cuales deben estar al alcance de toda o casi toda la población dentro del presupuesto proyectado, y las prioridades seleccionadas deben contar con aceptación política.

El proceso de gestión local aún esta lejos de cumplir con los requisitos antes mencionados, en el tanto se observa que las Áreas de Salud pese a que en su mayoría realizan Análisis de Situación de Salud, este se basa en gran parte en la recolección y tabulación de los datos, presentando debilidad en el análisis que contemple la interrelación de las dimensiones y por consiguiente de las variables de cada una de ellas. Si tomamos en cuenta que, para un problema critico dichas variables pueden ser factores que condicionen la crisis y que de ser identificados y relacionados con los recursos de la institución y la comunidad, facilitarían la priorización de las intervenciones que se deben reflejar en el Plan Estratégico, el cual en gran medida difiere de los hallazgos encontrados el ASIS e incluso los detectados por la comunidad.

Algunos de los hallazgos de la evaluación aunado a lo que los equipos refieren, van dirigidos a la poca capacidad de síntesis en actividades antes no realizadas por los equipos de salud, el no visualizar al Plan Estratégico como una herramienta de trabajo que facilite la toma de decisiones la metodología y sistematización del procesamiento de la información y como enlazar los puntos críticos detectados por el personal de salud y los descritos y priorizados por la comunidad.

Es necesario, a partir de los resultados obtenidos trabajar de cerca con las regiones que se han detectado con mayores limitaciones en elaboración de ASIS y Plan Estratégico, desde aclarar la metodología para realizar un análisis integrado de las situaciones presentes en las diferentes áreas de salud hasta darle seguimiento a los procesos que ya se han iniciado. Para lo cual se propone capacitar o actualizar a los gerentes del nivel local que permitan la evolución del proceso de la construcción de la salud de la población, mediante la obtención de información para la toma de decisiones a corto, mediano y largo plazo.

Además la institución deberá desarrollar alianzas estratégicas con sus unidades, identificando entre ellas las que aportan ventajas comparativas para “aprovechar” este insumo y preparar metodologías, manuales y sistematización de pasos para fortalecer el proceso de planificación local, apoyado en los planes y políticas nacionales e internacionales.

7.5 Área Prioritaria de Intervención: vigilancia epidemiológica

A pesar de que se han realizado esfuerzos institucionales en el sentido de ir incorporando acciones de vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de atención, se observa aún una gran ausencia de ellas en el análisis de situación, en los diferentes planes estratégicos y operativos de las unidades, restringiéndose al seguimiento de escasos eventos de carácter transmisible sin ninguna continuidad en el tiempo, reactivos y que son utilizados escasamente en la planificación y la toma de decisiones.

Adicional a esto el sistema de información para la Vigilancia Epidemiológica sigue siendo una de las áreas críticas encontradas, que necesita una urgente intervención en todos los niveles.

Otro componente completamente necesario para fortalecer la Vigilancia Epidemiológica es la investigación, en la cual no tenemos una claridad institucional de los lineamientos a seguir y la problemática a abordar.



Por otro lado se da mucho énfasis a los eventos de carácter transmisible, dejando por un lado los eventos no transmisibles susceptibles de vigilancia y que pueden aportar datos interesantes para mejorar la promoción de la salud en especial en los eventos catalogados como crónicas, como la hipertensión y la diabetes que continúan aportando una gran cuota a la morbilidad y mortalidad general del país.

Fortalecer a la instancia técnica asesora en el nivel central, encargada de liderar en el campo de la epidemiología, para desarrollar una intensa coordinación con las otras instancias técnicas del nivel nacional con el fin consolidar la red institucional de Vigilancia Epidemiológica, opere el sistema de Vigilancia en los diferentes niveles para que ellos desarrollen una respuesta oportuna ante la presencia de algún episodio epidemiológico.

7.6 Área Prioritaria de intervención: Segundo Nivel de Atención (Atención Ambulatoria Especializada)

A pesar de que tanto el primer como el segundo nivel de atención realizan esfuerzos tendientes a mejorar la atención brindada en cada uno de ellos, el primer nivel considera que no se le satisface su demanda y el segundo considera que esta sobrecargado.

Adicional a esto los hospitales continúan con listas de espera en algunas especialidades que pueden ser resueltas en el segundo nivel.

En este sentido en los Compromisos de gestión se propuso trabajar indicadores para poder en alguna medida evaluar la Coordinación entre niveles, cuyo comportamiento observado es que se llevan a cabo reuniones de los respectivos directores o personal designado los cuales tratan algunos puntos de interés pero no se les da el adecuado seguimiento y varían continuamente entre una reunión y otra, por lo que se ha sugerido elaboren un Plan el cual considere los aspectos medulares para mejorar esta coordinación al cual se le de el seguimiento adecuado.

Por otro lado el sistema de referencia y contrareferencia siempre continua siendo una debilidad, pues no se está totalmente incorporado en la rutina diaria de trabajo y aún vemos una buena cantidad de referencias sin contrareferencia y un débil control del registro y análisis.

Además la demanda de determinados especialistas no es adecuadamente canalizada por la instancia correspondiente que define el tipo de especialista a formar en el nivel nacional, por lo que se nota en ocasiones inopía de algún especialista tales como Oftalmólogos, Patólogos, Ortopedas entre otros.

Es importante también hacer énfasis en que la atención brindada por especialistas, para el caso Medicina Interna en lo referente a atención con calidad ó sea el cumplimiento de las normas Técnicas de atención correspondiente en hipertensos y en diabéticos no siempre es adecuado observándose la falta de cumplimiento de dichos criterios que tratándose de un especialista se espera que no fuera de esta manera.

Se pretende la separación de los niveles de atención, para convertir a algunas unidades definidas por accesibilidad, en la que coinciden ambos niveles de complejidad en verdaderos Centros de Especialidades, cuyo objetivo iría más allá de tener una alta capacidad resolutive de este nivel,



para convertirse además en verdaderos centros de capacitación y entrenamiento para el personal del primer nivel y racionalizar las referencias, aumentando también la capacidad resolutoria del primer nivel y a la vez participar en acciones de promoción de la salud y de educación en salud. Es importante anotar que el cumplimiento de esta estrategia podría resolver en cierto grado la problemática del tercer nivel de atención, dado que una buena cantidad de lo que ahora esta siendo presa en hospitales se podría resolver con esta estrategia.

Áreas prioritarias – Áreas de Salud

Área Prioritaria de intervención	Acciones estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> Estado de avance en la readecuación del Modelo de atención en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Instancias técnicas del nivel central responsables de su seguimiento y evaluación se reestructuran en función del modelo readecuado de atención para lograr traducir a las unidades una clara dirección y conducción técnica.
<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de Información 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de un sistema único de información que integre los sistemas actuales para que se utilice en la planificación y toma de decisiones en los diferentes niveles.
<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de la instancia técnica líder en el nivel central encargada de la formulación de políticas y su concreción completa en los niveles locales.
<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la instancia técnica en el nivel nacional encargada de liderar en el campo de la epidemiología para consolidar la red institucional de vigilancia en los diferentes niveles para una respuesta oportuna ante la presencia de algún episodio epidemiológico.
<ul style="list-style-type: none"> Gestión Local 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecidos los sistemas de planificación basados en las necesidades y prioridades locales, en análisis de las diferentes dimensiones y variables que propicien el desarrollo de planes estratégicos que se dirijan a resolver dicha problemática.
<ul style="list-style-type: none"> Segundo nivel de atención 	<ul style="list-style-type: none"> Convertir Áreas de Salud con buen nivel de accesibilidad y que poseen ambos centros de especialidades con alto nivel resolutorio y que brinde soporte técnico, dado que serían el nivel de atención, dado que serían el nivel inmediato de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> Oportunidades perdidas 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de todos los momentos de contacto de los usuarios al sistema para desarrollar las actividades definidas en la apertura programática con todos los criterios técnicos de calidad.



Áreas prioritarias – Hospitales

Áreas Prioritarias de Intervención	Acciones estratégicas
Red de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la estructuración actual de la red de servicios hospitalaria. • Analizar la oferta actual de servicios de apoyo diagnóstico en el tercer nivel con el fin de hacer un uso más eficiente de los mismos. • Considerar alternativas de ubicación de pacientes (albergues) que no impliquen un internamiento hospitalario. • Fortalecer el sistema de referencias y contrareferencias mediante el establecimiento de criterios mínimos de calidad que favorezcan la continuidad en la atención de los usuarios
Sistema de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la funcionalidad de los sistemas de información hospitalaria actuales. • Manejar un sistema único de registro y hacer revisiones periódicas de la información que se consolida, de forma interdisciplinaria. • Realizar los ajustes necesarios en los sistemas de codificación actuales con el fin de adaptarlos a la realidad del país. • Estimular la participación activa de los profesionales en Medicina en el análisis de la información que se produce. • Revisar la capacitación actual de los funcionarios encargados de los departamentos de Registros de Salud en hospitales a fin de contar con recurso humano que posea las destrezas y el conocimiento necesario para llevar a cabo su labor
Listas de espera en Consulta Externa y Cirugía electiva	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una metodología institucional para el manejo de los registros con el fin de estandarizar los procesos para la elaboración de las listas de espera. • Evaluar la incorporación de normativas por especialidad que permita establecer criterios para la priorización de las listas de espera. • Revisar la estructuración de la consulta externa especializada en el tercer nivel, con el fin de detectar casos que puedan continuar su atención en el primer o segundo nivel, una vez



	<p>resuelta la causa que produjo la atención.</p> <ul style="list-style-type: none">• Revisar las estrategias desarrolladas para el abordaje de listas de espera hasta la fecha y su impacto en la situación de las mismas.
Cirugía Mayor Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none">• Consolidar los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria mediante la definición de políticas institucionales claras .• Revisar los requisitos actuales para el establecimiento del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.• Incorporar un registro de Cirugía Mayor Ambulatoria por especialidad según procedimiento quirúrgico• Negociar un índice de Cirugía Mayor Ambulatoria por especialidad (índice de sustitución)



Áreas prioritarias – Gestión Económica

Áreas Prioritarias de Intervención	Acciones Estratégicas
Asignación de recursos basado en producción y/o necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar y disminuir los costos producto de ineficiencia y los costos estructurales ajustables en el corto y mediano plazo. ▪ Mantener constante el gasto total per cápita en términos reales (compensar por inflación) en las áreas de salud con gasto per cápita superior al nacional y destinar toda la disponibilidad de recursos para las áreas de con gasto per cápita inferior al nacional . ▪ Introducir indicadores de necesidad como el Índice de Desarrollo Social, distribución etárea, tasa de mortalidad infantil, para lograr un distribución más equitativa de recursos.
Fuentes de financiamiento no relacionadas con las metas de producción o actividad contempladas en el Compromisos de Gestión.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un requerimiento a las Unidades y a la Dirección de Presupuesto para que toda modificación presupuestaria, que varíe la asignación pactada en el Compromiso de Gestión, implique un ajuste de las metas de producción acordadas originalmente. ▪ Unificar los fondos especiales de financiamiento y ligarlos a una política institucional de gasto fundamentada en criterios técnicos.
Sistema de información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear un sistema único de costos que unifique los esfuerzos institucionales en ésta materia. ▪ Estructurar el sistema de costos para que brinde información contable y económica, de tal forma que permita incorporar un análisis costo-efectividad en la asignación de recursos.



Áreas prioritarias - Desconcentración

ÁREAS PRIORITARIAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS
1. Ausencia de una única y uniforme conducción estratégica del proceso, favorecida por la falta de coordinación política y técnica de todas las instancias involucradas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la celebración de reuniones de coordinación de alto nivel, con participación tanto de representantes de las Direcciones de Sede involucradas, como de los niveles superiores, a fin de propiciar la definición de objetivos estratégicos por desarrollar, así como interpretaciones uniformes y congruentes con el espíritu del proceso.
2. Incoherente evolución del proceso frente al dominio de la técnica y la capacidad ejecutiva y gerencial requeridas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posponer las evaluaciones anuales de las metas y objetivos en desconcentración pactadas en el Compromiso de Gestión, por un período de 2 años, de manera que hasta el año 2004 se evalúen los resultados obtenidos en desconcentración del período 2002 – 2003, a fin de propiciar un espacio de tiempo suficiente para redefinir roles, competencias, procedimientos y crear entre los involucrados, las herramientas técnicas y administrativas que fuesen necesarias.
3. Normativa reguladora omisa e insuficiente en la definición de las relaciones interorgánicas y el manejo de los conflictos de competencias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reformar y readecuar el Reglamento de Desconcentración. Vigente.
4. Insuficiente desarrollo por parte de los niveles delegantes, de mecanismos de seguimiento o acompañamiento sistémico y ordenado de la evolución del proceso.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar “Ensayos Administrativos Controlados”, en donde participen ordenadamente todas las instancias competentes, a fin de depurar la metodología y estrategia empleadas en la transferencia del conocimiento y el dominio de la técnica, y replicar los resultados positivos al resto de órganos desconcentrados.
5. Transferencia o delegación de competencias y facultades, a sujetos con capacidad técnica o profesional limitada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear y mantener programas de formación y capacitación de las materias desconcentradas, con énfasis en el desarrollo de capacidades de gestión.
6. Capacidad instalada insuficiente para el manejo eficiente de las potestades desconcentradas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar estudios integrales dentro de la organización, que permitan la transferencia o adquisición del recurso humano, equipo y tecnología necesarios.