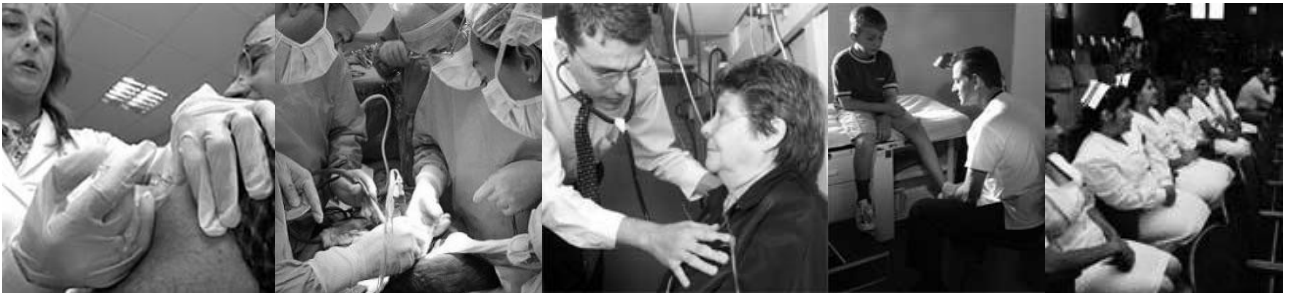


Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia División Administrativa
Dirección de Compra de Servicios de Salud



**Informe de Evaluación de los
Compromisos de Gestión
2006**



Mayo 2007



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

Olga Chaves Pérez
Adriana Lapeira Mix
Yahaira On Cubillo
Olga Marta Cerdas
Elizabeth Rodríguez Jiménez

Comité Editorial

Olga Chaves Pérez
Adriana Lapeira Mix
Yahaira On Cubillo
Olga Marta Cerdas
Flor Solís Durán

Equipo de Producción

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

Monografía, San José Costa Rica Junio 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

1. INTRODUCCION	3
2. METODOLOGÍA	4
2.1 Recolección de la información	4
2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar	5
2.3 Porcentaje de cumplimiento	6
2.4 Cobertura total	6
2.5 Cobertura con cumplimiento de normas	6
2.6 Índice de cumplimiento de las normas	6
3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	7
3.1 Cobertura Institucional de Áreas de Salud	7
3.2. Enfermedades Cardiovasculares – Cerebrovasculares y Diabetes Mellitus	8
3.2.1 Áreas de Salud	10
3.2.1.1. Hipertensión Arterial: atención con cumplimiento de criterios en el primer nivel de atención	10
3.2.1.2. Hipertensión Arterial: atención con cumplimiento de criterios en el segundo nivel de atención	12
3.2.1.3. Enfermedad cardiaca coronaria: tamizaje de dislipidemia	13
3.2.1.4. Adulto Mayor: atención individual con cumplimiento de criterios	15
3.2.1.5. Diabetes Mellitus: niveles de hemoglobina glicosilada dentro de rangos normales en pacientes atendidos en el primer nivel de atención	17
3.2.1.6. Diabetes Mellitus: atención con cumplimiento de criterios en el segundo nivel de atención	19
3.2.2. Hospitales	20
3.2.2.1. Hipertensión arterial: calidad de la atención a los pacientes hipertensos de la consulta externa especializada	20
3.2.2.2. Infarto agudo del miocardio: aplicación temprana de la terapia trombolítica	22
3.2.2.3. Diabetes Mellitus: prevención de enfermedad cardiovascular	22
3.3 Tumores Malignos	25
3.3.1 Áreas de Salud	27
3.3.1.1. Detección oportuna de cáncer de cérvix: cobertura de toma de citología vaginal	27
3.3.1.2. Oportunidad de la atención de la patología cervical en el primer y segundo nivel de atención	28
3.3.2 Hospitales	28
3.3.2.1. Atención de la Patología Cervical	28
3.4 Enfermedades Emergentes y Reemergentes	30
3.5 Vigilancia Epidemiológica a nivel local	31
3.6 Salud Materno-Infantil	32
3.6.1 Niños y niñas menores de un año: atención con cumplimiento de criterios	34
3.6.2 Niños y niñas de uno a menos de siete años: atención con cumplimiento de criterios	35
3.6.3 Inmunizaciones: cobertura de vacunación de tercera dosis de DPT, Polio, Hepatitis B y H. influenzae a niños (as) menores de un año y cobertura de vacunación de primera dosis de SRP a niños y niñas menores de 24 meses	37
3.6.4 Niños(as) y adolescentes en el escenario escolar: atención con cumplimiento de criterios	38
3.6.5 Adolescentes: atención con cumplimiento de criterios	39



3.6.6	Mujeres embarazadas: Atención prenatal con cumplimiento de criterios en el primer nivel de atención	41
3.6.7	Mujeres embarazadas de riesgo: atención con cumplimiento de criterios en el segundo nivel de atención	42
3.6.8	Mujeres en periodo de posparto: atención con cumplimiento de criterios	43
3.6.9	Atención odontológica preventiva en el primer nivel de atención	45
3.7	Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar: detección y abordaje	47
3.8	Mejoramiento de la Gestión Local	48
3.8.1	Áreas de Salud	49
3.8.1.1.	<i>Plan estratégico</i>	49
3.8.1.2.	<i>Diagnóstico Local de Vigilancia del Estado Nutricional</i>	49
3.8.1.3.	<i>Producción en salud en el segundo nivel de atención</i>	50
3.8.2.	Hospitales	51
3.8.2.1.	<i>Índice operatorio de las especialidades quirúrgicas por servicio y vía de ingreso</i>	51
3.8.2.2.	<i>Estancia preoperatoria: Reducción global de las estancias de dos días o más</i>	54
3.8.2.3.	<i>Análisis de la mortalidad hospitalaria</i>	57
3.8.2.4.	<i>Mortalidad General</i>	58
3.8.2.4.	<i>Mortalidad Materno Infantil</i>	58
3.8.2-5.	<i>Salas de operaciones: eficiencia en su utilización</i>	58
3.8.2.6.	<i>Análisis y reducción de reingresos</i>	60
3.8.2.7.	<i>Producción hospitalaria</i>	61
3.9	Indicadores Económicos	69
3.9.1	Áreas de Salud	69
3.9.1.1.	<i>Indicador de eficiencia</i>	69
3.9.1.2.	<i>Análisis de costos con base en el SIG</i>	72
3.9.2	Hospitales	73
3.9.2.1.	<i>Eficiencia productiva</i>	73
3.9.2.2.	<i>Análisis del costo con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG</i>	74
4.	CONCLUSIONES	75
4.1	Áreas de Salud	75
4.2	Hospitales	77
4.	RECOMENDACIONES	78
14.1	Áreas de Salud	78
14.2	Hospitales	79



1. INTRODUCCION

La evaluación del Compromiso de Gestión es un proceso participativo realizado en cada establecimiento de salud, mediante el cual se conoce el grado de cumplimiento entre lo pactado como meta en el Compromiso de Gestión y lo realizado por el centro durante el año.

Como producto del análisis de los resultados de la evaluación se identifican mejoras a nivel institucional en las coberturas, en el acceso, en el fortalecimiento de la gestión, en la planificación y en la utilización de los servicios de salud.

Los resultados presentados en este documento son producto de la evaluación del Compromiso de Gestión 2006, la cual al igual que en años anteriores, se realizó en todo el país cubriendo las 103 Áreas de Salud, el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo, la Clínica Oftalmológica y los 29 Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

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.

Asimismo, se incorpora un desglose del cumplimiento de criterios en cada uno de los programas.

2. METODOLOGÍA

Para el año 2006, al igual que en años anteriores, la evaluación de los Compromisos de Gestión se desarrolló en todas las unidades prestadoras de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social: las 103 Áreas de Salud, los 29 Hospitales, el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo y la Clínica Oftalmológica.

En las Áreas de Salud, la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de una muestra de expedientes médicos de los usuarios de los diferentes programas de atención integral brindada a las personas.

En los hospitales, la evaluación está basada en el cumplimiento de la producción pactada en la evidencia documentada de los indicadores negociados y en la revisión de expedientes para la verificación del cumplimiento de los criterios de atención a personas hipertensas atendidos en la consulta externa de las especialidades de medicina interna y cardiología, diabéticos atendidos en la consulta externa de las especialidades de medicina interna y endocrinología, mujeres con papanicolaou alterado referidas del primer y segundo nivel y las detectadas en el hospital y pacientes con infarto agudo al miocardio con aplicación de terapia trombolítica.

2.1 Recolección de la información

La recolección de los datos para la evaluación de los Compromisos de Gestión se realizó por funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud y funcionarios de las Direcciones Regionales de Servicios Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social; esta se llevó a cabo del 29 de enero al 9 de marzo de 2007. Los funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, efectuaron la recolección de los datos en las unidades de Compra Externa, las Áreas de Salud Metropolitanas, los Hospitales Nacionales y los Centros Especializados.



Para el levantado de los datos se formaron equipos de trabajo de, por lo menos, tres profesionales (107 personas en total) liderados en algunos casos por un médico y en otros por el funcionario de más experiencia en el proceso.

En el caso de los equipos regionales, la planificación del trabajo de campo se desarrolló en cada Dirección Regional de Servicios Médicos, definiéndose los equipos evaluadores, la distribución por Centro de Salud (Áreas y Hospitales) y el cronograma de evaluación. La Dirección de Compra de Servicios de Salud desarrolló un taller regional con todos los funcionarios regionales que conformaron los equipos evaluadores, esto con el propósito 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, para la revisión de los expedientes, se desarrolló una herramienta de software con la cual se logró el registro de los datos evaluados en el campo y la obtención del cumplimiento de los criterios de las normas en la revisión de los expedientes de la muestra. Esto permitió, una mejora en la calidad de la información recolectada, reduciéndose al máximo el porcentaje de blancos o inconsistencias que muchas veces se daban a la hora de hacer el registro manual en los formularios de recolección de datos. Asimismo, se logró dejar una nota final preliminar la cual varió solo en aquellos casos en que se presentaran registros inadecuados o dudas de los equipos en el llenado de los instrumentos.

2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar

El cumplimiento de las Normas de Atención y el cumplimiento de las Guías Clínicas, entre otros, según corresponda, se hizo mediante la revisión de una muestra de expedientes.

Para determinar el tamaño de la muestra por programa y servicio, según sea el caso, se usó un nivel de confianza del 90%, un margen de error igual al 10% y un ajuste por ausencia del expediente a revisar igual a un 10%, el cual a nivel institucional en las áreas de salud resultó mucho menor (5%).

2.3 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 respecto a lo pactado y 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 logradas con cumplimiento de normas.

2.4 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.

2.5 Cobertura con cumplimiento de normas

La cobertura con cumplimiento de normas (cobertura con calidad) es el resultado de multiplicar la cobertura total por el índice de cumplimiento de las normas producto de la revisión de expedientes.

2.6 Índice de cumplimiento de las normas

A partir de las Normas de Atención Integral, se han identificado los criterios mínimos que deben ser cumplidos en un 100% en cada programa.

El índice de cumplimiento de las normas corresponde a la proporción de expedientes revisados que cumplen con todos los criterios mínimos establecidos. El incumplimiento de



alguno de los criterios asigna 0 al índice, lo cual impacta de manera importante las coberturas totales.

3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

3.1 Cobertura Institucional de Áreas de Salud

Como resultado de la evaluación se tiene que las 103 Áreas de Salud cubren una población de 4.369.604 habitantes. A nivel institucional, para el año 2006, se dieron 2,345.122 consultas de primera vez lo que representa una cobertura de 53,67%.

A nivel regional la Región Pacífico Central presentó una cobertura de 69,5%, la Chorotega un 69,5%, las Áreas metropolitanas un 62,3%, la Huetar Norte un 62,1% y la Brunca alcanzó un 54,9% superando el promedio general (cuadro 1).

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
NUMERO DE AREAS DE SALUD, POBLACION, CONSULTAS DE
PRIMERA VEZ Y COBERTURA SEGÚN REGION 2006**

REGIÓN	ÁREAS DE SALUD	POBLACIÓN	CONSULTAS PRIMERA VEZ	COBERTURAS
Brunca	6	301.713	166.742	55,27
Central Norte	21	922.282	467.188	50,66
Central Sur	13	732.494	366.825	50,08
Chorotega	13	320.107	213.892	66,82
Huetar Atlántica	8	413.748	219.034	52,94
Huetar Norte	8	196.088	121.759	62,09
Pacífico Central	10	228.560	157.905	69,09
Compra externa /1	13	695.403	286.942	41,26
Metropolitanas /1	11	553.759	273.004	49,30
Promedio Institucional		4.364.154	2.273.291	52,09

/1 Por sus particularidades estas fuentes se citan por separado

FUENTE: Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión, 2006

3.2. Enfermedades Cardiovasculares – Cerebrovasculares y Diabetes Mellitus

En Costa Rica, las enfermedades del aparato circulatorio constituyen un problema de salud relevante que afecta tanto a hombres como a mujeres, de hecho, la afectación cardiovascular es la principal causa de muerte desde el quinquenio 1970-1974.¹

En el contexto de las enfermedades cardiovasculares, merecen especial atención la diabetes y la hipertensión, ya que ambas enfermedades a la vez son factores de riesgo biológicos para el daño vascular coronario, renal o periférico y la mortalidad global por enfermedad cardiovascular se incrementa en pacientes con dichos padecimientos en relación con la población general. Se ha demostrado que las modificaciones agresivas en el estilo de vida aunadas a una intervención médica apropiada pueden reducir la ocurrencia de enfermedad cardiovascular y propiciar una mejor calidad de vida en estas personas. Por ser condiciones que impactan en la prestación de los servicios de salud, dadas las complicaciones y secuelas derivadas de ellas, su adecuado abordaje es uno de los pilares fundamentales hacia los cuales se dirigen los esfuerzos institucionales.

La hipertensión arterial constituye el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedad cerebro vascular, isquemia cardiaca, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca. Los hipertensos tienen un riesgo de presentar enfermedad coronaria de dos a cuatro veces más que los que no tienen esta patología, y se ha comprobado que con incrementos de 7,5 mmHg en la presión diastólica, el riesgo de enfermedad cerebro vascular se incrementa de diez a veinte veces en estos pacientes. No obstante, la hipertensión arterial constituye un factor de riesgo reversible y se ha demostrado que es posible disminuir la incidencia mediante la prevención primaria. Es así como la meta del tratamiento en hipertensión arterial es el logro de cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mmHg en pacientes no diabéticos y menores a 130/80 mmHg en diabéticos; valores que se asocian con disminuciones en las complicaciones cardiovasculares. De esta forma, una disminución de 12 mmHg en la presión sistólica reduce el riesgo de

¹ Ministerio de Salud. Las Enfermedades Cardiovasculares en Costa Rica <http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/las%20ECV%20en%20COR.doc>. Consultado el 23 de marzo de 2007



presentar insuficiencia cardiaca en más del 50%, un evento cerebro vascular en 35 - 40%, y un infarto al miocardio en 20 - 25%².

Por otra parte, la diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas de más alta prevalencia, se ha estimado que a nivel mundial más de 180 millones de personas viven hoy en día con diabetes.³ Para conocer el control glicémico del paciente diabético, se ha demostrado que la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es la mejor prueba disponible ya que proporciona un panorama promedio de la glicemia para los últimos 2 o 3 meses. Esta prueba permite intensificar oportunamente el control de la diabetes mellitus, así como estratificar a los pacientes en categorías de riesgo para desarrollar complicaciones cardiovasculares, identificando los casos que requieran atención especial.⁴

Creciente evidencia sugiere que todos los componentes de la tríada de lípidos (nivel de triglicéridos alto, de LDL alto y de HDL bajo) pueden contribuir al desarrollo de aterosclerosis. Un adecuado control del colesterol o lípidos en la sangre puede reducir las complicaciones cardiovasculares entre 20% y 50%. La forma más efectiva de proteger corazón y vasos sanguíneos es alcanzando niveles de LDL menores de 100 mg/dL⁵.

Una de las enfermedades del aparato circulatorio que vale la pena mencionar es el infarto agudo al miocardio ya que los pacientes hipertensos y diabéticos tienen un riesgo mayor de sufrirlo. Para el año 2005 se presentó una mortalidad de 32.1 por cada 100 000 habitantes la cual ha disminuido gracias a las intervenciones oportunas y tempranas. El primer enfrentamiento a esta patología debe estar enfocado al diagnóstico oportuno, la estratificación del riesgo del paciente y la reperfusión precoz, lo cual permitirá la disminución de la mortalidad de los pacientes por evento isquémico y mejorará los resultados al alta. Los esfuerzos de la terapia del infarto agudo al miocardio se han abocado a tener drogas trombolíticas con menos efectos adversos y de uso más simple y angioplastias más eficientes, con menos tasas de reoclusión.

2 Tortós G., Jaime. Artículo de revisión: Hipertensión arterial, en Actualización Médica Periódica número 58, marzo 2006, www.amprmd.com.

3 Organización Mundial de la Salud, Diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>. Consultado el 26 de marzo de 2007

4 Calidad del control glicémico según la hemoglobina glicosilada vrs glicemia en ayunas: Análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses". Acta Médica Costarricense, (46): 140, jul-set. 2004.

5 Asociación Americana de Diabetes, Datos sobre diabetes www.diabetes.org/uedocuments/complicaciones.pdf. Consultado 28 de marzo de 2007

Por su parte la angioplastia coronaria, ha cobrado un rol preponderante en términos de resultados, independientemente del grupo etario del paciente; a pesar de que su aplicación está limitada por los requerimientos técnicos y operativos que implica. Por lo tanto la terapia a futuro, aún está determinada por el uso de trombolisis y angioplastia, en donde prima la terapia de reperfusión precoz con cualquiera de las dos alternativas terapéuticas.

Es así como, a fin de contribuir con la reducción de este tipo de enfermedades en el Compromiso de Gestión se incorporan algunos indicadores que pretenden mejorar la calidad de la atención a estos grupos de pacientes y cuyos resultados se muestran a continuación:

3.2.1 Áreas de Salud

3.2.1.1. Hipertensión Arterial: atención con cumplimiento de criterios en el primer nivel de atención

Según los resultados de la evaluación a nivel institucional para el año 2006, se logró una cobertura total de 85,86%, obteniéndose las coberturas más altas para esta población en las regiones Brunca (97,7%) y Chorotega (96,85%).

Es importante mencionar que del total de las Áreas de Salud, 51 superan el 100% de la cobertura en pacientes hipertensos, desglosados de la siguiente manera: 11 pertenecen a la Región Central Norte, 11 a la Región Chorotega, 9 a la Central sur, 7 a las Áreas Metropolitanas, 6 pertenecen a la Pacífico Central, 3 a la Región Brunca, 2 a las Áreas de Compra Externa, 1 a la Región Huetar Atlántica y 1 a la Huetar Norte.

En las regiones, se pactaron coberturas de atención integral con cumplimiento de criterios establecidas en las normas de atención para la población hipertensa entre 62 y 79 %. En el cuadro 2 se observa que, a nivel institucional, la cobertura con cumplimiento de criterios fue de 64,71%, teniendo cifras más altas para las regiones Brunca (92,12%), Central Sur (77,35%), Pacífico Central (69,62%) y Central Norte (65,90), (cuadro 2).



CUADRO 2
CCSS: COBERTURA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS
HIPERTENSAS SEGÚN REGION, 2006
(Porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA	
	TOTAL	CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
BRUNCA	97,70	92,12
CENTRAL NORTE	86,12	65,90
CENTRAL SUR	90,11	77,35
CHOROTEGA	96,85	63,98
HUETAR ATLANTICA	83,66	52,87
HUETAR NORTE	82,60	63,46
PACIFICO CENTRAL	91,12	69,62
COMPRA EXTERNA/1	75,92	60,94
METROPOLITANA/1	82,62	55,04
INSTITUCIONAL	85,86	64,71

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

Al revisarse el cumplimiento de criterios de atención establecidos en la Norma se tiene que de acuerdo a la clasificación de riesgo para hipertensión arterial⁶, un 50,9% de los pacientes atendidos en el primer nivel de atención debido a esta patología, se encuentran clasificados en la categoría de riesgo B, un 33,4% se encuentran clasificados en riesgo C y un 10,8% en riesgo A. Asimismo, un 4,9% de los pacientes se encontraban sin clasificación de riesgo o fueron clasificados erróneamente.

En cuanto a la valoración de criterios anuales totales como electrocardiograma, realización de fondo de ojo y la indicación e interpretación de pruebas de laboratorio (examen general de orina, creatinina plasmática, glicemia en ayunas y perfil lipídico). Se observan logros superiores al 90% en los exámenes de laboratorio (91,9 a 92,9%), y en la realización de fondo de ojo (90,4%), y un porcentaje menor en la realización de EKG (84,7%).

⁶ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Guía para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Mayo, 2002

3.2.1.2. Hipertensión Arterial: atención con cumplimiento de criterios en el segundo nivel de atención

En las Áreas de salud que tiene un segundo nivel también se pacta atención integral con cumplimiento de los criterios de la Norma de Atención Integral.

El porcentaje de atención con cumplimiento de criterios en el segundo nivel de atención, se obtiene dividiendo el total de personas atendidas con cumplimiento de criterios entre el total de personas atendidas en el año.

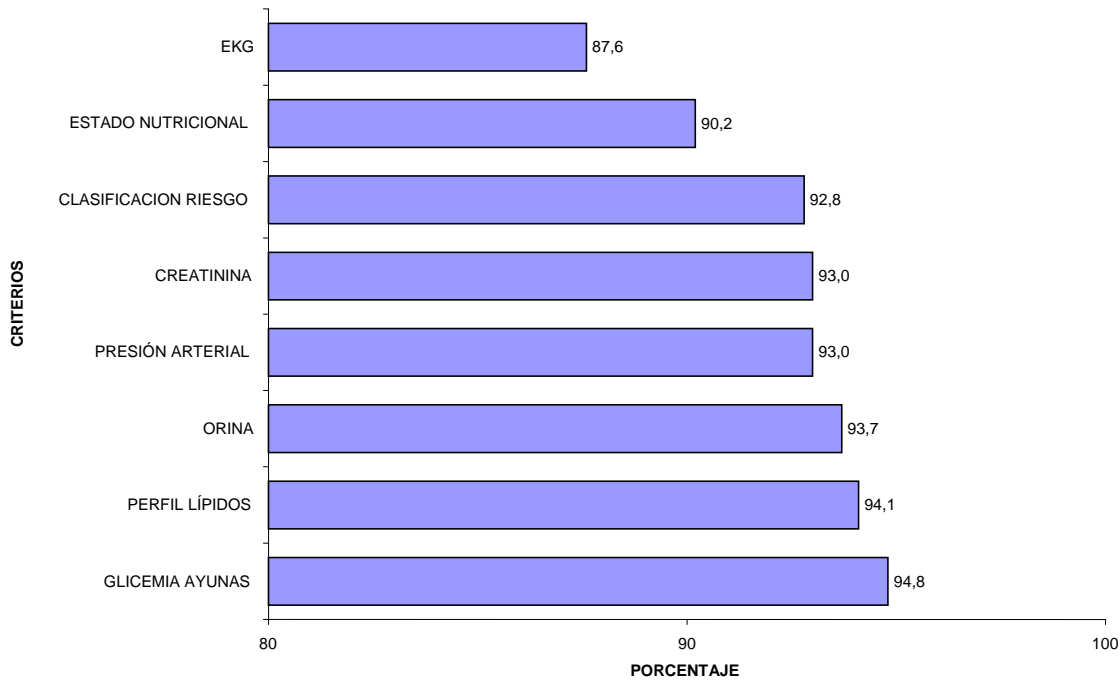
Según los resultados de la evaluación del Compromiso de Gestión a nivel institucional, durante el año 2006, se dieron un total de 10.709 consultas de primera vez por hipertensión arterial en el segundo nivel de atención. Un 72% de los expedientes revisados en las áreas de salud metropolitanas y 92,45% de los expedientes revisados en las unidades de compra externa cumplieron con la totalidad de los criterios establecidos en la ficha técnica.

Un 63,9% de las personas atendidas por hipertensión en este nivel de acuerdo a la estratificación de riesgo⁷ se encuentran clasificadas en el grupo de riesgo C, un 25,9% se clasifican en el grupo de riesgo B y un 3% corresponden al grupo de riesgo A.

La toma de presión arterial, la valoración e interpretación del estado nutricional y la estratificación del riesgo son actividades que deben ser realizadas en cada consulta, y el cumplimiento de éstos criterios se dio en el 93%, 90,2% y 92,8% de los casos respectivamente. En cuanto a los criterios de cumplimiento anual se observan resultados similares en la indicación e interpretación de examen general de orina, perfil de lípidos, glicemia y creatinina plasmática (93 a 94,8%), alcanzándose un menor porcentaje en el caso de la valoración del electrocardiograma (87,6%).

⁷ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Guía para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Mayo, 2002

GRÁFICO 1
CCSS: RESULTADOS HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SEGUNDO NIVEL
DE ATENCIÓN SEGÚN CRITERIOS DE EVALUACIÓN



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud.. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

3.2.1.3. Enfermedad cardiaca coronaria: tamizaje de dislipidemia

Esta cobertura se refiere a la relación de hombres y mujeres con edades entre 30-75 años a quienes se les realizó perfil de lípidos y categorización de riesgo cardiovascular de acuerdo a las Guías para la Detección, el Diagnóstico y el Tratamiento de las Dislipidemias en el primer nivel de atención ⁸ y del total hombres y mujeres con edades de 30 a 75 años del área de salud excluyendo el 15% (que corresponden a población diabética e hipertensa).

⁸ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva: Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención. San José, Costa Rica 2004.

Este indicador se desarrolla por primera vez en el año 2006 en todas las áreas de salud del país, lográndose una cobertura institucional para este año de 12,81%. Se observa una mayor cobertura en las áreas de compra externa (19,04%) y cobertura menor en la Región Central Norte (4,47%), (cuadro 3)

CUADRO 3
CCSS: COBERTURA DE TAMIZAJE DE
DISLIPIDEMIA SEGÚN REGION, 2006
(Porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA TOTAL
BRUNCA	12,49
CENTRAL NORTE	4,47
CENTRAL SUR	17,28
CHOROTEGA	13,29
HUETAR ATLANTICA	11,20
HUETAR NORTE	15,02
PACIFICO CENTRAL	12,78
COMPRA EXTERNA/1	19,04
METROPOLITANA/1	13,00
INSTITUCIONAL	12,81

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado
FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

Tomando en cuenta la categorización de riesgo cardiovascular mencionado, en el 69,6% de los expedientes evaluados se realizó la clasificación de acuerdo a la Guía; un 10,9% no se encontraban clasificados y un 19,5% no tenían clasificación a pesar de haber sido incluidos en la cobertura.

Se obtiene así que de la totalidad de los expedientes revisados, más de la mitad (64,8%) de los que registraban los resultados del perfil de lípidos y la categorización de riesgo cardiovascular tienen un riesgo bajo, un 14% tienen riesgo moderado y un 3,7% un riesgo alto. Se debe mencionar que en un 16,7% de los casos revisados la información que se encontraba en el expediente no era suficiente como para la clasificación de riesgo por parte del evaluador.



3.2.1.4. Adulto Mayor: atención individual con cumplimiento de criterios

Las enfermedades cardiovasculares son la causa más importante de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores⁹, además este grupo poblacional presenta necesidades específicas en el ámbito psicológico y social. Es por esto que se promueve la atención eficiente y oportuna desde el primer nivel de atención para ésta población con el fin de procurar una mejora en su calidad de vida.

La cobertura con cumplimiento de criterios consiste en el ajuste de la cobertura total por el índice cumplimiento de criterios.

Para el año 2006, se alcanzó a nivel institucional una cobertura total de la población adulta mayor de 61,52%, presentando las regiones Brunca y Pacífico Central resultados más altos con un 76,66% y un 72,65% respectivamente. Vale la pena recalcar que del total de adultos mayores atendidos en las diferentes Áreas de Salud que son 224 943 solamente 158 236 fueron atendidos en el programa de atención integral del Adulto Mayor, lo que refleja que alrededor de un 30 % de los adultos mayores que consultaron, no fueron incluidos en el programa, lo cual muestra una oportunidad perdida en este grupo etario.

Respecto a la cobertura con cumplimiento de criterios, a nivel institucional, ésta es de 52,25%, presentándose una diferencia de 9,27 puntos porcentuales en relación a la cobertura total, siendo así uno de los programas que menor brecha presentan entre ambas coberturas. Las regiones Brunca (68,79%) y Pacífico Central (67,71%) también en este rubro alcanzan coberturas más elevadas, cuadro 4)

⁹R.W. Wissler, PhD, MD; L. Robert, MD, PhD, *Circulation*. 1996;93:1608-1612. Aging and Cardiovascular Disease <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/93/9/1608>

CUADRO 4
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN REGION. 2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA	
	TOTAL	CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
BRUNCA	76,66	68,79
CENTRAL NORTE	54,57	44,58
CENTRAL SUR	65,91	61,92
CHOROTEGA	67,29	56,60
HUETAR ATLANTICA	57,55	41,07
HUETAR NORTE	55,36	47,64
PACIFICO CENTRAL	72,65	67,71
COMPRA EXTERNA/1	53,93	49,01
METROPOLITANA/1	64,91	46,13
INSTITUCIONAL	61,52	52,25

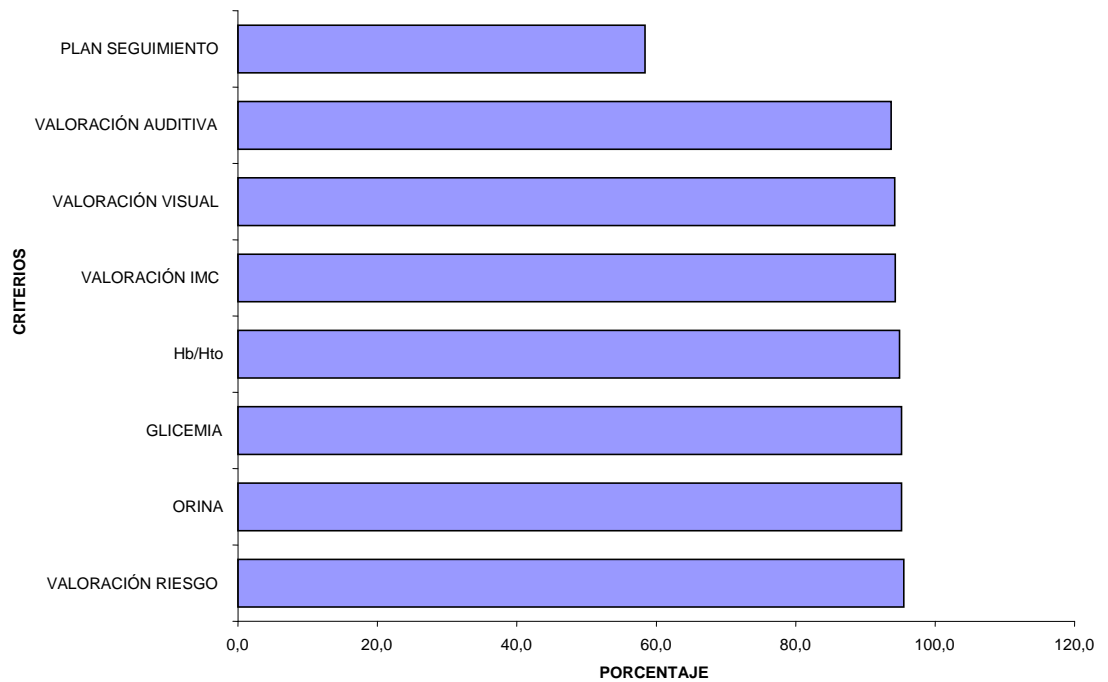
/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

En este programa se evaluó el cumplimiento anual de la valoración e interpretación del estado nutricional, la atención integral con historia clínica y examen físico completo que incluyan la valoración de la agudeza auditiva y visual, la valoración e interpretación del riesgo bio-psico-social, el plan de seguimiento de acuerdo a los factores de riesgo identificados y la indicación e interpretación de pruebas de laboratorio (hemoglobina y hematocrito, examen general de orina y glicemia en ayunas).

Como se observa en el gráfico, para el 2006 el logro en la mayoría de los criterios es muy similar y superior al 93%, con excepción del plan de seguimiento, el que solo se dio en un 58,4% de los casos, (gráfico 2).

Gráfico2
CCSS: RESULTADOS ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN
CRITERIOS DE EVALUACIÓN



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

3.2.1.5. Diabetes Mellitus: niveles de hemoglobina glicosilada dentro de rangos normales en pacientes atendidos en el primer nivel de atención

La cobertura total en este programa a nivel institucional, fue de 71,83%, lográndose mayores coberturas en la región Chorotega (89,49%), Pacífico Central (87,11%) y Brunca (85,79%), (cuadro 5).

CUADRO 5
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS
DIABÉTICAS SEGÚN REGION.2006
(porcentajes)

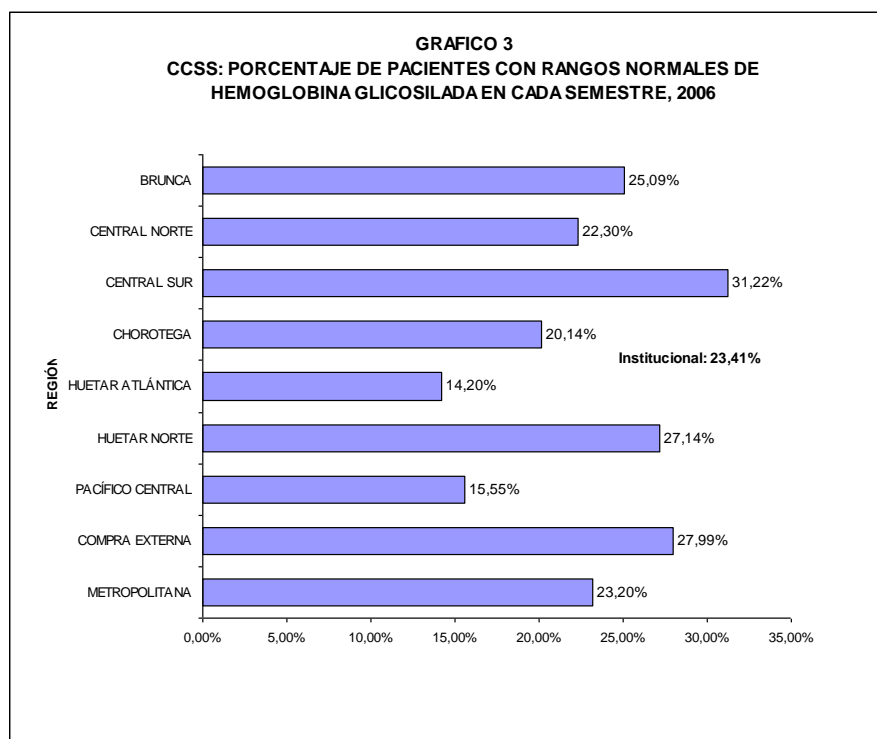
REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA TOTAL
BRUNCA	85,79
CENTRAL NORTE	71,53
CENTRAL SUR	70,78
CHOROTEGA	89,49
HUETAR ATLANTICA	71,54
HUETAR NORTE	61,69
PACIFICO CENTRAL	87,11
COMPRA EXTERNA/1	58,37
METROPOLITANA/1	72,08
INSTITUCIONAL	71,83

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud.. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

A nivel institucional, un 23,41% de las personas diabéticas que fueron atendidas en el primer nivel de atención, obtuvieron un resultado en cada semestre del año 2006, de hemoglobina glicosilada dentro de los rangos normales (de acuerdo al método de laboratorio utilizado). Esto ha representado un importante logro para las áreas de salud del país, sin embargo, todavía constituye un reto si se tiene en consideración la meta de que un 50% de éstos pacientes alcancen un adecuado control glicémico.¹⁰

¹⁰ Plan de atención a la salud de las personas 2001-2006, Caja Costarricense de Seguro Social



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.2.1.6. Diabetes Mellitus: atención con cumplimiento de criterios en el segundo nivel de atención

A nivel institucional, durante 2006, en el segundo nivel de atención se dieron un total de 6223 consultas de primera vez por diabetes mellitus. El cumplimiento de criterios fue de 80,39% para las unidades de compra externa y de 70,53% para las metropolitanas.

Los criterios que se evaluaron fueron, valoración e interpretación del estado nutricional por consulta, indicación e interpretación de hemoglobina glicosilada, revisión de pies en cada semestre, realización de fondo de ojo, indicación e interpretación de pruebas de laboratorio (creatinina plasmática, examen general de orina y perfil lipídico) anualmente.

En cuanto al logro, los criterios con mayores porcentajes son la indicación de laboratorios (orina, perfil lipídico y creatinina plasmática) en los cuales se superó el 92%, seguidos por la interpretación del estado nutricional y la realización de fondo de ojo con un 86,7% y 85,7% respectivamente. En cuanto a la indicación de hemoglobina glicosilada por semestre se logró un 71,1%. La revisión de pies se cumplió en un 73,8% de los casos en

el primer semestre, sin embargo para el segundo semestre este porcentaje disminuye a un 40,9%.

3.2.2. Hospitales

3.2.2.1. Hipertensión arterial: calidad de la atención a los pacientes hipertensos de la consulta externa especializada

Este indicador evalúa la atención brindada a los pacientes hipertensos en la consulta externa de Medicina Interna y/o Cardiología, mediante la verificación del cumplimiento de los siguientes criterios:

1. El nivel meta de LDL colesterol (último valor del año), de acuerdo a la condición de riesgo
2. El valor meta de presión arterial en al menos la mitad de las consultas del año.

La verificación de la información se realiza en una muestra de expedientes seleccionada del registro de pacientes atendidos y la meta es que se cumplan los criterios de atención en al menos el 40%.

La evaluación se hizo con una muestra de 990 personas hipertensas, los resultados muestran que a nivel global, el 40.75 % cuenta con niveles meta de colesterol LDL de acuerdo al riesgo cardiovascular y el 60.34 % de ellos, muestran cifras de tensión arterial adecuadas. Los resultados según nivel funcional se muestran en el Cuadro 6.

Los hospitales que tuvieron mayor porcentaje de pacientes con cumplimiento de las metas para ambos criterios, son los periféricos 1 y 2.

CUADRO 6
CCSS: PACIENTES HIPERTENSOS CON NIVELES META DE LDL
Y PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN NIVEL FUNCIONAL, 2006.
(porcentajes)

NIVEL FUNCIONAL	PACIENTES CON NIVEL META	
	LDL colesterol acorde al riesgo cardiovascular	Cifras de presión arterial adecuadas
Nacional	38,69	48,55
Regional ¹	30,38	53,46
Periférico 3	34,81	64,44
Periférico 1 y 2	55,21	67,38
Global	40,75	60,34

¹No aplicó al Hospital San Rafael de Alajuela

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

En la clasificación por región el mayor porcentaje de pacientes que presenta niveles óptimos de LDL son los atendidos a nivel de la región Brunca (53.24 %) y los porcentajes menores logrados fueron en la región Central Sur para ambos criterios. (Cuadro 7)

CUADRO 7
PACIENTES HIPERTENSOS CON NIVELES META DE LDL
Y PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN REGIÓN, 2006.
(porcentajes)

REGIÓN	PACIENTES CON NIVEL META	
	LDL colesterol acorde al riesgo cardiovascular	Cifras de presión arterial adecuadas
Brunca	53,24	68,52
Central Norte¹	36,36	69,70
Central Sur	24,75	30,69
Chorotega	46,02	71,68
Huetar Atlántica	30,77	60,44
Huetar Norte	44,71	70,59
Pacífico Central	38,33	55,83
Global	41,09	62,24

¹No aplicó al Hospital San Rafael de Alajuela

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.2.2.2. *Infarto agudo del miocardio: aplicación temprana de la terapia trombolítica*

El indicador evalúa la oportunidad de la atención a los pacientes con infarto agudo de miocardio e indicación de terapia trombolítica, mediante la medición de la proporción a la cual se le aplica este tratamiento durante los primeros sesenta minutos a partir del registro de su llegada. La meta es que al 100% de ellos se le aplique dicho criterio de oportunidad.

Se encontró de forma global que, de la muestra de 250 personas con infarto agudo de miocardio, al 85.53% de ellos se atiende con oportunidad y que en los hospitales del nivel periférico 1 y 2, se logra brindar atención oportuna al 100% de los pacientes de la muestra evaluada, (cuadro 8).

CUADRO 8
ATENCIÓN OPORTUNA A PACIENTES CON INFARTO AGUDO
AL MIOCARDIO SEGÚN NIVEL FUNCIONAL, 2006.
(porcentajes)

NIVEL FUNCIONAL	PACIENTES CON ATENCION OPORTUNA
Nacional	86,36
Regional	89,32
Periférico 3 ¹	76,79
Periférico 1 y 2 ²	100,00
Global	85,53

¹No aplica para los hospitales Ciudad Neilly y Carlos Luis Valverde Vega

²Incluye únicamente el Hospital Max Terán

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.2.2.3. *Diabetes Mellitus: prevención de enfermedad cardiovascular*

El indicador mide la proporción de pacientes diabéticos atendidos en la consulta externa de Medicina Interna y/o Endocrinología, con cumplimiento de criterios, agrupados en tres componentes:



1. Calidad del examen físico, en que se valoran tres criterios: valoración semestral del Índice de Masa Corporal (IMC), toma de presión arterial en cada consulta, revisión de pies de acuerdo a clasificación.
2. Calidad del monitoreo de laboratorio y gabinete, que incluye el envío y reporte de exámenes: hemoglobina glicosilada semestral, proteinuria, perfil lipídico y electrocardiograma o ecocardiograma anual.
3. Los valores meta en los últimos exámenes del año: hemoglobina glicosilada, triglicéridos, LDL colesterol y presión arterial.

Para el primer y segundo componente el logro se refiere a la aplicación de todos los criterios en la atención brindada y en el tercer componente, de acuerdo al cumplimiento de los niveles meta en parámetros que indican adecuado control, al menos el 40% de los pacientes deben tener niveles meta de hemoglobina glicosilada y triglicéridos y el 30% de ellos, niveles meta de LDL colesterol y presión arterial.

Por nivel funcional hospitalario los resultados evidencian que, globalmente en alrededor de un 56% de los pacientes, se aplican los criterios de calidad en la evaluación del examen físico, los hospitales periféricos 1 y 2 obtienen mayores porcentajes de logro en este rubro (74% de pacientes) y los más bajos se presentaron en el nivel de hospitales nacionales (30%), (cuadro 9)

En relación al monitoreo de laboratorio y gabinete se logró un 52% de cumplimiento global, obteniendo en los hospitales periféricos 1 y 2 el más alto porcentaje y en los regionales el más bajo.

En cuanto a la calidad del control en los pacientes, valorado mediante los niveles meta de hemoglobina glicosilada, triglicéridos, LDL y cifras de tensión arterial, recomendados internacionalmente como índices de adecuado control, globalmente el mayor porcentaje de logro se da en lo que respecta al valor de triglicéridos con un 50.39 % y en orden descendente se ubican los pacientes con valores óptimos de hemoglobina glicosilada (37.99%), control de LDL (36.42%) y cifras tensionales (29.56 %).

En este componente los porcentajes mayores los obtuvieron los hospitales nacionales y periféricos 1 y 2 y los más bajos los periféricos 3.

CUADRO 9
CCSS: PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS CON CALIDAD¹
SEGÚN NIVEL FUNCIONAL DE ATENCIÓN, 2006
(Porcentajes)

NIVEL FUNCIONAL	PACIENTES ATENDIDOS CON CALIDAD					
	Exámen físico	Monitoreo de laboratorio y gabinete	Control con nivel meta			Cifras de presión arterial
			Hemoglobina glicosilada	Triglicéridos	LDL	
Nacional	30,00	50,83	42,50	65,83	40,00	41,67
Regional ¹	38,21	26,89	35,85	42,92	33,49	22,64
Periférico 3	62,40	53,28	29,60	44,40	33,20	21,20
Periférico 1 y2	74,30	70,73	45,07	54,72	39,93	36,97
Global	55,89	52,26	37,99	50,39	36,42	29,56

¹No aplicó al Hospital San Rafael de Alajuela

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

En relación al análisis por regiones, se observa que la región Huetar Norte fue la que obtuvo mayores porcentajes de pacientes atendidos con criterios de calidad del examen físico y el monitoreo de laboratorio y gabinete las regiones Pacífico Central y Central Sur los porcentajes menores, (cuadro 10)

En la calidad del control los mayores cumplimientos los obtuvieron la región Chorotega en lo que respecta al nivel óptimo de hemoglobina glicosilada (46.85 %) y la región Brunca en lo concerniente al nivel meta de triglicéridos (55.38%), LDL. (43.01%) y control de tensión arterial (36.02%).

CUADRO 10
CCSS: PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS CON CALIDAD¹
SEGÚN REGIÓN, 2006
(Porcentajes)

REGIÓN	PACIENTES ATENDIDOS CON CALIDAD					
	Exámen físico	Monitoreo de laboratorio y gabinete	Control con nivel meta			Cifras de presión arterial
			Hemoglobina glicosilada	Triglicéridos	LDL	
Brunca	76,34	67,74	54,30	55,38	43,01	36,02
Central Norte	54,24	51,79	26,27	46,10	32,54	23,73
Central Sur	32,14	10,71	25,00	41,67	26,19	11,90
Chorotega	74,77	67,57	46,85	41,44	39,64	33,33
Huetar Atlántica	59,26	27,16	32,10	50,62	30,86	19,75
Huetar Norte	94,92	79,03	38,98	50,85	40,68	30,51
Pacífico Central	26,17	47,66	22,43	44,86	31,78	28,04
Global	60,05	52,49	37,27	47,91	35,84	27,61

¹No aplicó al Hospital San Rafael de Alajuela

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.3 Tumores Malignos

El cáncer es uno de los problemas de salud pública más importantes constituyendo la segunda causa de muerte en nuestro país. Según el Registro Nacional de Tumores, se diagnostican más de 7500 casos nuevos cada año de cáncer en general.

El aumento en el número de casos de cáncer ha traído como consecuencia una mayor demanda de los servicios de salud, por parte de las personas con esta patología y sus familias, trayendo consigo los altos costos que implica su abordaje integral.

Como parte de esta patología, el cáncer de cérvix ocupa el tercer lugar en incidencia y mortalidad en la población femenina durante la década de los noventa y principios del 2000. Los esfuerzos realizados en los últimos años con acciones institucionales e intersectoriales dirigidas a la atención oportuna y detección temprana del cáncer de cérvix han tenido repercusiones positivas, ya que tanto la incidencia como la mortalidad por este tumor tienden a disminuir. La incidencia disminuyó de 22.8% en 1990 a 17.17%

en el 2001 y en relación a la mortalidad, disminuyó de 9.95% en el año 1990 a 5.89% en el año 2005, teniendo una disminución más marcada a partir del año 2002. Además, a partir de los años noventa se ha presentado un aumento en la incidencia de cáncer in situ y una disminución en el cáncer invasor.¹¹

En lo que se refiere a la detección precoz del cáncer de cérvix, el Papanicolaou es una prueba citológica concebida para detectar células cervicales anormales. Según las “Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero para I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología”¹² publicadas en La Gaceta del 7 julio 2006, las pacientes con citologías alteradas deben ser referidas a colposcopia y la programación de esta dependerá del tipo de lesión:

- Lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS (células escamosas de significado indeterminado), AGUS (células glandulares de significado indeterminado), LIEBG (lesión intraepitelial de bajo grado), debe efectuársele la primera colposcopia antes de 90 días
- LIEAG (lesión intraepitelial de alto grado) o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix debe efectuársele la primera colposcopia antes de 30 días
- Lesiones invasoras debe efectuarse la primera colposcopia antes de 8 días.

Este problema de salud también se incorporó en el Compromiso de Gestión con el propósito de mejorar la detección temprana y la oportunidad en la atención a las pacientes con patología cervical en los diferentes niveles de atención:

¹¹ Ministerio de Salud, Indicadores básicos de salud 2005, <http://www.ministeriodesalud.go.cr/estaindibas.htm>. Consultado 21 de marzo de 2007

¹² Decreto N° 33119-S. Normas y Procedimientos de Atención Integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero y mama, I y II nivel de atención, 2006. http://historico.gaceta.go.cr/2006/07/ALCA43_07_07_2006.pdf. Consultado 22 de marzo 2007



3.3.1 Áreas de Salud

3.3.1.1. *Detección oportuna de cáncer de cérvix: cobertura de toma de citología vaginal*

En las Áreas de Salud se pactó un indicador de cobertura de citología a mujeres menores y mayores de 35 años y un indicador de atención oportuna a las citologías alteradas.

A nivel institucional se observa una cobertura superior en el grupo de mujeres mayores de 35 años (24,15%) en relación al grupo de las menores de 35 años (17,4%). Este comportamiento también se observa en todas las regiones del país.

La región Brunca presenta mayores coberturas en ambos grupos seguida por las regiones Chorotega y Pacífico Central en el grupo de las menores de 35 años y las regiones Pacífico Central, Huetar Norte y Chorotega en el grupo de las mayores de 35 años, (cuadro 11).

CUADRO 11
CCSS: COBERTURA DE CITOLOGIA VAGINAL POR GRUPO DE EDAD
SEGÚN REGION.2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA TOTAL DE MUEJRES	
	MENORES DE 35 AÑOS	MAYORES DE 35 AÑOS
BRUNCA	25,72	32,03
CENTRAL NORTE	12,57	19,56
CENTRAL SUR	17,21	26,38
CHOROTEGA	23,33	27,32
HUETAR ATLANTICA	19,20	21,95
HUETAR NORTE	21,39	27,42
PACIFICO CENTRAL	23,12	30,42
COMPRA EXTERNA/1	16,05	21,09
METROPOLITANA/1	15,67	25,18
INSTITUCIONAL	17,40	24,15

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado
FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

3.3.1.2. Oportunidad de la atención de la patología cervical en el primer y segundo nivel de atención

En el primer nivel de atención, se evalúa el tiempo que transcurre desde la recepción de la citología alterada por parte del área de salud hasta que la paciente es referida para la realización de la colposcopia en el segundo nivel. A nivel institucional el cumplimiento de este período de tiempo (menos de 15 días) según lo establece la Norma de Atención se dio en el 98.2% de los casos, presentando porcentajes mayores las regiones Central Sur (99,39%), Huetar Norte (99,24%), Brunca (99,17%) y Chorotega (99,17%); seguidas por las Áreas de Compra externa (98,70%), la región Pacífico Central (98,27%), la región Central Norte (97,33%), la región Huetar Atlántica (96,84%) y las metropolitanas (96,53%).

Para el segundo nivel de atención, se evalúa el tiempo que transcurre desde la recepción de la referencia hasta el momento en que se realiza la colposcopia. Estos tiempos se basan en lo establecido según el decreto citado previamente, y para el año 2006, en el 95.43% de los casos se cumplió con los mismos.

3.3.2 Hospitales

3.3.2.1. Atención de la Patología Cervical

Este indicador mide la oportunidad en la atención a las pacientes con patología cervical considerando el tiempo transcurrido desde la recepción de la referencia en el hospital hasta la ejecución de la colposcopia y en caso de no contar con la fecha de recepción, a partir de la fecha de emisión de la referencia a la paciente desde el I y II nivel.

La meta es que el 100% de las pacientes obtengan una atención oportuna.

De las 830 pacientes con citología alterada, el 90.36% fueron referidas del I y II nivel y el 9.28% fueron detectadas en el hospital.

Según el tipo de lesión el 81.32% de las lesiones corresponde a LIEBG, el 16.98% a LIEAG, un 1.08% a Cáncer in situ y un 0.5% a Cáncer invasor.



Según distribución por nivel funcional de los hospitales, se brindó atención oportuna en el 86.10 % de los casos, correspondiendo a 715 pacientes, y a nivel de los hospitales periféricos 3, se reporta un mayor porcentaje (92.56%) de pacientes atendidas con dicho criterio. (Cuadro 12)

CUADRO 12
CCSS: PACIENTES CON PATOLOGIA CERVICAL
ATENDIDAS CON OPORTUNIDAD SEGÚN
NIVEL FUNCIONAL, 2006.

NIVEL FUNCIONAL	PACIENTES CON ATENCIÓN OPORTUNA
Nacional	88,46
Regional	81,97
Periférico 3	92,56
Periférico 1 y 2 ¹	83,39
Global	86,10

¹No aplicó al Hospital San Vito

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

A nivel de regiones, la mayoría logró obtener porcentajes de atención oportuna mayores a 95 % y la que reporta un menor porcentaje fue la región Brunca con un 64.44 % (cuadro 13).

CUADRO 13
CCSS: PACIENTES CON PATOLOGIA CERVICAL
ATENDIDAS CON OPORTUNIDAD
SEGÚN REGIÓN, 2006.

REGIÓN	PACIENTES CON ATENCIÓN OPORTUNA
Brunca ¹	64,44
Central Norte	95,16
Central Sur	72,13
Chorotega	95,74
Huetar Atlántica	97,26
Huetar Norte	98,21
Pacífico Central	89,33
Global	85,67

¹No aplicó al Hospital San Vito

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.4 Enfermedades Emergentes y Reemergentes

Las enfermedades infecciosas emergentes son aquellas recién descubiertas y las cuales causan serios problemas de salud local o internacionalmente. En los últimos 20 años se han descubierto más de 30 nuevos gérmenes productores de nuevas enfermedades o síndromes.

Las enfermedades reemergentes son aquellas supuestamente controladas, en franco descenso o prácticamente desaparecidas, que vuelven a constituir una amenaza sanitaria y que frecuentemente reaparecen en proporciones epidémicas. La tuberculosis ha sido un ejemplo de enfermedad reemergente, así como el cólera en el continente americano, el dengue que se ha expandido en la mayoría de los países de América Latina y las enfermedades prevenibles por vacunas como la difteria y la poliomielitis que afectan nuevamente a naciones que llevaban años sin ellas por descenso en las coberturas de inmunización, deficiencias técnicas, graves problemas económicos u otros del orden social.¹³

¹³ http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_2_01/res01201.htm



El Compromiso de Gestión, con el objetivo de contribuir a disminuir los eventos de morbimortalidad generados por las enfermedades emergentes y reemergentes, ha incluido un indicador el cual es evaluado por el Programa de Análisis y Vigilancia Epidemiológica (PAVE) quien emite una certificación sobre el cumplimiento de los criterios de atención.

3.5 Vigilancia Epidemiológica a nivel local

Los criterios definidos para este indicador son:

1. Porcentaje de semanas epidemiológicas con boleta de notificación negativa oportuna de Sarampión, Rubéola, Parálisis Flácida, Tétanos Neonatal y Tétanos.
2. Porcentaje de casos investigados oportunamente en las primeras 48 horas según decreto y grupo.
Cuando el caso es diagnosticado en otros centros públicos o privados, el tiempo inicia en el momento en que se recibe la notificación.
3. Porcentaje de casos notificados con muestra adecuada y oportuna de laboratorio adecuadas según grupo.
4. Tuberculosis
 - a. Cálculo del número de Sintomáticos respiratorios (SR) esperados, porcentaje de SR detectados pasiva y activamente (ésta última actividad mínimo dos veces al año), porcentaje de SR examinados y porcentaje de positividad.
 - b. Análisis de cohorte de los casos confirmados de TB pulmonar y extrapulmonar.

Para el año 2006, el cumplimiento de estas acciones de vigilancia epidemiológica en todo el país fue superior al 80%, obteniéndose un promedio institucional de 92%. Así, se observan cumplimientos mayores en la región Brunca (97.5%), la región Central Sur (97.1%), las áreas de compra externa (96.9%), la región Chorotega (96.6%) y la región Central Norte (94.6%) y los menores cumplimientos en las regiones Huetar Norte

(89.6%), Huetar Atlántica (86.8%), áreas metropolitanas (86.6%) y región Pacífico Central (80.6%).

3.6 Salud Materno-Infantil

El bienestar de las madres está directamente relacionado con la supervivencia infantil y con la mayor prosperidad de las comunidades en donde ambos habitan.

En relación a la salud materna, durante el embarazo, “existen estudios epidemiológicos y observacionales que tienden a mostrar que aquellas mujeres que reciben control prenatal tienen menor mortalidad materna y perinatal y mejores resultados en el embarazo.”¹⁴ Este control prenatal debe cumplir con cuatro requisitos básicos: iniciarse lo más temprano posible, ser periódico o continuo, brindar un abordaje integral y a nivel poblacional tener una alta cobertura.¹⁵ En un nuevo modelo de Control Prenatal sugerido por la OMS¹⁶, se recalca la importancia de evitar la inclusión tardía y la ausencia a las consultas, para lo cual se recomienda que el centro de salud organice un sistema formal para determinar la razón o razones de las visitas perdidas además del rastreo de la paciente para acordar otra cita cuando se considere apropiado.

Los beneficios del control prenatal y de un parto seguro pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal que incluya la consulta posparto. Por lo tanto, se debería hacer un esfuerzo especial para programar dicha visita. “La visita debería tener lugar dentro de la primer semana posterior al parto e incluir actividades dirigidas a la prevención de embarazos futuros no planeados, valorización de la lactancia, inmunización completa contra el tétanos para las que asisten al control prenatal en forma tardía y suplementación con folato en mujeres cuyos hijos tienen defectos del tubo neural; seguimiento de la suplementación con calcio para las mujeres anémicas, o pérdida de sangre importante durante el parto, prevención de infecciones y

¹⁴ (http://perinatal.bvsalud.org/E/usuarios/temas/embarazo/control_prenatal.htm)

¹⁵ Schwarcz, et al. Obstetricia. Argentina. Editorial El Ateneo, 1996, p.147

¹⁶ “Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal” (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_9.sp.html)



vigilancia postnatal, si corresponde¹⁷, criterios que en su mayoría como se verá en apartados siguientes, se solicitan sean cumplidos durante esta consulta en el ámbito del Compromiso de Gestión.

En relación a la salud infantil, uno de los objetivos de la atención de la salud del niño en etapas tempranas es reducir la mortalidad infantil y asegurar que los recién nacidos y lactantes tengan la oportunidad de un inicio saludable en la vida. Para alcanzar este objetivo se debe trabajar en las siguientes áreas:

- Identificar como promover prácticas del hogar y comunitarias que lleven a mejorar la sobrevivencia y salud neonatal y el crecimiento y desarrollo del lactante y el niño pequeño
- Identificar necesidades en el cuidado del neonato, lactante y del niño pequeño en el primer nivel de atención particularmente como parte de la estrategia del manejo integrado de las enfermedades de la infancia
- Desarrollo de herramientas para incrementar la promoción del cuidado neonatal y el crecimiento y desarrollo saludable de los niños dentro de las comunidades y los servicios de salud.¹⁸

La atención primaria es fundamental ya que mediante intervenciones como la educación a la familia en aspectos como lactancia materna, la apropiada introducción de alimentos complementarios (ablactación) y prácticas higiénicas, el control del peso y talla y la detección temprana de enfermedades contribuye a un desarrollo saludable del niño.

Para los niños en etapas posteriores del desarrollo, los programas para promoción de la salud desde el escenario escolar son la continuación esencial y complementaria de los programas de atención temprana, ya que permiten aprovechar las ventajas de una infancia temprana saludable a la vez de cumplir con su objetivo de obtener un aprendizaje formal. Este escenario permite acceder a una población que suele ser mayor a la que acude a los sistemas de salud, además de contar con una amplia fuerza de trabajo calificada como son los maestros que actúan en estrecho contacto con la comunidad.¹⁹

¹⁷ (http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_9.sp.html)

¹⁸ www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/HNI/neonatal.htm

¹⁹ www.schoolsandhealth.org

Durante la adolescencia, a pesar de que se considera que en esta etapa las personas son por lo general sanas, hoy en día muchos adolescentes mueren prematuramente. Cada año un estimado de 1.7 millones de hombres y mujeres jóvenes pierden sus vidas, principalmente a través de accidentes, suicidio, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y otras enfermedades que son ya sea prevenibles o tratables.²⁰

Por esta razón es importante fortalecer la promoción de la salud y el desarrollo de personas jóvenes en la segunda década de la vida con acciones que provean a los adolescentes el apoyo y las oportunidades para adquirir información adecuada acerca de sus necesidades de salud, así como fomentar las habilidades de vida necesarias para evitar un comportamiento de alto riesgo. Así, es necesario que este grupo etario tenga acceso a consejería especialmente durante situaciones de crisis y pueda vivir en un medio ambiente seguro y de apoyo.

Para todos estos grupos de población se incluyen indicadores en el Compromiso de Gestión que evalúan la calidad de la atención en los programas citados anteriormente con criterios específicos para cada grupo en el primer y segundo nivel de atención.

3.6.1 Niños y niñas menores de un año: atención con cumplimiento de criterios

Este indicador se refiere al total de niños menores de un año atendidos por primera vez en el año con cumplimiento de criterios.

A nivel institucional la cobertura total fue de 85,70% y con cumplimiento de criterios fue de un 66.66%.

Para la cobertura total se destacan las regiones: Brunca con 91,75%, Central Sur con 89,98% y Huetar Norte con 89,76%. En cuanto al cumplimiento de criterios la mayoría de las regiones supera el promedio institucional, (cuadro 14).

²⁰ www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm



CUADRO 14
CCSS: COBERTURA DE ATENCION INTEGRAL A NIÑOS MENORES DE UN
AÑO SEGÚN REGION.2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA	
	TOTAL	CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
BRUNCA	91,75	83,89
CENTRAL NORTE	80,37	61,33
CENTRAL SUR	89,98	75,31
CHOROTEGA	86,81	58,37
HUETAR ATLANTICA	87,84	69,53
HUETAR NORTE	89,76	75,24
PACIFICO CENTRAL	92,92	69,19
COMPRA EXTERNA/1	86,28	72,12
METROPOLITANA/1	75,99	54,15
INSTITUCIONAL	85,70	66,66

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

Con respecto a la concentración, un 70,76% de los casos cumplieron con las consultas que les correspondían (en este porcentaje se omiten las ausencias justificadas y las injustificadas). De estos pacientes al 91,5% se le realizó el criterio de EDIN en todas las consultas que les correspondían, y el criterio del estado nutricional se logró en un 96% de los casos (estos porcentajes excluyen los casos de No Aplica (NA)).

3.6.2 Niños y niñas de uno a menos de siete años: atención con cumplimiento de criterios

Esta cobertura total se calcula con el total de niños de uno a menos de siete años atendidos por primera vez entre el total de niños de uno a menos de siete años de la pirámide poblacional del Área de salud. Asimismo, a ésta cobertura se le realiza el ajuste por el índice de cumplimiento de criterios obteniéndose así, la cobertura con cumplimiento de criterios.

Para el año 2006, la cobertura total institucional corresponde a un 49,08% y la cobertura con cumplimiento de criterios es de 44,71%. La región Pacífico Central presentó una

cobertura total de 58,95% seguida de las Áreas Metropolitanas con 56,62%, las de Compra Externa con 54,42% y las de la región Central Sur con 52,16%.

Para la cobertura con cumplimiento de criterios la región Pacífico Central, las Áreas de Compra Externa y las Áreas de Salud Metropolitanas superan la cobertura institucional con 55,29%, 50,61% y 49,70 % respectivamente, además, la Central Sur (48,70%), Huetar Norte (48,09%) y Chorotega(45,69%), (cuadro 15).

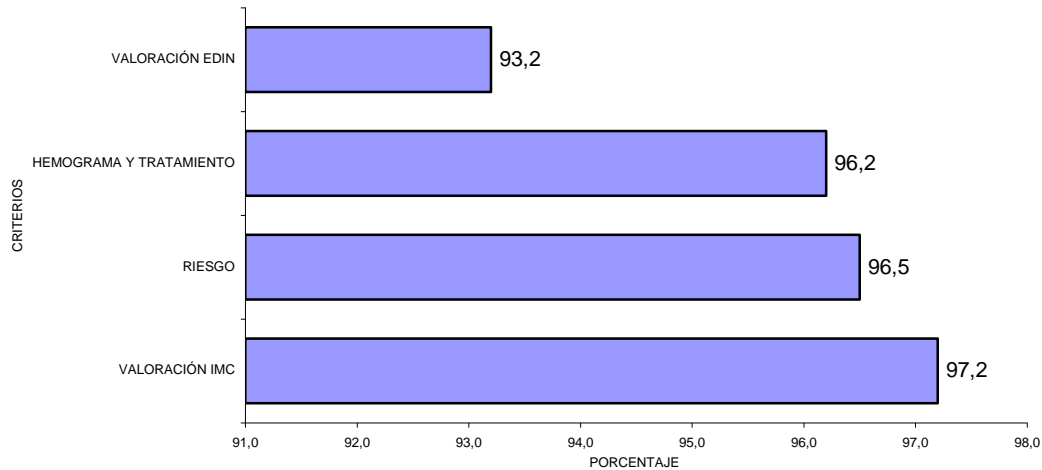
CUADRO 15
CCSS: COBERTURA DE ATENCION INTEGRAL A NIÑOS DE UNO A
MENOS DE SIETE AÑOS SEGÚN REGION. 2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA	
	TOTAL	CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
BRUNCA	42,42	41,25
CENTRAL NORTE	40,96	35,96
CENTRAL SUR	52,16	48,70
CHOROTEGA	50,45	45,69
HUETAR ATLANTICA	43,73	37,44
HUETAR NORTE	50,65	48,09
PACIFICO CENTRAL	58,95	55,29
COMPRA EXTERNA/1	54,42	50,61
METROPOLITANA/1	56,62	49,70
INSTITUCIONAL	49,08	44,71

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado
FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

En este grupo de población los criterios evaluados obtuvieron porcentajes altos de cumplimiento, de los cuales el mayor cumplimiento fue la valoración del estado nutricional (97,2%) y el menor la valoración del EDIN (93,2%). La valoración del riesgo y la indicación de hemograma presentan porcentajes similares, (gráfico 4).

GRÁFICO 4
CCSS: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE LA ATENCIÓN DE NIÑOS DE UNO A MENOS
DE SIETE AÑOS SEGÚN CRITERIOS DE EVALUACIÓN. 2006



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

3.6.3 Inmunizaciones: cobertura de vacunación de tercera dosis de DPT, Polio, Hepatitis B y H. influenzae a niños (as) menores de un año y cobertura de vacunación de primera dosis de SRP a niños y niñas menores de 24 meses

El programa de vacunación tiene como misión reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades contagiosas teniendo como objetivo principal la vacunación de todos los niños. Las secuelas importantes y la mortalidad resultan no solamente de la incidencia elevada de las enfermedades contagiosas que pueden ser prevenidas por la vacunación sino también de los mecanismos de defensa del niño que están comprometidos desde el principio debido esencialmente al débil peso en el nacimiento, destete y otros factores que pueden incidir.

Así, la prevención de las enfermedades infecciosas mediante las vacunas constituye uno de los aspectos de mayor importancia en la promoción de la salud.²¹ Para lograr esto, el país promueve de forma importante la vacunación de todos los niños y dentro del marco del Compromiso de Gestión se evalúan los resultados logrados en todas las regiones utilizando la cobertura certificada cada año por el Programa de análisis y vigilancia epidemiológica (PAVE).

21 Nizar, Ajjan: Las vacunaciones. 3ra Edición Editorial Pasteur Merieux, 1993.

La cobertura calculada corresponde al total de terceras dosis de DPT, Polio, Hepatitis B y H. Influenzae aplicadas a niños menores de un año entre los nacimientos del año. En el caso de la vacuna para SRP, la cobertura se obtiene del total de primeras dosis aplicadas a niños menores de 24 meses entre los nacimientos menos defunciones del año.

Para el año 2006 la cobertura institucional fue de 90% o más en todas las inmunizaciones y para el caso de la vacunación de SRP fue de 98,30 %. Las regiones tienen coberturas en todas las vacunas del cuadro básico superiores al 85% y en el caso de la región Brunca superiores a 90%. En tanto, la Huetar Atlántica, Pacífico Central y las Áreas Metropolitanas lograron 100% en la cobertura de SRP, (cuadro 16).

CUADRO 16
CCSS: COBERTURA TOTAL DE INMUNIZACIONES
SEGÚN REGION.2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA TOTAL				
	DPT	POLIO	HEPATITIS	INFLUENZA	SRP
BRUNCA	94,81	93,47	93,42	93,03	95,40
CENTRAL NORTE	86,06	86,05	86,01	86,03	96,17
CENTRAL SUR	93,43	93,45	93,32	93,35	97,95
CHOROTEGA	92,59	92,60	92,62	92,62	98,55
HUETAR ATLANTICA	89,55	89,38	89,26	89,37	100,00
HUETAR NORTE	92,65	92,65	92,65	92,62	99,92
PACIFICO CENTRAL	95,86	95,86	95,91	95,79	100,00
COMPRA EXTERNA/1	86,71	86,80	86,76	85,88	99,06
METROPOLITANA/1	88,90	89,10	89,21	88,79	100,00
INSTITUCIONAL	90,19	90,10	90,07	89,88	98,30

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

3.6.4 Niños(as) y adolescentes en el escenario escolar: atención con cumplimiento de criterios

Esta cobertura se calcula como el cociente entre el total de niños y adolescentes matriculados en primero, tercero y sexto grado que recibieron atención con cumplimiento



de criterios en el escenario escolar durante el año y el total de niños y adolescentes en primero, tercero y sexto de las escuelas del Área.

La cobertura institucional para el año 2006 fue de 90,16%. Las Áreas de Compra externa y Metropolitanas alcanzaron un 94,64% y 92,62 % respectivamente, mientras que la Huetar Norte logró 94,41%, Central Sur 92,68% y Chorotega 90,64%. El resto de las regiones tienen coberturas menores que la institucional, (cuadro 17).

CUADRO 17
CCSS: COBERTURA DE ATENCION EN EL ESCENARIO
ESCOLAR SEGÚN REGION, 2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	ESCOLARES VALORADOS
BRUNCA	88,33
CENTRAL NORTE	89,92
CENTRAL SUR	92,68
CHOROTEGA	90,64
HUETAR ATLANTICA	80,64
HUETAR NORTE	94,41
PACIFICO CENTRAL	87,57
COMPRA EXTERNA/1	94,64
METROPOLITANA/1	92,62
INSTITUCIONAL	90,16

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

3.6.5 Adolescentes: atención con cumplimiento de criterios

A nivel institucional la cobertura total alcanzó un 29,95% y con cumplimiento de criterios 25,18%. A nivel regional los porcentajes son muy similares al comportamiento institucional, coberturas muy bajas debido a la dificultad para captar a éste grupo de edad. Cabe destacar que ésta cobertura en las Áreas de Compra Externa y Metropolitanas superaron la cobertura institucional con 37,67% y 34,22% respectivamente, así como la Pacífico Central con 33,17%. Es importante mencionar

que de 343 595 adolescentes que consultaron en las diferentes Áreas de salud solamente 263 347 fueron atendidos en el programa de Atención Integral al Adolescente, lo que significa un 23 % de oportunidades perdidas de captación de este grupo etario, (cuadro 18).

CUADRO 18
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADOLESCENTES
SEGÚN REGION.2006
(porcentajes)

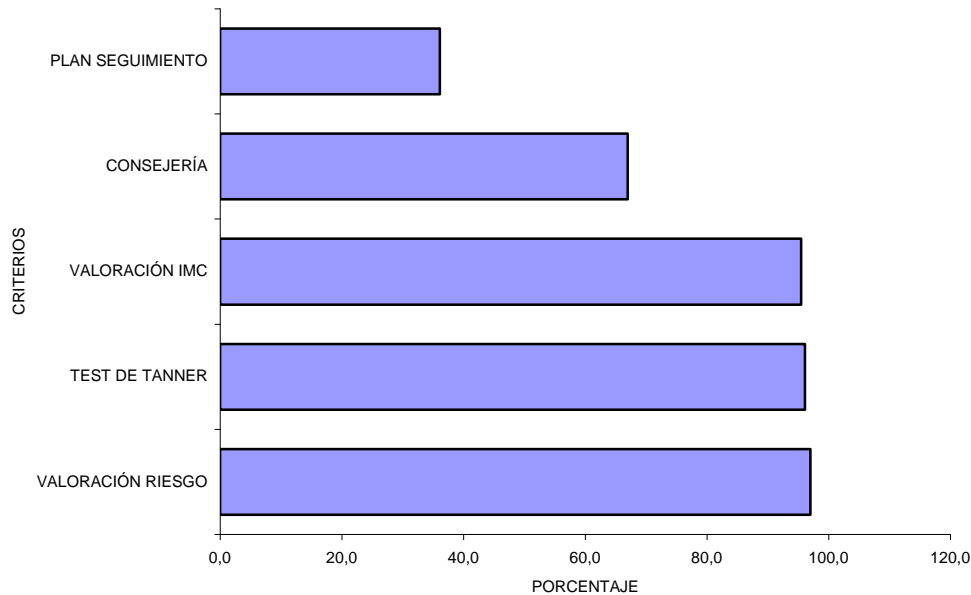
REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA	
	TOTAL	CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
BRUNCA	29,93	28,62
CENTRAL NORTE	23,66	19,86
CENTRAL SUR	29,83	27,29
CHOROTEGA	29,34	23,33
HUETAR ATLANTICA	26,21	23,04
HUETAR NORTE	28,97	24,23
PACIFICO CENTRAL	33,17	27,58
COMPRA EXTERNA/1	37,67	33,39
METROPOLITANA/1	34,22	23,64
INSTITUCIONAL	29,95	25,18

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

Dentro de los criterios evaluados en el año 2006, la valoración del riesgo en este grupo etario alcanzó un 97% siendo éste el criterio de mayor cumplimiento, seguido por el Test de Tanner (96,1%) y la valoración del estado nutricional (95,5%). La consejería se dio en un 67% de los casos y el plan de seguimiento en un 36,1%, (gráfico 5).

GRÁFICO 5
CCSS: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE
SEGÚN CRITERIOS DE EVALUACIÓN. 2006



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

3.6.6 Mujeres embarazadas: Atención prenatal con cumplimiento de criterios en el primer nivel de atención

Se refiere a la cobertura de mujeres embarazadas en control prenatal con cumplimiento de criterios. Se obtiene del cociente entre el total de mujeres embarazadas en control prenatal atendidas por primera vez en el año y los embarazos esperados para el período²², lo que genera la cobertura total.

A nivel institucional se logró una cobertura total de un 79,80 % y un 60,40% de cobertura con cumplimiento de criterios. La Región Brunca obtuvo una cobertura total de 88,90%, la Pacífico Central un 87,69%, la Chorotega un 83,24% y la Huetar Atlántica un 81,75%. Se observa que las coberturas con cumplimiento de criterios en la mayoría de las regiones no llegan al nivel institucional y el resto no alcanzan 68%, (cuadro 19).

²² Nacimientos esperados para el periodo por el índice esperado de pérdidas gestacionales (1.1)

CUADRO 19
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES
EMBARAZADAS SEGÚN REGIÓN. 2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA	
	TOTAL	CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
BRUNCA	88,90	67,23
CENTRAL NORTE	78,47	60,09
CENTRAL SUR	78,66	61,86
CHOROTEGA	83,24	54,98
HUETAR ATLANTICA	81,75	55,32
HUETAR NORTE	74,23	56,73
PACIFICO CENTRAL	87,69	67,58
COMPRA EXTERNA/1	77,71	62,34
METROPOLITANA/1	74,32	59,27
INSTITUCIONAL	79,80	60,40

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

Para el año 2006, un 60% de los casos cumplió con el número de consultas que correspondían (se excluyen todas las ausencias justificadas o no justificadas).

Dentro de los criterios evaluados la indicación de hierro y ácido fólico logró un 98,3% y 98,4% respectivamente, mientras que la indicación del examen general de orina un 96,1%. El llenado de la hoja de CLAP alcanzó un 95,6% de cumplimiento.

3.6.7 Mujeres embarazadas de riesgo: atención con cumplimiento de criterios en el segundo nivel de atención

Las clínicas metropolitanas y algunas de compra externa cuentan con especialistas que permiten atender a las mujeres con embarazo de riesgo.



Para el año 2006, a nivel institucional se dieron 1529 consultas de primera vez en este programa. Las unidades de compra externa alcanzaron un 85,87% de cumplimiento de criterios y las metropolitanas un 70,79%.

Dentro de los criterios evaluados, la valoración y abordaje de riesgo obtuvo un porcentaje alto con 93,4%. Las indicaciones de ácido fólico y el hierro se lograron en un 88% y 87,4% de los casos respectivamente, mientras que para el examen de orina y el llenado de la hoja de CLAP se obtuvo un 81,8%.

3.6.8 Mujeres en periodo de posparto: atención con cumplimiento de criterios

Esta cobertura se obtiene del cociente entre el total de mujeres atendidas de primera vez en el posparto y los nacimientos del año evaluado. La cobertura con cumplimiento de criterios resulta del ajuste de la cobertura total por el índice de cumplimiento de criterios.

Los resultados del 2006 muestran que a nivel institucional la cobertura total fue de 70,83% y la cobertura con cumplimiento de criterios fue de 48,14%. Las regiones con mayores resultados tanto en cobertura total como en cumplimiento de criterios son la región Pacífico Central y la región Central Sur, (cuadro 20).

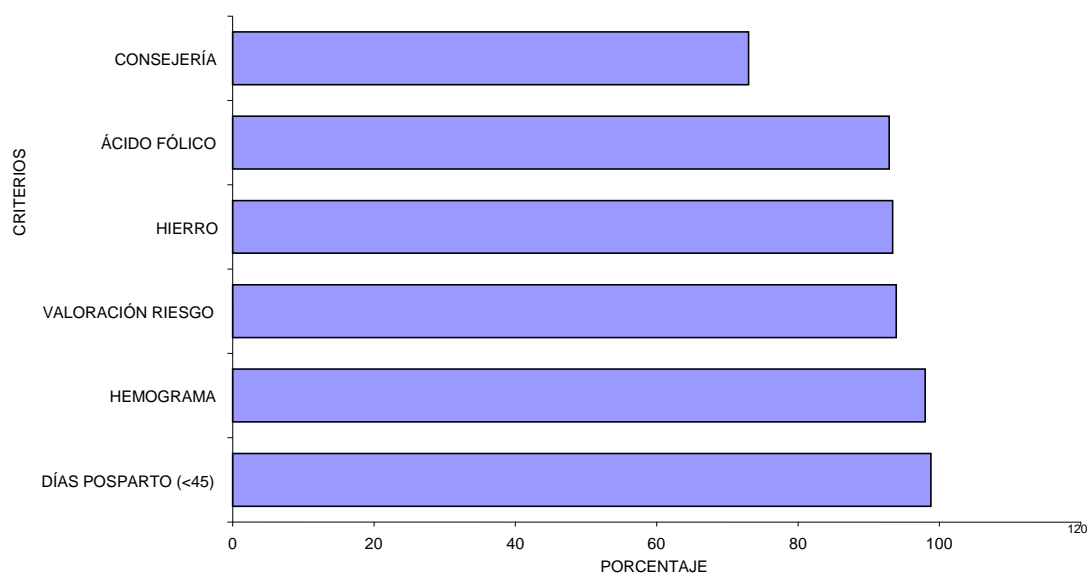
CUADRO 20
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN POSPARTO
SEGÚN REGION, 2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA	
	TOTAL	CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS
BRUNCA	56,47	48,44
CENTRAL NORTE	63,24	40,56
CENTRAL SUR	81,93	62,66
CHOROTEGA	81,26	34,30
HUETAR ATLANTICA	75,67	42,58
HUETAR NORTE	76,70	55,54
PACIFICO CENTRAL	82,44	63,64
COMPRA EXTERNA/1	73,18	56,92
METROPOLITANA/1	54,90	35,98
INSTITUCIONAL	70,83	48,14

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado
FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

Dentro de los criterios evaluados se tiene que la captación de la mujer en el período menor a 45 días posparto logró porcentajes de 98,8%, seguido de la indicación del hemograma con 98%. La consejería alcanzó 73%. La valoración de riesgo, la indicación de hierro y ácido fólico tienen porcentajes similares con 93,9%, 93,4% y 92,9% respectivamente, (gráfico 6).

GRÁFICO 6
CCSS: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE LA ATENCIÓN POSPARTO SEGÚN
CRITERIOS DE EVALUACIÓN.2006



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

3.6.9 Atención odontológica preventiva en el primer nivel de atención

En la atención primaria a la población materno-infantil, la atención odontológica preventiva constituye una actividad que, estando en relación directa con la alimentación de las personas, además de mejorar la calidad de vida previene complicaciones posteriores.

En el Compromiso de Gestión se incorpora la “Cobertura de atención odontológica preventiva en niños (as) de 0-9 años, adolescentes y mujeres embarazadas”. Se entiende por atención odontológica preventiva la realización de una o más de las siguientes actividades: aplicación de fluoruros (gel, autoaplicaciones o enjuagatorios), sellantes de fosas y fisuras e instrucciones de fisioterapia oral. La cobertura en mención resulta del cociente entre el total de personas (niños (as) de 0-9 años, adolescentes y mujeres embarazadas) según corresponda que recibieron atención odontológica preventiva por primera vez en el año y el total de personas (niños (as) de 0-9 años,

adolescentes y mujeres embarazadas) de la pirámide poblacional o embarazos esperados según corresponda.

A nivel institucional las coberturas totales en los tres grupos de población (niños, adolescentes, embarazadas) presentan comportamientos similares con porcentajes sobre el 40%. Sin embargo en las regiones se observa que las coberturas varían en menor o mayor grado dependiendo del grupo de población. Tal es el caso por ejemplo de región Chorotega que en niños de 0-9 años tuvo una cobertura de 53,90%, en adolescentes 47,10% y en embarazadas 38,48%. Lo mismo ocurre en otras regiones donde la cobertura de embarazadas fue menor que la de los otros grupos de población. Caso contrario ocurre con las Áreas de Compra Externa donde la cobertura a mujeres embarazadas es superior (56,99%) seguida de niños de 0-9 años (49,38%) y adolescentes (45,22%), (cuadro 21).

CUADRO 21
CCSS: COBERTURA ODONTOLÓGICA PREVENTIVAS EN NIÑOS DE 0-9 AÑOS,
ADOLESCENTES Y EMBARAZADAS SEGÚN REGION.2006
(porcentajes)

REGIÓN PROGRAMÁTICA	COBERTURA TOTAL		
	NIÑOS DE 0 -9 AÑOS	ADOLESCENTES	EMBARAZADAS
BRUNCA	38,38	41,97	36,18
CENTRAL NORTE	49,62	47,14	35,86
CENTRAL SUR	38,64	35,01	37,35
CHOROTEGA	53,90	47,10	38,48
HUETAR ATLANTICA	49,33	44,15	37,06
HUETAR NORTE	48,22	43,14	38,48
PACIFICO CENTRAL	61,02	52,99	51,96
COMPRA EXTERNA/1	49,38	45,22	56,99
METROPOLITANA/1	38,07	33,93	35,57
INSTITUCIONAL	46,31	42,58	40,57

/1 Por sus particularidades estas áreas de salud se citan por separado

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.



3.7 Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar: detección y abordaje

En nuestro país, el Ministerio de Salud ha registrado para el año 2004 un total de 10.009 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales un 16% son hombres y el restante 84% son mujeres, a pesar del serio subregistro existente. Las provincias que más casos registran son San José, Alajuela y Limón. Esta información es concordante con la Primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada por el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica, en la cual se establece que un 58% de las costarricenses asegura haber sufrido algún tipo de violencia.²³

En el Compromiso de Gestión se pactan algunas actividades que son:

- Notificación Obligatoria y registro de todos los casos detectados y reportados, de acuerdo a lo establecido en la norma, con su correlativo del caso, sexo, edad y tipo de violencia.
- Análisis global e interdisciplinario de la situación de violencia intrafamiliar en el Área de Salud, incluyendo la tendencia en la detección de casos (últimos tres años), los factores condicionantes y el abordaje que se está brindando a esta problemática a partir de los servicios de salud y de la Red Intersectorial local.
- Plan de la unidad para mejorar la detección y el abordaje integral de la violencia Intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar, se sugiere la participación de la Red Intersectorial (MEP, Servicios de Salud, ONG's, INAMU, Ministerio de Justicia y otros) definiendo claramente las actividades de cada instancia. Formulación en el primer cuatrimestre y ejecución el resto del año, deberá incluirse en el Plan Estratégico local, si ya fue considerado en este Plan se evaluará lo definido en el mismo.

Para el año 2006, el 100% de las áreas de salud cumplieron con el registro y la notificación obligatoria de los casos reportados. Todas las regiones así como las

23 Indicadores de Género y Salud: Costa Rica 2005 Ministerio de Salud Costa Rica/ Organización Panamericana de la Salud.

unidades de compra externa y metropolitanas presentaron un cumplimiento entre el 83% y el 100% en la presentación del análisis. En cuanto a los planes elaborados por las unidades, las regiones Central Sur, Chorotega y Pacífico Central obtuvieron 100% en la calificación otorgada, seguidos por la región Central Norte 99%, las metropolitanas (89,9%), la región Huetar Norte (87,5%), las unidades de Compra Externa (85,77%), y las regiones Huetar Atlántica (84,38%) y Brunca (84%).

3.8 Mejoramiento de la Gestión Local

Dentro del engranaje de los servicios de salud, la gestión local se ha considerado el pivote para el desarrollo de una serie de procesos orientados al mejoramiento de la capacidad gerencial, a través de acciones que promuevan la excelencia en la prestación de los servicios y se fortalezca su desempeño.

La Gestión local está orientada y determinada por la ciencia administrativa, mediante un proceso de planificación, dirección, supervisión, control y uso de los recursos disponibles, en conformidad con las políticas institucionales, para garantizar el acceso a los servicios de salud y la atención con calidad y oportunidad a la población.

Los procesos de trabajo que de ella se derivan (acciones, actividades y procedimientos), deben responder con eficacia, eficiencia y calidad a las necesidades y problemas de salud afrontados en los diferentes niveles de atención, que constituyen la meta u objetivo al cual se dirigen.

En el Compromiso de Gestión se incorporan algunos indicadores que buscan promover el mejoramiento de la gestión local en los diferentes niveles de atención.



3.8.1 **Áreas de Salud**

3.8.1.1. ***Plan estratégico***

Todas las Áreas de Salud deben elaborar un ASIS y a partir de los problemas de salud identificados, cada área debe desarrollar un plan estratégico local orientado a la gestión de los recursos propios de acuerdo a las necesidades locales en salud.

El Compromiso de Gestión evalúa el porcentaje de ejecución del Plan Estratégico, o la relación de las intervenciones planteadas de acuerdo a cada objetivo y las acciones desarrolladas de acuerdo a cada objetivo.

En el año 2006 los mayores promedios en cuanto al porcentaje de ejecución los obtuvieron: la región Pacífico Central (99,66%), región Brunca (97,05%) y región Central Norte (96,12%). También con cumplimiento superior al 90% se encuentran las áreas de compra externa (95,49%), las áreas metropolitanas (94,98%) y las regiones Central Sur (94,05%) y Chorotega (93,89%). Por último, los menores cumplimientos aunque por encima del 80%, los obtuvieron las regiones Huetar Norte (85,89%) y Huetar Atlántica (82,94%).

3.8.1.2. ***Diagnóstico Local de Vigilancia del Estado Nutricional***

Cada Área de salud debe elaborar un diagnóstico nutricional con el cual se pretende contar con un sistema de vigilancia del estado nutricional de la población escolar que pueda dar alarma inmediata de la existencia de zonas geográficas de riesgo nutricional que faciliten la intervención y toma de acciones correctivas.

Se verifica el cumplimiento de las siguientes acciones:

- Análisis del estado nutricional del grupo de escolares (de la atención escolar de I, III y VI grados), de acuerdo a indicadores antropométricos agregados y comparados con patrones de referencia nacionales
- Programa de capacitación al personal en toma de medidas antropométricas y de mantenimiento preventivo para el equipo de medición antropométrica, incluida la calibración.

Observando el cumplimiento promedio de estas acciones se tienen con porcentajes superiores al 90% las regiones Pacífico Central (100%), áreas de compra externa (97%), y las regiones Brunca (94%) y Central Norte (90%). Las áreas metropolitanas obtienen un 82%, la región Central Sur un 79%, la región Chorotega un 77%, la región Huetar Norte un 71% y la región Huetar Atlántica un 52%.

3.8.1.3. Producción en salud en el segundo nivel de atención

En el 2006, la producción de atención especializada ambulatoria fue de 223.063 consultas de primera vez y 188.544 consultas subsecuentes, para una relación de 1,18 consultas de primera vez por cada consulta subsecuente.

Como se observa en el siguiente cuadro las especialidades que presentan mayor concentración son: obstetricia, psiquiatría, pediatría, medicina interna y reumatología. Las demás especialidades tienen una concentración similar entre sí.

ESPECIALIDAD	CONCENTRACIÓN
Obstetricia	3,11
Psiquiatría	2,60
Pediatría	2,34
Medicina Interna	2,06
Reumatología	2,03
Ginecología	1,75
ORL	1,66
Cirugía	1,61
Dermatología	1,45
Fisiatría	1,38
Gastroenterología	1,34
Oftalmología	1,27

Las especialidades que tienen mayor volumen de consulta son: Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Otorrinolaringología y Psiquiatría.



3.8.2. Hospitales

3.8.2.1. Índice operatorio de las especialidades quirúrgicas por servicio y vía de ingreso

La finalidad de este indicador es medir el rendimiento de los servicios de cirugía de un hospital, relacionando los egresos con algún procedimiento quirúrgico efectuado y el total de egresos del servicio.

De acuerdo con lo pactado con cada centro, el indicador aplica por separado a los servicios de Cirugía y Ginecología, así como a la especialidad de Cirugía Pediátrica si las camas asignadas pertenecen al servicio de Pediatría. Además, la medida se ajusta según la vía de ingreso sea por consulta externa o por urgencias.

Es importante aclarar que las metas pactadas, son diferentes para cada centro, en conformidad con las singularidades del mismo y que algunos hospitales presentaron situaciones especiales (como por ejemplo la inopia de anesthesiólogos) que hicieron meritorio renegociar las mismas.

Para la verificación de la información, se utilizó el reporte de egresos hospitalarios del Departamento de Estadística de Salud de la institución en cada hospital

De manera global, los mayores porcentajes de pacientes operados se lograron por la vía de ingreso a consulta externa, alrededor de un 80% tanto en cirugía como en ginecología, mientras que, por la vía de ingreso urgencias el mayor porcentaje se logró en los servicios de cirugía. (68.63%). (Cuadro 22)

CUADRO 22
CCSS: ÍNDICE OPERATORIO EN CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA POR VÍA
DE INGRESO SEGÚN NIVEL FUNCIONAL, 2006
(porcentajes)

NIVEL FUNCIONAL	CIRUGÍA		GINECOLOGÍA	
	via de ingreso		via de ingreso	
	Urgencias	Consulta Externa	Urgencias	Consulta Externa
Nacional	72,42	80,22	73,67	82,33
Regional	65,35	76,35	67,84	77,08
Periferico 3	65,74	82,05	52,26	72,10
Perifericos 1 y 2¹	57,32	77,48	71,83	100,00
Global	68,36	79,13	64,73	80,22

¹No incluye al Hospital de San Vito

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

La distribución también se realiza según la región a la cual pertenece cada centro, los resultados son muy variables ya que existen regiones con índices operatorios por debajo del 50% para ambos servicios (como es el caso de los operados vía de ingreso urgencias en la región Pacífico Central) y otras con índices mayores del 80% por la vía de ingreso consulta externa (región Central Sur), (Cuadro 23)

Por la vía de ingreso consulta externa, el mayor índice operatorio lo obtuvo la región Central Sur en el servicio de cirugía y la región Brunca en el servicio de ginecología.

Por la vía de ingreso urgencias, las regiones Central Norte y Central Sur obtuvieron los índices operatorios mayores en los servicios de cirugía.

CUADRO 23
ÍNDICE OPERATORIO EN CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA
POR VÍA DE INGRESO SEGÚN REGION, 2006
(porcentajes)

REGIÓN	CIRUGÍA		GINECOLOGÍA	
	via de ingreso		via de ingreso	
	Urgencias	Consulta Externa	Urgencias	Consulta Externa
Brunca ¹	53,13	70,97	59,10	97,80
Central Norte	78,76	83,03	70,08	79,22
Central Sur	78,76	85,50	67,86	81,90
Chorotega	67,67	77,24	54,79	74,22
Huetar Atlántica	56,46	67,28	56,50	59,57
Huetar Norte	61,23	85,26	57,31	78,30
Pacífico Central	49,06	62,37	47,80	80,65
Global	64,71	77,87	63,05	78,90

¹ No incluye el Hospital de San Vito

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006

En cuanto a la cirugía pediátrica, la cual se realiza en hospitales regionales y periféricos 3, el comportamiento indica que, en forma global el mayor porcentaje de cirugías se realizó por la vía de ingreso consulta externa (83.36%), nótese que al igual que en las otras especialidades quirúrgicas los mayores índices operatorios se logran por vía de ingreso consulta externa y es importante destacar que la región Central Norte obtuvo un índice operatorio de 100% por esta vía de ingreso.

Según la vía de ingreso urgencias, también es la región Central Norte la que logra mayores índices operatorios.

Los resultados obtenidos según nivel funcional y región, se presentan en los cuadros 24 y 25.

CUADRO 24
CCSS: ÍNDICE OPERATORIO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
POR VIA DE INGRESO SEGÚN
NIVEL FUNCIONAL, 2006
(Porcentajes)

NIVEL FUNCIONAL	VÍA DE INGRESO	
	Urgencias	Consulta Externa
Regional ¹	68,97	81,64
Periferico ³	77,45	87,05
Global	69,72	83,36

¹Aplica para los Hospitales: Tony Facio, Escalante Pradilla, San Rafael de Alajuela, Monseñor Sanabria

²Aplica para el Hospital de Guapiles

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006

CUADRO 25
CCSS: ÍNDICE OPERATORIO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
POR VIA DE INGRESO SEGÚN
NIVEL FUNCIONAL, 2006
(Porcentajes)

REGIÓN	VÍA DE INGRESO	
	Urgencias	Consulta Externa
Brunca ¹	83,00	NA
Central Norte ²	86,87	100,00
Huetar Atlántica ³	69,87	85,71
Pacífico Central ⁴	55,00	66,76
Global	69,72	83,36

¹Aplica para Hospital Escalante Pradilla

²Aplica para Hospital San Rafael de Alajuela

³Aplica para Hospitales Tony Facio y Hospital de Guapiles

⁴Aplica para Hospital Monseñor Sanabria

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.8.2.2. Estancia preoperatoria: Reducción global de las estancias de dos días o más

La estancia hospitalaria determina en gran medida el costo de la asistencia especializada, siendo en la actualidad uno de los principales puntos de negociación entre compradores y proveedores de servicios hospitalarios.



La estancia preoperatoria se define como el número de días que un paciente permanece hospitalizado antes de una intervención quirúrgica. Se obtiene restando a la fecha del procedimiento, la fecha de ingreso.

Los motivos de estancia del paciente son múltiples. Algunas dependen directamente de necesidades asistenciales, como indicación de control de constantes, el tipo de tratamiento, de preparación preoperatoria, de anestesia o de vía de abordaje y otros están condicionados por las infraestructuras, la organización hospitalaria o la situación social del paciente.

El conocimiento de las causas de estancia hospitalaria permite el diseño de estrategias para su control y disminución con el fin de reducir las posibilidades de morbilidad e insatisfacción del paciente.

El indicador mide 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 y puede aplicarse globalmente a los servicios de Cirugía y Ginecología, o por separado, a cada una de las especialidades identificadas como críticas en el primer caso.

Para efectos de la evaluación se espera el cumplimiento de una de tres metas (acordada según las características del proveedor): la disminución en el año evaluado respecto al anterior de por lo menos 5% en la cantidad de pacientes con estancia mayor o igual a dos días, la disminución en 5 puntos porcentuales o el mantenimiento menor o igual al 10% de la proporción de los egresos.

Los datos se obtienen del registro de pacientes con estancias mayores a dos días, según el reporte de egresos hospitalarios del Departamento de Estadística de Salud de la institución

El indicador no aplicó a uno de los hospitales nacionales (Hospital San Juan de Dios) y en el análisis no se incluye el Hospital México, ya que los criterios de evaluación de este indicador fueron diferentes, lo cual impide homologar los resultados.

Se encuentra que para el año 2006 respecto al año 2005, hubo una reducción global de egresos con estancia preoperatoria mayor de 2 días de un 4.75 % para el servicio de

Cirugía y de un 3,17% para el servicio de Ginecología, sin embargo hay hospitales en los que no se logró descenso como en el caso de los periféricos 1 y 2, o incluso se presentaron aumentos en esta, sobretodo en los servicios de ginecología de los hospitales periféricos, (cuadro 26)

CUADRO 26
CCSS: PORCENTAJE DE REDUCCIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA
SEGÚN NIVEL FUNCIONAL POR SERVICIO Y AÑO, 2006

NIVEL FUNCIONAL	SERVICIO					
	Cirugía			Ginecología		
	2005	2006	Reducción	2005	2006	Reducción
Nacionales ¹	47,26	32,50	14,76	13,27	7,87	5,40
Regional	29,16	29,31	-0,15	25,10	20,85	4,25
Periférico 3	15,88	10,00	5,88	14,27	16,85	-2,58
Periféricos 1 Y 2	7,26	7,26	0,00	9,78	12,42	-2,64
Global	28,27	23,52	4,75	19,01	15,84	3,17

¹Incluye únicamente al Hospital Calderón Guardia

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

En los resultados por región se observa que la mayor reducción de estancia, se presentó en la región Central Norte en el servicio de cirugía y en la región Central Sur en el servicio de ginecología, (cuadro 27).

No hubo reducción en las estancias de los servicios de cirugía de las regiones Central Sur y Huetar Norte y de los servicios de ginecología de las regiones Brunca, Huetar Norte, Huetar Atlántica y Pacífico Central.

En los servicios de ginecología fue donde se reportó menor disminución en la estancia preoperatoria en relación con el año 2005.

CUADRO 27

PORCENTAJE DE REDUCCIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA POR SERVICIO DE EGRESO, SEGÚN REGIÓN Y AÑO, 2006

REGIÓN	SERVICIO					
	Cirugía			Ginecología		
	2005	2006	Reducción	2005	2006	Reducción
Brunca	25,93	23,40	2,53	16,59	20,69	-4,10
Central Norte	37,48	21,57	15,91	9,76	9,68	0,08
Central Sur	18,81	21,20	-2,39	10,50	2,93	7,57
Chorotega	17,79	16,91	0,88	44,57	43,71	0,86
Huetar Atlántica	11,83	10,70	1,13	13,36	15,63	-2,27
Huetar Norte	8,25	11,26	-3,01	33,52	36,33	-2,81
Pacífico Central	25,00	23,37	1,63	9,16	10,79	-1,63
Global	23,18	19,87	3,31	19,01	17,73	1,28

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

3.8.2.3. Análisis de la mortalidad hospitalaria

La mortalidad refleja, de forma indirecta, el nivel de salud de la comunidad. Se acepta que los indicadores de mortalidad podrían poner de manifiesto el efecto de las intervenciones sanitarias destinadas a mejorar la salud de la población

La mortalidad hospitalaria se refiere a la proporción de egresos por muerte respecto al total de pacientes egresados, en un periodo determinado.

La cuantificación y el análisis de la mortalidad hospitalaria ha sido clásicamente uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente utilizado ya que permite obtener un valioso instrumento para la planificación y gestión de los centros, por lo que puede considerarse como una medida de efectividad de la intervención hospitalaria.

Con este indicador, se valora la gestión para el abordaje adecuado de la problemática de mortalidad hospitalaria a lo interno de los diferentes hospitales, desde una óptica orientada a valorar el impacto global de la mortalidad sobre los índices de salud en el país y las intervenciones para la disminución de la misma.

Para su evaluación, se divide en dos componentes, el de análisis de la mortalidad general que es aplicable a los hospitales con servicio de patología y el análisis de la mortalidad materno – infantil aplicable para todos los centros.

3.8.2.4. Mortalidad General

Se registró un total de 5261 muertes ocurridas en los hospitales del país (excluyendo al Hospital San Juan de Dios), de las cuales 3971 corresponden a hospitales que cuentan con servicio de patología, con un porcentaje de realización de autopsias de 14.48%.

Del total de muertes hospitalarias, se reportan 3201 en los hospitales de las diferentes regiones del país (excluyendo los hospitales nacionales), de las cuales se analizó por las comisiones de mortalidad hospitalaria el 66.82%.

3.8.2.4. Mortalidad Materno Infantil

Se reportó un total de 21 muertes maternas, el 42.85% (9 casos) de ellas ocurrió en hospitales nacionales, de las cuales se analizó en las comisiones de mortalidad el 100%.

Se reportaron 368 muertes fetales tardías, con un porcentaje global de análisis del 98.10%. El 53.53% ocurrió en hospitales regionales seguido por los hospitales nacionales con un 29.07%.

Con respecto a la mortalidad infantil, se reportaron 382 defunciones, de las cuales, se analizó más del 97%. El 42.67% corresponde a hospitales regionales, y el 39.22 % corresponde a hospitales nacionales.

3.8.2-5. Salas de operaciones: eficiencia en su utilización

La eficiencia en la utilización de sala de operaciones hace referencia a la capacidad administrativa de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, el mínimo de energía y en el mínimo de tiempo posible por medio de estrategias con las que se logra la optimización en la ocupación en sala de operaciones. Es decir, maximizar los recursos existentes mediante acciones que permitan la mayor eficiencia posible en todos



los procesos y sus partes, especialmente cuando dentro de ella se incluyen áreas que dependen de equipo tecnológico sumamente caro y se manejan grandes grupos de recurso humano cuyo valor agregado es uno de los más caros en los hospitales.

Analizar los problemas en la gestión de sala de operaciones, tales como una mala adecuación física, poca disponibilidad de recursos materiales, diseño deficiente de circuitos y equipos humanos poco organizados, así como saber encontrar las causas que los provocan, permite establecer intervenciones de acción para mejorar sustancialmente su funcionamiento general.

Es por ello que en el Compromiso de gestión, se incluyen indicadores que permiten obtener información acerca de las suspensiones y sustituciones de cirugías en sala de operaciones así como el tiempo de utilización de quirófanos.

La suspensión de una cirugía es una situación común a todo centro hospitalario que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos. Genera en el paciente inestabilidad emocional, angustia, incertidumbre o depresión, aspectos estos, negativos frente a una agresión quirúrgica, igualmente, exterioriza la existencia de desajustes programáticos y operativos en el establecimiento.

Este indicador no aplicó para los Hospitales San Juan de Dios y San Vito.

En general, hubo un total institucional de 62526 cirugías programadas, de las cuales el 44.8% se realizó en hospitales regionales. De este total de cirugías se suspendió a nivel global el 8,7%. El menor porcentaje de suspensiones corresponde a los hospitales periféricos 1 y 2 (5.16%).

Se sustituyó el 49,82% de las cirugías suspendidas, destacan los hospitales periféricos 3 con un 69.84% de sustitución y los Nacionales con un 48.74%. Los resultados por nivel funcional se muestran en el cuadro 28.

CUADRO 28
CCSS: PORCENTAJE DE SUSPENSIÓN Y SUSTITUCIÓN
DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS SEGÚN
NIVEL FUNCIONAL, 2006.

NIVEL FUNCIONAL	CIRUGÍAS		
	Programadas	Suspendidas	Sustituidas
Nacional ¹	17.567	12,16	48,74
Regional	28.017	6,61	42,66
Periférico 3	10.550	10,65	69,84
Periférico 1-2 ²	6.392	5,16	28,79
TOTAL	62.526	8,7	49,82

¹No incluye el Hospital San Juan de Dios

²No incluye el Hospital de San Vito

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006.

3.8.2.6. Análisis y reducción de reingresos

Un reingreso es “todo ingreso que se dé en los 30 días posteriores al último egreso, independiente del diagnóstico; y todo aquel ingreso después de los 30 días, por el mismo diagnóstico”.

Este indicador nos da cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutive de la institución en la educación al paciente.

Los pacientes que causan reiterados ingresos constituyen una importante preocupación clínica y un posible indicador de la gestión hospitalaria. Su medición es conveniente dentro de la evaluación de la calidad asistencial y una referencia indispensable en la planificación de la oferta/demanda hospitalaria.

Para su evaluación se toma como parámetro el total de reingresos por servicio de cada uno de los centros.



Según nivel funcional los servicios que en términos globales presentaron mayor porcentaje de reingresos son ginecología y obstetricia presentando 6,10% y 6,78% respectivamente. Los servicios con menor cantidad de reingresos registrados son Neonatología 2,68%; y Cirugía 3,84%, (cuadro 29).

CUADRO 29

**CCSS: PORCENTAJE DE REINGRESOS POR SERVICIO
SEGÚN NIVEL FUNCIONAL, 2006**

NIVEL FUNCIONAL	SERVICIO				
	Medicina	Cirugia	Ginecologia	Obstetricia	Neonatologia
Nacional	3,03	3,75	5,14	7,15	1,59
Regional	6,02	3,69	6,25	6,15	2,66
Periferico 3	5,55	4,22	6,53	8,12	2,83
Periféricos 1 y 2	7,24	4,58	6,82	7,90	3,73
Global	5,36	3,84	6,10	6,78	2,68

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006.

3.8.2.7. Producción hospitalaria

La producción hospitalaria es utilizada como un indicador para medir y comparar la actividad desarrollada por los diferentes centros hospitalarios. Se refiere a la cantidad de productos acordados con el proveedor, según las áreas de atención o servicios que presta (hospitalización, consulta externa y urgencias) y se mide en términos de Unidades de Producción Hospitalaria (UPH²⁴), las cuales son el resultado de multiplicar el volumen (egresos, consultas o atenciones) por el estándar de cada uno de los productos del centro.

Los resultados se presentan de dos formas: en términos globales de producción y por servicio o área de atención. Para cada una de estas modalidades, se analizan los datos

²⁴ 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.



según nivel de funcionalidad hospitalaria y según región a la cual pertenecen los hospitales.

Se debe aclarar que, la cantidad de hospitales que conforman cada nivel funcional y cada región, es diferente, más aún, en el primero, cada nivel funcional está conformado por hospitales de igual funcionalidad mientras que en el segundo, cada región está integrada por hospitales con diferente nivel funcional (sin incluir los hospitales nacionales y especializados).

Con respecto al nivel funcional, los hospitales nacionales, regionales y periféricos conforman el grupo de hospitales generales y por separado se encuentran los hospitales del nivel especializado, cada uno de los cuales, produce según las áreas de atención de su especialización.

El cuadro 30 se incluye la distribución de los hospitales del país, según nivel funcional hospitalario y en el cuadro 31, la distribución por región según a la cual pertenecen los hospitales.



CUADRO 30
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES SEGÚN NIVEL FUNCIONAL,
2006

Nivel	HOSPITAL
Nacional	Calderón Guardia - México - San Juan de Dios
Regional	Enrique Baltodano Briceño - Escalante Pradilla Max Peralta - Monseñor Sanabria - San Carlos San Rafael de Alajuela-Tony Facio
Periférico 3	Carlos Luis Valverde Vega - Ciudad Nelly - Guápiles La Anexión - San Vicente de Paúl - William Allen Taylor
Periférico 1 y 2	Golfito - Los Chiles - Max Terán Valls - San Vito San Francisco de Asís - Tomás Casas Casajus - Upala
Especializado	CENARE - Dr. Raúl Blanco Cervantes Dr. Roberto Chacón Paut - Nacional Psiquiátrico Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera Mujeres Dr. Adolfo Carit - Clínica Oftalmológica Centro Nacional del Dolor y Cuidado Paliativo

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

CUADRO 31
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES SEGÚN REGIÓN,
2006

Región¹	HOSPITAL
Brunca	Escalante Pradilla - Ciudad Nelly - Golfito- San Vito Tomás Casas Casajus
Central Norte	San Rafael de Alajuela - Carlos Luis Valverde Vega San Vicente de Paúl - San Francisco de Asís
Central Sur	Max Peralta - William Allen Taylor
Chorotega	Enrique Baltodano Briceño - La Anexión - Upala
Huetar Atlántica	Tony Facio - Guápiles
Huetar Norte	San Carlos - Los Chiles
Pacífico Central	Monseñor Sanabria - Max Terán Valls

¹No incluye Hospitales Nacionales ni Especializados

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

- **Producción global**

Para el año 2006, en términos globales, la producción hospitalaria, fue de 2.581.772 UPH; de las cuales, según nivel funcional, el 37% corresponde a hospitales nacionales, el 27% a hospitales regionales, un 15% a los hospitales periféricos 3, un 7% a los hospitales periféricos 1-2 y un 14% a los hospitales especializados.

Para los hospitales generales, el logro es directamente proporcional al nivel de funcionalidad hospitalario, así vemos que, hay una mayor cantidad en las UPH logradas en los hospitales nacionales que en los regionales y periféricos.

- **Producción según área de atención**

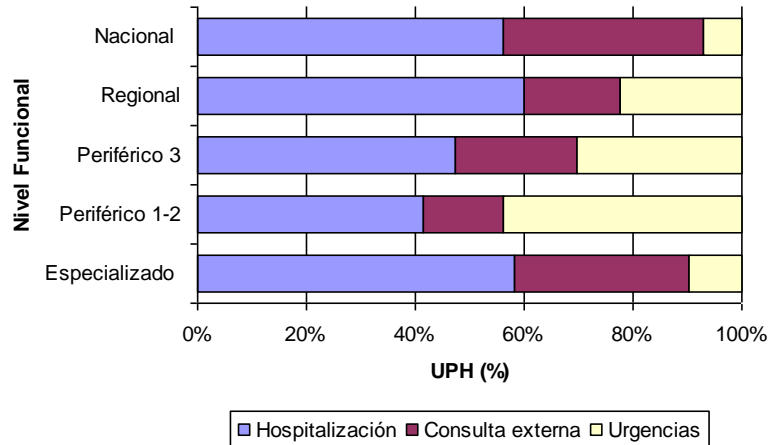
Del total de UPH producidas en los hospitales del país, un 55% corresponde al área de hospitalización, un 27% al área de consulta externa y un 18 % a urgencias.

El predominio observado en la producción del área de hospitalización, corresponde en parte a que, para las categorías quirúrgicas (Cirugía y Ginecología), a fin de estimular la producción ambulatoria, se pactó con los hospitales, un volumen único, que contiene tanto los egresos de hospitalización como las cirugías ambulatorias, volumen que al pactarse en conjunto con un estándar ajustado, concluye en una producción mayor de UPH logradas para estos productos, incrementando la producción total del área de hospitalización.

El Gráfico 7 muestra la producción hospitalaria por área de atención, según el nivel funcional al cual pertenecen los hospitales.

Se observa que en los hospitales nacionales y especializados, la producción, es mayor en los servicios de consulta externa que en urgencias, mientras que en los niveles regional y periférico predomina la producción de urgencias, lo cual puede corresponder a una mayor demanda de estos servicios en dichos niveles de atención.

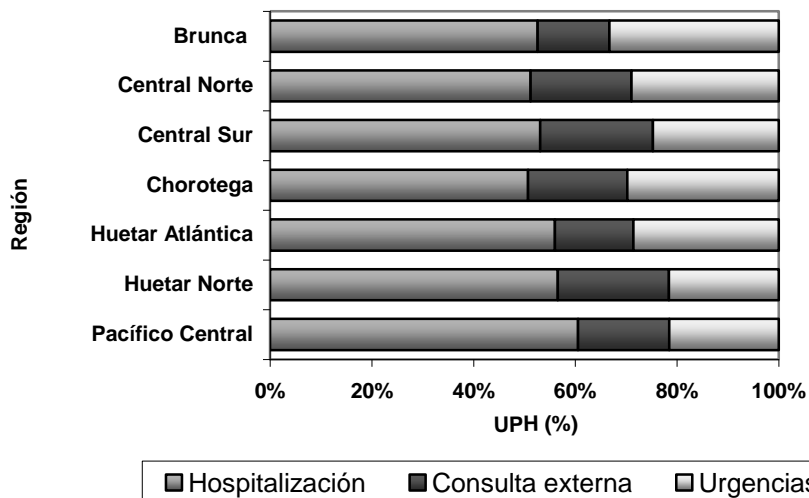
GRÁFICO 7
CCSS: UNIDADES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA SEGÚN
ÁREA DE ATENCIÓN Y NIVEL FUNCIONAL, 2006



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

El comportamiento por regiones es muy similar, alrededor del 50% de la producción corresponde al servicio de hospitalización, seguido por el servicio de urgencias, excepto en la región Huetar Norte en la que el segundo lugar lo ocupa la producción de consulta externa (gráfico 8).

GRÁFICO 8
CCSS: UNIDADES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA
SEGÚN ÁREA DE ATENCIÓN Y REGIÓN ¹, 2006



¹ No incluye Hospitales Nacionales ni Especializados

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006

- **Producción hospitalaria por servicio de egreso del área de Hospitalización.**

En este apartado se incluyen los resultados de la evaluación, según la región a la cual pertenece el hospital, incluyendo los hospitales nacionales como un grupo separado.

Se debe señalar que el Hospital de San Vito no se incluye para las categorías Cirugía y Ginecología, ya que no cuenta con el recurso humano para brindar atención en estas especialidades, además, los hospitales especializados no se incluyen en este análisis dadas las particularidades propias de cada centro, ya que la producción se agrupa en áreas o servicios diferentes con respecto a los hospitales generales, lo cual impide su comparación.

En términos generales, la mayor producción de UPH se da en el servicio de Cirugía, seguido por el servicio de Medicina y en tercer lugar por el servicio de Obstetricia.

Hay hospitales en los que predomina la producción quirúrgica del servicio de Cirugía, tal es el caso de los hospitales nacionales y los centros pertenecientes a la región Pacífico Central, mientras que en las otras regiones, se observa mayor producción en el servicio de Medicina (cuadro 32).

CUADRO 32

CCSS: UNIDADES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN HOSPITALIZACIÓN POR SERVICIO SEGÚN REGIÓN, 2006

Región y Nacionales	SERVICIO DE EGRESO				
	Cirugía	Medicina	Ginecología	Obstetricia	Pediatría/ Neonatología
Nacionales ¹	289.075	151.908	20.440	48.815	26.147
Brunca	22.842	49.687	8.118	13.481	17.307
Central Norte	47.206	48.180	15.710	28.175	21.407
Central Sur	30.005	34.796	8.391	15.322	14.144
Chorotega	21.451	30.670	4.976	17.451	10.179
Huetar Atlántica	13.586	27.820	6.515	17.194	18.524
Huetar Norte	13.047	19.715	2.921	12.091	6.807
Pacífico Central	24.498	22.437	4.041	11.041	13.088
TOTAL	461.710	385.213	71.112	163.570	127.603

¹El servicio de medicina contiene la producción de Psiquiatría en el Hospital Calderón Guardia.

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Compromiso de Gestión 2006



Es importante recordar que las UPH de los servicios quirúrgicos (Cirugía y Ginecología) corresponden a un volumen de egresos compuesto entre hospitalización y ambulatoria así como a un único estándar ajustado. Para conocer la producción de cirugía ambulatoria, se muestran los datos en términos de volumen logrado en el cuadro 32, evidenciando que en el país, se produce mayor cantidad de cirugías ambulatorias en los servicios de Cirugía que en los de Ginecología, hecho que pueda corresponder a mayor demanda, oferta y variabilidad de procedimientos del área de Cirugía, (cuadro 33)

CUADRO 33
CCSS: PRODUCCIÓN LOGRADA EN CIRUGÍA AMBULATORIA
POR SERVICIO SEGÚN REGIÓN, 2006

Región y Nacionales	SERVICIO AMBULATORIO	
	Cirugía	Ginecología*
Nacionales	13.420	1.066
Brunca ¹	1.296	504
Central Norte	6.054	673
Central Sur	2.378	376
Chorotega ²	2.377	326
Huetar Atlántica	973	160
Huetar Norte	1.627	56
Pacífico Central	1.354	325
TOTAL	29.479	3.486

* En Nacionales se incluyen 583 cirugías del servicio de Obstetricia Hospital México.

¹ No incluye el Hospital de San Vito

² No incluye el Hospital de Upala

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

- **Producción hospitalaria por tipo de atención en Consulta externa**

La producción hospitalaria por tipo de atención en Consulta externa evidencia que la consulta médica especializada es la que produce mayor cantidad de UPH en todos los hospitales generales, seguida por la producción en el rubro de Procedimientos Mayores Ambulatorios y en tercer lugar, la producción de Odontología Especializada y/o General Avanzada. Respecto a esta última producción, cabe mencionar que hay centros que no brindan este servicio, como es el caso de algunos hospitales periféricos y los hospitales de la Región Central Norte, así mismo, la producción de cuidados paliativos, no se brinda en todos los centros (cuadro 34).

CUADRO 34
CCSS: UNIDADES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN CONSULTA EXTERNA
POR TIPO DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN, 2006

Región y Nacionales	TIPO DE ATENCIÓN				
	Procedimientos Mayores Ambulatorios ¹	Odontología General Avanzada	Consulta Médica Especializada	Otros Profesionales	Cuidado paliativo
Nacionales	82.828	15.252	246.372	6.888	NA
Brunca	2.682	337	25.666	1.183	NA
Central Norte	13.767	NA	46.051	2.352	NA
Central Sur	5.977	1.095	34.811	945	1.200
Chorotega	4.298	1.641	25.716	831	NA
Huetar Atlántica	2.806	260	19.476	550	10
Huetar Norte	1.883	997	16.930	1.265	NA
Pacífico Central	1.687	14	19.393	1.106	72
TOTAL	115.928	19.596	434.415	15.120	1.282

NA= No aplica para los hospitales de la región.

¹No aplica para los hospitales San Vito y Upala

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

- Producción hospitalaria en Urgencias

Según la evaluación del Compromiso de Gestión, en el año 2006 se produce en el país, un total de 417.058 UPH en los servicios de urgencias de los hospitales generales.

La región Central Norte ocupa el primer lugar en lo que se refiere a producción del servicio de Urgencias, le sigue la región Brunca y en tercero, los hospitales Nacionales; en tanto, las regiones Huetar Norte y Pacífico Central, son las que muestran una menor producción en este rubro. Las regiones Central Sur, Chorotega y Huetar Atlántica, muestran un comportamiento similar, (cuadro 35).



CUADRO 35
CCSS: UNIDADES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA
EN URGENCIAS SEGÚN REGIÓN, 2006

Región y Nacionales	UPH
Nacionales	68086
Brunca	70.477
Central Norte	90.677
Central Sur	47.848
Chorotega	49.750
Huetar Atlántica	42.666
Huetar Norte	20.814
Pacífico Central	26.740
TOTAL	417.058

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.9 Indicadores Económicos

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, relacionando los recursos con la producción de servicios.

3.9.1 Áreas de Salud

3.9.1.1. *Indicador de eficiencia*

El Indicador de Eficiencia evaluó a 88 Áreas de Salud; se excluyeron del análisis las trece áreas de gestión externa y dos áreas adscritas a hospitales –Área de Salud de Liberia y Área de Salud de Upala. De las 88 unidades evaluadas, 79 presentaron un gasto por consulta de primera vez menor o igual a lo pactado, mientras 9 mostraron un gasto mayor al pactado. En relación con la producción, catorce produjeron menos de lo pactado y en relación con el gasto, 26 gastaron más de lo asignado. Únicamente dos de las unidades produjeron menos y gastaron más de lo pactado. El detalle del número de unidades por región que cumplieron o no la producción y el gasto por consulta pactado se presenta en el cuadro 36.

CUADRO 36

CCSS: NÚMERO DE ÁREAS DE SALUD QUE CUMPLIERON LO PACTADO EN PRODUCCIÓN, GASTO Y COSTO POR CONSULTA. 2006

REGIÓN	Cantidad de unidades que cumplieron					
	Producción		Gasto		Gasto por consulta de primera vez	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
BRUNCA	5	1	5	1	6	0
CENTRAL NORTE	16	5	18	3	20	1
CENTRAL SUR	12	1	9	4	12	1
METROPOLITANAS	9	2	4	7	8	3
HUETAR NORTE	8	0	6	2	8	0
PACIFICO CENTRAL	9	1	8	2	9	1
CHOROTEGA	10	1	7	4	11	0
HUETAR ATLANTICA	5	3	5	3	5	3
TOTAL INSTITUCIONAL	74	14	62	26	79	9

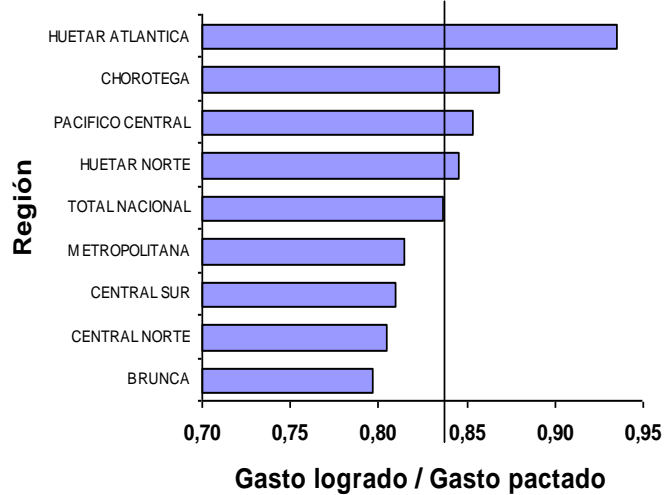
* Gastaron lo que se asignó o menos y produjeron lo que se negoció o más.

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación del Compromiso de Gestión 2006

En el análisis del indicador a nivel regional, se encontró que en todas las regiones el gasto medio fue inferior al pactado, sobresaliendo la Región Brunca con un gasto de 0,8 respecto a lo pactado, producto de una producción de consultas de primera vez superiores en 12% a lo pactado y de un gasto 10% inferior a la asignación. En el otro extremo se encuentra la Región Huetar Atlántica, que produjo un 5% más de lo pactado y gastó un 2% menos de lo asignado. Estos resultados se pueden apreciar en el gráfico 9.

GRÁFICO 9

**GASTO DE LAS CONSULTAS DE PRIMERA VEZ,
EN RELACIÓN CON EL GASTO PACTADO,
SEGÚN REGIÓN, 2006**



FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación del Compromiso de Gestión 2006

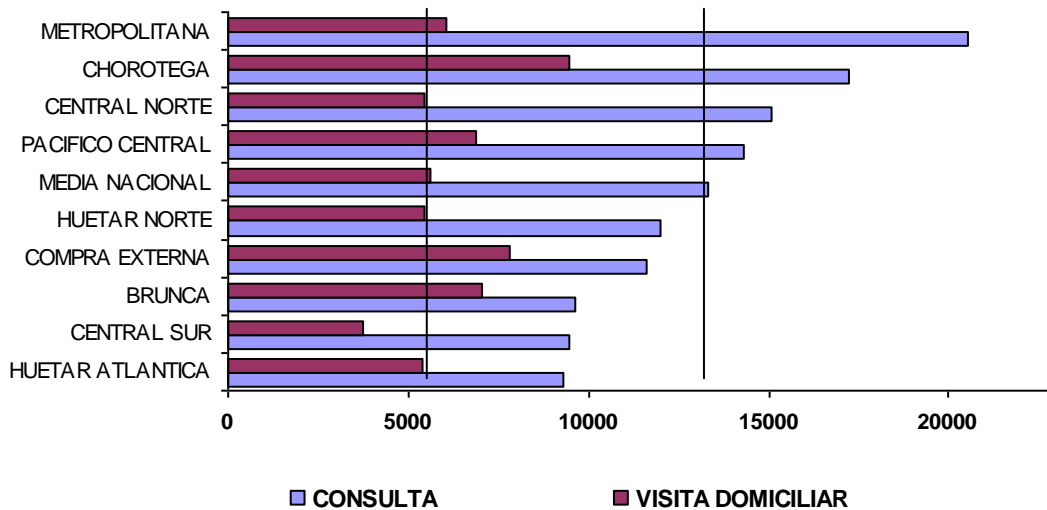
Por debajo de la media institucional de gasto por consulta de primera vez, se encuentran las regiones Brunca, Central Norte, Central Sur y las Clínicas Metropolitanas. Por encima de la media están las regiones Huetar Norte, Pacífico Central, Chorotega y Huetar Atlántica. Este último grupo de regiones se caracteriza por una mayor dispersión de la población, lo que constituye un factor de incremento del costo, debido a la importante porción de costos fijos que tienen las Áreas de Salud y que en estos casos se distribuyen entre una menor cantidad de población. No obstante, la Región Brunca es una de las que tienen mayor dispersión de población y, como ya se mencionó, presentó el menor gasto por consulta de primera vez, lo que podría estar explicado por menores gastos estructurales o mayor demanda de la población²⁵

²⁵ La región Brunca se menciona en diversos estudios como la más postergada en términos de distribución del ingreso, acceso a educación, etc, lo que puede conducir a una mayor utilización de servicios públicos de salud, reflejada en mayores coberturas.

3.9.1.2. *Análisis de costos con base en el SIG*

De las 103 Áreas de Salud, solamente 82 pactaron este indicador; entre las restantes 21 están 6 áreas de gestión externa que no incluyeron este indicador en los contratos, las 2 que están adscritas a hospitales y 13 que alegan no disponer de personal para darle seguimiento al SIG. De las 82 unidades que pactaron este indicador, 9 no lo cumplieron; los costos de las 73 que sí cumplieron con el indicador, según región, se muestran en el gráfico 10.

GRÁFICO 10
CCSS: COSTO MEDIO DE LAS CONSULTAS Y LAS VISITAS
DOMICILIARES, SEGÚN REGIÓN. 2006
(metodología SIG)



Nota: las líneas verticales señalan los costos medios a nivel institucional de la consulta y de la visita domiciliar
Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

La región Huetar Atlántica es la que presenta el menor costo por consulta²⁶ mientras la región Chorotega es la que presenta el mayor, superada sólo por las Clínicas Metropolitanas, que en su mayor parte tienen un segundo nivel de atención. Por debajo de la media nacional de costo por consulta, se encuentran las regiones Huetar Atlántica,

²⁶ A diferencia del indicador de eficiencia, donde la Huetar Atlántica aparece como la de mayor costo por consulta de primera vez, aquí aparece como la de menor costo por consulta; esto se puede explicar por dos razones: en primer lugar, esta región presenta una mayor cantidad de consultas por habitante y, en segundo lugar, la metodología utilizada en uno y otro indicador para medir costos difiere sustancialmente.



Central Sur, Brunca, Huetar Norte y las de compra externa. Por encima de la media están las regiones Pacífico Central, Central Norte, Chorotega y las Clínicas Metropolitanas.

Respecto al costo por visita domiciliar, el menor costo se registra en la Región Central Sur y el mayor en la Región Chorotega. Por debajo de la media institucional están las regiones Central Sur, Huetar Norte y Central Norte; muy cercana a la media institucional está la región Huetar Atlántica y por encima de esta, están las unidades de compra externa, las clínicas metropolitanas y las regiones Pacífico Central, Brunca y Chorotega. Aquí de nuevo el factor dispersión de la población pareciera ser el que más explica las diferencias de costos.

3.9.2 Hospitales

3.9.2.1. *Eficiencia productiva*

El objetivo definido para este indicador fue el de evaluar la relación gasto entre 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 2006, un 87% de hospitales tuvieron la máxima puntuación en dicho indicador. Los centros que incumplieron, en algún grado el indicador son, un nacional y dos periféricos 3.

Los resultados son un poco menos alentadores cuando el indicador se desagrega en los siguientes dos elementos:

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

$$\diamond \text{ Logro de la producción pactada} = \frac{\text{UPH}_{\text{Logradas}}}{\text{UPH}_{\text{Pactadas}}}$$

Para el análisis se supone un cumplimiento en el nivel de ejecución entre el 95% y 105% y en las UPH logradas respecto a las pactadas, porcentajes iguales o superiores a 100.

Luego se ubicaron los hospitales en cuatro cuadrantes según el “cumplimiento” o “no cumplimiento” en cada componente. Se observa en el cuadro 37 que un 50% de los hospitales se ubican en el cuadrante de cumplimiento en ambos componentes del indicador.

CUADRO 37
CCSS: CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES SEGÚN CUMPLIMIENTO EN
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA Y PRODUCCIÓN EN UPH, 2006

		EJECUCIÓN ENTRE EL 97% Y EL 105%	
		Cumple	No Cumple
PRODUCCIÓN EN UPH IGUAL O SUPERIOR AL 100%	Cumple	SAN RAFAEL DE ALAJUELA SAN FRANCISCO DE ASIS DR. MAX PERALTA DR. MAX TERAN VALLS LOS CHILES MONSEÑOR SANABRIA DR. ENRIQUE BALDODANO BRICEÑO LA ANEXION UPALA DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA DR. TOMAS CASAS CASAJUS	DR. RAFAEL A. CALDERON GUARDIA WILLIAM ALLEN SAN CARLOS GOLFITO SAN VITO DE COTO BRUS
	No Cumple	MEXICO DR. CARLOS LUIS VALVERDE VEGA DR. TONY FACIO CASTRO GUAPILES CIUDAD NEILY	SAN JUAN DE DIOS SAN VICENTE DE PAUL

FUENTE: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión 2006

3.9.2.2. Análisis del costo con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG

El objetivo de este indicador es contribuir en la creación y fortalecer una cultura de responsabilidad económica dentro de las unidades, en el sentido de interesarse por el costo de lo que se produce. La pretensión es que el proveedor identifique los focos de ineficiencias reflejadas en los costos de producción del hospital, e implemente medidas correctivas

Se decidió no realizar un análisis de costos por servicios debido problemas de confiabilidad de los datos, principalmente por diferencias en imputación de costos indirectos a cada centro de producción.



Respecto al logro en los componentes del indicador, se tiene que un 96% de los hospitales cumplieron tanto con el cálculo de costos promedios por servicio como en la presentación de un análisis de los datos.

4. CONCLUSIONES

4.1 Áreas de Salud

- La cobertura de hipertensos a nivel institucional es de 85,86% para el año 2006, lo que representa una gran oportunidad para intervenir este grupo e incidir en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.
- A nivel institucional un 23,41% de los diabéticos atendidos en el primer nivel obtuvo un resultado de hemoglobina glicosilada dentro de rangos normales por semestre, esto es importante ya que permite conocer el control glicémico en esta población.
- La realización de perfil de lípidos y categorización del riesgo cardiovascular se desarrolla por primera vez en la totalidad de las áreas de salud del país para el año 2006, lográndose una cobertura institucional del 12,81%. Se obtiene así que de la totalidad de los expedientes evaluados, más de la mitad (64,8%) de los pacientes a los cuales se les realizó perfil de lípidos y categorización de riesgo cardiovascular tienen un riesgo bajo, un 14% tienen riesgo moderado y un 3,7% un riesgo alto. Se hace mención que en un 16,7% de los casos la información que se encontraba en el expediente no era suficiente como para la clasificación de riesgo por parte del evaluador, por lo que no se pudieron incluir en las tres categorías anteriores
- La oportunidad en la atención de la patología cervical alterada en el primer y segundo nivel de atención es de 98,2% y 95,43% respectivamente, lo que implica un gran logro para las áreas de salud, ya que la detección temprana y la atención oportuna de esta patología favorecen a que la incidencia y la mortalidad de la misma tiendan a disminuir.

- Para el programa de niños menores de un año a pesar de obtener coberturas totales altas (mayores al 85%) las coberturas con cumplimiento de criterios a nivel institucional no alcanzan el 70%.
- En los niños de uno a menos de siete años las coberturas totales y con cumplimiento de criterios presentan comportamientos similares no superando el 50% a nivel institucional y de los criterios evaluados el que logró un mayor porcentaje fue la valoración del Estado Nutricional.
- En lo referente a inmunizaciones, las coberturas se mantienen altas para el 2006 con porcentajes sobre el 90%, sobresaliendo la vacunación de SRP que en algunas Áreas de Salud alcanzó el 100%, lo que indica que las acciones tendientes a la educación de la población sobre la importancia de la vacunación así como la facilidad de acceso a estas vacunas está teniendo un impacto positivo.
- Para los adolescentes las coberturas son menores en relación a otros indicadores tanto para la cobertura total como para el cumplimiento de criterios, lo que implica que los mecanismos que utilizan las Áreas de Salud para atraer a este grupo etario no están dando los resultados esperados.
- La atención prenatal presenta coberturas totales superiores al 75%, sin embargo disminuye a 60% en relación al cumplimiento de criterios, lo que se traduce en que aún existe necesidad de fortalecer la atención integral en este grupo.
- Para el indicador de posparto se logró la captación de pacientes en un periodo menor a 45 días en casi el 100% de los casos, lo que refleja el esfuerzo de las Áreas de salud por lograr una captación temprana en este grupo de pacientes.
- En el caso de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar para el año 2006, el 100% de las áreas de salud cumplieron con el registro y la notificación obligatoria de los casos reportados.



4.2 Hospitales

- **Evaluación de la Calidad y Oportunidad de la Atención**

- Con respecto a los indicadores que miden el impacto en la prevención de la enfermedad cardiovascular, en general, en los centros del país, se han logrado índices de adecuado control en más del 40% de la población hipertensa
- En más del 85% de las personas que experimentan un infarto agudo al miocardio, se brindó atención oportuna en los servicios de urgencias de los hospitales mediante la aplicación de la terapia trombolítica.
- Menos del 38% de la población diabética logra índices meta en parámetros de laboratorio (hemoglobina glicosilada y LDL) y cifras adecuadas de presión arterial.
- El trabajo en red de las diferentes unidades, muestra que más del 85% de las pacientes con alguna lesión cervical, es atendida con oportunidad en los hospitales del país, dato relevante, debido a que en nuestro país la patología cervical, constituye uno de los factores de riesgo determinantes para el desarrollo de cáncer de cérvix y es a través de los métodos de detección y tratamiento temprano, que se trata de controlar y disminuir el número de casos.
- A nivel Institucional, el índice operatorio por la vía de ingreso consulta externa de las especialidades de cirugía y ginecología, fue cercano al 80%. Existe gran variabilidad del índice, por la vía de ingreso urgencias especialmente en los servicios de ginecología.
- Con respecto a la estancia preoperatoria igual o mayor a 2 días, se logró una reducción global en los servicios de cirugía y ginecología, el mayor descenso fue en los hospitales nacionales y el menor en los periféricos 1 y 2.
- De las 62526 cirugías realizadas a nivel institucional, se suspendieron 5442 cirugías que representa el 8.7%, de las cuales se logró sustituir 2711 (el 49.92%).

- **Producción Hospitalaria**

- El comportamiento de la producción hospitalaria en las tres áreas de producción pactadas es diferente según nivel funcional hospitalario, destaca el caso del área de urgencias que es mayor que la del área de consulta externa, en los centros regionales y periféricos con respecto a los centros nacionales y especializados, hecho que puede corresponder a una escasa capacidad resolutive de las unidades que conforman la red en estas regiones, de tal modo que ocasiona una mayor demanda del servicio de urgencias.
- Para el año 2006, en el área de Cirugía, poco más de la mitad de la actividad quirúrgica se realiza bajo la modalidad ambulatoria, en tanto, en el área de Ginecología, corresponde a una sexta parte.

4. RECOMENDACIONES

14.1 Áreas de Salud

- Se debe mejorar el cumplimiento de criterios para los diferentes programas ya que a pesar de tener coberturas altas en algunos indicadores, el cumplimiento de criterios no se cumple en la totalidad de ésta cobertura.
- Para la patología cervical es recomendable crear mecanismos para lograr aumentar la captación para la citología especialmente en el grupo etario de menores de 35 años.
- Fortalecer las vías de acceso de los adolescentes a los centros de salud ya sea en forma individual o grupal.



- Involucrar a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en los planteamientos del plan estratégico para unir fortalezas y lograr mas apoyo de la comunidad.
- En el programa de prenatales se debe fortalecer la atención integral ya que esto incide en un menor número de muertes infantiles y maternas y un mayor bienestar a ambos.
- Se debe actualizar la prevalencia de enfermedades crónicas con el fin de tener datos de cobertura más exactos
- Mejorar la gestión para disminuir las oportunidades perdidas en las Áreas de Salud
- Se debe mejorar los sistemas de información para tener datos más exactos de las coberturas del Area de Salud.

14.2 **Hospitales**

- Debido al impacto que las enfermedades cardiovasculares representan en cuanto a incidencia y prevalencia así como las complicaciones y secuelas en la población, los esfuerzos coordinados para incrementar la población con adecuado control de dichas patologías deben continuarse en el sector salud.
- Se deben identificar los factores causales que impactan la producción en el servicio de urgencias de los centros regionales y periféricos, de tal forma que se gestione hacia la optimización de dicho servicio evitando que sean utilizados por motivos de consulta no urgentes y lograr derivar las patologías no complejas o poco complejas, hacia las unidades respectivas de la red.
- Dado que la cirugía ambulatoria representa un esfuerzo de los centros por gestionar hacia la resolución de problemas quirúrgicos de manera eficaz y a un menor costo, debe ser una prioridad institucional que en los diferentes centros

exista un funcionamiento adecuado de las salas de operaciones tanto en lo que respecta a recurso humano como infraestructura, equipamiento y materiales. Se debe recordar que en los servicios quirúrgicos, la operación de las salas de operaciones puede repercutir, no solo en la producción en términos cuantitativos, sino también, en otros indicadores como la estancia media, la estancia preoperatoria, la cantidad de reingresos, el porcentaje de suspensión y sustitución de cirugías.

- Se debe gestionar para mejorar los índices operatorios por la vía de ingreso urgencias tratando de evitar todos los ingresos innecesarios por esta vía que puedan bloquear la adecuada ocupación y utilización de una cama hospitalaria.
- A pesar de la reducción global de la estancia preoperatoria, hay centros en los que no se hace evidente o existió un aumento en relación con el año 2005, por lo que deben crearse estrategias tendientes a disminuirla, mediante una adecuada gestión interna de los centros y la dotación de los recursos necesarios, sobretodo a nivel regional y periférico.
- Los resultados del indicador de eficiencia en el gasto no están ajustados por la casuística de los casos tratados en el hospital, por lo que se recomienda introducir una medida de producción como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) que permiten medir la complejidad del hospital.
- Para el análisis de eficiencia debe implementar una metodología que relacione los insumos utilizados por el hospital con los resultados en términos de GRD u otra medida que considere la complejidad de los casos. La metodología recomendada para analizar eficiencia en salud es el Análisis Envolvente de Datos (DEA)²⁷ o una extensión de este denominado Análisis de Valoración del Análisis de Eficiencia (VEA)²⁸

²⁷ Para más detalle ver a Coelli, T., Rao, D.S.P., Battese, G.E. (1998). An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis, Boston/Dordrecht/London: Kluwer Academic.

²⁸ Para más detalle ver a Halme M., Joro T., Korhonen P., Salo S. y J. Wallenius (1999), "A Value Efficiency Approach to Incorporating Preference Information in Data Envelopment Analysis", *Management Science*, 45(1), 103-115.