



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**Dirección Compra Servicios de Salud**  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**

---





## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>2. METODOLOGÍA</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Recolección de la información</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Pruebas estadísticas</b>	<b>8</b>
<b>2.4 Porcentaje de cumplimiento</b>	<b>8</b>
<b>2.5 Cobertura total</b>	<b>8</b>
<b>2.6 Cobertura con calidad</b>	<b>8</b>
<b>2.7 Índice de calidad</b>	<b>9</b>
<b>2.8 Plan de análisis</b>	<b>9</b>
<b>3. RESULTADO DE HOSPITALES</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Análisis de la producción hospitalaria</b>	<b>9</b>
3.1.1 Volumen de producción lograda según área de atención: egresos, consulta externa, urgencias y cirugía ambulatoria.	12
<b>3.2 Análisis de los indicadores de gestión de la actividad y gestión de la calidad de índices quirúrgicos</b>	<b>15</b>
3.2.1 Índice operatorio del Servicio de Cirugía	15
3.2.2 Porcentaje de cesáreas	16
3.2.3 Estancia preoperatoria:	17
3.2.4 Listas de espera en Consulta externa y Cirugía electiva	18
3.2.5 Infecciones intrahospitalarias	19
3.2.6 Mortalidad hospitalaria	21
3.2.7 Reingresos hospitalarios	22
3.2.8 Comisión interniveles	23

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
Dirección Compra Servicios de Salud  
INFORME DE EVALUACIÓN 2002



---

<b>4. RESULTADO POR ÁREAS</b>	<b>24</b>
<b>4.1. Cobertura a nivel nacional</b>	<b>24</b>
4.1.1 Atención integral del niño y la niña	25
4.1.2 Atención integral del adolescente	27
4.1.3 Atención integral de la mujer	28
4.1.4 Atención integral del adulto y el adulto mayor	28
4.1.5 Atención odontológica	29
<b>4.2 COBERTURAS A NIVEL REGIONAL</b>	<b>30</b>
4.2.1 Atención integral del niño y la niña	30
4.2.2 Atención integral de los adolescentes	34
4.2.3 Atención integral de la mujer	34
4.2.4 Atención integral del adulto	37
4.2.5 Valoración del estado bucodental	39
4.2.6 Cobertura del curso de preparación psicofísica para el parto	39
4.2.7 Atención domiciliar	39
4.2.8 Satisfacción del usuario	40
4.2.9 Promoción de la salud	41
4.2.10 Atención de las personas con discapacidad física, mental y sensorial	41
4.2.11 Escuela para padres	41
4.2.12 Revisión de referencias	41
4.2.13 Coordinación entre niveles	42
4.2.14 Vigilancia epidemiológica	42
4.2.15 Análisis de mortalidad infantil	43
4.2.16 Certificaciones	44
4.2.17 Identificación y control de los pacientes con tuberculosis	44
<b>4.3 Comportamiento de las entidades de compra externa de servicios de atención integral en salud</b>	<b>46</b>
<b>4.4 Segundo nivel de atención</b>	<b>48</b>
4.4.1 Producción	48
4.4.2 Revisión de referencias	50

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
Dirección Compra Servicios de Salud  
INFORME DE EVALUACIÓN 2002



---

<b>5. RESULTADO DE LA GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA DE HOSPITALES Y ÁREAS DE SALUD EN EL AÑO 2002</b>	<b>50</b>
<b>5.1 Equidad en la distribución de gasto</b>	<b>54</b>
<b>5.2 Limitaciones para la aplicación del nuevo modelo de asignación de recursos</b>	<b>55</b>
<b>6. PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN</b>	<b>56</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
<b>7.1 Áreas de salud</b>	<b>62</b>
<b>7.2 Hospitales</b>	<b>63</b>
<b>7.3 Gestión económica financiera</b>	<b>66</b>
<b>8. RECOMENDACIONES</b>	<b>67</b>
<b>8.1 Áreas de salud (área prioritaria de intervención)</b>	<b>67</b>
8.1.1 Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención en salud	67
8.1.2 Sistema de información	67
8.1.3 Promoción de la salud	68
8.1.4 Gestión local	68
8.1.5 Segundo nivel de atención (Atención ambulatoria especializada)	68
8.1.6 Acciones estratégicas por área prioritaria (resumen)	69
<b>8.2 Hospitales</b>	<b>70</b>
8.2.1 Producción hospitalaria	70
8.2.2 Producción quirúrgica	70
8.2.3 Cirugía ambulatoria	70
8.2.4 Sistemas de información	71
8.2.5 Listas de espera	71
8.2.6 Red de servicios	72
<b>8.3 Gestión económica financiera</b>	<b>72</b>



## **1. INTRODUCCIÓN**

Por quinto año consecutivo hemos realizado la evaluación anual de los compromisos de gestión. Este año el total de centros de salud evaluados ascendió a 133 (29 hospitales y 104 áreas de salud).

La evaluación del año 2002 marca una diferencia en la historia y se refiere a la incorporación de las Direcciones Regionales al proceso de evaluación, asumiendo la planificación, recolección de datos y análisis regional de los resultados.

Para las Direcciones Regionales, participar activamente en el proceso de evaluación refuerza su protagonismo en cuanto a la direccionalidad en el seguimiento, control y evaluación del nivel local.

Para la Dirección de Compra de Servicios de Salud, contar con la participación activa de las Direcciones Regionales constituye la incorporación de un actor más en el proceso de evaluación, rescatando elementos desconocidos para el equipo central, no solo del accionar del nivel local, sino de sus fortalezas y limitaciones en la oferta de servicios brindada a la población costarricense. Este conocimiento de la realidad local permite, además, formular las estrategias necesarias para mejorar la capacidad resolutoria de las diferentes unidades.

El trabajo de campo estuvo a cargo de 30 grupos evaluadores, con un promedio de tres personas por equipo, liderados por un médico o por la persona de mayor experiencia en el proceso de evaluación. Siete de los grupos evaluadores fueron conformados por funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud; y 23, por funcionarios de las diferentes Direcciones Regionales.

En este documento, se presentan los principales resultados de la evaluación a nivel nacional; luego se hace referencia a los resultados regionales y, por último, se incluye un apartado con los resultados globales de las unidades desconcentradas (34 unidades en el año 2002).

Los resultados muestran, en forma general, una disminución de la brecha entre la cobertura total (accesibilidad) y la cobertura con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención integral para cada uno de los siguientes programas evaluados: atención integral del niño, atención integral del adolescente, atención integral de la mujer, atención integral del adulto y atención integral del adulto mayor.

En los hospitales, el gasto mantiene una distribución similar a la de años anteriores entre los diferentes niveles, aunque la producción ha aumentado más rápidamente en unos que en otros. Se observa una disminución en los servicios de Obstetricia y Pediatría, lo que coincide con el descenso de la natalidad en los últimos años, y un incremento en la producción hospitalaria en los servicios de Cirugía y Ginecología, asociado probablemente a la exigencia de autogestión de las listas de espera. Por último se debe señalar que el proceso de desconcentración no ha mostrado diferencias positivas en su implementación.



## 2. METODOLOGÍA

Al igual que en años anteriores, la evaluación de los compromisos de gestión se realizó en todas las áreas de salud (104) y hospitales (29) de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En las áreas de salud, la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de expedientes para diferentes programas de atención integral a las personas. En los hospitales, la evaluación está basada en el cumplimiento de la producción pactada en las unidades de producción hospitalaria (UPHs), en la evidencia documentada de los indicadores pactados y un módulo de revisión de expedientes para la verificación de la calidad de atención del parto vaginal, en las 24 maternidades del país.

### 2.1 Recolección de la información

La recolección de los datos para la evaluación de los Compromisos de Gestión fue un trabajo que se realizó en forma conjunta entre la Dirección de Compra de Servicios de Salud y las Direcciones Médicas Regionales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La recolección de los datos de campo duró un mes (del 13 de enero al 14 de febrero de 2003). La Dirección de Compra de Servicios de Salud, realizó la recolección de los datos en las unidades de compra externa y en los hospitales nacionales y especializados.

Para la recolección de los datos, se constituyeron equipos de trabajo de, por lo menos, tres profesionales (107 personas en total) liderados por el funcionario de mayor experiencia en el proceso, asimismo miembros de la Dirección Regional fueron designados como coordinadores de los equipos evaluadores regionales. Los miembros de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, en grupos de dos personas, actuaron como facilitadores del proceso en las distintas regiones, presencialmente durante las primeras dos semanas y desde sus unidades de trabajo el resto de las semanas.

La evaluación se planificó en el ámbito de cada Dirección Regional de Servicios Médicos, definiendo los equipos evaluadores, la distribución por área de salud y el cronograma de evaluación. La Dirección de Compra de Servicios de Salud diseñó un plan de análisis regional con el propósito de homologar y estandarizar el análisis en las diferentes regiones para consolidar los datos regionales y nacionales.

Por otra parte, se hizo una capacitación para los equipos regionales en el proceso de evaluación de los compromisos de gestión, para lo cual se diseñaron los instructivos para la contestación de los instrumentos de evaluación y de los formularios de muestreo. La capacitación se llevó de manera simultánea en cada una de las regiones y fue conducida por funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar

En los 24 hospitales con maternidad se hizo una revisión de expedientes para evaluar el cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención del parto vaginal o parto normal.



Los tamaños de muestra se determinaron a partir de un nivel de confianza del 90%, un margen de error igual al 10% y un ajuste por ausencia del expediente por revisar igual a un 15%. Asimismo, se hizo un ajuste por finitud utilizando el total de egresos reportados al Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud, durante el año 2001.

En las áreas de salud, se hizo una revisión de expedientes a partir de una muestra representativa del total de consultas de primera vez, brindadas por cada una de las áreas de salud en los diferentes programas por evaluar. Al igual que en las evaluaciones anteriores, la determinación del tamaño de la muestra y la selección de los expedientes se hizo utilizando el técnicamente denominado "muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional", haciendo primero una selección de sectores y, luego, la selección de expedientes por programa en cada sector seleccionado.

Los tamaños de muestra se determinaron utilizando un nivel de confianza del 90%, un margen de error del 10%, un porcentaje de datos faltantes o de no respuesta igual al 15% y una estimación de la variancia a partir de las coberturas con calidad determinada en la evaluación del año 2001.

### **2.3 Pruebas estadísticas**

Para analizar la significación de las diferencias observadas se utilizan las pruebas estadísticas (pruebas t ) para muestras pareadas con el fin de establecer si los cambios observados a nivel nacional y regional, de un año a otro, son reales.

### **2.4 Porcentaje de cumplimiento**

El porcentaje de cumplimiento se refiere al grado en el que se alcanzan las metas pactadas, comparando lo pactado con lo logrado.

En los hospitales, el puntaje final es el producto del cumplimiento de los indicadores pactados y de la producción lograda en UPH.

Para las Áreas de Salud, el puntaje final es el producto del cumplimiento de los indicadores pactados y de las coberturas con calidad logradas.

### **2.5 Cobertura total**

La Cobertura Total por programa se define como el cociente entre las consultas de primera vez y la población meta de cada uno de los programas evaluados, a saber, captación temprana de niños(as) menores de 28 días, niños(as) menores de un año, atención de niños(as) menores de un año, atención integral de los adolescentes, atención integral de la mujer, atención prenatal, atención integral del adulto, atención del paciente diabético, atención del paciente hipertenso y atención integral del adulto mayor.

### **2.6 Cobertura con calidad**

Se ha denominado Cobertura con calidad al producto resultante de multiplicar la Cobertura total por el índice de calidad obtenido.





---

## 2.7 Índice de calidad

Para el cálculo de este índice, a partir de las normas técnicas de atención, se han definido los criterios mínimos que deben ser cumplidos en un 100% en cada programa.

El índice de calidad corresponde a la proporción de expedientes revisados que cumplen con todos los criterios mínimos establecidos. El incumplimiento de alguno de los criterios castiga fuertemente la calidad, lo cual impacta de manera importante las coberturas totales.

## 2.8 Plan de análisis

El plan de análisis es una herramienta metodológica que ayuda a planificar de antemano el análisis y la presentación de los resultados obtenidos, así como la verificación entre lo que se está recolectando y el logro de los objetivos de la evaluación planteados desde el inicio.

El plan considera las variables por investigar, los indicadores, las fuentes de información y la relación entre ellas para orientar el análisis de acuerdo con los intereses locales, regionales y nacionales, de manera que se dé direccionalidad al proceso y se logren los resultados en forma oportuna y con calidad.

Parte de la metodología para la evaluación consistió en la elaboración de un plan de análisis entregado a cada Dirección regional como guía para la presentación de los resultados y la elaboración de un plan de análisis global de los resultados.

## 3. RESULTADO DE HOSPITALES

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la evaluación de los Compromisos de gestión de hospitales del año 2002 y se realiza una comparación de lo logrado en el periodo 2000-2002 en dichos centros.

La producción de años anteriores se presenta tomando como base las unidades de producción hospitalaria (UPHs) logradas, a éstas se les hace una conversión a partir del estándar del 2002, lo que permite la comparación de la producción, dada la variación que sufren anualmente los productos y estándares. Para una mejor interpretación, algunos datos se presentan en gráficos en los que puedes observarse volúmenes de producción en su unidad de medida respectiva (egresos, consultas, atenciones, etc.).

En lo que respecta a los indicadores de gestión y calidad que se han mantenido invariables en el periodo analizado, se tratan de la misma forma, o sea, haciendo un análisis comparativo.

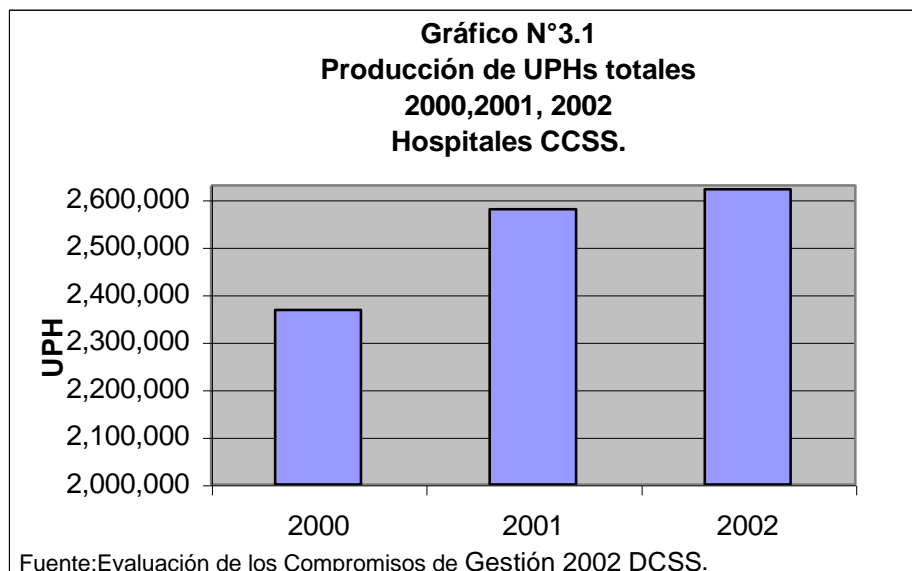
### 3.1 Análisis de la producción hospitalaria

La producción total de UPHs en los últimos tres años ha mantenido una tendencia sostenida al aumento (gráfico N°3.1), en el año 2002 se producen 2 621 757 UPHs, siendo mayor a la del 2001 en un 1,6% y a la del 2000 en un 9,6%.

Del total de UPHs producidas en el 2002, los hospitales nacionales aportan el 35,8%; los regionales, el 32,6%; los periféricos tipo 3, el 9,89%; los periféricos tipos 1 y 2, el 8,27%; y los especializados, el



13,46%. Según el área de atención, hospitalización aporta el 58,8% de las UPHs producidas, consulta externa el 25,9% y urgencias el 15,5%.

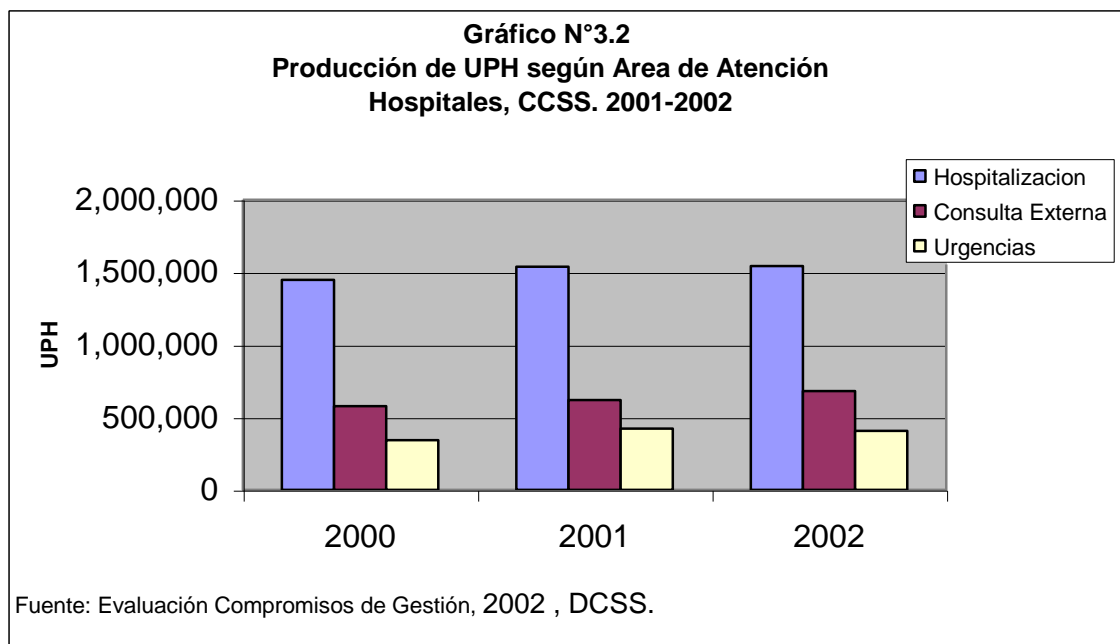


El gráfico N°3.2 muestra la producción total lograda en UPHs por los 29 hospitales según el área de atención y cuyo comportamiento se describe a continuación:

### ANÁLISIS POR ÁREA DE PRODUCCIÓN

- Hospitalización: se incluyen dentro de este rubro los egresos de los servicios<sup>1</sup> de medicina, cirugía, obstetricia, ginecología y pediatría / neonatología. La producción de UPHs total de estos servicios ha oscilado entre 1 448 472 y 1 542 455 UPHs en el periodo de análisis, con tendencia al aumento: un 6% en 2000-2001 y un 1% en 2001-2002. Analizando el dato como volumen de egresos del 2001 al 2002, se observa un descenso del 0,31% que representa una disminución total de 924 egresos en el 2002.
- La Consulta externa tiende al aumento, tanto en términos de UPHs, como de volumen de consultas, con un incremento de UPHs de un 9%. Relacionando 2002 con el 2001, lo anterior responde al esfuerzo hecho por los proveedores en gestionar la atención ambulatoria con lo que se ha podido influir positivamente en la oportunidad del usuario al acceso de los servicios especializados.
- Fenómeno opuesto al de consulta externa es el observado en el área de urgencias, donde hay un descenso, en el 2002, de un 3,8% en relación con las UPHs producidas en el 2001.

<sup>1</sup> Léase para hospitales nacionales, departamento o sección.



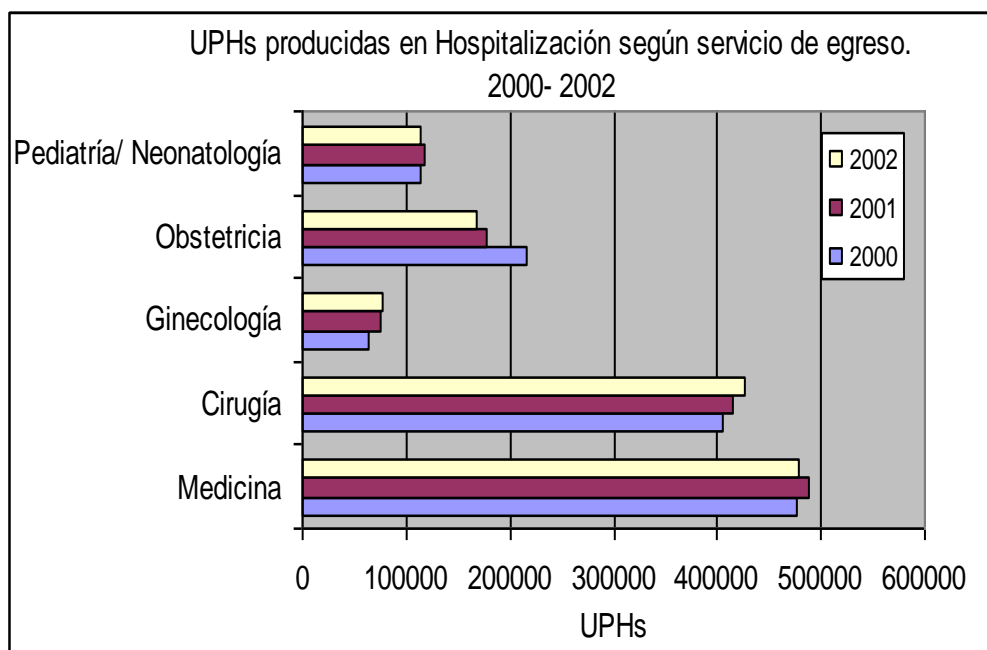
Analizando la producción de UPHs según servicio de egreso (gráfico N°3.3), se observa un descenso en los servicios de Obstetricia y Pediatría el cual se explica por el efecto que causa la estrategia implementada en Costa Rica en materia de control de la natalidad desde hace varias décadas y que, para el año 2002, se traduce en 5600 nacimientos menos con respecto al año 2001.

En el servicio de obstetricia, el descenso en términos de UPHs es del 4% menos (3 903 egresos) del 2000 al 2001 y 5% menos (9 209 egresos) del 2001 al 2002.

En los servicios de Cirugía y Ginecología la tendencia es al aumento de la producción de UPHs, se observa que en el servicio de cirugía se obtuvo un aumento del 2,6% del año 2000 al 2001 y un 2,4% del año 2001 al 2002. En el servicio de Ginecología el aumento es de un 15% del año 2000 al 2001 y un 3,10% del año 2001 al 2002, hecho que va de la mano con el propósito de la compra, que es estimular la producción en las especialidades quirúrgicas y de esta forma incidir en las listas de espera de estos servicios.

El servicio de medicina mantiene su producción en UPHs prácticamente sin variación en el periodo analizado.

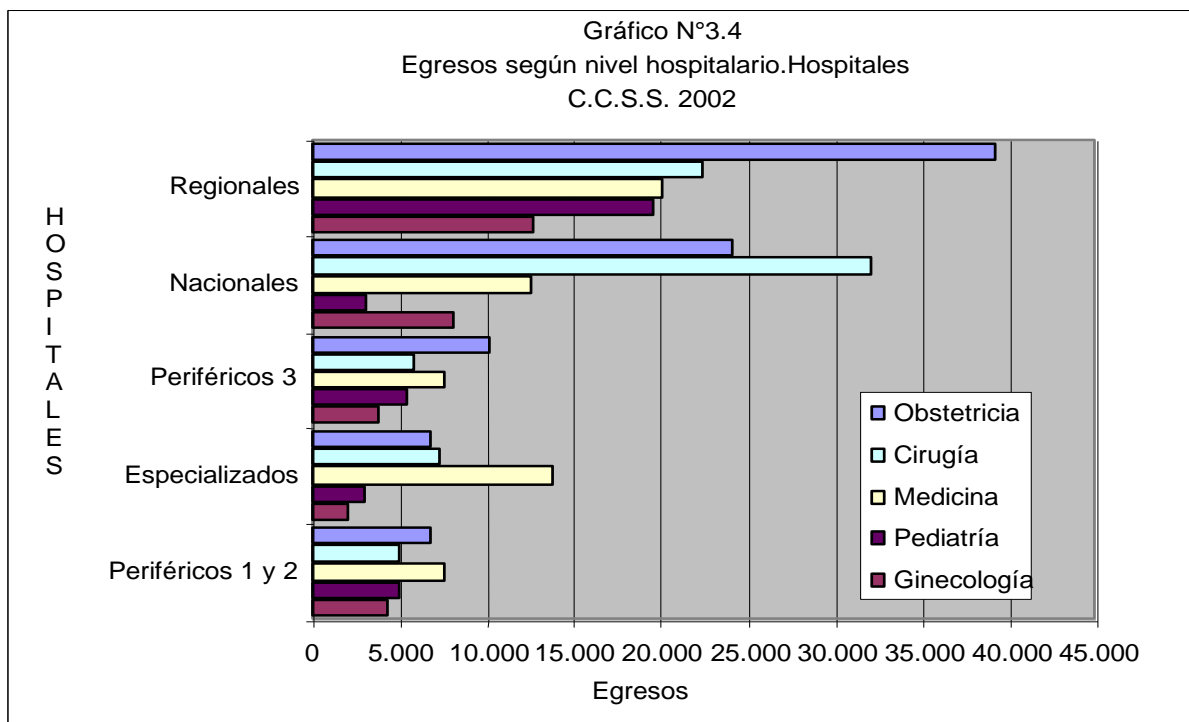
Gráfico 3.3.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión, 2002, DCSS.

**3.1.1 Volumen de producción lograda según área de atención: egresos, consulta externa, urgencias y cirugía ambulatoria.**

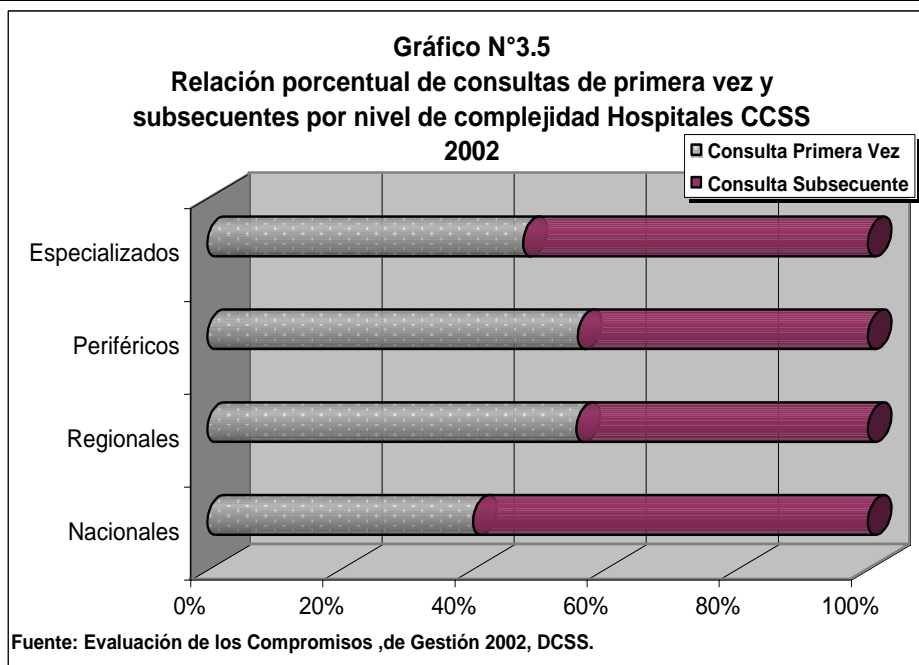
En el gráfico N°3.4, se observa la tendencia que tienen los hospitales nacionales a producir más egresos en cirugía, dato que puede relacionarse en parte con la cantidad de camas asignadas a la Sección de Cirugía que dobla el número de camas asignadas a la Sección de Medicina, es importante tener presente esto, sobre todo al analizar el tema de listas de espera para cirugía electiva. Por otro lado, obsérvese que los hospitales regionales y periféricos continúan con una producción de egresos orientada hacia la atención materno-infantil.



En consulta externa, se logra una producción total de UPHs de 679 621 en el 2002, los productos comprados en este rubro son: consultas especializadas (primera vez y subsecuente), odontología, consulta dada por otros profesionales y consulta de medicina general (aún hay hospitales que mantienen este tipo de consulta); la consulta especializada, en sus modalidades de primera vez y subsecuentes, tiene un papel preponderante (con un 85% de las UPHs logradas), dentro de la producción en esta área de atención.

Cabe mencionar que la producción lograda en consulta de primera vez en el año excede lo pactado en un 15% (125 743 consultas), como se mencionó, esto repercute positivamente en la oportunidad del usuario al acceso a la atención especializada.

En el gráfico N°3.5, se muestra el comportamiento señalado anteriormente: los hospitales nacionales establecen una relación porcentual de 40/60; los hospitales regionales, de 56/44; los hospitales periféricos, de 56/44; y los especializados, de 48/52.



La producción que se realiza en los servicios de urgencias, tiende al descenso, sobre todo en los hospitales generales nacionales y regionales y en los hospitales especializados, lo que representó, en el 2002, un 4% menos de UPHs que las producidas en el 2001. En un servicio donde la producción está determinada, en un alto porcentaje, por la libre demanda, es importante este descenso, ya que podría estar reflejando una mayor eficiencia en el desempeño de las áreas de salud así como una mejor respuesta de la red de servicios.

En cuanto a cirugía ambulatoria, en los últimos tres años, la Dirección de Compra viene haciendo grandes esfuerzos en la negociación de esta producción en aras de sumarse a la estrategia implementada por la institución en cuanto al estímulo para aumentar esta producción.

Aunque no tan rápido como se desea que se produzca este incremento, puede observarse en el cuadro N°3.1, donde se hace una relación del total de intervenciones realizadas en el servicio 6 (cirugía ambulatoria) con el total de intervenciones quirúrgicas realizadas, cómo se ha comportado la cirugía ambulatoria en el periodo 2001-2002, la cual se incrementa en un 1,1% en el 2002.



Cuadro N°3.1  
Porcentaje de cirugía ambulatoria en relación con el total de cirugías realizadas  
Hospitales, CCSS, 2001- 2002

	2001	2002
Total de cirugías realizadas*	148 164	150 394
Total de cirugías realizadas en los servicios de cirugía ambulatoria	29 599	31 658
Porcentaje de cirugía ambulatoria	19,9	21,1

Fuente: Evaluación de Compromisos de Gestión, 2002. Dirección de Compra de Servicios.

\* Incluye las cirugías realizadas por todos los servicios.

### 3.2 Análisis de los indicadores de gestión de la actividad y gestión de la calidad de índices quirúrgicos

#### 3.2.1 Índice operatorio del Servicio de Cirugía

La finalidad de este indicador es medir el rendimiento de los servicios de cirugía. Este índice toma el diagnóstico de la primera intervención quirúrgica que aparece en la hoja de egresos sobre el total de egresos de servicio de cirugía.

Aunque este índice se refiere a las intervenciones realizadas por el Servicio de Cirugía, se debe comentar que él no refleja toda la producción quirúrgica que su personal realiza, ya que en su construcción no se incluyen aquellos pacientes a quienes se les realizó una intervención quirúrgica, pero egresan por el servicio de medicina, lo que corresponde aproximadamente a un 5%. Esto se refiere a los egresos cuya intervención quirúrgica no ocupa un primer lugar como diagnóstico en la hoja de egreso hospitalario; igual situación se da en los casos de procedimientos que requieren de anestesia y se realizan en los quirófanos, consumen tiempo y recursos de los servicios de cirugía, pero no se reflejan en su producción ya que dicho evento no ingresa como primer diagnóstico de egreso, por lo tanto el SES (Sistema Estadístico de Salud) no lo capta.

Para el año 2002, el total de hospitales logra alcanzar un índice operatorio promedio de 73,3 %. Los resultados, según nivel hospitalario, son los siguientes: hospitales especializados en su conjunto logran el índice operatorio más alto (93,8%), seguido por los hospitales periféricos 3 con un 78%, los regionales con 73%, los nacionales con un 70,7% y, por último, los periféricos 1 y 2 alcanzan un 60,1%.

Al comparar este índice con el alcanzado en el año 2001, se nota una disminución de 1,7%; sin embargo hay que aclarar que para su cálculo en el 2002 se excluyeron algunas intervenciones cuyo diagnóstico corresponde a cirugía menor y procedimientos ambulatorios, hecho que puede explicar este descenso.



Según los datos suministrados por los hospitales, del total de pacientes que ingresan para ser operados, cuya vía de ingreso es a través de la consulta externa, solamente se opera el 75,6%, cifra por debajo de la esperada (90%), partiendo de la premisa de que a estos pacientes se les ha programado previamente la cirugía y, supuestamente, ingresan con todos los requisitos preoperatorios. Cabe destacar que por esta vía de ingreso, el rango de índice operatorio oscila entre un 53,6% y 89,9%, estando muy cerca de la meta del 90% los hospitales San Francisco de Asís, Upala, Los Chiles, Max Peralta y Tony Facio; los más bajos se observan en los hospitales Monseñor Sanabria (53,6%) y el Rafael A. Calderón Guardia (68%).

El índice quirúrgico promedio obtenido de los pacientes que ingresan al Servicio de Cirugía por urgencias fue de 64,9%, porcentaje esperado, debido a que en gran parte de estos pacientes el diagnóstico no es quirúrgico, como, por ejemplo, las pancreatitis, los sangrados digestivos, etc. Algunos hospitales que alcanzan índices operatorios superiores al 75% son: el Calderón Guardia (76,3%), Tony Facio (78,9%) y el Max Peralta (89,2%).

Dentro de los factores citados por los hospitales como elemento que interfieren en el logro de este índice, está la suspensión de las cirugías por las causas que se mencionan a continuación:

- Programación de las cirugías: no se toma en cuenta el tiempo de duración de la intervención, ausencia del médico cirujano (por presentarse a cirugía de emergencia) o bien no se cuenta con personal de anestesia.
- Falta o falla de materiales y equipos.
- Inadecuada valoración preoperatorio de los pacientes.

### **3.2.2 Porcentaje de cesáreas**

El porcentaje 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 cual conlleva a una serie de riesgos, tanto para la madre, como para el producto, y obliga a 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 21,9% para el año 2002. El rango en que se mueve este índice es entre 13,8 (Ciudad Neilly) y 30,1 (Hospital San Carlos).

Al realizar un análisis del comportamiento del índice de cesáreas a través del tiempo en los últimos tres años (gráfico N°3.6), se aprecia que las variaciones son mínimas sin tendencia al incremento. El promedio trianual es de 22 % y sólo 7 Hospitales permanecen por encima de esta cifra en su promedio de 3 años: Calderón Guardia, México, San Rafael de Alajuela, San Carlos, San Vicente de Paúl, Carlos Luis Valverde y Golfito.

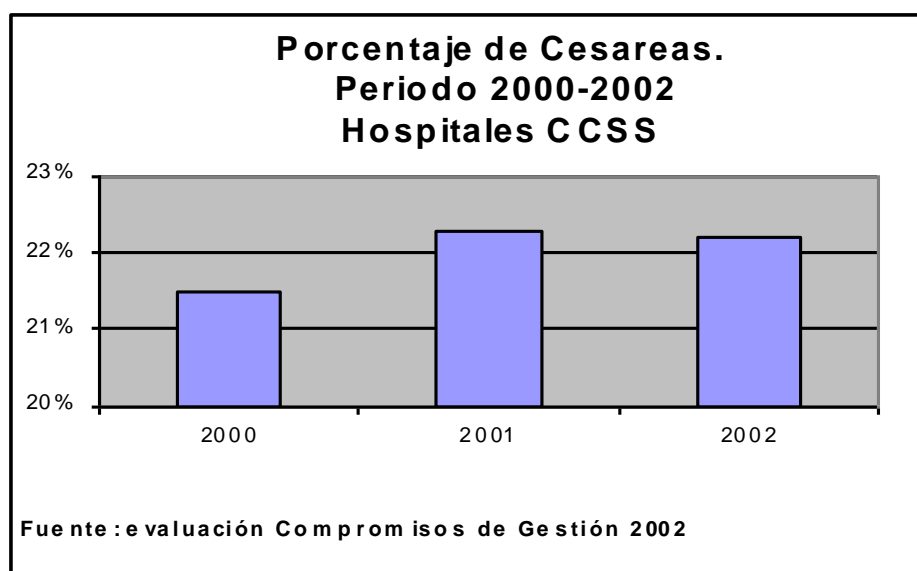
El Hospital de las Mujeres no se comporta de manera diferente al resto de los hospitales lo que podría explicarse por el hecho de que este centro, aunque especializado, no recibe referencias de otros hospitales regionales o periféricos, sino que, básicamente, atiende a la población correspondiente al área de atracción, por lo que las pacientes que tienen el parto en este centro no son pacientes de mayor riesgo.



Los principales motivos para la realización de cesáreas reportados son:

1. Desproporción céfalo pélvica.
2. Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto.
3. Presentación de nalgas.
4. Sufrimiento fetal.

Gráfico N°3.6



### 3.2.3 Estancia preoperatoria:

Dentro de los hospitales nacionales, el de mayor estancia preoperatoria promedio es el Hospital México (4,2 días); y el de menor, el Hospital Calderón Guardia (3,4 días).

Por especialidad, las que mayor estancia preoperatoria tienen son: ortopedia, neurocirugía, otorrinolaringología, urología y oncología, sobrepasando en su mayoría los 4 días. En este análisis, llama la atención la diferencia mostrada entre las especialidades en los diferentes centros, como es el caso de cirugía reconstructiva que en el Hospital San Juan de Dios tiene una estancia de 1,52 días, mientras que en los otros hospitales supera los 4 días de estancia.

Los hospitales regionales que mayor estancia preoperatoria presentan son el Monseñor Sanabria (2 días) y el Enrique Baltodano (2 días). El Hospital San Rafael es el de menor estancia preoperatoria (0,68 días).

En cuanto a la composición de estos promedios por especialidades, las de mayor estancia son neurocirugía con un promedio de 4,49 días, seguida por urología con un promedio de 2,95 días; las de menor estancia son oftalmología, otorrinolaringología y ortopedia.



En el grupo de los hospitales periféricos 3, el Hospital William Allen presenta la estancia preoperatoria promedio más alta (1,2 días). Los hospitales de La Anexión y Guápiles tienen las estancias más cortas, ambos logran 1 día como promedio, con lo que alcanzan la meta pactada para el 2002. Por especialidades, en este nivel las que mayor estancia tienen son: cirugía general (1,4 días), ortopedia y otorrinolaringología (1,2 días).

### **3.2.4 Listas de espera en Consulta externa y Cirugía electiva**

La gestión de las listas de espera sigue siendo 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 salud y satisfacción de los ciudadanos. En la evaluación del Compromiso de Gestión 2002 de los hospitales, se destacan las listas detalladas a continuación:

- Tiempo de espera por especialidad en la consulta externa

Los hospitales nacionales (Anexo 3.1) son los que presentan el mayor volumen de listas de espera (más de 90 días); en el 2002 el Hospital San Juan de Dios ocupó el primer lugar con nueve especialidades con lista de espera, destacándose vascular periférico con 470 días, oftalmología con 240 días y urología con 200 días. Otras especialidades con tiempos prolongados en este hospital son: rehabilitación, ginecología, cirugía general, cardiología, nefrología y endocrinología.

En el Hospital México, debe mencionarse que la especialidad con tiempo más prolongado de espera es oftalmología, con 290 días, siguiéndole urología con 240 días, ortopedia con 180 días.

El Hospital Calderón Guardia muestra cinco especialidades con lista de espera en la consulta externa donde ortopedia es la que presenta el tiempo de espera más prolongado (140 días); le siguen en orden de frecuencia ORL, medicina nuclear, urología y neurología, oscilando éstas entre los 100 y los 130 días.

Sobre los hospitales regionales, debe mencionarse que la especialidad con tiempo de espera más prolongado en consulta externa es oftalmología, en el Hospital Enrique Baltodano sobrepasa los 490 días y en el Hospital de San Carlos alcanza los 370 días. Urología es la que le sigue, con 370 días en el Hospital Tony Facio. Con cifras sobre los 290 días, están fisioterapia, en el Hospital de San Carlos; ortopedia, dermatología y neurología, en el Hospital Monseñor Sanabria; y cirugía, en el Hospital Escalante Pradilla. Estas se mencionan como casos extremos, pues existen otras especialidades con lista de espera mayor a 90 días, pero menor a 290 días (en los hospitales antes mencionados y el resto de los hospitales regionales), cuyo detalle se presenta en el Anexo 3.2.

Los hospitales periféricos muestran también especialidades con tiempos de espera prolongados; son de destacar, con periodos superiores a los 190 días, ortopedia en el Hospital San Francisco de Asís, ginecología en el Hospital Tomás Casas, oftalmología en el Hospital de Ciudad Neilly, psiquiatría en el Hospital de Guápiles y Urología en el Hospital Carlos Valverde Vega (Anexo 3.3).

Con respecto a los procedimientos de diagnóstico en Consulta externa, las especialidades que sobrepasan los 90 días y que presentan un tiempo promedio de 6 meses de espera son gastroscopía, ecocardiograma y prueba de esfuerzo, ultrasonido ginecológico, colposcopia y audiometría; además, en condición similar están mamografía, ultrasonidos y gammagrafías. El tiempo de espera para



colposcopías es inferior a los 60 días en la mayoría de los hospitales y algunos, como el Calderón Guardia, San Vito de Coto Brus y La Anexión, no tienen lista de espera. El mayor tiempo de espera lo tiene el Hospital San Vicente de Paúl con 150 días, seguido por el México con 120 días.

- **Tiempo de espera por especialidad en cirugía electiva.**

En los hospitales nacionales se observan tiempos de espera en cirugía electiva realmente preocupantes, los cuales sobrepasan los 490 días en las siguientes especialidades: neurocirugía en el Hospital Calderón Guardia y vascular periférico en los hospitales San Juan de Dios y México.

También son de consideración, con tiempos de espera por encima de los 290 días, ortopedia en el Hospital México y cirugía de tórax en el San Juan de Dios (Anexo 3.4). Deben mencionarse, además, especialidades como: cirugía maxilo-facial, cirugía general, oftalmología, urología y cirugía reconstructiva en el Hospital México con listas de espera entre los 90 y 200 días. En los hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia también se encuentran especialidades en la condición anterior, tales como cirugía general, oftalmología, cirugía reconstructiva, cirugía cardiaca, ORL y oncología.

Dentro de los hospitales regionales, destacan las especialidades de vascular periférico en los hospitales San Carlos y Tony Facio, ORL en el Hospital en el Hospital Max Peralta, ortopedia y cirugía general en el Hospital San Vicente de Paúl, todas estas con listas de espera sobre los 290 días. Otras especialidades que presentan dificultades en otros de los hospitales regionales son: Odontología especializada, ORL, ortopedia, cirugía general, urología y oftalmología (Anexo 3.5).

En los hospitales periféricos solamente hay listas de espera sobre los 90 días en: ginecología y cirugía pediátrica en el Hospital de Ciudad Neilly, cirugía general en el Hospital de Guápiles y ortopedia en el Hospital San Francisco de Asís (Anexo 3.6).

### **3.2.5 Infecciones intrahospitalarias**

Las infecciones intrahospitalarias son el producto de un funcionamiento poco eficiente en términos de calidad, dando como resultado un aumento de la morbilidad, la mortalidad y los costos. En la red hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, existen normas institucionales para la vigilancia, prevención, control y manejo de las infecciones nosocomiales, cuyo objetivo es obtener una mejor gestión y calidad de la atención.

En el gráfico N°3.7 se muestra los porcentajes de infecciones intrahospitalarias por nivel de complejidad y cuyo promedio nacional está en 1,6 %.

Existen limitaciones claras para el análisis de las infecciones como indicador de calidad, tales como el subregistro de la información derivado de las diversas formas de registrar el dato, variabilidad en criterios de clasificación, poco compromiso del personal de salud para el reporte de los eventos, bases de datos limitadas a cuatro diagnósticos.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**

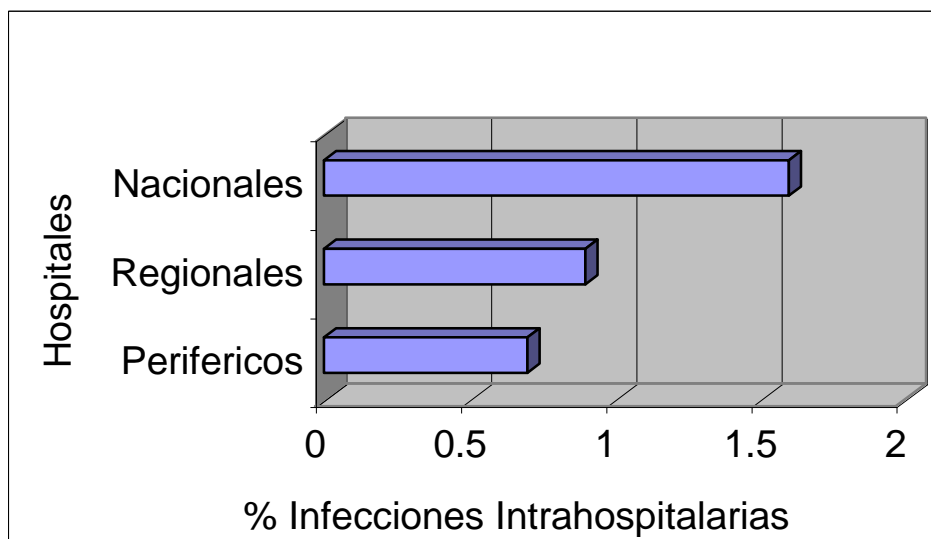


---

En relación con la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias, la mayoría de los hospitales evaluados se limitan a realizar medidas generales como lavado de las manos, técnicas de asepsia en procedimientos médicos y técnicas de asepsia médica y quirúrgica.

Cabe mencionarse que, además, existe variabilidad en la estructura organizativa (representatividad, compromiso del personal, recursos económicos y humanos) del programa de vigilancia en los diferentes comités delegados por hospital.

**Gráfico No 3.7**  
**Porcentaje de infecciones intrahospitalarias**  
**según nivel hospitalario**  
**CCSS, 2002**



Fuente : Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación compromiso de gestión 2002.

### 3.2.6 Mortalidad hospitalaria

Desde el punto de vista de calidad de la prestación de los servicios en los centros de salud, y, específicamente, en los centros hospitalarios, uno de los indicadores usados es la mortalidad hospitalaria. El comportamiento de esta en los últimos tres años ha variado en 0,1%, donde en el año 2000 se obtuvo un 2,06%, el año 2001 presentó un 2,17% y en el año en estudio es de un 2,10%

Es importante mencionar que los datos presentados difieren con respecto a la información que suministra el Departamento de Información de Estadísticas de Servicios de Salud, ya que dicho departamento toma, dentro del cálculo del denominador para calcular la mortalidad hospitalaria, los egresos hospitalarios propiamente dichos, la cirugía mayor ambulatoria y lo que se denomina producción de otros centros (incluye producción de áreas de salud), mientras que, para el presente análisis, el denominador se construye, estrictamente, con el dato de egresos hospitalarios, además, no incluye los datos de los últimos 3 meses del Hospital Nacional de Niños, pues al momento de la elaboración de este documento no estaban disponibles.

Antes de analizar la mortalidad materno-infantil hospitalaria, debe mencionarse que “Costa Rica ha presentado en las pasadas décadas un importante descenso de la mortalidad infantil y de la mortalidad en la niñez. La tasa de mortalidad infantil de 10,2 alcanzada en el año 2000 marca el punto más bajo de este indicador en toda la historia nacional. Durante los años setenta el país experimentó un pronunciado descenso en la tasa de la mortalidad infantil, la cual disminuyó de niveles cercanos a los 70 por mil nacidos vivos al inicio de la década, hasta 20 por mil en el año 1980.



Este descenso se ha asociado en diversos estudios a la extensión de los servicios de salud en el ámbito nacional. En términos de causa, la baja obedece a la disminución de las diarreas e infecciones respiratorias agudas”.

La evolución de la tasa de mortalidad infantil nacional es la siguiente: para el año 2000 fue de 10,2, como se mencionó, la más baja de nuestra historia; para el año 2001, de 10,8; y para el año en estudio, de 11,15.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil hospitalaria, esta presenta el siguiente comportamiento: en el año 2000 es de 8,39 defunciones por mil nacimientos en los centros hospitalarios, en el 2001 es de 9,34 defunciones y en el año en estudio se reportó 8,93 defunciones por 1000 nacimientos.

Con respecto a la mortalidad materna, se reportan 10 muertes, catalogadas como muertes maternas en el ámbito hospitalario para el año 2002, representando una tasa de 14,76 por 100 000 nacidos vivos. El 82,8% de la muertes maternas fueron analizadas en todos los centros hospitalarios y se realizó en este mismo porcentaje la retroalimentación a los otros niveles que conforman la red.

### **3.2.7 Reingresos hospitalarios**

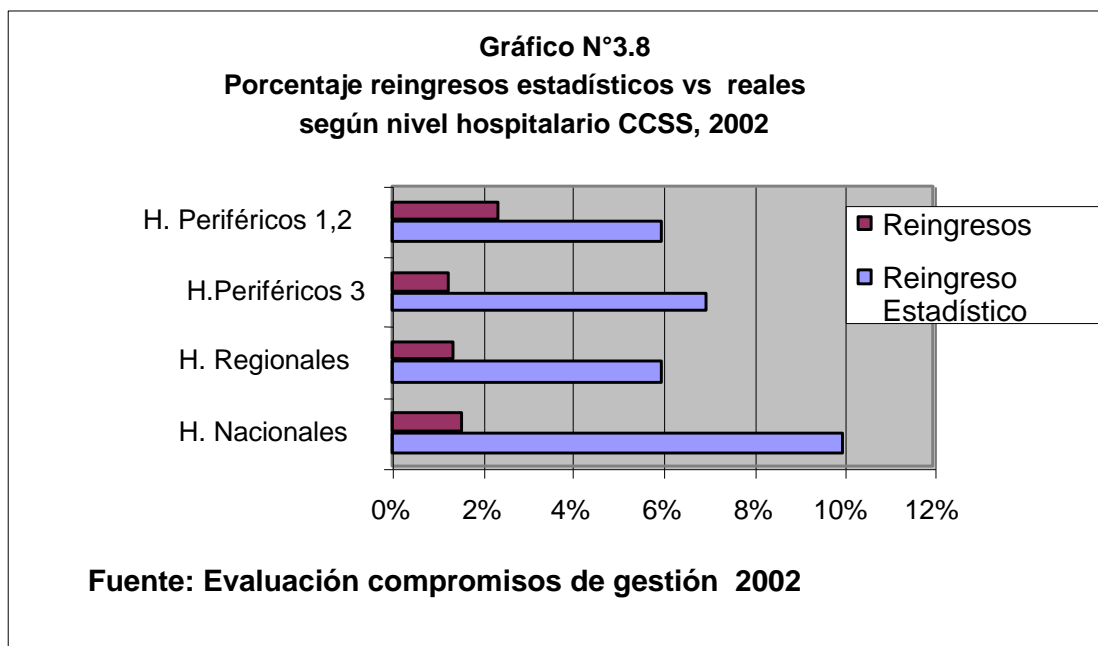
El registro y análisis de los reingresos de todos los servicios de hospitalización se realizan en un 93% de los hospitales del país (excepto el Hospital Max Teran, Hospital San Francisco de Asís y Hospital México). Este dato es importante ya que el objetivo de este indicador es reducir los reingresos, lo que mostraría una mayor calidad en la atención hospitalaria, que trae consigo menor promedio de estancias, mayor oportunidad a otros usuarios; con el correspondiente impacto económico en términos absolutos o como expresión de su costo oportunidad para otros pacientes.

Otro resultado de este indicador es la diferencia entre el porcentaje de reingresos estadísticos<sup>2</sup> y el de los reingresos reales, lo cual se observa en el gráfico N°3.8, el cual presenta que aproximadamente del 5 al 10% de los pacientes que ingresan en cualquier hospital tienen más de una hospitalización al año. Desde el punto de vista de los reingresos reales, este dato oscila entre el 0,5 y 2,5%, donde el porcentaje más alto se observa en los hospitales periféricos tipo 1-2.

Las diferencias en los porcentajes de reingresos entre hospitales, e incluso entre países, presentan una amplia variabilidad por lo que la dimensión del problema no es fácil de cuantificar. Esta variabilidad está influenciada en Costa Rica por la diferente interpretación del concepto de “reingreso real” por parte de los distintos proveedores, así como a la presencia de factores de diversa índole que influyen en la aparición de este evento tales como sociodemográficos( estructura de la población, nivel socio-económico y cultural) y otros atribuibles al propio paciente y su situación clínica en el momento del ingreso inicial o bien a factores que dependen de la organización de la red de servicios y la continuidad del proceso de atención que se le da al paciente tras el periodo de hospitalización.

---

<sup>2</sup> Todo ingreso que se dé en los 30 días posteriores, independiente del diagnóstico, o aquel ingreso después de 30 días por el mismo diagnóstico.



### 3.2.8 Comisión interniveles

Las comisiones interniveles que se logran integrar en el país han elaborado un plan de trabajo que contempla: lineamientos, ejes de acción y sus prioritizaciones. Las temáticas que han desarrollado y que deben enumerarse son:

- Listas de espera
- Epicrisis y contrarreferencias
- Análisis y aplicación de protocolo, en especial relacionados con el traslado de pacientes
- Integración de las comisiones locales de incapacidades
- Resolución de problemáticas específicas en relación con atención en especialidades médicas y servicios de apoyo.

Dentro de las debilidades identificadas en esta evaluación con respecto a estas comisiones, se pueden enunciar: la necesidad de lograr una verdadera integración de la red en la solución de su problemática, se deberá incorporar el componente de flujo de información de la red que permita la retroalimentación entre los niveles. Se hace necesaria la protocolización de la atención en red en sus diferentes niveles, si bien es cierto que el componente hospitalario de cada comisión asume la responsabilidad de coordinación de la misma, es necesario definir un orden dentro de la estructura institucional que le dé soporte a las decisiones y acciones realizadas en el seno de la comisión.



## 4. RESULTADO POR ÁREAS

### 4.1. Cobertura a nivel nacional

A nivel nacional, se observa una cobertura global de un 55% considerando los programas preventivos y curativos en el primer nivel de atención. Lo anterior demuestra el esfuerzo realizado en aumentar la accesibilidad a los servicios básicos de salud por parte de la población costarricense.

Al comparar con el año anterior notamos que esto representa aproximadamente 120 000 personas más que acceden a los servicios de salud, sin tomar en cuenta los que son atendidos en otros niveles.

En el año 2002, en la evaluación se midió la cobertura total y con calidad, entendiéndose la primera como las atenciones de primera vez en el año, en el programa respectivo, con relación al grupo poblacional correspondiente (aspecto cuantitativo), y la segunda, como el cumplimiento de criterios mínimos establecidos en la norma de atención integral por programa (aspecto cualitativo).

Es relevante el hecho de que la brecha entre las coberturas totales y con calidad han disminuido, lo que implica una mejoría en la calidad de la atención.

En las coberturas totales, este año se observa a nivel nacional un ligero aumento en relación al año anterior, específicamente en la captación temprana de niños menores de 28 días y en la atención integral a niños y niñas de uno a menos de seis años, la atención a la mujer gestante y del adolescente, presentaron un comportamiento muy similar en cobertura total al año anterior.

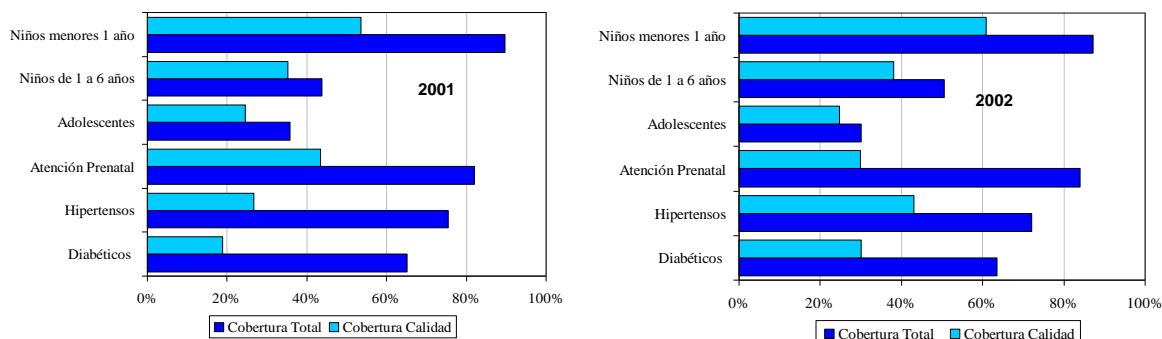
El resto de los programas presentan una leve disminución en la cobertura total, que podría estar relacionado con registros de mejor calidad que han evitado, entre otras cosas, la duplicidad de personas.

Por otro lado, y como lo demuestra el gráfico No.1, las coberturas con calidad presentan avances importantes en este mismo período, superiores a las mostradas en años anteriores, lo que resulta evidente en el abordaje de la captación temprana del recién nacido, atención del niño menor de un año, atención del paciente crónico (diabéticos e hipertensos). Por otra parte, el programa de control prenatal presentó una disminución en la cobertura con calidad con respecto a años anteriores, básicamente a expensas del incumplimiento del criterio de educación.





**Gráfico No. 1**  
**Coberturas nacionales por programa de atención**  
**2001 - 2002**



**Fuente:** Evaluación compromisos de gestión 2001 - 2002. Dirección Compra Servicios de Salud

#### **4.1.1 Atención integral del niño y la niña**

El bienestar de este grupo etario ha sido históricamente importante para el país y la institución, teniendo cobertura total y con calidad elevada en todo el país.

Asimismo, las principales causas de consulta por enfermedad en los niños, son las infecciones respiratorias, diarreas y anemia; todas ellas entidades prevenibles si se trabaja sobre los factores condicionantes que las desencadenan, tales como el estado nutricional, la condición de vivienda y ambiente, el nivel de educación y la condición socio-económica, la cobertura de agua potable, el estímulo de lactancia materna, la profilaxis del hierro y antiparasitaria. Razones por las cuales se justifica que se deba seguir trabajando con este grupo etario, ya que se encuentra en la primera etapa del ciclo de vida y se considera fundamental para el desarrollo futuro de las personas, principalmente en los primeros 3 años de vida.

La cobertura total de captación temprana alcanzada en la atención de los niños y niñas durante sus primeros 28 días, en el nivel nacional, fue de 61%, superior al logrado el año anterior, cuando se ubicó en 56%. La cobertura con calidad fue de 52%, porcentaje que supera el 38% alcanzado en el año anterior.

Con relación a las atenciones de niños y niñas menores de un año la cobertura total nacional fue de 87%, programa que alcanzó en el año 2002 las mayores coberturas en comparación con el resto de los programas. La cobertura con calidad alcanzó el 61%, lo cual representa un aumento con respecto al año 2001 (53%), lo que significa que la mayoría de los niños captados son atendidos con calidad.

Con respecto a las coberturas totales del programa de atención integral de los niños y niñas menores de seis años, observamos un crecimiento, al pasar de 44% en el año 2001 a 50% en el año 2002. La cobertura con calidad de este programa ha venido evolucionando en los últimos años, ya que pasó de

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



---

25% en el año 2000 a 38% en el año 2002. Situación que muestra la importancia que se ha venido dando a este grupo etario por las implicaciones en el desarrollo futuro.

Se considera importante brindar al grupo de escolares un conjunto de actividades preventivas en salud que nos aseguren una atención integral, en escenarios alternativos que ofrezcan varias ventajas, entre ellas, como el hecho de ser un grupo cautivo y, por ello, la posibilidad de realizar estas actividades con mayor facilidad en estrecha coordinación con los funcionarios de los centros de educación y el personal de los EBAIS.

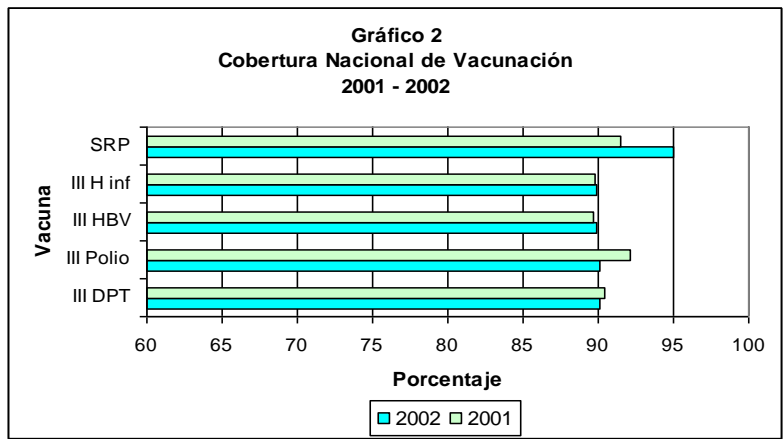
Los niños y niñas en edad escolar, de los grados 1º, 3º y 6º, son los que se benefician de este programa y reciben las siguientes valoraciones: agudeza visual, agudeza auditiva, revisión del esquema de vacunación, valoración nutricional según IMC (índice de masa corporal), profilaxis antiparasitaria y exámenes de hemoglobina y hematocrito, según lo establece la Norma de atención integral y el Manual de atención integral a los niños en el escenario escolar. Aquellos niños que presentan alguna alteración en cualquiera de las valoraciones son referidos directamente al EBAIS donde se les da el manejo y el seguimiento correspondiente.

Con respecto a la cobertura lograda en el escenario escolar observamos que, en promedio, el 79% de los niños matriculados en 1º, 3º y 6º grados de las escuelas del país, en su mayoría públicas, se abordaron en este programa, porcentaje que se mantuvo igual al alcanzado en el año 2001. En total, 179 167 niños se beneficiaron de estas actividades, lo cual representa una cobertura del 35% de la población escolar total del país.

Sabiendo que gran parte de los condicionantes de la salud del adolescente se generan en esta edad escolar y que la exposición temprana al riesgo de violencia, drogadicción e incluso maltrato es una realidad nacional, sería importante analizar la posibilidad de ampliar las acciones en el escenario escolar del programa de atención integral, valorar su pertinencia y el posible impacto de dichas acciones en la salud futura de estos niños.

El grupo de enfermedades prevenibles por vacunación, importantes en el país hace algunas décadas, ha sido controlado y, en algunos casos, eliminado como causa de morbilidad. Esta situación se evidencia cuando se analizan, por ejemplo, las tasas de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles de las últimas tres décadas. El Programa de vacunación, que anteriormente estaba a cargo del Ministerio de Salud, y que actualmente ha sido trasladado a la CCSS, ha contribuido significativamente a la obtención y consolidación de estos resultados. Las coberturas de vacunación a nivel nacional fueron de un 91% cifra, que se mantienen similar a lo obtenido en años anteriores.

La cobertura nacional en SRP (Sarampión-Rubeola-Paperas) aumentó en 4% con respecto al año 2001, pasando de un 91% en el 2001 a un 95% en el 2002 mientras que la cobertura nacional de la III dosis de polio decreció en 2%, pasando de un 92% en el 2001 a un 90% en el 2002.



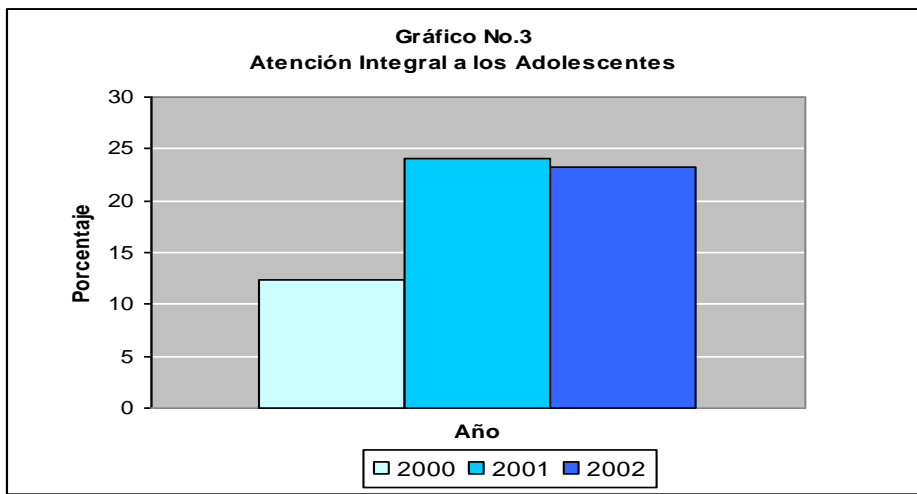
Fuente: Evaluación compromisos de gestión 2001 – 2002. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### 4.1.2 Atención integral del adolescente

Tradicionalmente este grupo ha sido apartado de la atención en los centros de salud, cuando imperaba el modelo biologista de la atención debido, principalmente, al escaso número de veces que ellos se enferman y, por tanto, van a consulta.

La cobertura total de estas atenciones en el año 2002 fue de 30%, aunque disminuyó un 5% con respecto al año anterior, esto podría obedecer al importante esfuerzo realizado en el año 2001, que duplicó la cobertura, situación difícil de mantener en el tiempo y que puede explicar el comportamiento actual.

La cobertura con calidad en el año 2002 fue de 23%, cifra que se mantiene similar al año anterior, cuando se logró un crecimiento notable con respecto al año 2000 (gráfico 3).





---

Fuente: Evaluación compromisos de gestión 2001 – 2002. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Por otra parte, en el año 2002, el 28% de los adolescentes del país fueron tamizados con el instrumento de clasificación de riesgo que, para tal fin, establece la Institución y, además, se les brindó el abordaje adecuado de acuerdo al riesgo establecido. Aunque estas cifras pueden parecer pequeñas, son un importante avance con respecto a datos históricos en la atención de este grupo de edad, teniendo en cuenta además las características particulares de demanda de este grupo poblacional.

#### **4.1.3 Atención integral de la mujer**

La cobertura total nacional de la atención prenatal se ubica entre una de las más altas de los diferentes programas que la Institución brinda a la población. Para el año 2002, la cobertura total nacional fue de 84%. Dicha cobertura se mantiene prácticamente igual a la alcanzada en el año 2001, la cual fue de 83% (690 mujeres embarazadas más que el año anterior).

Al analizar la cobertura con calidad, esta alcanza el 30%, porcentaje que representa una disminución con respecto al año 2001 que fue de 43%. El criterio de calidad que más contribuyó a este resultado fue el incumplimiento de temas de educación.

Dentro de la atención integral a la mujer, el tamizaje de cáncer de cérvix es una de las atenciones prioritarias, por ser la tercera causa de muerte de cáncer en las mujeres costarricenses. La tasa de mortalidad por este tumor, sin embargo, tiende a la disminución, según cifras de los últimos años, pasando de 9,06 por cien mil mujeres en el año 1994 a 7,70 por cien mil mujeres en 1998 (PASP 2001-2006, CCSS) y de 6,5 por cien mil mujeres en 2002 (Registro nacional de tumores). Esta situación puede considerarse como esperada debido al esfuerzo que ha hecho el país en los últimos años con acciones institucionales e intersectoriales dirigidas a atacar la problemática del cáncer de cérvix, lo que nos ha permitido una detección oportuna y temprana, hecho que se demuestra al observar el comportamiento de las tasas de incidencia del cáncer invasor en descenso.

Durante el año 2002, se logró una cobertura bianual, según lo indica la norma, en el grupo de mujeres de 15 a 35 años de 44% y de 52% para el grupo de mujeres mayores de 35 años. Estas cifras nos indican que alrededor del 50% de las mujeres se está realizando el PAP en los servicios de salud de la Seguridad Social.

En este sentido es importante aclarar que muchas mujeres acuden a la consulta privada para la realización del PAP, porque ofrece mayor privacidad y oportunidad en el reporte, sin embargo se desconoce la contribución que hace el sector privado en la cobertura nacional de toma de PAP; es necesario, entonces, hacer un esfuerzo investigativo a nivel nacional y conocer con exactitud la contribución de los sectores privados en estas coberturas con el propósito de no dejar vacíos o interrogantes que podrían generar una muerte evitable y sus crueles repercusiones.

#### **4.1.4 Atención integral del adulto y el adulto mayor**

La prevalencia mundial de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y las consecuencias directas que ellas tienen en la morbimortalidad de las poblaciones, las convierten



en verdaderos problemas de salud pública que deben ser abordados integralmente. Se calcula que para el año 2025 habrá en el mundo 135 millones de diabéticos. En nuestro país, se estimó en el año 2000 una prevalencia para la diabetes mellitus de un 5% y se espera que aumente a 7% en el año 2025 (PASP 2001-2006).

La Institución es consciente de la magnitud de este problema y, por ello, ha diseñado estrategias de detección y abordaje de estas patologías desde hace varios años. Asimismo, ha establecido como parte del Plan de atención a la salud de las personas 2001 – 2006, metas de mejora de la oferta de servicios que permitan prevenir, promocionar y detectar la diabetes mellitus, así como tratar oportunamente y brindar un adecuado seguimiento a estos pacientes.

La cobertura total nacional lograda en el año 2002 es de un 64%. Se observa que la cobertura con calidad experimentó un repunte con respecto al año anterior; para el año 2002, se logró el 30% de cobertura con calidad, 11% más que lo alcanzado en el año 2001 (19%).

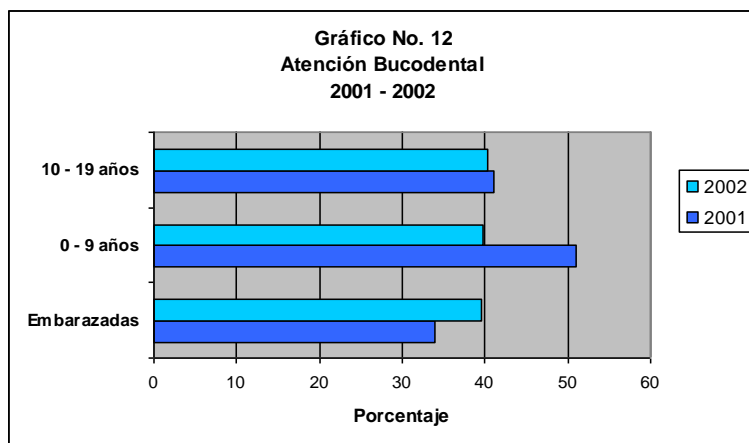
Por otra parte, la atención al paciente hipertenso alcanzó en el año 2002 una cobertura total nacional de 72%. La cobertura con calidad en el año 2002 alcanzó el 43%, con un crecimiento de 16% con respecto al año 2001 (27%).

Cabe destacar el esfuerzo institucional en la atención de enfermedades crónicas, hecho que definitivamente mostrará su impacto en un futuro cercano en las tasas y causas de mortalidad del país.

Con relación al tamizaje del adulto mayor, en el período 2000-2002, se obtuvo una cobertura total a nivel nacional de 76%, lo que permitió su abordaje de acuerdo con el riesgo encontrado. Se logró alcanzar el objetivo planteado ya que con esta actividad se tamizaron aproximadamente tres cuartas partes de los adultos mayores del país, meta inicialmente definida.

#### **4.1.5 Atención odontológica**

Las coberturas nacionales obtenidas en la atención odontológica preventiva para el año 2002, son similares a las del año anterior. Para este año, la cobertura alcanzada en el grupo de 0 a 9 años fue de 40%, inferior a la alcanzada en el año 2001, cuando se logró una cobertura de 51%. Sin embargo, debe hacerse mención del hecho de que, en el año 2002, la población meta aumentó con respecto a la población meta del año 2001, dado que todos los niños de 0 a 2 años fueron incluidos, grupo que no había sido considerado en el 2001. La cobertura del grupo de 10 a 19 años alcanzó en el 2002 un 40%, igual a la cobertura alcanzada en el 2001 (40%). Por otra parte, la cobertura nacional que se logró en el grupo de mujeres en período de gestación fue de 40%, cobertura superior a la obtenida en el año anterior, la cual fue de un 34%.



Fuente: Evaluación compromisos de gestión 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

Tomando en cuenta que las coberturas en niños menores de 1 año y atención prenatal superan el 80%, es evidente que se deben aprovechar las oportunidades de captación de estos grupos en la atención integral para mejorar la cobertura de atención odontológica e implementar acciones coordinadas con los centros de educación y personal de salud. En relación con el grupo de adolescentes cubrir los escenarios donde acuden con frecuencia (centros de enseñanza, escenario laboral, centros de salud reproductiva, clínicas del adolescente, etc.).

Esta atención odontológica preventiva muestra la intención institucional de inversiones, cuyos resultados los veremos en el futuro; sin embargo, frente a la situación de la salud bucodental del país, recientemente presentado por la Sección de odontología, parecía necesario incrementar aún más los esfuerzos y extenderlos a atenciones curativas para el adolescente y el adulto en el presente y contribuir así a una mejor calidad de vida de los ciudadanos.

## 4.2 COBERTURAS A NIVEL REGIONAL

### 4.2.1 Atención integral del niño y la niña

Todas las regiones avanzaron en la cobertura total de captación temprana del recién nacido con respecto al año anterior.

Como se presenta en el gráfico 4, las regiones que obtuvieron mayor cobertura total son la Pacífico Central y Chorotega con 79% y 74%, respectivamente; ambas superan el promedio nacional (64%). La región Huetar Atlántica iguala este promedio y el resto de las regiones se ubica por debajo del promedio nacional.

La que menor cobertura logra es la región Brunca con un 53%, pero, a la vez, es la región que más superó su cobertura al pasar de un 30% en el 2001 a un 53% en el 2002, le sigue la Huetar Atlántica

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**

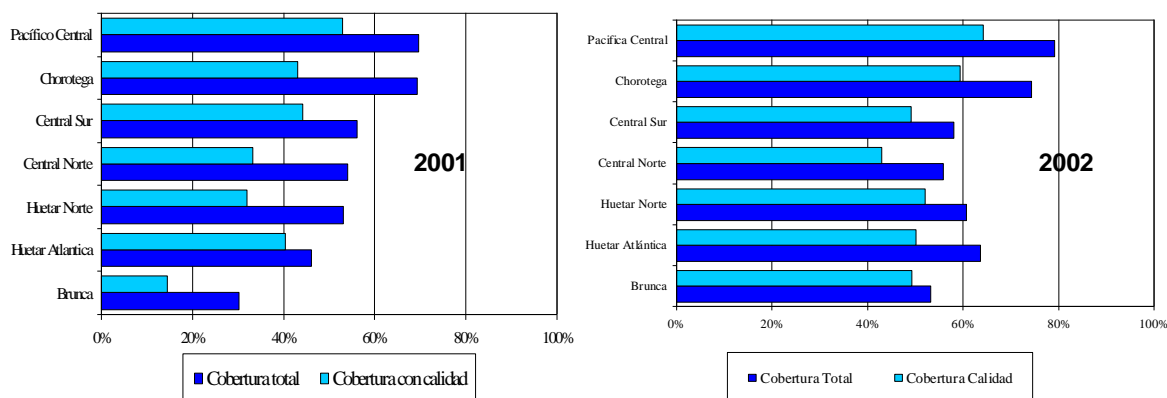


que ascendió un 18% con respecto al año 2001. Las regiones Central Norte y Central Sur presentaron el menor incremento con un 2%.

Con relación a la cobertura con calidad, todas las regiones progresaron en el año 2002. Las que tuvieron mayor incremento fueron la región Brunca y Huetar Norte con un 35% y 20% respectivamente en relación con el año anterior.

La región con mejor cobertura con calidad fue la del Pacífico Central (64%), seguida por la región Chorotega (59%); ambas superaron el promedio nacional (52%). La Huetar Norte se ubicó igual al promedio; la región con menos logro en cobertura con calidad fue la Central Norte con un 43%, mientras las regiones Huetar Atlántica y Brunca obtuvieron 50% y 49%, respectivamente. La región Brunca presentó un importante avance al superar la cobertura con calidad obtenida el año anterior, la cual fue de 14%.

**Gráfico No. 4**  
**Cobertura total y con calidad en captación temprana según región**  
**2001 - 2002**

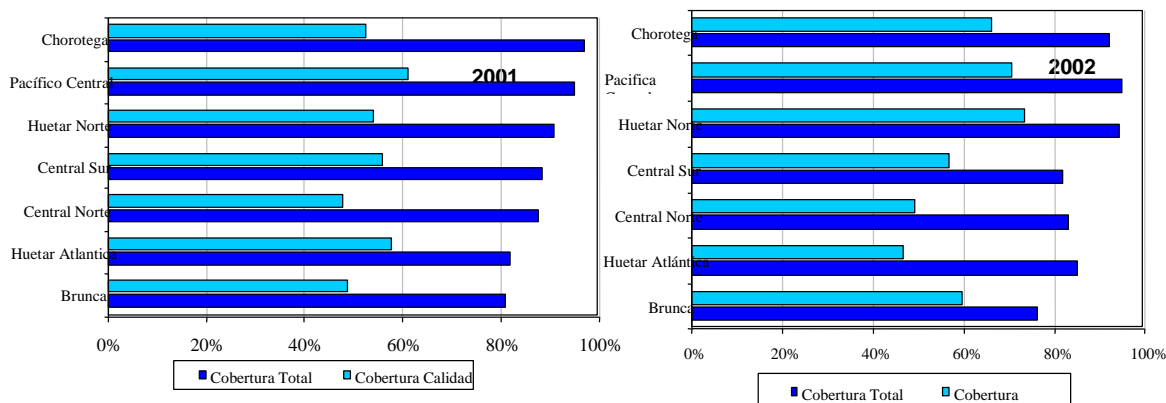


**Fuente:** Evaluación compromiso de gestión 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS

Todas las coberturas totales de niños y niñas menores de un año se mantuvieron similares al año anterior. En el año 2002, la mayoría de las regiones lograron mejorar la calidad de la atención integral de niños y niñas menores de un año. La región con mejor cobertura con calidad fue la Huetar Norte (74%), seguida por la del Pacífico Central (71%) y la región Chorotega (67%), todos por encima del promedio nacional (61%). Por debajo de este promedio, se ubican las regiones Central Sur con 57%, la Central Norte con 50% y la Huetar Atlántica que logró, a su vez, la menor cobertura del país con un 47%. Las regiones que obtuvieron un mayor incremento en la cobertura con calidad fueron la Huetar Norte y la Chorotega, las cuales obtuvieron incrementos del 20% y 13% respectivamente. Solamente la región Huetar Atlántica presentó un descenso en las coberturas con calidad de 11%, pasando de 58% en el 2001 a un 47% en el año 2002 (ver gráfico 5).



Gráfico No. 5  
 Cobertura total y con calidad en niños menores de un año según región  
 2001 - 2002



Fuente: Evaluación compromiso de gestión 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

El total de las regiones logró incrementar las coberturas totales de atención de niños y niñas de 1 a menos de 6 años, con respecto al año 2001. La región que ofreció la mayor cobertura fue la región Pacífico Central que logró un 62%, seguida por la región Chorotega con 59%; estas regiones son, además, las únicas que logran superar el promedio nacional (50%).

Las regiones que más progresaron en el periodo fueron: la Chorotega (59%) y la Huetar Norte (50%), esta última incrementó su cobertura total en un 9%, con relación al año anterior. La región Brunca alcanzó la menor cobertura del país (37%).

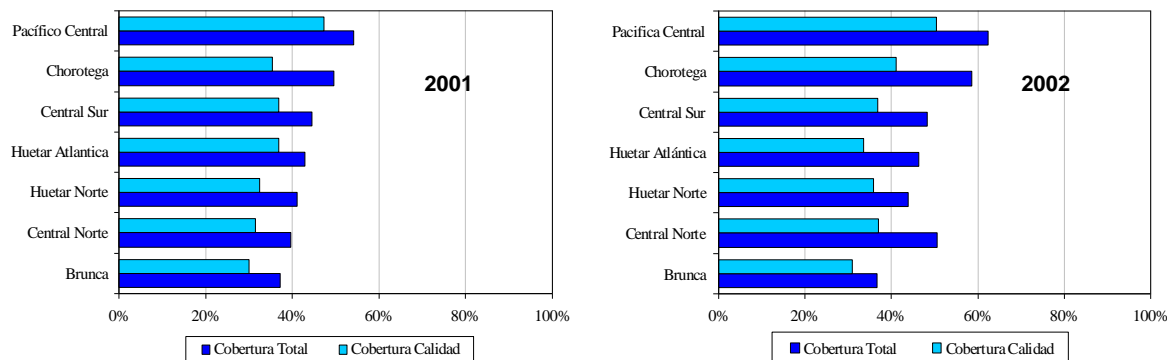
La región que obtuvo la mayor cobertura con calidad con respecto al promedio nacional (38%) fue la del Pacífico Central (50%), seguida por la región Chorotega (41%). El resto de las regiones se ubicaron por debajo del promedio nacional. Destaca la región Brunca como la de menor cobertura (31%), similar al año anterior.

En el año 2002, todas las regiones mejoraron la cobertura con calidad que habían alcanzado en años anteriores. La que más se superó fue la región Chorotega, que logró una cobertura con calidad 6% superior a la del año 2001 (ver gráfico 6).





**Gráfico No. 6**  
**Cobertura total y con calidad en niños de 1 a menos de 6 años según región**  
**2001 - 2002**



**Fuente:** Evaluación compromiso de gestión 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

La región Huetar Norte logró atender, en el escenario escolar, al 90% de los niños de 1º, 3º y 6º grados, siendo esta la mayor cobertura del país. Las regiones por debajo del promedio nacional (79%) son la Brunca y la Huetar Atlántica, ambas alcanzaron un 76%. Recordemos que estas poblaciones tienen las tasas más altas de población rural dispersa del país, lo cual podría ser una limitante en esta actividad.

Las regiones Pacífico Central y Chorotega son las que lograron obtener coberturas de vacunación por arriba del 95%, mientras que la Central Sur obtuvo la cobertura promedio en vacunación más baja, de un 82%. Hay que tomar en cuenta que en la región Central Sur existe una mayor oferta de servicios de pediatría privados.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



**Cobertura de Vacunación**  
**Compromisos de Gestión 2002**

	III DPT	III Polio	III HBV	III H inf	Dosis SRP	Cobertura promedio
Brunca	86.6	86.5	86.9	85.6	95	88.12
Chorotega	94.1	93.5	94.3	94.5	99.2	95.12
Central Norte	90.6	90.5	90.4	90.4	95.9	91.56
Central Sur	81.8	81.8	81.4	81.8	84.2	82.2
Huetar Atlántica	86.8	87.2	85.8	86.3	98	88.82
Huetar Norte	93.2	92.6	92.5	92.4	96.8	93.5
Pacífico Central	97.9	98.5	98.3	98.5	96.1	97.86
<b>Nacional</b>	90.14	90.09	89.94	89.93	95.03	91.03

Fuente: Compromisos de Gestión 2002, DCSS, CCSS

#### 4.2.2 Atención integral de los adolescentes

En este aspecto, la región que logró la mayor cobertura total y con calidad fue la de Pacífico Central, 41% y 34%, respectivamente. La región con menor cobertura total fue la Chorotega (22%); y la de menor cobertura con calidad, la Huetar Norte (19%).

En el año 2002, el 28% de los adolescente del país fueron tamizados y se les abordó según el riesgo establecido (ver cuadro siguiente)

La región Central Norte fue la que más adolescentes tamizó con criterios de calidad (33%), mientras que la región Brunca se alejó del resto de las regiones con un 22%.

<b>Adolescentes tamizados Compromisos de Gestión, 2002</b>	
	<b>Tamizados</b>
Región Brunca	21,9%
Región Chorotega	26,5%
Región Central Norte	32,9%
Región Central Sur	29,1%
Región Huetar Atlántica	31,7%
Región Huetar Norte	27,7%
Región Pacífico Central	30%
<b>Nacional</b>	<b>28,54%</b>

Fuente: Evaluación compromisos de gestión 2002. Dirección de Compra de Servicios de Salud

#### 4.2.3 Atención integral de la mujer

Para el año 2002, la región Pacífico Central logró alcanzar una cobertura total del 95%, siendo la mejor cobertura del país en este periodo.

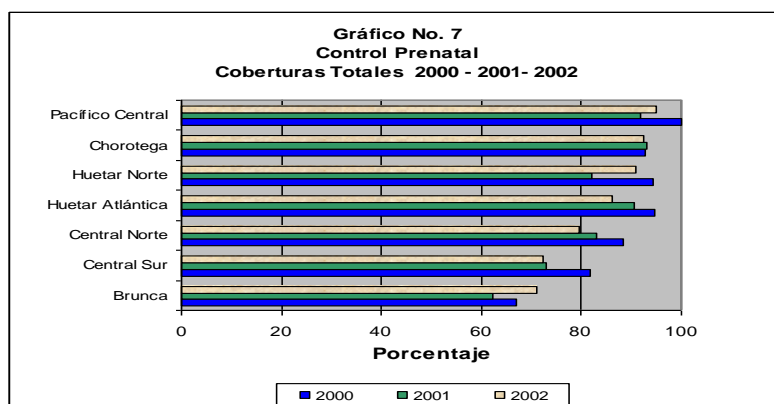
**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



Por otra parte, observamos que la región Brunca alcanzó en el 2002, la menor cobertura total (71%), comportamiento que ha mejorado en comparación con los resultados de los años 2000 y 2001, aunque se mantenga como la región de menor cobertura en esta actividad.

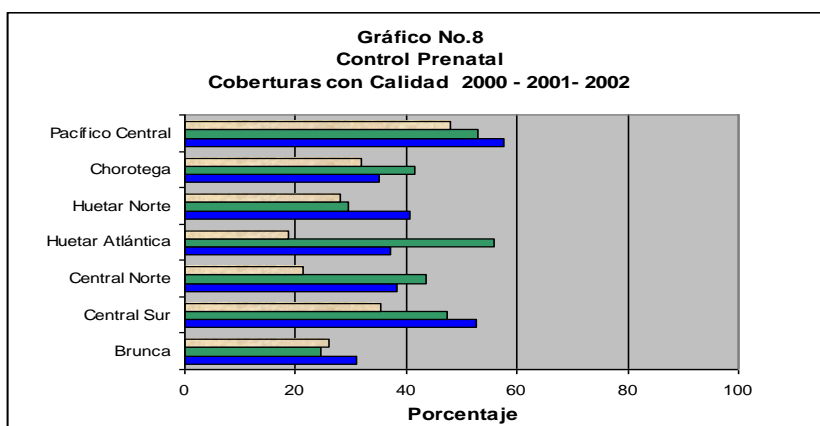
La región Central Sur logra, en el año 2002, una cobertura total menor que en los años anteriores que puede atribuirse a un mayor grado de depuración de las bases de datos. Llama la atención que presenta un comportamiento similar a la región Brunca con relación a la cobertura total

Dos regiones del país, la Central Norte y la Huetar Atlántica, han venido presentando disminuciones paulatinas en las coberturas totales que han alcanzado en estas atenciones en los últimos tres años.



**Fuente:** Evaluación de compromisos de gestión, 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

Prácticamente todas las regiones del país experimentaron disminuciones en sus coberturas con calidad con respecto a años anteriores (ver gráfico 8). Llama la atención que las regiones Huetar Atlántica y Central Norte presentaron un aumento importante entre los años 2000 y 2001, para luego presentar un vertiginoso descenso en el 2002. La región Brunca se constituye en la excepción a este comportamiento, dado que la cobertura con calidad del año 2002 (26%) aumentó levemente con respecto a la cobertura con calidad del año 2001 (24%).



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



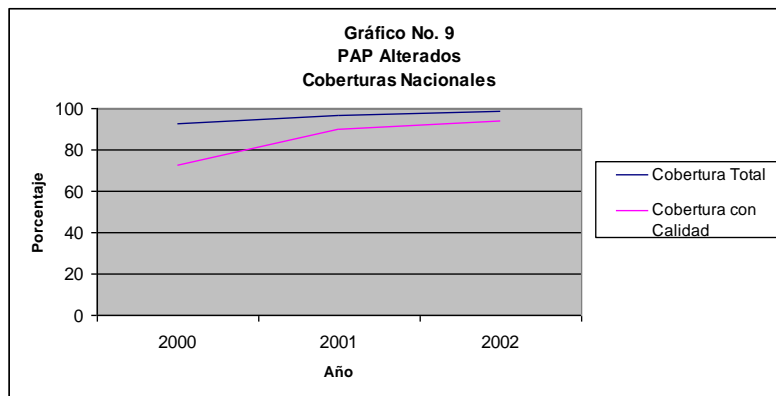
**Fuente:** Evaluación de compromisos de gestión , 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

Los promedios regionales de las citologías vaginales realizadas que se presentan a continuación son el resultado de la sumatoria de las coberturas alcanzadas en los años 2001 y 2002, buscando ser consecuentes con la normativa que establece que el PAP debe realizarse con una frecuencia bianual. De esta manera, observamos que las coberturas en el grupo de mujeres menores de 35 años es de 47% y en el grupo de mujeres mayores de 35 años alcanza el 51%.

<b>PAP (2 grupos)</b>				
Coberturas por región y grupo etáreo 2000- 2002				
<b>Región</b>	<b>2001</b>		<b>2002</b>	
	De 15 a menores de 35 años	Mayores de 35 años	De 15 a menores de 35 años	Mayores de 35 años
Brunca	21,7%	24,17%	33,1%	30,9%
Chorotega	21,32%	31,02%	22,4%	24,9%
Central Norte	27,86%	22,14%	17%	22,1%
Central Sur	21,51%	24,94%	17,9%	22,4%
Huetar Atlántica	28,11%	26,55%	23,9%	26,2%
Huetar Norte	19,76%	21,59%	22,2%	24,3%
Pacífico Central	28,86%	31,91%	24,7%	28,2%
<b>Nacional</b>	24,16%	26,05%	23,03%	25,57%

En el año 2002 y a nivel regional, encontramos que la región Brunca logró las mayores coberturas del programa en ambos grupos etarios, 33% en mujeres de 15 a 35 años y 31% en mujeres de 35 años y más. En el otro extremo, la región Central Norte obtuvo las menores coberturas del programa para ambos grupos etarios: 17 % en mujeres de 15 a 35 años y 22% en mujeres mayores de 35 años.

El porcentaje de citologías alteradas que fueron abordadas con calidad ha presentado un incremento significativo desde el año 2000 hasta la actualidad como se muestra en el gráfico 6. Durante el año 2002, el 99% de las citologías alteradas fue abordado, de ellas el 94% se abordó adecuadamente, es decir, el tiempo de comunicación o de referencia (o ambos) a ginecología o colposcopia se realizó en un lapso inferior a los quince días.



Fuente: Evaluación compromisos de gestión 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS:

Es importante rescatar el esfuerzo de las unidades en el abordaje oportuno de las mujeres con citologías vaginales alteradas, puesto que es importante detectar y abordar tempranamente esta patología para disminuir el índice de mortalidad por su causa.

#### 4.2.4 Atención integral del adulto

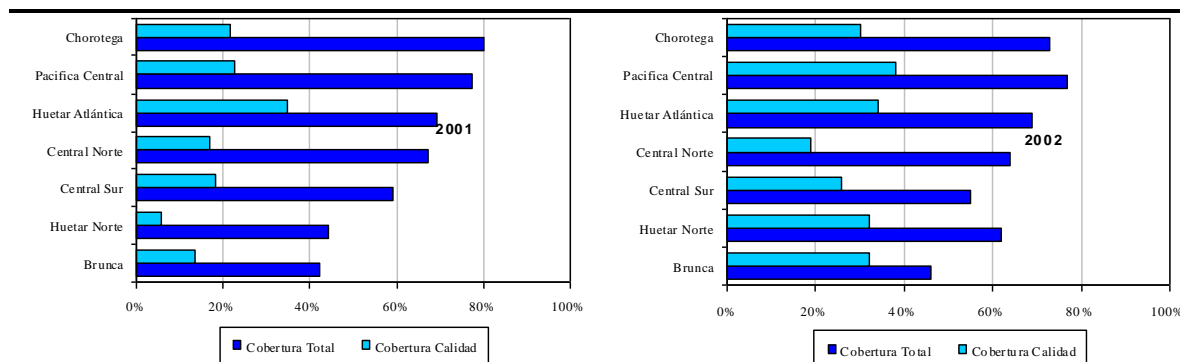
Al analizar las coberturas totales alcanzadas en el año 2002 en las atenciones de personas diabéticas, destacan los incrementos en las regiones Pacífico Central y Chorotega.

Mientras que la región Brunca, se mantiene entre las que menos coberturas alcanza, es importante rescatar los esfuerzos que la región realizó, puesto que aumentó un 4% con respecto al año 2001.

La región Brunca y Huetar Norte alcanzaron un 32% de cobertura con calidad en el año 2002, lo que representa un incremento significativo en ambas regiones, la primera en un 19% y la segunda un 26% con respecto al año anterior.

Gráfico No. 10  
Cobertura total y con calidad de la atención del adulto diabético según región  
2001-2002.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



**Fuente:** Evaluación compromisos de gestión 2001 – 2002. Dirección Compra Servicios de Salud.

Debido a que la hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como de otras patologías, los servicios de salud del país deben realizar esfuerzos para la detección temprana de esta patología en la población.

Ya que esta 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, la Institución se ha propuesto que en todas las consultas médicas que se brindan, se realice el tamizaje de HTA a todos los usuarios mayores de 20 años a través de la toma de presión arterial.

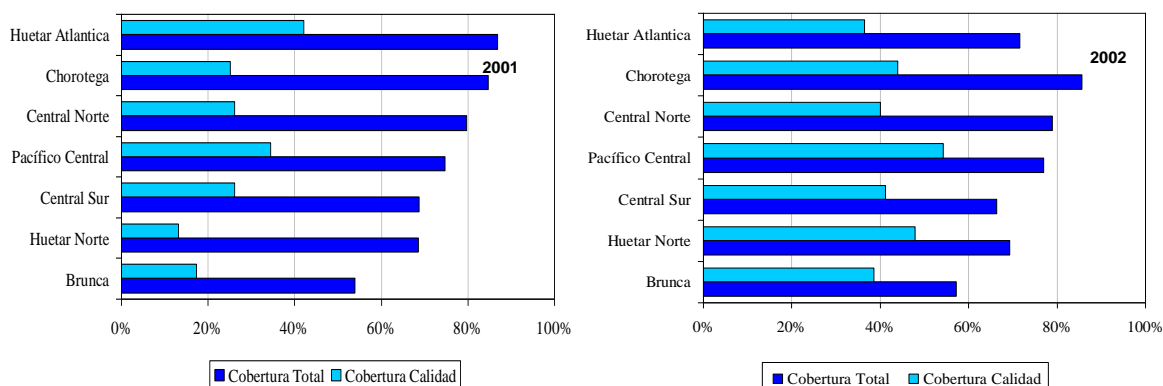
En el año 2002, a nivel nacional, al 99,5% de los pacientes mayores de 20 años que asistieron a los centros de salud del primer nivel de atención, se le tomó la presión arterial como procedimiento de rutina. A nivel regional, el comportamiento de las coberturas totales de las atenciones a las personas hipertensas, presenta pequeñas variantes con respecto al año 2001 (ver gráfico 11). La región Huetar Atlántica experimentó un descenso importante en las coberturas de hipertensos, ya en el 2001 había obtenido una cobertura de 87%, que en el 2002 descendió a 72%. Otra región que ha presentado problemas en el cumplimiento de coberturas totales de hipertensos es la región Central Sur, que para el año en evaluación obtuvo 66%; y, en el año 2001, un 69%.

Persisten las dificultades en la región Brunca, ya que se mantiene como la región que menor cobertura alcanza en las diferentes atenciones en salud que se brindan, incluyendo esta, sin que con ello se desconozca el esfuerzo realizado durante el 2002 en mejorar dicha cobertura.

En general, han aumentado considerablemente las coberturas con calidad de las atenciones brindadas a las personas hipertensas, a excepción de la región Huetar Atlántica, que presentó un descenso importante en esta cobertura, ya que en el año 2001 había alcanzado un 42%, mientras que para el año 2002 fue de 36%.



**Gráfico No. 11**  
**Cobertura total y con calidad de la atención del adulto hipertenso según**  
**Región 2000-2002**



**Fuente:** Evaluación compromisos de gestión 2000 - 2002. Dirección Compra Servicios de Salud

#### **4.2.5 Valoración del estado bucodental**

A nivel regional cuando se comparan las coberturas obtenidas el año 2001, se puede observar que en la mayoría de las regiones no hubo una mejoría sustancial en las coberturas, a excepción de la región Pacífico Central que sí presentó un aumento considerable con respecto a lo logrado en el año 2001 en el grupo de 10 a 19 años logró un 44% y un 54% en el 2002; en el grupo de las mujeres embarazadas en el 2001 obtuvo un 32% con un importante aumento en el 2002, logrando una cobertura de 56%.

#### **4.2.6 Cobertura del curso de preparación psicofísica para el parto**

En el año 2002, al igual que el año anterior, el 100% de las unidades cumplió este indicador. Este año se consideró la cobertura del curso en relación con el total de embarazos por área de salud, y el resultado a nivel nacional fue del 24%, lo que indica un bajo porcentaje de cobertura. Se debe tratar de mejorar las estrategias que mejoren la asistencia de las embarazadas a este curso, dada la importancia de educación y apoyo social que la mujer necesita, además de las actividades de consejo, información, apoyo emocional y asistencia concreta, por lo que es recomendable orientar tanto a lo largo del período de gestación, como durante la labor de parto.

A nivel regional, la región Brunca obtuvo el porcentaje más alto de cobertura (41%), seguida por la región Central Sur (30%). Las regiones de menor cobertura son la Huetar Atlántica, 13%, y la Huetar Norte, 15%; el resto de las regiones presenta un promedio del 22%.

#### **4.2.7 Atención domiciliar**



Con el objetivo de fortalecer las acciones en el escenario familiar, este año se decidió incorporar el análisis del porcentaje de visita efectiva y de casas cerradas o deshabitadas, además de la caracterización del riesgo en atención domiciliar. Se logró un porcentaje de visita efectiva, a nivel nacional, de un 74%; y de casas cerradas y deshabitadas, de 13%. Esto demuestra que, del total de casas asignadas, un alto porcentaje (87%) fue visitado por lo menos una vez en este año.

El menor porcentaje de casas cerradas o deshabitadas lo obtuvo la región Pacífico Central (13%), le siguen las regiones Huetar Norte (14%) y Chorotega (15,2%) todas por debajo del promedio nacional, el resto de las regiones presentan un promedio de casas cerradas de aproximadamente un 22%. La región Huetar Norte obtuvo el mayor porcentaje de visita efectiva (89%), seguida de las regiones Pacífico Central (81%) y Brunca (80%). Las regiones con menor porcentaje de visita efectiva fueron la Huetar Atlántica (60%) y la Chorotega (68%), esta última también presentó un bajo porcentaje de casas cerradas o deshabitadas. Las regiones Central Norte (70,6%) y Central Sur (76,5%) mantienen un porcentaje de visita efectiva similar al promedio nacional (74,4%); estas presentan grandes poblaciones de área urbana, contrario a las zonas rurales con poblaciones más dispersas, pero con porcentajes de visita efectiva más altos y de casas cerradas o deshabitadas más bajos, como son las regiones Pacífico central y la región Huetar Norte.

De acuerdo con la categorización del riesgo, el número de visitas deberá ser mayor, cuanto mayor sea el riesgo, situación que no se refleja en los datos, ya que se mantienen cifras similares de visita domiciliar en todos los grados de riesgo.

En el año 2002 se obtuvieron 1,3 visitas por familia de alto riesgo (riesgo I), considerado bajo a nivel nacional, la misma situación se refleja con las familias de riesgo moderado (riesgo II) que recibieron 1,1 visitas por familia. Las regiones Chorotega y la Huetar Norte son las que presentan el mayor número de visitas por familia de alto riesgo, 2,4 y 1,7 respectivamente, el resto de las regiones mantiene un porcentaje similar al promedio nacional y, con respecto a las familias de riesgo moderado, todas las regiones presentaron un número de visitas similar al nacional (1,1). Las familias caracterizadas de bajo riesgo (riesgo III) recibieron una visita por familia en el año 2002.

La estrategia de la visita domiciliar se utiliza para fortalecer el enfoque de riesgo en el abordaje familiar, actividad que debe mejorarse. Además, se deben realizar más esfuerzos por aumentar el número de visitas domiciliarias a las familias de riesgo alto y moderado, con un adecuado abordaje.

#### **4.2.8 Satisfacción del usuario**

Dentro de las actividades realizadas en la atención al usuario, es prioritario que los servicios se realicen bajo el concepto de la mayor excelencia, por lo que dentro de la institución se realizan esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud. Por otro lado, se pretende detectar puntos críticos dentro de los servicios que brindan las unidades de salud, para poder implementar las medidas correctivas que conlleven a la mejoría en la calidad de los servicios.

Con base en los datos obtenidos a nivel nacional, el 86% de las Áreas de salud cumplió con todos los criterios de la encuesta de satisfacción del usuario, de acuerdo con la fase en que se encontraban. Este porcentaje, alcanzado a nivel nacional, es similar al obtenido en el año 2001.





#### **4.2.9 Promoción de la salud**

Durante el año 2001, dentro del Compromiso de Gestión, se negociaron, como actividades de promoción de la salud, la Escuela para padres y madres, cobertura del curso de preparación psicofísica para el parto, acciones grupales en el marco del Plan estratégico, participación social en la construcción del ASIS y el plan estratégico. Para el año 2002, se incursiona en la realización del Plan bianual integral de promoción de la salud, con participación social, que busca impulsar acciones principalmente en el aspecto educativo de la promoción de la salud, dirigido a grupos como adultos mayores, adolescentes y mujeres embarazadas, fomentando así la participación social como parte de la promoción de la salud.

Con base en los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, el 96% de las Áreas de salud del país ha elaborado un plan de promoción de la salud; de éstas, el 91% ha puesto en marcha la ejecución del plan elaborado durante el 2002.

Dado que la promoción de la salud es un eje fundamental en el alcance de una buena calidad de vida dentro de la población, se deben seguir fortaleciendo las actividades destinadas a esto, particularmente porque se ha convertido en un lineamiento institucional de gran importancia.

#### **4.2.10 Atención de las personas con discapacidad física, mental y sensorial**

En relación a la estructura del Plan de atención a las personas con discapacidad física y mental, un alto porcentaje de Áreas de salud (97%) cumplió con definir objetivos dentro del Plan, y, en promedio, el 94% cumplió con el establecimiento de estrategias y el desarrollo de actividades de acuerdo al cronograma establecido. Un menor porcentaje, el 86% de las unidades, cumplió con la ejecución del plan y la coordinación con otras instituciones.

#### **4.2.11 Escuela para padres**

En el 2002, al igual que el año anterior, un alto porcentaje de Áreas de salud, el 91,4%, implementó escuelas para padres como modalidad para darles a los padres de familia y la comunidad conocimientos y destrezas dirigidos a mejorar las habilidades de relación paternal y promoción de la salud con estilos de vida saludable, junto con una gran proyección del personal de salud de la institución hacia la comunidad.

#### **4.2.12 Revisión de referencias**

Parte de la atención apropiada a los pacientes consiste en la optimización de la capacidad resolutoria para cada una de las patologías por parte de las unidades de salud, y, a la vez, en una adecuada comunicación con el segundo nivel y el nivel hospitalario a través de referencias bien orientadas y enfocadas en patologías que deben ser resueltas en los niveles superiores de la red de servicios de salud.

El Compromiso de Gestión 2002, ha puesto énfasis en que cada una de las unidades lleve un registro adecuado de las referencias enviadas al segundo y tercer nivel, además de un análisis acerca de la calidad de las referencias realizadas y que éstas correspondan a patologías que realmente ameriten



un manejo en los niveles superiores al primer nivel. Esto debe realizarse con el objetivo de implementar medidas estratégicas para la adecuada realización de referencias en el primer nivel.

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación del Compromiso de Gestión 2002, se obtiene que el porcentaje de referencias a nivel nacional es de 4%. Esto significa que en todas las unidades a nivel nacional, por cada 100 consultas dadas en el año 2002 se enviaron 4 referencias, de parte del primer nivel, al segundo o tercer nivel. Por otro lado, a nivel nacional, un 86% de las Áreas de salud realizó un análisis de referencias enviadas y un 82% de las áreas implementó estrategias para mejorar la capacidad resolutive a nivel local.

#### **4.2.13 Coordinación entre niveles**

Para una adecuada atención de cada uno de los usuarios, es necesario una óptima coordinación entre los diferentes niveles de la red de servicios de salud. Por eso, el Compromiso de Gestión 2002 ha puesto una atención particular en fortalecer ésta parte de la gestión de los servicios de salud a nivel nacional. Se valora la existencia de equipos de trabajo interniveles que lleven a la coordinación y solución de problemas y establezcan planes y estrategias que mejoren la red de servicios de salud.

Los resultados obtenidos en el proceso de evaluación del año 2002 demuestran que el 95% de las Áreas de salud a nivel nacional evidencia la existencia de un equipo de trabajo con el segundo y tercer nivel que establezcan la coordinación para la solución de problemas y estrategias de cooperación. El 82% de las áreas presentó avances en el plan establecido para la adecuada coordinación entre el primer nivel y los niveles segundo y tercero.

A nivel regional, las regiones Central Sur y Central Norte son las que presentaron mayor evidencia de ésta coordinación interniveles, ya que en la región Central Sur el 100% de sus áreas presentó avances del plan establecido para la coordinación, y, en la región Central Norte, un 94% de sus áreas presentó avances del plan.

Por otro lado, las regiones que presentaron menor avance en el plan establecido para la coordinación interniveles fueron las regiones Brunca, Huetar Norte y Chorotega, que obtuvieron respectivamente 67%, 50% y 46% de sus áreas.

#### **4.2.14 Vigilancia epidemiológica**

Es importante que cada una de las unidades de salud, a nivel local, presente y organice la Comisión local de vigilancia epidemiológica con el objetivo de que se encargue de supervisar, en cada una de las áreas, el comportamiento epidemiológico de las enfermedades en su respectiva área.

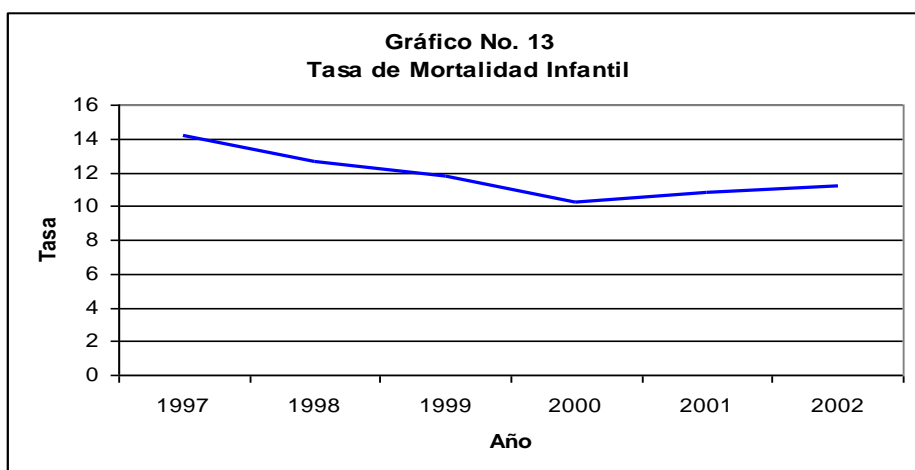
Para el año 2002, a nivel nacional, el 99% de las áreas del país presentó una Comisión local de vigilancia epidemiológica. A la vez, el 89% de las comisiones de las diferentes unidades de salud del país, presentó un plan de trabajo completo con objetivos, población meta, muestras de laboratorio, actividades y resultados obtenidos.



#### 4.2.15 Análisis de mortalidad infantil

La mortalidad infantil es un indicador crítico de la salud de la población. Además, es un fenómeno de especial significado epidemiológico y demográfico, por cuanto refleja en gran medida, las condiciones de vida de una población. A través de ella, podemos reflejar el estado de la salud materna, así como la calidad y accesibilidad a los servicios de salud disponibles por parte de las mujeres embarazadas y los infantes.

El país ha hecho enormes esfuerzos por mejorar la tasa de mortalidad infantil. Durante los últimos años la tasa ha disminuido significativamente, pasando de 14,20 en 1997 a 10,82 en el 2001. Para el año 2002, la tasa de mortalidad infantil aumentó ligeramente, ubicándose en 11,15. No obstante, fallecieron en este año 793 infantes, la menor cantidad de muertes infantiles que se ha registrado en el país. El aumento en la tasa de mortalidad infantil para este año se debe, entonces, a una drástica disminución en el número de nacimientos registrados en el año 2002.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, comunicado de prensa, febrero 2003

El indicador incluido en el Compromiso de Gestión del 2002, tenía como objetivo principal la realización del análisis de mortalidad de todos los infantes fallecidos en el transcurso del año y, más importante aún, el diseño de acciones correctivas que permitieran mejorar aquellos aspectos detectados en el análisis y que fuesen sujetos de cambio. Además, las Áreas de salud tenían que demostrar los logros que hubiesen alcanzado de acuerdo con las medidas correctivas planteadas.

El 85% de las Áreas de salud del país diseñó medidas correctivas y logró demostrar alcances de acuerdo con estas medidas; 12% de las Áreas de salud no pactó este indicador por diferentes circunstancias y 3% de las áreas de salud que pactó el indicador no pudo establecer acciones correctivas o demostrar logros con su implementación.



#### **4.2.16 Certificaciones**

##### **Establecimiento de Juntas de Salud**

Uno de los objetivos Institucionales es garantizar la real participación ciudadana en la toma de decisiones tanto administrativas como financieras de las Áreas de Salud, con la finalidad de mejorar la atención de la salud, según las necesidades de las comunidades. Por este motivo, se ha incluido en los Compromisos de Gestión, el indicador de Juntas de Salud.

Este indicador se evalúa según el puntaje asignado por la Oficina de Desconcentración y Juntas de Salud.

En el año 2002, el 60% de las Áreas de Salud evidenciaron la existencia y el funcionamiento de Juntas de Salud. El 22% de las Áreas de Salud del país no negociaron este indicador y por lo tanto no se les evaluó. El 18% de las Áreas de Salud que negociaron este indicador, no lograron ser certificadas.

##### **Contraloría de Servicios**

El establecimiento de una oficina de Contraloría de Servicios tiene como principal objetivo garantizar que se respeten los derechos de los usuarios, por lo tanto, su funcionamiento pretende, entre otras cosas, servir como enlace entre los usuarios y los funcionarios de la institución, proveyendo permanentemente mecanismos de resolución de eventuales conflictos.

En el 2002, el 60% de las Áreas de Salud del país fueron certificadas por la Superintendencia General de Establecimientos y Servicios de Salud (SUGESS). El 22 % de las Áreas de Salud no negociaron este indicador para este año; el restante 18% de las Áreas de Salud no lograron ser certificadas por la SUGESS.

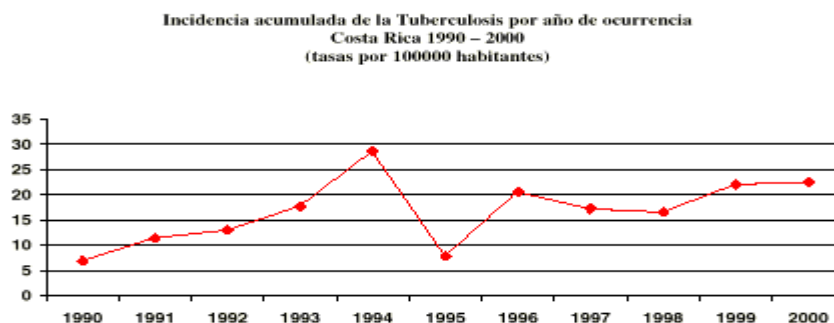
#### **4.2.17 Identificación y control de los pacientes con tuberculosis**

La tuberculosis continúa constituyendo un importante problema de salud a nivel global y regional. Según datos de la OMS, para el año 1999 se produjeron 8,4 millones de casos nuevos. La región de las Américas representó el 7% de las notificaciones a nivel global para este año.

Nuestro país inició la atención de estos pacientes en 1937, cuando se creó la Lucha Antituberculosa a cargo del Ministerio de Salud. Dicho programa desapareció en 1987. En 1999 se pone en marcha el Programa Nacional de Tuberculosis, a cargo de la CCSS; el país tenía alrededor de trece años sin un adecuado programa nacional de atención a los enfermos de tuberculosis. Dicha situación se evidencia en la irregular curva de incidencias anuales que ha presentado el país en los últimos años y que refleja la ausencia de vigilancia adecuada, más que las incidencias acumuladas reales.



Gráfico No. 14

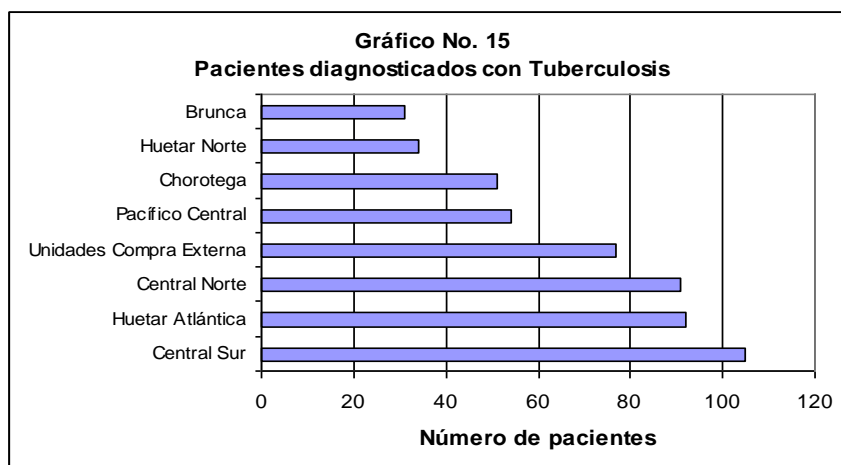


Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Con el fin de contribuir a mejorar esta situación, este indicador fue incluido por primera vez en los Compromisos de Gestión. Con él se pretende realizar la detección de casos sospechosos con el fin de poder ofrecer un tratamiento oportuno y eliminar con ello la cadena de transmisión de la enfermedad.

En este indicador se registran los sintomáticos respiratorios detectados, los sintomáticos respiratorios esperados, el número de pacientes que iniciaron tratamiento en el 2002 y los pacientes diagnosticados con tuberculosis.

A nivel nacional, se diagnosticaron con tuberculosis 535 pacientes en el 2002, para una tasa de 13,22 por cien mil habitantes, muy inferior a la que se venía registrando en el país en años anteriores (ver gráfico 14). Sin embargo, debido a que este año se inició la recolección de los datos para completar este indicador, habrá que esperar próximas evaluaciones con el fin de validar la calidad y consistencia de esta información y cotejarla con datos suministrados por el Ministerio de Salud. La región que más pacientes tuberculosos detectó en el año 2002 fue la región Central Sur, seguida de la región Huetar Atlántica.





De acuerdo con estos datos, las regiones con mayores tasas de incidencia por 100 000 habitantes, son las regiones Huetar Atlántica y Pacífico Central. Sin embargo, según datos del Ministerio de Salud, las regiones con mayor incidencia acumulada para el año 1999 son: Huetar Atlántica (41,25 por cien mil), Brunca (36,32 por cien mil) y Pacífico Central (32,36 por cien mil).

Llama la atención el caso de la región Brunca, que solo reportó 31 pacientes diagnosticados con tuberculosis, para una incidencia de apenas 11 por cien mil cuando, según los datos del Ministerio de Salud, arriba mencionado, la región Brunca ocupa el segundo lugar en incidencia nacional.

### **4.3 Comportamiento de las entidades de compra externa de servicios de atención integral en salud**

La Institución ha introducido la participación de Áreas de salud a cargo de entidades externas para ofrecer servicios de atención integral en salud a algunas localidades, sobre todo del Área Metropolitana.

En el año 2002, se evaluó un total de 13 Áreas de salud de compra externa que incluye 4 Áreas de salud que iniciaron funciones este año.

#### **Distribución de las Áreas de salud por entidad de compra externa**

<b>ENTIDAD DE COMPRA EXTERNA</b>	<b>AREAS DE SALUD</b>	<b>Áreas de salud que iniciaron funciones en 2002</b>
COOPESIBA	Barva San Pablo de Heredia	-----
COOPESAIN	Tibás	San Sebastián – Paso Ancho
COOPESALUD	Pavas	San Rafael Arriba- San Rafael Abajo - San Miguel de Desamparados
COOPESANA	Santa Ana	San Francisco de Dos Ríos – San Antonio de Desamparados
Universidad de Costa Rica	Curridabat, Montes de Oca	San Diego-San Juan – Concepción de Tres Ríos
ASEMECO	Escazú León XIII –La Carpio	-----

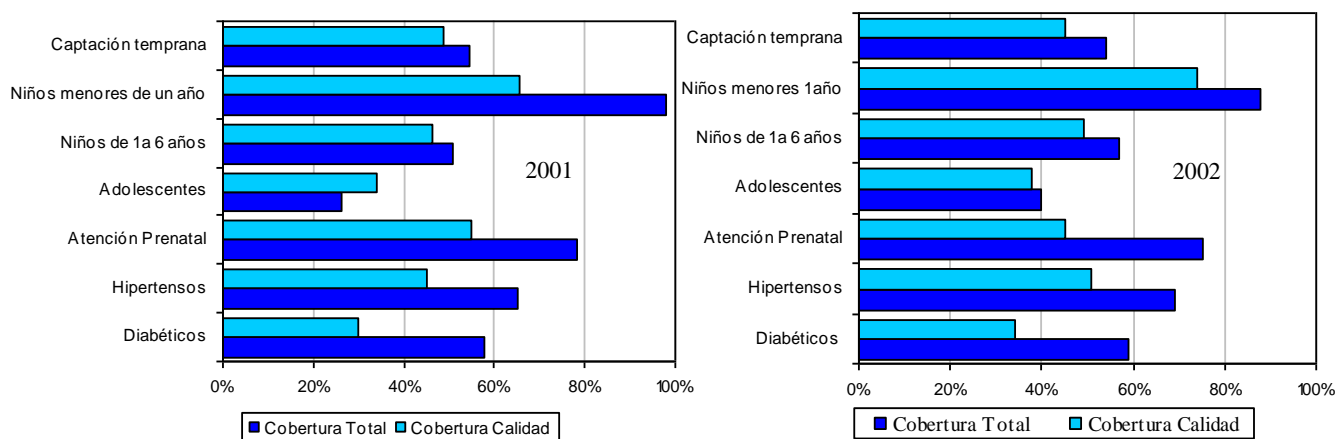
**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



Los datos obtenidos en el año 2002 revelan que las coberturas totales tuvieron una tendencia leve al aumento con respecto al año 2001, esto en casi todos los programas, con la excepción de prenatales y niños menores de un año.

Las coberturas con calidad presentaron un crecimiento leve en relación con el año 2001. En cinco programas, el programa de control prenatal y captación temprana fueron los que descendieron en este sentido.

**Gráfico No. 16**  
**Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención**  
**brindadas por entidades de compra externa (Cooperativas y UCR)**  
**Evaluación de compromisos de gestión. 2001-2002**



**Fuente:** Evaluación de Compromisos de Gestión 2002, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

Al comparar los logros de todas las entidades de compra externa con los promedios nacionales en el año 2002, se observa que, en general, presentan coberturas totales inferiores, principalmente en los programas de control prenatal, captación temprana atención del paciente diabético e hipertenso; el resto de los programas se mantuvo con cifras muy similares a las nacionales.

Con respecto a la calidad se mantienen cifras similares a los logros nacionales en la mayoría de los programas excepto en captación temprana que presenta cifras inferiores al promedio nacional. Curiosamente el programa de control prenatal y atención de adolescentes se encuentran con cifras superiores al promedio nacional. Es destacable que algunas Áreas de salud de compra externa presentaron bajas coberturas en relación con el promedio nacional, situación esperable dado que iniciaron funciones a mitad del año 2002.

De acuerdo con los resultados, se deben incrementar los esfuerzos para mejorar estas coberturas principalmente en niños menores de un año y menores de 28 días, así como la atención prenatal dado el impacto conocido que la atención de estos grupos tiene en los índices de salud materno-infantil y de desarrollo. También es necesario superar la cobertura de hipertensos y diabéticos, puesto que es preocupante que estas áreas mantengan coberturas menores al promedio nacional.



## 4.4 Segundo nivel de atención

### 4.4.1 Producción

El perfil de segundo nivel es brindar atención especializada, que en el caso de las áreas metropolitanas es ambulatorio, particularmente. Algunas de estas áreas brindan las especialidades básicas e incluso algunas subespecialidades, aún cuando para efectos del Compromiso de Gestión no todas son pactadas. Es importante aclarar que en el país existen 13 unidades con estas características de las cuales analizaremos 11 ya que dos de estas son de compra externa y se analizarán en otro apartado.

El siguiente análisis de la producción de las áreas de segundo nivel, contempla básicamente dos puntos, el primero es el grado de cumplimiento de los Compromisos de Gestión, y el segundo, el análisis de la oferta en función de la demanda potencial. Se hace la aclaración de que, para efectos de nuestro análisis, no se incluirá el Área de salud Marcial Rodríguez, dada la complejidad que presenta al compartir producción y recurso humano con el Hospital San Rafael de Alajuela. Tampoco se incluirá dentro del análisis el Área Catedral Noreste, dado que no se pudo contar con el dato de tiempos por especialistas.

Al comparar los resultados de las atenciones de primera vez en el año, que se brindaron durante el 2002, con las pactadas en el Compromiso de Gestión, encontramos que siete de las once unidades sobrepasaron el 100% en las especialidades de Medicina Interna y Pediatría, nueve sobrepasaron el 100% en Ginecología. Cirugía fue pactada únicamente por una unidad, la cual alcanzó más del 100% en cumplimiento.

Algunos estudios han estimado que aproximadamente entre el 10% y el 12% de la población requerirá de atención especializada<sup>3</sup>. Se aclara que la producción en este nivel se mide a través de las atenciones de primera vez en el año (accesibilidad a la especialidad) y subsecuentes (control).

Con base en lo anterior, se determinó cuánta población del Área Metropolitana requirió, potencialmente, de este servicio y tuvo acceso a él; luego se comparó con lo ofrecido, entonces se encontró que esta oferta (recurso humano, tecnología, etc.) no está homogenizada en todas las unidades, por lo tanto el grado de atenciones alcanzadas se analiza al interior de cada unidad.

Para completar el análisis, se trabajó con la relación 40/60 de consultas de primera vez y subsecuentes, que en los últimos dos años ha mostrado la mayoría de las unidades. Se analizaron tres especialidades: pediatría, medicina interna y ginecología<sup>4</sup>.

Se determinó que la oferta está básicamente condicionada según la cantidad de recurso humano y por ende al tiempo en que esta contratado<sup>5</sup>, los hallazgos revelaron que:

<sup>3</sup> Caminal Homar J, et al. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. GESTION 2002;51:361-6.

<sup>4</sup> Cirugía y psiquiatría son ofrecidas en la minoría de las áreas de salud metropolitanas.

<sup>5</sup> Proyección que se calcula:  $4(\text{pacientes/hora}) * X(\text{horas disponibles/día}) * 20(\text{días del mes}) * 12 \text{ meses}$ .



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



- El porcentaje de la población costarricense en el área metropolitana que potencialmente requiere atención especializada puede ser mayor a la que muestran otros países
- Algunas unidades parecen tener más recurso humano de lo que requieren para atender la población que potencialmente demandará de los servicios especializados, en las especialidades de Ginecología y Pediatría
- El grado de cumplimiento de la producción de consultas en la relación especialistas / número de horas contratadas, puede estar subestimado por otras actividades no cuantificables tales como proceso de gestión y administración

Las relaciones porcentuales se presentan en los siguientes cuadros

### PEDIATRÍA

AREA DE SALUD	Pobl. Poten. acceso a especialidad	N° de Consultas Logradas	Cons. Logradas/pob lac. Poten.	N° de Pediatras	40% horas contra. (Cons.1° vez)	logrado/contratado
Goicoechea 2	3,164	3,514	<b>111%</b>	3	8448	42%
Tibás-Uruca-Merced	1,863	521	<b>28%</b>	3	9216	6%
Coronado	2,109	974	<b>46%</b>	1	NE	NE
Belén-Flores	1,686	1,164	<b>69%</b>	1	3072	38%
Mata Redonda-Hospital	4,116	612	<b>15%</b>	1	3072	20%
Hatillo	3,151	9,970	<b>316%</b>	4	13056	76%
Zapote-Catedral	3,142	7,445	<b>237%</b>	7	12288	61%
Desamparados 1	5,246	10,278	<b>196%</b>	6	16896	61%
Aserrí	1,677	1,813	<b>108%</b>	1	3072	59%

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2002

### GINECOLOGÍA

AREA DE SALUD	Pobl. Poten. acceso a especialidad	N° de Consultas Logradas	Cons. Logradas/pob lac. Poten.	N° de Ginecol.	40% horas contra. (Cons.1° vez)	Logrado/contratado
Goicoechea 2	6,607	2,457	<b>93%</b>	1	3072	80%
Tibás-Uruca-Merced	3,641	4,692	<b>322%</b>	3	5376	87%
Coronado	3,924	715	<b>46%</b>	1	NE	NE
Belén-Flores	2,862	1,322	<b>115%</b>	1	3072	43%
Mata Redonda-Hospital	7,885	2,637	<b>84%</b>	6	17664	15%
Hatillo	5,856	4,405	<b>188%</b>	2	6144	72%
Zapote-Catedral	8,412	3,570	<b>106%</b>	3	4608	77%
Desamparados 1	9,499	4,217	<b>111%</b>	2	6144	69%

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2002



**MEDICINA INTERNA**

<b>AREA DE SALUD</b>	<b>Pobl. Poten. acceso a especialidad</b>	<b>N° de Consultas Logradas</b>	<b>Cons. Logradas/pob lac. Poten.</b>	<b>N° de Internistas</b>	<b>40% horas contra. (Cons.1° vez)</b>	<b>Logrado/Contratado</b>
Goicoechea 2	10,731	1,833	<b>17%</b>	1	1536	119%
Tibas-Uruca-Merced	5,876	768	<b>13%</b>	1	1536	50%
Coronado	6,509	512	<b>8%</b>	1	NE	NE
Belén-Flores	4,808	4,357	<b>91%</b>	2	6144	71%
Mata Redonda-Hospital	13,538	4,697	<b>35%</b>	2	4608	102%
Hatillo	9,726	4,394	<b>45%</b>	2	3456	127%
Catedral	13,429	4,787	<b>36%</b>	2	3328	144%
Desamparados 1	15,757	2,009	<b>13%</b>	2	4608	44%
Aserrí	4,396	481	<b>11%</b>	1	1536	31%

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2002

#### **4.4.2 Revisión de referencias**

Parte de la atención apropiada a los pacientes consiste en la optimización de la capacidad resolutoria para cada una de las patologías por parte de las unidades de salud, y, a la vez, una adecuada comunicación con el segundo nivel y el nivel hospitalario a través de referencias bien orientadas y enfocadas en patologías que deben ser resueltas en los niveles superiores de la red de servicios de salud.

El Compromiso de Gestión 2002, ha puesto énfasis en que cada una de las unidades lleve un registro adecuado de las referencias enviadas al segundo y tercer nivel, además de un análisis acerca de la calidad de las referencias realizadas y que éstas correspondan a patologías que realmente ameritan un manejo en los niveles superiores al nivel local. Esto debe llevarse a cabo, a la vez, con el objetivo de implementar medidas estratégicas para la adecuada realización de referencias en el nivel local.

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación del Compromiso de Gestión 2002, se obtiene que el porcentaje de referencias a nivel nacional es de 4,5%. Esto significa que en todas las unidades, a nivel nacional, por cada 100 consultas dadas en el año 2002, se enviaron 4,5 referencias de parte del nivel local al segundo o tercer nivel. Por otro lado, a nivel nacional, un 85,57% de las Áreas de salud realizó un análisis de referencias enviadas y un 82,47% de las Áreas de Salud implementó medidas estratégicas para la realización de referencias al nivel superior en forma apropiada.

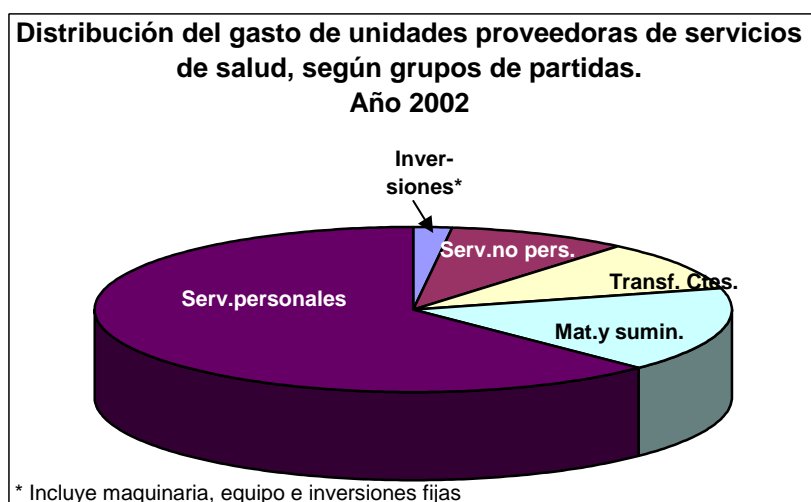
## **5. RESULTADO DE LA GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA DE HOSPITALES Y ÁREAS DE SALUD EN EL AÑO 2002**

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



Durante el periodo 2002, las Áreas de salud y hospitales de la Caja gastaron un total de 266 mil millones de colones, de los cuales, un 18% correspondió a no efectivo (pedidos de suministros del almacén general, depreciaciones y cuotas patronales del seguro de salud, principalmente). El monto total gastado, tuvo un incremento del 18% respecto del gasto del año 2001, lo que significa que además de cubrirse la inflación, que estuvo ligeramente por debajo del 10%, quedó un remanente para cubrir crecimiento poblacional, así como para reponer y actualizar activos.

Respecto a la distribución por partidas, como es normal en los servicios de salud, las partidas de servicios personales consumen más del 60% de los gastos totales. Le sigue, en orden de magnitud, el gasto en materiales y suministros con 17%, transferencias corrientes constituidas principalmente por los subsidios de enfermedad y maternidad (10%), servicios no personales (9%) e inversiones (2%).



Dentro de cada una de estas partidas, los rubros con más peso fueron los siguientes:

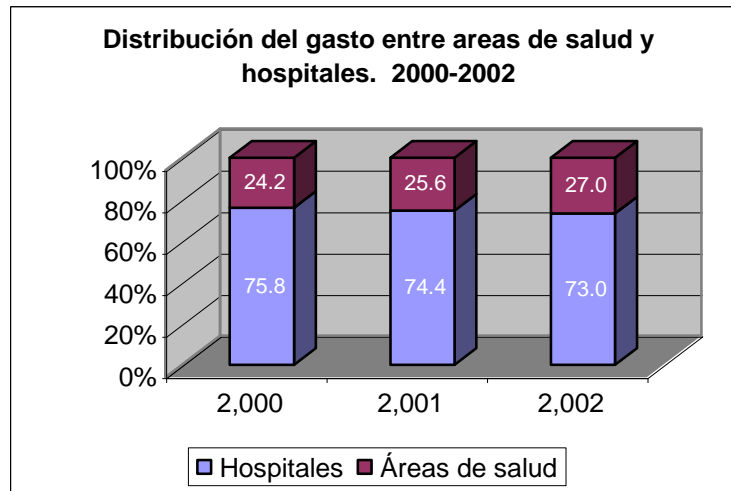
Partida	Rubro
Servicios personales	Sueldos, cargos fijos, aumentos anuales
Servicios no personales	Contratación de serv med far y lab, consultorías
Materiales y suministros	Medicinas, instr med y lab, product quím y conexos, y productos alimenticios
Maquinaria y equipo	Equipo médico y laboratorio, equipo de cómputo
Transferencias corrientes	Subsidios por incapacidad, otras transf. privadas, contrib patr Asoc. Solidarista

En lo que respecta a la distribución de gasto por nivel de atención, se mantuvo la tendencia hacia el crecimiento de la proporción del gasto destinado al primer nivel, en concordancia con la política

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**

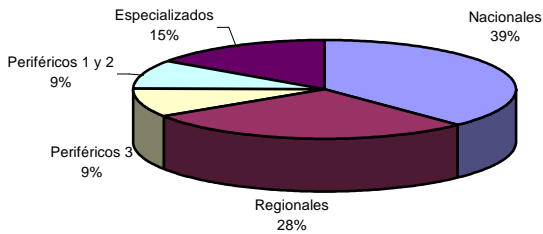


nacional e institucional. El comportamiento en los últimos tres años se muestra en el gráfico siguiente:

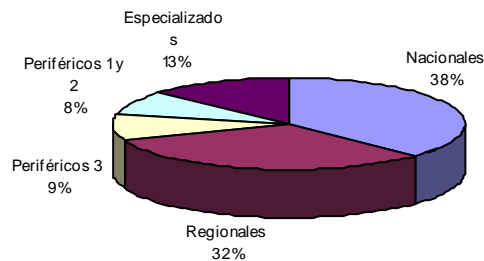


En los gráficos siguientes se presenta la distribución del gasto hospitalario y la producción, según nivel de complejidad.

**Distribución del gasto según nivel hospitalario. Año 2002**



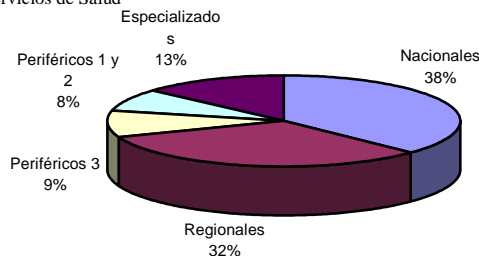
**Distribución de la producción (UPH) según nivel hospitalario. Año 2002**



Fuente: Construido con base en datos de la Dirección de Presupuesto

**Distribución de la producción (UPH) según nivel hospitalario. Año 2002**

Fuente: Construido con base en datos de la Dirección de Compra. de Servicios de Salud



Al contrastar la distribución del gasto con la de los hospitales regionales y los periféricos 3 tienen la mayor producción en UPHs, mientras los Periféricos 1 y 2 tienen una proporción de UPHs del total nacional inferior. Esta situación se ve reflejada en el gasto por UPH, donde el costo por UPH de los dos primeros grupos está por debajo del costo por UPH de los periféricos 3, como se aprecia en el gráfico siguiente:

Al contrastar la distribución del gasto con la de los hospitales regionales y los periféricos 3 tienen la mayor producción en UPHs, mientras los Periféricos 1 y 2 tienen una proporción de UPHs del total nacional inferior. Esta situación se ve reflejada en el gasto por UPH, donde el costo por UPH de los dos primeros grupos está por debajo del costo por UPH de los periféricos 3, como se aprecia en el gráfico siguiente:

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



de este comportamiento podemos citar los mayores costos que presentan los hospitales periféricos 1 y 2 originados en su escala de planta<sup>6</sup>, y los mayores costos que enfrentan los hospitales nacionales y los especializados debido a su mayor complejidad, lo que implica recursos humanos y tecnológicos más especializados y, por tanto, más costosos.

**Gasto total por UPH,  
según nivel de complejidad del centro  
Años 2001 - 2002**

<b>Nivel</b>	<b>2001</b>	<b>2002*</b>	<b>Crecimiento</b>
Nacionales	66 277	70 110	5,8%
Regionales	57 870	59 648	3,1%
Periféricos 3	65 230	61 929	-5,1%
Periféricos 1 y 2	76 831	77 959	1,5%
Especializados	74 457	77 556	4,2%
<b>Total</b>	<b>65 448</b>	<b>67 543</b>	<b>3,2%</b>

\* Deflatado con el índice de precios al consumidor, IPC (Año base:2001)

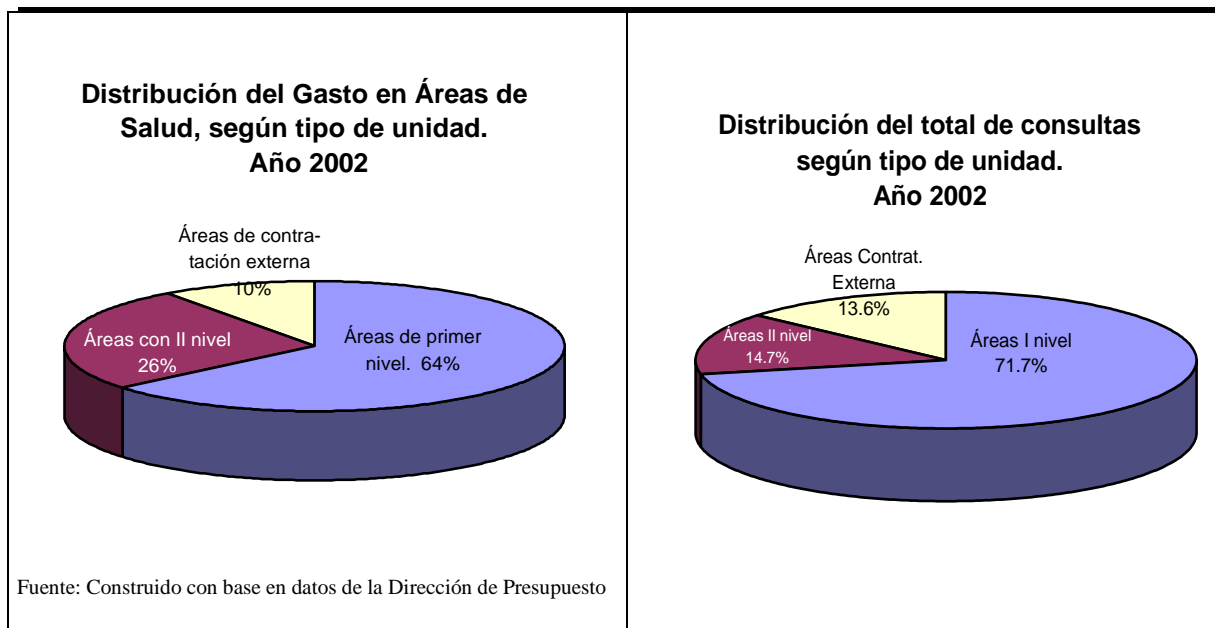
Fuente: Construido con base en datos de la Dirección de Presupuesto y la Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Del cuadro anterior también cabe destacar la reducción en el costo por UPH de los hospitales periféricos 3, lo cual se debe a que fue el grupo que más incrementó la producción, así como el que tuvo el menor incremento en el gasto, indicando una mejora en la eficiencia con que producen.

La distribución del gasto de áreas de salud entre las áreas de contratación externa, las áreas de primer nivel y las de segundo nivel<sup>7</sup> se muestra en el gráfico siguiente:

<sup>6</sup> Los hospitales periféricos tienen costos fijos muy elevados en relación con su demanda, entre otras razones debido a la indivisibilidad de algunos recursos productivos; no se puede tener medio equipo de rayos X, por ejemplo, aunque por las condiciones de demanda el equipo no se utilice la mitad del tiempo.

<sup>7</sup> Nos referimos a las clínicas metropolitanas, a la Clínica Marcial Rodríguez y al Área de Salud Belén – Flores.



Al contrastar esta distribución del gasto con la producción de consultas, observamos que tanto las áreas de primer nivel como las de contratación externa producen una proporción de consultas<sup>8</sup> ligeramente por encima de la proporción de su gasto (71,7 % frente a 64% y 13,6% frente a 10%, respectivamente), mientras las áreas con segundo nivel muestran una proporción de producción por debajo de la proporción que muestran en el gasto (14,7% frente a 26%). Esta situación se traduce en costos por consulta mayores para las áreas con II nivel (₡16 862), seguida de las áreas de primer nivel (₡11 036) y de las áreas de gestión externa (₡9 240).

Cuando comparamos la distribución del gasto con las coberturas de atención integral, estas diferencias aumentan en perjuicio de las áreas internas con segundo nivel; sin embargo, es necesario tomar en cuenta que estas áreas de salud destinan la mayor parte del presupuesto a la consulta especializada.

### 5.1 Equidad en la distribución de gasto

Si bien la equidad en salud es, sin lugar a dudas, multidimensional, abarcando, incluso, condiciones fuera del control de sector salud, los recursos financieros gastados por las unidades son un indicador, que, aunque parcial, es útil en el análisis de la equidad.

Debido a la heterogeneidad de las redes regionales de servicios de salud, su análisis refleja de manera más exacta la equidad con la que se distribuyen los recursos financieros, que si hacemos un análisis por nivel de atención, por ejemplo, por gasto per cápita de las áreas de salud. Esta situación se origina en las diferencias en el grado y en la forma de implementación del nuevo modelo de atención en las diferentes regiones.

<sup>8</sup> Para facilitar el análisis se suman consultas de atención integral, generales y especializadas, debido a que las diferencias en costo no son cuantitativamente significativas y la separación del gasto por nivel resulta difícil, especialmente para las áreas externas.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



En el siguiente cuadro se presenta el gasto total de las redes regionales para los años 2001 y 2002. Se observa que, cuando incluimos el gasto total de las redes –áreas de salud y hospitales-, la región del Pacífico Central mantiene el primer lugar como aquella que más gasta por habitante, situación presente en los dos años analizados. No obstante, la región Brunca, que en todos los análisis de gasto per cápita de nivel 1 aparece como la más postergada, al incluir el gasto hospitalario, pasa a ocupar un segundo lugar entre las de mayor gasto; esta situación se debe al desarrollo histórico de dicha red, el cual le dio prioridad a la atención hospitalaria.<sup>9</sup> Cabe destacar que las regiones, cuyo per cápita está por encima de la media nacional, son también las que muestran los indicadores de desarrollo social más bajos y que, por debajo de la media nacional, aparecen las regiones Central Norte y Central Sur, cuyas poblaciones tienen, en promedio, un nivel de ingreso y un índice de desarrollo social mayor respecto a la media nacional, así como mayor acceso a servicios de los hospitales nacionales y especializados y a servicios privados. Esto de alguna manera refleja la prioridad institucional que asigna más recursos a las regiones más postergadas.

Esta situación indica que la inequidad del sistema no es tan alarmante como se ha presentado en algunos estudios, al menos en lo que a comparación de regiones se refiere, lo que no significa que se deban disminuir los esfuerzos por mejorar la equidad, especialmente en la atención de grupos específicos, sean estos de carácter étnico, etario, social, de ubicación geográfica dentro de las regiones o cualquier otra variable que indique diferencias en cuanto a necesidad.

**Gasto por habitante de las redes regionales del seguro de salud**  
**Años 2001 – 2002**

REGIÓN	2001			2002		
	Gasto	Población	Gasto per cápita	Gasto	Población	Gasto per cápita
Pac. Central	12 591	212 706	59 197	14 917	216 151	69 012
Brunca	18 048	305 022	59 171	19 513	305 054	63 967
Chorotega	15 814	309 818	51 044	16 193	312 306	51 850
Huetar Norte	7 986	177 846	44 904	8 888	181 648	48 931
Huetar Atlántica	15 216	357 766	42 532	16 444	369 556	44 497
Central Norte	36 706	1 229 864	29 846	38 743	1 260 148	30 745
Central Sur	30 755	1 376 856	22 337	34 719	1 407 406	24 668
<b>Total Nacional</b>	<b>137 117</b>	<b>3 969 877</b>	<b>34 539</b>	<b>149 417</b>	<b>4 052 268</b>	<b>36 872</b>

- Deflatado con el índice de precios al consumidor, IPC. Año base: 2001.

**Fuente:** Elaboración propia con datos de gasto de la Dirección de Presupuesto, y datos de población de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

## 5.2 Limitaciones para la aplicación del nuevo modelo de asignación de recursos

<sup>9</sup> En esta situación jugó un papel importante la construcción de hospitales en la región por parte de las compañías bananeras, hospitales que luego pasaron a la CCSS.



La asignación de recursos financieros está condicionada por el gasto estructural en materia de recursos humanos y materiales a las unidades proveedoras de servicios de salud. Tales asignaciones conllevan costos fijos que la Caja tiene que financiar a las unidades, independientemente de su producción. Esas asignaciones históricas riñen, en muchos casos, con la equidad y la planificación óptima de los servicios, y, para su mejor comprensión, deben ser analizadas en el contexto de las redes regionales de servicios.

Las redes regionales presentan particularidades en cuanto a dispersión de la población y de los centros que constituyen la red, las cuales tienen implicaciones sobre los costos de cobertura de las necesidades de la población respectiva. Un claro ejemplo son los servicios de urgencias en áreas de salud alejadas de los centros hospitalarios de su red, los cuales implican un incremento sustantivo del costo del área y no reflejan un aumento real de su producción.

Las redes regionales también presentan diferencias en lo que se refiere a capacidad resolutoria, lo que origina diferencias en su relación con los hospitales nacionales y especializados, con su consecuente impacto sobre la asignación de recursos y sobre la eficiencia y calidad de la atención.

Otra limitación encontrada en el proceso de implementación de mecanismos de asignación de recursos más eficientes es la desigual capacidad de gestión de los centros. El proceso de ajuste hacia costos medios más homogéneos ha sido lento, y esta situación se sigue explicando en alguna medida por la ausencia de una dirección más proactiva en la implementación de mecanismos que mejoren la productividad de los recursos, aspecto por ser considerado en la designación de los gerentes locales.

Si bien las dos primeras condiciones –asignación de recursos humanos y materiales y estructura de la red- están relacionadas con costos estructurales y no pueden ser ajustadas en el corto plazo, en materia de productividad de los recursos aún se puede hacer mucho. Cuando hay demanda insatisfecha y listas de espera preocupantes, no se puede justificar que la productividad del recurso humano y de recursos tecnológicos de elevado costo difiera entre una unidad y otra del mismo nivel, lo que evidencia las carencias locales en liderazgo y gestión.

## **6. PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN**

Durante el año 2002, el proceso de desconcentración no tuvo avances cuantitativos, manteniéndose la misma cifra de centros desconcentrados, a saber, 16 hospitales y 18 áreas de salud, cifras que representan el 55% y el 17% del total de centros, respectivamente.

Los centros desconcentrados en total consumieron un 61,4% del gasto total; en el caso de las áreas de salud las desconcentradas consumieron un 29,8% del gasto, mientras en el de los hospitales este porcentaje fue de 77%.

En lo que respecta al gasto en recursos humanos, el porcentaje respecto del gasto total de los hospitales desconcentrados se situó levemente por debajo de los no desconcentrados (64% frente a 66%).

Por otra parte, al analizar la producción de ambos grupos de unidades, en las áreas de salud encontramos mayores coberturas totales y con calidad en las unidades desconcentradas. En casi todos los programas (la excepción es la cobertura con calidad en el programa de menores de un



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



año), situación similar a la presentada en el año 2001, salvo que en ese año la excepción fue la cobertura total del mismo programa. También es importante destacar que en el 2002 las unidades desconcentradas lograron una mejora mayor en sus coberturas y en sus coberturas con calidad respecto del 2001, que las unidades no desconcentradas, en prácticamente todos los programas. Los cuadros siguientes comparan las cifras de coberturas totales y coberturas con calidad de unidades desconcentradas y no desconcentradas, para los años 2001 y 2002.

**Unidades desconcentradas y no desconcentradas:  
Cobertura total de programas de atención integral  
Años 2001 y 2002**

PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	DESCONCENTRADAS		NO DESCONCENTRADAS	
	2001	2002	2001	2002
Hipertensos	84,50%	87,80%	73,05%	69,10%
Diabéticos	74,58%	79,00%	62,31%	60,00%
Atención prenatal	86,34%	86,10%	81,68%	83,00%
Adolescentes	35,54%	38,20%	34,46%	28,90%
Niños de 1 a 6 años	52,01%	66,00%	41,68%	47,20%
Niños menores de 1 año	89,13%	90,00%	89,87%	88,00%

**Unidades desconcentradas y no desconcentradas:  
Cobertura con calidad, según programas de atención integral  
Años 2001 y 2002**

PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	DESCONCENTRADAS		NO DESCONCENTRADAS	
	2001	2002	2001	2002
Hipertensos	37,44%	54,00%	23,95%	40,60%
Diabéticos	24,90%	37,00%	17,27%	27,00%
Atención prenatal	46,11%	37,00%	43,40%	28,10%
Adolescentes	28,33%	33,00%	23,58%	23,10%
Niños de 1 a 6 años	45,64%	50,00%	32,65%	35,50%
Niños menores de 1 año	59,57%	59,00%	52,27%	62,00%

La pregunta que surge es si esos mejores resultados son explicados por el proceso de desconcentración o si están reflejando un sesgo positivo originado en que las unidades elegidas para iniciar el proceso fueron precisamente las que mostraban ventajas en cuanto a calidad de la gestión. Estas unidades ya venían mostrando mejores resultados en las evaluaciones previas a la desconcentración, además de que se les dotó de una mayor cantidad de recursos con el fin de que pudieran hacer frente a dicho proceso. Esta situación hizo que, desde antes de la desconcentración,

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



---

estas unidades mostraran mejores coberturas totales y con calidad, de tal manera que el estar desconcentradas se explica por los mejores resultados y no a la inversa.

En lo que se refiere a la producción hospitalaria, la distribución entre hospitales desconcentrados y no desconcentrados se mantuvo igual que el año 2001: 77% y 23%, respectivamente. El gasto, por su parte, mantuvo una proporción de 76% frente a 24%, indicando que los no desconcentrados gastan ligeramente más que los desconcentrados, en relación con lo que producen. Esta ligera mayor eficiencia es sólo aparente, pues se debe tomar en cuenta que en el grupo de los no desconcentrados tienen un peso importante los hospitales periféricos 1 y 2, que tienen elevados costos por UPH debido a los problemas de escala de planta citados en un apartado anterior.

Al analizar el comportamiento entre los años 2001 y 2002, encontramos que las unidades desconcentradas, en conjunto, aumentaron su producción en 0,94%, mientras las no desconcentradas la aumentaron en 4%. Dentro de los desconcentrados 5 sufrieron reducciones en la producción que van desde 11% (Hospital de Niños) hasta 0,5% (San Vicente de Paúl), mientras los restantes 11 vieron crecer su producción en porcentajes que van desde el 59% (CENARE), hasta el 0,18% (Enrique Baltodano). De nuevo, aquí resulta un poco difícil asociar estos cambios en la producción con el hecho de estar o no desconcentrados, por lo que posiblemente haya que buscar la explicación en otros factores. De hecho, al analizar las cifras del cuadro siguiente pareciera observarse una mayor asociación entre el tipo de hospital y la tasa de crecimiento de su producción, que entre ésta y el estar o no desconcentrado.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
 GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
 Dirección Compra Servicios de Salud  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



**TASA DE CRECIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN 2001 - 2002  
 HOSPITALES DESCONCENTRADOS Y NO DESCONCENTRADOS**

DESCONCENTRADOS		NO DESCONCENTRADOS	
HOSPITAL	CRECIMIENTO	HOSPITAL	CRECIMIENTO
<b>ESPECIALIZADOS</b>			
Dr. Blanco Cervantes	2,75	Chacón Paut	(0,27)
Nacional de Niños	(11,08)	Nacional de Mujeres	(4,42)
Psiquiátrico	5,36		
Nacional de Rehabilitación	59,00		
<b>Especializados Desconc.</b>	<b>2,43</b>	<b>Especializados no des.</b>	<b>(3,83)</b>
<b>NACIONALES</b>			
Calderón Guardia	(3,56)		
San Juan de Dios	(5,92)		
México	1,86		
<b>Total Nacionales</b>	<b>(2,50)</b>		
<b>REGIONALES</b>			
San Vicente de Paúl	(0,50)	Monseñor Sanabria	10,08
San Carlos	(7,17)	San Rafael de Alajuela	(1,68)
Enrique Baltodano	0,18	Tony Facio	1,55
Escalante Pradilla	7,93		
Max Peralta	18,22		
<b>Regionales Desconc.</b>	<b>4,72</b>	<b>Regionales no descon.</b>	<b>3,72</b>
<b>PERIFÉRICOS 3</b>			
Golfito	0,24	Carlos Luis Valverde V.	5,21
San Fco. de Asís	0,85	La Anexión	1,34
Willian Allen	10,41		
Guápiles	6,34		
<b>Periféricos 3 Desconc.</b>	<b>5,24</b>	<b>Periféricos 3 desconc.</b>	<b>3,48</b>
<b>PERIFÉRICOS 1 Y 2</b>			
		Tomás Casas	(5,99)
		Los Chiles	57,73
		San Vito	0,88
		Upala	23,02
		Max Terán Valls	10,09
		Ciudad Neilly	1,62
		<b>Total Periféricos 1 y 2</b>	<b>8,16</b>
<b>TOTAL DESCONCENTRADOS</b>	<b>0,94</b>	<b>TOTAL NO DESCONCENT.</b>	<b>2,95</b>

Por otra parte, al analizar los resultados de la evaluación de las áreas desconcentradas – presupuesto, materiales y suministros y recursos humanos- encontramos resultados bastante pobres,

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



con calificaciones promedio ligeramente por encima del 60%, tanto para áreas como para hospitales. El detalle de estas calificaciones se muestra en los cuadros siguientes:

**Resultados de la evaluación realizada por la Dirección de  
 Presupuesto, Recursos Materiales y Recursos Humanos  
 Hospitales desconcentrados, 2002**

Hospital	Dirección de Presupuesto	Dirección de Recursos Materiales	Dirección de Recursos Humanos
San Juan de Dios	70	49	*
San Vicente de Paúl	50	53	75
Dr. Blanco Cervantes	50	54	76
San Carlos	50	62	62
Calderón Guardia	60	63	83
México	50	64	68
Dr. Enrique Baltodano	60	72	66
Dr. Escalante Pradilla	60	74	69
Carlos Sáenz Herrera	60	77	66
Centro Nacional de Rehabilitación	40	*	83
San Francisco de Asís	50	*	*
Nacional Psiquiátrico	60	*	72
Max Peralta	40	*	92
William Allen	80	*	*
Guápiles	80	*	83
Golfito	60	*	73
<b>Promedio</b>	<b>57,5</b>	<b>63,1</b>	<b>74,5</b>
FUENTE: Dirección de Presupuesto, Informe de evaluación, 2002			
* Pendiente de realizar la evaluación			

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



<b>Resultados de la evaluación realizada por la Dirección de Presupuesto, Recursos Materiales y Recursos Humanos Hospitales Desconcentrados, 2002</b>			
<b>Área de Salud</b>	<b>Dirección de Presupuesto</b>	<b>Dirección de Recursos Materiales</b>	<b>Dirección de Recursos Humanos</b>
Coronado	60	49	82
Chacarita	70	55	*
Santa Cruz	60	57	68
Esparza	70	59	76
Tibás-Merced-Uruca	70	*	73
Belén Flores	80	*	54
Naranjo	70	*	*
Palmares	50	*	83
Zarcero	70	*	66
Mata Redonda Hospital	90	*	76
Hatillo	80	*	68
Puriscal	50	*	51
Los Santos	60	*	51
Abangares	70	*	68
Peninsular	60	*	58
Barranca	60	*	65
Buenos Aires	70	*	62
Cariari	50	*	83
<b>Promedio</b>	<b>66,1</b>	<b>55,0</b>	<b>67,8</b>

FUENTE: Dirección de Presupuesto, Informe de evaluación, 2002

- Pendiente de realizar la evaluación

En síntesis, se puede afirmar que el proceso de desconcentración no ha tenido un impacto sensible ni en la producción ni en la gestión del gasto de las unidades proveedoras de servicios de salud. Para reactivar el proceso es imprescindible tomar medidas que faciliten su operacionalización, como pueden ser el fortalecimiento de la capacitación local en esta materia y la mejora de los canales de información entre el nivel central y los entes descentralizados.



---

## 7. CONCLUSIONES

### 7.1 Áreas de salud

- Se aprecia una disminución de la brecha entre la cobertura total (accesibilidad) y la cobertura con calidad en la mayoría de actividades de atención integral a las personas, lo que se traduce en un aumento del número de personas que son atendidas cumpliendo las normas técnicas de atención integral con respecto a todos los que acceden a los servicios de salud.
- Los programas de atención integral al niño menor de 1 año, 1 a 6 años, hipertensos y diabéticos aumentaron sus coberturas de atención con calidad, en este sentido se aprecia que las coberturas en los programas de atención infantil se mantienen consistentemente altas y es muy significativo el avance en los grupos de crónicos que traduce la importancia que estos grupos tienen en el sistema de salud costarricense.
- Es importante resaltar que el 52% de los niños son captados en los primeros 28 días de nacidos, cifra que aumentó en un 14% con respecto a lo logrado en el 2001. Esto es muy importante pues significa que esta intervención integral temprana puede incidir positivamente el crecimiento y desarrollo posterior.
- La cobertura alcanzada en el escenario escolar fue de un 79% de los niños matriculados en 1º, 3º y 6º, logro que se ha mantenido desde el 2001. En total 179 167 niños se beneficiaron de estas actividades lo que representa un 35% de la población escolar total del país, logro importante tratándose de este grupo etario en periodo de desarrollo.
- Las coberturas de vacunación en el nivel nacional se mantienen en niveles altos (alrededor de un 91%) y sostenidos desde hace 3 años, logro importante considerando que la Institución ha asumido en forma completa el Programa ampliado de inmunizaciones.
- La cobertura de atención integral del adolescente en los dos últimos años se ha mantenido en el 23%, cifra que aumenta en un 12% con respecto al año 2000, considerado importante por ser este un grupo que demandó los servicios de salud en forma particular.
- La atención prenatal fue la única actividad que bajó su cobertura con calidad a nivel nacional, el criterio determinante en este descenso fue la educación, lo que nos indica que tenemos que seguir trabajando fuertemente en los aspectos metodológicos educativos en salud y que la institución defina con mayor claridad aspectos técnicos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- La cobertura del tamizaje del cáncer de cuello continúa siendo una de las actividades esenciales del quehacer de los servicios de salud, alcanzando una cobertura 44% en el grupo de mujeres de 15 a 35 años y un 52% en las mujeres mayores de 35 años entre los años 2001 y 2002, situación que ha permitido una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad por este tumor en el nivel nacional, pues se detecta en estadios más tempranos donde puede intervenir con mejores resultados.
- La cobertura de atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas, tales como diabetes e hipertensión, mostró este año un repunte con respecto al año anterior, pasando de una cobertura con calidad de 19% a 30% en diabéticos y de un 27% a un 43% en hipertensos,



porcentajes importantes de aumento lo que en buena medida refleja la prioridad que se está brindando a estos grupos etarios.

- En la cobertura de tamizaje del adulto mayor se logró en el nivel nacional un 76% durante los últimos 4 años, meta que fue proyectada para ser alcanzada en este periodo y que también coloca al adulto mayor como una de las poblaciones de mayor prioridad, identificada en este momento de acuerdo con su nivel de riesgo.
- Se observa que la cobertura de atención odontológica preventiva en los grupos prioritarios, niños y niñas de 0 a 9 años, adolescentes y mujeres embarazadas, tiende a estabilizarse en alrededor de 40%, lo que puede considerarse un avance importante en este tipo de atenciones que en la Seguridad Social habían sido tradicionalmente de tipo curativo.
- En la atención domiciliar, se observa con preocupación que esta estrategia no se aplica en forma dirigida, considerando para ello el riesgo familiar, lo que podría incidir en un impacto menor de esta actividad que debería reforzarse y orientarse por riesgo.
- La Promoción de la salud continúa siendo una estrategia preponderante en el primer nivel de atención, la totalidad de Áreas de salud tienen estructurado y ejecutan un Plan de promoción de la salud, el cual ha sido desarrollado con participación social.
- Resaltables son el compromiso y la definición de acciones de las Áreas de salud tendientes a cumplir con una adecuada atención de las personas con discapacidad física, mental y sensorial.
- Un importante número de Áreas de salud (95%) evidencia participación en equipos de coordinación con los niveles de atención segundo y tercero, actividad que permite el trabajo en red de servicios y optimiza la utilización de los recursos disponibles. Si consideramos que debemos trabajar aún más en mejorar la eficiencia de esta coordinación entre niveles de atención y el adecuado financiamiento de la red de servicios de salud.
- Las Áreas de Salud correspondientes a la región Pacífico Central alcanzaron, en su mayoría, los mejores niveles de coberturas con calidad.
- Las Áreas de Salud correspondientes a la región Brunca avanzaron en sus niveles de coberturas con calidad en todas las actividades de atención integral ubicándose en una mejor posición que en años anteriores.
- Las Áreas de Salud correspondientes a la región Huetar Atlántica disminuyeron sus coberturas con calidad, pasando a ser la región con menos avances en sus resultados a nivel nacional.
- La mayor parte de las Áreas de salud pertenecientes a las otras regiones de salud tuvieron un comportamiento muy similar al año anterior.

## 7.2 Hospitales

- El sistema presenta un adecuado e incipiente comportamiento, lo cual esperado en la producción de las atenciones en los servicios de urgencias donde aumentan en los niveles de menor complejidad.



- La red de atención no posee aún elementos de coordinación que permitan coadyuvar y aunar esfuerzos para mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia entre niveles y unidades ejecutoras.
- El sistema hospitalario presenta un comportamiento al alza en el volumen de las unidades de producción hospitalarias, con variaciones significativas dentro de los niveles de atención pese a los impactos demográficos decrecientes en la cantidad de nacimientos esperados, trasladando la actividad hospitalaria hacia niveles con mayor rendimiento económico, como son los hospitales regionales. La tendencia al incremento fue de 9,6% entre las UPH totales producidas del año 2000 al 2001 y un incremento de un 1,6% del año 2001 al 2002, tras una adecuada estandarización con base en el año 2002.
- Del total de UPHs producidas, el 35,8% lo aportan los hospitales nacionales; el 32,6%, los regionales; el 13,46%, los especializados; el 9,89%, los periféricos tipo 3; y el 8,27%, los periféricos tipo 1 y 2.
- Según área de atención, del total de UPHs producidas, hospitalización aporta el 58,8%; Consulta externa, el 25,9%; y urgencias, el 15,5%.
- El análisis comparativo de los años 2000, 2001 y 2002 demuestra que en hospitalización se ha venido con una tendencia al aumento de UPHs, un 9% del 2000 al 2001 y un 1% del 2001 al 2002. Consulta externa crece también; cabe mencionar el incremento que se presenta del 2001 al 2002, que es de un 9%. En urgencias hay tendencia a la disminución de UPHs con un 4% en el 2002 relacionándolo con el 2001.
- En lo referente a servicio de egreso, cabe resaltar la disminución en las UPHs producidas por el servicio de obstetricia, relacionando 2000 con el 2001 el descenso es de un 4% y de un 5% para 2001-2002.
- Los servicios de cirugía y ginecología aumentan sus UPHs en el periodo, 5% y 18% respectivamente.
- En el análisis se observa que los hospitales regionales tienden hacia la producción de egresos en el área materno infantil; y los nacionales, en el área de cirugía.
- La cirugía ambulatoria se incrementó en un 1,2% al relacionar 2002 con el 2001. Esto mediante los esfuerzos por aumentar el volumen de cirugías a nivel hospitalario, y tras incorporar un mayor énfasis en el uso de la cirugía ambulatoria.
- Para el año 2002, el índice operatorio promedio del país es de 73,3%, disminuye en un 1,7% del alcanzado en el 2001, es importante la aclaración de que para el cálculo de este índice en el 2002 se excluyeron durante la evaluación, algunas intervenciones cuyo diagnóstico corresponde a cirugía menor y a procedimientos ambulatorios. Según nivel hospitalario. los índices logrados en el 2002 son los siguientes: hospitales especializados, 93,8%; periféricos tipo 3, 78%; regionales, 73%; nacionales, 70,7%; y periféricos, tipo 1 y 2 , 60,1%.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



- El promedio nacional de índice de cesáreas en el año 2002 es de 21,9%, moviéndose este índice entre 13,8% (Hospital de Ciudad Neilly) y 30,1% (Hospital de San Carlos). Los hospitales que se encuentran sobre el promedio nacional son: Calderón Guardia, México, San Rafael de Alajuela, San Carlos, San Vicente de Paúl, Carlos Luis Valverde Vega y Golfito.
- Con respecto a la estancia preoperatoria promedio, en los hospitales nacionales el que mayor estancia presenta es el México con un promedio de 4,2 días y las especialidades con mayor estancia también en estos hospitales son: ortopedia, neurocirugía, otorrinolaringología, urología y oncología, sobrepasando en su mayoría los 4 días de estancia preoperatoria.
- Existe aún un problema dentro de la atención de los servicios hospitalarios en un manejo no integrado para el tratamiento, disminución y mantenimiento de la lista de espera en las especialidades quirúrgicas de tal forma que, en listas de espera en consulta externa, es el Hospital San Juan de Dios el que tiene más especialidades con listas que superan los 90 días de espera, 9 en total, destacándose vascular periférico con 470 días, oftalmología con 240 días y urología con 200 días. En los Regionales debe mencionarse la especialidad de oftalmología en el Hospital Enrique Baltodano, que sobrepasa los 490 días de espera y la misma en el Hospital de San Carlos con 370 días de espera.
- Los procedimientos de diagnóstico en consulta externa, que están con listas de espera considerables, son: gastroscopía, ecocardiograma y prueba de esfuerzo, ultrasonido ginecológico, colposcopía ( Hospital San Vicente de Paúl con 120 días, seguido por el Hospital México con 120 días) y audiometría.
- En listas de espera en cirugía electiva, se observan en los hospitales nacionales tiempos de espera realmente preocupantes, sobrepasando los 490 días están las especialidades de neurocirugía en el Hospital Calderón Guardia y vascular periférico en los hospitales San Juan de Dios y México.
- En los hospitales regionales, en cirugía electiva, destacan las especialidades de vascular periférico, ORL, ortopedia y cirugía general, con tiempos de espera que superan los 290 días.
- La evaluación del año 2002 arroja como promedio nacional de infecciones nosocomiales un 1,6%, se considera que este porcentaje presenta un subregistro derivado de la diversidad de formas de recolección del dato, la variabilidad en criterios de clasificación, poco compromiso del personal de salud para el reporte de los eventos y a una base de datos limitada a cuatro diagnósticos.
- La mortalidad hospitalaria ha oscilado en los últimos tres años entre 2,06% y 2,17%, en el año 2002 se registra en 2,10%. En lo que respecta a mortalidad infantil hospitalaria, se observa en el año 2000 8,39 defunciones por 1000 nacimientos, en el 2001 9,34 por 1000 nacimientos y en el 2002, 8,93 por 1000 nacimientos.
- Es importante mencionar la baja cantidad de muertes maternas presentadas en el ámbito nacional para un total reportada de 10 muertes maternas para el 2002, indicador que traza la calidad de la atención en el sistema de salud.



---

### 7.3 Gestión económica financiera

En relación con la gestión económica y financiera de las unidades proveedoras de servicios de salud cabe resaltar los siguientes puntos:

- Por un año más, se logró continuar con el fortalecimiento del primer nivel de atención, lo cual se ve reflejado en un incremento de 1,4% de la proporción de recursos del seguro de salud destinada a este nivel.
- En lo que se refiere a hospitales, el gasto mantiene una distribución similar a la de años anteriores entre los diferentes niveles, aunque la producción ha aumentado más aceleradamente en unos grupos que en otros. Esta situación ha dado como resultado cambios diferentes en el gasto por UPH de los diferentes niveles; así, por ejemplo, mientras el costo por UPH producida por los hospitales nacionales aumentó casi un 6% en términos reales, en los periféricos 3 este costo se redujo en 5%, lo que indica una pérdida de eficiencia en los primeros y una ganancia en los segundos.
- Los hospitales regionales y periféricos 3 destacan por su mayor eficiencia en la producción, pues son los que presentan los menores costos por UPH.
- Al relacionar gasto con producción de las áreas de gestión internas de primero y segundo nivel y las áreas de gestión externa se mantienen algunas diferencias, indicando que las áreas de segundo nivel continúan siendo las de mayor gasto en relación con su producción de consultas.
- Respecto de la equidad con que se distribuyen los recursos entre regiones, al hacer el análisis para las redes regionales, sin separar los niveles de atención, se encuentra una situación de menor inequidad que la encontrada en los estudios realizados anteriormente, que sólo contemplan el gasto de las áreas de salud. Esto se debe a la no homogeneidad de las redes, respecto a los servicios que se prestan en cada nivel de atención.
- En lo que se refiere a análisis de indicadores financieros, aunque no se trató de manera directa en el informe, es importante mencionar que los análisis presentados por la mayoría de las unidades siguen siendo bastante pobres y tienen como principal objetivo obtener los puntos en la evaluación de los compromisos de gestión. En este sentido, creemos que aún hace falta capacitación en esta materia y, sobre todo, profundizar el cambio cultural que el nuevo modelo ha venido impulsando.



## 8. RECOMENDACIONES

### 8.1 Áreas de salud (área prioritaria de intervención)

#### 8.1.1 Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención en salud

En este año y posteriormente al señalamiento de las limitaciones en el proceso de implementación del modelo de atención integral en salud, se logra ver que, producto de las acciones estratégicas, las actividades tendientes a mejorar el enfoque de la atención abordando al individuo, familia y comunidad de manera integral, han mejorado en aspectos de promoción, educación y vigilancia epidemiológica, aun cuando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención sigue siendo limitada, tanto por la poca relación entre la planeación y las necesidades y problemas, ya que responde más a una oferta que a una demanda

***El resultado del compromiso adquirido por las diferentes instancias técnicas del nivel nacional está en los procesos de seguimiento y evaluación a través de las certificaciones, participación de la dirección técnica de salud preventiva en el análisis y formulación de los indicadores del compromiso de gestión y la participación directa de las direcciones regionales en el proceso de evaluación y análisis de los resultados.***

#### 8.1.2 Sistema de información

Aún persisten los problemas en el sistema de información ya sea por problemas en el propio sistema o bien por las limitaciones del usuario, ya que nos seguimos encontrando con los mismos inconvenientes señalados en años anteriores, sobre salidas del SIS que se nos presentaban y que brindaban información poco confiable para medir los resultados en términos de coberturas sin desmerecer el esfuerzo de los responsables de la viabilidad del sistema, los cuales contribuyeron a disminuir el número de unidades con los inconvenientes señalados.

Cabe rescatar que se está trabajando en un sistema de información que solventa las limitaciones de la versión 4.0, el cual esperamos esté disponible, en la mayor brevedad posible, para las diferentes unidades.

***Sigue siendo un propuesta válida en este momento la existencia de un sistema único lo que queda pendiente de definir como una prioridad institucional.***



### **8.1.3 Promoción de la salud**

En este año, la introducción del indicador de Plan de promoción de la salud la consideramos como avance de las tareas prioritarias definidas en el 2001, donde las diferentes regiones vieron el proceso facilitado por el acompañamiento recibido de las Dirección Técnica de Servicios de Salud.

Con la elaboración del Plan de promoción de la salud, el personal de las áreas de salud cuenta con un instrumento que les permite llevar a cabo las diferentes actividades en materia de promoción, quedando pendiente ahora la sensibilización externa de forma que los usuarios asuman su cuota de responsabilidad en el autocuidado y la prevención de problemas de salud.

***Sin embargo, es necesario seguir muy de cerca este proceso en el tanto su accionar no es dependencia unilateral de los servicios de salud, lo que representa un reto en la trasmisión del enfoque de promoción a la comunidad, con el fin de mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos.***

### **8.1.4 Gestión local**

Una de las principales limitaciones encontradas en el proceso de gestión se observaba en la elaboración del análisis situacional y el Plan estratégico, los cuales, en una proporción importante, no eran coincidentes.

La vigencia de tres años, a partir del año 2000, llega a su fin, y ya se formula un compromiso de gestión que, en su intento de contribuir al fomento del pensamiento de una gestión estratégica, se plantea de forma integral, donde el análisis situacional de salud es un componente más y los ejes estratégicos orientan las actividades que se propongan bajo un contexto de futuro finito de algunas acciones o por etapas de las que así lo requieran.

***Se pretende entonces que las unidades técnicas centrales y regionales den seguimiento y soporte a este proceso con la finalidad de aumentar la capacidad resolutive de las áreas de salud y fortalecer el proceso de planificación local, apoyado en los planes y políticas nacionales e internacionales.***

### **8.1.5 Segundo nivel de atención (Atención ambulatoria especializada)**

La falta de claridad en los productos esperados del segundo nivel ambulatorio, la heterogeneidad en la oferta y las brechas de recurso humano especializado ha hecho difícil establecer los productos por comprar y, por tanto, los resultados que se esperan. En el análisis de los resultados de la evaluación de este año se empiezan a vislumbrar algunos elementos tales como una sobreoferta de especialidades tales como pediatría y ginecología en una población que esta presentando un perfil de natalidad diferente al de hace tan solo cinco años; puede afirmarse que el impacto de la atención preventiva en estos dos grupos poblacionales en el primer nivel de atención podría estar variando la



demanda.

Los resultados del porcentaje de referencias que se recogen durante la evaluación se siguen presentando bajos, por los que es cuestionable el grado de capacidad resolutive de las áreas de segundo nivel campo en el que se hace prioritario incursionar en otros aspectos como la satisfacción del usuario en la resolución de sus problemas de salud más complejos.

***Se sigue planteando que las unidades que ofrecen atenciones especializadas ambulatorias sirvan de centros 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 resolutive del primer nivel y, a la vez, participar en acciones de promoción de la salud y de educación en salud.***

### **8.1.6 Acciones estratégicas por área prioritaria (resumen)**

#### **Áreas de salud**

<b>Área prioritaria de intervención</b>	<b>Acciones estratégicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado de avance en la readecuación del modelo de atención en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instancias técnicas del nivel central responsables de su seguimiento y evaluación se reestructuran en función del modelo readecuado de atención para dar seguimiento, control y evaluación de los elementos técnicos de las actividades cotidianas del nivel local</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemas de información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación del nuevo sistema de información en salud.</li> <li>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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento, control y apoyo al nivel local en los procesos de promoción de la salud</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creación de una instancia formada por miembros del nivel local y técnico que apoye a la consecución de planes basados en las necesidades y prioridades locales, que se sustenten en realidad y se dirijan a resolver dicha problemática.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo nivel de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convertir las Áreas de Salud con servicios especializados en centros con un alto nivel resolutive y que brinde soporte técnico, dado que serían el nivel inmediato de referencia del primer nivel de atención.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidades perdidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de todos los momentos de contacto de los usuarios al sistema para desarrollar las actividades definidas en la apertura programática</li> </ul>



	con todos los criterios técnicos de calidad.
--	--

## **8.2 Hospitales**

### **8.2.1 Producción hospitalaria**

En este capítulo es importante hacer notar el descenso en la producción de obstetricia y pediatría, posiblemente asociado a la disminución en la natalidad global de país, situación que supone hallazgos tempranos de la transición demográfica del país, lo cual debe tenerse en cuenta para la planificación futura de los servicios hospitalarios en relación al posible crecimiento de la población adulta mayor y el continuado descenso de la tasa de natalidad.

### **8.2.2 Producción quirúrgica**

La evaluación y diferentes contactos con los servicios de cirugía revelan que la gestión de las salas de operaciones se convierten en punto crítico en los servicios de la institución, lo anterior genera la necesidad de promover un proceso que integre todas las acciones que confluyen en la sala de operaciones, con el fin de generar un proceso integrado de gestión, que imprima eficiencia y eficacia a esta instancia y el servicio que brinda.

### **8.2.3 Cirugía ambulatoria**

Esta modalidad de atención ha seguido un comportamiento de crecimiento y mayor desarrollo dentro de la institución, además de ser una opción para ofrecer un servicio de calidad puede contribuir considerablemente a la solución de las listas de espera en algunas especialidades. Sin dejar de mencionar el impacto en la disminución de gasto que se tendría a nivel hospitalario.

Dentro de los procesos que la Dirección de Compra ha desarrollado para poder definir esta modalidad y como resultado de la presente evaluación es importante resaltar la necesidad de contar con una comisión técnica que elabore la normativa para el mayor desarrollo de la cirugía ambulatoria en la institución, dentro de sus atribuciones estarían: hacer un inventario y diagnóstico del estado actual de la cirugía ambulatoria, desarrollar protocolos de atención con el fin de controlar la variabilidad en la práctica quirúrgica.

Además, existe la necesidad de definir aspectos de carácter logístico de apoyo a la cirugía ambulatoria, en especial en la parte de equipamiento e infraestructura, dado que en este apartado muchas de las unidades mantienen a la cirugía ambulatoria en la programación tradicional de salas de operaciones, situación que está afectando el buen funcionamiento de la modalidad, de acuerdo con la opinión de los expertos.

De acuerdo con la evaluación y otros estudios realizados por la Dirección de Compra existe un potencial de crecimiento de la cirugía ambulatoria, mas allá del 21,1% documentado en la actual evaluación e, incluso, en opinión de los expertos se podría alcanzar porcentajes del 40 al 50% en el mediano plazo.



---

#### **8.2.4 Sistemas de información**

Se debe revisar y actualizar los actuales sistemas de información en el sistema hospitalario, en especial en el área de la consulta externa donde prácticamente no se cuenta con un sistema.

Todo sistema de información que se implemente debe caracterizarse por apoyar los procesos de toma de decisiones y superar la concepción actual de un sistema de información cuyo único fin parece ser el de registrar la información.

#### **8.2.5 Listas de espera**

Las listas de espera constituyen un problema complejo, multifactorial cuya génesis se da en cada uno de los establecimientos responsables de la atención directa a los usuarios, por lo que se hace necesario que la gestión de ellas se realice desde el nivel local con la participación de los niveles regionales y no por medio de una instancia única centralizada que asigna fondos adicionales, convirtiéndose en un incentivo perverso, como lo hemos señalado en años anteriores. Mientras existan fondos adicionales para listas de espera, ni los proveedores ni la misma UTLE estarán interesados en que se resuelva esta problemática.

Este problema debe ser científicamente cuantificado, tipificado, priorizado y abordado por los diferentes niveles de la institución. Los gestores locales son los responsables de apropiarse del problema y darles solución, por lo que deberá caracterizar esa problemática realizando, en principio, un análisis y priorizar los diagnósticos según criterios de magnitud, frecuencia y daño, para acercarse a la dimensión del problema por especialidad. Posteriormente podrá identificar la magnitud real de este y en un proceso de gestión local, participativo, que identifique estrategias propias para su resolución.

El nivel regional como gestor de la red de servicios deberá apoyar todas las acciones locales que favorezcan la gestión local de las listas de espera, así como coordinar el accionar entre los niveles para imprimirle oportunidad a la resolución de los casos. El nivel central deberá definir los lineamientos técnicos institucionales sobre los tiempos de espera para cada una de las especialidades, la metodología de priorización de las listas y los protocolos de atención. Además, deberá definir las políticas de desarrollo a corto y mediano plazo del recurso humano, de las inversiones en infraestructura y equipamiento y las fuentes de financiamiento, así como la estrategia para brindar información periódica a la opinión pública. Así mismo los fondos que en la actualidad se manejan en listas de espera como una bolsa de fondos adicionales deberán integrarse a los fondos que se asignan directamente a cada unidad de acuerdo a la producción pactada a través de los compromisos de gestión.

Uno de los elementos por gestionar en los centros hospitalarios que pueden incidir en movilizar las listas de espera, lo constituye el recurso de sala de operaciones, que es el pilar fundamental del quehacer de los servicios quirúrgicos, el cual requiere un análisis permanente y planes de solución



que busquen optimizar la utilización de las salas y, por ende, incrementar la productividad del recurso humano instalado.

Para lo anterior, y dada la confluencia de las diferentes disciplinas que participan en el funcionamiento de la sala de operaciones, se sugiere que en los diferentes centros hospitalarios se conformen grupos gestores que monitoreen y resuelvan en forma oportuna los problemas allí encontrados.

### **8.2.6 Red de servicios**

Ciertamente, las comisiones interniveles han logrado integrar los diferentes componentes de la red en un foro con regularidad y permanencia, situación que se convierte en oportunidad para profundizar en la necesidad de que esta red actúe en forma planificada y coordinada, tratando de definir sus prioridades y planificando como un todo sus acciones. Son de especial importancia en este tema el análisis de la articulación de la red, definición de la calidad de la referencia contrarreferencia, el análisis de las listas de espera desde la óptica de la red, priorizar a partir de un análisis de la demanda y del egreso hospitalario, elementos que sean favorecedores de la articulación en una forma integrada de la red.

### **8.3 Gestión económica financiera**

En virtud de los resultados obtenidos en el ámbito económico-financiero, recomendamos las siguientes acciones:

- Continuar potenciando el primer nivel de atención. El fortalecimiento de este nivel constituye la manera más eficiente de lograr mejoras en calidad, equidad y oportunidad en la atención de las necesidades de la población. El modelo de asignación de recursos financieros debe seguir trasladando recursos a dicho nivel de atención.
- Introducir mecanismos dentro del modelo de asignación de recursos financieros para:
  - Estimular mejoras en la calidad de los servicios, mediante un incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos.
  - Promover el mejoramiento del acceso y el aumento de la capacidad resolutoria de los diferentes niveles de atención, mediante una asignación de recursos financieros, humanos y materiales más equitativa en función de las necesidades de la población.
  - Aumentar paulatinamente el porcentaje de presupuesto ligado a producción.
  - Promover el incremento de la productividad de los recursos fijos asignados, mediante una mejora en la gestión de las unidades, como medio para aumentar la eficiencia de los recursos y, con esto, reducir los costos medios de producción.
- Fortalecer los servicios y especialidades en los hospitales regionales y periféricos 3. El menor costo con que producen estas unidades provocaría un incremento en la eficiencia del sistema además de redundar en una mejor calidad de la atención, al evitar costos (económicos, psicológicos, etc.) de traslado del paciente y permitirle a este una mayor cercanía geográfica de su familia y su comunidad, lo que sin duda constituye un elemento importante para la



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
*Dirección Compra Servicios de Salud*  
**INFORME DE EVALUACIÓN 2002**



---

recuperación de la salud; una reestructuración de la red nacional de servicios en tal sentido, sin duda contribuirá a incrementar el nivel de eficiencia y la calidad del sistema.

- Reforzar la capacitación financiera-administrativa e implementar mecanismos que profundicen el cambio cultural que el nuevo modelo ha venido impulsando.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Octavo informe 2001. San José, Costa Rica, 2001.

Dirección de Compra de Servicios de Salud. Informe de Evaluación 2000. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica, 2000.

Dirección de Compra de Servicios de Salud. Informe de Evaluación 2001. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica, 2001.

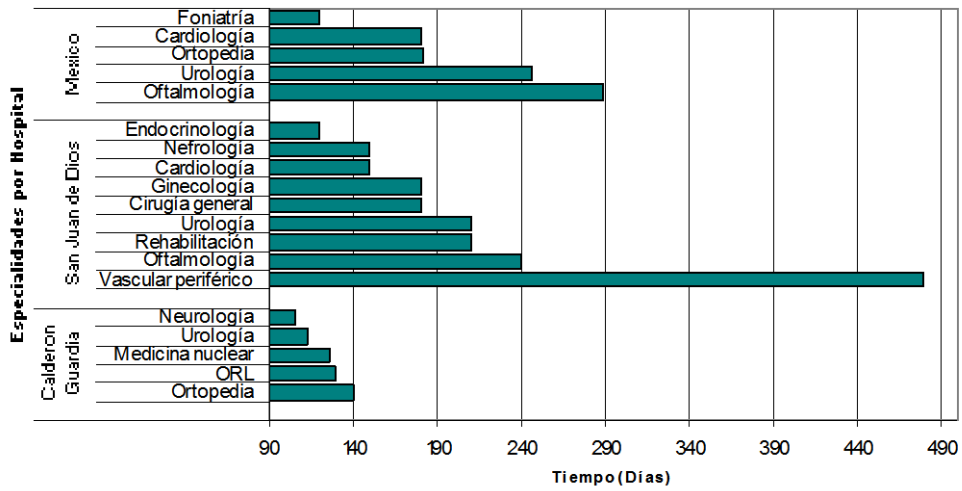


# **ANEXOS**



## Anexo 3.1

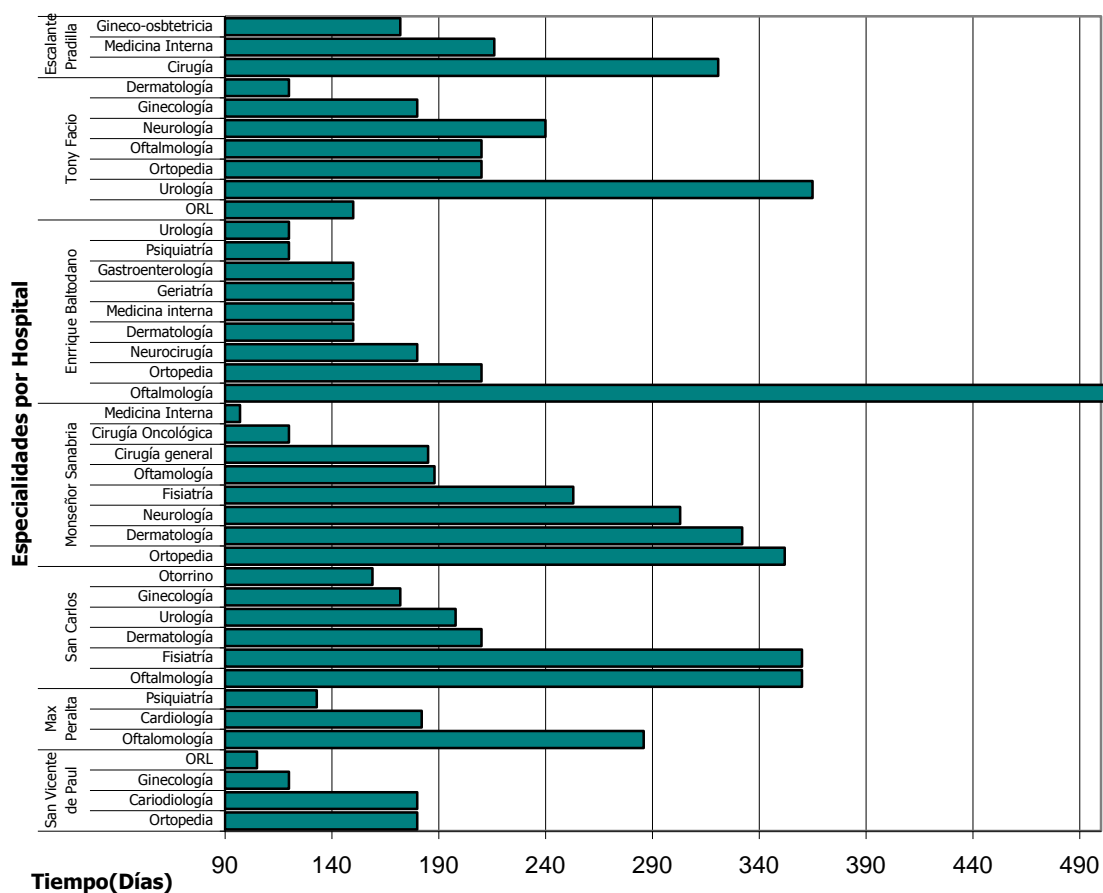
Tiempos de espera por especialidad para consulta externa en los hospitales nacionales para el año 2002





## Anexo 3.2

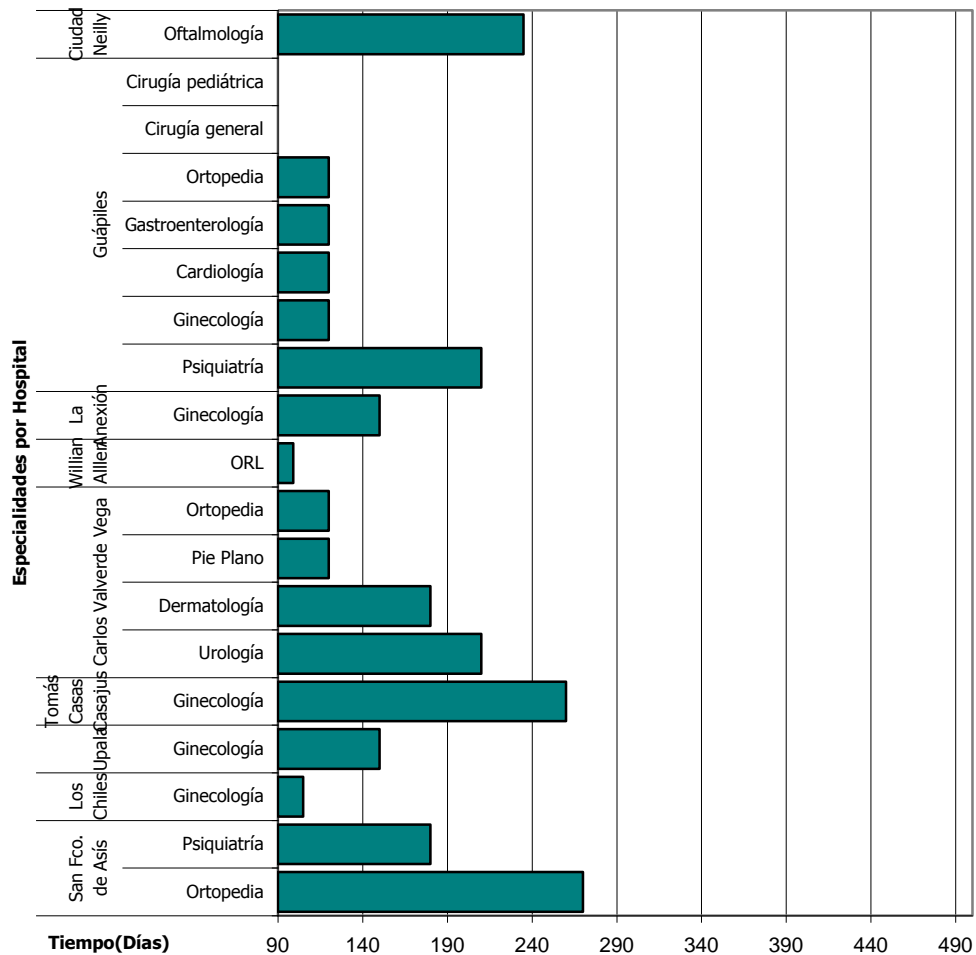
Tiempos de espera por especialidad para consulta externa en los hospitales regionales en el año 2002





## Anexo 3.3

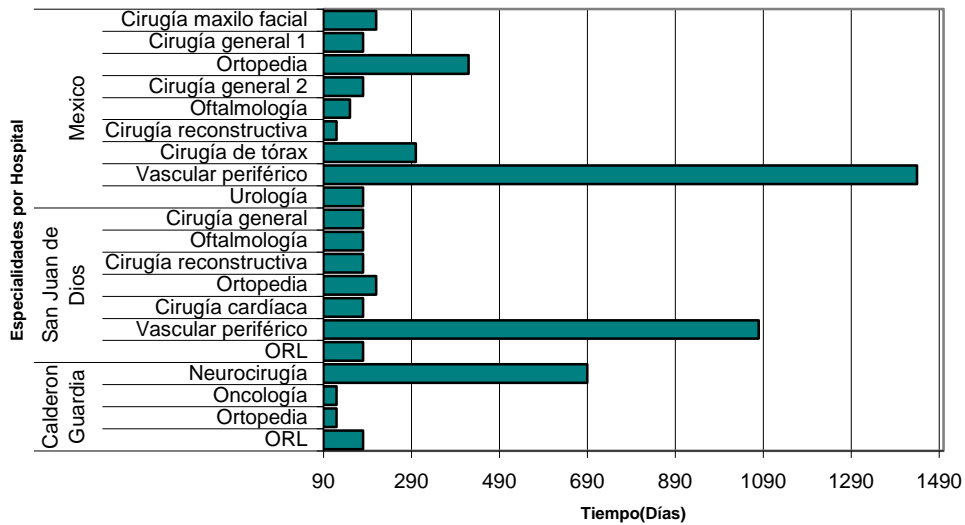
Tiempos de espera por especialidad para consulta externa en hospitales periféricos para el año 2002





## Anexo 3.4

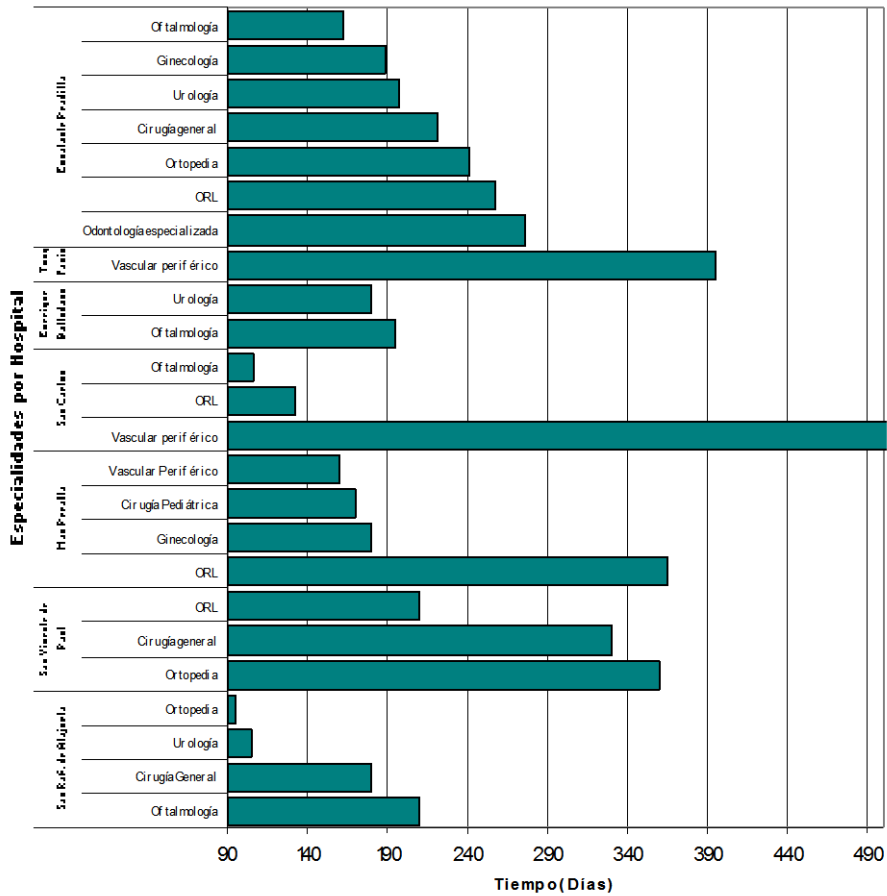
Tiempos de espera por especialidad para cirugía electiva en los hospitales nacionales en el año 2002





## Anexo 3.5

Tiempos de espera por especialidad para cirugía electiva en los hospitales regionales en el año 2002







## Anexo 3.6

**Tiempos de espera por especialidad para cirugía electiva en los hospitales periféricos en el año 2002**

