

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia División Administrativa
Dirección de Compra de Servicios de Salud



Informe de Evaluación de los
Compromisos de Gestión
2005



Agosto 2006



Elaboración del documento

Dirección y conducción general

Dra. Ana Guzmán Hidalgo
Directora Dirección de Compra de Servicios de Salud

Coordinación por DCSS

Miriam León Solís

Desarrollo de los contenidos

Mauricio Amador Granados
Marcela Chavarría Barrantes
Olga Chaves Pérez
Pablo Jiménez Villalta
Adriana Lapeira Mix
Melvin Morera Salas
Fernando Nassar Guier
Edgar Pereira Barrantes
Hernán Danilo Sancho Madriz
Shirley Soto Alpizar
Yahaira On Cubillo

Comité Editorial

David Martínez Jiménez
Hugo Chacón Ramírez
Flor Solís Durán

Equipo de Producción

Asesoría metodológica: Miriam León Solís
Diseño y edición digital: Flor Solís Durán-Oscar Villegas

Monografía, San José Costa Rica Agosto 2006

Se permite la reproducción, traducción total o parcial del contenido de este documento sin fines de lucro para uso personal y docencia; siempre que se cite la fuente y se comunique por escrito, enviando un ejemplar del documento que citó esta fuente a la Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Tel: 221- 3293, Interno: 2555
Apdo. Postal: 10105 -1000
Oficina: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS)
Av. 4, c5 y 7, Piso Mezanine, Ala este

Este documento puede ser consultado en
<http://modsjoweb01.caja.ccss.sa.cr:81/Compras/index.shtml>

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION	4
II. METODOLOGÍA	6
2.1 Recolección de los datos	6
2.2 Revisión de expedientes	7
2.3 Tipo de muestreo y tamaños de muestra	8
III. ÁREAS DE SALUD	9
3.1 Cobertura Nacional	9
3.2 Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares	11
3.2.1 Hipertensión arterial	12
3.2.2 Atención Integral al Adulto Mayor	14
3.2.3 Diabetes mellitus	15
3.3 Tumores malignos	17
3.3.1 Tamizaje cérvico- vaginal	17
3.3.2 Abordaje de las citologías alteradas	18
3.4 Enfermedades emergentes y reemergentes	20
3.5 Atención salud materno infantil	22
3.5.1 Cobertura de atención a los niños (as) menores de un año	23
3.5.2 Cobertura de atención a los niños (as) de uno a seis años	24
3.5.3 Atención en el escenario escolar	27
3.5.4 Atención a los adolescentes	28
3.5.5 Cobertura de atención prenatal	31
3.5.6 Cobertura de atención post-parto	35
3.5.7 Cobertura de atención odontológica	37
3.6 Violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar	40
3.7 Evaluación de las condiciones sanitarias generales y cumplimiento de la normativa institucional	41
3.8 Mejoramiento de la gestión local	42
3.8.1 Plan estratégico local de servicios de salud	42
3.9 Otros indicadores	43
3.10 Producción de la atención especializada ambulatoria en las áreas de segundo nivel	44
IV. HOSPITALES	46
4.1 Producción hospitalaria	46
4.1.1 Producción por nivel	46



4.1.2	Producción por servicio _____	50
4.2	Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria por servicio de egreso	52
4.2.1	Medicina _____	52
4.2.2	Cirugía _____	52
4.2.3	Ginecología _____	53
4.2.4	Obstetricia _____	53
4.2.5	Neonatología / Pediatría _____	54
4.3	Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria en Atención Ambulatoria	55
4.3.1	Procedimientos Mayores Ambulatorios _____	55
4.4	Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria en Consulta Externa_	55
4.3.1	Consulta Médica Especializada _____	55
4.4.2	Odontología _____	56
4.4.3	Otros Profesionales _____	56
4.5	Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria en Urgencias _____	56
4.6	Evaluación del proceso productivo _____	57
4.6.1	Indicador 111013 Índice operatorio _____	57
4.6.2	Indicador 111023 Estancia preoperatoria _____	62
4.6.3	Indicador 111033 Gestión de la sala de operaciones _____	64
4.7	Evaluación de la calidad _____	67
4.7.1	Indicador 051013 Reducción de recién nacidos con bronconeumonía por aspiración de meconio _____	68
4.7.2	Indicador 111083. Análisis de la mortalidad hospitalaria _____	69
4.7.3	Indicador 061013. Abordaje integral de la violencia intrafamiliar _____	70
4.7.4	Indicador 011023. Porcentaje de pacientes con aplicación de terapia trombolítica	72
4.7.5	Indicador 081013 Red de servicios de salud: Abordaje de la patología de cuello de útero. (Proporción de mujeres atendidas con oportunidad) _____	73
4.7.6	Indicador 091013: Certificación de Saneamiento Básico y Ambiental. _____	74
4.7.7	Indicador 091063: Certificación de la calidad de los expedientes de salud y de la información estadística _____	75
4.7.8	Indicador 091083: Certificación en prevención y control de _____	76
4.7.9	Indicador 011013 Porcentaje de pacientes con HTA y LDL colesterol normal atendidos en Consulta Externa _____	78
4.7.10	Indicador 021013 Porcentaje de personas diabéticas atendidas con calidad en la Consulta Médica Especializada _____	79



V. ÁREA ECONÓMICA	80
5.2 Gestión económica financiera de los hospitales y áreas de salud	80
5.1.1 Análisis del gasto	80
5.1.2 Distribución del gasto de áreas de salud por región	81
5.1.3 Distribución del gasto de hospitales por nivel de complejidad	82
5.1.4 Ejecución presupuestaria	82
5.2 Cumplimiento de los objetivos generales de los indicadores de gestión	84
5.2.1 Eficiencia del gasto	84
5.2.2 Análisis de costos con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG	86
VI. CONCLUSIONES	88
6.1 Áreas de Salud	88
6.2 Hospitales	92
6.3 Área Económica	94
VII. RECOMENDACIONES	96
7.1 Áreas de Salud	96
7.2 Hospitales	97
7.3 Área Económica	98
VIII. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	99
8.1 Porcentaje de cumplimiento	99
8.2 Cobertura total	99
8.3 Cobertura con cumplimiento de criterios de las normas	99
8.4 Índice con cumplimiento de normas	100
IX. CALIFICACIONES OBTENIDAS POR LAS ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES EN LA EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN 2005	101
9.1 Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Brunca	101
9.2. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Central Norte	102
9.3. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Central Sur	103
9.4. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Chorotega	104
9.5. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Atlántica	105
9.6. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Huetar Norte	106
9.7. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Pacífico Central	107
9.8. Hospitales Nacionales y Especializados	108



I. INTRODUCCION

La evaluación es un proceso analítico entre lo planteado y lo realizado. Precisa el grado de éxito o fracaso de una acción, comparando sus resultados con lo que se esperaba y revela la efectividad de las acciones emprendidas. “La evaluación no sólo se limita a registrar o medir resultados para la toma de decisiones, sino que es un aprendizaje que permite ampliar y enriquecer las perspectivas conceptuales y prácticas, permitiendo focalizar las acciones y controlar las relaciones y factores que inciden en los resultados”¹.

Al igual que cualquier evaluación, la evaluación del compromiso de gestión, es una herramienta utilizada tanto para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos y metas pactados por los proveedores de servicios de salud, como para conocer su quehacer tanto en cantidad como en calidad de la prestación de los servicios que están brindando.

Asimismo, en el ámbito institucional se puede hablar de cambios que han logrado las unidades en diferentes campos, así como utilizar los resultados para orientar la toma de decisiones y conocer cada vez más y mejor a las unidades proveedoras de los servicios de salud. También permite brindar un reconocimiento al esfuerzo y dedicación de las unidades para cumplir con lo pactado.

Los resultados presentados en este documento son producto de la evaluación del Compromiso de Gestión 2005, la cual al igual que en años anteriores, se realizó en todo el país cubriendo las 103 Áreas de Salud, la Clínica del Dolor, la Clínica Oftalmológica y los 29 Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Estos resultados son comparados con los resultados de evaluación del último quinquenio (2000-2004), tanto a nivel nacional como por las siete regiones del país.

¹ Gutiérrez, María del Carmen y otros. “Evaluación de los programas y proyectos desarrollados en la práctica de asignatura de diseño y programación de modalidades de atención de enfermería”. *Ciencia y Enfermería* XI (2):71-83, 2005.



Los resultados están descritos de acuerdo a los problemas y necesidades de salud priorizados en el Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP 2001-2006), entre ellos las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus, los tumores malignos y la salud materno infantil.

La Caja Costarricense de Seguro Social, por medio de los indicadores establecidos en los Compromisos de Gestión, ha promovido la ampliación de la cobertura poblacional en las unidades de salud, ha mejorado el acceso y los mecanismos para facilitar la utilización de los servicios de la red institucional, ha establecido parámetros de calidad en la atención por medio del cumplimiento de criterios de las Normas de Atención Integral en diferentes programas; así como parámetros de gestión y de planificación de los servicios de salud.



II. METODOLOGÍA

Este año el trabajo de campo se llevó a cabo en el período comprendido entre el 6 de febrero y el 17 de marzo del 2006 y estuvo a cargo de 35 equipos evaluadores, 25 conformados por los equipos regionales (con un promedio de tres personas por equipo) y el resto por los equipos de la Dirección de Compra de Servicios de Salud (dos funcionarios por cada equipo).

En las Áreas de Salud, la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de expedientes de cada usuario incluidas en los diferentes programas de atención integral a las personas.

En los hospitales, la evaluación está basada en el cumplimiento de la producción pactada en unidades de producción hospitalaria (UPH), en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en un módulo de revisión de expedientes para la verificación del cumplimiento de los criterios de atención a personas hipertensas, personas diabéticas atendidas en consulta externa por la especialidad de medicina interna, atención a mujeres referidas con papanicolaou alterado y aplicación de terapia trombolítica a pacientes con infarto agudo del miocardio.

2.1 Recolección de los datos

La recolección de los datos en el campo la realizan equipos de la Dirección de Compra de Servicios de Salud y equipos regionales. Los funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, efectuaron la recolección de datos en las Áreas de Salud de Compra Externa, las Áreas de Salud de segundo nivel (metropolitanas) y los Hospitales Nacionales y Especializados. La recolección de los datos en las diferentes regiones estuvo a cargo de los equipos regionales.

La planificación del trabajo de campo se desarrolló en cada Dirección Regional de Servicios Médicos, definiendo la conformación de los equipos evaluadores, la distribución



por centro de salud (Áreas y Hospitales) y el cronograma de visitas. En cada Dirección Regional también se desarrolló la reproducción del material (formularios de recolección de datos y sus instructivos) y la confección de los viáticos respectivos.

En la Dirección de Compra de Servicios de Salud se desarrolló el diseño de los formularios de recolección de datos, los instructivos de llenado, el diseño muestral, el cálculo de los tamaños de muestra, la elaboración de las bases de datos, la digitación de la información y su procesamiento. Asimismo, se desarrollaron cuadros con los resultados por región los cuales se enviaron a cada equipo regional para su análisis.

La Dirección de Compra de Servicios de Salud desarrolló un taller con todos los funcionarios regionales que conformaron los equipos evaluadores, a fin de homologar y estandarizar los instructivos diseñados para el llenado de los instrumentos de evaluación y el plan de trabajo en los diferentes centros de atención.

Este año por primera vez, como parte del proceso de evaluación se programaron visitas a las siete regiones, para presentar los resultados regionales.

2.2 Revisión de expedientes

Una parte de la evaluación del compromiso de gestión, consiste en la revisión de expedientes médicos para verificar el cumplimiento de los criterios que establecen las Normas de Atención Integral en Salud para el primer nivel de atención y, también, algunos aspectos mínimos que deben darse en la atención especializada del segundo y tercer nivel de atención.

Específicamente en los hospitales, donde se cuenta, con la especialidad de medicina interna en consulta externa se realizó una revisión de expedientes de las personas diabéticas e hipertensas que acudieron a la consulta en el año 2005. Además, se aplicó un muestreo sobre los casos con infarto agudo al miocardio y sobre los papanicolaou alterados, este último para evaluar el indicador de red de servicios de salud. En los hospitales Nacional Psiquiátrico y Chacón Paut, se aplicaron los muestreos del estado mental en pacientes de consulta externa y estado mental en pacientes ingresados. En las



Áreas de Salud, se realizó un muestreo de expedientes sobre el total de consultas de primera vez, brindadas en los diferentes programas de atención.

2.3 Tipo de muestreo y tamaños de muestra

Los hospitales, en su mayoría, carecen de un registro único (ya sea manual o computarizado) de las consultas por servicio y especialidad, lo que dificulta la selección de la muestra. En aquellos centros hospitalarios para los que se tiene un registro de las consultas o de los casos según corresponda, se aplicó un muestreo aleatorio y sistemático sobre el listado respectivo. Para los centros en los que no existe el registro de casos o consultas, se utilizó un muestreo en varias etapas: seleccionando, primero, aleatoriamente un mes del año, y sobre éste se hizo una selección aleatoria de las agendas médicas, dentro de las cuales la selección de los individuos se hizo utilizando un muestreo sistemático.

En las áreas de salud, la muestra de expedientes se hace mediante un muestreo aleatorio (muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional) en el cual se seleccionan dos sectores. La muestra se destruye en forma proporcional al total de consultas por programa en cada sector y, luego, en cada sector se distribuye la selección de los expedientes por programa en cada sector seleccionado utilizando un muestreo sistemático.

Los tamaños de muestra se determinaron para cada centro evaluado a partir de un nivel de confianza del 90%, un margen de error igual al 10%, incorporando un ajuste por ausencia del expediente en el momento de la revisión igual a un 10% en hospitales y al 5% en áreas de salud. En las áreas de salud, además, se hizo una estimación de la variancia a partir de las coberturas con calidad determinadas en la evaluación del Compromiso de Gestión del año 2004.



III. ÁREAS DE SALUD

En este apartado se presentan los resultados de la evaluación correspondiente a las Áreas de Salud incluyendo un apartado general de cobertura nacional y luego el cumplimiento de lo pactado en el Compromiso de Gestión para cada uno de los problemas de salud priorizados, describiendo la problemática nacional y luego los resultados encontrados en la evaluación.

3.1 Cobertura Nacional

Las 103 Áreas de Salud de las siete regiones del país, cubren una población de 4,283,999 habitantes. En el año 2005 se brindaron 2,323.492 consultas de primera vez. Comparando la producción con la del año 2004, se tiene una mejora en el acceso a los servicios, evidenciando un incremento de 166,620 consultas y un aumento de tres puntos porcentuales de la cobertura global nacional, pasando de 51.2% en el año 2004 a 54.2% en el año 2005. Resultado muy similar al reportado por la Dirección de Información en Salud, la cual reporta un total de 2,306.224 consultas de primera vez, brindadas en el 2005 y una cobertura nacional de 53,95%.

Al comparar la producción por región se tiene que la Pacífico Central, Brunca, Chorotega y Huetar Norte, las cuales presentan territorios de difícil acceso y menos densidad poblacional lograron, en el año 2005, coberturas superiores al promedio nacional. Cuadro 1.

Cuadro 1

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: NÚMERO DE AREAS DE SALUD, POBLACIÓN, CONSULTAS DE PRIMERA VEZ Y COBERTURA SEGÚN REGION, 2005

REGIÓN	Áreas de Salud	Población ¹	Consultas (primera vez)	Cobertura
Brunca	6	285.239	178.338	62.5
Central Norte	29	1,306.149	690.754	52.9
Central Sur	28	1,527.481	736.204	48.2
Chorotega	13	318.767	221.030	69.3
Huetar Atlántica	8	400.867	207.072	51.7
Huetar Norte	8	193.054	115.354	59.8
Pacífico Central	11	252.443	174.740	69.2
Promedio Nacional	103	4,283.999	2,323.492	54,2

¹.Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Sección de Análisis Demográfico.
FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005.

En años anteriores se incluyó en el Informe de Evaluación el gráfico correspondiente al promedio de las coberturas totales y coberturas con calidad; a partir del año 2005 esta información no se considera debido a la modificación de algunos criterios de cumplimiento.

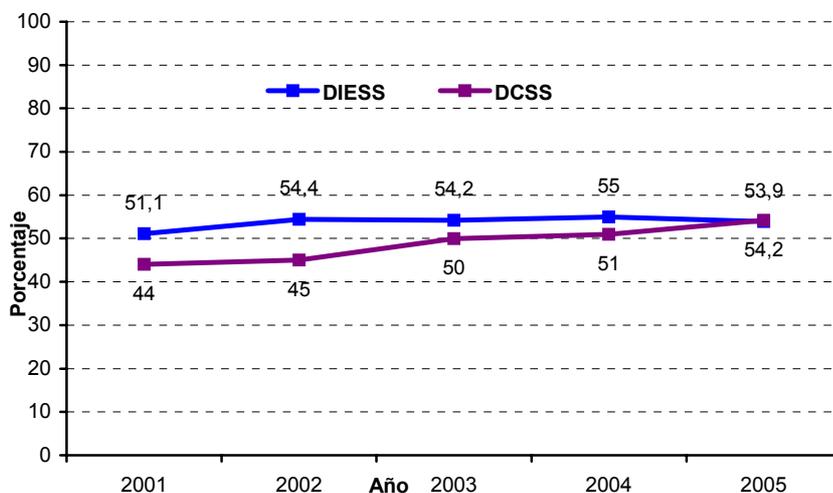
En la Gráfico 1 se presentan los resultados de la cobertura global obtenidos de la evaluación de los Compromisos de Gestión y la Dirección de Información en Salud desde el año 2001. Una de las principales limitaciones que se ha venido enfrentando en la institución es la ausencia de un sistema único de información obteniéndose, para los mismos indicadores, diferentes resultados según la fuente utilizada para su construcción (Dirección de Información en Salud y proveedores)

Se evidencia como las diferencias se van reduciendo hasta alcanzar un punto en común resultado que evidencia una mejora en el registro de información y en el reporte del mismo.



En este grafico se están considerando para el cálculo de la cobertura global las consultas obtenidas de primera vez de las unidades de salud 2001-2004, sin considerar las atenciones desarrolladas en el escenario escolar, por esta razón los resultados difieren de los datos presentados en el cuadro 2, del informe final 2004.

Gráfico 1
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COBERTURAS
DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL
2001- 2005 (PORCENTAJE)



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2001-2005. Gerencia División Médica, Dirección Información en Salud, Departamento de Estadística de Salud.

3.2 Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares

Según el Análisis de Indicadores de Género y Salud del año 2005 establece que “En el año 2004 la tasa de mortalidad general en Costa Rica fue de 3.8, superior para los hombres (4.2) respecto a las mujeres (3.3)”². Las enfermedades del aparato circulatorio aparecen como primera causa de muerte, siendo las enfermedades cardiovasculares las que tienen mayor peso tanto en hombres como en mujeres, situación que se observa desde 1970.

² Ministerio de Salud de Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud, Análisis de indicadores de Género y Salud. Costa Rica 2005, San José: 2005. p. 11.



La atención y el abordaje de las complicaciones y secuelas de este tipo de enfermedades en los centros de atención de la Caja son muy costosos, desde el punto de vista económico. Esto ha implicado el desarrollo y fortalecimiento, por parte de la Institución, de estrategias y actividades de atención primaria que puedan modificar los factores de riesgo cardiovascular predominantes a temprana edad como lo son: la obesidad, el sedentarismo y las adicciones a las drogas y alcohol.

3.2.1 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una condición que generalmente inicia sin síntomas y es uno de los factores de riesgo más importantes y modificables para la enfermedad cardiovascular, además es “clave para el aumento del riesgo de ataque cardíaco y apoplejías mortales entre las personas con sobrepeso y obesas”³.

Los hipertensos con sobrepeso tienen el doble de riesgo de sufrir un ataque cardíaco o apoplejía fatal que las personas con sobrepeso sin hipertensión; las mujeres con sobrepeso, hipertensión y diabetes tienen más de cuatro veces el riesgo de muerte cardiovascular; los hombres con sobrepeso e hipertensión arterial tienen el triple de riesgo en comparación con las mujeres y los hombres con peso normal y presión arterial normal. Por esta razón, es necesario incidir en el tratamiento adecuado de la hipertensión y el abordaje simultáneo del sobrepeso mediante la promoción de la actividad física y buenos hábitos de alimentación.

En relación al grupo adulto mayor hipertenso, la hipertensión variable aumenta el riesgo significativamente en este grupo de edad, “lo peor de la hipertensión en la tercera edad no es lo mucho que sube, sino lo mucho que varía, y la variabilidad de los registros de presión sanguínea en personas mayores se asocia a un riesgo aumentado de disfunción cognitiva y demencia”⁴, existe una relación paralela entre las desviaciones de presión sistólica y la habilidad mental; por tanto se debe promover que la atención primaria tenga especial atención sobre la variabilidad de los rangos de presión arterial.

³ <http://www.4women.gov/news/Spanish/528257.htm>.

⁴ <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevenición/2006/05/18/152128.php>



Resultados

En el año 2005 se logra un aumento en el cumplimiento de criterios en todas las regiones, a excepción de la Huetar Norte. El promedio nacional se establece para este año en un 67.0%, aumentando en siete puntos porcentuales en relación al 2004 que fue de un 60.1%. (Cuadro 2)

Cuadro 2
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS HIPERTENSAS SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2000-2005

(PORCENTAJE)

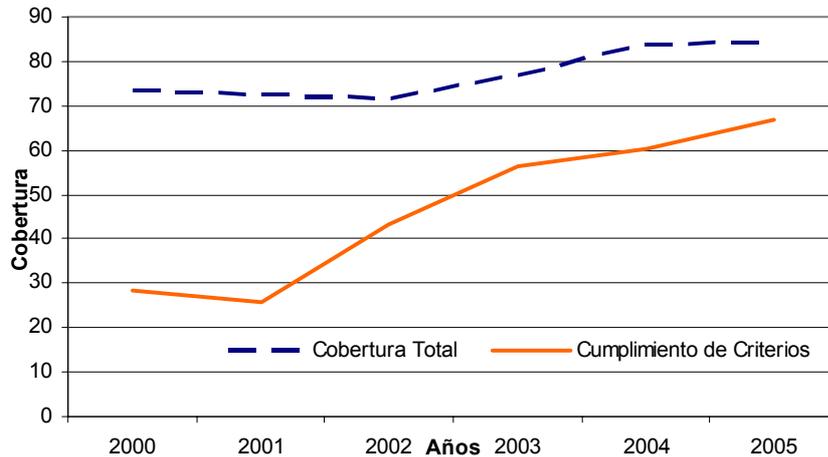
REGIÓN	COBERTURA											
	Total						Cumplimiento de criterios (Normas de Atención Integral)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	63.6	45.8	54.9	65.1	83.0	82.0	14.9	12.2	38.1	53.8	64.9	68.6
Central Norte	74.1	79.7	77.3	78.8	82.8	85.7	28.6	26.2	39.7	49.4	55.9	62.2
Central Sur	67.3	68.4	66.3	75.6	80.6	81.7	39.2	26.4	41.2	57.1	62.8	66.7
Chorotega	76.7	84.0	85.6	89.3	92.0	94.8	27.3	25.1	43.9	59.2	62.9	67.9
Huetar Atlántica	85.6	86.8	71.6	76.1	82.6	81.6	31.0	42.1	36.4	61.9	48.5	70.9
Huetar Norte	62.8	68.5	69.3	70.6	77.8	77.2	10.6	13.2	47.9	61.2	66.1	65.6
Pacífico Central	85.2	74.7	76.9	82.6	87.1	86.8	47.4	34.5	54.2	51.5	59.8	67.3
Promedio Nacional	73.6	72.6	71.7	76.9	83.7	84.3	28.4	25.7	43.1	56.3	60.1	67.0

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

Las coberturas totales presentan un incremento importante desde el año 2003 y la cobertura con cumplimiento de criterios tiende a acercarse más a la cobertura total, disminuyéndose la brecha entre ambas cada año, el mayor aumento se da en la Región Huetar Atlántica, pasando de 48.5% en el año 2004 a 70.9% en el 2005. (Gráfico 2)

Gráfico 2

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS HIPERTENSAS. 2000-2005



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2000-2005.

3.2.2 Atención Integral al Adulto Mayor

La Caja Costarricense del Seguro Social como parte de las necesidades poblacionales identificadas y en respuesta a la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor # 7935, promueve la atención eficiente y oportuna de las personas mayores de 65 años y el desarrollo de actividades que mejoren su calidad de vida, el ejercicio de sus derechos, la igualdad de oportunidades, la participación social y la atención integral que debe satisfacer las necesidad físicas, materiales, biológicas, emocionales y sociales.

Resultados:

En cuanto a la cobertura total en el año 2005 las regiones Central Sur, Chorotega, Huetar Atlántica y Pacífico Central superan el promedio nacional de 57.0%. Las regiones Brunca y Huetar Norte presentaron un incremento leve, mientras que la Central Norte disminuyó esta cobertura.

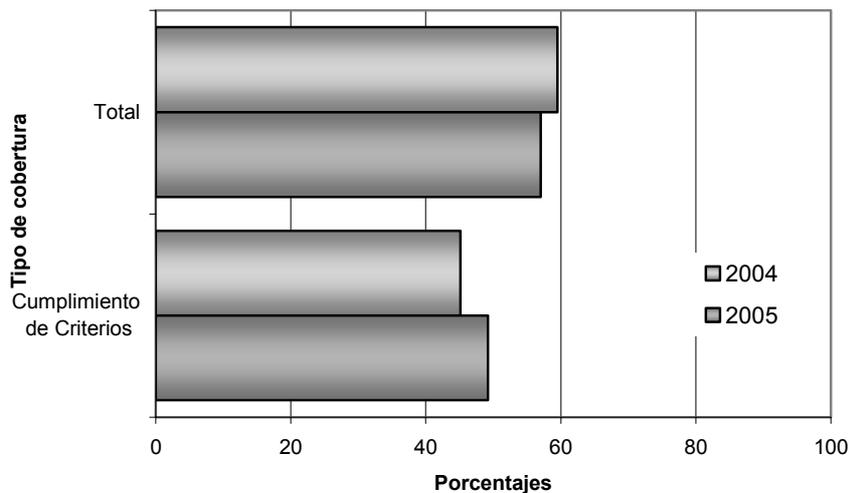
La cobertura con cumplimiento de criterios presentó un incremento con respecto al año 2004 en la mayoría de las regiones, más notoria en la región Pacífico Central, Huetar Atlántica, el resto de las regiones no superó el promedio nacional de un 49.2%.



La cobertura total a nivel nacional muestra una tendencia decreciente al pasar de un 59.5% en el 2004 a un 57,0% en el año 2005. Sin embargo, en el 2005 presenta un crecimiento en la cobertura con cumplimiento de criterios de un 45,1% a un 49.2%, situación que hace disminuir la brecha entre ambas coberturas (Gráfico 3)

Este indicador se compara únicamente con el año 2004 ya que a partir de ese año se orienta a la atención integral individual a todos los adultos mayores con la clasificación de riesgo y abordaje establecido en las cuatro esferas : funcional, psíquica, social y biológica. Los años anteriores se enfocaba a la realización del tamizaje.

GRAFICO 3
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA NACIONAL
DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
MAYORES DE 65 AÑOS, 2004-2005



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de Gestión 2004-2005

3.2.3 Diabetes mellitus

“En Costa Rica desde hace una década se conoce que la diabetes mellitus es la novena causa específica de muerte, la octava causa de consulta en hombres y la cuarta en



mujeres, la cuarta causa de hospitalizaciones y ocupa el primer lugar en costos hospitalarios en el país”⁵. No se conoce su prevalencia exacta pero se estima entre un 5% y un 6 % en la población mayor de 20 años.

Se ha demostrado que “la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es la mejor prueba disponible que refleja el control glicémico del paciente diabético, esta prueba permite estratificar a los pacientes en categorías de riesgo para desarrollar complicaciones cardiovasculares, por lo que sirve para evaluar y pronosticar el futuro de los pacientes. La HbA1c puede ayudar a intensificar oportunamente el control de la DM (control glicémico), así como identificar los casos que requieran atención especial (enfoque de riesgo)”⁶. Es conocido el alto costo que involucra este examen, sin embargo el acceso a la hemoglobina glicosilada debe garantizarse a los usuarios en las áreas de salud del país, como lo especifican las guías de atención al paciente diabético.

Resultados

La cobertura con calidad a partir del año 2004 depende únicamente del cumplimiento del criterio de hemoglobina glicosilada (HbA1c), razón por la cual los resultados no se comparan con años anteriores.

La cobertura total y la cobertura con calidad tienden a estabilizarse en los años 2004-2005, las regiones Chorotega y Pacífico Central por dos años consecutivos obtienen las mayores coberturas en este programa, ambas superan el promedio nacional. (Cuadro 3).

En el Compromiso de Gestión 2005 se negoció a nivel nacional un promedio de 15% de pacientes diabéticos aplicando al menos una hemoglobina glicosilada (HbA1c) en rango de normalidad al año y se obtuvo un promedio nacional de 68%.

⁵ Y ⁵ “Calidad del control glicérico según la hemoglobina glicosilada vrs glicemia en ayunas: Análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses”. Acta Medica Costarricense, (46): 140, jul-set. 2004.



Cuadro 3

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA
DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS DIABÉTICAS
SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2004-2005. (PORCENTAJE)**

REGIÓN	COBERTURA			
	Total		Cumplimiento de criterios (Normas de Atención Integral)	
	2004	2005	2004	2005
Brunca	59.7	67.0	57.3	66.0
Central Norte	69.6	69.6	67.9	63.5
Central Sur	66.3	66.0	66.3	62.9
Chorotega	87.9	89.3	87.9	89.3
Huetar Atlántica	73.3	68.7	73.3	51.6
Huetar Norte	57.0	56.4	57.0	56.4
Pacífico Central	83.6	82.7	67.4	86.1
Promedio Nacional	71.0	71.4	68.1	68.0

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

3.3 Tumores malignos

3.3.1 Tamizaje cérvico-vaginal

Según el Plan de Atención de Salud a las Personas 2001-2006 en lo referente a los tumores malignos del cuello del útero, Costa Rica ocupa el 8° lugar en América Latina, con una tasa de incidencia del 16,9 por 100.000 habitantes. Los lugares que presentan una tasa de incidencia por encima de la nacional son Limón, Guanacaste y Puntarenas.

Las Áreas de Salud han realizado un esfuerzo importante por mejorar la promoción del programa de citologías, sin lograr el incremento deseado en las coberturas de toma de citología, por lo cual es prioritario desarrollar otras estrategias que permitan mejorar la satisfacción de las usuarias.



Resultados

En el año 2005, la región Brunca se caracteriza por un incremento en su cobertura superando al promedio nacional. En el rango de mujeres menores de 35 años, las regiones Chorotega y la Central Sur también aumentaron sus coberturas totales. Para las mujeres mayores de 35 años las regiones Central Norte, Huetar Norte y Pacífico Central también superan el promedio nacional. El resto de las regiones mantienen coberturas similares que años anteriores.

En el 2005 en general las coberturas se mantienen en porcentajes similares a las obtenidas en el quinquenio. (Cuadro 4)

Cuadro 4
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA DE MUJERES CON
CITOLOGÍA VAGINAL SEGÚN REGIÓN, POR EDAD Y AÑO.
2000-2005.

(PORCENTAJE)

REGIÓN	Menores de 35 años						Mayores de 35 años					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	32	21	33	33	25	30	25	25	24	32	30	33
Central Norte	23	21	22	22	23	15	29	29	31	25	27	30
Central Sur	19	27	16	16	16	19	23	22	22	21	22	22
Chorotega	18	21	18	17	18	24	23	23	24	22	24	27
Huetar Atlántica	23	28	24	24	25	20	24	24	26	26	27	27
Huetar Norte	21	19	20	20	24	22	21	21	21	22	27	30
Pacífico Central	22	29	24	25	23	23	23	24	32	28	28	30
Promedio Nacional	23	24	22	21	20	22	24	24	26	25	26	27

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de salud, CCSS. Evaluación Compromisos de Gestión 2000 -2005.

3.3.2 Abordaje de las citologías alteradas



Como se observa en el Cuadro 5, para el 2005, las regiones presentaron un aumento en sus coberturas, especialmente en la región Brunca que alcanzó un 100% de calidad, lo que se traduce en un mejor abordaje a pacientes con esta patología.

A nivel nacional, hay un incremento en las coberturas, lográndose un abordaje con calidad de 97.4% en comparación con un 73.5% obtenido al inicio del quinquenio (2000).

Es importante tomar en cuenta que en todo este período (2000-2005), el abordaje de las citologías alteradas ha sido el adecuado en el tiempo de comunicación a la paciente el cual debe ser menor a 15 días y en la referencia a colposcopia / ginecología.

Cuadro 5

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: ABORDAJE DE PAP ALTERADO POR AÑO SEGÚN REGION, 2000-2005

REGIÓN	COBERTURAS (PORCENTAJE)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	78.6	78.0	92.5	96.7	98.1	100
Chorotega	78.6	91.2	88.1	95.2	100	98.0
Central Norte	77.9	92.9	93.3	96.9	98.5	99.4
Central Sur	90.5	96.1	97.9	99.9	98.7	91.5
Huetar Atlántica	61.6	92.0	93.3	94.3	93.7	95.3
Huetar Norte	72.4	88.1	95.7	99.6	100	98.0
Pacífico Central	88.4	91.8	96.5	96.5	97.2	98.9
Promedio Nacional	73.5	90.0	93.9	97.0	98.3	97.4

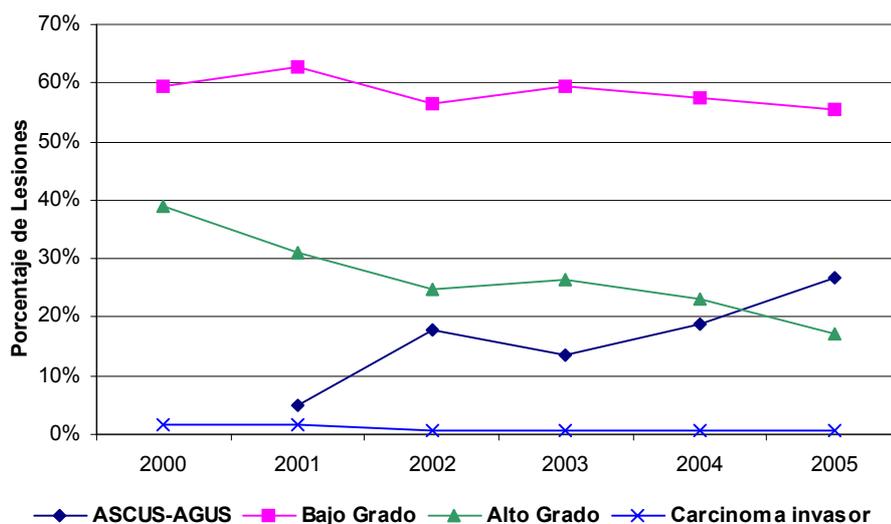
FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2005.

Según datos recolectados del Laboratorio Nacional de Citologías en el año 2005 se recibieron 337704 citologías de las cuales 329730 mostraron resultados normales y 7974 resultaron con algún nivel de alteración. Basándose en éstos resultados se obtiene una relación de citologías alteradas/ citologías recibidas de un 2.36% es decir que por cada 2.36 citologías recibidas hay una citología alterada, la otra relación que se obtiene

es citologías alteradas/ citologías normales de 2.41%, es decir que por cada 2.41 citologías normales hay una citología alterada. Las lesiones cérvico-vaginales se presentan con mayor frecuencia entre los 20 y los 50 años siendo el grupo de 21-30 años el que tiene más casos.

Las lesiones de alto y bajo grado así como el carcinoma invasor presentan un descenso para el 2005 en relación al quinquenio lo que puede deberse a la detección temprana de esta patología. Además, se aprecia que las lesiones ASCUS-AGUS presentaron un incremento. (Gráfico 4)

Gráfico 4
COSTA RICA: PORCENTAJE DE LESIONES CÉRVICO- VAGINALES DE
BAJO GRADO, ALTO GRADO Y CARCINOMA INVASOR.
2000-2005



FUENTE: Laboratorio Nacional de Citologías, DNC. Caja Costarricense del Seguro Social

3.4 Enfermedades emergentes y reemergentes

La migración poblacional, la adaptación y el cambio de los microorganismos, el debilitamiento de las acciones de vigilancia epidemiológica en algunos países, el aumento en la urbanización a nivel mundial, la globalización con el subsecuente aumento en el comercio internacional y la creciente contaminación ambiental que facilita la



migración de la fauna hacia otros sitios, son factores que en los últimos años, han propiciado la aparición de nuevos microorganismos, y que muchas enfermedades aparentemente erradicadas o con incidencia disminuída hayan resurgido, como es el caso del la tuberculosis, la malaria y la leptospirosis⁷.

Para el año 2005, el Programa de Análisis y Vigilancia Epidemiológica (PAVE) efectuó una certificación a partir de la información suministrada por las áreas de salud en la cual se incluye el porcentaje de semanas con notificación negativa de enfermedades de notificación obligatoria al año, el porcentaje de casos investigados en las primeras 48 horas según decreto y grupo y el porcentaje de casos notificados con muestra de laboratorio adecuada según grupo.

El cumplimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica varía entre las diferentes regiones de país, observándose los mayores cumplimientos en las regiones Central Norte (97.83%), Chorotega (95.69%), Central Sur (93.54%) y Huetar Atlántica (91.75%), y los menores cumplimientos en las regiones Pacífico Central (86.9%), Huetar Norte (81.38%) y Brunca (72.33%). En el contexto nacional, se obtuvo una calificación promedio de 88.49%.

En el caso de la tuberculosis, la Organización Mundial de la Salud en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la Alianza Alto a la Tuberculosis se propuso reducir marcadamente la carga de esta enfermedad para el año 2015. Esto ya que, a pesar de las bajas constantes en el número de casos en algunas partes del mundo los casos nuevos parece ir en aumento con aproximadamente unos 8.8 millones de casos nuevos en 2003⁸.

En nuestro país, los datos recopilados y analizados por el Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis muestran que en los establecimientos de salud de la CCSS se han diagnosticado en los últimos siete años, un total de 4,217 enfermos de tuberculosis con una tasa de morbilidad global para este período correspondiente a 18/ 100,000 habitantes.

7 (http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi11600.htm)

8 (<http://www.dcp2.org/file/3/DCPP-4-TB.pdf>)



En el 2005, las unidades de compra externa registraron un 76,35% de sintomáticos respiratorios examinados con baciloscopía, el porcentaje de positividad entre los casos examinados fue un 2.77%. Asimismo, el porcentaje promedio logrado por el análisis de la cohorte de casos confirmados de tuberculosis pulmonar, extrapulmonar y de la investigación de contactos según el manual de Normas de Atención y Vigilancia para el control de la tuberculosis fue de 84.73%.

Para este mismo año, las unidades Institucionales cumplieron en un 100% con el registro de de los casos los sintomáticos respiratorios detectados. Al relacionar los últimos con los sintomáticos respiratorios esperados⁹, se obtiene el porcentaje de detección alcanzado, el cual fue un 57.33% a nivel nacional, aumentando en un 1.8% con respecto al año 2004. El porcentaje de curación¹⁰ logrado a nivel nacional para este año fue de un 40.8%, aumentando también con respecto al 36.1% obtenido en 2004. Sin embargo, el porcentaje de abandono al tratamiento¹¹ fue de un 3.1% en relación al 2.8% obtenido en el año 2004, lo que conlleva a enfatizar la importancia que se debe dar al control y seguimiento de los casos para evitar que este porcentaje siga en aumento y a la vez para contribuir a que el porcentaje de curación se reduzca.

3.5 Atención salud materno infantil

La salud materno infantil guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales.

La salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad son factores susceptibles de modificar y de incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. La muerte materna y la muerte fetal constituyen dos situaciones de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive.

⁹ el total de consultas de primera vez en mayores de 10 años (del año anterior) x 0.025 (constante internacional del Programa Regional de Tuberculosis de OPS)

¹⁰ número de pacientes dados de alta con baciloscopía negativa/ total de pacientes que inician tratamiento en el 2005

¹¹ número de pacientes que abandonan tratamiento en un período de dos meses o más/ total de pacientes que inicia tratamiento en 2005



Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto¹².

En el caso específico de los niños, recientemente se ha ratificado la importancia de los cuidados que reciban en los primeros cinco años de vida para su adecuado desarrollo. De acuerdo a un informe de la OMS¹³ la adecuada atención a las madres, antes y después del parto, el que las madres sean no fumadoras, el hecho de que todos los niños tomaran leche materna al menos los primeros seis meses de vida, proporcionar una alimentación balanceada posterior y el recibir otros cuidados como vacunación tienen más importancia en la determinación de su peso y talla que la influencia genética o el origen étnico.

3.5.1 Cobertura de atención a los niños (as) menores de un año

La Caja Costarricense de Seguro Social ha realizado esfuerzos significativos para el abordaje de esta población, siendo las coberturas para este programa una de las más altas alcanzadas en el país.

Resultados

En el 2005 las coberturas totales en las regiones Pacífico Central, Chorotega y Brunca superan el promedio nacional de 89.6%. El resto de las regiones igualan o superan una cobertura de 85%.

Existe una tendencia al crecimiento de la cobertura con cumplimiento de criterios tanto durante el quinquenio 2000-2004 como en el año 2005, para el cual fue de 70.1% lo que representa un incremento de 2.49 puntos porcentuales con respecto al 2004. Cabe destacar que esta misma tendencia al aumento se observa también en la mayor parte de

12 www.encolombia.com/medicina/ginecologia/obstet52101-mejoramiento

13 www.who.int/childgrowth



las regiones a excepción de las regiones Brunca que mostró un descenso en su cobertura con cumplimiento de criterios, por segundo año consecutivo. (Cuadro 6)

En la cobertura con cumplimiento de criterios para el 2005, a nivel nacional, la captación es en promedio a los 21.49 días de vida. Esto resulta fundamental si se toma en cuenta que en los primeros 28 días se establecen las prácticas de salud y nutrición básicas y es también en este período que el niño presenta el mayor riesgo de muerte.

Cuadro 6

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA DE
ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS (AS) MENORES DE UN
AÑO, SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2000-2005.
(PORCENTAJE)**

REGIÓN	COBERTURA											
	Total						Cumplimiento de criterios (Normas de Atención Integral)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	89.1	85.8	76.8	89.4	89.5	92.2	45.1	51.8	60.1	76.3	70.3	61.2
Central Norte	91.1	88.0	82.8	89.4	85.4	84.6	41.3	48.3	49.4	59.5	63.7	65.4
Central Sur	90.0	89.0	82.4	87.3	86.6	86.8	54.3	56.5	57.4	62.1	68.7	70.3
Chorotega	96.0	97.5	92.5	88.2	94.4	92.3	52.3	52.9	66.6	49.0	69.4	72.1
Huetar Atlántica	92.3	82.4	85.4	90.5	91.0	89.4	40.2	58.2	47.2	47.7	70.5	77.1
Huetar Norte	99.2	91.4	94.9	80.9	90.3	87.5	29.1	54.5	72.9	57.6	69.6	69.5
Pacífico Central	96.0	95.4	95.4	97.3	96.1	94.5	59.2	61.5	71.2	73.3	68.3	75.0
Promedio Nacional	93.4	89.9	87.2	89.0	88.9	89.6	45.9	54.8	60.7	60.0	67.6	70.1

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

3.5.2 Cobertura de atención a los niños (as) de uno a seis años

El lograr mayores coberturas en este grupo poblacional ha permitido abrir espacios y oportunidades para desarrollar acciones preventivas mediante la educación, el diagnóstico y tratamiento oportuno, sin embargo para alcanzar mayores coberturas se deben crear nuevas estrategias para mejorar la captación en este grupo de niños.



Resultados

En todas las regiones, los resultados logrados en el 2005 en las coberturas totales fueron mayores que para el último año del quinquenio (2004), esto es más notorio en la Región Brunca.

En relación al cumplimiento de criterios, para el 2005 el promedio nacional presenta porcentajes más elevados en comparación a los años anteriores. Situación similar se presenta en todas las regiones, excluyendo a la Región Huetar Atlántica la cual se mantuvo en rangos similares al 2004. (Cuadro 7)



Cuadro 7

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA
DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS (AS) DE 1 A 6 AÑOS
SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2000-2005.
(PORCENTAJE)**

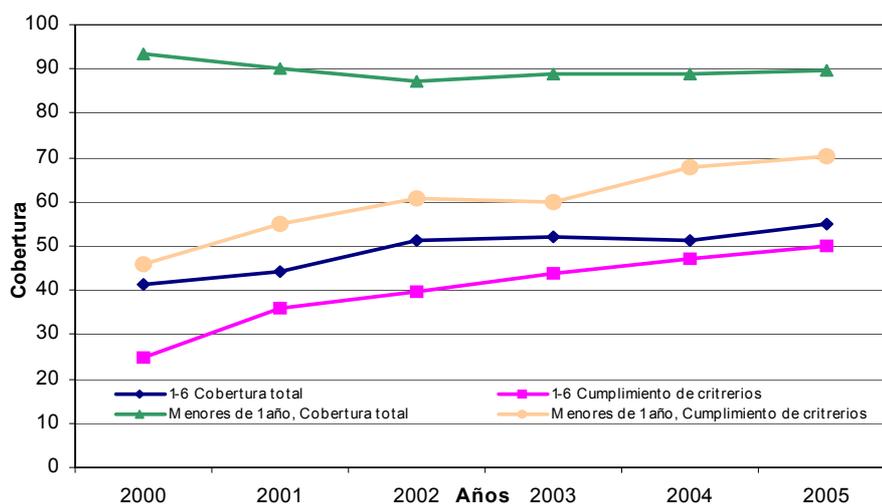
REGIÓN	COBERTURA												
	Total						Cumplimiento de criterios (Normas de Atención Integral)						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Brunca	32.7	37.2	49.2	44.1	40.5	51.8	17.1	30.0	41.5	41.5	39.6	49.7	
Central Norte	44.9	39.6	50.4	49.5	49.2	52.2	21.4	31.5	37.0	41.8	43.1	46.0	
Central Sur	40.5	44.5	48.3	57.1	54.7	60.9	32.1	36.8	36.9	47.7	51.3	55.6	
Chorotega	53.4	49.6	58.6	54.7	55.8	58.1	24.8	35.3	41.0	40.0	49.5	50.1	
Huetar Atlántica	39.4	43.0	46.4	48.1	49.2	49.8	23.6	36.8	33.6	44.3	45.2	44.5	
Huetar Norte	42.1	41.0	43.9	46.2	50.1	54.6	22.6	32.5	35.8	43.3	48.6	52.4	
Pacífico Central	37.1	54.2	62.3	59.0	52.2	57.9	30.4	47.3	50.4	47.6	47.4	51.7	
Promedio Nacional	41.4	44.1	51.3	52.0	51.4	55.0	24.6	35.8	39.5	44.0	47.0	50.0	

FUENTE: Dirección de Compras de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

En la Gráfico 5 se realiza una comparación de los programas de atención de niños (as) menores de un año y de niños (as) de 1 a 6 años a nivel nacional, evidenciándose una tendencia al crecimiento tanto de la cobertura total como de la cobertura con cumplimiento de criterios, además, se observa una disminución progresiva de la brecha entre ambas coberturas en los dos programas.

Gráfico 5

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS MENORES DE UN AÑO Y DE 1 A MENOS DE 6 AÑOS, 2000-2005



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2000-2005.

3.5.3 Atención en el escenario escolar

La buena salud aumenta la matrícula escolar, reduce el ausentismo y permite aumentar los logros educacionales, además de permitir que los niños más pobres y postergados, asistan a la escuela, mejorando la equidad social

Los programas efectivos de salud escolar representan una de las vías más eficaces en función de costos para llegar a los niños en edad escolar, siendo continuación esencial y complementaria de los programas de atención temprana al niño y su desarrollo¹⁴.

En la institución, los criterios evaluados en el escenario escolar son: valoración de agudeza visual, agudeza auditiva, estado nutricional, revisión del esquema de vacunación, profilaxis antiparasitaria, hemoglobina y hematocrito.

¹⁴ <http://www.schoolsandhealth.org>



Las regiones que presentan las mayores coberturas son: Central Sur (93.83%) y Huetar Norte (88.74%), las que presentan menor cobertura son la Huetar Atlántica (77.33%) y la Pacífico Central (82.47%), Estas dos últimas regiones han mejorado en con relación al año anterior.

La cobertura nacional de atención en el escenario escolar presenta un aumento en el año 2005 (86.28%) con respecto a los años anteriores. (Cuadro 8)

Cuadro 8

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURAS DE ATENCIÓN
EN EL ESCENARIO ESCOLAR SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2000-2005.
(PORCENTAJE)**

REGIÓN	COBERTURA				
	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	67.9	76.5	65.8	77.6	85.7
Chorotega	82.4	81.8	68.3	84.8	87.7
Central Norte	79.6	78.5	62.9	85.4	88.2
Central Sur	75.4	81.5	78.8	89.2	93.8
Huetar Atlántica	68.9	75.6	60.0	75.7	77.3
Huetar Norte	91.6	89.7	70.6	88.6	88.7
Pacífico Central	78.6	78	63.0	81.9	82.5
Promedio Nacional	77.8	80.2	66.1	84.4	86.3

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2000- 2005.

3.5.4 Atención a los adolescentes

La atención a la población adolescente es de particular importancia ya que muchos de los hábitos y las decisiones que se toman durante esta etapa contribuyen a la salud global de los adultos. La OMS estima que un 70% de las muertes prematuras en los adultos se deben en gran medida a comportamientos iniciados durante la adolescencia¹⁵.

¹⁵ <http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW>



Para incidir en estas conductas de riesgo, es prioritario promover el acceso de esta población a los servicios de salud. Esto constituye un reto, ya que los adolescentes se perciben a si mismos como personas que no se enferman y se ha encontrado que los que habitan en zonas pobres y marginales, y por lo tanto de mayor riesgo social, tienen poco conocimiento de los servicios de salud¹⁶.

Resultados

Como se observa en el Cuadro 9, en el año 2005 la mayoría de las regiones, a excepción de la Chorotega, han presentado un crecimiento en la cobertura total con respecto al 2004. En relación al cumplimiento de criterios, las regiones Central Sur (33% y Chorotega (31.6%) mantienen al igual que el año anterior, mientras que la región Huetar Norte presenta la menor cobertura con calidad con un 25.1%.

En el contexto nacional, se puede observar que para el 2005 la cobertura total mantiene un comportamiento similar al del quinquenio 2000-2004. La cobertura con calidad muestra un crecimiento entre los años 2000 y 2004, al pasar de un 12,5% en el 2000, a un 27,9% en el 2004, y aumenta nuevamente en el 2005 obteniéndose un 29.1%.

¹⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Adolescentes Pobres: Vida, carencias y Esperanzas en salud sexual y reproductiva. San José, 2003.



Cuadro 9

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA
DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADOLESCENTES
SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2000-2005.
(PORCENTAJE)**

REGIÓN	COBERTURA											
	Total						Cumplimiento de criterios (Normas de Atención Integral)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	23.9	25.1	24.4	24.2	28.9	30.7	05.0	16.7	22.6	23.6	28.2	29.3
Central Norte	28.5	36.2	32.2	26.8	27.5	28.5	11.9	20.0	24.0	21.8	24.8	26.4
Central Sur	32.4	41.4	29.0	27.9	32.1	34.7	19.9	29.9	26.4	25.3	30.1	33.0
Chorotega	36.5	32.9	33.1	30.6	36.5	34.6	12.6	21.9	22.3	24.0	31.9	31.6
Huetar Atlántica	27.7	37.4	27.8	28.3	30.7	31.2	13.6	35.0	24.3	25.2	27.5	28.9
Huetar Norte	16.7	32.5	24.1	21.8	26.8	27.5	10.4	22.3	19.3	21.2	25.4	25.0
Pacífico Central	31.4	35.6	41.2	33.9	30.4	32.2	14.1	27.8	34.4	21.4	27.0	28.2
Promedio Nacional	28.1	34.4	30.2	28.0	30.4	31.5	12.5	24.8	24.8	23.0	27.86	29.1

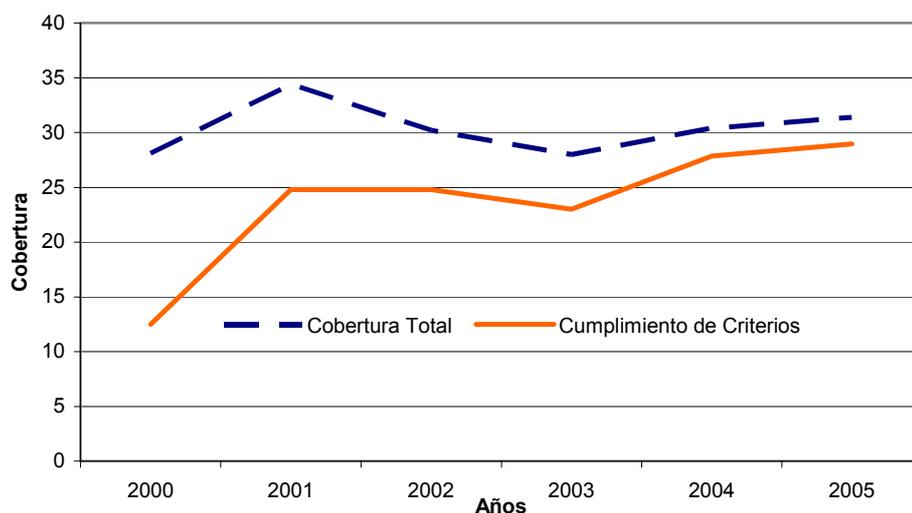
FUENTE: Dirección de Compras de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2000-2005

En el gráfico 6 se presenta la tendencia de crecimiento a nivel nacional, en la cobertura total y la cobertura con cumplimiento de criterios, y se evidencia como se van acortando las brechas entre ambas en el año 2005.



Gráfico 6

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADOLESCENTES. 2000-2005



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación de Compromisos de Gestión 2000- 2005.

3.5.5 Cobertura de atención prenatal

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. Los objetivos generales



del control prenatal son: identificar factores de riesgo, diagnosticar la condición fetal y materna y además educar a la madre”¹⁷.

Resultados

A nivel regional las coberturas totales en el año 2005 para la Central Norte y Central Sur se mantienen con variaciones leves en relación al quinquenio, mientras que el resto de las regiones presentan fluctuaciones diferentes. La región Pacífico Central obtuvo la mejor cobertura del 2005 con un 88,5 % seguida de la región Chorotega con un 85,2% y la región Brunca con un 81,0%.

En el 2005 la cobertura con calidad mantiene un crecimiento constante en relación al quinquenio para las regiones Central Norte, Central Sur, Chorotega, y Pacífico Central mientras el resto de las regiones presenta disminución en sus coberturas.

El promedio nacional, en el 2005, muestra que las coberturas totales se mantienen constantes en comparación con el quinquenio, mientras que las coberturas con calidad muestran una tendencia al crecimiento obteniéndose para este año, un 56,3% la cifra más alta de los seis años, (56,34%). (Cuadro 10)

¹⁷ www.escuela.med.puc.cl.



Cuadro 10

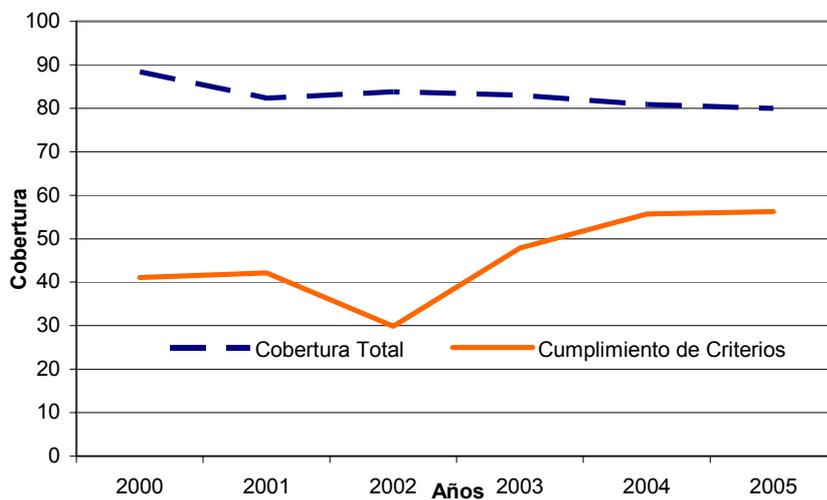
**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA
DE ATENCION INTEGRAL A MUJERES EMBARAZADAS
SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2000-2005.
(PORCENTAJE)**

REGIÓN	COBERTURA											
	Total						Cumplimiento de criterios (Normas de Atención Integral)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	66.8	62.6	71.1	83.2	86.2	81.0	30.9	24.6	25.9	56.5	59.0	48.6
Central Norte	87.5	83.0	78.6	79.5	73.7	77.8	38.4	43.4	21.2	44.7	51.5	56.5
Central Sur	81.9	73.0	72.2	74.8	73.5	75.5	52.7	47.3	35.5	48.3	54.8	57.9
Chorotega	92.7	93.0	92.6	79.4	86.1	85.2	35.1	41.6	31.9	41.1	54.1	57.0
Huetar Atlántica	96.1	90.6	86.1	86.0	81.5	78.6	36.9	55.9	18.8	40.2	56.6	55.9
Huetar Norte	93.6	82.2	90.9	79.9	74.6	73.4	35.7	29.5	28.1	46.8	57.5	51.1
Pacífico Central	100.0	91.8	95.1	98.0	90.3	88.5	57.7	52.9	47.9	57.2	56.4	66.9
Promedio Nacional	88.4	82.3	83.8	81.0	78.2	80.0	41.1	42.2	29.9	47.0	54.5	56.3

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2000-2005.

Como se observa en la Gráfico 7, este programa mantiene coberturas totales elevadas que superan el 80% a partir del año 2000, y que se han mantenido constantes. La cobertura con calidad a pesar que presentó un descenso en 2002, a partir del 2003 se elevó y se ha mantenido en crecimiento desde entonces.

GRAFICO 7
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA DE
ATENCIÓN INTEGRAL A MUJERES EMBARAZADAS, 2000-2005.



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación del Compromiso de Gestión 200-2005.

Otro aspecto a resaltar es la captación temprana en el control prenatal, ya que en promedio en las regiones se capta a las 12 semanas lo que refleja los esfuerzos realizados por las áreas de salud para asegurar una mejor atención a este tipo de pacientes. (Cuadro 11)



Cuadro 11

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: SEMANAS PROMEDIO DE CAPATACIÓN TEMPRANA EN EL MUESTREO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN REGIÓN, 2005.

REGIÓN	Semanas promedio	Casos Validos de la muestra
Brunca	12.3	213
Central Norte	12.2	1057
Central Sur	11.8	830
Chorotega	12.7	419
Huetar Atlántica	12.0	304
Huetar Norte	11.1	332
Pacífico Central	12.1	344
TOTAL	12.0	3499

FUENTE: Dirección de Compras de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

3.5.6 Cobertura de atención post-parto

La atención a la mujer después del parto se establece como estrategia que permite dar continuidad a las acciones preventivas llevadas a cabo en el período prenatal de manera que se asegura el bienestar del binomio madre-hijo.

Resultados

A nivel regional para el 2005 se observa que, en general, hay una tendencia al crecimiento en relación con el 2004. La región Chorotega alcanzó las coberturas totales más altas, un 83,1%, seguida de la Pacífico Central con un 78,9% y la Huetar Atlántica con 73,4%. Lo mismo ocurre para la cobertura con calidad la cual tuvo un incremento en el 2005 siendo mayor en las regiones Central Sur, Chorotega, Huetar Atlántica y Pacífico Central.

En el ámbito nacional la cobertura total y la cobertura con calidad aumentan en el 2005, lo que indica que las acciones pertinentes a mejorar la captación y atención a las



pacientes en su período de posparto han tenido buenos resultados. Sin embargo, para obtener coberturas más elevadas en cumplimiento de criterios es importante reforzar la educación en el posparto y la prescripción de hierro y ácido fólico por 6 meses.

Para el 2005 los días promedio de captación son de 11,7 esto es importante debido a que se asegura la atención en forma rápida y oportuna a la mujer, por ser una captación muy próxima al momento del parto; demostrándose que las estrategias implementadas en las unidades son efectivas. (Cuadro 12)

Cuadro 12

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL : COBERTURA DE
ATENCIÓN INTEGRAL EN POSPARTO, DÍAS PROMEDIO DE
CAPTACIÓN Y NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS,
SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2004-2005**

REGIÓN	COBERTURA (PORCENTAJE)				Días Promedio		Nº mujeres atendidas	
	Total		Calidad		2004	2005	2004	2005
	2004	2005	2004	2005				
Brunca	55,9	58,2	34,8	34,7	15,5	12,3	225	2950
Central Norte	66,3	64,1	45,5	45,9	13,4	11,2	1291	12229
Central Sur	79,4	70,6	39,3	54,0	10,6	13,5	581	16565
Chorotega	55,9	83,1	28,2	57,0	11,8	10,7	1199	4795
Huetar Atlántica	62,4	73,4	41,5	59,4	13,3	8,0	288	5580
Huetar Norte	76,9	71,7	61,7	55,9	10,4	11,6	365	2719
Pacífico Central	76,9	78,9	38,4	56,5	12,7	11,4	479	3378
Nacional	65,9	71,4	39,4	51,9	12,4	11,7	4.428	48.216

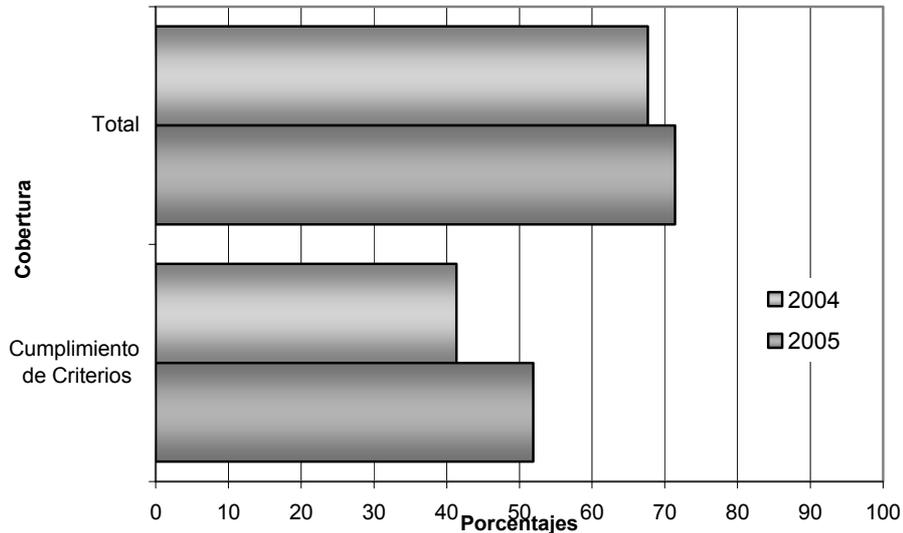
FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

Como se puede observar las coberturas totales como la de cumplimiento de criterios ha mejorado notablemente en relación al 2004 y alcanzaron cifras más del 50% de cobertura. (Gráfico 8)



Gráfico 8

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN POST PARTO. 2004-2005



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación del Compromiso de Gestión 2000-2005

3.5.7 Cobertura de atención odontológica

La atención a la salud bucodental es un servicio fundamental, ya que se relaciona directamente con la alimentación y la nutrición de las personas. Su abordaje trata de reducir los índices de enfermedad odontológica por medio de actividades dirigidas a grupos vulnerables mediante acciones preventivas como educación en salud oral, aplicación de fluoruros, sellantes en fosas y fisuras e instrucciones de fisioterapia oral.

Se abarcan tres grupos de gran importancia como son niños de 0-9 años, adolescentes y embarazadas cuyos resultados se presentan a continuación:

✓ **Niños de 0 a 9 años**

En general, se presenta un incremento importante en las coberturas regionales en este grupo, donde la región Pacífico Central obtiene un 60,7%, la más alta de las regiones, seguida de la Brunca con un 57,8% y la Chorotega con 52,6%.



En el ámbito nacional se alcanzó una cobertura del 51,2 % en el 2005, la más alta en los últimos 5 años, período en el que se había mantenido con muy pocas variaciones. (Cuadro 13)

Cuadro 13

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA
ODONTOLÓGICA PREVENTIVA EN NIÑOS(AS) DE 0-9 AÑOS Y DE
2-9 AÑOS SEGÚN REGIÓN, 2001- 2005.
(PORCENTAJE)**

REGIÓN	COBERTURA DE NIÑOS(AS)				
	2 – 9 años		0 - 9 años		
	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	40.2	31.1	45.8	39.7	57.8
Central Norte	52.7	44.4	44.1	45.4	45.4
Central Sur	45.7	38.4	44.1	39.4	51.2
Chorotega	67.2	49.2	45.6	45.1	52.6
Huetar Atlántica	47.3	34.7	32.7	39.7	44.5
Huetar Norte	36.0	26.0	31.0	39.1	46.3
Pacífico Central	57.2	58.2	58.7	56.4	60.8
Promedio Nacional	49.5	40.3	43.1	43.6	51.2

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación
Compromisos de Gestión 2000 - 2005.

✓ **Adolescentes**

A nivel regional en el 2005, la Brunca y la Pacífico Central alcanzan coberturas superiores en comparación con años anteriores, seguidas por la Chorotega, Central Sur, Huetar Atlántica y Huetar Norte.

El promedio nacional aumentó con respecto al quinquenio lo que indica una mejor captación de esta población. (Cuadro 14)



Cuadro 14

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: COBERTURA
ODONTOLÓGICA PREVENTIVA EN ADOLESCENTES
SEGÚN REGIÓN POR AÑO, 2001-2005**

REGIÓN	COBERTURA (PORCENTAJE)				
	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	28.1	33.0	50.1	45.2	57.9
Central Norte	44.4	36.6	38.0	40.9	39.1
Central Sur	34.7	35.3	39.1	38.9	44.1
Chorotega	51.6	36.1	43.6	42.3	48.1
Huetar Atlántica	45.9	41.2	34.1	42.4	44.1
Huetar Norte	27.2	32.0	33.5	43.4	43.7
Pacífico Central	43.9	60.1	50.6	47.8	55.6
Promedio Nacional	39.4	39.2	41.4	41.7	47.5

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud Evaluación
Compromisos de Gestión 2000-2004

✓ **Atención odontológica a las mujeres embarazadas**

Todas las regiones aumentaron sus coberturas en el 2005. La región Huetar Atlántica logró un 33,6% este año, superando la tendencia a la disminución de coberturas mostrada en el quinquenio 2000-2004.

El promedio nacional 42,0% aumentó en el 2005 y es el más alto en comparación con los años anteriores. (Cuadro 15)



Cuadro 15
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COBERTURA
ODONTOLÓGICA EN MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN REGION,
POR AÑO 2001-2005

REGIÓN	COBERTURA (PORCENTAJE)				
	2001	2002	2003	2004	2005
Brunca	41.5	48.2	45.4	41.4	43.4
Central Norte	37.5	31.4	33.1	35.0	35.1
Central Sur	27.2	35.3	40.8	40.2	47.3
Chorotega	34.4	40.8	37.0	41.9	43.0
Huetar Atlántica	31.2	29.5	27.1	25.3	33.6
Huetar Norte	41.0	31.1	35.7	33.6	35.4
Pacífico Central	31.7	61.9	59.4	50.1	56.0
Promedio Nacional	34.9	39.7	39.8	38.3	42.0

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación
Compromisos de Gestión 2000-2005

3.6 *Violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar*

“La violencia se ha convertido en uno de los problemas sociales más importantes y complejos de nuestro país y actualmente los recursos del estado son insuficientes para atender la demanda de la población que sufre ante las múltiples formas de violencia intrafamiliar y abuso sexual.”¹⁸

La administración de la justicia es un punto débil, según el estado de la nación “ Las leyes relacionadas con la explotación sexual comercial, las niñas adolescentes, o el maltrato a las mujeres con discapacidad y adultas mayores, algunas de las cuales han sido objeto de iniciativas de reforma cuyo trámite no avanza en la Asamblea Legislativa. Con igual

18 Organización Panamericana de la salud. *La violencia social en Costa Rica*. San José, 2004.



suerte corren otros temas como la reforma del régimen de servicio doméstico, las que promueven la paridad de género en el código electoral y en la ley de partidos políticos, así como las modificaciones del código de familia en lo concerniente al régimen del código de familia”. Como elemento favorable está la presencia de la mujer en escenarios políticos de importancia pero siguen siendo minoría en ocupar altos cargos en instancias para la toma de decisiones.

Para el 2005, los resultados de la evaluación revelan un alto grado de cumplimiento de los criterios de este indicador (registro de casos, determinación de factores condicionantes e intervenciones) ya que van desde el 100% (Huetar Norte) hasta un 80% (Chorotega).

En relación a la intervención de los casos detectados hay que considerar la reciente elaboración de la normativa para el abordaje de casos, el cual es dinámico, altamente complejo y trasciende los servicios de salud. El Estado debe construir una plataforma de la mano con la participación ciudadana, para desarrollar las intervenciones de forma integral. Las Áreas de Salud tienen limitaciones para intervenir y dar seguimiento a los casos de violencia por falta de redes de apoyo.

3.7 Evaluación de las condiciones sanitarias generales y cumplimiento de la normativa institucional

La Certificación de Saneamiento Básico y Ambiental Institucional se emite de acuerdo con las Normas para el Manejo de Residuos Peligrosos en los Establecimientos de Salud, y es el Departamento de Saneamiento Básico y Ambiental Institucional el encargado de realizar un Dictamen Técnico que establece el porcentaje de cumplimiento de la normativa institucional y las condiciones sanitarias básicas de cada Área de Salud.

Dado lo anterior las regiones que lograron mejor resultado fueron la Brunca (93%), la Huetar Atlántica (92%), la Central Sur (91%), la Pacífico Central (90%), el resto de las regiones oscilan alrededor del 84%. El promedio nacional alcanzado es de un 89%.



El indicador de Salud Ocupacional permite velar para que en el centro de trabajo se cumplan las disposiciones legales y reglamentarias en materia de salud ocupacional, mediante el diagnóstico y plan de gestión en salud ocupacional.

Las regiones que alcanzaron mejor cumplimiento están la Central Sur (94), la Huetar Norte (93%), la Central Norte (92%), el resto de las regionales están en un 80%. El promedio nacional es de un 86%.

El indicador correspondiente a las Juntas de Salud constituyen la forma más efectiva de hacer posible uno de los elementos más importantes del proceso de modernización: la participación ciudadana, tanto individual como colectiva en los hospitales, clínicas y áreas de salud.

En el nivel regional las que lograron mejor cumplimiento están Central Sur (98%), Chorotega (98%), Central Norte (97%), Pacífico Central (96%), Huetar Atlántica (96%), el resto están en un 75,5%. El promedio nacional es de un 91%.

La Certificación de la Calidad de los Expedientes de Salud y de la Información Estadística emitida por el Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud con participación de los Supervisores Regionales de Registros y Sistemas de Información.

En la evaluación del 2005 en el nivel regional se mantiene la calidad de los expedientes y el envío oportuno de la información estadística, de la siguiente manera: Central Sur (99%) Central Norte (97%), Brunca (96%), Huetar Norte (96%), Pacífico Central (96%), Huetar Atlántica (91%), Chorotega (85%). El promedio nacional es de un 94%.

3.8 Mejoramiento de la gestión local

3.8.1 Plan estratégico local de servicios de salud

El plan estratégico es una herramienta de planificación fundamental con la cual las unidades con base en las necesidades y problemas de salud identificados fortalecen su gestión y mejoraran su capacidad resolutive. Es el elemento clave para optimizar los recursos disponibles, desarrollando actividades y metas a corto, mediano y largo plazo.



La totalidad de las Áreas de Salud han desarrollado el proceso de construcción, formulación y ejecución del Plan Estratégico a partir del Análisis Situacional de Salud.

Para el año 2005 la evaluación de este indicador se estableció asignando un puntaje proporcional al logro alcanzado en la ejecución del plan, esto es el total de actividades ejecutadas entre el total de actividades planteadas, obteniéndose un 92.2% de cumplimiento a nivel nacional, esto significa que las Áreas de Salud están desarrollando las actividades propuestas en el Plan Estratégico en un porcentaje satisfactorio.

3.9 Otros indicadores

Para el año 2005 con la finalidad de reforzar la atención a la salud preventiva de las personas y aprovechando la capacidad instalada, se negociaron nuevos indicadores con las unidades de Compra Externa. Tomando en cuenta la experiencia desarrollada en estas unidades, estos indicadores se consideraron en las fichas técnicas negociadas por las unidades institucionales para los años 2006-2007.

- Porcentaje de hombres y mujeres de 20 a 65 años a quienes se les realizó un perfil de lípidos y categorización del riesgo cardiovascular:
Este indicador se implementó como una necesidad de incursionar en la valoración y abordaje de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. En este año, estas áreas de salud obtuvieron una cobertura total de 15,52% y una cobertura con cumplimiento de criterios del 13,95%.
- Sistema local de Vigilancia del Estado Nutricional
Por medio de este indicador se desarrollaron acciones referentes al funcionamiento del Sistema Local de Vigilancia del Estado Nutricional en cada unidad, se valoró en diferentes grupos etáreos de acuerdo a los indicadores antropométricos y en los grupos considerados críticos se desarrollaron acciones correctivas. Además, se plantearon programas de capacitación al personal de salud en el abordaje de estos grupos críticos así como en mantenimiento preventivo.

En el año 2005 las Áreas de Salud han cumplido con todos los criterios mencionados en este indicador lo que refleja el compromiso adquirido por brindar un mejor servicio a la población.

- Investigaciones operativas

Las Áreas de Salud del Programa de Atención Integral de Salud (Convenio UCR-CCSS) desarrollaron este indicador enfocándose en lo siguiente:

- Abordaje del paciente diabético mal controlado
- Análisis y el abordaje de la población policonsultante
- Sistematización de la experiencia de la actividad física como herramienta de promoción de la salud y el desarrollo de una propuesta de promoción de la salud según experiencias y necesidades reales de la población.

En general, los proyectos avanzan satisfactoriamente y se proyectan a mediano plazo, con la correspondiente participación de actores identificados (docentes, comunidad) y el desarrollo de técnicas de investigación. Sin embargo, deben reforzar la propuesta en la investigación de la población policonsultante y las estrategias de promoción de la salud.

3.10 Producción de la atención especializada ambulatoria en las áreas de segundo nivel

En el 2005, la producción de la atención especializada ambulatoria fue de 235 253 consultas por primera vez y 208 815 consultas subsecuentes, para una relación de 1.12 consultas de primera vez por cada consulta subsecuente.

Para este año, las especialidades que tienen mayor cantidad de consultas de primera vez son Medicina Interna, Ginecología y Pediatría, seguidas por Otorrinolaringología, Oftalmología y Psiquiatría.



En el 2005, la accesibilidad a la consulta especializada (consultas de primera vez) es de 17% para una población de 1 364 916.

El total de atendidos y el porcentaje de expedientes con criterios de calidad en la atención especializada a diabéticos, hipertensos y la consulta prenatal de riesgo para los últimos 3 años. Se presentan los datos a partir del 2003 ya que en este año, se lograron negociar los indicadores en la mayoría de las unidades de segundo nivel permitiendo su comparación.

La cantidad de hipertensos y diabéticos atendidos en el segundo nivel ha ido en aumento en estos tres años, lo que nos hace pensar si esta cifra realmente involucra un número importante de casos nuevos que provienen del primer nivel o si se trata, en su mayoría, de casos que se siguen atendiendo en el segundo nivel desde hace varios años.

Además se observa como la cobertura con cumplimiento de criterios en los pacientes hipertensos para el 2005 muestra un crecimiento importante con respecto al año anterior, superando inclusive la cobertura obtenida en el 2003.

En la atención a diabéticos se observa como el cumplimiento de criterios se encuentra similar al año anterior.

Con respecto a la atención prenatal, el total de embarazadas de riesgo atendidas disminuyó en el 2005 lo que podría deberse, entre otros factores, a una captación temprana y adecuado control del embarazo desde el primer nivel. En el caso del cumplimiento de criterios, el porcentaje obtenido para el 2005 resulta por debajo de lo logrado en años anteriores. (Cuadro 16)



Cuadro 16
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: TOTAL DE ATENCIONES Y
PORCENTAJE DE EXPEDIENTES CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
SEGÚN PROGRAMA POR AÑO. 2003-2005.

Programas	Total de atenciones			Porcentaje de expedientes con cumplimiento de criterios		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Hipertensos	8662	10224	10549	64.6	57.8	67.1
Diabéticos	5523	5800	6385	66.4	73.3	72.9
Mujeres embarazadas	2151	2325	1830	82.6	84.5	80.3

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación de Compromisos de Gestión 2003-2005

IV. HOSPITALES

4.1 Producción hospitalaria

4.1.1 Producción por nivel

La producción hospitalaria se analiza a partir de las unidades de producción hospitalaria (UPH¹⁹) logradas por los diferentes hospitales, así como los volúmenes de producción. Como los estándares para el cálculo de las UPH han ido variando con el tiempo, para efectos de comparación, la producción de UPH de los años 2000 al 2003 se han actualizado según estándares del 2004, aplicados a la producción de cada año; por esa razón el lector podrá encontrar que las UPH asignadas a un establecimiento antes del 2003, pueden no coincidir con las aquí consignadas.

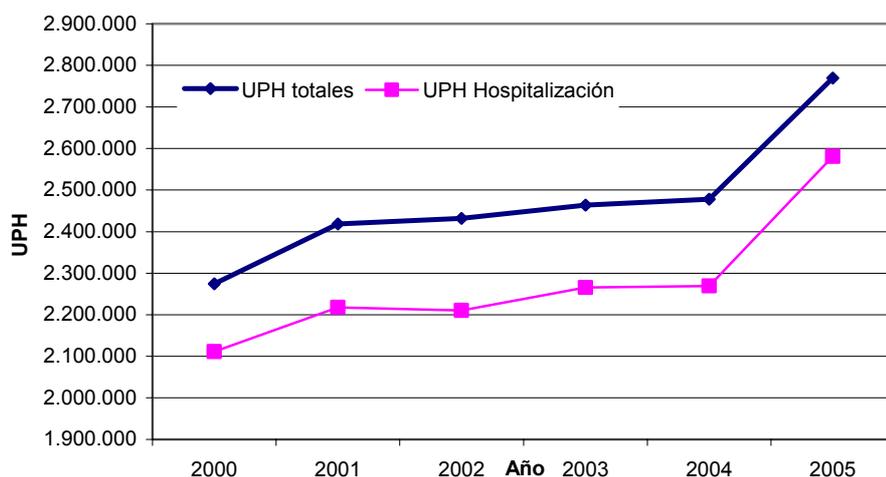
¹⁹ Se refiere a la unidad homogénea creada para medir la producción hospitalaria y lograr sumar y comparar la producción de los hospitales de los diversos productos. En términos de costos equivale a un día de estancia.



En el período analizado, la producción hospitalaria total medida en UPH, pasó de 2.266.512 en el 2000 a 2.766.959 en el 2005, lo que significa un crecimiento del 12,8% en los seis años analizados.

La Gráfico 9 muestra el comportamiento de las UPH totales en los veintinueve hospitales del país²⁰, en contraste con las producidas en los servicios de hospitalización. Se tiene que las UPH de hospitalización representan el 93,2% de todas las UPH producidas. En el año 2002 hubo una reducción de las UPH de hospitalización.

GRÁFICO 9
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: UNIDADES TOTALES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA 2000-2005

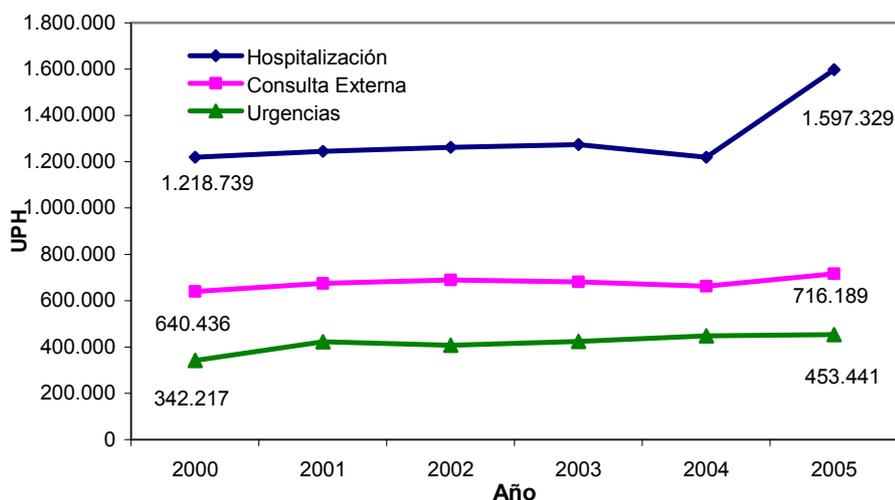


FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2005

En la Gráfico 10 se puede ver la evolución que, durante los últimos cinco años ha sufrido la producción por área de atención (hospitalización, consulta externa y urgencias). Hay gran estabilidad en la producción en el período, con una discreta tendencia al incremento en servicios de Consulta Externa y Urgencias; y un incremento más notorio en lo que se refiere a hospitalización.

²⁰ Las UPH producidas por los servicios de larga estancia en los hospitales psiquiátricos, se excluyen del total de UPH para efectos de este análisis.

Gráfico 10
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: UNIDADES DE PRODUCCIÓN
HOSPITALARIA SEGÚN ÁREA DE ATENCIÓN, 2000-2005
(ESTÁNDARES 2004)



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2005.

En los hospitales nacionales se observa un comportamiento relativamente estable entre los años 2001 y 2004 y un decrecimiento discreto de las UPH, en los últimos tres años; esto responde a la estabilización y revisión del tipo de productos comprados; traslado de algunos productos hacia el nivel de atención correspondiente (parte del servicio de odontología general que se brindaba en los hospitales se trasladó al primer nivel de atención y la consulta de medicina general se excluyó de la compra en los hospitales), además, las terapias se han ido depurando de tal forma que para los años 2004 y 2005 este rubro contiene únicamente terapia física en los establecimientos en que representa un producto muy importante como el CENARE y el Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes.

A partir del año 2003, los albergues fueron excluidos y las visitas a domicilio sólo se compran al Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, al Hospital de Niños, al Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos y al Hospital Calderón Guardia. En todos los casos la unidad de compra de las visitas a domicilio es el número de pacientes atendidos y no la cantidad de visitas realizadas.



En los hospitales regionales se observa un comportamiento relativamente estable durante el período analizado (2000 -2005) presentando un incremento promedio de un 16% en la producción (2000- 2005), destacando especialmente los hospitales Enrique Baltodano, Tony Facio y Escalante Pradilla los cuales presentaron, de manera individual, incrementos de producción (2000 - 2005) superiores al 25% y el caso concreto del hospital Enrique Baltodano dicho incremento fue de un 41%. En general, al igual que los hospitales nacionales la estabilización de la producción en los últimos dos años responde a la estabilización y revisión del tipo de productos comprados.

En lo que respecta a los hospitales periféricos, han presentado durante el período analizado, un incremento promedio de un 22% en la producción. Estos hospitales han presentado durante el período analizado, un incremento promedio de un 22% en la producción 2000-2005, destacando, este producto posiblemente en respuesta a los esfuerzos institucionales años 2000-2005, de dotar a este nivel hospitalario de una mayor capacidad resolutive que permita descongestionar tanto a hospitales nacionales como regionales. Destacan en este sentido los hospitales de Los Chiles, Upala, Carlos Luis Valverde Vega, San Vito y Max Terán Valls, todos los cuales presentaron, de manera individual, incrementos de producción años 2000 - 2005 superiores al 48%. (Cuadro 17).

Cuadro 17
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: UNIDADES DE
PRODUCCIÓN HOSPITALARIA POR NIVEL DE HOSPITAL
Y AÑO 2000-2005

HOSPITALES	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hospitales Nacionales						
Calderón Guardia	345.152	330.573	320.666	338.517	363.126	309.101
San Juan de Dios	293.304	325.841	302.171	311.498	314.818	308.376
México	308.662	336.475	348.254	321.602	331.110	329.322
Hospitales Regionales						
Monseñor Sanabria	94.183	101.080	106.660	104.710	102.049	100.937
San Rafael de Alajuela	89.087	87.471	85.895	86.131	84.244	97.133
Tony Facio	81.353	93.575	89.107	98.201	100.183	104.450
San Carlos	76.545	80.227	77.624	77.889	76.809	84.900
Enrique Baltodano	60.680	75.621	74.304	87.598	78.833	85.606
Escalante Pradilla	84.614	103.612	103.050	104.128	108.308	107.274
Max Peralta	130.780	120.513	141.261	136.695	136.151	135.617
Hospitales Periféricos						
San Vicente de Paúl	126.682	108.950	108.945	107.869	103.582	106.333
Carlos Luis Valverde Vega	42.350	56.766	57.094	65.660	69.430	70.136
La Anexión	42.759	51.678	50.898	55.711	56.955	59.387
William Allen	52.401	53.042	58.862	55.958	52.292	51.187
Guápiles	50.885	56.382	59.004	59.173	58.620	66.612
Max Terán Valls	22.174	25.837	28.220	27.198	26.140	32.807
Ciudad Neilly	31.599	40.758	41.907	40.063	39.583	41.692
Golfito	18.341	22.089	21.982	20.003	21.639	24.613
San Francisco de Asís	43.528	51.760	52.670	51.196	52.918	53.682
Tomás Casas	12.894	12.887	12.621	13.633	16.022	15.468
Los Chiles	4.348	6.510	10.748	10.843	13.304	15.057
San Vito	14.327	14.037	14.208	14.579	21.347	22.932
Upala	9.095	9.758	13.557	14.223	17.283	17.335

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud ,CCSS. Evaluación Compromisos de Gestión 2000- 2005.

4.1.2 Producción por servicio

En la Cuadro 18 se observa que los servicios de Medicina, han presentado durante el periodo analizado, un incremento promedio de un 25% en la producción año 2000-2005, adicionalmente en los servicios de Cirugía hay un crecimiento constante que se mantiene hasta el último año, con un promedio anual del 9% (2000 -2005).



El servicio de obstetricia muestra una tendencia constante muy discreta a la reducción, contrariamente a lo que ocurre en los servicios de pediatría en el año 2003 y ginecología en el año 2002, que alcanzaron el mayor valor y a partir de ahí iniciaron una tendencia decreciente también muy discreta, pero en general (estos dos últimos servicios) con un balance positivo en el análisis comparativo año 2000 - 2005.

La cirugía ambulatoria presenta un incremento sostenido, situación esperada y consecuencia de los esfuerzos de la Institución por incentivar este tipo de procesos (46% de incremento año 2000- 2005).

En cuanto a la producción en los servicios ambulatorios, se observa una tendencia discretamente creciente y sostenida tanto en la consulta especializada y consulta odontológica especializada. En el servicio de urgencias se puede ver un crecimiento sostenido, que al año 2005 representó un 47% de incremento respecto de la producción del año 2000 contribuyendo a ello la apertura de atención de urgencias en algunas Áreas de Salud, que aumentó la oferta de estos servicios.

Cuadro 18
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: PRODUCCIÓN EN UPH POR SERVICIO
HOSPITALES GENERALES, 2000-2005

Servicio	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hospitalización						
Cirugía	384.397	393.835	399.355	402.348	402.324	417.613
Medicina	362.647	370.594	374.210	386.031	381.930	451.815
Ginecología	65.218	68.155	69.465	66.125	64.818	67.778
Obstetricia	164.335	158.561	150.471	153.620	153.821	159.470
Pediatría	120.027	124.363	124.835	126.975	118.549	122.763
Ambulatoria						
Cirugía Ambulatoria	48.730	51.812	53.440	61.216	66.478	71.322
Procedimientos mayores ambulatorios	120.065	149.276	150.723	121.637	113.535	115.768
Consulta Externa						
Consulta Especializada Médica	417.993	409.520	414.263	429.251	439.258	452.025
Consulta Odontológica Especializada	11.388	12.156	10.715	14.356	18.830	14.171
Otros Profesionales	15.200	17.343	13.511	16.722	12.581	14.121
Urgencias	282.438	359.720	357.261	361.475	375.479	413.865

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2005.

4.2 Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria por servicio de egreso

Los datos en este apartado se analizan en términos de porcentaje de cumplimiento, estableciendo un rango en el que se describe el mayor y el menor grado de desempeño alcanzado según el nivel de complejidad hospitalaria en hospitales generales (nacionales, regionales y periféricos), así como centros especializados correspondiente al año 2005. (Cuadro 19)

4.2.1 Medicina

En el grupo de los hospitales nacionales resalta el hospital México que alcanza un porcentaje de cumplimiento del 99%. El grado de desempeño a nivel de los hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios es satisfactorio (89% y 91,8% respectivamente). En los hospitales regionales, cuatro logran 100% de cumplimiento (Monseñor Sanabria, Tony Facio, San Carlos y Escalante Pradilla), de los restantes tres hospitales, en dos casos es del 97%, solamente en un centro el grado de desempeño es inferior en relación al grupo (70,1%). En los hospitales periféricos 1, 2 y 3 el nivel de cumplimiento es 100% en la mayoría, en dos centros se presentó un desempeño inferior (San Francisco de Asís con 89% y Carlos Luis Valverde Vega con un 98%).

En el caso de hospitales especializados este servicio se encuentra únicamente en el Hospital Nacional de Niños, y su grado de cumplimiento fue del 82%.

4.2.2 Cirugía

En el caso de los servicios o secciones de cirugía debe aclararse que a partir del año 2005 se definió en cada uno de los establecimientos un volumen global de egresos que contiene tanto a los pacientes de Hospitalización como a los de Cirugía Ambulatoria, y no se negociaron estos volúmenes en productos independientes como se realizó hasta el año 2004. Por tanto para el 2005 en el proceso de negociación se consignó el dato exclusivamente en forma global (aunque sí se registró durante la evaluación el dato de los egresos desglosado según fueran de hospitalización o ambulatoria para efecto de control), por tales razones el grado de cumplimiento del año 2005 que se detalla es general (total de egresos de Hospitalización más Ambulatoria).



En los hospitales nacionales destaca el San Juan de Dios (97,5%), en tanto cuatro de los hospitales regionales cumplieron con lo pactado en un 100% (San Carlos, Escalante Pradilla, Enrique Baltodano y Max Peralta). También ocho centros periféricos (seis de tipo 1-2 y dos de categoría 3) lograron cumplir en un 100% con lo pactado.

En cuanto a los hospitales especializados se encuentran el Hospital Nacional de Niños con un 84% de desempeño y el CENARE que presentó en Cirugía Ortopédica - Reconstructiva y Cirugía Odontológica porcentajes de cumplimiento de un 78% y 95% respectivamente.

4.2.3 Ginecología

Para el año 2005 se negocia y evalúa la producción de egresos en hospitalización y ambulatoria también en un único volumen.

En los hospitales nacionales el San Juan de Dios y México alcanzaron 96,2% y 87,7% respectivamente. En tanto en los regionales de San Carlos, Enrique Baltodano y Escalante Pradilla obtienen 100% de cumplimiento, y tres de los cuatro restantes hospitales alcanzan 80% o más; un hospital logra un 59% de lo pactado. Por otra parte cinco centros periféricos tipo 1-2, al igual que uno de tipo 3 logran un desempeño del 100%, en esta última categoría los restantes hospitales oscilaron entre un 73,2% a 83,9% de cumplimiento.

En el caso del Hospital de las Mujeres el grado de desempeño fue del 99%.

4.2.4 Obstetricia

Los hospitales nacionales San Juan de Dios y México lograron 100% de cumplimiento respecto al volumen pactado, al igual que todos los centros regionales. Por otra parte seis centros periféricos de tipo 1-2 y los cinco de categoría 3 alcanzan un cumplimiento completo, sin embargo el desempeño inferior alcanzado a nivel de hospitales periféricos es del 98,5%. En el Hospital de las Mujeres el desempeño fue también del 100%.



4.2.5 Neonatología / Pediatría

Los hospitales México y San Juan de Dios obtienen 100% de cumplimiento. Este desempeño se logra en cinco centros regionales, presentándose solamente en un hospital un 71,5% de rendimiento respecto al pactado. En cuanto a los hospitales periféricos de categoría 1-2, en tres el cumplimiento es inferior al 100%, y el desempeño más bajo es del 91,6%. En los hospitales periféricos 3 el rango de cumplimiento oscila entre 83,4% y un 100%, este último se alcanzó en tres centros.

Los hospitales especializados que cuentan con esta unidad (Hospital Nacional de Niños y Hospital de las Mujeres) obtuvieron 100% de cumplimiento de logro respecto al pactado.

Cuadro 19

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: RANGO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN PACTADA POR SERVICIO DE EGRESO SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO COMPROMISO DE GESTIÓN 2005

Nivel de Complejidad	Cumplimiento Porcentual por Servicio				
	Medicina	Cirugía ¹	Ginecología ¹	Obstetricia	Pediatría/ Neonatología
Nacionales	89 - 99.4	88.6 – 97.5	72.5 - 96.2	88.5 – 100	95.3 - 100
Regionales	70.1 - 100	82.6 – 100	59.1 - 100	100	71.5 - 100
Periféricos 1 Y 2 ²	89.7 - 100	58.5 – 100	79 - 100	98.5 – 100	91.6 - 100
Periféricos 3	98.8 - 100	80.4 – 100	73.2 - 100	100	83.4 - 100
Especializados ³	82	78.0 – 95.0	99	100	100

¹ En el año 2005 el porcentaje de cumplimiento incluye en un solo volumen los egresos de Hospitalización y de Cirugía Ambulatoria (Pactado y Evaluado en forma conjunta). En el año 2004 relaciona únicamente a los egresos de hospitalización.

² No incluye al Hospital de San Vito en el servicio de Cirugía.

³ Incluye en Medicina el HNNiños. En Cirugía el HNNiños y el CENARE. En Ginecología y Obstetricia el Hospital de las Mujeres. En Neonatología al HNNiños y Hospital de las Mujeres.

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



4.3 Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria en Atención Ambulatoria

4.3.1 Procedimientos Mayores Ambulatorios

En los hospitales nacionales el hospital México alcanza 100% de cumplimiento. Solamente uno de los siete hospitales regionales obtiene este porcentaje de logro (San Rafael de Alajuela), en los restantes regionales el grado de logro respecto al pactado es muy variable, presentándose el más bajo en un 15,2%. En dos centros periféricos tipo 1-2 (Golfito y Max Terán Valls) y en tres hospitales periféricos 3, (San Vicente de Paul, Guápiles y La Anexión) se logra 100% de cumplimiento, estableciéndose en esta última categoría el cumplimiento más bajo con un 3,7%.

En los tres hospitales especializados que efectúan procedimientos mayores ambulatorios, los hospitales Blanco Cervantes y de las Mujeres alcanzaron el 100% de lo pactado, mientras que el grado de logro en el Hospital Nacional de Niños fue de un 79,1%.

4.4 Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria en Consulta Externa

4.3.1 Consulta Médica Especializada

En los hospitales nacionales el cumplimiento es del 100% respecto a lo pactado, al igual que en cuatro hospitales regionales (Tony Facio, San Carlos, Enrique Baltodano y Max Peralta). En tanto cinco centros periféricos tipo 1-2 y un periférico 3 obtienen el mismo grado de cumplimiento, registrándose un 83,3% como el cumplimiento inferior a nivel de hospitales periféricos.

En cuatro centros especializados se alcanza 100% de cumplimiento (CENARE, Chacón Paut, Hospital Nacional de Niños y Chacón Paut) y el porcentaje más bajo alcanzado es del 87,8% (Hospital de las Mujeres).



4.4.2 Odontología

El hospital México entre los centros nacionales, al igual que tres de los cinco centros regionales que pactaron Odontología logran un 100% de cumplimiento; presentándose en este último nivel el rendimiento más bajo con un 33,8%. El único centro periférico que pactó este producto es el Hospital de La Anexión y obtiene un 95,3% de rendimiento.

En los tres hospitales especializados que poseen consulta odontológica (CENARE, Hospital Nacional de Niños, Blanco Cervantes) el grado de logro fue del 100%.

4.4.3 Otros Profesionales

En los hospitales nacionales destaca el Calderón Guardia con un 100% de cumplimiento. En los regionales el Monseñor Sanabria y Max Peralta obtienen también 100% de desempeño, presentándose a este nivel un 87,7% como el cumplimiento más bajo (Hospital de San Carlos). En los periféricos 1-2, tres hospitales obtienen un desempeño del 100% (Golfito, Los Chiles y Tomás Casas). En los periféricos de categoría 3 el hospital Carlos Luis Valverde Vega obtiene también 100%.

En dos centros especializados (hospital Blanco Cervantes y hospital de las Mujeres) el porcentaje de cumplimiento es del 100%, en tanto el logro inferior alcanzado es 66,3% (CENARE).

4.5 Cumplimiento en el volumen de producción hospitalaria en Urgencias

En este servicio todos los hospitales generales, así como los centros especializados, lograron 100% de cumplimiento respecto a lo pactado. (a excepción de un centro nacional y otro periférico 3)



Cuadro 20

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: RANGOS DE CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN PACTADA EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO, COMPROMISO DE GESTIÓN 2005

Nivel de Complejidad	Procedimientos Mayores Ambulatorios 1	Consulta Médica Especializada 2	Odontología 3	Otros Profesionales 4	Urgencias 5
Nacionales	89.2 - 100%	100.00%	92.4 - 100%	61.5 - 100%	89.9 - 100%
Regionales	15.2 - 100%	94.4 - 100%	33.8 - 100%	87.7 - 100%	100.00%
Periféricos 1 Y 2	83.3 - 100%	83.3 - 100%	NA	79.9 - 100%	100.00%
Periféricos 3	3.7 - 100%	94.3 - 100%	95.30%	0 - 100%	74.9 - 100%
Especializados	79.1 - 100%	87.8 - 100%	100.00%	66.3 - 100%	100.00%

¹ No incluye Hospitales de San Vito y Upala, Cenare, Hospital Psiquiátrico y Chacón Paut.

² No incluye Hospital San Rafael de Alajuela.

³ Incluye los tres Hospitales Nacionales, además Tony Facio, Monseñor Sanabria, San Carlos, Escalante Pradilla, Max Peralta, La Anexión, HNNiños, CENARE y Blanco Cervantes.

⁴ No incluye Hospitales San Rafael, Max Terán Valls, San Francisco de Asís y Chacón Paut.

⁵ No incluye CENARE y Chacón Paut.

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión. Hospitales 2005

4.6 Evaluación del proceso productivo

4.6.1 Indicador 111013 Índice operatorio

El índice operatorio (IO) se define como la proporción de egresos a los que se les realizó alguna intervención quirúrgica. Dependiendo de lo acordado, el indicador podía aplicar globalmente al establecimiento, o, por separado, a los servicios de Cirugía, Ginecología y Cirugía Mayor Ambulatoria, así como a la especialidad de Cirugía Pediátrica cuando las camas que tuviera asignadas pertenecieran al servicio de Pediatría. La medida se podía ajustar también según la vía de ingreso ya sea por consulta externa o por urgencias.

Este indicador no aplicó a tres de los seis hospitales especializados (Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Hospital Nacional Psiquiátrico y Hospital Dr. Chacón Paut), a



uno de los trece hospitales periféricos 1 (Hospital de San Vito de Coto Brus) y a uno de las dos clínicas especializadas (Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos).

Durante la evaluación, los datos fueron proporcionados por el Departamentos de Registros de Salud de cada proveedor. Su fuente primaria fueron los registros del egreso hospitalario.

Resultados

La distribución del IO logrado se ilustra en las Gráficos 11, 12 y 13. La cantidad de proveedores que cumplieron con alguno de los IO acordados en el respectivo compromiso de gestión se muestra en el Cuadro 21.

Como se puede observar en las Gráficos, los rangos del indicador en los hospitales regionales y periféricos son amplios, lo que señala una mezcla heterogénea de ingresos que podría explicarse por la existencia de diferentes niveles de complejidad en los establecimientos de un mismo grupo. Un tema para el que no se dispone todavía más que datos anecdóticos es el que se refiere a los ingresos inadecuados en los servicios quirúrgicos, cuya medida permitiría definir con mayor exactitud el problema.

Además, según la Cuadro 24 fueron pocos los hospitales que lograron el IO acordado, especialmente en el grupo de los regionales. Este resultado es más notorio al considerar que para el año 2005 no hubo una meta estándar por lograr, sino que cada uno pactó una o varias metas según sus particularidades. El hecho hace suponer, además, que el control respectivo fue de alguna forma inadecuado.

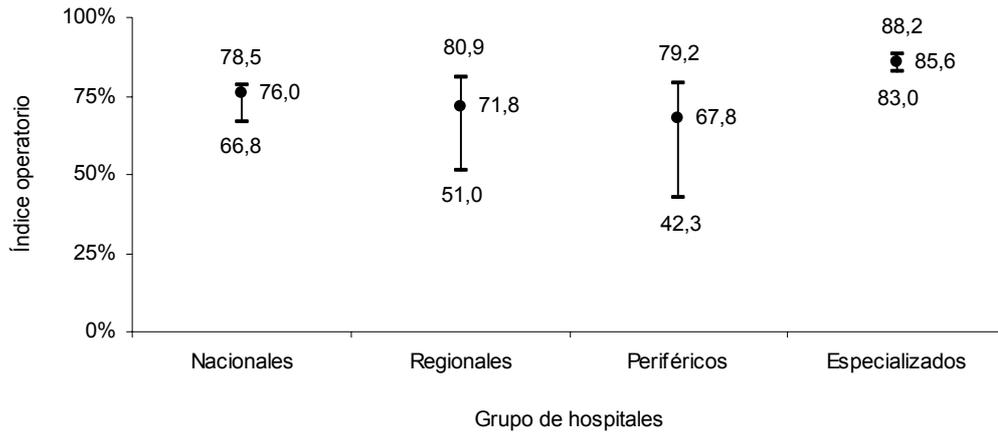
De todos modos, tomando en cuenta solamente las medianas, el conjunto de los hospitales generales todavía está lejos de alcanzar el índice operatorio del 80% planteado en Compromisos de Gestión previos.



Gráfico 11

VARIACIÓN DEL ÍNDICE OPERATORIO GENERAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA EN LOS HOSPITALES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL SEGÚN GRUPO DE HOSPITALES, 2005

(Porcentajes)

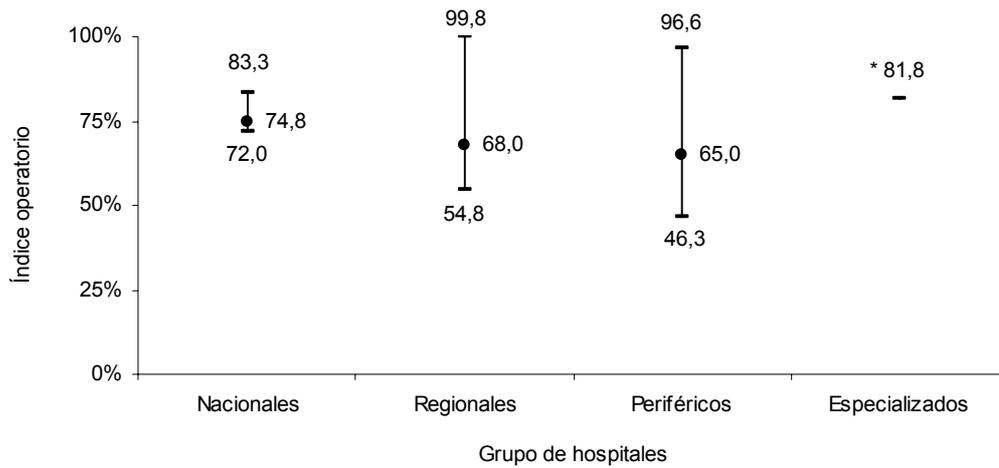


● Mediana.

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

Gráfico 12

**VARIACIÓN DEL ÍNDICE OPERATORIO GENERAL DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN
LOS HOSPITALES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO
SOCIAL SEGÚN GRUPO DE HOSPITALES, 2005**
(Porcentaje)



● Mediana.

* Aplicó solo al Hospital de las Mujeres.

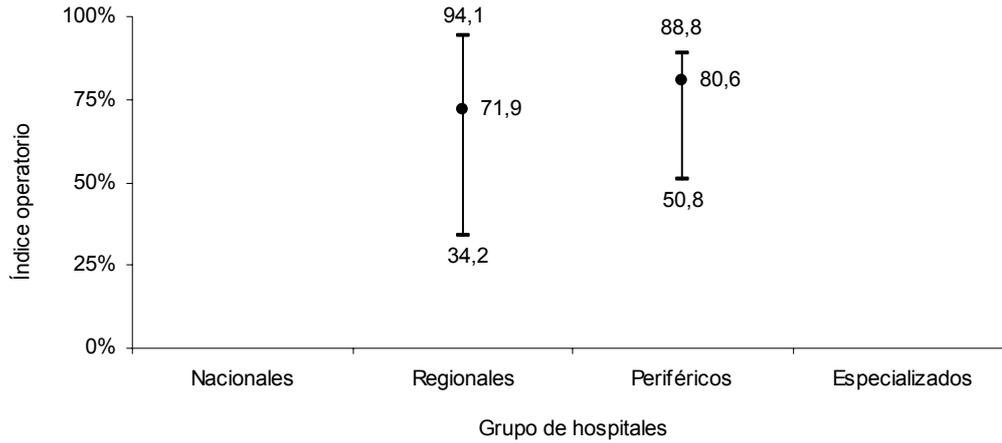
FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión. Hospitales 2005



Gráfico 13

VARIACIÓN DEL ÍNDICE OPERATORIO GENERAL DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN LOS HOSPITALES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL SEGÚN GRUPO DE HOSPITALES, 2005

(Porcentaje)



- Mediana.

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión. Hospitales 2005

Cuadro 21

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: HOSPITALES QUE LOGRARON
ALGUNO DE LOS ÍNDICES QUIRÚRGICOS ACORDADOS EN SU
COMPROMISO DE GESTIÓN SEGÚN GRUPO
DE HOSPITALES POR SERVICIO, 2005**

Grupo de hospitales	Servicio		
	Cirugía	Ginecología	Cirugía Pediátrica
Nacionales	2	1	na
Regionales	2	1	3 ^a
Periféricos ¹	5	4	1 ^b
Especializados	1 ^c	1 ^d	na

¹ El indicador no aplicó al Hospital de San Vito de Coto Brus.

^a Aplicó a 5 de los hospitales en el grupo.

^b Aplicó a 4 de los hospitales en el grupo.

^c Aplicó al Hospital Nacional de Niños y al Centro Nacional de Rehabilitación.

^d Aplicó solo al Hospital de las Mujeres.

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

4.6.2 Indicador 111023 Estancia preoperatoria

Lo que se pretende con este indicador es la reducción en la cantidad o en la proporción de los egresos con vía de ingreso por consulta externa y estancia preoperatoria de 2 días o más. Dependiendo de lo acordado, los indicadores podían aplicarse globalmente a los servicios de Cirugía y Ginecología, o, por separado, a cada una de las especialidades identificadas como críticas en el primero.

Para efectos de la evaluación se podía esperar el cumplimiento de una de tres metas, acordada según las características del proveedor: la disminución de por lo menos 5%; o, la disminución en 5 puntos porcentuales; o, el mantenimiento en 10% o menos de la proporción de los egresos en cuestión.

La medida no aplicó a cuatro de los seis hospitales especializados (Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Hospital Nacional Psiquiátrico y Hospital Dr. Chacón Paut), a uno de los trece hospitales periféricos (Hospital de San Vito



de Coto Brus) y a las dos clínicas especializadas (Clínica Oftalmológica y Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos).

Resultados

Solamente un hospital nacional, un hospital regional y siete hospitales periféricos disminuyeron su estancia preoperatoria tanto en el servicio de Cirugía como en el de Ginecología. Por otro lado, en un hospital nacional y dos hospitales regionales no demostraron una mejora global en ninguno de los dos servicios. En el Cuadro 22 se muestra la distribución del cumplimiento según grupo y servicio. Debe resaltarse el bajo desempeño en el grupo de los hospitales regionales.

La ausencia de una medida simultánea de las estancias inadecuadas es una limitación importante para interpretar los resultados a la luz de las particularidades de los grupos de hospitales y de cada uno de los establecimientos que los conforman. Las diferentes metas, dificultan comparar el esfuerzo que el cumplimiento de lo pactado significó para cada uno de los hospitales.

Cuadro 22

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: HOSPITALES
QUE DISMINUYERON LA ESTANCIA PREOPERATORIA
ACORDADA EN EL COMPROMISO DE GESTIÓN SEGÚN
GRUPO POR SERVICIO, 2005.**

Grupo de hospitales	Servicio	
	Cirugía	Ginecología
Nacionales	2	1
Regionales	2	4
Periféricos ¹	9	9
Especializados	1 ^a	1 ^b

¹ El indicador no aplicó al Hospital de San Vito de Coto Brus.

^a Aplicó solo al Centro Nacional de Rehabilitación.

^b Aplicó solo al Hospital de las Mujeres.

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación
Compromiso de Gestión 2005

4.6.3 Indicador 111033 Gestión de la sala de operaciones

La gestión de la sala de operaciones se definió como la disminución en la proporción de cirugías suspendidas por factores atribuibles a la programación, el aumento en la proporción de cirugías suspendidas que se sustituyeron, y el aumento en el tiempo de uso efectivo de las salas de operaciones. Para el año 2005 no hubo una meta estándar. El requisito se daba por cumplido si el hospital alcanzaba cualquier grado de mejora en los indicadores.

Este indicador no aplicó a tres de los seis hospitales especializados (Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Hospital Nacional Psiquiátrico y Hospital Dr. Chacón Paut), a dos de los trece hospitales periféricos (Hospital de Golfito y Hospital de San Vito de Coto Brus) y a las dos clínicas especializadas (Clínica Oftalmológica y Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos).

Resultados

Con excepción del grupo de los hospitales nacionales, en el resto se encontraron amplias variaciones en los porcentajes de las cirugías suspendidas y las cirugías sustituidas, como puede observarse en la Cuadro 23. Sin embargo, al no haberse fijado una referencia, no es posible interpretar el significado de estos resultados en términos de la magnitud del problema.

En lo que se refiere al tiempo efectivo de uso de las salas de operaciones, la mediana de los grupos de hospitales, fue inferior a la referencia fijada de 5 horas, así por ejemplo, para el grupo de hospitales regionales, la mediana es de 4,35 lo que indica que el 50% del tiempo efectivo en el uso de las salas de operaciones en este grupo de hospitales es de 4,35 horas o menos. Gráfico 14.

Solamente dos hospitales regionales y dos hospitales periféricos mostraron mejoras en todos los indicadores. Además, un hospital regional, dos hospitales periféricos y un hospital especializado no evidenciaron mejora en ninguno de los indicadores. En general, el incumplimiento posiblemente tenga varias causas, tanto de demanda como de oferta y gestión. Particularmente importante es el hecho que un hospital nacional y otro especializado no pudieron ser evaluados, permitiendo suponer que el control durante el



período por el grupo gestor no fue el más adecuado. En Cuadro 23 se muestra el cumplimiento por indicador según el grupo de hospitales.

Cuadro 23
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: SUSPENSIÓN Y
SUSTITUCIÓN DE CIRUGIA EN SALA DE OPERACIONES POR
FACTORES ATRIBUIBLES A LA PROGRAMACIÓN EN LOS
HOSPITALES SEGÚN GRUPO DE HOSPITALES, 2005
(PORCENTAJES)

Grupo de hospitales	Cirugías	
	Suspendidas	Sustituídas
Nacionales ¹	9.2 ¹	9.0 a 49.0
Regionales	2.7 a 19.8	0.0 a 100 ⁴
Periféricos ²	0.1 a 30.5 ²	0.1 a 30.5 ⁵
Especializados ³	5.4 a 15.2 ³	34.0 a 67.4 ⁶

¹ Se incluye solo uno de los hospitales en el grupo, pues los datos presentados por los otros dos no permitieron su evaluación.

² El indicador no aplicó al Hospital de Golfito y al Hospital de San Vito de Coto Brus.

³ Incluye el Hospital Nacional de Niños, el Hospital de las Mujeres y el Centro Nacional de Rehabilitación.

⁴ Se excluye un hospital pues los datos presentados no permitieron su evaluación.

⁵ El indicador no aplicó al Hospital de Golfito y al Hospital de San Vito de Coto Brus.

⁶ Incluye el Hospital Nacional de Niños, el Hospital de las Mujeres y el Centro Nacional de Rehabilitación.

Fuente: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

Cuadro 24

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: HOSPITALES QUE
MEJORARON SU GESTIÓN DE SOP SEGÚN GRUPO DE HOSPITALES
POR INDICADOR, 2005**

Grupo de hospitales	Indicador		
	Porcentaje de las cirugías suspendidas	Porcentaje de las cirugías sustituidas	Tiempo efectivo de SOP
Nacionales	1 ^a	0	1 ^b
Regionales	4	5 ^c	5
Periféricos ¹	7	4	8
Especializados ²	1	1	1 ^d

¹ Los indicadores no aplicaron al Hospital de Golfito y al Hospital de San Vito de Coto Brus.

² Los indicadores aplicaron a 3 de los hospitales en el grupo: Hospital Nacional de Niños, Hospital de las Mujeres y Centro Nacional de Rehabilitación.

^a Los datos presentados por 2 hospitales no permitieron su evaluación.

^b Los datos presentados por 1 hospital no permitieron su evaluación.

^c Los datos presentados por 1 hospital no permitieron su evaluación.

^d Los datos presentados por 1 hospital no permitieron su evaluación.

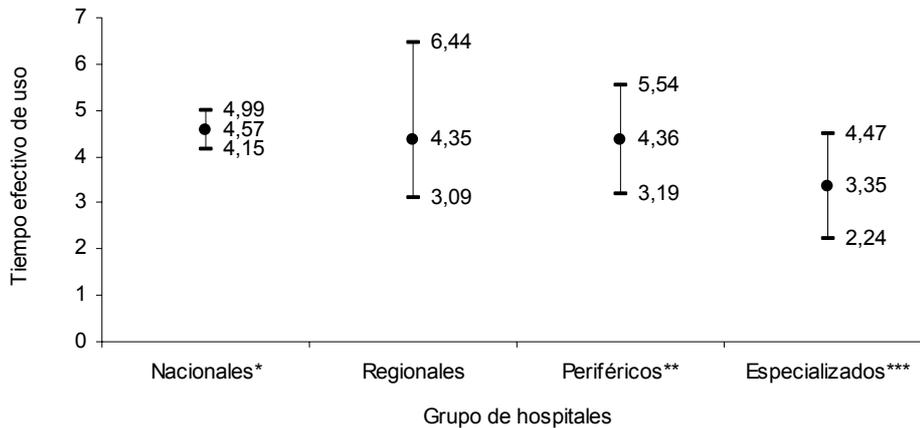
FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión. Hospitales. 2005



Gráfico 14

CAJACOSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: VARIACIÓN DEL USO EFECTIVO DE LAS SALAS DE OPERACIONES EN LOS HOSPITALES SEGÚN GRUPO DE HOSPITALES, 2005

(Horas)



● Mediana.

- Se excluye un hospital pues los datos presentados no permitieron su evaluación.
 - ** El indicador no aplicó al Hospital de Golfito y al Hospital de San Vito de Coto Brus. Se excluye al Hospital Dr. William Allen T.
 - *** Se excluye un hospital pues los datos presentados no permitieron su evaluación.

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005.

4.7 Evaluación de la calidad

La calidad de los servicios está concebida dentro del ámbito científico-técnico de toda organización y constituye uno de los objetivos del Compromiso de Gestión en concordancia con la política institucional dirigida al mejoramiento continuo de los servicios.

El concepto de calidad, es expresado como la garantía de que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud, sean las propicias para lograr que la población reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo.²¹

²¹ El Proyecto de Reforma del Sector Salud. Sistema de garantía de calidad. Resumen.



El reto fundamental de los servicios de salud en Costa Rica además de aumentar su cobertura, es el de garantizar la calidad de la atención y consecuentemente, muchos de los cambios que introduce el Modelo readecuado²² tienen esa orientación.

En el Compromiso de Gestión, desde sus inicios, se introducen indicadores con el objetivo de incorporar a la gestión clínica, una dinámica de mejora continua a través de la detección de problemas en diversas áreas, los resultados se muestran de la siguiente manera: de estructura, proceso y resultado.

- Estructura

4.7.1 Indicador 051013 Reducción de recién nacidos con bronconeumonía por aspiración de meconio

La intencionalidad de este indicador está dirigida hacia la evaluación de la gestión intrahospitalaria en virtud de reducir los casos de Bronconeumonía por aspiración de meconio durante el período neonatal en menos del 1% (Código de la CIE-10 P24.0). Se pretende la realización y presentación de un análisis que traduzca los esfuerzos conjuntos que han desarrollado tanto los servicios de Neonatología y Obstetricia de los Hospitales Generales, incluyendo Unidades Periféricas, Regionales y Centrales para disminuir la incidencia de casos.

En general en la mayoría de los hospitales se logró el desarrollo de sesiones conjuntas entre los servicios mencionados para conformar el análisis. En el caso de los hospitales regionales, durante el año 2005, únicamente dos centros no cumplen con el análisis; en el caso de los hospitales periféricos un centro no cumple, siendo esta categoría la que mayor cumplimiento presenta durante el año 2005. Solo a un centro especializado le corresponde pactar este indicador, sobre el cual logró para el año 2005 un cumplimiento mayor. Lo anterior contrasta con el año 2004 en el cual todos los centros cumplieron con el análisis.

²² El Proyecto de Reforma del Sector Salud. Sistema de garantía de calidad. Resumen.



Se concluye por tanto que para el año 2005 han existido diferencias de cumplimiento en el análisis de los casos de Bronconeumonía por aspiración en recién nacidos en las diferentes categorías hospitalarias, siendo mayor en los hospitales periféricos y especializados. Con respecto al año 2004 este cumplimiento presentó una disminución.

Es recomendable que los centros mantengan la continuidad del análisis y establezcan puntos de comparación con la incidencia de Bronconeumonías por aspiración y el logro de la meta inferior al 1%, que en su totalidad todos los centros lograron. (Cuadro 25)

Cuadro 25

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: CUMPLIMIENTO DEL ANÁLISIS PARA LA REDUCCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON BRONCONEUMONÍA POR ASPIRACIÓN DE MECONIO POR NIVEL DE COMPLEJIDAD SEGÚN CUMPLIMIENTO LOGRADO Y DIFERENCIA (Porcentaje)

Nivel de complejidad	Cumplimiento logrado		Diferencia
	2005	2004	
Nacional	76.36	100.00	-23.64
Regional	72.92	100.00	-27.08
Periférico	92.51	100.00	-7.49
Especializado	100.00	95.27	4.73

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

4.7.2 Indicador 111083. Análisis de la mortalidad hospitalaria

Con este indicador se pretende medir directamente la gestión desarrollada en cuanto al abordaje adecuado de la problemática de mortalidad hospitalaria, a lo interno de los diferentes hospitales, desde una óptica orientada a valorar el verdadero impacto global de la mortalidad sobre los índices de salud en el país y la gestión realizada para la disminución de la misma.

Para este indicador en los hospitales nacionales hay un rango de cumplimiento que oscila entre el 74% y el 98%; en los regionales y periféricos, este rango es mayor (entre 80 y 99%) igualmente en los periféricos. Cabe mencionar que el único hospital que cumple con el 100% es el Hospital de Los Chiles para el año 2005. De un año al otro se



registra un 13.4% más de cumplimiento en el análisis realizado en hospitales nacionales. En hospitales regionales tiene una disminución del 7,08% y en los hospitales periféricos, por el contrario, un repunte del 1.50%. El Hospital de Niños, único especializado que pacta este indicador, mejoró en un 4.73% el cumplimiento de este indicador.

En conclusión, en la mayoría de las categorías de centros hospitalarios se observa una mejora en cuanto el análisis de mortalidad, salvo para los hospitales regionales, entre un año y otro. Los hospitales nacionales son los que tienen un menor cumplimiento de este indicador en comparación con los de las otras categorías para ambos años. Es recomendable gestionar dentro de los centros hospitalarios, el análisis conjunto entre la Dirección General y los Servicios de Patología de los Centros a fin de realizar un análisis sustancioso y general relacionado a la mortalidad presentada en los centros. (Cuadro 26).

Cuadro 26
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR NIVEL DE COMPLEJIDAD SEGÚN CUMPLIMIENTO LOGRADO 2004-2005 Y DIFERENCIA (Porcentaje)

Nivel de complejidad	Cumplimiento logrado		Diferencia	Rango de rendimiento	
	2005	2004		2005	2004
Nacional	85.17	72.03	13.14	74 a 98	57 a 98
Regional	90.60	97.68	-7.08	80 a 99	84 a 100
Periférico	97.23	95.73	1.50	80 a 99	43 a 100
Especializado	100.00	95.27	4.73	100,00	95,27

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

4.7.3 Indicador 061013. Abordaje integral de la violencia intrafamiliar

Este indicador se orienta hacia el análisis de las situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar detectadas según características de las mismas y la respuesta dada por la unidad local con base en la evidencia de la implementación de un abordaje integral. Su objetivo es fortalecer el abordaje integral de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar, por medio de un monitoreo sistemático que permita la



detección oportuna de estas situaciones y su respectivo manejo de acuerdo a la Normativa Institucional. Entre sus componentes se describe la existencia de un Documento Resumen Anual Escrito, el registro de los casos detectados de acuerdo a lo establecido en la boleta indicada en la norma (correlativo de caso, sexo, edad, tipo de violencia; que permita conocer la magnitud del evento y su distribución espacial), el análisis de los factores condicionantes, el seguimiento de los casos al interior de la institución y las propuestas y acciones de mejoría tanto en la detección como el abordaje.

En los hospitales nacionales, se ha alcanzado un porcentaje aceptable de logro de cumplimiento de lo pactado, en cuanto al abordaje de la Violencia Doméstica tanto durante el año 2004 como en el año 2005, presentando un incremento hacia el 2005 en los hospitales Nacionales de un 16.6%. En uno de los centros se presentó durante ambos años, la falta de seguimiento de casos. Otro de los centros presentó solo para el año 2004, ausencia de registro y análisis de los casos.

En los hospitales regionales, en uno de los centros no fue realizado el análisis de los factores condicionantes en el registro de los casos y en los periféricos en uno de los centros falta el seguimiento de los casos.

Se concluye que la mayor problemática de gestión, se ha concentrado en el seguimiento de los casos a lo interno y en el registro de los casos, por lo cual es recomendable crear dentro de la gestión interna, mecanismos que faciliten el seguimiento y registro de casos por ejemplo designando responsables y estableciendo cronogramas de actividades que contemplen monitoreos internos.



Cuadro 27

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR POR NIVEL DE COMPLEJIDAD SEGÚN CUMPLIMIENTO LOGRADO
2004-2005, DIFERENCIA Y FALLAS.**

(Porcentaje)

Nivel de complejidad	Cumplimiento logrado		Diferencia	Fallas	
	2005	2004		2005	2004
Nacional	91.56	74.95	16.60	Seguimiento de casos	Seguimiento y registro de casos
Regional	99.31	100.00	-0.69	Análisis de los factores condicionantes	
Periférico	98.69	100.00	-1.31	Seguimiento de casos a lo interno.	
Especializado	92.08	100.00	-7.92	Registro de casos y calidad del análisis.	

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud

- **Proceso**

4.7.4 Indicador 011023. Porcentaje de pacientes con aplicación de terapia trombolítica

Se logra observar una mejora en todos los niveles en términos generales. El único grupo que no presentó variación fueron los hospitales nacionales (en promedio), sin embargo se puede observar que el desempeño es adecuado (95%).

Una de las razones, además del esfuerzo de los centros, es que el indicador aumentó la ventana de atención puerta-aguja en 30 minutos (de 60 a 90 minutos).

Para efectos del puntaje del indicador, en el 2004 se asignaba de manera proporcional a partir del logro igual o superior al 90%, mientras que para el 2005 la proporcionalidad fue a partir de cualquier resultado obtenido. Lo anterior no incide en los datos del Cuadro 28.



Cuadro 28
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: PORCENTAJE PROMEDIO DE
PACIENTES CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EN LA APLICACIÓN DE LA
TERAPIA TROMBOLÍTICA SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD
2004-2005

(Porcentaje)

Nivel de complejidad	Porcentaje promedio de pacientes con cumplimiento de criterios		Rango de rendimiento del 2005	
	2005	2004	Mayor	Menor
Nacionales	95	95	100	92
Regionales	86	76	100	54
Periféricos 1 y 2	89	75	100	71
Periféricos 3	89	87	100	67
Total Nacional	90	83	100	71

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud

4.7.5 Indicador 081013 Red de servicios de salud: Abordaje de la patología de cuello de útero. (Proporción de mujeres atendidas con oportunidad)

En lo que respecta a la oportunidad, se logra observar una mejora en todos los niveles (70%). Sin embargo, el promedio en los a los hospitales Periféricos 1 y 2 más bien se redujo (75%), así como el incremento en el rendimiento de los hospitales regionales (57%), el cual es en promedio, el más discreto de todos para el año 2005. (Cuadro 29)



Cuadro 29
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: PORCENTAJE DE MUJERES
ATENDIDAS CON OPORTUNIDAD SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD
2004-2005

(Porcentaje)

Nivel de complejidad	Porcentaje promedio de pacientes de la muestra atendidas con oportunidad		Rango de rendimiento del 2005	
	2005	2004	Mayor	Menor
Nacionales	85	34	95	70
Regionales	57	40	88	23
Periféricos 1 y 2	75	84	86	58
Periféricos 3	64	39	78	53
Total nacional	70	49	87	51

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

4.7.6 Indicador 091013: Certificación de Saneamiento Básico y Ambiental.

Se logra observar en el Cuadro 30 una mejoría en casi todos los niveles en términos generales (87%). Llama la atención el esfuerzo de los hospitales periféricos 1 y 2 (90%), los cuales logran una diferencia de un año a otro de 15 puntos porcentuales.



Cuadro 30
NOTA PROMEDIO DE LA CERTIFICACIÓN DE SANEAMIENTO BÁSICO Y
AMBIENTAL, SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y RANGO DE
RENDIMIENTO 2004-2005

(Porcentaje)

Nivel de complejidad	Nota promedio de certificación en Saneamiento Básico Ambiental		Rango de Rendimiento 2005	
	2005	2004	Mayor	Menor
Nacionales	81	81	90	74
Regionales	86	87	98	62
Periféricos 1 y 2	90	75	95	83
Periféricos 3	89	88	99	69
Especializados	91	93	100	81
Total nacional	87	85	96	74

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromisos de Gestión 2004-2005

4.7.7 Indicador 091063: Certificación de la calidad de los expedientes de salud y de la información estadística

Se observa en la Cuadro 31 una mejoría en todos los niveles (87%). Se evidencia el esfuerzo de los hospitales periféricos 1 y 2, los cuales logran una diferencia de un año a otro de 4 puntos porcentuales, la cual representa la mayor variación de este indicador (de 90% a 94%).

Cuadro 31
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: NOTA PROMEDIO DE LA
CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE SALUD
Y DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SEGÚN NIVEL DE
COMPLEJIDAD Y RANGO DE RENDIMIENTO
2004-2005

(Porcentaje)

Nivel de complejidad	Nota promedio de certificación en la calidad de expedientes de salud y de información estadística		Rango de Rendimiento 2005	
	2005	2004	Mayor	Menor
Nacionales	74	74	89	60
Regionales	85	84	91	74
Periféricos 1 y 2	94	90	100	85
Periféricos 3	87	87	100	74
Especializados	95	96	100	74
Total nacional	87	86	96	73

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de Gestión 2004-2005

4.7.8 Indicador 091083: Certificación en prevención y control de las infecciones intrahospitalarias

En la Cuadro 32 se observa que en el período 2004-2005 se mantiene el promedio nacional en un 90%.



Cuadro 32

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: NOTA PROMEDIO DE LA
CERTIFICACIÓN EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD
Y RANGO DE RENDIMIENTO
2004-2005**

(Porcentaje)

Nivel de complejidad	Nota promedio de certificación en prevención y control de las infecciones intrahospitalarias		Rango de Rendimiento 2005	
	2005	2004	Mayor	Menor
Nacionales	87	87	89	86
Regionales	90	89	94	80
Periféricos 1 y 2	90	91	95	84
Periféricos 3	91	91	95	86
Especializados	93	92	100	85
Total Nacional	90	90	95	84

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2004-2005

- Resultado

A partir del año 2004 y hasta la fecha, en concordancia con los problemas identificados en el PASP, se incorporan en el Compromiso de Gestión, indicadores que permiten verificar el índice de calidad en la atención de dos grupos de pacientes: hipertensos y diabéticos, por medio de parámetros de laboratorio tales como: niveles de LDL colesterol y hemoglobina glicosilada meta, resultados de laboratorio clínico que de manera consensuada a nivel internacional, son de uso común para inferir a mediano y largo plazo posibles escenarios de pronóstico en cuanto a riesgo de complicaciones de dichas patologías y su impacto para la calidad de vida de los pacientes, sus familias, el sistema de salud y el país en general.

Seguidamente se describen estos indicadores, no sin antes mencionar, que se excluyen los hospitales especializados para este análisis, ya que los criterios de evaluación variaron de un año a otro y por lo tanto los resultados no son comparables.



4.7.9 Indicador 011013 Porcentaje de pacientes con HTA y LDL colesterol normal atendidos en Consulta Externa

Este indicador pretende reducir el riesgo cardiovascular mediante el monitoreo de los niveles de colesterol sanguíneo en pacientes con hipertensión arterial, mediante el cumplimiento de un criterio de calidad: el logro del nivel LDL colesterol meta de acuerdo a sus factores de riesgo, al menos una vez al año.

Los resultados para el año 2005 se analizan comparándolos con los obtenidos en el 2004.

Se observa en la Cuadro 33 que en los hospitales nacionales y regionales, muestran un incremento en el porcentaje de pacientes hipertensos que cumplen con el criterio de calidad en el año 2005 respecto al 2004.

De forma global, se puede deducir que en los hospitales generales, el 50% de los pacientes hipertensos reciben una atención de calidad, fundamentado en el alcance del criterio establecido para su medición.

En cuanto al logro de la meta pactada, en el indicador de hipertensión, hubo un incremento en el porcentaje de hospitales que alcanzó la totalidad de los puntos, pasando de 95,45% a 100% en el año 2005.



Cuadro 33

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL:
PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS CUYO
LDL COLESTEROL SE CONSIDERÓ NIVEL META,
SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD, 2004-2005**

Nivel de complejidad	2005	2004
Nacionales	53.14*	43.96
Regionales ⁽¹⁾	52.49*	41.11
Periféricos	50.14	52.31
Total	51.24	48.11

⁽¹⁾ No incluye el Hospital San Rafael de Alajuela

* Cambios estadísticamente significativos con un nivel de confianza 95%

**FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación
Compromisos de Gestión 2004-2005**

**4.7.10 Indicador 021013 Porcentaje de personas diabéticas atendidas con
calidad en la Consulta Médica Especializada**

Este indicador busca incrementar la proporción de pacientes con Diabetes Mellitus que reciben un cuidado óptimo, para ello se calcula el porcentaje de personas con hemoglobina glicosilada meta, controladas en la consulta médica especializada de cada centro durante el año.

Como lo muestra la Cuadro 34 hubo un incremento en el porcentaje de pacientes que cumplen con el criterio de calidad al comparar el año 2005 con el 2004 en los hospitales nacionales y regionales, con un logro total de calidad de la atención en alrededor del 40% de los pacientes diabéticos de la muestra

Cuadro 34

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL:
PORCENTAJE DE PACIENTES DIABÉTICOS CON
HEMOGLOBINA GLICOSILADA META, SEGÚN
NIVEL DE COMPLEJIDAD, 2004-2005**

Nivel de complejidad	2005	2004
Nacionales	55.81*	43.89
Regionales ⁽¹⁾	40.25*	33.55
Periféricos ⁽²⁾	38.56	40.6
Total	42.33	39.9

⁽¹⁾ No incluye los Hospitales San Rafael de Alajuela, Enrique Baltodano Briceño

⁽²⁾ No incluye el Hospital Carlos Luis Valverde Vega

* Cambios estadísticamente significativos con un nivel de confianza 95%

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación
Compromisos de Gestión 2004-2005

V. ÁREA ECONÓMICA

5.2 Gestión económica financiera de los hospitales y áreas de salud

La gestión económica de las unidades en el año 2005 se evalúa mediante la ejecución presupuestaria del período y los resultados obtenidos en los indicadores económicos financieros del Compromiso de Gestión.

5.1.1 Análisis del gasto

En el año 2005 las unidades prestadores de servicios de salud gastaron un total de $\text{¢}420.406.531.176^{23}$, de los cuales un 71% correspondió a hospitales y un 29% a Áreas de Salud.

²³ Gasto efectivo y no efectivo.

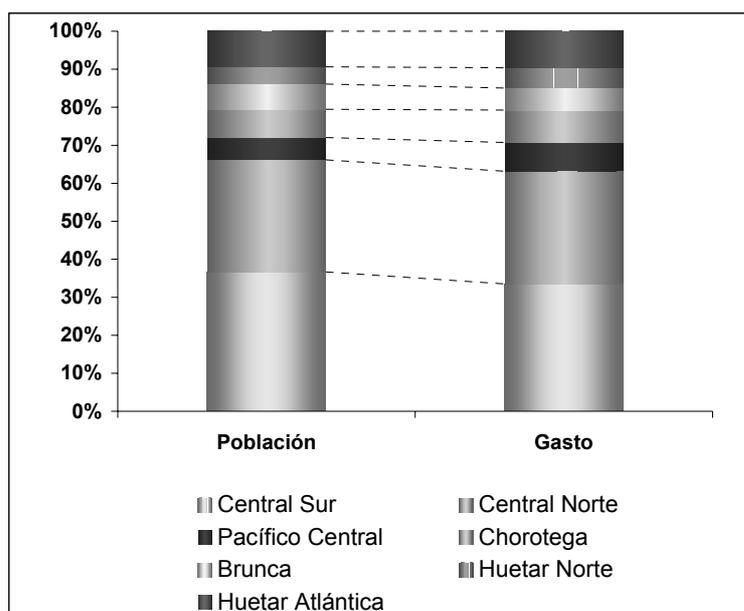


El crecimiento del gasto total con respecto al del año 2004, fue de 15,2%, crecimiento ligeramente superior al de los precios de la seguridad social, medidos mediante el IPISS, el cual fue de 14,09%.

5.1.2 Distribución del gasto de áreas de salud por región

En la Gráfico 15, se muestra como la distribución del gasto de las Áreas de Salud no corresponde con la proporción de la población adscrita a cada región. Porcentajes de gasto inferiores al de la población se presentan en las regiones Central Sur y Brunca y porcentajes mayores en las regiones Pacífico Central, Chorotega y Huetar Atlántica.

GRÁFICO 15
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL: DISTRIBUCIÓN
DE LA POBLACIÓN Y DEL GASTO
DE ÁREAS DE SALUD POR REGIÓN

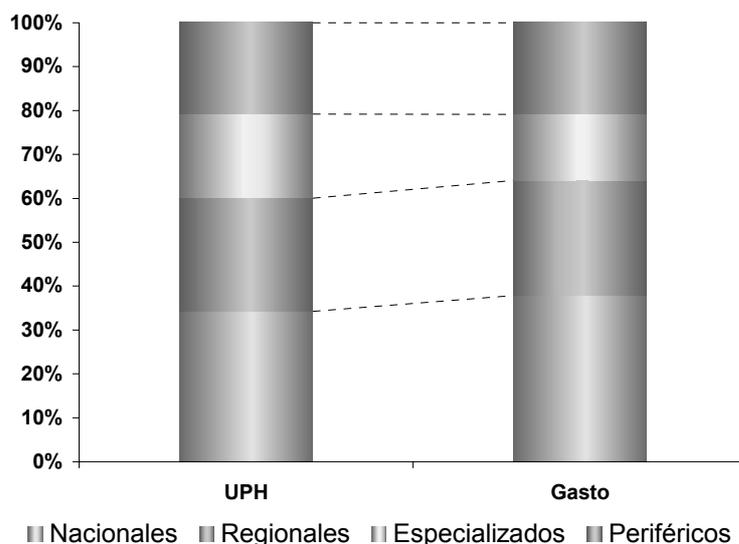


FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

5.1.3 Distribución del gasto de hospitales por nivel de complejidad

A los hospitales nacionales le corresponde una mayor proporción del gasto que lo correspondiente por la participación en la producción total de UPH, situación contraria se presenta en el resto de hospitales. No obstante, se debe tener presente que el sistema de medida de la producción por UPH no está ajustada por casuística. (Gráfico 16)

Gráfico 16
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL: DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN EN UPH Y DEL GASTO TOTAL POR TIPO DE HOSPITAL



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

5.1.4 Ejecución presupuestaria

La ejecución presupuestaria implica una serie de actos para la realización de los gastos autorizados en el presupuesto, con lo cual el porcentaje de ejecución es un indicador de la eficiencia con que las unidades ejecutan el presupuesto.



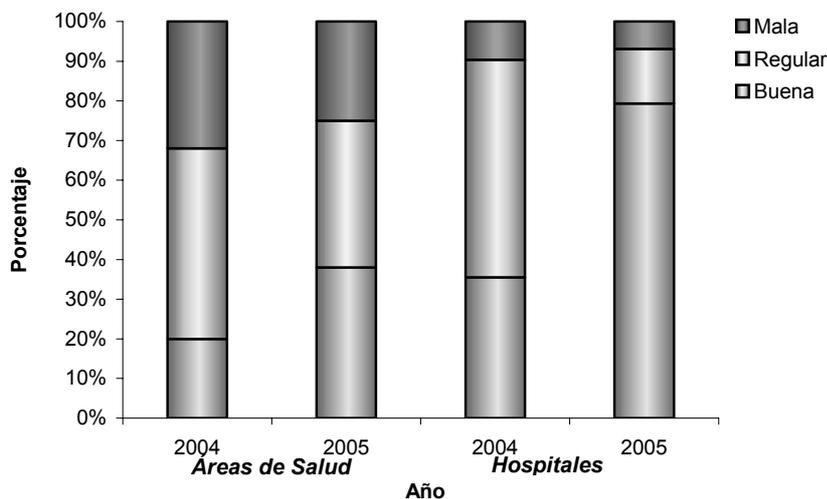
En el 2005, la ejecución total fue de un 97%, siendo menor la de Áreas de Salud, un 93% frente a un 99% de los hospitales

Para el análisis específico del nivel de ejecución se elaboraron los siguientes rangos:

- ◆ Buena ejecución= si el porcentaje de ejecución presupuestaria ($\text{Gasto/Asignación} \times 100$) es mayor o igual a 95% y menor o igual a 105%.
- ◆ Regular ejecución= si la ejecución presupuestaria (Gasto/Asignación) es mayor o igual a 90% y menor a 95% o mayor a 105% y menor al 110%.
- ◆ Mala ejecución= si la ejecución presupuestaria (Gasto/Asignación) tomo otro valor diferente a los rangos anteriores.

Los hospitales y las áreas de salud con buena ejecución presupuestara crecieron proporcionalmente con respecto al 2004. Las áreas de salud mejoraron su gestión presupuestaria pero el porcentaje de centros con buena ejecución se mantiene muy por debajo del nivel registrado en los hospitales (Gráfico 17).

Gráfico 17
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL: DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES SEGÚN TIPO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA, 2005



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

En los hospitales la variación se presentó mayormente en los niveles regional y periférico, con lo cual estos centros registraron la mayor proporción de hospitales con buena ejecución.

En las áreas de salud, las regiones que contribuyeron en mayor medida a mejorar el porcentaje de buena ejecución fueron la Central Norte, Central Sur y Pacífico Central.

5.2 Cumplimiento de los objetivos generales de los indicadores de gestión

El principal objetivo de incluir los indicadores financieros en el Compromiso de Gestión es estimular el análisis y gestión de los recursos por parte de los equipos administrativos y clínicos de las unidades proveedoras, relacionándolo con la producción de servicios.

5.2.1 Eficiencia del gasto

El objetivo definido para este indicador fue el de evaluar la relación gasto / producción y la desviación respecto a lo pactado. Implícitamente, lo que se pretendió fue que cualquier incremento en el gasto por encima de lo pactado tuviera que ser justificado con un incremento en la producción.

En el 2005, el cumplimiento del indicador de eficiencia del gasto se distribuyó con un 44% de hospitales con cumplimiento del cien por ciento del puntaje, un 24% el ochenta por ciento, un 28% la mitad del puntaje y solamente un hospital no tuvo ningún puntaje.

El indicador de eficiencia del gasto se puede descomponer en los siguientes dos elementos:

$$\checkmark \text{ Nivel de ejecución del presupuesto en efectivo} = \frac{\text{Gasto}}{\text{Asignación}}$$

$$\checkmark \text{ Cumplimiento de la producción} = \frac{\text{UPH}_{\text{Logradas}}}{\text{UPH}_{\text{Pactadas}}}$$



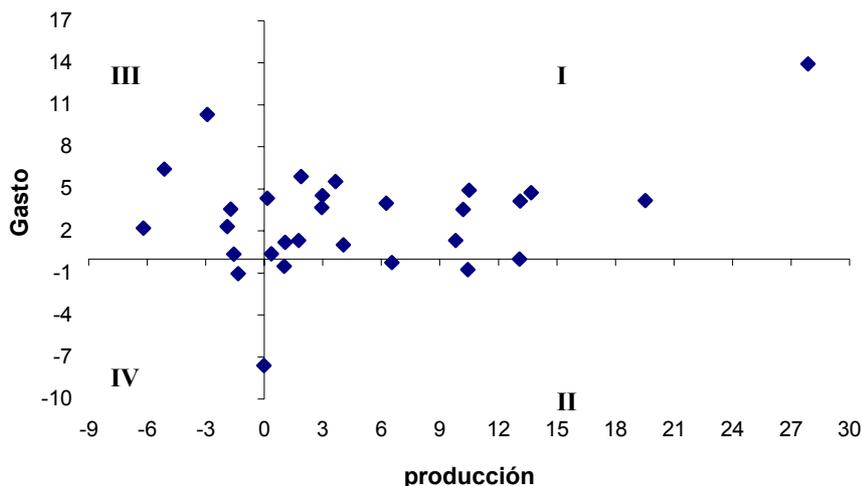
Posteriormente, los hospitales se ubican en cuatro cuadrantes:

- ✓ Cuadrante 1= Gasto menor al presupuesto y UPH logradas superiores a las pactadas.
- ✓ Cuadrante 2= Gasto superior al presupuesto y UPH logradas superiores a las pactadas.
- ✓ Cuadrante 3= Gasto menor al presupuesto y UPH logradas inferiores a las pactadas.
- ✓ Cuadrante 4= Gasto superior al presupuesto y UPH logradas inferiores a las pactadas.

En la Gráfico 18, se observa que la mayoría de hospitales se ubicaron en el cuadrante “I” de eficiencia en ambos componentes del indicador, es decir, produjeron más de lo programado y gastaron menos o igual a lo presupuestado.

Gráfico 18

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL: DISTRIBUCIÓN DE LOS HOSPITALES SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN Y DEL PRESUPUESTO



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromisos de Gestión 2005



5.2.2 *Análisis de costos con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG*

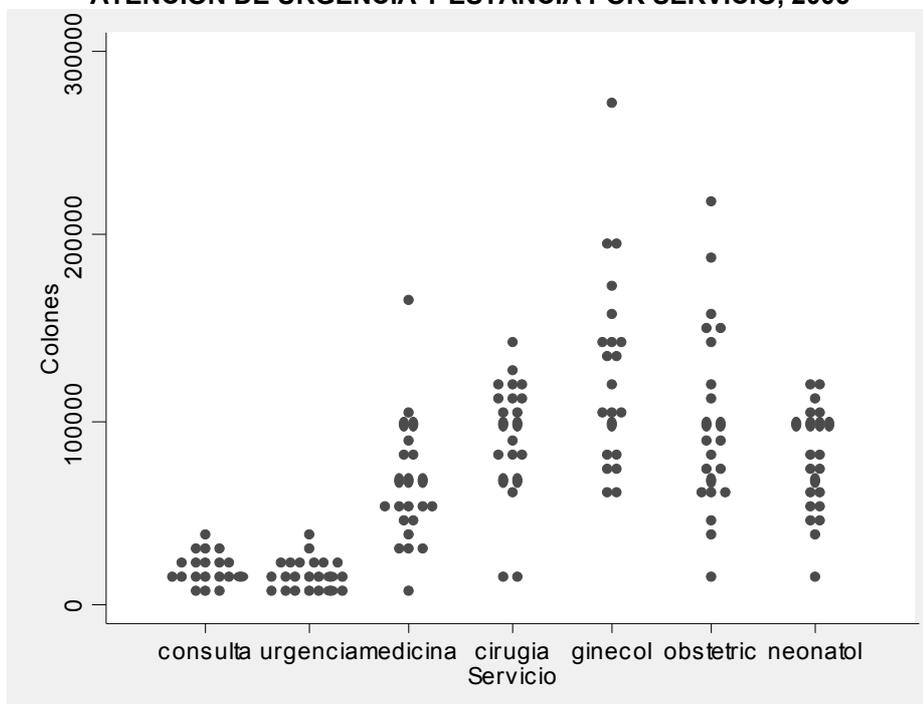
El objetivo de este indicador es identificar los focos de ineficiencias reflejadas en los costos de producción del hospital, e implementar medidas correctivas.

Al igual que años anteriores, se han identificado algunas deficiencias en el SIG (principalmente por su actual etapa de desarrollo), que dificultan la comparación de costos entre unidades, no obstante, se ha decidido mantener este indicador dentro del Compromiso de Gestión como una contribución a la creación y fortalecimiento de una cultura de responsabilidad económica dentro de las unidades, en el sentido de interesarse por el costo de lo que se produce.

Considerando las limitaciones de comparabilidad de costos entre unidades, principalmente por diferencias en imputación de costos a cada centro de producción, se realizó un análisis de variabilidad del costo por servicio para el conjunto de hospitales.

En la Gráfico 19, donde cada punto representa un hospital, se observa que el costo por consulta y atención de urgencia es muy similar en todos los hospitales, mientras que el costo por estancia en ginecología y obstetricia varía mucho entre hospitales.

Gráfico 19
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL: COSTO PROMEDIO POR CONSULTA, ATENCIÓN DE URGENCIA Y ESTANCIA POR SERVICIO, 2005



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

La variabilidad mostrada en el costo por estancia en los servicios analizados, se esperaría que fuera explicado por el nivel de complejidad de los hospitales, sin embargo, en la Cuadro 35 se muestra que los hospitales periféricos que son los menos complejos presentan un costo promedio superior al de los hospitales nacionales.

Cuadro 35
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL: COSTO PROMEDIO POR CONSULTA, ATENCIÓN DE URGENCIA Y ESTANCIA POR SERVICIO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

Detalle	Nacional	Regional	Periférico	Total
Consulta externa	28.641	20.536	18.492	20.599
Urgencia	23.585	13.626	15.700	15.353
Estancia en Medicina	68.113	57.394	62.042	58.627
Estancia en Cirugía	65.023	100.628	98.498	73.383
Estancia en Obstetricia	90.796	88.136	101.457	78.089
Estancia en Ginecología	107.789	132.791	127.261	99.927
Estancia en Neonatología	64.612	83.111	76.827	70.909

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

VI. CONCLUSIONES

6.1 Áreas de Salud

- ✓ En el año 2005, se obtuvo una cobertura global nacional de 54.2%, incrementándose el porcentaje en relación al año anterior de 51.2%, debido al aumento de 166,620 consultas preventivas y curativas de primera vez.
- ✓ Los datos reportados por la Dirección de Información en Salud en el año 2005 de cobertura global de 53,95%, son muy similares a los encontrados en el proceso de evaluación 2005; esto se debe posiblemente a una mejora del sistema de registro y reporte de la información.
- ✓ En el Programa de Hipertensión Arterial las coberturas totales obtenidas son superiores al 80% y la cobertura con cumplimiento de criterios se ha incrementado cada año disminuyendo la brecha entre ambas; esto incide positivamente en la atención de la hipertensión arterial, que es uno de los factores de riesgo más importantes y modificables de la enfermedad cardiovascular.



- ✓ En el ámbito nacional se obtuvo un promedio de 68% de pacientes diabéticos con rangos de hemoglobina glicosilada (HbA1c), con resultados normales de al menos una toma anual, a futuro se deberá valorar la aplicación de la hemoglobina glicosilada como lo indican las Normas de Atención Integral.
- ✓ Las lesiones de alto grado (displasia moderada y severa) y bajo grado (displasia leve) así como el carcinoma invasor de cuello de útero, presentan un descenso para el 2005 en relación al quinquenio, lo que puede deberse a la detección temprana de esta patología. A nivel nacional, en lo que respecta a citologías alteradas, se logró un abordaje con calidad (adecuado en el tiempo de comunicación a la paciente el cual debe ser menor a 15 días y en la referencia a colposcopia / ginecología) de 97.4% en comparación con un 73.5% obtenido al inicio del quinquenio (2000).
- ✓ En los programas de atención a los niños menores de un año y de 1 a 6 años, se observa una tendencia al crecimiento de la cobertura total y la cobertura con cumplimiento de criterios además de la disminución progresiva de la brecha entre ambas coberturas
- ✓ En el 2005, para el programa de atención prenatal, las coberturas totales se mantienen constantes en comparación con el quinquenio, mientras que las coberturas con calidad muestran una tendencia al crecimiento obteniéndose un 56,3% cifra más alta de los seis años.
- ✓ En la atención en el período de posparto, a nivel nacional la cobertura total y con calidad aumentan en el 2005, lo que indica que las acciones pertinentes a mejorar la captación y atención a las pacientes en su período de posparto han tenido buenos resultados. La atención postnatal de acuerdo a las Normas de Atención Integral tiene como objetivo controlar al hijo y a la madre durante los primeros días del puerperio, para orientarlas y prepararlas para su propio cuidado y del niño, de acuerdo a los resultados de la evaluación la captación de la mujer en este período se da a los 11,7 días en promedio, lo que ha permitido una atención oportuna a estas mujeres.

- ✓ La atención odontológica preventiva aumentó sus coberturas en todos los grupos de edad (0-9 años, adolescentes y embarazadas), a pesar de la poca variabilidad mostrada en los años anteriores.
- ✓ En la atención de la violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar las Áreas de Salud en general cumplen con los criterios establecidos en el indicador pero tienen limitaciones para intervenir y dar seguimiento a éstos casos por falta del fortalecimiento de las redes de apoyo.
- ✓ Para el año 2005 la evaluación del Plan Estratégico se estableció asignando un puntaje proporcional al logro alcanzado en la ejecución del plan, obteniéndose un 92.2% de cumplimiento a nivel nacional, siendo este plan una herramienta de planificación fundamental con la cual las unidades con base en las necesidades y problemas de salud identificados fortalecen su gestión con la finalidad de mejorar su capacidad resolutive.
- ✓ De acuerdo a los resultados de la evaluación del año 2005 las unidades de Compra Externa de Servicios de Salud tienen coberturas totales y de calidad superiores al promedio nacional en los programas de atención del niño(a) menores de un año, niños(as) de uno a seis años y adolescentes. Las coberturas totales y de calidad del programa de atención prenatal son similares al promedio nacional, con diferencias en las atenciones de personas diabéticas, hipertensas y adulto mayor, dado que ambas coberturas son menores a lo logrado en el ámbito nacional, (Cuadro 36). Los resultados de éstas Áreas de Salud durante el quinquenio han demostrado logros en ambas coberturas que superan el promedio nacional en los programas de niños y adolescentes, encontrándose dificultades para mejorar las coberturas en pacientes crónicos (hipertensión y diabetes).



CUADRO 36
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: PROMEDIO DE COBERTURA NACIONAL
PARA LAS AREAS DE SALUD DE LA CCSS Y LAS DE COMPRA EXTERNA SEGÚN
PROGRAMA DE ATENCION, 2005

(porcentajes)

PROGRAMA DE ATENCION	PROMEDIO DE COBERTURAS NACIONALES DE AREAS DE SALUD			
	TOTAL		CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS	
	COMPRA EXTERNA	CCSS	COMPRA EXTERNA	CCSS
NIÑO				
Menores de un año	91,1	88,8	77,6	69,0
De 1 a 5 años	69,5	55,2	61,4	49,9
ADOLESCENTES				
Atención individual al adolescente	41,0	30,8	39,0	28,4
MUJER				
Atención prenatal	78,7	79,5	58,9	56,2
ADULTO				
Hipertensos	75,2	85,8	62,9	67,2
Diabéticos	65,4	71,6	65,4	67,7
ADULTO MAYOR				
Adulto Mayor	54,7	57,9	47,9	49,1

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005.

- ✓ En el año 2005, se establecieron en las unidades de Compra Externa nuevos indicadores, como el porcentaje de hombres y mujeres de 20 a 65 años a quienes se les realizó un perfil de lípidos y categorización del riesgo cardiovascular; el establecimiento de un Sistema Local de Vigilancia del Estado Nutricional y las Investigaciones Desarrolladas por la Universidad de Costa Rica por medio del convenio con la Caja Costarricense del Seguro Social orientadas a analizar y abordar temas de salud específicos en atención primaria.



6.2 Hospitales

✓ Producción hospitalaria

- Desde el punto de vista de la producción general (número de egresos, número de consultas especializadas, número de consultas urgencias, número de intervenciones quirúrgicas, número de procedimientos ambulatorios), se observa un incremento progresivo y sostenido en los hospitales periféricos, en volumen de producción de algunos de estos hospitales en más del 40% respecto al año 2000.
- Desde el punto de vista del cumplimiento en el volumen pactado, en los años 2004 y 2005 (cuadro 37) se ha mantenido relativamente estable, presentándose pocas diferencias, y en general reflejando una mejora sustancial respecto a la situación de los primeros años (2000 y 2001).



Cuadro 37
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL: CUMPLIMIENTO RELATIVO EN
VOLÚMENES PACTADOS EN LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN 2004-2005
SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO POR SERVICIO DE EGRESO
2004-2005

NIVEL	AÑO	SERVICIO				
		MEDICINA	CIRUGÍA *	GINECOLOG. *	OBSTETRIC.	PEDIATRÍA/ NEONAT.
NACIONALES	2004	100,00%	100,00%	89,25%	100,00%	100,00%
	2005	93,89%	92,71%	83,07%	100,00%	100,00%
REGIONALES	2004	100,00%	100,00%	96,73%	100,00%	97,86%
	2005	100,00%	96,93%	87,63%	100,00%	98,31%
PERIFÉRIC. 1 Y 2 **	2004	97,26%	100,00%	82,17%	100,00%	98,13%
	2005	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
PERIFÉRICOS 3	2004	93,75%	87,61%	100,00%	100,00%	97,15%
	2005	100,00%	100,00%	86,07%	100,00%	96,44%
TOTAL HOSPITALES GENERALES	2004	100,00%	100,00%	93,67%	100,00%	98,86%
	2005	100,00%	95,62%	88,78%	100,00%	99,40%
ESPECIALIZADO S **	2004	92,21%	94,74%	86,65%	96,06%	100,00%
	2005	82,26%	84,49%	98,61%	100,00%	100,00%

* En el año 2005 el porcentaje de cumplimiento incluye en un solo volumen los egresos de Hospitalización y de Cirugía Ambulatoria (Pactado y Evaluado en forma conjunta). En el año 2004 relaciona únicamente a los egresos de hospitalización.

** No incluye al Hospital de San Vito en el servicio de Cirugía.

*** Incluye en Medicina y Cirugía el HNNiños. En Ginecología y Obstetricia el Hospital de las Mujeres.

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005

✓ **Evaluación del proceso productivo**

- El índice operatorio fue muy variable, especialmente en los grupos de los hospitales regionales y de los hospitales periféricos, mismos en los que, en su mayoría no se cumplió con los índices operatorios esperados en sus servicios de Cirugía y Ginecología.
- La estancia preoperatoria, la mayoría de los hospitales –especialmente en el grupo de los regionales- no cumplieron con la disminución esperada de la estancia preoperatoria en los servicios de Cirugía y Ginecología, dos aspectos pueden

estar contribuyendo en este sentido: (1)- en varios hospitales se ha llegado al “tope” razonable de reducción de este indicador. (2)- es posible que los resultados de este indicador comiencen a revertirse negativamente debido al fenómeno que desde los últimos meses del año 2005 han sufrido los hospitales en función de una pérdida de anesthesiólogos y personal de enfermería en quirófano (instrumentistas) y la respectiva imposibilidad de sustituirlos debido a la inopia nacional de este tipo de funcionarios.

- La producción de sala de operaciones, la mayoría de los hospitales mejoraron en alguno de indicadores de la gestión de la sala de operaciones. Sin embargo, las salas de operaciones disponibles no se aprovechan del todo en términos del tiempo de su uso efectivo. Similar a lo mencionado en el ítem anterior, los resultados en este indicador para los próximos años no se perfilan halagüeños, debido a la carencia de anesthesiólogos y personal de enfermería.

✓ **Evaluación de la calidad de la atención**

- Los centros, en promedio, mejoraron los resultados obtenidos en el año 2005 respecto a los del año 2004, existiendo variaciones importantes en los porcentajes logrados, según el tipo de hospital.
- Si bien es cierto los indicadores tal cual se han evaluado permiten en primer lugar, identificar el comportamiento basal en la atención de grupos de pacientes en función de patologías trazadoras: hipertensos, diabéticos, infarto agudo al miocardio, CA de cerviz, etc) y en segundo, establecer metas reales de alcance para futuros años, siempre en pro del mejoramiento continuo de la calidad.

6.3 Área Económica

- ✓ La gestión de recursos financieros, medida como el porcentaje de ejecución de los recursos asignados mejoró tanto en hospitales como en áreas de salud, con respecto al 2004.



- ✓ En el 2005, se cumplió con los objetivos propuestos por los indicadores de gestión. El indicador de eficiencia del gasto se puede calificar como de buen resultado, dado que la mayoría de hospitales produjeron más de lo programado y gastaron menos o igual a lo presupuestado (cuadrante de eficiencia en ambos componentes del indicador).

- ✓ A pesar de que el Compromiso de Gestión ha motivado la utilización de un sistema de costos a nivel local, reflejándose en que el 66% de los hospitales y el 75% de las Áreas de Salud han implementado el SIG, existe duplicidad de esfuerzos para alimentar otros sistemas de costos que el Nivel Central de la CCSS demanda. Adicionalmente a la fecha hace falta la estandarización de criterios para la asignación del gasto a los diversos componentes lo cual hace que los resultados entre centros no puede ser comparativo.

VII. RECOMENDACIONES

7.1 Áreas de Salud

- ✓ Es importante que las unidades refuercen la gestión local promoviendo la participación social y fortaleciendo la planeación estratégica de manera que las actividades desarrolladas logren impactar positivamente en la población.
- ✓ En general la brecha entre coberturas totales y coberturas con calidad han disminuido en la mayor parte de los programas, sin embargo, se requiere un mayor esfuerzo para que se cumplan los criterios de atención de la Norma Integral en todas las consultas.
- ✓ Debe continuarse el proceso de investigación para la actualización de las Normas de Atención Integral y el desarrollo de indicadores que respondan a las necesidades cambiantes de la población y a la evolución propia de los servicios de salud.
- ✓ Es necesario fortalecer los procesos de evaluación que permitan la participación de las diferentes comisiones y departamentos institucionales, también es necesario capacitar y acreditar al personal técnico evaluador.
- ✓ En relación a los casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar el Estado deberá construir una plataforma de la mano con la participación ciudadana, de manera que las Áreas de Salud puedan contar con mejores herramientas de intervención y seguimiento.



7.2 Hospitales

✓ Producción hospitalaria:

- La producción en hospitales esta representada principalmente por tres productos sustantivos: egreso hospitalario, consulta especializada y urgencias consideradas las intervenciones quirúrgicas dentro los egresos. Es necesario llamar la atención ante las autoridades institucionales del efecto negativo a la producción de egresos en servicios de carácter mayormente quirúrgicos (Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurocirugía, Ginecología, Cirugía Pediátrica, entre otros), específicamente en lo que se refiere a la carencia de personal especializado en quirófanos (anestesiastas e instrumentistas), situación que se ha evidenciado desde finales del año 2005 y se ha hecho más aguda durante el año 2006, lo cual impactará en una serie de indicadores tradicionalmente utilizados en la evaluación de hospitales: volumen de egresos, volumen de producción de procedimientos quirúrgicos, volumen de producción de cirugía ambulatoria, traslado de cirugía tradicional a ambulatoria, estancia preoperatoria, estancia media, utilización de quirófanos, disminución de suspensiones en sala de operaciones, incremento de sustituciones por suspensión en sala de operaciones, tiempos de espera para procedimientos quirúrgicos. Situación que, de no efectuar acciones de corto y mediano plazo, impactara de forma negativa cada vez más la capacidad resolutive de nuestra red hospitalaria institucional.

✓ Evaluación del proceso productivo:

- Respecto al índice operatorio, identificar las causas de la variación de los índices operatorios en los hospitales regionales y periféricos según servicio y vía de ingreso.
- Respecto a la estancia preoperatorio determinar la proporción de estancias preoperatorias inadecuadas en los servicios de Cirugía y Ginecología de los hospitales regionales.

- Respecto a la producción en sala de operaciones, Investigar las razones del poco tiempo de uso efectivo de las salas de operaciones en los grupos de los hospitales regionales, periféricos y especializados.

7.3 Área Económica

Lograr espacios de análisis en conjunto con la Gerencia Médica, la Dirección de Presupuesto y los proveedores de servicios de salud, para identificar las causas de la mala gestión de los recursos financieros de algunas Áreas y Hospitales que en forma constante sub-ejecutan el presupuesto asignado mas allá del 10%. Principalmente en aquellas zonas del país donde se registran bajos niveles de desarrollo y que suponen mayores necesidades de salud.

Para aumentar la confiabilidad del análisis de eficiencia se recomienda:

- ✓ Incluir dentro de la medida de producción hospitalaria, elementos que reconozcan la casuística de los casos tratados por los hospitales Ej. GRD.
- ✓ Incluir medidas de cantidad y de calidad dentro de la valoración de producción o resultado.
- ✓ Incluir otros insumos además de gasto, tales como el recursos humano y camas hospitalarias, entre otros.
- ✓ Se deben realizar esfuerzos para lograr un único sistema de costos institucional, con un centro de responsabilidad a nivel central que realice monitoreos de la calidad de la información para que pueda utilizarse en la toma de decisiones.



VIII. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

8.1 *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.

- Puntaje Final

En los hospitales, el puntaje final de la evaluación es producto del cumplimiento de los indicadores pactados y de la producción lograda, medida en unidades de producción hospitalaria (UPH).

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

8.2 *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), atención de niños(as) menores de un año, atención de niños (as) de uno a seis años, atención integral de los adolescentes, atención integral de la mujer, atención prenatal (atención en post parto), atención integral del adulto, atención del paciente diabético, atención del paciente hipertenso y atención integral del adulto mayor.

8.3 *Cobertura con cumplimiento de criterios de las normas*

Se ha denominado cobertura con cumplimiento de normas (cobertura con calidad) al producto resultante de multiplicar la cobertura total por el índice de cumplimiento de criterios de las normas obtenido.



8.4 Índice con cumplimiento de normas

A partir de las normas técnicas de atención, se han identificado los criterios mínimos que deben ser cumplidos en un 100% en cada programa.

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



IX. CALIFICACIONES OBTENIDAS POR LAS ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES EN LA EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN 2005

En este apartado se muestran las calificaciones de las Área de Salud y Hospitales obtenidas en la evaluación de Compromiso de Gestión 2005, en las diferentes regiones.

9.1 Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Brunca

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA 2005
AREAS DE SALUD	
Coto Brus	98,93
Pérez Zeledón	94,40
Corredores	90,22
Osa	88,65
Golfito	88,31
Buenos Aires	72,26
HOSPITALES	
San Vito Coto Brus	96,72
Golfito	92,45
Tomás Casas	92,24
Ciudad Nelly	91,26
Escalante Pradilla (Pérez Zeledón)	83,80

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



9.2. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Central Norte

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA	ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA
AREAS DE SALUD		AREAS DE SALUD	
Poás	99,05	Naranjo	91,37
Alajuela Sur	97,81	San Isidro de Heredia	91,28
Atenas	97,39	Coronado	91,16
San Ramón	97,27	San Rafael de Heredia	90,75
Tibás Uruca Merced (Clorito Picado)	97,16	Horquetas (Río Frío)	90,39
Heredia Virilla	96,99	Goicoechea 2 (Jiménez Núñez)	90,33
Palmares	96,96	Alajuela Norte	90,32
San Pablo	96,87	León XIII, La Carpio	89,52
Barva (COOPESIBA)	96,75	Tibás(COOPESAIN)	89,35
Valverde Vega	95,53	Puerto Viejo	89,19
Grecia	95,28	Marcial Rodríguez	88,44
Santo Domingo de Heredia	95,16	Belén Flores	83,31
Santa Bárbara Heredia	94,59	Moravia	78,51
Zarcelero (Alfaro Ruiz)	94,07	Heredia Cubujuqui	76,73
Alajuela Oeste	93,12		
Goicoechea 1	92,82		
HOSPITALES			
Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón)	94,82		
San Vicente de Paul (Heredia)	94,44		
San Francisco de Asís (Grecia)	92,70		
San Rafael de Alajuela	81,97		

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



9.3. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Central Sur

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA	ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA
ÁREAS DE SALUD		ÁREAS DE SALUD	
La Unión	98,99	Escazú (Asemeco)	94,14
Puriscal	98,88	Santa Ana (COOPESANA)	93,31
Acosta	98,86	San Diego - San Juan - Concepción de Tres Ríos	93,26
San Francisco 2 Ríos - San Antonio	98,84	Corralillo La Sierra	90,96
El Guarco	98,72	Turrialba Jiménez	90,91
San Sebastián- Paso Ancho	98,67	Alajuelita	90,67
Zapote Catedral (Carlos Durán)	98,27	Cartago	90,62
Catedral Noreste (Clínica Central)	97,85	Paraíso	90,06
Los Santos	97,21	Mata Redonda Hospital	90,02
Desamparados 3	96,84	Hatillo	88,92
Pavas(COOPESALUD)	96,41	Montes de Oca (UCR)	87,19
Aserrí	96,07	Desamparados 1 (Clínica Marcial Fallas)	86,92
San Rafael Arriba - San Rafael Abajo - San Miguel	95,65	Mora	84,82
Oreamuno,Pacayas,Tierra Blanca	94,83	Curridabat (UCR)	84,27
HOSPITALES			
Max Peralta	94,97		
William Allen	81,69		

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



9.4. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Chorotega

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA
AREAS DE SALUD	
Upala	98,45
Abangares	96,60
Bagaces	96,06
Colorado	95,64
Hojancha	93,01
Cañas	92,32
Nandayure	90,10
Tilarán	90,00
Santa Cruz	87,97
Nicoya	83,78
Carrillo	83,50
La Cruz	81,59
Liberia	74,34
HOSPITALES	
Hospital de Upala	91,49
La Anexión (Nicoya)	91,25
Enrique Baltodano (Liberia)	75,53

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



9.5. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Atlántica

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA
AREAS DE SALUD	
Matina Bataan	96,53
Guápiles	95,55
Guácimo	95,32
Cariari – Ticabán	93,89
Siquirres	91,06
Salamanca	84,48
Limón	84,31
Valle de la Estrella	84,02
HOSPITALES	
Hospital Dr. Tony Facio (Limón)	90,00
Hospital de Guapiles	66,88

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



9.6. **Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Huetar Norte**

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA
AREAS DE SALUD	
Los Chiles	99,56
Ciudad Quesada	95,84
Pital	95,12
Aguas Zarcas	94,64
Guatuso	92,70
Santa Rosa de Pocosol	89,15
Florencia	85,58
Fortuna	77,91
HOSPITALES	
Hospital de los Chiles	96,44
Hospital de San Carlos	91,41

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



9.7. Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Región Pacífico Central

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA
AREAS DE SALUD	
Esparza	98,11
Garabito	96,89
Montes de Oro (Miramar)	95,58
Chacarita	94,59
Puntarenas Centro(San Rafael, Chomes, Monte Verde)	93,56
Barranca	93,14
Jicaral - Paquera - Cóbano (Peninsular)	92,62
Parrita	88,50
Orotina	88,02
Aguirre – Quepos	84,02
HOSPITALES	
Hospital Dr. Max Terán Valls	88,08
Hospital Monseñor Sanabria (Puntarenas)	80,61

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005



9.8. Hospitales Nacionales y Especializados

ESTABLECIMIENTO	NOTA OBTENIDA 2005
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	
Hospital de las Mujeres	96,64%
Hospital Blanco Cervantes	93,02%
Cenare	93,52%
Clínica Oftalmológica	63,29%
Hospital de Niños	92,04%
Hospital Psiquiátrico	94,90%
Clínica del Dolor	100,00%
Hospital Chacón Paut	93,70%
HOSPITALES NACIONALES	
Hospital San Juan de Dios	90,59%
Hospital Calderón Guardia	95,17%
Hospital México	92,99%

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2005