

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



**Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud
Informe de Resultados
2011**



Agosto 2012

Coordinación General DCSS

Ana Guzmán Hidalgo

Redacción del documento

Ana Lorena Fernández Chacón
Greivin Juárez Quesada
Oscar Villegas del Carpio

Procesamiento de datos:

Shirley Soto Alpízar
Claudio Cordero Soto

Asesoría presentación gráficos y cuadros:

Miriam León Solís

Revisión de los contenidos:

Edgar Pereira Barrantes
Raúl Sánchez Alfaro

Diseño y edición digital

Oscar Villegas del Carpio

Comité Editorial

Ana Lorena Fernández Chacón
Greivin Juárez Quesada
Miriam León Solís
Oscar Villegas del Carpio

Monografía, San José Costa Rica. Agosto 2012.

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

Correo electrónico: Cindy Cordero Araya, Asistente Área de Investigación, ccorderoa@ccss.sa.cr

Tel: 2539- 0127, Interno: 3809

Fax: 2539- 0119

Apdo. Postal: 10105 -1000

Oficina: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS)

Av. 4, c 5 y 7, Piso 3, Ala este

Este documento puede ser consultado en

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud

La DCSS desea reconocer a los funcionarios de la CCSS de todo el país que participan en la evaluación desde el nivel central, regional y local en la recolección de los datos y revisión de los expedientes clínicos; esfuerzos fundamentales para la realización de este Informe.



Tabla de Contenidos

I. Introducción	5
II. Notas Técnicas	7
III. Desempeño por Intervención	10
A. Acceso	11
1. Tamizaje por hipertensión arterial	12
2. Tamizaje por cáncer cérvico- uterino.....	14
3. Captación temprana de menores de un año.....	17
4. Captación temprana de mujeres embarazadas	20
5. Tamizaje por sífilis en mujeres embarazadas.....	22
6. Tamizaje por VIH- Sida en mujeres embarazadas	24
7. Captación temprana del posparto.....	26
8. Atención del adulto mayor	28
9. Vacunación por influenza en el adulto mayor	30
B. Continuidad	32
1. Atención oportuna a las mujeres con citología cérvico- uterina alterada.....	33
2. Seguimiento del esquema de vacunación en menores de un año	37
3. Detección de anemia en niños	40
4. Tratamiento de anemia en niños	42
5. Prevención de la sífilis congénita	43
6. Atención continua de prenatal a posparto	45
7. Calidad de la referencia en la atención especializada ambulatoria	47
C. Efectividad	49
1. Control de la dislipidemia.....	49
2. Control de la hipertensión arterial.....	52
3. Control de la diabetes mellitus.....	53
4. Reperusión coronaria	58
D. Aceptabilidad	60
E. Eficiencia	61
1. Áreas de Salud	62
2. Consulta Externa Especializada	64
3. Procedimientos Mayores Ambulatorios	67
4. Atenciones de Urgencia en Hospitales.....	68
5. Hospitalización	70
6. Intervenciones Quirúrgicas	77
IV. Conclusiones y Recomendaciones	84
Anexo Estadístico y Metodológico	88
Metodología.....	88
Listado de Unidades de Atención	93
Compendio Estadístico.....	97
Definiciones	106
Abreviaturas y Acrónimos.....	108



Página en blanco



I. Introducción

A raíz de la complejidad y dinamismo de la institución, la evaluación de la prestación de los Servicios de Salud es estratégica, a fin de conocer los cambios requeridos para alcanzar los objetivos trazados. "La información, precisa, confiable y oportuna, es un insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de toma de decisiones"¹.

Así, un mejor conocimiento de la prestación de servicios permitirá a los responsables de la gestión, determinar los condicionantes que inciden en los resultados de la prestación de servicios de salud, así como mejorar la efectividad y la eficiencia con que los recursos se traducen en estos resultados.

A partir del año 2010, la Dirección de Compra de Servicios de Salud adoptó un nuevo enfoque en su accionar, que parte del análisis retrospectivo, la confrontación objetiva de la situación² y la proyección que se desea brindar a la Evaluación de Servicios de Salud, sustentada en un marco conceptual y metodológico desarrollado por la DCSS y aprobado por las autoridades³.

En este nuevo marco, de mejora del desempeño de la prestación de servicios de salud, se pretende robustecer la cultura de rendición de cuentas y contribuir a lograr los objetivos de la C.C.S.S. Por otra parte, se migra del énfasis en los procesos, hacia la medición de resultados de las intervenciones estratégicas en la prestación de servicios de salud para responder a los problemas prioritarios de salud.

La Evaluación de la Prestación de Servicios del 2011 es la segunda concreción del Plan de Compra 2010- 2015⁴ con el enfoque de desempeño, de ahí que los resultados de la evaluación del año 2011 que se recopilan en este Informe, revestían especial importancia para conocer el estado de situación del desempeño institucional y su tendencia. Esto permitiría a los tomadores de decisiones, responsables de la prestación de servicios de salud, implementar medidas para su mejoramiento continuo; además de permitir a la DCSS ajustar los instrumentos y métodos propuestos para la evaluación del desempeño⁵.

Los objetivos propuestos no pudieron ser alcanzados este año por la limitación en la disponibilidad de datos, ya que no fue posible ejecutar el proceso de recolección en todas las unidades, quedando reducido al 43% de las unidades de la CCSS. Esta situación limitó seriamente el alcance de la evaluación (Ver apartado de Notas Técnicas).

¹ Organización Panamericana de Salud. **Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la CCSS**. San José Costa Rica, Julio 2011.

² DCSS, CCSS. Desafíos de Implementación. **Los Compromisos de Gestión en la CCSS 1997- 2007**. Junio 2006.

³ DCSS, CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social**. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. San José, 2008.

⁴ DCSS, CCSS. **Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015**. San José, 2009.

⁵ DCSS, CCSS. **Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud**. 2010.

El propósito del Informe es atraer la atención de los tomadores de decisiones clave, para facilitar la definición de prioridades de acción. Para alcanzar este propósito, el objetivo general del proceso plantea responder a las necesidades de información en gestión para la toma de decisiones, orientada a la mejora del desempeño. Además se pretende describir el estado de situación del desempeño de la prestación de servicios de salud institucional, presentando los resultados en forma objetiva y confiable.

En la Prestación de Servicios de Salud, los Hospitales cumplen un rol fundamental en el logro de los objetivos en el eslabón intermedio de la cadena de atención. El sistema Hospitalario de la C.C.S.S. consta de veintinueve hospitales caracterizados por la complejidad y dinamismo de su prestación⁶, ya que tienen que adecuarse a los nuevos avances científicos y tecnológicos para dar respuesta a las demandas crecientes de la población.

Lo anterior ocasiona un consumo importante y creciente de recursos. Estos centros consumen entre el 50% y el 70% del presupuesto del Sistema de Salud⁷, lo que se refrenda en el caso de la C.C.S.S. (ver Anexo 13 y 14). Este hecho sustenta el interés por la medición del desempeño hospitalario⁸; de ahí que se han venido desarrollando herramientas e implementado una serie de proyectos internacionales para su medición⁹.

Tanto para Hospitales como para Áreas de Salud en este Informe se desglosan los resultados con respecto a las intervenciones estratégicas de las unidades evaluadas; agrupadas en cinco apartados que reflejan los objetivos institucionales de la prestación de servicios de salud.

Se ha procurado enfatizar el apartado de Eficiencia¹⁰, en el marco de evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud, a fin de tener una mejor aproximación, ya que este tema ha sido planteado por las autoridades de la C.C.S.S. como prioritario en la coyuntura actual institucional.

Se agrega y amplía en este Informe, un Anexo Estadístico y Metodológico que agrupa además las definiciones y acrónimos utilizados.

Este documento representa entonces un nuevo esfuerzo de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, por dar una respuesta cada vez más ajustada a las necesidades institucionales, contribuyendo con aportar información oportuna y útil para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión.

⁶ Se clasifican en cuatro grandes categorías: Hospitales Nacionales, Especializados, Regionales y Periféricos.

⁷ OMS. *Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying the concepts and defining the main dimensions*. 2003.

⁸ OMS. *How can hospital performance be measured and monitored* 2003.

⁹ Veillard J et al. *A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH Project*. International Journal for Quality in Health Care 2005.

¹⁰ Martín J, López M. *La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias*. Presupuesto y Gasto Público. 2007.



II. Notas Técnicas

Evaluación limitada a algunas unidades de atención

El proceso de la recolección de datos en el año 2011, a solicitud de la Junta Directiva, se concretó en aquellas unidades que por algún requerimiento institucional o legal era obligatoria su evaluación¹¹. Esto incluye a las Unidades Desconcentradas, de Compra Externa y Centros y Hospitales especializados con un total de 51 establecimientos, que representan el 38% de las unidades.

Además, se agregan las Unidades que se evaluaron en la primera semana del proceso, antes de la solicitud de la Junta Directiva (cinco unidades de Primer Nivel y un Hospital)¹², completando el 43% de las unidades.

En el caso de las Áreas de Salud de Compra Externa, se recopiló información complementaria a la evaluación anual periódica, incluyendo los datos desde Enero 2011 para efectos del Informe, esto obedeció a las diferencias en las temporalidades de los contratos.

A raíz de esta situación, para el año 2012 se trabaja en una nueva metodología de recolección de datos que permita contar con la totalidad de las unidades para que el próximo Informe pueda retomar los objetivos trazados.

Consideraciones en el análisis de los datos

En la elaboración del presente informe, se utilizó como fuente primaria los datos obtenidos en la Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud; además, se incorporaron otras fuentes secundarias de datos, con el objeto de ampliar, relacionar y asociar la información de las Áreas Temáticas incluidas en la evaluación.

El limitado conjunto de unidades evaluadas este año, no permite la agregación de datos por Regiones de Salud o Tipos de Hospitales; situación que procuró ser compensada con otras fuentes de datos institucionales. Vale mencionar que, dicha limitación tampoco permitió hacer comparaciones con períodos anteriores, y los resultados obtenidos no son representativos de la totalidad de las unidades que componen la institución.

Otros aspectos que deben ser considerados al momento de analizar los datos, se explicitan en los recuadros II.1 y II.2.

Recuadro II.1 Prevalencias y población

Es importante reconocer que las estimaciones de prevalencia deben ser interpretadas adecuadamente para no llevar a falsas conclusiones. Anterior al año 2004 no se contaba con estimaciones de prevalencia para las principales enfermedades no transmisibles. Las estimaciones de las encuestas CAMDI-2004 y la de la Vigilancia de Factores de Riesgo- 2010 han sido grandes esfuerzos para permitir contar con esta información tan relevante para planificación y evaluación de la prestación de servicios de salud.

¹¹ CCSS. Artículo 12 de la Sesión Número 8560 de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. 16 de febrero de 2012.

¹² Áreas de Salud de Aguas Zarcas, Alajuela Oeste, Cañas, Ciudad Quesada, Santo Domingo y Hospital de Alajuela

Recuadro II.1 Prevalencias y población

Las dos encuestas presentan diferencias importantes, por lo que no pueden ser comparables. En cuanto a la población encuestada, CAMDI-2004 se realizó en Área Metropolitana de San José mientras la de Vigilancia-2010 se realizó en todo el país. En cuanto a las estimaciones de prevalencia, éstas no sólo difieren en tiempo, lugar y persona, sino además en el resultado. Por ejemplo, CAMDI-2004 estimó un 25,3 (IC₉₅ 21,6- 29,4) de la población adulta con hipertensión en la población metropolitana, mientras la encuesta de Vigilancia-2010 estimó 37,8% (IC₉₅ 32,8- 43,2) para el país.

Los cambios de referente para la prevalencia en los informes anuales de evaluación afectan las estimaciones de coberturas, produciendo un “cambio” falso.

La comparación y valoración de tendencias se hace aún mas compleja al incorporar este año las poblaciones del nuevo censo de población 2011, en vez de utilizar las proyecciones del censo 2000, las cuales presentaron diferencias importantes entre ambas (ver Anexo Estadístico y Metodológico).

Lo descrito se traduce en la imposibilidad de utilizar los datos de informes anuales anteriores como comparación para estas intervenciones de salud.

FUENTES:

CCSS, OPS. **Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas.** Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). San José, 2010.

CCSS, Sub Área de Vigilancia Epidemiológica. **Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular.** DDSS, Área de Salud Colectiva. San José, 2011.

Recuadro II.2 Cobertura Institucional y Cobertura Nacional

Las intervenciones en salud, para que sean efectivas en la prestación de servicios de salud, deben tener una amplia cobertura poblacional. En los Informes de la DCSS se anotan sólo las coberturas institucionales. Para conocer las coberturas nacionales se deben recopilar los registros por el Ministerio de Salud de las intervenciones que se realizan en los servicios de salud privados, así como las realizadas en Medicina Mixta y de Medicina de Empresa. Son pocas las fuentes que citan coberturas nacionales; cuando están disponibles, se citan como referentes en el Informe.

Se utilizan los datos de cobertura del Primer Nivel de Atención, considerando las consultas de primera vez en el año y la población adscrita al establecimiento que reporta las consultas. Los datos de actividades realizadas por ATAP, consultas especializadas y otros tipos de atención institucional no se agrupan al no poder discriminar si se trata de las mismas personas que reciben los diferentes tipos de atención. Un sistema de información que pueda brindar los datos de las personas, en vez de los datos de las actividades de las unidades de prestación, permitiría la agrupación para contar con un panorama mas amplio en cuanto a cobertura institucional y sus componentes.

La calidad del dato continúa siendo una preocupación desde los primeros informes, pese a que las diferencias encontradas en lo que las unidades manejan y reportan al Área de Estadística de Salud (AES) cada año es menor. En algunos años no se pueden hacer comparaciones, ya que el AES no reporta periódicamente el detalle de información necesario, por ejemplo en las coberturas por grupo de edad.



Recuadro II.2 Cobertura Institucional y Cobertura Nacional

A pesar de la incertidumbre con respecto a las coberturas a nivel nacional, es útil contrastar los datos institucionales con otros datos en el país como la incidencia y mortalidad, que son impactos esperados de las intervenciones, pero no necesariamente atribuibles exclusivamente a las intervenciones desarrolladas en la C.C.S.S.

FUENTE: DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

Por otra parte, debido a la poca disponibilidad de información, se optó por no realizar el análisis referente a la gestión en los servicios de urgencias del segundo nivel ambulatorio no hospitalario, incorporado en el Plan de Evaluación 2010- 2015.

La producción hospitalaria es heterogénea y difícil de comparar, ya que difiere entre sí, no solo por las características propias de los centros, sino también, por los diferentes grados de complejidad y severidad de los pacientes que son atendidos¹³.

Estos indicadores tienen la limitante de no tomar en cuenta la variabilidad derivada de las características de los pacientes atendidos; lo cual hace necesario recurrir a estrategias de ajuste de riesgos¹⁴.

En el Informe 2010¹⁵, los indicadores de producción hospitalaria (egresos hospitalarios y otros) fueron ajustados utilizando los pesos relativos de los Grupos de Diagnóstico Relacionado (GRD)¹⁶; sin embargo, para el período 2011, no fue posible repetir el método de ajuste, ya que no se contó con la información referente a los GRD al momento de la elaboración del informe.

En el análisis de los datos, se hace referencia a los resultados obtenidos en el año 2010¹⁷, con el propósito de brindar elementos del comportamiento institucional promedio de las distintas intervenciones, que permiten contextualizar los resultados del año 2011. En la dimensión de Eficiencia, específicamente para Hospitales, se hace una confrontación con el período 2007.

Las Certificaciones

El Plan de Evaluación 2010- 2015¹⁸ contempla la utilización de Certificaciones emitidas por entidades externas a la DCSS, para evaluar algunas acciones en los centros de atención. Estas Certificaciones, con los correspondientes responsables de la recolección, procesamiento, análisis y difusión de los datos, se anotan en el Anexo Estadístico y Metodológico de este Informe.

¹³ McKee M, Healy J. *The role and function of hospitals In Hospitals in a changing Europe*. WHO; 2002: 59-80

¹⁴ Martín J. López M.P. *La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias*. Presupuesto y Gasto Público 2007.

¹⁵ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

¹⁶ Morera M. **Desempeño hospitalario en Costa Rica: Algunos resultados generales**. DCSS, CCSS. 2012.

¹⁷ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación**. San José, DCSS. 2010

¹⁸ DCSS, CCSS. **Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015**. San José, Mayo 2009.

Alcance de la evaluación

No por reiterado, debe dejar de mencionarse que la evaluación del desempeño no puede ni debe abordar la totalidad de la oferta de servicios que se brinda en la institución, ya que se concentra en el seguimiento a las intervenciones estratégicas priorizadas institucionalmente, que buscan incidir en los principales problemas de salud del país.

Los contenidos de la evaluación se concretan, por medio del proceso de planificación, en un documento que define las bases técnicas, metodológicas y operativas utilizadas para su construcción¹⁹.

Se espera que el análisis de los resultados del informe, sobre la situación del desempeño, y su posterior discusión con los grupos técnicos y de gestión, y sus acciones derivadas, promueva una mejora del desempeño en la prestación de servicios de salud evaluados y su consecuente mejora en la respuesta a los problemas prioritarios de salud de la población adscrita a éstas unidades.

III. Desempeño por Intervención

De acuerdo al marco conceptual y metodológico desarrollado, se entiende por desempeño "el grado en que un sistema alcanza sus objetivos"²⁰. Por ende, se parte de los objetivos institucionales modelados en el Plan Estratégico Institucional²¹ en relación a la prestación de servicios de salud, los cuales se traducen en cinco Dimensiones, que constituyen las diferentes ópticas desde las cuales se evalúa la prestación. Estas Dimensiones constituyen los diferentes apartados de este capítulo central.

Teniendo como marco de referencia los objetivos de la prestación, éstas se operativizan por medio de Áreas Temáticas, que representan la priorización institucional de problemas y necesidades de salud de la población, los grupos vulnerables de la población o los servicios²². Cada una de las Áreas Temáticas se concretó en intervenciones estratégicas, las cuales constituyen la esencia de la prestación de servicios. Las intervenciones se entienden como "el conjunto de acciones cuya aplicación integrada, adecuada y oportuna en presencia de un problema determinado, produce un efecto conocido sobre la salud"²³.

No todas las intervenciones posibles para cada Área Temática pueden ser medidas, sino las más relevantes a los usuarios relacionadas con los resultados. En este nuevo enfoque, como producto de la aplicación de la intervención, se busca medir el resultado por medio de indicadores.

En aquellas intervenciones que se consideraron de alto valor para la medición del desempeño, pero se encontraban en etapas preliminares de implementación, se

¹⁹ DCSS, CCSS. **Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015**. San José, Mayo 2009.

²⁰ DCSS, CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social**. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. San José, Mayo 2009.

²¹ CCSS. **Una CCSS Renovada hacia el 2025**. Políticas Institucionales 2007- 2012, Planeamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones. San José, 2007.

²² DCSS. **Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015**. CCSS. San José, 2009.

²³ CCSS. **Plan de Atención a la Salud de las personas 2001- 2006**. 2000.

introdujeron indicadores para la evaluación en forma escalonada iniciando con indicadores de registros e información que permitan luego evolucionar a indicadores de proceso y posteriormente a indicadores de resultados, iniciando con aquellos más factibles de medir²⁴. En este sentido, la evaluación de la prestación de los servicios de salud del año 2011 contempló este tipo de indicadores, que tendrán que permanecer hasta tanto no se cuente con la plataforma institucional que permita medir resultados de las intervenciones priorizadas.

En este capítulo se presentan los resultados de las intervenciones definidas en la evaluación de la prestación de servicios de salud del año 2011, de las Áreas de Salud y Hospitales disponibles, representando el desempeño logrado por intervención.

A. Acceso

El acceso a los Servicios de Salud, es un elemento clave en la prestación, que permite evaluar la disponibilidad de los recursos y servicios, y en qué medida estos dan respuesta a la demanda, mostrando así la interacción entre la oferta de servicios y la demanda de los usuarios.

La dimensión de acceso se define como "la facilidad con que las personas pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado"²⁵.



La accesibilidad a los servicios de salud ha sido una preocupación constante de dar seguimiento por parte de la Evaluación de la Prestación²⁶.

En el Primer Nivel de Atención la dimensión de acceso adquiere una connotación especial al considerarse este nivel como la puerta de entrada a la red de servicios de salud, por lo que en la evaluación se ha brindado énfasis a la acepción de acceso oportuno en la atención a los grupos vulnerables y de detección oportuna de problemas de salud.

La cobertura permite conocer el alcance de las intervenciones en cada grupo de edad. Por las limitaciones descritas en el apartado de Notas Técnicas no fue posible conocer este año las coberturas por grupo de edad. Las coberturas de consultas en la población general atendida en el Primer Nivel de Atención se presentan en el siguiente Gráfico A.

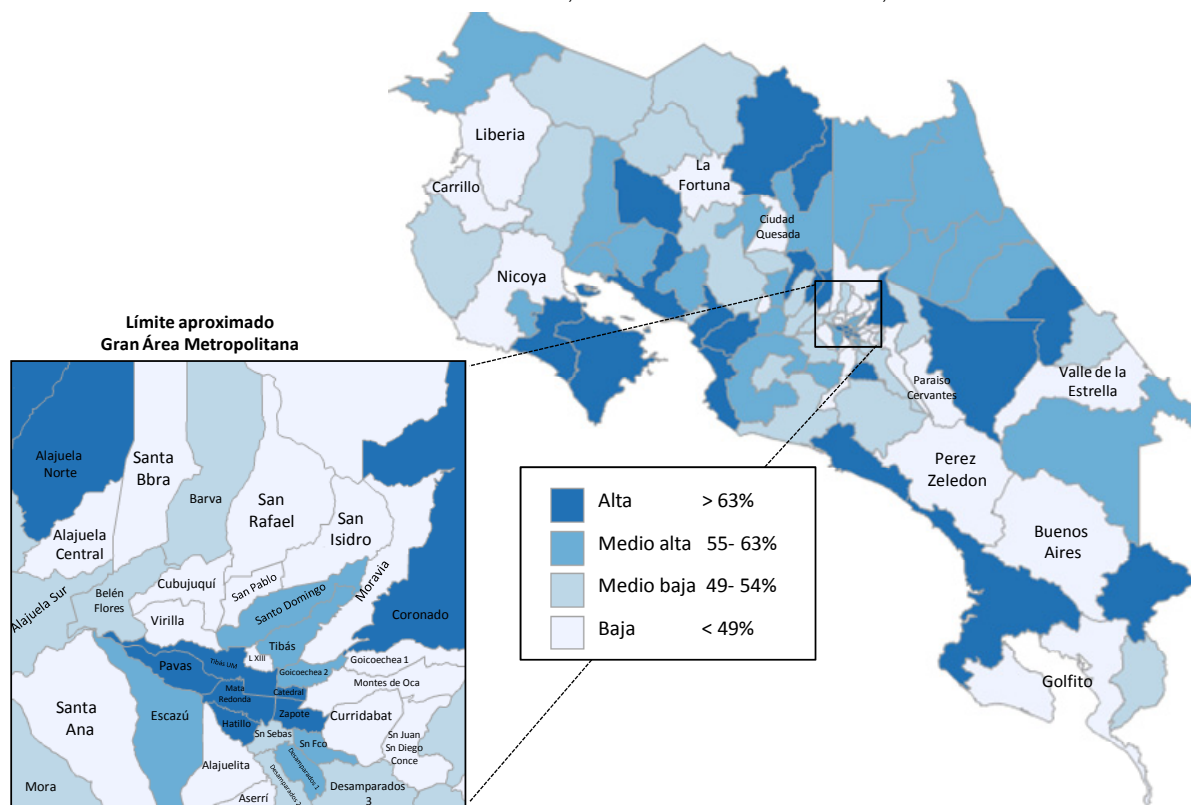
²⁴ DCSS, CCSS. **Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015**. San José, 2009.

²⁵ DCSS, CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social**. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. San José, 2008.

²⁶ DCSS, CCSS. **Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015**. San José, 2009.

GRAFICO A.

C.C.S.S: COBERTURA DE CONSULTA DE SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIÓN GENERAL POR ÁREA DE SALUD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2011



FUENTE: Elaborado a partir de datos del Área de Estadística en Salud, Primer Nivel de Atención, CCSS. 2011.

La cobertura de consultas médicas en el Primer Nivel de Atención para el año 2011 fue de 55%, con una concentración promedio de 3,02²⁷. Es decir, el 55% de la población del país tuvo al menos una consulta en el Primer Nivel durante este año y, en promedio, cada una de las personas que consultó tuvo tres consultas en el mismo año.

1. Tamizaje por hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una carga importante de enfermedad y altos costos individuales y sociales en los cuidados de salud, ya que las personas con hipertensión están en riesgo aumentado de complicaciones como la enfermedad coronaria y vascular cerebral. La HTA es el principal riesgo global para mortalidad en el mundo, siendo responsable del 13% de las muertes²⁸, pese a ser relativamente fácil de detectar y contar con tratamiento que redundará en beneficios dramáticos para las personas.

²⁷ CCSS. Área de Estadística en Salud. 2011.

²⁸ WHO. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2009.

En Costa Rica, la HTA es un factor de riesgo para las Enfermedades del Sistema Circulatorio, grupo de causas que ocasionó el 29,2% (5.483 personas) de las muertes en el año 2011²⁹. La prevalencia nacional de hipertensión se estima en 37.8% (31.5% casos conocidos y 6.3% casos no conocidos)³⁰.

En el marco de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, durante varios años se dio seguimiento al tamizaje oportunístico de esta patología en las personas atendidas en el escenario de los servicios de salud, llegándose a contar con un 98% de las personas atendidas con toma de presión arterial. Los resultados de estudios posteriores, indican que aún existe gran cantidad de personas sin diagnosticar, por lo que es necesario ampliar el seguimiento al tamizaje poblacional en el escenario domiciliario, principalmente y de ser posible, en el comunitario y laboral³¹.

El tamizaje de la hipertensión, puede identificar personas con un riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular; en conjunto con la referencia a los servicios de salud para la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno, contribuye a prevenir las complicaciones, por lo que cuenta con el grado mas alto de recomendación³².

CUADRO A.1.1

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ¹	COBERTURA	
			Personas tamizadas	Porcentaje
2556	Abangares	6.028	1.744	29
2473	Aguas Zarcas	14.457	960	7
2590	Barranca	18.186	9.274	51
2131	Barva	19.212	6.430	33
2233	Belén Flores	20.929	3.650	17
2732	Buenos Aires	16.845	8.911	53
2555	Cañas	11.780	4.247	36
2652	Cariari	23.157	4.430	19
2586	Chacarita	9.211	4.976	54
2483	Ciudad Quesada	20.729	3.452	17
2217	Coronado	42.957	14.359	33
2343	Curridabat	31.829	8.613	27
2317	Desamparados 2	15.547	3.794	24
2552	Esparza	12.778	3.595	28
2345	Escazú	27.603	7.064	26
2312	Hatillo	24.166	11.023	46
2319	La Carpio-León XIII	15.934	7.205	45
2352	Los Santos	15.141	8.863	59
2311	Mata Redonda-Hospital	13.660	1.565	11
2346	Montes de Oca	27.787	8.010	29
2235	Naranjo	18.187	4.838	27
2252	Palmares	16.263	2.207	14
2218	Pavas	33.121	15.242	46
2579	Peninsular	11.079	4.388	40
2331	Puriscal-Turubares	17.494	14.143	81
2347	San Sebastián -Paso Ancho	19.452	7.645	39
2349	San Juan - San Diego Concepción	22.543	9.042	40
2318	San Francisco - San Antonio	34.804	6.332	18
2230	San Pablo de Heredia	12.786	4.515	35

²⁹ INEC. Total de defunciones por grupos especiales de edades, según grandes grupos de causa. Datos Preliminares 2011.

³⁰ CCSS, Sub Área de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. DDSS, Área de Salud Colectiva. 2011.

³¹ DCSS, CCSS. Ficha Técnica: Detección oportuna de las personas con hipertensión arterial en los escenarios domiciliario, comunal y laboral. Código 1-01-01-1-1. abril 2009.

³² U.S. Preventive Services Task Force –USPSTF. *Screening for High Blood Pressure in Adults*, December 2007.

CUADRO A.1.1

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ¹	COBERTURA	
			Personas tamizadas	Porcentaje
2387	Santa Ana	23.408	9.822	42
2531	Santa Cruz	25.342	7.321	29
2231	Santo Domingo de Heredia	15.578	2.566	16
2219	Tibás	24.179	2.547	11
2213	Tibás -Merced- Uruca	20.194	2.433	12
2272	Zarcelero	6.594	2.903	44

¹ Se calcula con el 84% de la población de 20 años y más, considerando un 16% de hipertensos conocidos, según Ficha Técnica 1-01-01-1-1. .

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

Los resultados de la evaluación muestran una cobertura de tamizaje en las Áreas de Salud altamente variable, con valores desde 7% al 81% en el grupo evaluado (ver Cuadro A.1.1). El promedio institucional, en el año 2010³³, fue de 26%.

Las estimaciones de prevalencia sugieren, que existe una gran proporción de personas de 20 años y más que no han sido identificadas como hipertensas y que requieren ser tratadas oportunamente, para evitar las complicaciones de este problema de salud y reducir costos al sistema.

Se ha recomendado una cobertura de tamizaje no menor al 90%³⁴. En el año 2010, se estima que la cobertura lograda fue de 79%, respecto a la población blanco de 20 años y más, considerando: el 53% de cobertura de la población blanco a nivel de los servicios de salud (98% de personas tamizadas en consulta) y el 26% detectada en escenarios fuera de los servicios de salud³⁵. Esto sugiere, que se deben realizar mayores esfuerzos para alcanzar una cobertura que permita ulteriormente prevenir las complicaciones por este problema de salud.

2. Tamizaje por cáncer cérvico-uterino

El cáncer cérvicouterino sigue siendo un problema importante de salud entre las mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la Región de las Américas³⁶.

A nivel nacional, por cáncer, es el tercer lugar de incidencia en mujeres y es la cuarta causa de muerte³⁷. El Ministerio de Salud documenta la reducción de la tasas de ajustadas por 100.000 mujeres, del 2000 al 2006 en incidencia de 50,5 a 35,1 y la de mortalidad del 2000 al 2009 de 7,9 a 5,8.

El tamizaje con programas organizados o sistemáticos usando frotis cervicovaginal, ha mostrado ser efectivo en disminuir la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad.

³³ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación** 2010. San José, 2011.

³⁴ Healthy People 2020. **Heart Disease and Stroke Objectives**. Washington, D.C. February 2010.

³⁵ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación** 2010. San José, 2011.

³⁶ Lewis, Merle J. **Análisis de la Situación del Cáncer Cérvicouterino en América Latina y el Caribe**. Washington, D.C. OPS: 2004.

³⁷ Ministerio de Salud. **Indicadores Básicos**. San José, 2010.



El tamizaje oportunístico o circunstancial, también disminuye las tasas de cáncer cervical, aunque no en el grado de los programas organizados³⁸.

La población blanco para el tamizaje es "Toda mujer de veinte años y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales, sin importar su condición de asegurada". La concentración definida es una citología cada dos años, con una meta de cobertura de 85%³⁹.

El tamizaje que se realiza a nivel institucional es principalmente oportunístico, sin embargo, Costa Rica es vista a nivel internacional, como uno de los países que ha tenido éxito con este tipo de tamizaje⁴⁰. Para la detección se utiliza la citología o prueba de Papanicolaou.

La evaluación mide la cobertura de tamizaje en dos grupos de edad, de 20 a 34 años y de 35 años y más⁴¹, con el objeto de dar seguimiento especialmente al segundo grupo, debido a que en este período aumenta la prevalencia de cáncer cérvico-uterino.

CUADRO A.2.1

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE PERSONAS CON
CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO 2011		COBERTURA 2011			
		20-34 años	≥ 35 años	Personas tamizadas 2010- 2011		Porcentaje	
				20- 34 años	≥ 35 años	20-34 años	≥ 35 años
2556	Abangares	1.624	2.823	608	1.210	37	43
2473	Aguas Zarcas	4.689	5.846	1.273	2.044	27	35
2590	Barranca	5.474	8.529	1.614	2.422	29	28
2131	Barva	5.636	8.945	2.594	4.606	46	51
2233	Belén Flores	6.032	9.886	1.094	2.600	18	26
2732	Buenos Aires	5.396	6.846	2.263	3.097	42	45
2555	Cañas	3.473	5.389	1.075	2.408	31	45
2652	Cariari	7.061	9.697	3.025	4.758	43	49
2586	Chacarita	2.600	4.284	1.248	2.142	48	50
2483	Ciudad Quesada	6.495	9.396	1.866	3.364	29	36
2217	Coronado	12.411	20.891	4.596	11.775	37	56
2343	Curridabat	9.378	15.755	2.999	5.645	32	36
2317	Desamparados 2	4.139	8.152	1.859	4.299	45	53
2552	Esparza	3.624	6.005	1.308	2.740	36	46
2345	Escazú	7.633	14.151	2.106	4.059	28	29
2312	Hatillo	6.584	12.619	2.756	5.802	42	46
2319	La Carpio-León XIII	5.137	7.245	3.040	3.083	59	43
2352	Los Santos	4.333	6.790	1.599	3.488	37	51
2311	Mata Redonda-Hospital	3.698	6.994	1.556	2.831	42	40
2346	Montes de Oca	8.480	13.511	2.326	4.702	27	35
2235	Naranjo	5.222	8.586	1.911	4.092	37	48
2252	Palmares	4.466	7.788	1.423	3.355	32	43
2218	Pavas	10.120	15.962	5.623	9.508	56	60

³⁸ Anttila, A et al. *Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries* British Journal of Cancer & Cancer Research 91, 935 – 941. UK, 2004.

³⁹ Decreto N° 33119-S publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 del 7 de Julio 2006. **Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero, para el I y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología.** 2006.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. **Estrategia y Plan de acción Regionales sobre la Prevención y el Control del cáncer cérvico-uterino.** Washington D.C. 2008.

⁴¹ DCSS, CCSS. Ficha técnica: **Tamizaje para Detección Temprana de Cáncer Cérvico-uterino.** Código 1-02-02-1-1. abril 2009.

CUADRO A.2.1

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE PERSONAS CON
CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO 2011		COBERTURA 2011			
				Personas tamizadas 2010- 2011		Porcentaje	
		20-34 años	≥ 35 años	20- 34 años	≥ 35 años	20-34 años	≥ 35 años
2579	Peninsular	3.132	4.855	963	1.773	31	37
2331	Puriscal-Turubares	4.572	8.323	2.344	5.205	51	63
2347	San Sebastián -Paso Ancho	5.529	9.641	568	1.166	10	12
2349	San Juan - San Diego Concepción	7.167	10.241	2.177	3.709	30	36
2318	San Francisco - San Antonio	10.949	16.124	7.463	4.360	68	27
2230	San Pablo de Heredia	3.698	6.149	1.523	2.896	41	47
2387	Santa Ana	7.086	11.051	3.485	5.025	49	45
2531	Santa Cruz	7.016	11.768	2.638	6.710	38	57
2231	Santo Domingo de Heredia	4.117	7.847	705	1.751	17	22
2219	Tibás	6.286	12.988	2.028	5.292	32	41
2213	Tibás -Merced- Uruca	6.021	9.818	2.412	4.037	40	41
2272	Zarcelero	1.886	2.937	908	1.526	48	52

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

Los resultados, en las Áreas de Salud evaluadas, muestran diferencias importantes de las coberturas en ambos grupos de edad. El grupo de edad mayor o igual a los 35 años muestra coberturas superiores al grupo de mujeres con menos de 35, en catorce Áreas de Salud.

La cobertura de una citología cada dos años ha requerido, desde el año 2010, un proceso de depuración de datos, a fin de no duplicar los registros referentes a casos en los cuales la citología se hubiese realizado cada año. Sin embargo, es probable que se mantengan algunos problemas en la calidad del dato. En el año 2010⁴² la cobertura institucional fue de 33%. En menores de 35 años, fue de 31% y de 35% en las mayores de 35 años y más.

En Informes de resultados anteriores, se ha venido planteando la preocupación por las bajas coberturas institucionales, pese a los esfuerzos por los servicios para aumentarlas. A pesar de la incertidumbre con respecto a la cobertura de tamizaje a nivel nacional, en el país se han observado disminuciones en incidencia y mortalidad, que son impactos esperados de la detección temprana, pero no necesariamente atribuibles exclusivamente a esta intervención institucional.

En la actualidad, la recomendación de realizar el tamizaje del cáncer cérvicouterino, es cada tres años, a mujeres en edades de 21 a 65 años. Hay evidencia suficiente que en mujeres mayores de 65 años, con resultados previos negativos y ausencia de factores de riesgo, la prueba ofrece poco o ningún beneficio⁴³.

Se debe continuar a nivel institucional examinando los elementos que favorecen o limitan los resultados de esta intervención, con el objeto de aumentar la cobertura institucional y por ende contribuir en la cobertura nacional. El incremento de la

⁴² DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación** 2010. San José, 2011.

⁴³ U.S. Preventive Services Task Force **Screening for Cervical Cancer**, 2012.

capacidad instalada⁴⁴ para poder procesar las citologías, se espera redunde en la posibilidad de realizar mayores incrementos en la cobertura de tamizaje.

3. Captación temprana de menores de un año

Existe evidencia creciente que el cuidado de los niños en los primeros años de vida influye en sus aptitudes de adaptación y su salud por el resto de sus vidas. Existen etapas críticas en el desarrollo de los menores; concentrar intervenciones en el período neonatal proporciona excelentes resultados para la salud infantil⁴⁵.

A nivel mundial se indica que 4 millones de niños mueren cada año en el primer mes de vida. En el 2010, la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica fue de 9,5 por mil; la tasa de mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida) fue de 6,8 por mil⁴⁶. En cuanto a ésta última, en América Latina sólo Chile y Cuba presentan tasas menores que Costa Rica⁴⁷.

La detección y captación temprana⁴⁸, entendida como la atención del recién nacido en los primeros ocho días de vida, es esencial para cumplir el objetivo de oportunidad en la identificación de alteraciones que pueden ser modificables y orientar para un desarrollo óptimo y saludable⁴⁹.

En la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud se ha priorizado la detección temprana como oportunidad en el acceso, brindándose seguimiento además a la cobertura de menores de un año⁵⁰.

CUADRO A.3.1

C.C.S.S: NACIMIENTOS, TOTAL DE ATENDIDOS Y COBERTURAS
DE MENORES DE UN AÑO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	NACIMIENTOS 2011 ^a	MENORES ATENDIDOS	COBERTURA ¹
				Porcentaje
2556	Abangares	231	233	100
2473	Aguas Zarcas	758	690	91
2590	Barranca	808	600	74
2131	Barva	572	602	100
2233	Belén Flores	684	399	58
2732	Buenos Aires	961	913	95
2555	Cañas	531	506	95
2652	Cariari	1.147	1.076	94
2586	Chacarita	415	310	75
2483	Ciudad Quesada	840	739	88
2217	Coronado	1.473	1.387	94
2343	Curridabat	1.020	894	88
2317	Desamparados 2	1.258	928	74
2552	Esparza	459	443	97
2345	Escazú	980	718	73
2312	Hatillo	784	789	100

⁴⁴ Solís M. **CCSS pone en marcha plan para acelerar lectura de citologías**. Noticias CCSS, San José, 10 de Agosto de 2012.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. **Salud de la Población, La Perspectiva Canadiense**. Washington D.C. 2000.

⁴⁶ INEC. **Mortalidad Infantil y Evolución Reciente**. Boletín Anual. 2010.

⁴⁷ UNICEF. **The State of de World's Children- Child Survival**. 2008.

⁴⁸ DCSS, CCSS. **Ficha técnica: Captación temprana de los niños (as) menores de un año de edad**. Código 1-03-03-1-1. abril 2009.

⁴⁹ CCSS. **Normas de Atención Integral del Niño**. Primer Nivel de Atención. 2000.

⁵⁰ DCSS, CCSS. **Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015**. San José, 2009.

CUADRO A.3.1

C.C.S.S: NACIMIENTOS, TOTAL DE ATENDIDOS Y COBERTURAS
DE MENORES DE UN AÑO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	NACIMIENTOS 2011 ^a	MENORES ATENDIDOS	COBERTURA ¹
				Porcentaje
2319	La Carpio-León XIII	914	915	100
2352	Los Santos	632	470	74
2311	Mata Redonda-Hospital	645	589	91
2346	Montes de Oca	733	654	89
2235	Naranjo	583	553	95
2252	Palmares	481	401	83
2218	Pavas	1.301	1.348	100
2579	Peninsular	386	406	100
2331	Puriscal-Turubares	474	438	92
2347	San Sebastián -Paso Ancho	623	431	69
2349	San Juan - San Diego Concepción	539	678	100
2318	San Francisco - San Antonio	429	355	83
2230	San Pablo de Heredia	370	369	100
2387	Santa Ana	778	686	88
2531	Santa Cruz	901	767	85
2231	Santo Domingo de Heredia	405	215	53
2219	Tibás	526	440	84
2213	Tibás -Merced- Uruca	876	843	96
2272	Zarcelero	254	176	69

¹ Se calcula con nacimientos reportados por INEC durante 2011 a Marzo 2012.

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

CUADRO A.3.2

C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DE MENORES DE
UN AÑO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	MENORES ATENDIDOS	CAPTACIÓN TEMPRANA
			Porcentaje
2556	Abangares	233	70
2473	Aguas Zarcas	690	97
2590	Barranca	600	74
2131	Barva	602	73
2233	Belén Flores	399	87
2732	Buenos Aires	913	37
2555	Cañas	506	81
2652	Cariari	1.076	90
2586	Chacarita	310	95
2483	Ciudad Quesada	739	95
2217	Coronado	1.387	77
2343	Curridabat	894	76
2317	Desamparados 2	928	73
2552	Esparza	443	73
2345	Escazú	718	66
2312	Hatillo	789	63
2319	La Carpio-León XIII	915	67
2352	Los Santos	470	90
2311	Mata Redonda-Hospital	589	56
2346	Montes de Oca	654	64
2235	Naranjo	553	85
2252	Palmares	401	71
2218	Pavas	1.348	65
2579	Peninsular	406	69
2331	Puriscal-Turubares	438	87
2347	San Sebastián -Paso Ancho	431	61
2349	San Juan - San Diego Concepción	678	74



CUADRO A.3.2
C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DE MENORES DE
UN AÑO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	MENORES ATENDIDOS	CAPTACIÓN TEMPRANA
			Porcentaje
2318	San Francisco - San Antonio	355	69
2230	San Pablo de Heredia	369	70
2387	Santa Ana	686	76
2531	Santa Cruz	767	92
2231	Santo Domingo de Heredia	215	100
2219	Tibás	440	73
2213	Tibás -Merced- Uruca	843	77
2272	Zarcelero	176	70

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

En general, las coberturas son altas en la mayoría de los establecimientos disponibles para evaluación en el 2011. Contar con coberturas altas brinda un marco de referencia para analizar la captación temprana de los menores de un año, ya que se trata de una proporción importante de menores atendidos (ver Cuadro A.3.1).

En el año 2010, la evaluación de esta intervención mostró que a nivel institucional el 72% de los menores fueron captados a los ocho días o antes, lo que significó un avance importante comparado con los datos de los tres años anteriores (49%, 57% y 56% respectivamente para cada año)⁵¹.

Intervenciones como ésta, simple, confiable y con el potencial para ahorrar vidas está ya disponible en la Institución. El desafío es asegurar que se brinde como un continuo, la atención materna y del recién nacido y que alcance al grueso de la población infantil, especialmente a quienes viven en condiciones socio-económicas deprimidas.

Debe llamar la atención de las autoridades, el Área de Salud de Buenos Aires, que haya alcanzado el porcentaje de captación temprana más bajo (37%), siendo este uno de los cantones con mayor rezago en el país (ubicado en la posición 74 del Índice de Desarrollo Humano cantonal⁵²); tal situación cobra mayor relevancia en el ámbito de la dimensión de acceso, ya que podría tener relación con las características geográficas y la dispersión de los asentamientos humanos localizados en esa Área de Salud.

Las mejoras significativas en el período neonatal temprano dependerán de las intervenciones esenciales para las madres y los niños antes, durante e inmediatamente después de nacimiento.⁵³ La atención de menores de un año es percibida como prioritaria en el país, sin embargo, es evidente que se debe seguir insistiendo en lograr que los niños atendidos, en su gran mayoría sean captados tempranamente, brindándoles la atención adecuada para prevenir problemas de salud evitables.

⁵¹ DCSS, CCSS. Informe de Evaluación 2010. San José, 2011.

⁵² PNUD. Atlas del Desarrollo Humano Cantonal. Costa Rica, 2011.

⁵³ UNICEF. The State of the World's Children. 2008.

4. Captación temprana de mujeres embarazadas

La Atención Prenatal, definida como un conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud con el objeto de identificar condiciones de riesgo para las madres como a sus menores⁵⁴, es una de las principales estrategias para favorecer la salud de las mujeres y los niños, ya que permite evitar problemas de salud, discapacidades y muertes e iniciar el ciclo de vida con las mejores condiciones posibles.

Esta estrategia cuando se realiza adecuadamente puede contribuir en forma importante a disminuir la mortalidad materna. En Costa Rica, la mortalidad materna presenta tasas muy fluctuantes a través de los años, por ser números relativamente pequeños. En el año 2010 fue de 2,11 por 10.000 nacidos vivos, que corresponde a 15 defunciones⁵⁵. Aunque es una tasa baja, comparada con otros países de la región de las Américas, presenta aún espacio de mejora.

La detección de forma oportuna a las mujeres gestantes en el primer trimestre de embarazo (13 semanas⁵⁶), es la intervención a la que se le da seguimiento en la Evaluación de la Prestación, como una medida de acceso oportuno a los servicios⁵⁷.

Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar problemas del sistema reproductivo, e identificar a tiempo los embarazos de riesgo en función de los antecedentes y de los hallazgos clínicos y de laboratorio, aumentando la posibilidad de brindar atención obstétrica adecuada para la mujer y su niño⁵⁸.

CUADRO A.4.1

C.C.S.S: COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	EMBARAZOS ESPERADOS ²	MUJERES ATENDIDAS	COBERTURA ¹
				Porcentaje
2556	Abangares	254	258	100
2473	Aguas Zarcas	834	661	79
2590	Barranca	889	569	64
2131	Barva	629	510	81
2233	Belén Flores	752	455	60
2732	Buenos Aires	1.057	930	88
2555	Cañas	584	501	86
2652	Cariari	1.262	1.114	88
2586	Chacarita	457	375	82
2483	Ciudad Quesada	924	857	93
2217	Coronado	1.620	1.499	93
2343	Curridabat	1.122	897	80
2317	Desamparados 2	1.384	781	56
2552	Esparza	505	459	91
2345	Escazú	1.078	739	69
2312	Hatillo	862	740	86
2319	La Carpio-León XIII	1.005	783	78
2352	Los Santos	695	432	62
2311	Mata Redonda-Hospital	710	476	67
2346	Montes de Oca	806	636	79

⁵⁴ CCSS. **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto.** Atención Integral a las Personas. 2009.

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. **Estadísticas Vitales.** 2010.

⁵⁶ CCSS. **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto.** Atención Integral a las Personas. 2009.

⁵⁷ DCSS, CCSS. **Ficha técnica: Captación temprana de las mujeres embarazadas.** Código 1-04-04-1-1. abril 2009.

⁵⁸ Centro Latino Americano Perinatal (CLAP). **Salud Perinatal.** Vol. 3-Nº 10- Montevideo.1990.



2235	Naranjo	641	517	81
2252	Palmares	529	362	68
2218	Pavas	1.431	1.415	99
2579	Peninsular	425	470	100
2331	Puriscal-Turubares	521	409	78
2347	San Sebastián -Paso Ancho	685	314	46
2349	San Juan - San Diego Concepción	593	595	100
2318	San Francisco - San Antonio	472	380	81
2230	San Pablo de Heredia	407	293	72
2387	Santa Ana	856	698	82
2531	Santa Cruz	991	726	73
2231	Santo Domingo de Heredia	446	303	68
2219	Tibás	579	456	79
2213	Tibás -Merced- Uruca	964	805	84
2272	Zarcelero	279	162	58

² Se calcula con los nacimientos mas 10% de abortos

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

CUADRO A.4.2

C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DEL EMBARAZO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	MUJERES ATENDIDAS	CAPTACIÓN TEMPRANA ¹
			Porcentaje
2556	Abangares	258	86
2473	Aguas Zarcas	661	75
2590	Barranca	569	81
2131	Barva	510	79
2233	Belén Flores	455	73
2732	Buenos Aires	930	80
2555	Cañas	501	76
2652	Cariari	1.114	97
2586	Chacarita	375	82
2483	Ciudad Quesada	857	70
2217	Coronado	1.499	80
2343	Curridabat	897	83
2317	Desamparados 2	781	70
2552	Esparza	459	81
2345	Escazú	739	68
2312	Hatillo	740	76
2319	La Carpio-León XIII	783	77
2352	Los Santos	432	93
2311	Mata Redonda-Hospital	476	79
2346	Montes de Oca	636	61
2235	Naranjo	517	92
2252	Palmares	362	88
2218	Pavas	1.415	72
2579	Peninsular	470	79
2331	Puriscal-Turubares	409	89
2347	San Sebastián -Paso Ancho	314	49
2349	San Juan - San Diego Concepción	595	98
2318	San Francisco - San Antonio	380	63
2230	San Pablo de Heredia	293	73
2387	Santa Ana	698	68
2531	Santa Cruz	726	82
2231	Santo Domingo de Heredia	303	95
2219	Tibás	456	74
2213	Tibás -Merced- Uruca	805	73
2272	Zarcelero	162	97

¹ Primera cita de atención antes de las 13 semanas de gestación

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

Los resultados obtenidos en la captación temprana en las embarazadas son útiles contrastarlos con los de cobertura de atención prenatal, con el objeto de cuantificar las fracciones, tanto de la captación temprana, como de la captación tardía.

En el año 2010, se encontró que el 78% de las embarazadas atendidas se captaron en un período igual o menor a las 13 semanas⁵⁹. Este resultado muestra una tendencia leve de aumento desde el año 2007. México reporta tasas de 42,3% en 2009⁶⁰ y de 39% para 2010⁶¹.

Debe llamar la atención de las autoridades, las Áreas de Salud geográficamente próximas de San Sebastián- Paso Ancho, Montes de Oca y San Francisco- San Antonio que presentaron los porcentajes de captación temprana más bajos.

El garantizar el acceso a la atención prenatal no solo se refiere a tener una adecuada cobertura, sino que ésta debe ser prestada de forma oportuna, ya que el beneficio de la detección en estadios iniciales de las patologías, se minimiza por la captación tardía de la gestante⁶².

5. Tamizaje por sífilis en mujeres embarazadas

En el marco de la atención prenatal y en la primera consulta de la embarazada, preferiblemente de captación temprana, se debe realizar el tamizaje para sífilis para determinar la presencia de sífilis y prevenir la sífilis congénita⁶³. Esta determinación se realiza por medio del examen VDRL a la gestante.

La Región de América Latina y el Caribe presenta la tasa más alta de sífilis a nivel mundial. En esta Región, se estima que cada año nacen más de 164.000 menores con sífilis congénita⁶⁴. La meta general de la iniciativa Regional, es eliminar la transmisión materno infantil para el año 2015, para lo cual se propone lograr reducir la incidencia de sífilis congénita (incluyendo óbitos fetales) a 0,5 casos cada 1.000 nacidos vivos o menos, lo que requiere aumentar la cobertura de tamizaje de la sífilis de mujeres embarazadas, a 95% o más para 2015 (meta que se tiene planteada a nivel institucional).

Las mujeres con sífilis activa durante el embarazo presentan complicaciones, hasta en un 80% de los casos pudiendo resultar en muerte fetal, muerte perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación, de ahí la importancia de dar seguimiento al que se cumpla con esta indicación técnica. Esta intervención tiene la más alta recomendación en donde se indica que "Se recomienda fuertemente el tamizaje para Sífilis en toda mujer embarazada"⁶⁵.

⁵⁹ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

⁶⁰ Ministerio de Salud de México. **Boletín de Información Estadística**. México DF, 2009.

⁶¹ Ministerio de Salud de México. **Boletín de Información Estadística. Cuadro III.1.1: Salud reproductiva por institución según tipo de servicio**, México DF, 2010.

⁶² Organización Panamericana de Salud- Organización Mundial de la Salud. **Lineamientos y Directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de Atención Prenatal de embarazadas de bajo riesgo en América Latina y el Caribe**. Washington. 2004.

⁶³ CCSS. **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto**. Atención Integral a las Personas. 2009.

⁶⁴ Organización Panamericana de Salud- Organización Mundial de la Salud. **Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional**. Washington D.C.:2010.

⁶⁵ U.S.Preventive Services Task Force. **The Guide to Clinical Preventive Services**. Recommendations of the USPSTF. AHRQ Pub. N°09-IP006. August, 2009.

El *Treponema pallidum* está presente en la sangre en las etapas tempranas de la enfermedad y se puede transmitir al feto, especialmente entre las semanas 16-28 del embarazo, si bien se ha descrito una transmisión más temprana. La OPS recomienda enfáticamente hacer un tamizaje por primera vez antes de las 20 semanas (en la visita prenatal del primer trimestre), para minimizar la transmisión transplacentaria).⁶⁶ A nivel institucional las directrices técnicas plantean indicar y valorar VDRL en la primera consulta y en el 2 y 3 trimestre del embarazo⁶⁷.

Con la evaluación de esta intervención se pretende medir el acceso de las mujeres embarazadas a la realización de un examen de VDRL que permita detectar la existencia de sífilis y poder tratarla oportunamente⁶⁸.

CUADRO A.5.1

C.C.S.S: TAMIZAJE DE SIFILIS EN EL EMBARAZO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO ¹	UNIDAD	EMBARAZADAS ATENDIDAS	TAMIZADAS CON VDRL ¹
			Porcentaje
2556	Abangares	336	95
2473	Aguas Zarcas	1.009	57
2590	Barranca	942	86
2131	Barva	777	87
2233	Belén Flores	695	71
2732	Buenos Aires	1.232	77
2555	Cañas	911	90
2652	Cariari	1.771	76
2586	Chacarita	518	72
2483	Ciudad Quesada	1.115	78
2217	Coronado	2.080	45
2343	Curridabat	1.197	80
2317	Desamparados 2	1.600	68
2552	Esparza	672	84
2345	Escazú	740	71
2312	Hatillo	928	50
2319	La Carpio-León XIII	1.277	68
2352	Los Santos	565	97
2311	Mata Redonda-Hospital	711	75
2346	Montes de Oca	849	78
2235	Naranjo	585	95
2252	Palmares	569	96
2218	Pavas	1.784	84
2579	Peninsular	637	77
2331	Puriscal-Turrubares	510	86
2347	San Sebastián -Paso Ancho	458	44
2349	San Juan - San Diego Concepción	827	78
2318	San Francisco - San Antonio	510	83
2230	San Pablo de Heredia	467	80
2387	Santa Ana	889	63
2531	Santa Cruz	730	88
2231	Santo Domingo de Heredia	571	34
2219	Tibás	644	91
2213	Tibás -Merced- Uruca	1.205	89
2272	Zarcoero	185	43

¹ Incluye el envío y la valoración del VDRL.

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

⁶⁶ Organización Panamericana de Salud- Organización Mundial de la Salud. **Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe:** Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.: 2010.

⁶⁷ CCSS. **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto.** Atención Integral a las Personas. 2009.

⁶⁸ DCSS, CCSS. **Ficha técnica: Tamizaje para Sífilis en el embarazo.** Código 1-04-05-1-1. abril 2009.

En el año 2010 el promedio institucional de las embarazadas atendidas con indicación médica del examen alcanzó un 98%; siendo los resultados de VDRL valorados en el 80%, con la consiguiente falta de protección de un grupo de mujeres embarazadas⁶⁹.

Contar con exámenes no es suficiente para el adecuado tamizaje de este problema de salud, es imprescindible que los resultados sean valorados para definir la conducta a seguir. La valoración es el objetivo principal de la Iniciativa Regional⁷⁰.

6. Tamizaje por VIH- Sida en mujeres embarazadas

El tamizaje por VIH- Sida durante el embarazo es una intervención efectiva que contribuye a disminuir los casos de transmisión de madre a hijo por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Adicionalmente es un importante punto de entrada para el cuidado y tratamiento de la mujer portadora de VIH y sus hijos.

En el marco de la atención prenatal y en la primera consulta de la embarazada, preferiblemente de captación temprana, se debe realizar el tamizaje para VIH- Sida por medio del examen de ELISA⁷¹.

En el año 2007, en ALC, se estimaron 36.000 mujeres embarazadas infectadas con VIH y 13.000 que reportaron haber recibido antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical del VIH. Se estima que habrá 6.400 menores con infección nueva, la mayoría de ellos por transmisión de madre a hijo. La meta es la reducción del 2% o menos de esta transmisión y aumentar el tamizaje a 95% o más para el 2015⁷².

Esta intervención tiene un alto nivel de recomendación⁷³; cuya intención es identificar y captar de manera temprana las mujeres embarazadas portadoras del VIH e implementar las medidas necesarias que minimicen el riesgo de la transmisión del virus de la madre durante el embarazo, el parto o el posparto⁷⁴. Es indispensable que los resultados sean valorados por el personal de salud; con el propósito de definir las acciones que deben ser seguidas.

CUADRO A.6.1

C.C.S.S: VALORACIÓN DEL RESULTADO DE ELISA EN EL EMBARAZO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO ¹	UNIDAD	EMBARAZADAS ATENDIDAS	EMBARAZADAS CON RESULTADO VALORADO DE ELISA
			Porcentaje
2556	Abangares	336	78
2473	Aguas Zarcas	1.009	43
2590	Barranca	942	58

⁶⁹ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

⁷⁰ Organización Panamericana de Salud- Organización Mundial de la Salud. **Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe**: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.: 2010.

⁷¹ CCSS. **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo Prenatal, Parto y Posparto**. Atención Integral a las Personas. 2009.

⁷² Organización Panamericana de Salud- Organización Mundial de la Salud. **Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe**: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.: 2010.

⁷³ U.S.Preventive Services Task Force. **The Guide To Clinical Preventive Services**. Recommendations of the USPSTF. AHRQ Pub. N°09-IP006. August, 2009.

⁷⁴ DCSS, CCSS. **Ficha técnica: Tamizaje para VIH en el embarazo**. Código 1-04-06-1-1. abril 2009.



CUADRO A.6.1

C.C.S.S: VALORACIÓN DEL RESULTADO DE ELISA EN EL EMBARAZO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO ¹	UNIDAD	EMBARAZADAS ATENDIDAS	EMBARAZADAS CON RESULTADO VALORADO DE ELISA
			Porcentaje
2131	Barva	777	69
2233	Belén Flores	695	35
2732	Buenos Aires	1.232	48
2555	Cañas	911	43
2652	Cariari	1.771	54
2586	Chacarita	518	54
2483	Ciudad Quesada	1.115	78
2217	Coronado	2.080	15
2343	Curridabat	1.197	56
2317	Desamparados 2	1.600	12
2552	Esparza	672	64
2345	Escazú	740	41
2312	Hatillo	928	46
2319	La Carpio-León XIII	1.277	58
2352	Los Santos	565	86
2311	Mata Redonda-Hospital	711	62
2346	Montes de Oca	849	61
2235	Naranjo	585	86
2252	Palmares	569	81
2218	Pavas	1.784	52
2579	Peninsular	637	30
2331	Puriscal-Turubares	510	78
2347	San Sebastián -Paso Ancho	458	42
2349	San Juan - San Diego Concepción	827	51
2318	San Francisco - San Antonio	510	74
2230	San Pablo de Heredia	467	73
2387	Santa Ana	889	63
2531	Santa Cruz	730	84
2231	Santo Domingo de Heredia	571	30
2219	Tibás	644	57
2213	Tibás -Merced- Uruca	1.205	67
2272	Zarcelero	185	43

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

En el 2010 el promedio institucional de tamizaje fue del 97%, alcanzando un 54% de valoración, por lo que el grupo de embarazadas desprotegidas fue significativo⁷⁵. Este año, los resultados obtenidos en el grupo evaluado son menores a los alcanzados en el tamizaje de sífilis; a la vez que, las Áreas de Salud con el peor desempeño están en el Área Metropolitana, la cual concentra una alta incidencia de VIH⁷⁶ (ver Cuadro A.6.1).

En América Latina el tamizaje para VIH no supera el 52%. Entre los países con los mayores porcentajes se encuentran: Cuba (93%), Guyana (91%) y Argentina (85%)⁷⁷. La meta de la Estrategia Regional es alcanzar una cobertura de tamizaje para VIH/ Sida del 95% en el 2015, por lo que falta mucho por hacer.

La variabilidad de los resultados entre los centros sugiere la necesidad de revisión de las directrices sobre la intervención y posiblemente de aspectos de confidencialidad de la información que pueden entorpecer el compartir información oportuna entre centros.

⁷⁵ DCSS, CCSS. Informe de Evaluación 2010. San José, 2011.

⁷⁶ OPS- Ministerio de Salud. La Situación del VIH/ SIDA en Costa Rica. San José, 2004.

⁷⁷ OPS-OMS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Documento Conceptual. Washington D.C.:2010.

Debe ponerse énfasis en el análisis del porcentaje de mujeres que acceden a la atención prenatal y que no se les indica los exámenes necesarios, así como también concientizar al personal médico sobre la importancia de contar con resultados y sus respectivas valoraciones.

7. Captación temprana del posparto

El cuidado posparto contiene el cuidado de la madre y el menor en los días siguientes al nacimiento. Consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su hijo con la finalidad de obtener un mejor grado de salud, orientar la planificación familiar y promover el cuidado del recién nacido detectando problemas de salud en forma temprana, fomentando el amamantamiento y brindando a las familias un buen comienzo⁷⁸. El objetivo es el control de la terminación del embarazo, incluyendo el aborto, para lo cual debe ser extenso precoz, completo y educativo⁷⁹.

Aunque universalmente se recomienda la consulta posparto, en la mayoría de los países en desarrollo casi nunca se lleva a cabo. Se ha recomendado acentuar la importancia de esta atención, ya que se ha demostrado que los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo la consulta posparto⁸⁰.

De acuerdo a la directriz institucional⁸¹, uno de los elementos clave en este período es la captación temprana del posparto, definida como la captación de las púerperas en los primeros ocho días después del parto⁸².

CUADRO A.7.1

C.C.S.S: COBERTURA DE LA ATENCIÓN POSPARTO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	EMBARAZOS ESPERADOS 2011 ¹	COBERTURA
			Porcentaje
2556	Abangares	254	90
2473	Aguas Zarcas	834	78
2590	Barranca	889	67
2131	Barva	629	85
2233	Belén Flores	752	69
2732	Buenos Aires	1.057	76
2555	Cañas	584	85
2652	Cariari	1.262	76
2586	Chacarita	457	69
2483	Ciudad Quesada	924	74
2217	Coronado	1.620	68
2343	Curridabat	1.122	68
2317	Desamparados 2	1.384	60
2552	Esparza	505	85
2345	Escazú	1.078	52

⁷⁸ Wiegers TH. **Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope.** Journal of Neonatal Nursing; 12, 2006.

⁷⁹ CCSS. **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto.** Atención Integral a las Personas. 2009.

⁸⁰ Organización Mundial de la Salud. **Nuevo modelo de Control Prenatal de la OMS.** 2003.

⁸¹ CCSS. **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto.** Atención Integral a las Personas. San José, 2009.

⁸² DCSS, CCSS. **Ficha Técnica: Captación temprana de las mujeres en su periodo postnatal.** Código 1-05-07-1-1. abril 2009.



CUADRO A.7.1

C.C.S.S: COBERTURA DE LA ATENCIÓN POSPARTO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	EMBARAZOS ESPERADOS 2011 ¹	COBERTURA
			Porcentaje
2312	Hatillo	862	83
2319	La Carpio-León XIII	1.005	74
2352	Los Santos	695	62
2311	Mata Redonda-Hospital	710	53
2346	Montes de Oca	806	67
2235	Naranjo	641	82
2252	Palmares	529	69
2218	Pavas	1.431	85
2579	Peninsular	425	87
2331	Puriscal-Turubares	521	86
2347	San Sebastián -Paso Ancho	685	44
2349	San Juan - San Diego Concepción	593	94
2318	San Francisco - San Antonio	472	74
2230	San Pablo de Heredia	407	79
2387	Santa Ana	856	73
2531	Santa Cruz	991	76
2231	Santo Domingo de Heredia	446	74
2219	Tibás	579	56
2213	Tibás -Merced- Uruca	964	76
2272	Zarcelo	279	55

¹ Calculado a partir de nacimientos 2011, agregando 10% estimado por abortos

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

CUADRO A.7.2

C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DE LA ATENCIÓN POSPARTO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	MUJERES ATENDIDAS	CAPTACION TEMPRANA ¹
			Porcentaje
2556	Abangares	229	82
2473	Aguas Zarcas	647	93
2590	Barranca	596	68
2131	Barva	NHD	NHD
2233	Belén Flores	518	83
2732	Buenos Aires	808	41
2555	Cañas	498	84
2652	Cariari	953	92
2586	Chacarita	314	88
2483	Ciudad Quesada	686	93
2217	Coronado	1.105	81
2343	Curridabat	761	93
2317	Desamparados 2	829	93
2552	Esparza	431	72
2345	Escazú	NHD	NHD
2312	Hatillo	713	85
2319	La Carpio- León XIII	NHD	NHD
2352	Los Santos	428	87
2311	Mata Redonda-Hospital	375	91
2346	Montes de Oca	540	86
2235	Naranjo	528	95
2252	Palmares	365	76
2218	Pavas	1.210	88
2579	Peninsular	370	64
2331	Puriscal-Turubares	446	80
2347	San Sebastián -Paso Ancho	304	68
2349	San Juan - San Diego Concepción	560	79
2318	San Francisco - San Antonio	350	75

CUADRO A.7.2

C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DE LA ATENCIÓN POSPARTO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	MUJERES ATENDIDAS	CAPTACION TEMPRANA ¹
			Porcentaje
2230	San Pablo de Heredia	NHD	NHD
2387	Santa Ana	628	90
2531	Santa Cruz	754	92
2231	Santo Domingo de Heredia	328	95
2219	Tibás	324	41
2213	Tibás -Merced- Uruca	729	73
2272	Zarcoero	154	95

¹ Mujeres atendidas en \leq 8 días posparto

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

En el año 2010, la cobertura institucional de atención posparto alcanzada fue de 74%⁸³. En la cobertura de la atención posparto de las unidades evaluadas en el período 2011, se destacan con las coberturas más bajas, las Áreas de Salud de San Sebastián- Paso Ancho, Escazú y Mata Redonda-Hospital (ver Cuadro A.7.1).

En el año 2010 el promedio institucional fue de 79% en la captación temprana (atención en los primeros 8 días, posteriores al parto o aborto)⁸⁴; para el año 2011 se observa que el 63% (22 establecimientos) de las unidades evaluadas alcanzó resultados que superaron el 79% y el 11% (4 establecimientos) no presentó datos (ver Cuadro A.7.2).

Al igual que otros indicadores, es importante considerar que la valoración de estos resultados debe hacerse con la cantidad de personas que se atienden, ya que su interpretación en forma aislada podría llevar a confusión sobre la dimensión real de los logros.

8. Atención del adulto mayor

Se ha recalado que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de inicios de este siglo, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región⁸⁵. El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento, plantea enormes retos a la capacidad y voluntad del sector salud en proporcionar sistemas coordinados de atención con el propósito de prolongar la esperanza de vida sin discapacidad para los adultos mayores. La reducción de la morbilidad y el aplazamiento de la invalidez en las personas mayores es el objetivo principal de las intervenciones de salud en las poblaciones envejecidas⁸⁶.

La Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, indica que es deber del Estado costarricense garantizar la prestación de programas de promoción, prevención,

⁸³ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

⁸⁴ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

⁸⁵ Aranibar P. **Acercamiento conceptual a la situación del Adulto Mayor en América Latina**. CEPAL- CELADE-FNUAP. Serie 21. 2001.

⁸⁶ CEPAL. **Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe**: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago. 2003.



curación y rehabilitación a la población adulta mayor, definida como las personas de sesenta y cinco años y más⁸⁷. En el año 2011, este grupo representó en el país el 7.3% de la población⁸⁸, proporción que aumentará en los años venideros.

Por medio de la Evaluación de la Prestación institucional, se ha dado seguimiento a la atención de los adultos mayores tanto en cobertura como en cumplimiento de criterios en la atención. Para el periodo 2010- 2015 se ha enfatizado la cobertura⁸⁹ ya que durante varios informes se han identificado oportunidades perdidas en la atención de este grupo de población.

Estas oportunidades perdidas se evidencian al existir una brecha entre el número de personas de esta edad que se atienden (consultas de primera vez en el año) y el número de personas que se reportan como atendidas con las actividades del Programa de Atención Integral. Lo anterior sugiere que la atención de adultos mayores se orienta a actividades curativas mas que a actividades de índole preventivo.

CUADRO A.8.1

C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MAS	COBERTURA ¹	
			Personas atendidas	Porcentaje
2556	Abangares	1.124	884	79
2473	Aguas Zarcas	1.841	1.148	62
2590	Barranca	2.421	1.450	60
2131	Barva	2.675	2.059	77
2233	Belén Flores	3.429	1.426	42
2732	Buenos Aires	2.440	1.555	64
2555	Cañas	1.754	1.209	69
2652	Cariari	3.028	2.107	70
2586	Chacarita	1.577	933	59
2483	Ciudad Quesada	3.094	1.630	53
2217	Coronado	6.381	6.218	97
2343	Curridabat	5.364	3.064	57
2317	Desamparados 2	4.579	817	18
2552	Esparza	2.316	1.623	70
2345	Escazú	4.986	2.288	46
2312	Hatillo	5.143	3.229	63
2319	La Carpio-León XIII	2.211	1.134	51
2352	Los Santos	2.369	1.255	53
2311	Mata Redonda-Hospital	3.366	2.107	63
2346	Montes de Oca	5.585	3.153	56
2235	Naranjo	3.198	1.427	45
2252	Palmares	3.023	1.482	49
2218	Pavas	5.533	3.962	72
2579	Peninsular	1.872	1.156	62
2331	Puriscal-Turubares	3.545	2.245	63
2347	San Sebastián -Paso Ancho	3.652	1.380	38
2349	San Juan - San Diego Concepción	2.536	1.743	69
2318	San Francisco - San Antonio	3.476	2.534	73
2230	San Pablo de Heredia	1.874	1.329	71
2387	Santa Ana	3.318	2.174	66
2531	Santa Cruz	4.500	3.050	68
2231	Santo Domingo de Heredia	3.107	1.462	47
2219	Tibás	5.850	4.214	72

⁸⁷ Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor. Ley 7935. San José, 25 de Octubre de 1999.

⁸⁸ CCSS, Dirección Actuarial y Económica. **Población Total por edad simple y grupos de edad 2011**- Datos ajustados de acuerdo con las cifras del Censo de Población 2011 publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC-. 2012.

⁸⁹ DCSS, CCSS. **Ficha Técnica: Atención Integral del Adulto Mayor**. Código 1-06-08-1-1. abril 2009.

CUADRO A.8.1

C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MAS	COBERTURA ¹	
			Personas atendidas	Porcentaje
2213	Tibás -Merced- Uruca	3.573	3.474	97
2272	Zarcelero	1.109	553	50

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

La cobertura de Atención Integral en adultos mayores para el año 2010 alcanzó un 64%⁹⁰. Para el período 2011, en el conjunto de unidades que fueron evaluadas, el 60% de los establecimientos (21 Áreas de Salud) alcanzaron coberturas menores al 64% (ver Cuadro A.8.1).

El Área de Salud de Desamparados 2, abarca una población de 4.579 adultos mayores, y obtiene una cobertura que está muy por debajo del nivel que podría considerarse aceptable. En el otro extremo, llama la atención el logro alcanzado por el Área de Salud Coronado, la cual atiende a 6.381 adultos mayores con una cobertura de atención del 97%.

Desafortunadamente para el año 2011 no se pudo contar con datos al respecto de las oportunidades perdidas, es decir, el porcentaje de personas a las que no se les brindó una atención integral, situación que se espera revertir el próximo año.

Hay dos aspectos relevantes que deben ser resaltados, la calidad y disponibilidad de los datos para poder documentar avances en la eliminación de oportunidades perdidas (el porcentaje de personas atendidas, que no se recibieron actividades preventivas) con el objeto de no desaprovechar los recursos asignados en la atención de las necesidades de este grupo de población. Una mejora de estos dos aspectos permitiría conocer con certeza la capacidad de respuesta institucional.

9. Vacunación por influenza en el adulto mayor

La influenza es un problema de salud que contribuye de forma importante en el aumento anual de muertes atribuidas a neumonía. Las muertes relacionadas con la influenza se dan principalmente en adultos mayores, primordialmente en los de edad avanzada. Las personas mayores de 85 años tienen 16 veces mas probabilidad de morir de una enfermedad asociada a la influenza, comparado con personas de 65- 69 años⁹¹.

La estrategia mas efectiva para prevenir la influenza es la vacunación anual⁹². La vacunación anual a personas de riesgo está asociada con la reducción de complicaciones y muerte por influenza en estos grupos⁹³. Sin embargo, la vacunación

⁹⁰ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

⁹¹ CDC. **Prevention and Control of Influenza with Vaccines**: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. ACIP. 2010.

⁹² DCSS, CCSS. **Ficha técnica: Vacunación con Influenza en el Adulto Mayor**. Código 1-06-09-1-1. abril 2009.

⁹³ CDC. **Prevention and Control of Influenza**: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices ACIP. 2006.



requiere un alto nivel de cobertura en los grupos objetivo para lograr el impacto esperado y para que los efectos puedan ser medidos de forma confiable⁹⁴.

En Costa Rica, la Comisión Nacional de Inmunizaciones recomendó la inclusión de la vacuna contra influenza en el 2004 y en el año 2006 la Comisión acordó vacunar a todos los adultos mayores. En la evaluación del impacto de la introducción de la vacuna contra la influenza estacional, en relación a la presencia de influenza severa en el período 1998- 2009, se ha anotado que: "La vacunación contra la influenza estacional ha reducido la tasa de incidencia de enfermedad tipo influenza severa y que las poblaciones con mayor impacto positivo fueron los adultos mayores, seguidos de los menores con factores de riesgo"⁹⁵.

CUADRO A.9.1

C.C.S.S: COBERTURA DE VACUNACIÓN POR INFLUENZA EN LOS ADULTOS MAYORES
SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MAS	COBERTURA	
			Personas vacunadas	Porcentaje
2556	Abangares	1.124	966	86
2473	Aguas Zarcas	1.841	1.562	85
2590	Barranca	2.421	1.474	61
2131	Barva	2.675	1.165	44
2233	Belén Flores	3.429	1.759	51
2732	Buenos Aires	2.440	1.819	75
2555	Cañas	1.754	1.611	92
2652	Cariari	3.028	2.132	70
2586	Chacarita	1.577	807	51
2483	Ciudad Quesada	3.094	1.607	52
2217	Coronado	6.381	2.930	46
2343	Curridabat	5.364	1.904	35
2317	Desamparados 2	4.579	2.935	64
2552	Esparza	2.316	1.702	73
2345	Escazú	4.986	1.652	33
2312	Hatillo	5.143	2.242	44
2319	La Carpio-León XIII	2.211	647	29
2352	Los Santos	2.369	1.773	75
2311	Mata Redonda-Hospital	3.366	1.481	44
2346	Montes de Oca	5.585	1.977	35
2235	Naranjo	3.198	2.347	73
2252	Palmares	3.023	1.616	53
2218	Pavas	5.533	2.686	49
2579	Peninsular	1.872	1.383	74
2331	Puriscal-Turrubares	3.545	2.690	76
2347	San Sebastián -Paso Ancho	3.652	2.467	68
2349	San Juan - San Diego Concepción	2.536	1.464	58
2318	San Francisco - San Antonio	3.476	1.945	56
2230	San Pablo de Heredia	1.874	824	44
2387	Santa Ana	3.318	1.696	51
2531	Santa Cruz	4.500	3.564	79
2231	Santo Domingo de Heredia	3.107	996	32
2219	Tibás	5.850	2.895	49
2213	Tibás -Merced- Uruca	3.573	1.687	47
2272	Zarcoero	1.109	733	66

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

⁹⁴ CDC. **Opciones para controlar la influenza**. Recomendaciones 2010-11 para prevención y control de influenza. Atlanta. 2010.

⁹⁵ CCSS, Subarea de Vigilancia Epidemiológica. **Evaluación del impacto de la vacuna estacional de Influenza sobre la enfermedad tipo influenza severa**. Presentación. 2010.

Para el año 2006, el 49% de los adultos mayores refirió haber sido vacunado contra la influenza en los últimos doce meses⁹⁶. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) reportó una cobertura promedio de 52.7%, para el trienio 2006- 2008 y en el año 2010 la cobertura lograda fue de 54%⁹⁷.

En el año 2011, del conjunto de Áreas de Salud evaluadas, el 49% (17 establecimientos) alcanzó una cobertura de vacunación por influenza en adultos mayores igual o superior al 54%. Las Áreas de Salud con los resultados más bajos fueron Escazú, La Carpio- León XIII y Santo Domingo de Heredia; las que obtuvieron los mejores resultados son Abangares, Aguas Zarcas y Cañas (ver Cuadro A.9.1).

Estos resultados deben analizarse en relación con el volumen de población de adultos mayores adscrita a cada una de las Áreas de Salud, a fin de no sobredimensionar los logros alcanzados. En esa línea, el AS Coronado alcanzó una cobertura del 46%, vacunando a 2.936 personas, magnitud que es 1,8 veces la cantidad de personas que vacunó el Área de Salud de Cañas, con una cobertura del 92% (ver Cuadro A.9.1).

De acuerdo a las recomendaciones del ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices*)⁹⁸, la cobertura debería ser del 85%, esto con el propósito de no poner en riesgo los resultados esperados de la intervención. Tal situación debe llamar la atención de las autoridades, ya que el PAI en 2010 indicó que se comprarían dosis para cubrir al 80% de la población⁹⁹, por lo cual, es importante conocer los motivos que impidieron alcanzar tales niveles de cobertura. Desafortunadamente, por la carencia de datos, esto no pudo ser corroborado en el ámbito institucional para el año 2011.

La calidad de los registros debe revisarse, dado que en el año anterior se evidenciaron algunos problemas (incongruencia entre los datos suministrados por el PAI y los aportados por las Áreas de Salud). Los resultados sugieren revisar la estrategia planteada y la gestión en el manejo de las vacunas y posiblemente los aspectos culturales de la población (eventual resistencia de los adultos mayores a aplicarse la vacuna del H1N1) ya que con las coberturas actuales, no se logrará el efecto esperado.

B. Continuidad

La continuidad de la atención es uno de los elementos esenciales de un sistema de salud basado en Atención Primaria de Salud¹⁰⁰. Se define como "la atención de las personas en las diferentes fases del ciclo de vida, y en los diferentes niveles de atención que conforman la red de servicios de salud"¹⁰¹.



⁹⁶ UCR- CONAPAM. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. 2008.

⁹⁷ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación** 2010. San José, 2011.

⁹⁸ CDC. Recomendaciones de ACIP para la temporada 2010-2011. 2010.

⁹⁹ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación** 2010. San José, 2011.

¹⁰⁰ OPS/OMS. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. 2007.

¹⁰¹ CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social: Del Seguimiento de la Producción y Programas hacia la Mejora del Desempeño**. San José: DCSS; 2009: 32.



Así, en el marco de la evaluación de desempeño, esta Dimensión agrupa un conjunto de intervenciones ubicadas en la prevención primaria, detección temprana y tratamiento oportuno, continuidad horizontal y vertical de la atención a las personas.

Las intervenciones evaluadas en este apartado contribuyen a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El compromiso gubernamental con el alcance de los ODM en el último decenio es explícito, al punto de ser incorporados en el Plan Nacional de Desarrollo 2011- 2014¹⁰²; lo cual además es coherente con la suscripción de acuerdos internacionales previos, entre los que sobresale la Convención de Derechos del Niño¹⁰³, con la cual el Estado se comprometió a adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil.

En Costa Rica, los ODM 4 (Reducir la mortalidad en los niños), 5 (Mejorar la salud materna) y 6 (Combatir el VIH-Sida), están muy cerca de ser alcanzados; sin embargo, se debe señalar que, con base en el criterio de la subcomisión de salud constituida para la formulación del primer Informe País, tales metas fueron ajustadas¹⁰⁴. En ese sentido, el claro avance en la consecución de las metas del milenio, constituye una buena señal que sugiere que las intervenciones ejecutadas por los prestadores de servicios de salud están contribuyendo al efecto deseado.

1. Atención oportuna a las mujeres con citología cérvico-uterina alterada

El cáncer cérvicouterino es causa importante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial. La posibilidad de detección temprana y el abordaje oportuno, lo convierte en una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer¹⁰⁵.

Esto demanda de un esfuerzo conjunto de continuidad en la atención, con una estrecha comunicación entre los prestadores de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud, que garantice la eficacia en el seguimiento y el tratamiento de las mujeres con tamizaje positivo, elementos fundamentales para el éxito del control del cáncer cérvicouterino¹⁰⁶.

Las mujeres con resultado alterado de citología, requieren estudios que determinen el diagnóstico definitivo. El método convencional utilizado es el examen histopatológico por biopsia, guiado por colposcopia. Este procedimiento es fundamental en facilitar la confirmación diagnóstica y el abordaje oportuno¹⁰⁷.

Las directrices, establecidas a nivel nacional para la detección y abordaje oportuno de las mujeres con citología alterada^{108,109}, han servido de base para dar seguimiento a la

¹⁰² MIDEPLAN. **Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014**. San José: MIDEPLAN; 2010: 9.

¹⁰³ Costa Rica. Ley 7184: **Convención de Derechos del Niño**. 1990.

¹⁰⁴ MIDEPLAN. **Costa Rica: Objetivos de Desarrollo del Milenio**. II Informe País 2010. San José: Sistema de las Naciones Unidas; 2010.

¹⁰⁵ Lewis, Merle J. **Análisis de la Situación del Cáncer Cérvicouterino en América Latina y el Caribe**. Washington, D.C. OPS: 2004.

¹⁰⁶ OMS. **Control integral del cáncer cérvicouterino: Guía de prácticas esenciales**. 2007.

¹⁰⁷ OMS. **Control integral del cáncer cérvicouterino**. Guía de prácticas esenciales 2007

¹⁰⁸ Decreto N° 33119-S. **Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero**, para el I y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología. Publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 del 7 de Julio 2006.

intervención en la evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud de los diferentes niveles. La medición se basa en los parámetros establecidos^{110,111}, fundamentados en la normativa vigente con respecto al reporte citológico¹¹².

En el Primer Nivel de Atención, se evalúa la comunicación oportuna a la usuaria del resultado alterado de la citología; proceso que debe llevarse a cabo en menos de ocho días¹¹³. En el Segundo y Tercer Nivel se mide el tiempo de oportunidad en realizar la colposcopia a las mujeres con citología cérvicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix, referidas desde el Primer Nivel de Atención o detectadas a nivel hospitalario.

CUADRO B.1.1

C.C.S.S: OPORTUNIDAD DE NOTIFICACIÓN A LAS MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA ¹	MUJERES NOTIFICADAS OPORTUNAMENTE ²
			Porcentaje
2556	Abangares	32	97
2473	Aguas Zarcas	59	92
2590	Barranca	64	100
2131	Barva	64	100
2233	Belén Flores	43	77
2732	Buenos Aires	46	96
2555	Cañas	23	100
2652	Cariari	130	97
2586	Chacarita	45	100
2483	Ciudad Quesada	35	94
2217	Coronado	199	100
2343	Curridabat	122	100
2317	Desamparados 2	116	100
2552	Esparza	71	100
2345	Escazú	74	98
2312	Hatillo	121	100
2319	La Carpio-León XIII	61	84
2352	Los Santos	63	93
2311	Mata Redonda-Hospital	76	95
2346	Montes de Oca	54	98
2235	Naranjo	62	90
2252	Palmares	86	98
2218	Pavas	198	100
2579	Peninsular	23	91
2331	Puriscal-Turubares	71	100
2347	San Sebastián -Paso Ancho	40	93
2349	San Juan - San Diego Concepción	82	100
2318	San Francisco - San Antonio	64	93
2230	San Pablo de Heredia	75	100
2387	Santa Ana	98	100
2531	Santa Cruz	40	98
2231	Santo Domingo de Heredia	28	100

¹⁰⁹ Decreto N° 33650-S. **Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero**, para el I, II y III nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología. Publicado en la Gaceta 171 del 6 Setiembre 2007.

¹¹⁰ DCSS, CCSS. Ficha técnica: **Atención oportuna a las mujeres con citología cérvico-vaginal alterada**. Código 2-02-01. abril 2009.

¹¹¹ DCSS, CCSS. Ficha técnica: **Oportunidad en las colposcopias efectuadas por citología cérvico-vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cérvix**. Código H-0000-03.mayo 2009.

¹¹² Lesiones sugestivas con presencia de VPH, ASCUS, AGUS y LIEBG persistente antes de 90 días; en caso de LIEAG ó lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix antes de los 30 días y en lesiones invasoras antes de los 8 días.

¹¹³ Decreto N° 33119-S. **Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero**, para el I y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología. Publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 del 7 de Julio 2006.



CUADRO B.1.1

C.C.S.S: OPORTUNIDAD DE NOTIFICACIÓN A LAS MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA ¹	MUJERES NOTIFICADAS OPORTUNAMENTE ²
			Porcentaje
2219	Tibás	74	90
2213	Tibás -Merced- Uruca	51	100
2272	Zarcelero	16	94

¹ En las Áreas de Salud con menos de 40 mujeres con PAP alterado, se analizaron todos los casos, en el resto de Áreas se analizó una muestra de expedientes.

² En menos de 8 días

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

CUADRO B.1.2

C.C.S.S: COLPOSCOPIAS REALIZADAS POR TIPO DE LESIÓN, SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	TOTAL	LESIÓN POR REPORTE CITOLÓGICO				LESIÓN CLÍNICA SOSPECHOSA
			ASCUS - AGUS	LIE Bajo Grado	LIE Alto Grado	Cáncer Invasor	
2105	De Las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	28	5	5	18	0	-
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	55	10	30	9	1	5
2104	México	28	10	17	1	0	-
2102	San Juan de Dios	38	12	15	3	0	8
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	59	26	25	8	0	-
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	33	0	32	1	0	-
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	47	20	21	4	1	1
2401	San Carlos	35	7	17	7	0	4
2205	San Rafael de Alajuela	36	14	19	3	0	-
2307	Dr. William Allen	35	18	12	5	0	-
2602	Guápiles	61	15	30	5	0	11
2208	San Vicente de Paul	39	20	14	5	0	-
2702	Golfito	34	0	23	3	0	8
2206	San Francisco de Asís	32	16	13	1	0	2
2233	Belén- Flores	40	22	14	4	0	-
2732	Buenos Aires	35	0	29	6	0	-
2217	Coronado	34	14	14	4	0	2
2312	Hatillo	37	22	12	3	0	-
2311	Mata Redonda	35	17	17	1	0	-
2213	Tibás- Uruca- Merced	33	11	17	5	0	-

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

CUADRO B.1.3

C.C.S.S: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LOS TIEMPOS DE REALIZACIÓN DE
COLPOSCOPIA POR TIPO DE LESIÓN, SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	TOTAL	LESION POR REPORTE CITOLÓGICO				LESIÓN CLÍNICA SOSPECHOSA
			ASCUS - AGUS	LIE Bajo Grado	LIE Alto Grado	Cáncer Invasor	
2105	De Las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	89	100	100	83	-	-
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	44	40	47	67	0	0
2104	México	93	100	94	0	-	-
2102	San Juan de Dios	95	92	100	100	-	88
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	75	73	72	88	-	-
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	100	-	100	100	-	-
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	83	85	81	75	100	100
2205	San Carlos	57	71	71	43	-	0
2401	San Rafael de Alajuela	100	100	100	100	-	-
2307	Dr. William Allen	100	100	100	100	-	-
2602	Guápiles	100	100	100	100	-	100
2208	San Vicente de Paul	100	100	100	100	-	-
2702	Golfito	59	-	78	67	-	0
2206	San Francisco de Asís	97	100	100	100	-	50
2233	Belén- Flores	88	82	100	75	-	-
2732	Buenos Aires	100	-	100	100	-	-
2217	Coronado	94	93	100	75	-	100
2312	Hatillo	97	100	100	67	-	-
2311	Mata Redonda	94	100	88	100	-	-
2213	Tibás- Uruca- Merced	88	100	94	40	-	-

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

En la mayoría de las 35 Áreas de Salud evaluadas, la notificación a la usuaria se realizó en menos de ocho días calendario; incluso en 16 de ellas, esta norma fue cumplida en la totalidad de los expedientes revisados. El Área de Salud Belén- Flores muestra una diferencia importante con respecto a las otras Áreas evaluadas, situación que se viene presentado desde el año 2010¹¹⁴ (ver Cuadro B.1.1).

La detección temprana de las células precancerosas y la referencia oportuna a colposcopia permite una vez confirmado el diagnóstico, que se tenga una ventana de oportunidad para tratamiento, evitando la progresión a cáncer.

De los Hospitales y Sedes de Área con Segundo Nivel evaluadas, se reportó un total de 774 colposcopias, distribuidas en un 82% y un 28% respectivamente. El 83% de las colposcopias se realizaron a mujeres con un reporte citológico de ASCUS-AGUS y lesión de bajo grado (LIEBG). El 12% a lesiones de alto grado (LIEAG), el 5% a lesión clínica sospechosa y a dos casos de cáncer invasor (ver Cuadro B.1.2).

Del total de colposcopias, en el 86% se respetaron los plazos establecidos en la normativa nacional. El mayor porcentaje de cumplimiento se observa en Sedes de Área con Segundo Nivel. Entre hospitales evaluados, se presentan diferencias importantes, no así en las Sedes de Área con Segundo Nivel (ver Cuadro B.1.3). En el año 2010 el resultado alcanzado fue del 83%¹¹⁵.

En ambos niveles, los tiempos se cumplen en mayor proporción en las lesiones de bajo grado y con reporte de ASCUS-AGUS; quizás debido a que el tiempo aceptable

¹¹⁴ DCSS, CCSS. Informe de Evaluación 2010. San José, 2011.

¹¹⁵ DCSS, CCSS. Informe de Evaluación 2010. San José, 2011.

para realizar la colposcopia comprende un período más prolongado (90 días). El cumplimiento de los plazos se reduce en las LIEAG y en las lesiones clínicas sospechosas, sólo se cumple en la mitad de los casos. Llama la atención en el cáncer invasor, que en uno de los dos casos encontrados, la colposcopia no se realizó antes de los ocho días (ver Cuadro B.1.3).

Lo anterior, plantea la necesidad de revisar los factores que pudieran estar originando los retrasos en la realización del procedimiento y considerar los mecanismos de priorización definidos por los establecimientos, respecto a las lesiones que requieren la verificación del diagnóstico con mayor prontitud. De igual manera; se debe fortalecer la coordinación entre niveles de atención, que faciliten el cumplimiento de los tiempos establecidos según la normativa nacional; reduciendo los tiempos de espera en la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno.

2. Seguimiento del esquema de vacunación en menores de un año

En relación a la vacunación, se plantea que "...con la excepción del agua potable, ninguna otra intervención, ni siquiera los antibióticos, ha tenido un mayor efecto sobre la reducción de la mortalidad..."¹¹⁶. La vacunación es una de las intervenciones de salud pública más costo-efectiva en el cuidado de los menores^{117,118}. Existe evidencia que relaciona el cuidado de los niños en los primeros años de vida, con sus aptitudes de adaptación y salud por el resto de sus vidas.

Las iniciativas exitosas de inmunización datan de 1974, con el establecimiento del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)¹¹⁹; donde los esfuerzos se enfocaron en seis enfermedades objetivo. En el año 2000 se acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), reforzando la necesidad de vacunación. Recientemente se han planteado respuestas a los desafíos que enfrentan la mayoría de los países, desarrolladas de manera conjunta por la OMS y UNICEF¹²⁰.

En el ámbito nacional, destaca la promulgación de la Ley Nacional de Vacunación del 2001, con la cual se creó la Comisión Nacional de Vacunación y se estableció el esquema público de vacunación básico y universal del país (lista oficial de vacunas). Esta ley, junto con otras normas¹²¹ e instrumentos de planificación de la alta dirección del Sector Salud¹²², han alineado la gestión nacional y sub nacional con los programas que se impulsan desde el ámbito internacional.

En el marco de los ODM, una de las metas país para el año 2015 es disminuir la tasa de mortalidad de menores de 5 años, a 2 por cada mil habitantes en el grupo de edad correspondiente. Se espera que la adecuada aplicación del esquema de vacunas en los menores de un año, contribuya directamente con la reducción de la mortalidad

¹¹⁶ Plotkin S, Orenstein W, Offit P. *Vaccines*. 5th Ed.: Saunders; 2008.

¹¹⁷ OMS, UNICEF, BM. *State of the World's Vaccines and Immunization*. 3rd ed. Ginebra: OMS; 2009.

¹¹⁸ OPS. *Salud de la Población, Conceptos y Estrategias para Políticas Públicas Saludables*: La perspectiva Canadiense. Washington D.C.: OPS; 2000.

¹¹⁹ OMS. *Vaccine Introduction Guidelines: Adding a Vaccine to a National Immunization Programme: Decision and Implementation*. Ginebra: OMS; 2005.

¹²⁰ OMS, UNICEF. *Global Immunization Vision and Strategy: Strategic Framework for 2006–2015*. Ginebra: OMS; 2005.

¹²¹ CCSS. *Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Gaceta N° 29. 11 de Febrero, 2009.

¹²² MIDEPLAN. *Sector Público Costarricense y su Organización*; San José: MIDEPLAN; 2010: 28.

infantil; sobre todo porque el 85% de las defunciones en el grupo de menores de 5 años, corresponde a niños con menos de un año.

La meta propuesta en la aplicación de las vacunas del esquema público básico universal de Costa Rica¹²³ es alcanzar una cobertura de vacunación igual o mayor al 95%^{124,125}.

CUADRO B.2

C.C.S.S: NACIMIENTOS, DOSIS APLICADAS Y COBERTURA DE VACUNACIÓN SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	NACI- MIENTOS ¹	DOSIS APLICADAS ²					COBERTURA				
								Porcentaje				
			III DPT	III POLIO	III HEPATITIS	H. INFLUENZA	SRP	III DPT	III POLIO	III HEPATITIS	H. INFLUENZA	SRP
2556	Abangares	231	223	223	221	224	198	97	97	96	97	86
2473	Aguas Zarcas	758	742	741	745	742	796	98	98	98	98	105
2590	Barranca	808	615	615	619	614	564	76	76	77	76	70
2131	Barva	572	511	511	507	513	503	89	89	89	90	88
2233	Belén Flores	684	534	533	537	534	494	78	78	79	78	72
2732	Buenos Aires	961	805	804	797	811	894	84	84	83	84	93
2555	Cañas	531	542	542	544	541	508	102	102	102	102	96
2652	Cariari	1,147	1,033	1,037	1,045	1,039	1,096	90	90	91	91	96
2319	La Carpio-León XIII	914	804	812	793	802	782	88	89	87	88	86
2586	Chacarita	415	403	459	397	458	417	97	111	96	110	100
2483	Ciudad Quesada	840	777	777	784	777	790	93	93	93	93	94
2217	Coronado	1,473	1,301	1,303	1,300	1,304	1,196	88	88	88	89	81
2343	Curridabat	1,020	777	777	774	777	700	76	76	76	76	69
2317	Desamparados 2	1,258	765	981	968	981	993	61	78	77	78	79
2345	Escazú	980	696	692	688	697	638	71	71	70	71	65
2552	Esparza	459	449	448	440	448	371	98	98	96	98	81
2312	Hatillo	784	820	816	776	824	796	105	104	99	105	102
2352	Los Santos	632	541	541	535	541	542	86	86	85	86	86
2311	Mata Redonda- Hospital	645	527	527	528	527	509	82	82	82	82	79
2346	Montes de Oca	733	547	552	534	547	547	75	75	73	75	75
2235	Naranjo	583	578	578	578	578	605	99	99	99	99	104
2252	Palmares	481	432	431	420	432	421	90	90	87	90	88
2579	Peninsular	386	375	374	375	375	362	97	97	97	97	94
2218	Pavas	1,301	1,244	1,237	1,243	1,251	1,251	96	95	96	96	96
2331	Puriscal- Turrubares	474	493	493	492	492	479	104	104	104	104	101
2318	San Francisco - San Antonio	429	412	410	413	413	368	96	96	96	96	86
2349	San Juan - San Diego Concepción	539	648	647	615	647	599	120	120	114	120	111
2230	San Pablo de Heredia	370	323	323	317	323	246	87	87	86	87	66
2347	San Sebastián - Paso Ancho	623	586	578	573	592	504	94	93	92	95	81
2387	Santa Ana	778	559	560	558	564	545	72	72	72	72	70
2531	Santa Cruz	901	832	831	829	831	847	92	92	92	92	94
2231	Santo Domingo de Heredia	405	405	405	407	405	365	100	100	100	100	90
2219	Tibás	526	518	517	520	518	476	98	98	99	98	90
2213	Tibás -Merced- Uruca	876	785	777	758	783	705	90	89	87	89	80
2272	Zarceño	254	289	289	287	289	247	114	114	113	114	97

¹ DAE

² SAVE

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

¹²³ Costa Rica. Decreto Ejecutivo 32722: **Reglamento a la Ley Nacional de Vacunación** (Ley 8111). 2005.

¹²⁴ MIDEPLAN. **II Informe País 2010. Costa Rica: Objetivos de Desarrollo del Milenio**. San José: Sistema de las Naciones Unidas; 2010: 86.

¹²⁵ Ministerio de Salud. **Memoria Institucional del Ministerio de Salud 2010**. San José, 2011: 65.



Las Áreas de Salud con las coberturas más bajas son: Escazú, Montes de Oca y Santa Ana; mientras que con alcance de la cobertura meta se encuentran: Aguas Zarcas, Cañas, Chacarita, Hatillo, Naranjo, Puriscal- Turrubares, San Juan-San Diego- Concepción y Santo Domingo de Heredia (ver Cuadro B.2).

En la evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud, se utiliza la vacuna DPT como trazadora del programa de inmunizaciones, a fin de contar con una aproximación del manejo del programa en su totalidad. La vacuna DPT ha sido elegida como trazadora por tener tres dosis que deben ser aplicadas en el primer año de vida de los menores; y, para que un niño alcance la inmunidad, ello depende en gran medida de que se completen las tres dosis. Para efectos institucionales, el PAI ha definido el intervalo de -3% a +3% como los puntos de corte para determinar que los resultados son aceptables.

CUADRO B.2.1

C.C.S.S: DOSIS APLICADAS Y TASA DE DESERCIÓN DPT SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	DPT I	DPT III	TASA DE DESERCIÓN
				Porcentaje
2556	Abangares	236	223	5,5
2473	Aguas Zarcas	748	742	0,8
2590	Barranca	690	615	10,9
2131	Barva	524	511	2,5
2233	Belén Flores	535	534	0,2
2732	Buenos Aires	914	805	11,9
2555	Cañas	541	542	(0,2)
2652	Cariari	1.075	1.033	3,9
2319	La Carpio-León XIII	805	804	0,1
2586	Chacarita	445	403	9,4
2483	Ciudad Quesada	760	777	(2,2)
2217	Coronado	1.361	1.301	4,4
2343	Curridabat	796	777	2,4
2317	Desamparados 2	831	765	7,9
2345	Escazú	715	696	2,7
2552	Esparza	449	449	0,0
2312	Hatillo	915	820	10,4
2352	Los Santos	575	541	5,9
2311	Mata Redonda-Hospital	504	527	(4,6)
2346	Montes de Oca	544	547	(0,6)
2235	Naranjo	548	578	(5,5)
2252	Palmares	444	432	2,7
2579	Peninsular	413	375	9,2
2218	Pavas	1.268	1.244	1,9
2331	Puriscal-Turrubares	463	493	(6,5)
2318	San Francisco - San Antonio	413	412	0,2
2349	San Juan - San Diego Concepción	643	648	(0,8)
2230	San Pablo de Heredia	328	323	1,5
2347	San Sebastián -Paso Ancho	578	586	(1,4)
2387	Santa Ana	608	559	8,1
2531	Santa Cruz	853	832	2,5
2231	Santo Domingo de Heredia	423	405	4,3
2219	Tibás	520	518	0,4
2213	Tibás -Merced- Uruca	835	785	6,0
2272	Zarcelo	274	289	(5,5)

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

Las Áreas de Salud evaluadas que cumplen con el estándar, representan el 51% del grupo evaluado, destacándose Belén- Flores, Cañas, Esparza, La Carpio- León XIII, San Francisco- San Antonio, y Tibás (ver Cuadro B.2.1.).

Los valores negativos de las tasas de deserción¹²⁶, son indicador de que se registran más terceras dosis que primeras dosis, situación encontrada en el 25% de las unidades evaluadas. Los resultados obtenidos, sugieren la presencia de posibilidades de mejora en los servicios de vacunación en algunas Áreas de Salud.

3. Detección de anemia en niños

La anemia es un problema frecuente, con consecuencias para la salud, así como también para el desarrollo social y económico¹²⁷. Se define como una concentración de hemoglobina por debajo de un nivel determinado para cada grupo de edad^{128,129}.

En el ámbito nacional se ha estimado la prevalencia de anemia de preescolares¹³⁰ en 7,6% para el año 2008- 2009¹³¹. La prevalencia de la anemia es utilizada como un indicador, en primera instancia de un estado de salud y pobre nutrición de la persona, pero además, como una aproximación para calcular la anemia por deficiencia de hierro (ADH). Se considera que aproximadamente el 50% de las anemias se deben a deficiencia de hierro¹³². Las pruebas comúnmente usadas para el tamizaje son la hemoglobina y el hematocrito, que son marcadores disponibles y costo- efectivos para anemia.

En niños, la anemia se ha asociado a consecuencias negativas como el incremento en el riesgo de muerte infantil. En el caso específico de la ADH, se ha asociado a problemas cognitivos y de desarrollo físico en los niños¹³³. En la niñez temprana, está asociada con un desarrollo desventajoso irreversible por parte de los niños anémicos con respecto de sus pares no afectados, especialmente cuando el padecimiento es crónico o severo¹³⁴.

La prevalencia entre niños pequeños tiende a ser alta¹³⁵ y guarda relación con el momento del destete, cuando el niño o la niña pasa a depender directamente de la dieta para mantener un balance adecuado de hierro. La población en riesgo sobre la cual la detección temprana y una intervención oportuna generarían un impacto importante, es el grupo de niños entre los seis meses y los dos años de edad, sobre el cual se ejecuta la detección de la anemia¹³⁶.

¹²⁶ DCSS, CCSS. Ficha técnica: **Seguimiento de esquema de vacunación de DPT en niños menores de un año.** Código 2-08-03-1-1. Abril 2009.

¹²⁷ OMS, CDC. **Worldwide prevalence of anaemia 1993- 2005: WHO Global Database on Anaemia.** Ginebra: OMS; 2008.

¹²⁸ Chen Wu A, Lesperance L y H. **Screening for iron deficiency.** *Pediatr Rev.* 2002; 23:171178.

¹²⁹ CCSS. **Guía para la Prevención, la Detección y Manejo de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Niñas.** Atención Integral a las Personas. San José, CCSS. 2008.

¹³⁰ Puntos de corte en la Encuesta Nacional- Preescolar: niños < 5 años hemoglobina (Hb) < 11.0 mg/dl, de 5-6 años <11,5 mg/dl.

¹³¹ Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008- 2009.** 2010.

¹³² WHO/ UNICEF/ UNU. **Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control.** Geneva, World Health Organization, 2001.

¹³³ OMS, UNICEF. **Focusing on anaemia: Towards an integrated approach for effective anaemia control.** Department of Nutrition for Health and Development (NHD): OMS; 2004.

¹³⁴ Lozoff et al; **Poorer Behavioral and Developmental Outcome More Than 10 Years After Treatment for Iron Deficiency in Infancy;** *American Academy of Pediatrics Journal.* Vol. 105 No. 4 Abril 1, 2000.

¹³⁵ CDC. **Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States.** Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR); 47 (No. RR-3) p.5, 1998.

¹³⁶ DCSS, CCSS. Ficha técnica: **Detección y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en la atención integral de niños (as) de los 6 a menos de 24 meses de edad.** Código 2-09-04-1-1. abril 2009.



La detección de anemia implica que los resultados de laboratorio deben ser interpretados, sin embargo esto no sucede en la totalidad de los casos.

CUADRO B.3.1

C.C.S.S: TAMIZAJE DE ANEMIA E INTERPRETACION DEL HEMOGRAMA
EN NIÑOS DE 6 A MENOS DE 24 MESES SEGÚN UNIDAD, 2011

UNIDAD	UNIDAD	NIÑOS ATENDIDOS	NIÑOS CON HEMOGRAMA REALIZADO	NIÑOS CON RESULTADO INTERPRETADO DEL HEMOGRAMA REALIZADO
			Porcentaje	Porcentaje
2556	Abangares	301	80,6	89,7
2473	Aguas Zarcas	1.295	35,0	71,4
2590	Barranca	527	74,3	80,8
2131	Barva	742	85,4	87,8
2233	Belén Flores	856	71,8	35,7
2732	Buenos Aires	806	92,2	97,9
2555	Cañas	826	81,8	97,2
2652	Cariari	1.819	88,4	52,6
2319	Carpio-León XIII	1.566	86,5	91,1
2586	Chacarita	510	83,7	90,2
2483	Ciudad Quesada	1.108	71,4	90,0
2217	Coronado	2.574	58,3	65,7
2343	Curridabat	1.728	67,4	80,6
2317	Desamparados 2	965	61,9	96,2
2552	Esparza	547	74,4	93,1
2345	Escazú	311	65,4	67,6
2312	Hatillo	1.159	65,6	62,5
2352	Los Santos	531	94,7	100,0
2311	Mata Redonda-Hospital	1.621	71,1	62,5
2346	Montes de Oca	1.098	65,9	55,6
2235	Naranjo	723	83,3	90,0
2252	Palmares	554	74,3	96,2
2218	Pavas	2.410	67,4	80,6
2579	Peninsular	472	75,5	75,7
2331	Puriscal-Turubares	531	97,4	91,9
2347	San Sebastián -Paso Ancho	691	50,0	96,0
2349	San Juan - San Diego- Concepción	1.361	72,0	97,2
2318	San Francisco - San Antonio	787	69,2	69,4
2230	San Pablo de Heredia	397	63,6	89,3
2387	Santa Ana	1.209	84,6	97,7
2531	Santa Cruz	926	73,0	100,0
2231	Santo Domingo de Heredia	573	60,7	41,2
2219	Tibás	692	81,3	84,6
2213	Tibás -Merced- Uruca	1.577	83,9	87,2
2272	Zarceño	238	94,7	69,4

FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

A partir de una muestra de los niños atendidos se identificó el conjunto de niños a los que se les realizó un hemograma. Sobre ese conjunto de datos, se determinaron los casos con resultado interpretado (ver Cuadro B.3.1).

En el año 2010, se encontró a nivel institucional que del total de niños con hemograma realizado, el 78% fue interpretado¹³⁷. En los resultados de la muestra se encontró que el 65% de las Áreas de Salud evaluadas (23 unidades) interpretaron más del 79% de los hemogramas realizados.

¹³⁷ DCSS, CCSS. Informe de Evaluación 2010. San José, 2011.

4. Tratamiento de anemia en niños

Para aquellos menores diagnosticados con anemia, la intervención consiste concretamente en la prescripción de hierro por tres meses como mínimo, con un hemograma control posterior al tratamiento¹³⁸. Si la anemia se logra corregir, se suministra hierro por un mes más¹³⁹.

CUADRO B.4.1

C.C.S.S: NIÑOS DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON ANEMIA
Y TRATAMIENTO ADECUADO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	NIÑOS CON ANEMIA ²	NIÑOS TRATADOS ADECUADAMENTE
			Porcentaje
2556	Abangares	24	87,0
2473	Aguas Zarcas	117	65,4
2590	Barranca	18	66,7
2131	Barva	41	82,9
2233	Belén Flores	12	16,7
2732	Buenos Aires	87	54,6
2555	Cañas	120	47,6
2652	Cariari	216	60,2
2319	La Carpio-León XIII	254	78,7
2586	Chacarita	91	52,8
2483	Ciudad Quesada	157	47,7
2217	Coronado	29	48,3
2343	Curridabat	45	81,4
2317	Desamparados 2	71	71,8
2345	Escazú	70	72,5
2552	Esparza	102	58,3
2312	Hatillo	108	37,4
2352	Los Santos	17	87,5
2311	Mata Redonda-Hospital	135	49,6
2346	Montes de Oca	17	100,0
2235	Naranjo	38	71,1
2252	Palmares	32	70,0
2579	Peninsular	75	33,3
2218	Pavas	156	85,2
2331	Puriscal-Turrubares	57	81,8
2318	San Francisco - San Antonio	25	88,0
2349	San Juan - San Diego Concepción	63	74,6
2230	San Pablo de Heredia	23	91,7
2347	San Sebastián -Paso Ancho	21	96,0
2387	Santa Ana	66	93,8
2531	Santa Cruz	71	85,9
2231	Santo Domingo de Heredia	10	100,0
2219	Tibás	60	37,5
2213	Tibás -Merced- Uruca	214	24,8
2272	Zarcelo	5	0,0

² Hemoglobina menor de 10,5 mg/ dL

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

Del conjunto evaluado, trece Áreas de Salud presentaron resultados superiores o iguales al 80%, destacándose en este grupo Montes de Oca, Santo Domingo de Heredia y San Sebastián- Paso Ancho. Debajo de dicho umbral se encuentran las

¹³⁸ DCSS, CCSS. Ficha técnica: Detección y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en la atención integral de niños (as) de los 6 a menos de 24 meses de edad. Código 2-09-04-2-1. abril 2009.

¹³⁹ CCSS. Guía para la Prevención, la Detección y Manejo de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Niñas. Atención Integral a las Personas. 2008.

restantes 22 Áreas de Salud, dónde las que obtuvieron los resultados más bajos fueron Belén-Flores, Tibás-Merced-Uruca y Zarcero (ver Cuadro B.4.1).

En relación al tratamiento, tal y como se ha señalado en informes anteriores, el que no se brinde de manera correcta una vez realizado el diagnóstico invalida el esfuerzo de detección y permite la expresión de las complicaciones por anemia en los niños. En ese sentido, la evidencia es clara, señalando que un diagnóstico temprano junto a un adecuado tratamiento, son elementos indispensables para revertir las múltiples consecuencias en el desarrollo y comportamiento de los menores, que pueden ser irreversibles¹⁴⁰.

5. Prevención de la sífilis congénita

La sífilis es una enfermedad causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*; se transmite principalmente durante las relaciones sexuales, por contacto con las lesiones o por transfusión de sangre. Puede transmitirse durante el embarazo, donde el feto adquiere la sífilis congénita, ocasionando abortos, óbitos, muerte neonatal y otros trastornos en el niño tales como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas¹⁴¹.

La sífilis congénita (SC) es una enfermedad seria pero prevenible, que afecta a más niños que cualquier otra infección neonatal, y consecuentemente sigue causando una alta carga de enfermedad¹⁴². La incidencia mundial es estimada en 12 millones de personas infectadas cada año¹⁴³.

En América latina y el Caribe (ALC) la mediana de seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas (sífilis materna) es de 3,9%, con un rango variable entre países del 0,7% al 7,2%. De acuerdo a esta cifra se calcula que en la Región de las Américas (exceptuando EUA y Canadá), se producen cada año unos 460.000 casos de sífilis gestacional, que resulta en un número anual estimado de casos de sífilis congénita (SC) entre 164.000 y 344.000¹⁴⁴.

Siete países en ALC (Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina) no logran la meta regional (tasa de prevalencia menor a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos)¹⁴⁵. En el caso de Costa Rica, durante los últimos cinco años se ha presentado una disminución de la tasa de prevalencia de SC, pasando de 1,3 por 1.000 nacidos vivos en el año 2005 a 0,7 por 1.000 nacidos vivos en el año 2010.

¹⁴⁰ Chen Wu A, Lesperance L y H. **Screening for iron deficiency**. *Pediatr Rev* 2002;23:171178.

¹⁴¹ Valderrama J. et al. **Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina**: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública*; 16 (3):211-17. 2004.

¹⁴² Valderrama J. **Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe**: marco de referencia para su implementación. Washington, D.C: OPS; 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/eliminasisifilisac.pdf>. Accedido el 4 de Agosto 2012.

¹⁴³ OMS. **The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Ginebra: Department of SR reproductive Health and Research, OMS; 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf. Visitado el 5 de Agosto de 2012.

¹⁴⁴ OPS. **Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe**: Estrategia de Monitoreo Regional. OPS; 2010.

¹⁴⁵ OPS. **Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe**: Estrategia de Monitoreo Regional. OPS; 2010.

En ese año 2010, se presentaron 69 casos de sífilis congénita. “La provincia de Limón concentra el 50% de los casos y de éstos el 74% están localizados en el cantón central de la provincia, además, un 17% es de la provincia de San José. Las provincias con el menor número de casos son Heredia y Cartago”¹⁴⁶.

Estos datos permiten valorar el resultado final de esta intervención ya que de acuerdo a lo indicado por la estrategia regional “debe considerarse que los casos nuevos de sífilis congénita son un marcador de falla de los sistemas sanitarios”¹⁴⁷.

En lo que respecta a los ODM para Costa Rica, se pretende eliminar la transmisión vertical del VIH y sífilis para el año 2015¹⁴⁸. El tamizaje para sífilis en el embarazo y el posterior abordaje de las embarazadas con serología positiva de VDRL¹⁴⁹ son parte fundamental de las intervenciones para alcanzar esta meta.

CUADRO B.5.1

C.C.S.S: ABORDAJE ADECUADO DEL VDRL POSITIVO EN
MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVO	ABORDAJE ADECUADO ¹
			Porcentaje
2556	Abangares	0	NA
2473	Aguas Zarcas	0	NA
2590	Barranca	7	85.7
2131	Barva	2	NA
2233	Belén Flores	4	25.0
2732	Buenos Aires	1	100.0
2555	Cañas	3	66.7
2652	Cariari	7	33.3
2319	La Carpio-León XIII	6	100.0
2586	Chacarita	3	33.3
2483	Ciudad Quesada	10	33.3
2217	Coronado	6	83.3
2343	Curridabat	4	100.0
2317	Desamparados 2	10	70.0
2345	Escazú	4	100.0
2552	Esparza	2	100.0
2312	Hatillo	14	36.4
2352	Los Santos	9	80.0
2311	Mata Redonda-Hospital	2	100.0
2346	Montes de Oca	1	100.0
2235	Naranjo	0	NA
2252	Palmares	1	100.0
2579	Peninsular	0	NA
2218	Pavas	15	100.0
2331	Puriscal-Turubares	1	100.0
2318	San Francisco - San Antonio	5	100.0
2349	San Juan - San Diego Concepción	4	75.0
2230	San Pablo de Heredia	2	100.0
2347	San Sebastián -Paso Ancho	9	88.9
2387	Santa Ana	3	100.0
2531	Santa Cruz	0	NA
2231	Santo Domingo de Heredia	0	NA

¹⁴⁶ Ministerio de Salud. *Indicadores de Género y Salud*. Costa Rica 2010.

¹⁴⁷ OPS. *Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Estrategia de Monitoreo Regional. OPS; 2010.

¹⁴⁸ María T. *Situación de la Sífilis Congénita en Costa Rica* [Presentación PPT]. Dirección de Vigilancia de la Salud, MINSA; 2010.

¹⁴⁹ DCSS, CCSS. *Ficha técnica: Prevención de la Sífilis Congénita*. Código 2-04-02-1-1. abril 2009.



CUADRO B.5.1

C.C.S.S: ABORDAJE ADECUADO DEL VDRL POSITIVO EN
MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA	ABORDAJE ADECUADO ¹
2219	Tibás	0	NA
2213	Tibás -Merced- Uruca	18	72.2
2272	Zarcelero	0	NA

¹ Incluye tratamiento apropiado y referencias

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

El 37% (13 unidades) de las Áreas de Salud evaluadas abordó la totalidad de los casos adecuadamente (ver Cuadro B.5.1). Si bien los datos que fueron recolectados no reflejan el desempeño de todas las unidades, parecen ser un buen reflejo de que algunas Áreas de Salud no están alcanzando la meta establecida de tener un tratamiento por sífilis del 95%¹⁵⁰ de las embarazadas VDRL positivas; de manera tal que, existe un margen de corrección que deberá ser gestionado, a fin de erradicar la SC para el 2015.

6. Atención continua de prenatal a posparto

La salud de los recién nacidos está estrechamente ligada a los cuidados que la madre recibe antes y durante el embarazo, el parto y el período postnatal. A lo largo del proceso de atención continua, el período de mayor riesgo de muerte y discapacidad de las madres y los recién nacidos comprende la fase de labor, el nacimiento y las primeras horas después de éste. Las complicaciones y la falta de atención en ese momento crucial, tiene consecuencias para las madres y los bebés¹⁵¹.

La atención del problema anteriormente planteado, es un tema de gran trascendencia en el ámbito internacional, ya que la forma en la que se resuelva guarda relación con el futuro de las naciones. Su importancia se ha hecho manifiesta en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente los ODM 4 (Reducir la Mortalidad Infantil) y el ODM 5 (Mejorar la Salud Materna), con los cuales el país está altamente comprometido.

Cabe destacar que, de acuerdo a la literatura especializada, se ha puesto gran énfasis en la atención prenatal y la atención del parto, no así en el periodo posparto¹⁵², situación que es similar en el ámbito nacional, en donde históricamente se ha dado gran énfasis a la atención del binomio madre-niño con diferentes programas, incorporándose la importancia de la atención prenatal en el imaginario de la población y también de los prestadores de servicios; en cambio no se ha incorporado en la misma magnitud la importancia de la atención posparto.

¹⁵⁰ OPS. *Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Estrategia de Monitoreo Regional. OPS; 2010.

¹⁵¹ Fescina RH, y colaboradores. *Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS*. OPS-CLAP/SMR Publicación Científica N°1573-2010.

¹⁵² Wieggers T. *Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope*. Journal of Neonatal Nursing: 12; 2006.



En el marco de las evaluaciones realizadas por la DCSS, se comenzó a dar seguimiento a la cobertura posparto en el año 2004¹⁵³, ese ejercicio arrojó indicios de que la atención continua, de prenatal hasta posparto, no había sido la adecuada, ya que en 2004 la cobertura postparto fue de 66%, mientras la cobertura de atención prenatal fue de 78%; posteriormente, en el año 2007¹⁵⁴ esta brecha aumentó, ya que la cobertura posparto fue de 74% y la de prenatal alcanzó el 82%.

Con el propósito de mejorar la medición del proceso de atención continua, a partir del año 2010 se utiliza el indicador "Tasa de deserción de la atención materna"¹⁵⁵, que corresponde a la proporción de mujeres que inician el control prenatal y no continúan con un control postnatal entendido éste en un período máximo de 42 días¹⁵⁶.

CUADRO B.6.1

C.C.S.S.: TASA DE DESERCIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNA SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	EMBARAZOS ESPERADOS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN PRENATAL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN POSPARTO	TASA DE DESERCIÓN
					Porcentaje
2556	Abangares	254	258	229	12,6
2473	Aguas Zarcas	834	661	647	1,6
2590	Barranca	889	569	596	(3,5)
2131	Barva	629	510	534	(4,2)
2233	Belén Flores	752	455	518	(9,2)
2732	Buenos Aires	1.057	930	808	12,2
2555	Cañas	584	501	498	0,5
2652	Cariari	1.262	1114	953	13,5
2319	La Carpio-León XIII	1.005	783	745	3,9
2586	Chacarita	457	375	314	12,9
2483	Ciudad Quesada	924	857	686	17,6
2217	Coronado	1.620	1499	1105	26,5
2343	Curridabat	1.122	897	761	12,2
2317	Desamparados 2	1.384	781	829	(3,8)
2345	Escazú	1.078	739	561	15,9
2552	Esparza	505	459	431	6,7
2312	Hatillo	862	740	713	3,0
2352	Los Santos	695	432	428	0,6
2311	Mata Redonda-Hospital	710	476	375	14,5
2346	Montes de Oca	806	636	540	12,8
2235	Naranjo	641	517	528	(1,7)
2252	Palmares	529	362	365	(0,6)
2579	Peninsular	425	470	370	25,6
2218	Pavas	1.431	1415	1210	14,0
2331	Puriscal-Turrubares	521	409	446	(6,6)
2318	San Francisco - San Antonio	472	380	350	6,3
2349	San Juan - San Diego Concepción	593	595	560	5,3
2230	San Pablo de Heredia	407	293	323	(8,2)
2347	San Sebastián -Paso Ancho	685	314	304	1,4
2387	Santa Ana	856	698	628	8,4
2531	Santa Cruz	991	726	754	(2,9)
2231	Santo Domingo de Heredia	446	303	328	(5,4)
2219	Tibás	579	456	324	20,9
2213	Tibás -Merced-Uruca	964	805	729	8,3
2272	Zarcoero	279	162	154	2,7

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

¹⁵³ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2004**. San José, DCSS. 2005.

¹⁵⁴ DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2007**. San José, DCSS. 2008.

¹⁵⁵ DCSS, CCSS. **Ficha técnica: Continuidad en la Atención Materna del Control Prenatal al Control Postnatal**. Código 2-05-05-1-1. abril 2009.

¹⁵⁶ DCSS, CCSS. **Ficha Técnica: Continuidad de la Atención Materna del Control Prenatal al Control Posnatal**. 2009.



Las Áreas de Salud de la muestra con las tasas de deserción más altas son Coronado, Peninsular y Tibás; ubicándose en el otro extremo Aguas Zarcas, Cañas, Los Santos y San Sebastián-Paso Ancho que presentan el mejor desempeño en este indicador. Por otra parte, el 28% de las Áreas de Salud (10 unidades) presentaron resultados negativos, encontrándose en este grupo Belén-Flores, Puriscal- Turrubares, San Pablo de Heredia (ver Cuadro B.6.1).

En relación a las tasas de deserción negativas que presentan algunas Áreas de Salud, esto significaría que hay más atenciones posparto que prenatales; lo cual podría sugerir que existen problemas en la calidad de los registros, de manera tal, que es importante realizar un análisis que permita encontrar los motivos de dichos resultados.

Otro aspecto que debe ser revisado, son las tasas de deserción que superan el 20%; tal es el caso de las Áreas de Salud Coronado, Peninsular y Tibás. En el período 2010 algunas de las Áreas con tasas sobre el 10% realizaron planes remediales, práctica que podría mantenerse.

7. Calidad de la referencia en la atención especializada ambulatoria

El proceso de referencia y contrareferencia permite dar continuidad a la atención del usuario y favorecer el acceso a los servicios de salud especializados, estimulando mayor resolutivez en la prestación de servicios de salud. Además, induce en forma indirecta a la coordinación y sistematización de los procesos asistenciales y constituye un elemento de vital importancia para el seguimiento a la población asignada a los EBAIS, en su función de puerta de entrada al sistema y de coordinador de la atención.

La evaluación está dirigida a la revisión de que las altas dadas en el Segundo Nivel cuenten con su respectiva contrareferencia; intentando aproximarse al proceso de continuidad de la atención al usuario, entre los dos niveles de atención. Indirectamente se espera revisar la resolutivez del Segundo Nivel, que pudiera favorecer el acceso a la atención especializada de las personas en lista de espera. Para ello, es indispensable que la contrareferencia emitida al darse alta al paciente, tenga anotado como mínimo los siguientes tres criterios: el diagnóstico del alta, la intervención realizada en el Segundo Nivel ambulatorio no hospitalario y el plan de seguimiento a continuar por el Primer Nivel de Atención¹⁵⁷.

¹⁵⁷ DCSS, CCSS. Ficha técnica: **Calidad de la Atención Especializada Ambulatoria**. Código 2-10-06-1-2. abril 2009.

CUADRO C.7.1

C.C.S.S.: VOLUMEN DE CONSULTAS DE PRIMERA VEZ, REFERENCIAS Y ALTAS
CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	VOLUMEN CONSULTAS DE PRIMERA VEZ ¹	REFERENCIAS ¹	ALTAS CON CUPLIMIENTO DE CRITERIOS	
				Número	Porcentaje
2233	Belén Flores	8.161	3.437	704	92
2732	Buenos Aires	2.764	520	374	100
2217	Coronado	13.509	SD	2.515	92
2312	Hatillo	35.022	2.637	1.403	97
2311	Mata Redonda Hospital	42.702	7.384	719	100
2313	Tibás, Merced, Uruca	22.500	7.380	1.255	100

¹ CCSS- AES. Estadística de Consulta Externa Especializada, 2011

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

De la muestra de expedientes analizados, se encontró que en el 96% de las altas, la contrareferencia cumplía con los tres criterios previamente definidos y en tres establecimientos este cumplimiento se dio en la totalidad de la muestra (ver Cuadro C.7.1).

En el año 2011 se emitieron 6.970 altas correspondientes a las seis Sedes de Área con Segundo Nivel evaluadas. Al comparar el volumen de altas con cumplimiento de criterios con el total de consultas de primera vez, éstas representan un 6% de las consultas. Si la comparación se hace con respecto al total de referencias recibidas por los centros, el porcentaje de altas con cumplimiento de criterios es del 33% (ver Cuadro C.7.1).

El volumen total de altas reportado por los centros es relativamente bajo; situación que hace pensar en la conveniencia de revisar los mecanismos de registro establecidos y el comportamiento de las altas según las diferentes especialidades. En ese sentido, una debilidad encontrada, es la ausencia de una definición oficial del término "alta con contrareferencia", lo cual podría estar originando problemas de registro. Por lo que se sugiere que las autoridades respectivas oficialicen su definición.

Los resultados proponen que se deben realizar esfuerzos para alcanzar una mayor articulación entre los dos primeros niveles de atención. Las debilidades de información que operan en las unidades proveedoras de servicios de salud se hacen más evidentes cuando se tratan de medir este tipo de intervenciones, mostrando poca capacidad para poder dar seguimiento vertical a las personas que son atendidas.

C. Efectividad

El alcance de este objetivo en la prestación de servicios de salud se aproxima desde dos ángulos, lo correspondiente a la resolución o control de un problema de salud, en donde una población definida se beneficia de la aplicación de una intervención, tecnología o tratamiento y lo referente a que las personas reciban una atención apropiada, basada en pruebas científicas y acorde a los lineamientos técnicos institucionales¹⁵⁸.



Bajo el enfoque de desempeño, se procuran evaluar resultados que permitan mostrar el efecto de ciertas intervenciones en la salud de la población. En el logro de resultados contribuyen el alcance y la forma en que se ejecutan las intervenciones, por parte de los servicios de salud.

Se presentan resultados obtenidos en la prestación de servicios para las personas con hipertensión, dislipidemias, diabetes e infarto agudo del miocardio, que influyen en la mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio, primera causa de muerte en el país.

En Costa Rica, las enfermedades del sistema circulatorio (ESC) desde 1970 son la primera causa de muerte¹⁵⁹. En el año 2010 ocurrieron 5.633 muertes que representan el 29,5%¹⁶⁰ de las muertes totales registradas, con una tasa de 12.3 por cada 10.000 habitantes.

Conocer el nivel de control logrado en el abordaje de las personas con los problemas anteriormente mencionados es uno de los principales propósitos de los servicios de salud, evitando complicaciones prematuras y prolongando la calidad de vida de las personas.

1. Control de la dislipidemia

Las dislipidemias son un factor de riesgo mayor reversible de las enfermedades del sistema circulatorio, estimándose la prevalencia nacional de dislipidemias en 25.3%¹⁶¹. La prevención es posible modificando los comportamientos de riesgo involucrados en su causalidad¹⁶².

Las dislipidemias, son anomalías del metabolismo de lipoproteínas e incluyen la elevación del colesterol total, LDL-colesterol, triglicéridos o deficiencia del HDL-colesterol¹⁶³. El LDL-col es la mayor lipoproteína aterogénica y este énfasis en el LDL-col ha sido demostrado por recientes ensayos clínicos que señalan la eficacia del

¹⁵⁸ DCSS, CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social**. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. San José, 2008.

¹⁵⁹ Rosello M y Guzmán S. **Mortalidad por infarto agudo de miocardio: distribución geográfica y lugar de ocurrencia**. Costa Rica, 1970- 2002. Rev. costarric. cardiol, vol.5, no.3, p.25. dic 2003.

¹⁶⁰ INEC. Defunciones según grandes grupos de causa. 2010

¹⁶¹ CCSS, Subárea Vigilancia Epidemiológica. **Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular**. DDSS, Área Salud Colectiva. 2011

¹⁶² CCSS, DTSS. **Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención**. Medicina Preventiva. 2004.

¹⁶³ USPSTF. **The Guide To Clinical Preventive Services**. Recommendations of the U.S.Preventive Services Task Force. AHRQ Pub. N°09-IP006. August, 2009.

tratamiento en la reducción de los niveles de LDL-col, y por ende en la disminución del riesgo de enfermedad coronaria. Se ha identificado al LDL- col, como la meta primaria para la terapia de reducir el colesterol¹⁶⁴; en el ámbito institucional, se ha indicado que "el nivel de colesterol total puede interesar para tamizaje de población, pero el blanco principal en el manejo de las dislipidemias es el LDL-colesterol"¹⁶⁵.

El seguimiento al grado de control que se brinda a los adultos con dislipidemia, es medido por el porcentaje de personas atendidas con un nivel óptimo de LDL-col, de acuerdo al valor del último perfil de lípidos del año evaluado¹⁶⁶.

Los valores meta de referencia del LDL-col dependen de la estratificación de riesgo coronario¹⁶⁷.

Condición	Clasificación de riesgo	Valor meta de referencia de LDL-colesterol	Valor meta de referencia de colesterol no-HDL
Enfermedad coronaria, equivalente de riesgo coronario, o tres y más factores de riesgo	Alto	<100 mg/dl	<130mg/dl
Dos factores de riesgo	Moderado	<130 mg/dl	<160 mg/dl
Uno o ningún factor de riesgo	Bajo	<160 mg/dl	< 190 mg/dl

En los casos que el LDL-col no esté disponible debido a triglicéridos mayores o iguales a 400mg/dl, se utilizó el colesterol no-HDL como valor meta de referencia.

CUADRO C.1.1

C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA Y PORCENTAJE
CON NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO ¹	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ²	PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA	
			Cobertura	con valor óptimo de LDL-colesterol ³
			Porcentaje	Porcentaje
2556	Abangares	1.596	46	58
2473	Aguas Zarcas	3.530	45	40
2590	Barranca	4.720	29	21
2131	Barva	5.001	61	47
2233	Belén Flores	5.484	56	30
2732	Buenos Aires	4.163	28	55
2555	Cañas	3.011	79	15
2652	Cariari	5.898	39	37
2586	Chacarita	2.418	35	27
2483	Ciudad Quesada	5.191	59	21
2217	Coronado	11.182	24	23
2343	Curridabat	8.193	51	42
2317	Desamparados 2	8.889	26	25
2552	Esparza	3.370	85	15

¹⁶⁴ NECP. *Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. 2002.

¹⁶⁵ CCSS, DTSS. *Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención*. Medicina Preventiva. 2004.

¹⁶⁶ DCSS, CCSS. Ficha técnica: *Control de las Personas con Dislipidemia*. Código 3-01-01-1-1. abril 2009.

¹⁶⁷ CCSS, DTSS. *Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención*. Medicina Preventiva. 2004.

CUADRO C.1.1

C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA Y PORCENTAJE
CON NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO ¹	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ²	PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA	
			Cobertura	con valor óptimo de LDL-colesterol ³
			Porcentaje	Porcentaje
2345	Escazú	7.384	41	22
2312	Hatillo	6.278	81	27
2319	La Carpio-León XIII	4.036	12	10
2352	Los Santos	3.845	26	79
2311	Mata Redonda-Hospital	3.503	33	9
2346	Montes de Oca	6.857	32	31
2235	Naranjo	4.643	32	35
2252	Palmares	4.207	36	67
2218	Pavas	8.402	24	52
2579	Peninsular	2.911	92	25
2331	Puriscal-Turrubares	4.555	33	71
2347	San Sebastián -Paso Ancho	5.040	22	6
2349	San Juan - San Diego Concepción	5.835	46	24
2318	San Francisco - San Antonio	4.082	80	23
2230	San Pablo de Heredia	3.362	38	64
2387	Santa Ana	6.201	100	30
2531	Santa Cruz	6.674	53	50
2231	Santo Domingo de Heredia	4.168	31	31
2219	Tibás	6.404	51	62
2213	Tibás -Merced- Uruca	5.152	77	7
2272	Zarcelero	1.645	33	46

² Se calcula con una prevalencia de 25,3%, según Encuesta de Vigilancia 2011, sobre una población de 30 a 79 años.

³ Con valores meta definidos en la guía institucional según riesgo.

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

Los datos muestran diferencias importantes de las coberturas en las Áreas de Salud evaluadas. El menor porcentaje se obtuvo en el AS La Carpio-León XIII y el mayor en el AS Santa Ana. Asimismo; el porcentaje de personas con resultado óptimo de LDL-col mostró variación entre las Áreas evaluadas, con un rango entre 6% y 79%. En 22 establecimientos de la muestra, el porcentaje de control de las personas con dislipidemia atendidas, fue menor al 40% (ver Cuadro C.1.1).

En el año 2010, se estimó la cobertura de atención a personas con dislipidemia institucional en 41%¹⁶⁸. La meta institucional planteó para finales del 2006, otorgar tratamiento al menos al 75% de las personas con dislipidemia detectadas y que al menos el 40% de las personas tratadas alcanzaran valores de control¹⁶⁹.

El disminuir los niveles de LDL-colesterol es una estrategia ideal para reducir la carga de la enfermedad cardiovascular¹⁷⁰, por lo que se deben continuar desarrollando esfuerzos en la prestación de servicios de salud para mejorar el desempeño en esta intervención.

¹⁶⁸ DCSS, CCSS. Informe de Evaluación 2010. San José, 2011.

¹⁶⁹ CCSS, DTSS. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. Medicina Preventiva. 2004.

¹⁷⁰ NECP. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. 2002NCEP

2. Control de la hipertensión arterial

Las tres causas de muerte que se encuentran relacionadas con la hipertensión arterial (HTA) como factor de riesgo son la enfermedad isquémica coronaria, enfermedad cerebrovascular y enfermedad hipertensiva¹⁷¹. Se define como hipertenso a toda persona de 18 años y más con presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg¹⁷².

La relación entre presión arterial y riesgo de eventos del sistema circulatorio es continua, consistente, e independiente de otros factores de riesgo. A mayor presión arterial mayor probabilidad de infarto cardíaco, enfermedad cerebrovascular y enfermedades renales¹⁷³.

La prevalencia de HTA ha ido en aumento a nivel mundial. En el país existe una prevalencia diagnosticada de 31.5%, y de hipertensión no diagnosticada de 6.3%, lo cual indica una prevalencia global de 37.8%¹⁷⁴.

El resultado clave del abordaje de las personas con hipertensión, es lograr el control de las cifras de presión arterial; por lo tanto, la medición del control en estas personas, se convierte en un elemento importante a utilizar para evaluar el desempeño de la prestación de los servicios¹⁷⁵.

Las personas, una vez diagnosticadas como hipertensas, deben ser tratadas. El objetivo del tratamiento es reducir la morbilidad y la mortalidad con la menor intervención posible. Esto puede lograrse al alcanzar cifras de PAS inferiores a 140 mmHg y PAD inferiores a 90 mmHg, al mismo tiempo que modificando otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Siempre que la persona lo tolere, en personas con DM, IRC o cardiopatía isquémica se procura alcanzar cifras de meta óptima de PA <130/ 80 mmHg¹⁷⁶. Estos son los parámetros utilizados en la evaluación de la prestación de los servicios de salud¹⁷⁷.

CUADRO C.2.1

C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN Y PORCENTAJE
CON PRESIÓN ARTERIAL ÓPTIMA SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ²	PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN	
			Cobertura	con PA optima ³
			Porcentaje	Porcentaje
2556	Abangares	6.028	51	56
2473	Aguas Zarcas	14.457	35	70
2590	Barranca	18.186	30	71

¹⁷¹ CCSS. **Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial**. Tercera Edición. San José, Costa Rica. 2009

¹⁷² CCSS. **Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial**. Tercera Edición. San José, Costa Rica. 2009

¹⁷³ US Department of Health and Human Services. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure**. 2004

¹⁷⁴ CCSS, Subárea Vigilancia Epidemiológica. **Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular**. DDSS, Área Salud Colectiva. 2011

¹⁷⁵ DCSS, CCSS. **Control de la Hipertensión Arterial en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social**. San José, 2010.

¹⁷⁶ CCSS. **Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial**. Tercera Edición. San José, Costa Rica. 2009

¹⁷⁷ DCSS, CCSS. Ficha técnica: **Control de las Personas con Hipertensión Arterial**. Código 3-01-02-1-1. abril 2009



CUADRO C.2.1

C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN Y PORCENTAJE
CON PRESIÓN ARTERIAL ÓPTIMA SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ²	PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN	
			Cobertura	con PA óptima ³
			Porcentaje	Porcentaje
2131	Barva	19.212	34	84
2233	Belén Flores	20.929	24	80
2732	Buenos Aires	16.845	34	70
2555	Cañas	11.780	36	41
2652	Cariari	23.157	27	60
2586	Chacarita	9.211	34	65
2483	Ciudad Quesada	20.729	35	64
2217	Coronado	42.957	52	43
2343	Curridabat	31.829	29	47
2317	Desamparados 2	34.804	27	65
2552	Esparza	12.778	44	37
2345	Escazú	27.603	22	77
2312	Hatillo	24.166	62	58
2319	La Carpio-León XIII	15.934	16	82
2352	Los Santos	15.141	44	56
2311	Mata Redonda-Hospital	13.660	47	58
2346	Montes de Oca	27.787	27	66
2235	Naranjo	18.187	38	43
2252	Palmares	16.263	26	64
2218	Pavas	33.121	22	77
2579	Peninsular	11.079	43	56
2331	Puriscal-Turruabares	17.494	29	91
2347	San Sebastián -Paso Ancho	19.452	11	85
2349	San Juan - San Diego Concepción	22.543	25	44
2318	San Francisco - San Antonio	15.547	38	45
2230	San Pablo de Heredia	12.786	32	61
2387	Santa Ana	23.408	29	80
2531	Santa Cruz	25.342	48	49
2231	Santo Domingo de Heredia	15.578	47	65
2219	Tibás	24.179	21	70
2213	Tibás -Merced- Uruca	20.194	34	68
2272	Zarcelero	6.594	22	67

¹ Se calcula con una prevalencia de 37,8% según Encuesta de Vigilancia 2011, sobre una población de 20 años y más.

² PA óptima: PA < 140/ 90 mmHg. y PA < 130/ 80 mmHg en personas con DM, IRC o cardiopatía isquémica.

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

Las Áreas de Salud evaluadas, presentan diferencias importantes en la cobertura a personas con hipertensión. La diferencia entre la menor cobertura, obtenida por el Área de Salud San Sebastián- Paso Ancho, y la mayor cobertura, obtenida por AS Hatillo, es de seis veces (ver Cuadro C.2.1).

Este indicador se refiere a los atendidos en los servicios de salud institucionales, por lo que es útil relacionar estos resultados con los del tamizaje de hipertensión para contar con una perspectiva poblacional (ver apartado Tamizaje HTA).

3. Control de la diabetes mellitus

La diabetes es una de las más costosas y complejas enfermedades no transmisibles que se caracteriza por un aumento de las cifras de glucosa en sangre (hiperglicemia). Las complicaciones resultantes de esta enfermedad son causa de morbilidad y

mortalidad y están asociadas con daño de varios órganos tales como ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos^{178,179}.

La diabetes tipo dos es la más frecuente y se manifiesta con una aparición más insidiosa al ser comúnmente asintomática en los primeros años antes del diagnóstico. Usualmente se presenta en adultos, pero se está diagnosticando con mayor frecuencia en personas más jóvenes a medida que aumenta la obesidad, asociado a malos hábitos de alimentación y sedentarismo¹⁸⁰.

La prevalencia de diabetes en el país se ha estimado en 10.8%, de los cuales 9.5% son casos conocidos y 1.3% desconocidos¹⁸¹.

Las personas con diabetes requieren ser tratadas durante toda su vida. El objetivo general del tratamiento es el control glicémico óptimo¹⁸². La hemoglobina glicosilada (HbA1c), se considera el estándar para juzgar la efectividad del control glicémico en la práctica clínica¹⁸³.

Para la evaluación del desempeño de la prestación se utiliza el último resultado de HbA1c del año evaluado de las personas con diabetes tipo dos, considerando como control adecuado un valor de HbA1c menor o igual a 7%¹⁸⁴. Se considera pobre control, el no contar con ningún examen de HbA1c o cuyo último valor del año sea mayor o igual a 9%¹⁸⁵.

Los resultados se valoran en población de 20 a 75 años. Se excluyen las edades mayores, que muestran altos porcentajes de control¹⁸⁶, ya que en este grupo de edad alcanzar valores muy bajos conlleva mayor riesgo que beneficio¹⁸⁷.

CUADRO C.3.1

C.C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS POR DIABETES TIPO DOS
CON DOS PRUEBAS DE HbA1c SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	PERSONAS ATENDIDAS POR DIABETES	PERSONAS CON DOS PRUEBAS DE HbA1c
			Porcentaje
2556	Abangares	554	70
2473	Aguas Zarcas	966	45
2590	Barranca	1.453	49
2131	Barva	1.157	59
2233	Belén Flores	912	50
2732	Buenos Aires	974	53
2555	Cañas	1.062	49

¹⁷⁸ ADA. *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. Diabetes Care, Volume 33, Supplement 1, January 2010,

¹⁷⁹ ADA-NID. *The Prevention or Delay of Type 2 Diabetes*. Diabetes Care, Volume 26, Supplement 1, January 2003.

¹⁸⁰ CCSS. *Guía para la Atención de las Personas diabéticas tipo dos*. San José, Costa Rica 2007.

¹⁸¹ CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica. *Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular*. DDSS, Área de Salud Colectiva. San José 2011.

¹⁸² CCSS. *Guía para la Atención de las Personas diabéticas tipo dos*. San José, Costa Rica 2007.

¹⁸³ Jeffcoate SL. *Diabetes control and complications: the role of glycated haemoglobin, 25 years on*. Diabet. Med. 21, 657-665. 2004.

¹⁸⁴ DCSS, CCSS. Ficha Técnica: *Control metabólico de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2*. Codigos: 3-01-03-1-1/ 3-01-03-2-1/ 3-01-03-3-1. Mayo 2009

¹⁸⁵ National Diabetes Quality Improvement Alliance *Performance Measurement Set for Adult Diabetes*, 2005

¹⁸⁶ DCSS, CCSS. *Control de la Diabetes tipo 2 en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social*. 2006.

¹⁸⁷ ALAD. *Guías para el diagnóstico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en la evidencia*. Rev. Asoc. Latinoam Diab; Supl.1, Ed. Extraordinaria 2000.



CUADRO C.3.1

C.C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS POR DIABETES TIPO DOS
CON DOS PRUEBAS DE HbA1c SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	PERSONAS ATENDIDAS POR DIABETES	PERSONAS CON DOS PRUEBAS DE HbA1c
			Porcentaje
2652	Cariari	1.357	50
2586	Chacarita	981	62
2483	Ciudad Quesada	1.529	57
2217	Coronado	3.753	39
2343	Curridabat	1.604	53
2317	Desamparados 2	2.101	90
2552	Esparza	1.294	53
2345	Escazú	1.320	81
2312	Hatillo	2.494	42
2319	La Carpio-León XIII	820	52
2352	Los Santos	1.025	75
2311	Mata Redonda-Hospital	1.153	48
2346	Montes de Oca	1.224	65
2235	Naranjo	1.372	72
2252	Palmares	1.115	92
2218	Pavas	2.822	72
2579	Peninsular	863	33
2331	Puriscal-Turubares	845	77
2347	San Sebastián -Paso Ancho	1.034	57
2349	San Juan - San Diego Concepción	1.214	61
2318	San Francisco - San Antonio	988	72
2230	San Pablo de Heredia	623	54
2387	Santa Ana	1.597	67
2531	Santa Cruz	1.868	60
2231	Santo Domingo de Heredia	1.057	41
2219	Tibás	1.866	68
2213	Tibás -Merced- Uruca	1.386	62
2272	Zarcelero	304	75

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

CUADRO C.3.2

C.C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO DOS Y PORCENTAJE
CON CONTROL GLICÉMICO ÓPTIMO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ¹	PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES	
			Cobertura	Control glicémico óptimo ²
			Porcentaje	Porcentaje
2556	Abangares	950	65	33
2473	Aguas Zarcas	2.279	43	30
2590	Barranca	2.867	56	34
2131	Barva	3.029	40	63
2233	Belén Flores	3.300	29	47
2732	Buenos Aires	2.656	37	43
2555	Cañas	1.857	61	49
2652	Cariari	3.651	30	36
2586	Chacarita	1.452	69	42
2483	Ciudad Quesada	3.268	49	43
2217	Coronado	6.773	43	46
2343	Curridabat	5.018	30	40
2317	Desamparados 2	5.487	34	23
2552	Esparza	2.015	66	35
2345	Escazú	4.352	29	48
2312	Hatillo	3.810	81	44
2319	La Carpio-León XIII	2.512	22	44

CUADRO C.3.2

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO DOS Y PORCENTAJE
CON CONTROL GLICÉMICO ÓPTIMO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	POBLACIÓN BLANCO ¹	PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES	
			Cobertura	Control glicémico óptimo ²
			Porcentaje	Porcentaje
2352	Los Santos	2.387	44	67
2311	Mata Redonda-Hospital	2.154	56	42
2346	Montes de Oca	4.381	26	52
2235	Naranjo	2.867	47	48
2252	Palmares	2.564	41	50
2218	Pavas	5.222	34	50
2579	Peninsular	1.747	59	35
2331	Puriscal-Turubares	2.758	35	71
2347	San Sebastián -Paso Ancho	3.067	32	31
2349	San Juan - San Diego Concepción	3.554	30	45
2318	San Francisco - San Antonio	2.451	43	59
2230	San Pablo de Heredia	2.016	35	60
2387	Santa Ana	3.691	49	54
2531	Santa Cruz	3.996	59	26
2231	Santo Domingo de Heredia	2.456	48	46
2219	Tibás	3.812	53	43
2213	Tibás -Merced- Uruca	3.184	39	57
2272	Zarcelero	1.040	26	66

¹ Se calcula con una prevalencia de diabetes tipo dos de 10.8% según Encuesta de Vigilancia 2011, sobre población de 20 a 75 años.

² Control óptimo: HbA1c ≤ 7%

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

CUADRO C.3.3

C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES Y PORCENTAJE
CON POBRE CONTROL METABÓLICO SEGÚN UNIDAD, 2011

CÓDIGO	UNIDAD	PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES	VALOR DE HbA1c	
			SIN VALOR	≥9
			Porcentaje	Porcentaje
2556	Abangares	554	NHD	28
2473	Aguas Zarcas	966	23	20
2590	Barranca	1.453	20	29
2131	Barva	1.157	11	4
2233	Belén Flores	912	13	21
2732	Buenos Aires	974	10	20
2555	Cañas	1.062	4	20
2652	Cariari	1.357	17	21
2586	Chacarita	981	15	24
2483	Ciudad Quesada	1.529	9	28
2217	Coronado	3.753	18	11
2343	Curridabat	1.604	14	21
2317	Desamparados 2	2.101	10	21
2552	Esparza	1.294	15	12
2345	Escazú	1.320	19	19
2312	Hatillo	2.494	12	18
2319	La Carpio-León XIII	820	4	21
2352	Los Santos	1.025	NHD	11
2311	Mata Redonda-Hospital	1.153	25	19
2346	Montes de Oca	1.224	10	15
2235	Naranjo	1.372	6	12



2252	Palmares	1.115	NHD	19
2218	Pavas	2.822	8	13
2579	Peninsular	863	9	28
2331	Puriscal-Turubares	845	4	8
2347	San Sebastián -Paso Ancho	1.034	43	6
2349	San Juan - San Diego Concepción	1.214	4	24
2318	San Francisco - San Antonio	988	4	11
2230	San Pablo de Heredia	623	21	6
2387	Santa Ana	1.597	8	12
2531	Santa Cruz	1.868	26	36
2231	Santo Domingo de Heredia	1.057	10	13
2219	Tibás	1.866	33	8
2213	Tibás -Merced- Uruca	1.386	14	3
2272	Zarcelero	304	3	NHD

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

En las Áreas de Salud evaluadas, se encontraron diferencias importantes en el porcentaje de las personas con diabetes tipo dos atendidas, que tuvieron en cada semestre un resultado de HbA1c, según lo establecido en la normativa institucional (ver Cuadro C.3.1). En el año 2010, el 52% de las personas con diabetes atendidas, contó con un resultado de HbA1c en cada semestre¹⁸⁸.

En 14 de las Áreas de Salud evaluadas, el 15% o más de las personas con diabetes atendidas, no tienen ningún examen de HbA1c. El que no se tenga ningún resultado de este examen, plantea la necesidad de revisar la calidad de la atención (ver Cuadro C.3.3).

La periodicidad en la ejecución de esta prueba es determinante para conocer el control de las personas atendidas. Este resultado, podría estar asociado a la falta de reactivos en algún momento del año, situación manifestada por algunos de los prestadores de servicios de salud.

El mantener en forma permanente la disponibilidad de los reactivos necesarios, así como favorecer la revisión de los factores por los cuales no se aplica la prueba, tanto a nivel de la oferta como de los usuarios, posibilita mejorar en forma importante este resultado.

En relación al control óptimo, se encontró diferencias importantes en las Áreas evaluadas. El porcentaje de personas con diabetes atendidas, con el último valor de HbA1c del año en $\leq 7\%$, osciló entre 23% y 72%. El mayor resultado en AS Puriscal-Turubares superó en tres veces, la del menor en AS Desamparados 2. Ese porcentaje fue menor del 50% en 24 de las Áreas evaluadas (ver Cuadro E.3.2).

En las Áreas de Salud evaluadas, se encontraron diferencias con respecto al porcentaje de valores de HbA1c alto ($\geq 9\%$). En quince Áreas ese porcentaje representa el 20% o más. El mayor porcentaje de observó en el Área de Santa Cruz (ver Cuadro C.3.3).

El porcentaje de pobre control en 16 Áreas de Salud evaluadas fue de 30% o más y en más de la mitad de ellas, el elemento que más contribuye en este componente es el valor de HbA1c alto (ver Cuadro C.3.3).

¹⁸⁸ DCSS, CCSS. Informe de Evaluación 2010. San José, 2011.

El rol del Primer Nivel de Atención, en relación a la prestación de servicios a las personas con diabetes, tiene como eje central el control metabólico óptimo que permita retardar la aparición de complicaciones y mejorar su calidad de vida. Los resultados de la evaluación sugieren la necesidad de mejorar la situación de la disponibilidad a los usuarios de exámenes de HbA1c y de alcanzar un grado de control metabólico óptimo.

Disminuir el pobre control es un desafío, especialmente cuando está asociado a valores altos de HbA1c. Esto sugiere que los establecimientos que presentan esta situación, deberán revisar la oferta actual y buscar metodologías innovadoras, dirigidas a educar e incentivar a las personas diabéticas a mantener una adherencia al tratamiento y un grado de control metabólico aceptable para reducir complicaciones y tener mejor calidad de vida.

4. Reperusión coronaria

El Infarto Agudo del Miocardio (IAM) con elevación del Segmento ST, forma parte del Síndrome Coronario Agudo. Las personas con este evento, requieren en el menor tiempo posible la terapia de reperusión, ya sea mediante tratamiento fibrinolítico o por intervención coronaria percutánea¹⁸⁹.

Varios estudios proporcionan evidencia que el inicio temprano de la reperusión se asocia a una mayor sobrevivencia en este grupo de pacientes. El evitar retrasos en la reperusión, una vez que el paciente se pone en contacto con los servicios de salud, es de importancia vital para impedir que disminuyan los beneficios¹⁹⁰.

En la actualidad, no se cuenta a nivel institucional con Guías de Práctica Clínica para la atención del Síndrome Coronario Agudo. El referente utilizado en la institución¹⁹¹, se basa en la recomendación emitida por la Asociación Americana del Corazón¹⁹².

La intervención para el caso del tratamiento fibrinolítico, establece el tiempo puerta-aguja dentro de los primeros treinta minutos, medido a partir del momento en que las personas con cuadro clínico de IAM tienen contacto con el Servicio de Urgencias¹⁹³. En el caso del tiempo puerta-balón; la intervención debe ser realizada dentro de los primeros noventa minutos¹⁹⁴.

La adecuada recolección de los datos, representa una importante dificultad para los Servicios de Urgencia, porque el paciente llega en estado crítico, con un alto riesgo de muerte, de manera tal, que el énfasis se pone en la atención, y no en el registro. Esa situación no es exclusiva de los hospitales del país; como norma, los errores e imprecisiones se presentan en altos porcentajes, atentando contra la validez de los datos. Sin embargo; los posibles errores encontrados no superan la importancia de la medición de los resultados en los pacientes con IAM¹⁹⁵.

¹⁸⁹ ACC/AHA *Statement on Performance Measurement and Reperfusion Therapy*. 2008.

¹⁹⁰ ACC/AHA *Statement on Performance Measurement and Reperfusion Therapy*. 2008.

¹⁹¹ CCSS. *Atención del Síndrome coronario agudo*. Sitio en Internet, 17 marzo 2011.

¹⁹² ACC/AHA *Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction*. 2011.

¹⁹³ CCSS, DCSS. Ficha Técnica: *Infarto agudo del miocardio. Reperusión coronaria. Oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica*. Código:H-0000-04.Mayo 2009.

¹⁹⁴ OCDE. *Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems*, 2004.

¹⁹⁵ OCDE. *Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems*, 2004.

CUADRO C.4.1

C.C.S.S.: PERSONAS CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM) ST-ELEVADO CON REPERFUSIÓN CORONARIA OPORTUNA SEGÚN HOSPITAL, 2011

CÓDIGO	HOSPITAL	PERSONAS CON IAM ST- ELEVADO CON REPERFUSIÓN CORONARIA	OPORTUNA ¹	
			Número	Porcentaje
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	28	23	82
2102	San Juan de Dios	13	6	46
2104	México	9	9	100
2205	San Rafael de Alajuela	29	24	83
2208	San Vicente de Paul	7	3	43
2307	Dr. William Allen	2	1	50
2401	San Carlos	10	5	50
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	2	2	100
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	12	12	100
2702	Golfito	1	1	100
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	16	5	31
2602	Guápiles	5	4	80
2206	San Francisco de Asís	5	5	100

¹ 30 minutos o menos.

FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011

Para el año 2011, inicialmente se contó con una muestra de 216 casos, la cual se redujo posterior a un proceso de depuración, donde 37 casos fueron clasificados erróneamente (no eran candidatos para recibir la terapia) y 40 presentaron inconsistencias en el registro cronológico, quedando 139 casos válidos sobre los cuales se pudo realizar el análisis.

El Hospital Calderón Guardia aplicó en treinta minutos o menos la terapia trombolítica en veintitrés de los 28 casos atendidos. Por otra parte, en este centro hospitalario se evaluó la realización de angioplastia primaria, con un tiempo meta puerta balón de 90 minutos. De los 28 casos evaluados, sólo dos cumplían con el registro del tiempo de apertura del balón y en ambos se logra la meta de 90 minutos. En los restantes casos, se presentó problemas con este registro, impidiendo la medición del tiempo puerta balón.

De los casos analizados, en el 72% se aplicó la terapia trombolítica en el tiempo establecido. La efectividad de la intervención alcanzó un 31% de los casos atendidos en la muestra del Hospital Max Peralta.

El análisis de los factores necesarios para garantizar la administración oportuna de la terapia se recomienda en los casos en que existió retraso¹⁹⁶. La implementación de un sistema de registro automatizado, que reduzca la exclusión de casos que cumplen con los requisitos establecidos, y que mejore la precisión en el registro del tiempo puerta aguja mejoraría sustancialmente los registros.

¹⁹⁶ OCDE. *Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems*, 2004.

D. Aceptabilidad

El grado en el que las expectativas de los usuarios son satisfechas, esto en relación con el nivel en el cual sus necesidades y problemas de salud son resueltos, es una dimensión de relevancia en el desempeño de la prestación de servicios de salud. La aceptabilidad se define como la "percepción que tienen los usuarios de los servicios recibidos y las acciones que garanticen la seguridad del paciente"¹⁹⁷.



Su medición por ende tiene dos vertientes, la satisfacción del usuario y la seguridad del paciente. La primera está asociada con la percepción que tienen las personas sobre la utilidad de las atenciones de salud que reciben, en relación al trato, la comodidad de las instalaciones, las facilidades de acceso, entre otras; y la segunda guarda relación con las acciones que garantizan la seguridad del paciente, evitando los daños durante el tratamiento y la atención.

En lo referente a la satisfacción de los usuarios, la principal herramienta que se ha utilizado es la encuesta. Para el período 2009- 2010, la Presidencia Ejecutiva Institucional propuso la elaboración de una encuesta externa para conocer la satisfacción de los usuarios de Consulta Externa y Hospitalización; sin embargo ésta no se llevó a cabo¹⁹⁸. Esta iniciativa tampoco se retomó en este año 2011.

Respecto de la seguridad del paciente, se ha puesto énfasis en dos aspectos: el cumplimiento de directrices sobre prácticas quirúrgicas seguras y el control de las infecciones intrahospitalarias¹⁹⁹.

El equipo técnico del Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente es el responsable de diseñar, evaluar, certificar e informar del cumplimiento de las directrices sobre prácticas quirúrgicas seguras y la Sub- Área de Vigilancia Epidemiológica, es la responsable del desarrollo de un sistema de vigilancia intrahospitalaria.

La medición de la seguridad del paciente se encuentra en un estadio temprano, en lo que respecta a la adopción de prácticas seguras, los esfuerzos se han orientado principalmente a la concientización del personal de salud y al diseño de instrumentos para la recolección de datos; en tanto, que en lo concerniente al manejo de infecciones intrahospitalarias, el énfasis ha sido puesto en la construcción de un sistema de información.

La Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud ha sido el instrumento por medio del cual se ha impulsado la mejora de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. No obstante, la DCSS no es la entidad encargada de certificar las acciones concretas realizadas por los establecimientos.

¹⁹⁷ DCSS, CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social**. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. San José, 2008.

¹⁹⁸ CCSS. Carta N° DICS- 287-09 dirigida a la Dra. Ana Guzmán por parte de Dra. Ana Patricia Salas, Directora de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud. 15 de Octubre 2009.

¹⁹⁹ DCSS, CCSS. Ficha Técnica. **Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias**. Certificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Código: H-0000-02 Mayo 2009.

En lo que respecta al año 2011, dieciséis hospitales evaluados fueron certificados. El detalle particular de cada certificación está en poder de las respectivas entidades certificadoras.

Los resultados de las certificaciones son útiles como insumo para el monitoreo de los avances, en pro de constituir una plataforma inicial para el registro de dicha gestión. Sin embargo, se considera importante evolucionar los indicadores relacionados con la seguridad del paciente hacia una segunda etapa, en la cual se cambie el énfasis, de los procesos a los resultados, y de las variables cualitativas a cuantitativas. Con ello, se podrá contar con datos que permitan medir el desempeño en la prestación de los servicios de salud.

E. Eficiencia

La eficiencia establece una relación de los recursos empleados, con los efectos obtenidos; es decir, se analiza cuántos recursos se requirieron para producir una determinada cantidad de servicios (sean: intermedios, finales) o incluso ocasionar determinados efectos en la salud de las personas.



Este concepto tiene tres ámbitos²⁰⁰ (Eficiencia Técnica, Eficiencia Económica y Eficiencia de Asignación) que se relacionan con los servicios de salud que se producen y su modo de producción. La Eficiencia Técnica se alcanza cuando se produce la máxima cantidad de servicios (efectivos) físicos, en relación con un determinado nivel de insumos; por otro lado, la Eficiencia Económica es aquella que contempla el uso de combinaciones de insumos que permiten producir un determinado nivel de servicios, al menor costo; en tanto que la Eficiencia de Asignación, se alcanza, cuando los recursos son asignados a las actividades en que éstos tienen el máximo valor.

Cabe destacar que, el logro de una relación eficiente entre recursos y productos en el proceso de producción de los servicios de salud, es un imperativo tanto de carácter económico como ético, pues la utilización no óptima de los recursos implica la no atención de problemas de salud de la población y, por tanto, la reducción del bienestar individual y/o colectivo.

En lo referente al quehacer de la DCSS, las primeras aproximaciones para medir la eficiencia tuvieron relación con el porcentaje de ejecución presupuestaria, a través de indicadores relacionados más con la buena gestión que con la eficiencia. Sin embargo, se han hecho esfuerzos para evolucionar hacia mejores indicadores (incorporando múltiples insumos y productos) que permitan una evaluación más integral de la eficiencia en la prestación.

²⁰⁰ Knowles J, Leighton C, Stinson W. **Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. OPS.** 1997.

En el caso de las Áreas de Salud, desde el año 2010 se ha venido construyendo un Índice de Eficiencia Relativa (IER), con base en el Análisis Envolvente de Datos (DEA, por sus siglas en inglés) el cual es uno de los métodos más utilizados en el ámbito internacional²⁰¹.

En lo que respecta a los Hospitales, se han utilizado indicadores de actividad asociados principalmente a los recursos cama y quirófano, que además han sido ajustados (por casuística y severidad). Sin embargo, aún después de tales ajustes, la interpretación de los datos “en bruto”, debe hacerse con cierta cautela, pues podrían estar afectados por determinantes de índole social o económica, fuera del ámbito hospitalario²⁰².

1. Áreas de Salud

El Índice de Eficiencia Relativa (IER)²⁰³ es una herramienta que busca determinar cuáles Áreas de Salud producen en su respectiva frontera de posibilidades máximas de producción, y cuáles no lo hacen. De manera tal que, aquellas cuyo nivel productivo esté en la frontera, producen eficientemente; en tanto que las Áreas de Salud que no alcanzan dicho umbral, son ineficientes, y por ende, presentan un margen de crecimiento potencial.

El IER se calculó utilizando como base un modelo, orientado a alcanzar la máxima producción con unos recursos dados y asumiendo retornos a escala constante²⁰⁴.

En 2011, el IER se calculó en las sesentainueve Áreas de Salud que pactaron el indicador en el Compromiso de Gestión²⁰⁵; para ello se utilizaron los datos de las fuentes institucionales, ajustada con la información que suministraron funcionarios de las Áreas consideradas, referente al sub-registro de producción y a recursos productivos sobrevalorados.

²⁰¹ Puig J. **Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera**. Rev. Esp. Salud Pública. 2000; 74: 483-495.

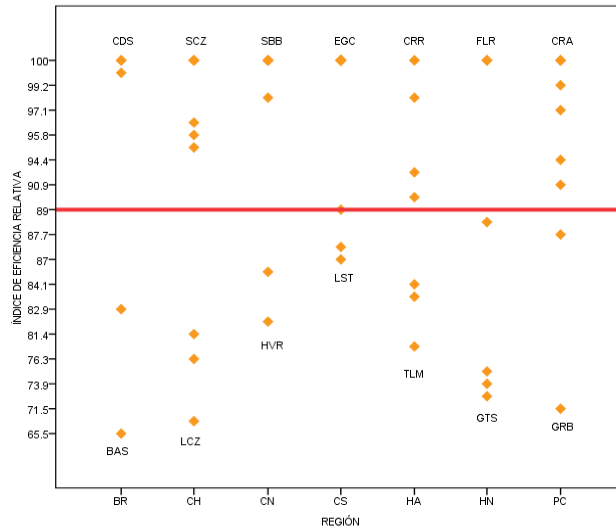
²⁰² Veillard J, et al. **A performance assessment framework for hospitals**: the WHO regional office for Europe PATH Project International Journal for Quality in Health Care. 2005.

²⁰³ Rodríguez E. **Indicador de Eficiencia para Áreas de Salud**. DCSS, CCSS. San José, 2012.

²⁰⁴ Charnes A, Cooper W, Rhodes E. **Measuring the Efficiency of Decision Making Units**. Europ. J. Operational Res. 1978; 2:429-444.

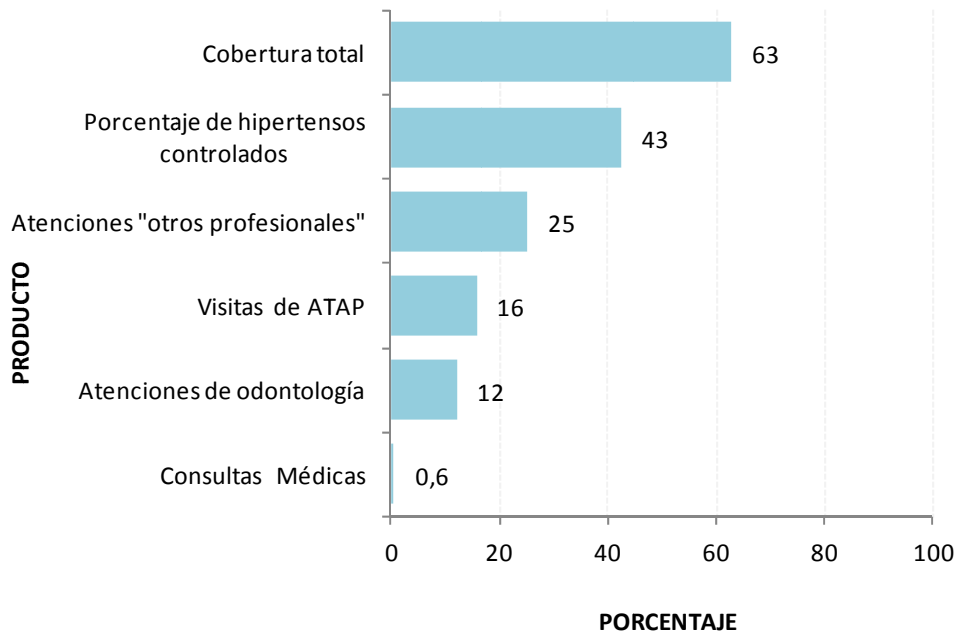
²⁰⁵ DCSS, CCSS. Ficha Técnica: **Análisis comparativo de la eficiencia productiva de las Áreas de Salud**. Código: 3-01-01-1-1 Abril 2009.

GRÁFICO: E.1.1
ÍNDICE DE EFICIENCIA RELATIVA POR ÁREA
DE SALUD, SEGÚN REGIÓN, 2011



Fuente: Rodríguez E. **Indicador de Eficiencia para Áreas de Salud**. 2012.

GRÁFICO E.1.2
PORCENTAJE POTENCIAL DE MEJORA DE LA EFICIENCIA TÉCNICA
EN LAS ÁREAS DE SALUD¹, SEGÚN PRODUCTO, 2011.



¹ Con IER menor de 100.

FUENTE: Rodríguez E. **Indicador de Eficiencia para Áreas de Salud**. 2012.

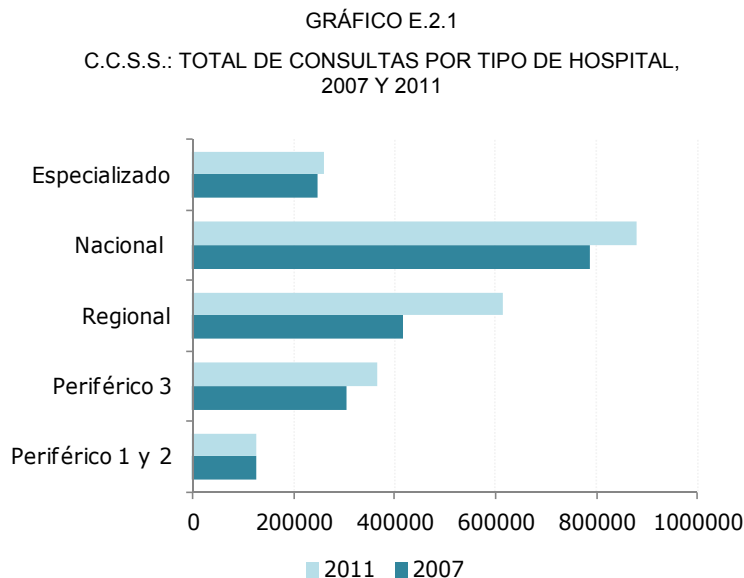
El 55% (38 unidades) de las Áreas de Salud evaluadas presentaron eficiencia técnica (IER= 100); otras diez Áreas obtuvieron índices entre 91 y 99, con lo cual el 70% del grupo analizado alcanzó un IER mayor a 90. El restante 30% (alrededor de veinte Áreas de Salud) obtuvo resultados entre 61% y 90%. Cabe destacar, que la mayor diferencia se encuentra en la Región Brunca (ver Gráfico E.1.1).

Los resultados muestran que el 30% de las unidades analizadas deben mejorar su producción para alcanzar la frontera de eficiencia técnica, sobresaliendo dos productos de los incluidos en el estudio, en los que deben enfocarse los esfuerzos: la Cobertura Total y el Porcentaje de Hipertensos Controlados. Ambos presentan los márgenes de mejora más amplios con los recursos disponibles, en el orden del 63% y 43%, respectivamente (ver Gráfico E.1.2).

2. Consulta Externa Especializada

En este informe, solo se consideraron los datos referentes al volumen de consultas ejecutadas por médicos especialistas durante el período 2011, las cuales fueron confrontadas contra las del 2007. Además, se intentó explorar algunos indicadores relacionados con la utilización de las horas programadas, las citas perdidas y sustituidas y las altas.

Por otro lado, es importante destacar que el alcance de este segmento se limita a una aproximación de tipo general, dado que no se contó con información referente a la capacidad instalada.



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico. 2007 y 2011.

Las consultas ejecutadas por médicos especialistas crecieron un 19% con respecto al año 2007, pasando de 1.883.763 a 2.246.940 consultas. Vale mencionar que el aumento se dio en casi todos los tipos de Hospital, dándose el mayor crecimiento en Hospitales Regionales (HR); en tanto que los Hospitales Periféricos 1 y 2 (HP1 y 2) presentaron un comportamiento contrario (ver Gráfico E.2.1).

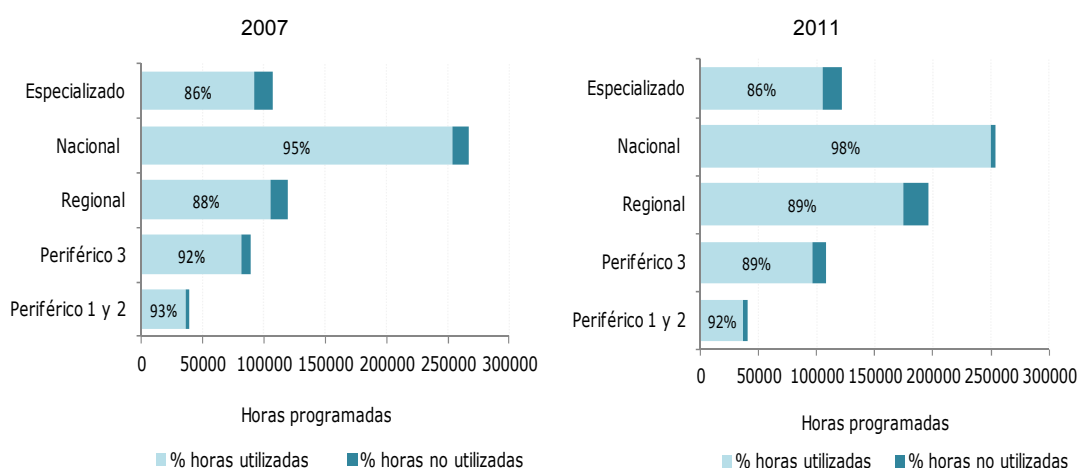
Utilización de horas programadas

Desde la perspectiva de la planificación, en el caso de la consulta externa de médicos especialistas, tanto el volumen de horas programadas como el de horas utilizadas crecieron; además, en el 2011 y 2007 el porcentaje de uso del tiempo programado fue un 92%, aunque con variaciones según tipo de hospital.

En relación con lo anterior, los datos muestran que en el tipo de HR y Hospitales Periféricos 3 (HP3), aumentó tanto el tiempo programado como el uso de horas; contrario a lo ocurrido en Hospitales Nacionales (HN) (ver Gráfico E.2.2).

GRÁFICO E.2.2

C.C.S.S.: TOTAL DE HORAS PROGRAMADAS Y PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN POR TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico. 2007 y 2011.

En este indicador, sería importante analizar lo correspondiente a la modalidad de recargos y su participación dentro del tiempo utilizado. El recargo se refiere a aquella persona que no teniendo cita programada, es atendida aunque no haya usuarios ausentes, o bien, su atención fue posterior a la hora en que hubo cupos disponibles por ausencia de otros usuarios.

Consultas medicas por hora utilizada

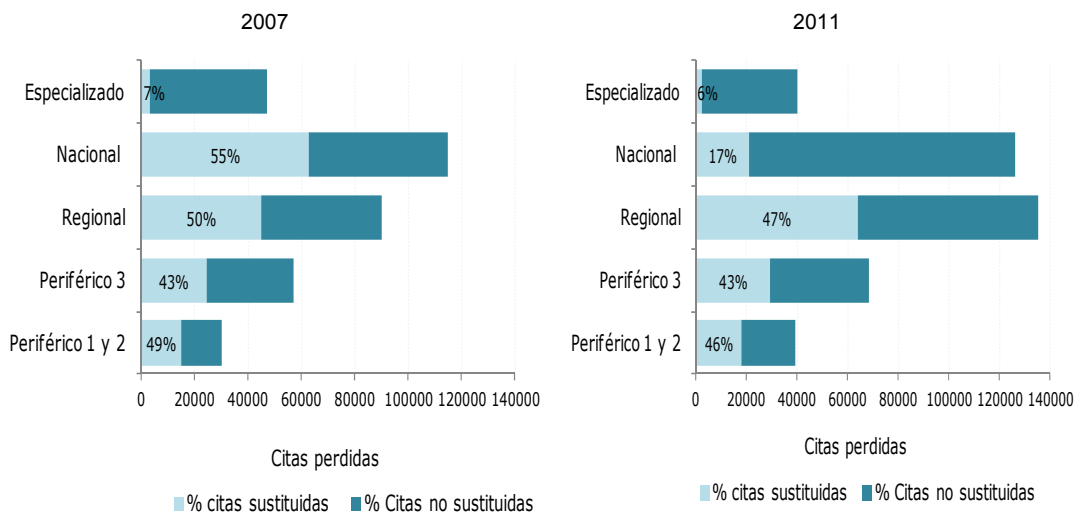
La actividad medica en la consulta externa a partir de los datos de las horas utilizadas y las consultas efectivas realizadas, muestra que los médicos especialistas atendieron en promedio 3,0 consultas por hora, este promedio fue de 2,9 en el 2007. Cabe destacar, que las variaciones entre hospitales oscilaron entre 2,1 y 4,7 consultas por hora.

Sustituciones

Los pacientes que por diversas razones no acuden a la cita programada con el especialista, ocasionan cupos ausentes, los cuales debieran ser sustituidos, idealmente por personas en listas de espera, logrando de esta manera utilizar los recursos que habían sido asignados a dicha actividad. En el año 2011, hubo un aumento global de las citas perdidas y una reducción de las citas sustituidas; por ende el porcentaje de sustitución se redujo (30%). En el año 2007 este porcentaje alcanzó el 40%.

GRÁFICO E.2.3

C.C.S.S.: TOTAL DE CITAS PERDIDAS Y PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN POR TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011.

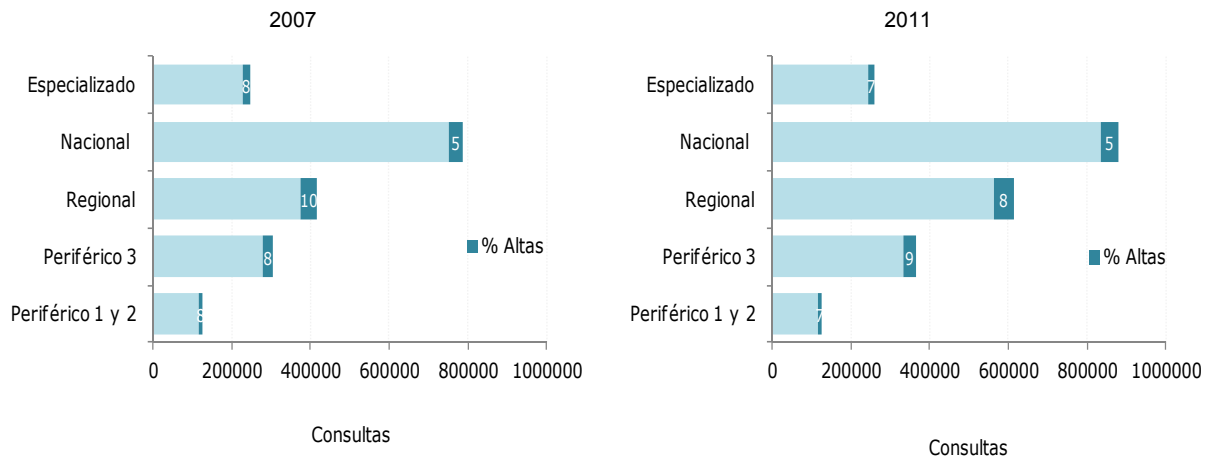
En relación con las citas no efectuadas, en HE se reducen; contrario a lo ocurrido con los otros tipos de hospital. Asimismo; las sustituciones presentan reducción en HE y HN y aumento en los restantes tipos de hospital. Cabe destacar que, los HR y HP muestran los más altos porcentajes de sustitución y los HN el menor porcentaje (ver Gráfico E.2.3).

Porcentaje de Altas

Respecto a las altas generadas por las diferentes especialidades, a nivel global fue de un 7% en relación al total de consultas, cifra similar a la del 2007. Este porcentaje en los diferentes tipos de hospital osciló entre el 5% y el 9%. Cabe destacar que el volumen de altas creció en los diferentes tipos de hospital, contrario a lo ocurrido en HE.

GRÁFICO E.2.4

C.C.S.S.: TOTAL DE CONSULTAS Y PORCENTAJE DE ALTAS POR TIPO DE HOSPITAL 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011.

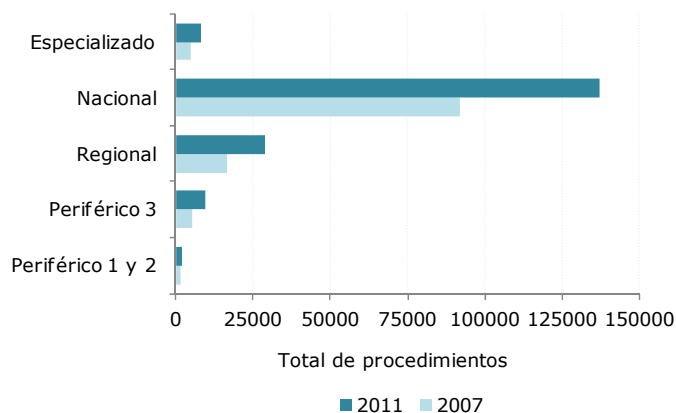
Respecto del comportamiento anterior, se considera importante revisarlo con mayor profundidad, a fin de identificar sus determinantes, sean estos las particularidades de los centros de coordinación y capacidad instalada en la red de servicios o de problemas relacionados con los registros (ver Gráfico E.2.4).

3. Procedimientos Mayores Ambulatorios

Los Procedimientos Mayores Ambulatorios son procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en los diferentes servicios del hospital, a pacientes no internados. El análisis incluye 13 procedimientos, los cuales se comparan con los datos del año 2007.

GRÁFICO E.3.1

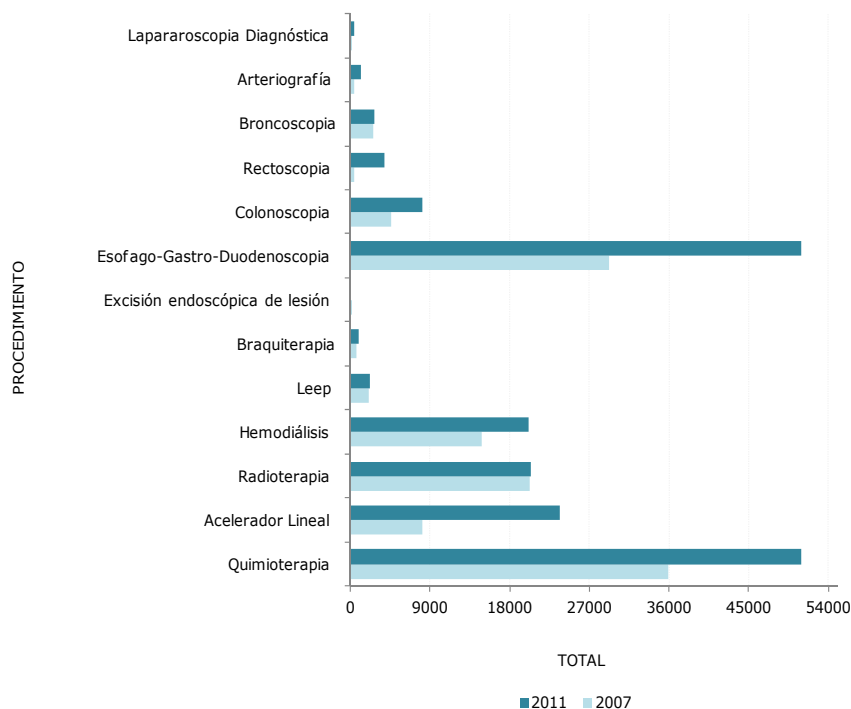
C.C.S.S.: TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011

GRÁFICO E.3.2

C.C.S.S.: TOTAL DE PROCEDIMIENTOS POR TIPO, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011.

El volumen de procedimientos mayores creció en todos los tipos de hospital respecto al año 2007, en mayor proporción en el Periférico 3 por aumento en los LEEP y procedimientos diagnósticos del tubo digestivo.

Los procedimientos terapéuticos relacionados con el manejo del Cáncer crecen en relación al año 2007, sobre todo el acelerador lineal y la quimioterapia en el tipo de hospital nacional y el LEEP en el hospital de las Mujeres, esto guarda relación con el incremento en la incidencia del cáncer. Por otra parte, en lo referente al procedimiento LEEP, éste se redujo en el Periférico 1 y 2 y en el Regional; tal disminución podría estar relacionada con la escasez del recurso humano especialista, afectando la oportunidad en el tratamiento de este problema de salud.

En cuanto a la detección de la patología gástrica, las gastroduodenoscopías aumentaron, sobre todo en el tipo de hospital regional y especializado. Dentro de estos procedimientos, sería conveniente la revisión del crecimiento observado en gastroscopias (ver Gráfico E.3.2).

4. Atenciones de Urgencia en Hospitales

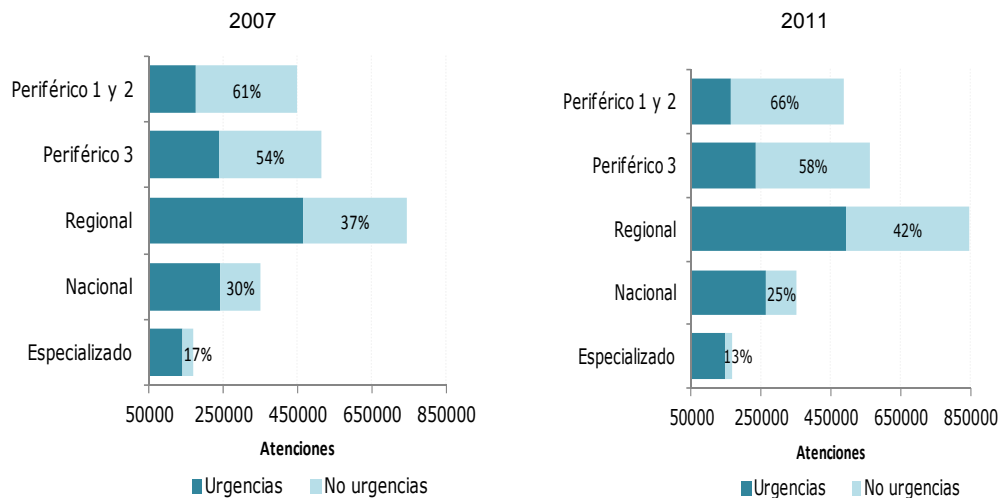
El Servicio de Urgencias de un hospital es quizá el más emblemático de los servicios, se caracteriza por brindar atención inmediata no programada, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día. Consecuentemente, es uno de los servicios más

demandados por la ciudadanía, especialmente cuando las personas consideran padecer un problema serio que requiere una respuesta oportuna.

Lo anterior, en conjunto con la falta de restricción al acceso del servicio (urgencias es un servicio de puertas abiertas) y la completitud de la atención (atención médica, procedimientos, medicamentos entre otros), ocasiona con frecuencia una recarga de casos que clínicamente no ameritan ser atendidos por esta vía.

GRÁFICO E.4.1

C.C.S.S.: TOTAL DE ATENCIONES DE URGENCIAS SEGÚN CLASIFICACIÓN Y TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011

En el año 2011 a nivel institucional se dieron 5.338.374 atenciones de urgencias, de las cuales el 45% se efectuaron en los hospitales, mostrando un crecimiento de un 7% con respecto al año 2007. El incremento se dio a expensas de las atenciones no urgentes, las cuales crecieron un 15% y representan el 46% del total de las atenciones brindadas en este servicio.

En todos los tipos de hospital, el total de atenciones en el Servicio de Urgencias aumenta (se incluyen las urgentes y no urgentes); a excepción de HN en que se reducen un 10%. En este sentido, la reducción no necesariamente implica una menor demanda de la atención; sino que podría estar asociado a una mayor capacidad resolutoria de las Áreas de Salud y de los hospitales adscritos.

Las dos terceras partes de las atenciones en HP, son catalogadas como no urgentes y en HR esa cifra casi alcanza la mitad. En los Hospitales San Vicente de Paul, Tony Facio y Max Peralta, llama la atención el crecimiento importante de las no urgentes. Esta situación, amerita un análisis más exhaustivo en relación a la capacidad resolutoria de los servicios ambulatorios brindados en el Primer y Segundo Nivel de Atención.

5. Hospitalización

El Servicio de Hospitalización es el destinado a la permanencia de pacientes para su observación, diagnóstico, recuperación y/ o tratamiento; involucra la ocupación de una cama de dotación normal o de tránsito, la cual constituye el recurso físico principal del hospital. Durante ese período de internamiento, participa personal calificado e intervienen diferentes servicios de apoyo.

Durante el año 2011 se produjeron 324.205 egresos hospitalarios (75 egresos por cada mil habitantes). El volumen de egresos es diferente por tipo de hospital (ver Cuadro E.5.1).

CUADRO E.5.1
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS POR TIPO DE HOSPITAL, 2011

TIPO DE HOSPITAL	ABREVIATURA	EGRESOS
		Porcentaje
Hospitales Especializados	(HE)	11,0
Hospitales Nacionales	(HN)	26,5
Hospitales Regionales	(HR)	36,3
Hospitales Periféricos	(HP)	26,2
Hospitales Periféricos 3	(HP3)	17,2
Hospitales Periféricos 1 y 2	(HP1 y 2)	9,0

FUENTE: CCSS- Área de Estadísticas en Salud. 2011.

La distribución proporcional anterior es similar a la encontrada para el año 2010²⁰⁶. Para permitir la comparación, se debe realizar un ajuste en el volumen de egresos²⁰⁷, lo cual no se pudo realizar en el 2011. En el caso del año 2010, el ajuste de los egresos hospitalarios ocasionó que tanto los HN (38%) como los HE (12,1%) incrementaran su peso relativo, en tanto que los HR (29,5%) y los HP (20,3%) disminuyeron su participación. Lo anterior "sugiere que a nivel nacional y especializado se resuelven casos con mayor consumo de recursos (producen mayor cantidad de egresos cuyo peso relativo del GRD es mayor)"²⁰⁸.

En volumen, para el año 2011 se produjeron 358 egresos más con respecto al año 2007. El análisis por tipo de hospital muestra un aumento de egresos en los Hospitales Regionales y Periféricos Tipo 3; en sentido opuesto, se presenta una reducción en los Hospitales Nacionales, los Hospitales Especializados y sobre todo en los Hospitales Periféricos 1 y 2 (ver Gráfico E.5.1).

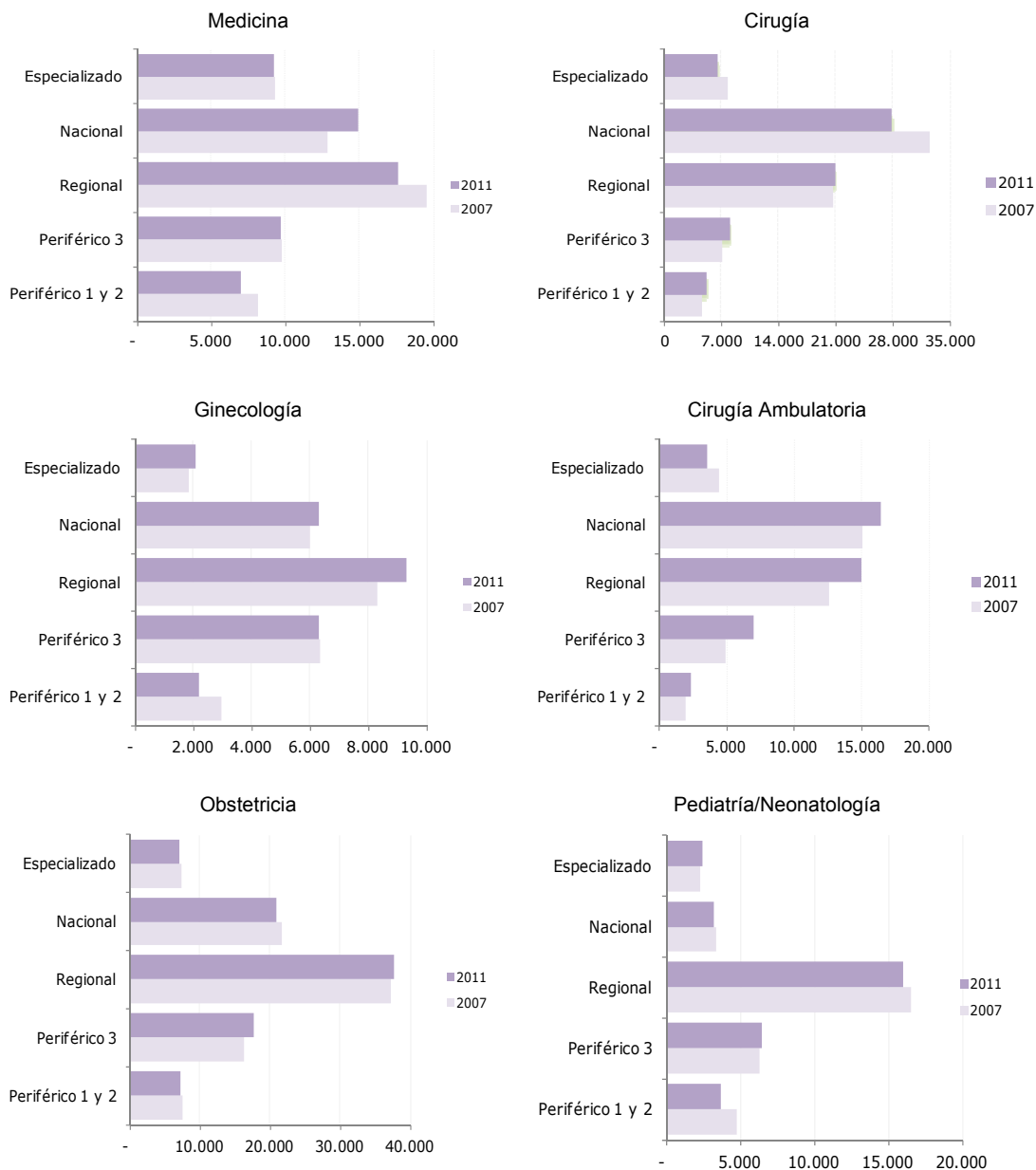
En la distribución por Servicio, se destaca el Servicio de Obstetricia, ya que los egresos representan más de una cuarta parte del total. La producción global por servicio, confrontada con la del año 2007, muestra una reducción de egresos en los servicios de Medicina (-2%, 1.134 egresos), Cirugía (-5%, 3.734 egresos) y Pediatría/ Neonatología (-4%, 1.438). Por otra parte, hubo pequeños incrementos en el número de egresos de los servicios de Ginecología (3%, 746), Obstetricia (0.4%, 356) y Psiquiatría (4%, 173) (ver Gráfico E.5.1).

²⁰⁶ Morera M. **Desempeño hospitalario en Costa Rica: Algunos resultados generales**. DCSS, CCSS. 2012.

²⁰⁷ Los egresos hospitalarios son expresados en Unidades de Hospitalización Ajustada (UHA), las que se obtienen multiplicando los egresos de cada hospital según el tipo de GRD, por los pesos relativos de dichos GRD.

²⁰⁸ Morera M. **Desempeño hospitalario en Costa Rica: Algunos resultados generales**. DCSS, CCSS. 2012.

GRÁFICO E.5.1
C.C.S.S.: EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIO Y
TIPO DE HOSPITAL 2007- 2011



FUENTE: CCSS-Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007-2011

El Servicio de Medicina en los HN presenta un incremento (16%, 2088 egresos), el cual es absorbido por las disminuciones en los HP1 y 2 (-14%, 1.170 egresos) y en los HR (-10%, 1.887); lo anterior resalta la importancia de analizar rigurosamente el eventual desplazamiento de los pacientes desde los Hospitales Regionales y Periféricos hacia los Hospitales Nacionales (ver Gráfico E.5.1, Cuadro Anexo 4).



En el caso del Servicio de Cirugía se presentan disminuciones en los HE (-15%, 1.169 egresos) y HN (-14%, 4.546 egresos) e incrementos en los HP1 y 2 (12%, 579 egresos), HP3 (15%, 1084 egresos) y HR (1%, 318 egresos), cabe destacar que probablemente la disminución en el caso de los HN es ocasionada por la remodelación de las Salas de Operaciones y el proceso de huelga. En el caso de los incrementos en HP1 y 2, HP3 y HR, vale mencionar que la institución ha realizado esfuerzos por dotarlos con especialistas y equipo, a fin de incrementar su capacidad resolutoria; situación que debería ser analizada en el futuro, con el propósito de medir su efecto (ver Gráfico E.5.1, Cuadro Anexo 5).

En lo correspondiente al Servicio de Pediatría/ Neonatología, la reducción global de los egresos podría explicarse por la disminución de la tasa bruta de natalidad²⁰⁹, así como a las actividades preventivas y de promoción impulsadas por el Primer Nivel de Atención. Otro elemento a considerar, es una mayor tendencia y capacidad para la resolución de la morbilidad en esta población mediante modalidades ambulatorias de atención, y la implementación de la cirugía ambulatoria. En lo particular, llama la atención el incremento de egresos en el Hospital de las Mujeres (Gráfico E.5.1 y Cuadro Anexo 8).

En el Servicio de Ginecología destacan los incrementos experimentados por los HR (12%, 1.008 egresos), HE (13%, 233 egresos) y HN (5%, 332 egresos); situación que señala la importancia de analizar las causas de internamiento, a fin de conocer mejor la demanda de este servicio. Por otro lado, los hospitales que muestran decrementos son los HP1 y 2 (-26%, 783 egresos) y HP3 (-1%, 44 egresos), lo que podría estar relacionado con el problema del traslado de médicos especialistas a zonas rurales y la no disponibilidad de anestesiólogos (ver Gráfico E.5.1 y Cuadro Anexo 6).

El Servicio de Obstetricia presenta disminuciones en los HE (-4%, 283 egresos), HN (-3%, 719 egresos) y HP1 y 2 (-5%, 395 egresos); y por otra parte se dan incrementos en los HP3 (8%, 1.348 egresos) y los HR (1%, 405 egresos). Dentro de los HP3, llama la atención el Hospital San Vicente de Paul (29%, 1443 egresos), el cual reporta una producción que supera por mucho a la del resto de centros que conforman su grupo, pero que además es superior a la producción de los HR (ver Gráfico E.5.1 y Cuadro Anexo 7).

Con respecto al servicio de Psiquiatría (Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital Chacón Paut y Hospital Calderón Guardia), presentó un aumento de 173 egresos respecto al año 2007, de los cuales 168 correspondieron al HCG, y 43 al HCP, en tanto que el HNP tuvo una disminución absoluta de 38 casos (ver Cuadro Anexo 9).

²⁰⁹ La Tasa Bruta de Natalidad en 2007 fue de 16,8 nacidos vivos por cada mil habitantes; y en 2011, de 14,5 nacidos vivos por cada mil habitantes.

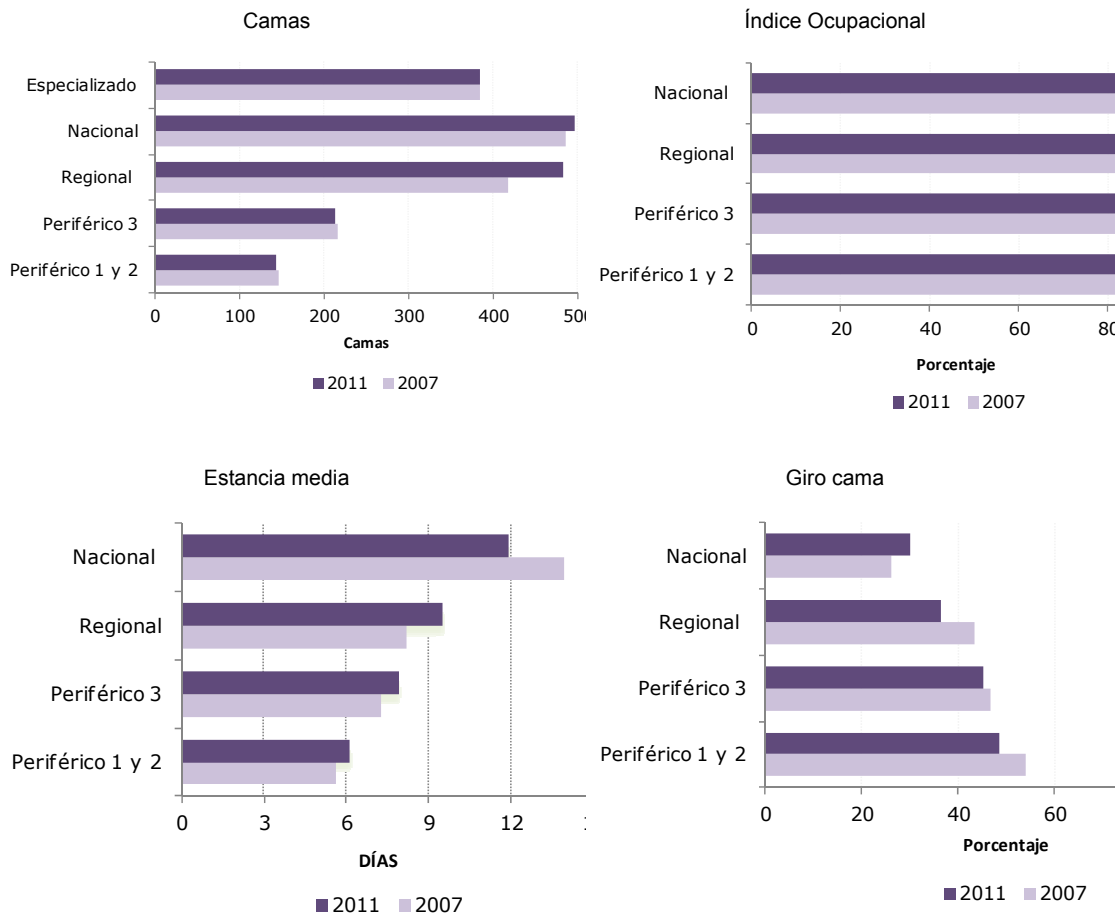
Utilización del recurso cama

Es importante señalar que la cama es el principal recurso físico con el que cuenta el hospital²¹⁰. Así, con el propósito de mejorar la aproximación a la productividad del recurso cama en la red hospitalaria de la CCSS, se analizaron los siguientes indicadores: estancia media, índice ocupacional e índice de rotación por servicio.

Se debe destacar que, en este aparte se describe el comportamiento de los indicadores en los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología; sin pretender hacer comparaciones, ni establecer conclusiones relacionadas con la eficiencia de los centros; esto por la limitación en el alcance de los resultados, como anotado previamente.

GRÁFICO E.5.2

C.C.S.S.: INDICADORES DE USO DE LA CAMA POR TIPO DE HOSPITAL
SERVICIO DE MEDICINA, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011

²¹⁰ Cuervo J., Varela J., Belenes R. **Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias.** España, 1994.

GRÁFICO E.5.3

C.C.S.S.: INDICADORES DE USO DE LA CAMA POR TIPO DE HOSPITAL
SERVICIO DE CIRUGÍA, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011

GRÁFICO E.5.4

C.C.S.S.: INDICADORES DE USO DE LA CAMA POR TIPO DE HOSPITAL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA, 2007 Y 2011

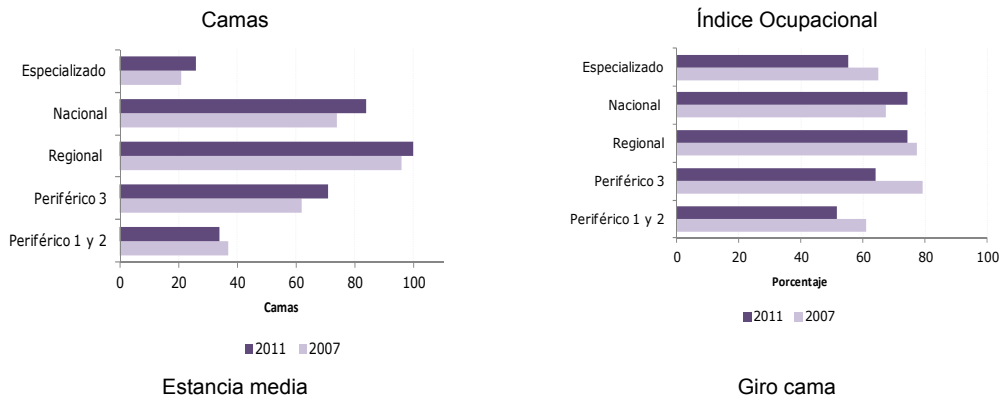
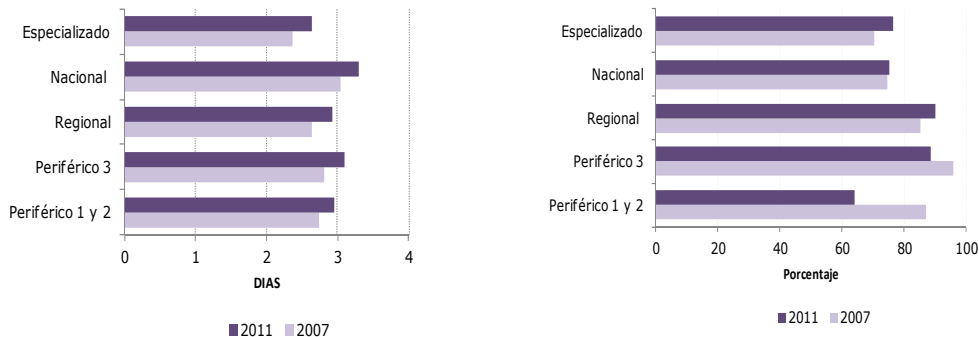


GRÁFICO E.5.4

C.C.S.S.: INDICADORES DE USO DE LA CAMA POR TIPO DE HOSPITAL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. Informe Estadístico 2007 y 2011.

En lo referente a la dotación de camas hospitalarias, según datos reportados por el AES, hubo una reducción global de 26 camas, entre los años 2007 y 2011, ya que se pasó de 5.626 a 5.600 camas. Los Servicios en los cuales disminuyó este recurso fueron Psiquiatría (-8%, 83 camas), Pediatría/ Neonatología (-7%, 42 camas) y Cirugía (1%, 5 camas); por otro lado hubo aumento de camas en los Servicios de Medicina (4%, 69 camas), Ginecología (9%, 25 camas) y Obstetricia (1%, 10 camas) (ver Gráficos E.5.1, E.5.2 y E.5.3).

Estancia Media

Este indicador evalúa el período promedio de permanencia real en el hospital²¹¹, siendo determinado por el tipo de proceso que sufre el paciente y por la eficiencia con la que participan todos los involucrados en el proceso de atención.

Al confrontar los datos para los períodos 2007 y 2011, casi no hubo variación, ya que globalmente se pasó de una estancia media de 6,0 a 6,2 días- paciente, con lo cual se dio un incremento del 2,5%. Visto el comportamiento por Servicios, se observan incrementos en Cirugía (8%, 0,5 días- paciente), Obstetricia (7%, 0,2 días- paciente) y Pediatría/ Neonatología (28%, 1,4 días- paciente). En sentido contrario, se encontraron decrementos en Ginecología (-3%, 0,1 días- paciente) y Medicina (-2%, 0,2 días- paciente).

En lo que respecta al Servicio de Cirugía (pasó de 6,3 a 6,8 días), prácticamente hubo aumento en todos los Tipos de Hospital, no obstante el comportamiento a lo interno de ellos es heterogéneo. En el Servicio de Medicina, nueve hospitales redujeron su estancia media (de 9,1 a 8,9 días). En el Servicio de Ginecología la estancia media global se ubicó en 2,9 días, con variaciones en la mayoría de hospitales que oscilaron entre $\pm 0,1$ y 0,6 días- paciente.

Sobre el análisis del índice de funcionamiento, se reporta variabilidad del manejo de las estancias respecto a la Norma en los hospitales de un mismo tipo²¹². Asimismo, el índice de complejidad registrado es variable; mayor en los Hospitales Nacionales e

²¹¹ CCSS-AES. **Definiciones Básicas Servicios de Salud**. San José, Agosto 2012.

²¹² Morera M. **Desempeño hospitalario en Costa Rica: Algunos resultados generales**. DCSS, CCSS. 2012.

inferior a la Norma en algunos Periféricos de menor tamaño y tecnología, así como en los Hospitales Regionales.

Paralelo a ese análisis, en el caso de los establecimientos con aumento de la estancia media global, cobra importancia la revisión de todo el proceso de internamiento para determinar las causas que podrían estar influenciando la prolongación de este tiempo, con la posibilidad de realizar los ajustes necesarios.

Índice de Ocupación

Este índice mide la utilización de las camas²¹³. Se considera un rango entre 75%- 85% el Índice de Ocupación óptimo, pues permite disponer de un número determinado de camas desocupadas, que dan un margen de maniobra correcto para los ingresos desde el Servicio de Urgencias y desde la misma programación^{214,215}. Este índice es utilizado en México dentro de la dimensión de eficiencia, para evaluar el desempeño hospitalario²¹⁶.

En el Servicio de Medicina la ocupación se mantiene alta (en 2007 fue de 90% y en 2011 de 93%); cabe destacar que en la mitad de los hospitales el Índice de Ocupación supera el 90%, incluso en siete de ellos la ocupación sobrepasa el 100%. En lo que respecta al recurso- cama, éste aumentó en 26 hospitales; destacándose los Hospitales Calderón Guardia y Enrique Baltodano, que en los últimos años venían presentando sobre ocupaciones muy altas, aun así, en el segundo persiste el problema (ver Cuadro Anexo 4 y Gráfico E.5.2).

Desde una perspectiva global, el Servicio de Cirugía aumentó el Índice de Ocupación respecto al 2007, pasando de 84% a 86%; el aumento se presentó en los Hospitales Nacionales (HN) y Hospitales Periféricos (HP). Llama la atención que en los HP, con Índices de Ocupación mayoritariamente por debajo del 76%, se incrementó el número de camas; en tanto que en los HN hubo una reducción de este recurso (ver Cuadro Anexo 5 y Gráfico E.5.3).

En cuanto al Servicio de Ginecología, la ocupación se redujo respecto al 2007 pasando de 72% a 66%; así, es el Servicio con las ocupaciones más bajas, destacándose el hecho de que en 14 hospitales el índice está por debajo de 66%. Llama la atención el aumento del recurso- cama en Servicios que mantienen ocupaciones bajas (ver Cuadro Anexo 6 y Gráfico E.5.4).

La variabilidad en la distribución de los hospitales con ocupaciones fuera del rango considerado óptimo (75%- 85%), se corrobora al relacionar el Índice de Ocupación y el funcionamiento. En hospitales con sobreocupación y más estancias por tipo de egreso, el faltante de camas puede ser por un problema de gestión local o de dirección. En centros con sobreocupación pero menos estancias por tipo de egreso y los que tienen subocupación y menos estancias por tipo de egreso, puede deberse a un faltante/ exceso de camas relativo a la demanda, lo cual podría indicar un problema de planificación²¹⁷.

²¹³ CCSS-AES. **Definiciones Básicas Servicios de Salud**. San José, 2012.

²¹⁴ Cuervo J, Varela J y Belenes R. **Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias**. España 1994.

²¹⁵ Keegan A. **Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed**. MJA. 2010; 193: 291-293.

²¹⁶ Frenk J, Lozano R, Zurita B. **Estado actual del sistema hospitalario en México**. Gac Méd Méx.; 132(2): 183-189.

²¹⁷ Morera M. **Desempeño hospitalario en Costa Rica Algunos resultados generales**. San José, CCSS-DCSS. 2012.

Índice de Rotación

Determina el número de pacientes que en promedio recibió cada cama hospitalaria de dotación normal en un período determinado; a este indicador también se le conoce con el nombre de "velocidad cama" o índice de renovación y es el que sintetiza la productividad del recurso cama²¹⁸.

Respecto al 2007, el Índice de Rotación de cama en los tres Servicios analizados se redujo; Cirugía pasó de 49 a 46, Medicina pasó de 36 a 34 y Ginecología varió de 88 a 84. Cabe destacar que, se observa variabilidad en los diferentes tipos de hospital y a lo interno de los mismos, situación ya reportada²¹⁹.

6. Intervenciones Quirúrgicas

En el proceso de producción del Área Quirúrgica, intervienen diferentes servicios y hay un consumo importante de recursos humanos, tecnológicos y financieros²²⁰, por lo que se requiere de una gestión eficiente, que permita obtener los máximos resultados con los recursos disponibles.

Entre los elementos a considerar en la gestión del proceso de los servicios quirúrgicos, está en primera instancia el tiempo pre- operatorio, referido al número de días de internamiento previo a la intervención quirúrgica²²¹.

Estancia Preoperatoria

Diversos factores pueden prolongar la estancia preoperatoria, siendo los más sensibles entre ellos: la disponibilidad de la Sala de Operaciones y el acceso al equipo quirúrgico.

El manejo eficiente de los factores relacionados en torno a la estancia preoperatoria, tendería a reducir las prolongaciones injustificadas, evitando de esta manera hacer más oneroso los gastos generados por los tiempos de hospitalización innecesarios, que pudieran afectar la seguridad de la persona y el financiamiento institucional.

El adecuado manejo de la estancia pre-operatoria procura, en la medida de lo posible, que este tiempo se acorte, de manera que se consuma solo el necesario, dependiendo del tipo de procedimiento, complejidad de la cirugía y condición del paciente. El alcance de esta medida se aplica a los pacientes ingresados por la vía de Consulta Externa (CE) y la evaluación se realiza de manera separada para los Servicios de Cirugía²²² y Ginecología²²³.

²¹⁸ CCSS-AES. **Definiciones Básicas Servicios de Salud**. San José, 2012.

²¹⁹ Morera M. **Desempeño hospitalario en Costa Rica: Algunos resultados generales**. DCSS, CCSS. 2012.

²²⁰ Cuervo, J. **Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias**. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994.

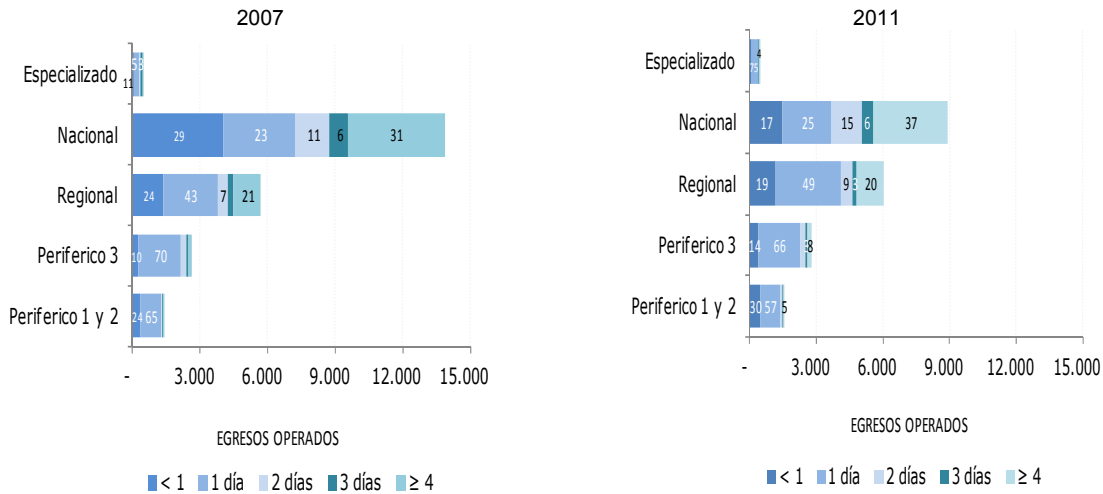
²²¹ CCSS-AES. **Definiciones Básicas Servicios de Salud**. 2012.

²²² DCSS, CCSS. Ficha Técnica **Proporción de egresos con estancia preoperatoria de dos días o más**. Parte 1/ Cirugía. Código H-0000-07/1. San José, DCSS. 2009.

²²³ DCSS, CCSS. Ficha Técnica **Proporción de egresos con estancia preoperatoria de dos días o más**. Parte 2/ Ginecología. Código H-0000-07/2. San José, DCSS. 2009.

GRÁFICO E.6.1

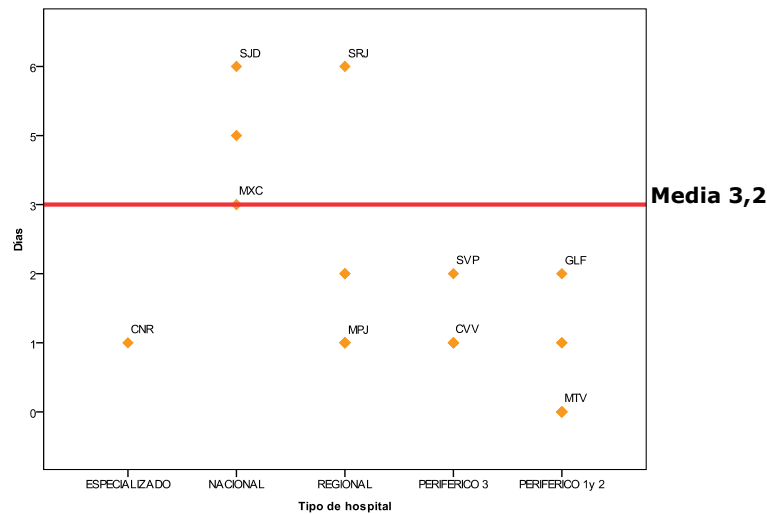
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. REDATAM, 2007- 2011.

GRÁFICO E.6.2

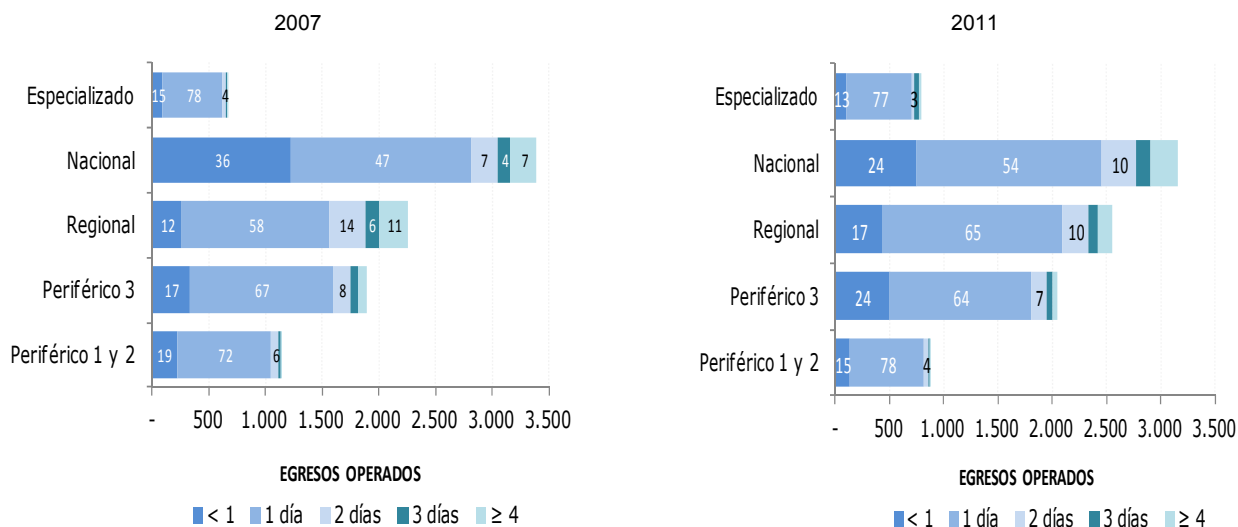
CCSS: DISTRIBUCIÓN DEL PROMEDIO DE ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA POR HOSPITAL SEGÚN TIPO, 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. REDATAM, 2011.

GRÁFICO E.6.3

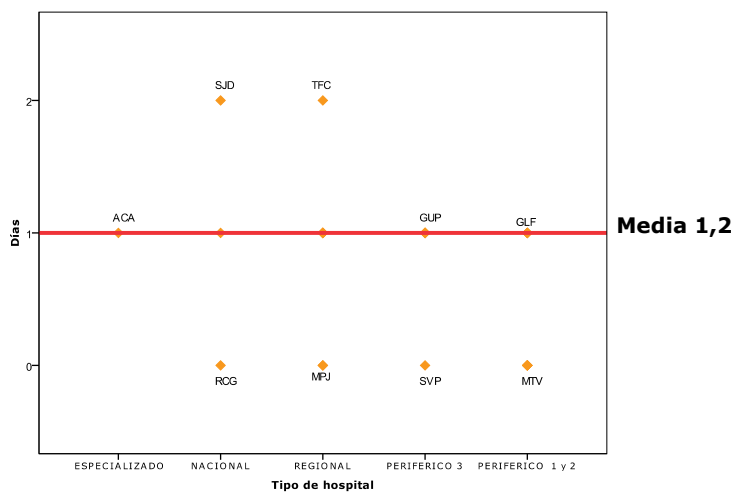
C.C.S.S.: ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. REDATAM, 2007- 2011.

GRÁFICO E.6.4

CCSS: DISTRIBUCIÓN DEL PROMEDIO DE ESTANCIA PREOPERATORIA SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, SERVICIO DE GINECOLOGÍA, 2011



FUENTE: CCSS- Área de Estadística en Salud. REDATAM, 2011

En el Servicio de Cirugía egresaron operados 45.543 egresos, 2% menos (839) respecto al 2007²²⁴. En relación al ingreso de los operados por CE, hubo una reducción de un 18% (-4.387), quizás debido en parte al cierre de los quirófanos, lo que limitó el ingreso de pacientes a cirugía electiva.

²²⁴ No se incluye la producción del Hospital Nacional de Niños, por dificultades presentadas en el registro de sus datos.

Por consiguiente; el porcentaje de operados ingresados por CE pasó de un 52% a un 43%; destacándose los HN, como los que más redujeron los egresos operados de cirugía electiva. Cabe destacar que en la dinámica de los quirófanos existe un uso compartido entre los ingresos por CE y los que se dan a través del Servicio de Urgencias, teniendo estos últimos, prioridad sobre los primeros; en ese sentido vale mencionar que en el 2011, la proporción de los operados con ingreso por Urgencias aumentó.

Por otro lado, el porcentaje de casos con estancia preoperatoria de dos o más días pasó de 39% a 40%. Cabe resaltar que los HN presentaron el mayor aumento de esas estancias. La problemática en torno a los quirófanos y la resolución inmediata que requieren los casos ingresados por el Servicio de Urgencias pudieron ser algunos de los factores que coadyuvaran en la prolongación de este tiempo; situaciones que a su vez podrían abonar a la problemática de listas de espera (ver Gráfico E.6.1).

Reflejo de lo anterior, la estancia preoperatoria promedio del Servicio creció, pasando de 2,9 a 3,2 días; este comportamiento lo presentan diez hospitales, de los cuales dos HN y un HR superaron el promedio; además, se observan diferencias a lo interno de los tipos de hospital, sobre todo en HR. En los HP las estancias preoperatorias bajas (menor a 1,6 días) podrían explicarse por la complejidad de los casos intervenidos o un mayor control en la gestión de las cirugías programadas (ver Gráfico E.6.2).

En el Servicio de Ginecología egresaron operados 16.904 egresos, 451 menos que los del año 2007. Del total de egresos operados el 56% ingresó por Consulta Externa, lo que representa 2 puntos porcentuales más con respecto al año en comparación.

Respecto al porcentaje de egresos operados con dos o más días de espera, éste se redujo un 9%; la disminución se da en HP y HR. Cabe resaltar que en ambos años, una quinta parte de los egresos se operaron el mismo día del internamiento y ese porcentaje aumentó a más de un 80% si la espera es hasta un día (ver Gráfico E.6.3).

En relación al promedio de estancia preoperatoria; éste casi no varió respecto al 2007; pasó de 1,3 a 1,2 días y las diferencias observadas entre hospitales de un mismo tipo, son menores (ver Gráfico E.6.4).

Desde una perspectiva global, la prolongación de la estancia preoperatoria observada en el período 2011, sugiere revisar con detalle los procesos involucrados, a fin valorar medidas correctivas. En lo que respecta a los operados el mismo día del ingreso, se considera conveniente analizar su traslado a la modalidad ambulatoria, según la capacidad resolutoria del centro.

Cabe destacar, que se considera importante la definición de un referente institucional del porcentaje aceptable de estancias prolongadas según especialidad (a manera de estándar normativo), esto sería un elemento fundamental hacia la búsqueda de la mejora del desempeño.



Utilización de Salas de Operaciones

La Sala de Operaciones (SOP) se constituye en el elemento medular de la producción del Área Quirúrgica; en ella hay un consumo importante de recursos y su gestión influye en forma directa en las listas de espera. Su funcionamiento demanda de un proceso complejo que implica la coordinación de agendas de los quirófanos, de los profesionales y de los pacientes y un ajuste de la programación del tiempo agendado y utilizado para una distribución adecuada de los recursos. Para ello, se hace necesario contar con el registro de los tiempos de uso y la valoración continua de los múltiples factores que pueden afectarlo y así tomar las decisiones pertinentes²²⁵.

Los resultados se enfocan en la utilización durante el primer turno de trabajo en los quince centros hospitalarios evaluados, correspondientes a 126 quirófanos reportados en el 2011. El enfoque abarca únicamente los tiempos de uso, sin confrontarlos con la meta del tiempo promedio efectivo del uso del quirófano, establecida en cinco o más horas diarias²²⁶; esto con el propósito de evitar sesgos de información, por problemas asociados a la falta de un registro oficial estandarizado.

CUADRO E.6.1

C.C.S.S.: DÍAS HÁBILES DISPONIBLES, UTILIZADOS Y HORAS NO UTILIZADAS DEL QUIRÓFANO, POR HOSPITAL, 2011

UE	HOSPITAL	DÍAS HÁBILES			Horas no utilizadas ³
		Disponibles	Utilizados ¹	No utilizados ²	
				Porcentaje	
2105	De las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	1.512	744	51	3.840
2103	De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	1.764	1.491	15	1.365
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	6.300	4.906	22	6.970
2102	México	4.032	3.617	10	2.075
2104	San Juan de Dios	4.536	2.017	56	12.595
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	2.268	1.104	51	5.820
2205	Dr. Fernando Escalante Pradilla	1.008	759	25	1.245
2701	Dr. Max Peralta Jiménez	1.764	1.764	0	-
2306	San Carlos	1.008	867	26	1.485
2502	San Rafael de Alajuela	1.764	1.455	5	380
2307	Dr. William Allen	504	422	16	410
2208	Guápiles	1.008	647	36	1.805
2307	San Vicente de Paul	3.024	2.209	27	4.075
2702	Golfito	504	479	5	125
2704	San Francisco de Asís	756	732	3	120

¹ Días de utilización del quirófano: Se programan y efectúan procedimientos quirúrgicos con asistencia de anestesiólogo, uso para cirugías de tipo séptica y de emergencia y otros procedimientos con anestesia local.

² No se realizaron cirugías, u otros procedimientos en relación a los 252 días hábiles disponibles en el año 2011.

³ Cálculo: Días no utilizados por la meta de 5 horas.

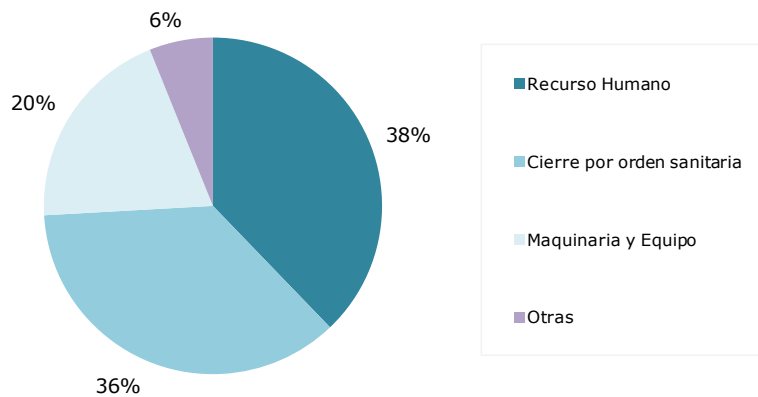
FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

²²⁵ Serra V, Solans M, Espallargues M. **Eficiencia en la utilización de bloques quirúrgicos. Definición de indicadores.** Barcelona; 2004.

²²⁶ CCSS DCSS. Ficha Técnica **Sala de operaciones. Uso efectivo de los quirófanos.** Código H-0000-06. Mayo 2009.

GRÁFICO E.6.5

C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE FALTA DE UTILIZACIÓN DEL QUIRÓFANO, 2011



FUENTE: DCSS, CCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2011.

Los quirófanos tuvieron una disponibilidad anual de 252 días hábiles (excluyendo los días feriados). El porcentaje de días hábiles en que los quirófanos estuvieron disponibles durante el período 2011, fue muy variable entre los hospitales. (ver Cuadro E.6.1). En lo que respecta a los días utilizados, en el año 2011, en promedio un quirófano se usó 184 días, con lo cual dejó de utilizarse un poco más de la cuarta parte del tiempo disponible.

Si la utilización diaria de los quirófanos hubiera sido en promedio de 5 horas, se habrían tenido a disposición 42.310 horas quirófano más, que podrían haberse utilizado en la realización de un número importante de cirugías.

Llama la atención los resultados obtenidos por los Hospitales, Max Peralta Jiménez, Golfito y San Francisco de Asís, los cuales presentan una utilización de quirófanos superior al 95% de los días disponibles; datos que habría que verificar con más rigor.

Por otra parte, del total de días utilizados, en un 81% se realizaron procedimientos quirúrgicos con asistencia de un anesthesiólogo, y el restante 19% se destinó a la realización de cirugías de tipo séptica y otros procedimientos con anestesia local, sin la intervención de este recurso humano; lo anterior hace pensar que algunos casos podrían ser ejecutados fuera de la Sala de Operaciones, con una consecuente reducción de costos.

Las principales causas de la falta de utilización probablemente obedecen a la huelga de médicos anesthesiólogos y otros profesionales clínicos, así como también al cierre de los quirófanos por orden sanitaria del Ministerio de Salud²²⁷ (ver Gráfico E.6.5).

²²⁷ DCSS, CCSS. Informe de resultados de la evaluación del Compromiso de Gestión año 2011 de los hospitales San Juan de Dios, México y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. San José, DCSS. 2012.



La falta de calidad del registro, ha sido reiterada en informes anuales de DCSS anteriores y estudios²²⁸. A la fecha, sólo algunos hospitales cuentan con un sistema automatizado para el registro de los tiempos, en tanto que en otros se lleva de forma manual.

Los datos que se generan en Sala de Operaciones no están sujetos a revisión por parte del personal de Registros de Salud, ya que el Informe Estadístico Mensual no incluye las actividades realizadas en este servicio; tal situación acarrea la limitación de la realimentación que se pueda brindar a la gestión.

²²⁸ On Y. **Rendimiento de quirófanos en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social**. San José, DCSS. 2010.

IV. Conclusiones y Recomendaciones

La disponibilidad y calidad de los registros permanece como un elemento medular que se debe superar. En este año en particular, el Informe presenta una limitación enorme por la restricción dictada por la falta de estos elementos. Esta situación recuerda lo sucedido en los años 2008 y 2009, en donde hubo que agrupar datos para poder contar con información, por los mismos motivos. Pese a las limitaciones evidentes, se decidió publicar el Informe anual en el convencimiento que el uso de la información y su divulgación contribuye a reconocer la importancia de contar con datos veraces.

Pero este esfuerzo claramente no es suficiente; se hace necesario contar con la asignación de responsables institucionales que garanticen la disponibilidad de los datos, supervisen y apoyen a los centros en la identificación y abordaje de los problemas de registro. En caso de no tomar acción, la toma de decisiones acertadas para mejorar la situación se encontraría seriamente limitada.

Tanto para Áreas de Salud como para Hospitales, se deben realizar ingentes esfuerzos en el mejoramiento de la calidad de los registros, ya que de éstos depende la eficacia de la realimentación y la eventual mejora de los procesos. Cabe destacar que, en el caso de los Hospitales el esfuerzo debe ser mayor, primero porque presentan un rezago importante, y en segundo lugar, porque la casuística y la complejidad de los atendidos, así como los costos involucrados, demandan contar con información suficiente, oportuna y veraz; en ese sentido, se considera pertinente continuar fortaleciendo el análisis de la complejidad de los casos mediante los GRD.

En la continuidad de la atención, tanto en la longitudinal por ciclo de vida como en la vertical por problema de salud dentro de la red de servicios, se destaca la dificultad para medición directa, al no existir un sistema de información que lo permita, por lo que se debe recurrir a medidas indirectas gruesas.

El proyecto de Expediente Digital Único en Salud (EDUS), representa en los próximos años una oportunidad para evolucionar en la medición del desempeño desde la perspectiva de la continuidad, con lo cual paulatinamente permitiría mejorar la disponibilidad y calidad de la información enfocada en las personas, que se espera sea un insumo de gran valía en el círculo virtuoso de mejoramiento continuo de la calidad de la prestación.

No obstante, mientras este sistema no esté funcionando en todas las unidades de atención, en la DCSS se continúan desarrollando e implementando estrategias para el intervalo de transición.

Pese a la importancia de la disponibilidad y calidad de los registros, esto no debe ser obstáculo para seguir insistiendo en hacer visible, con los medios que se disponga, cómo se están ejecutando las intervenciones estratégicas que contribuyen a tener un efecto positivo en la salud de la población.

Las limitaciones, de manera alguna inhiben ni deslegitiman los procesos de evaluación que se realizan, ya que sólo se mejorará si se utiliza la información. Más bien la situación debe servir para motivar a quienes corresponda a buscar alternativas de solución.



Algunas intervenciones mantienen coberturas altas en el tiempo. No obstante, los resultados parecen resaltar la necesidad de un estudio riguroso en cada unidad de prestación, tanto de las capacidades de gestión, como de los recursos disponibles para las intervenciones; esto por cuanto, persisten importantes márgenes de mejora. Tal es el caso de los exámenes que no se interpretan, las oportunidades perdidas en el abordaje de las personas y las bajas coberturas en zonas altamente pobladas o de bajas condiciones socioeconómicas.

Considerando la nueva estimación de prevalencias, los resultados de las tres intervenciones relacionadas con factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular, principal causa de muerte en el país, sugieren que la institución deberá realizar esfuerzos para aumentar de forma significativa la cobertura de atención de las personas con enfermedades no transmisibles prioritarias. El reto será realizar este esfuerzo manteniendo los porcentajes de control que actualmente se alcanzan.

En el caso de la atención en los Servicios de Urgencias, específicamente con respecto a la atención oportuna de las personas con Infarto Agudo de Miocardio, los resultados demuestran que se continúan presentando dificultades para medir adecuadamente el tiempo puerta- aguja de la totalidad de los casos candidatos de terapia trombolítica debido a la falta de registros automatizados de la atención. Hasta que esto no suceda, se sugiere establecer estrategias que mejoren la anotación correcta del tiempo de hora de llegada al Servicio de Urgencias, sin afectar el énfasis en una atención oportuna.

Los datos muestran, desde la perspectiva de la eficiencia, que la institución presenta un amplio margen de mejora. En el caso de las Áreas de Salud, los datos sugieren orientar esfuerzos en el aumento de la cobertura total (consultas de primera vez). En lo que respecta a los Hospitales, la gestión del recurso cama y de Sala de Operaciones, sigue presentando una excelente oportunidad para incrementar la eficiencia del sistema.

Es importante continuar resaltando que no se cuenta con un modelo de atención hospitalaria que guíe su gestión y prestación, permitiendo discriminar el resultado de las intervenciones que se realizan. Además, desde la arista de la red de servicios, el rol que desempeñan los centros hospitalarios es difuso, a raíz de la indefinición de las pautas de interacción entre los tres niveles de atención, lo cual se ve reflejado en el sistema de referencias y contrareferencias.

Es ineludible desarrollar estrategias institucionales que permitan conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios que recibe. Esta realimentación es indispensable para conocer sus necesidades y realizar los ajustes necesarios en pro de satisfacerlas, considerando que son el centro de la atención.

Se hace necesario seguir insistiendo en la necesidad de disminuir las desigualdades geográficas observadas en la prestación de servicios de salud, entre Áreas de Salud (ver Recuadro IV.1). Estudiar las causas de estas brechas será indispensable para plantear estrategias que permitan minimizarlas.

Recuadro IV.1 Inequidad en la Prestación

Una preocupación constante al evaluar los resultados de la prestación de servicios de salud es poder aproximarse al tema de equidad. En el diseño de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud se ha planteado como eje transversal para todas las Dimensiones utilizadas en el Plan de Evaluación 2010- 2015.

La aproximación a la equidad vertical, entendida como: Que existan servicios de salud acordes a las necesidades donde éstas sean diferentes¹, no es factible aproximarla con las fuentes de datos disponibles para la evaluación.

La equidad horizontal se puede entender como “Que no existan diferencias en los servicios de salud donde las necesidades sean iguales”¹. Reconociendo que en la prestación de servicios de salud se deben garantizar las intervenciones estratégicas para los problemas prioritarios, que representan las necesidades de la gran mayoría de la población, es que estas intervenciones se incluyen en la Evaluación de la Prestación por la DCSS.

En cuanto a la equidad horizontal, la única variable con que se cuenta para este acercamiento, es la variable geográfica vista como Región y Área de Salud. Las grandes diferencias observadas en cuanto a los resultados se pueden deber no sólo a las diferentes estrategias y esfuerzos realizados por los Equipos de Gestión y de Salud, sino además por la gran heterogeneidad que existe en la distribución de las poblaciones, con diferentes necesidades, y en los recursos disponibles en las Áreas de Salud y Hospitales.

El estudio de estos espacios geográficos, donde se entremezclan los determinantes de la salud, en cuanto a las características poblacionales, y los propios de cada establecimiento local, se deberá realizar ya que los centros de atención con baja cobertura y desempeño podrían estar requiriendo modificaciones en la prestación de los servicios, a fin de mejorar los resultados. El desempeño bajo de una unidad refleja el bajo desempeño institucional.

La heterogeneidad de la prestación entre Centros de Atención se diluye al presentar datos agrupados por Región o por Tipo de Hospital, pero son muy evidentes al desglosar los datos de cada proveedor de servicios de salud.

Este hallazgo debe generar el interés e intervención de la Institución, siendo ya descrita en informes anteriores y observada entre los diferentes Centros de Salud de todas las Regiones de Salud de la Institución.

¹ Organización Panamericana de la Salud- OMS. **Desigualdades en Salud**. Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 4. Washington, D.C. diciembre 2004. y DCSS, CCSS. **Informe de Evaluación 2010**. San José, 2011.

Con este segundo informe, bajo un enfoque de Evaluación del Desempeño, se espera haber contribuido a conocer la situación del desempeño institucional en lo que respecta a la prestación de servicios de salud. La intención es dar una respuesta cada vez más ajustada a las necesidades institucionales, contribuyendo con aportar información oportuna y útil para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión.

En términos generales, los resultados de la evaluación del desempeño, pueden ser utilizados al menos de cuatro formas; para la instauración de una cultura de rendición de cuentas (*accountability*), profundizar la comprensión sobre la población atendida (en términos de cobertura, oportunidad, calidad y efectividad de la atención), la evaluación rigurosa de los programas que se ejecutan, y en la investigación sobre la



forma en que interactúan usuarios y proveedores, así como el funcionamiento de los centros de atención²²⁹.

La identificación del estado de situación del desempeño de cada una de las unidades, permitiría ahondar en los determinantes de los resultados obtenidos, así como en las desviaciones que repercuten en la eficiencia y efectividad de las acciones institucionales, y por consiguiente en la salud de las personas y la inversión en la prestación.

Los resultados de la evaluación se convierten en importantes insumos para el proceso de toma de decisiones en los distintos niveles (local, regional, central y de política institucional). Ofreciendo información de gestión clínica y administrativa, sobre necesidades de ajuste en herramientas y procesos de atención institucionales.

Finalmente, es de suma importancia que los actores en cada uno de los niveles institucionales, utilicen la información disponible para ejecutar las medidas correctivas que permitan mejorar el desempeño de la prestación de servicios de salud.

²²⁹ Banco Mundial. *Are you Being Served? New Tools for Measuring Service Delivery*. Washington DC 2008.

Anexo Estadístico y Metodológico

Metodología

La fase de ejecución de la evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud se realiza por medio de la recolección, procesamiento- agregación y análisis de los datos.

1. Homologación para la recolección de datos

Este año, al igual que los anteriores, los participantes externos a la DCSS recibieron una capacitación previa para estandarizar los criterios de evaluación y el uso de los instrumentos de recolección.

A diferencia de años anteriores, esta capacitación se hizo por primera vez en línea, utilizando la plataforma del CENDEISSS en el Campus Virtual, requiriendo una sola sesión presencial.

El cambio de modalidad responde a la necesidad institucional de reducir gastos provenientes de viáticos, transporte y sustitución de personal entre otros. La capacitación a 97 funcionarios de las Regiones de Salud y Hospitales tuvo una duración de siete semanas.²³⁰

2. Fuentes de datos de población por Área de Salud

El Informe de este año cuenta con el dato de población que brindó el censo nacional realizado en Junio del año 2011 en todo el territorio nacional. Oficialmente, el Instituto Nacional de Estadística y Censos, hace el reporte de población tanto a nivel nacional como por Cantón y Distrito.

La CCSS, con el fin de contar con un dato de población por Área de Salud, delega al Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica la tarea de elaborar las estimaciones de población por Área de Salud; respondiendo éstas a una agrupación geográfica de Distritos según la Sectorización de cada Área de Salud.

Los Informes anteriores incluían datos provenientes de estimaciones de población, a partir de los datos proyectados del censo 2000, las cuales en algunos casos mostraron diferencias significativas con el censo de este año.

Datos de Nacimientos por Área de Salud

El número de nacimientos por Área de Salud utilizado en el Informe, corresponde al dato oficial de nacimientos reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el mes de marzo del año 2012. Al igual que para la población por Área de Salud, es el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica de la Institución, quien elabora la distribución geográfica de los nacimientos por Área de Salud, partiendo de la Sectorización definida para cada una de ellas.

²³⁰ DCSS, CCSS. Informe de capacitación virtual a evaluadores regionales. San José, Marzo 2012.

3. Fuentes de datos de Prestación de Servicios de Salud

La verificación de las intervenciones se hace mediante la recolección de datos que se realiza en el trabajo de campo; para lo cual se han desarrollado instrumentos de recolección de datos, en Microsoft- Excel y Microsoft- Access. Las fuentes son tres:

- Listados de datos del nivel local que incluyen datos de consulta externa, hospitalización y quirófanos. Se recopilan por la DCSS, con soporte de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud
- Revisión de expedientes clínicos en cada una de los centros de atención. Se recopilan por la DCSS, con soporte de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud
- Certificaciones con datos recopilados, procesados y analizados por otras instancias institucionales

A. Revisión de expedientes

Gran parte de la información recolectada proviene de la revisión de expedientes. Se utilizan muestreos aleatorios, donde el método del muestreo es diferente si se trata de la recolección de datos en un Área de Salud u Hospital.

Diseño de la muestra

Para la evaluación de los servicios de salud 2011, en el caso de Hospitales se aplicó un muestreo simple al azar tomando como marco muestral el listado presentado por el Centro de Salud según los criterios de inclusión convenidos en las Fichas Técnicas²³¹, donde se describe lo relativo a los indicadores utilizados para la evaluación.

En las Áreas de Salud se aplicó muestreo simple al azar, para aquellos indicadores que se evalúan en toda el Área de Salud, para éstos se seleccionaron expedientes sin discriminar por Sector de Salud, haciendo uso de un muestreo simple aleatorio con selección sistemática.

Para los indicadores que no se podían evaluar en toda el Área de Salud se hizo una selección de dos Sectores de Salud, para ello se utilizó el Muestreo Proporcional al Tamaño (P.P.T.). En este diseño complejo y bietápico, la probabilidad de selección de los Sectores fue directamente proporcional al tamaño del Sector según el total de consultas reportadas. Los Sectores se seleccionaron sistemáticamente y dentro de cada uno de ellos se determinó una muestra de igual tamaño, con el propósito de conservar las probabilidades de selección final de cada expediente, los cuales se seleccionaron en forma sistemática.

El trasfondo de seleccionar aleatoriamente a dos Sectores, parte de la responsabilidad del Área de Salud de garantizar que todos los Sectores que la componen, tengan un desempeño adecuado y homogéneo.

Tamaño de la muestra

Los tamaños de muestra para la evaluación de los indicadores en las Áreas de Salud, se determinó a partir de la fórmula de cálculo para la estimación de proporciones, con

²³¹ Disponibles en las páginas de la DCSS en Internet:

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/FichasTecnicas/Tab1:Tab41 Visitado Julio 2012.

un error máximo de 8% y un nivel de confianza del 90%. La variabilidad se estimó a partir de los resultados en años anteriores del indicador respectivo; de no existir información se incluyó variabilidad máxima en la fórmula.

El tamaño de muestra, para cada indicador, se ajustó por la no respuesta reportada históricamente y, adicionalmente para las Áreas de Salud, se estimó un efecto del diseño de 20%, esto por no contar con estimaciones fiables del error de muestreo de años anteriores. Para los Hospitales, no se realizó este ajuste por tratarse de un muestreo simple aleatorio.

Formularios electrónicos de muestreo

Se desarrollaron un total de 30 formularios electrónicos en Microsoft- Access para evaluar los indicadores: 13 formularios para recolectar datos en Áreas de Salud y 17 formularios para recolectar datos en los hospitales. Además, en MS- Excel se diseñaron entradas de datos para evaluar el cumplimiento de las metas pactadas por cada centro evaluado, para efectos de calificación.

Control de calidad

En los instrumentos de recolección de datos, tanto de Áreas de Salud como de Hospitales, se incorporaron controles de calidad sobre los datos, con mensajes de alerta sobre posibles inconsistencias.

Asimismo, a fin de reducir las inconsistencias y la cantidad de datos perdidos, se incorporó en los formularios electrónicos de muestreo controles de calidad, tales como rangos de variación de algunas variables, entre ellas, los valores de la presión arterial, los de la hemoglobina glicosilada y los valores de la edad del paciente según el programa respectivo.

B. Certificaciones

En la Evaluación de la Prestación se han utilizado Certificaciones, entendidas como procesos de instancias de la CCSS que no pertenecen a la DCSS, que utilizan diferentes métodos de valoración (cualitativo, insumo, proceso, cuestionarios, tiempos de entrega de documentos, calidad de documentos, entre otros) para brindar una calificación.

Con estas Certificaciones se pretende fortalecer y consolidar algunos procesos administrativos institucionales que se vienen desarrollando, así como monitorear la gestión de aspectos considerados sustantivos dentro de la prestación de los servicios de salud para ese período.

Por solicitud de la Gerencia Médica en el año 2009, se agrega a la Evaluación de la Prestación un conjunto de Certificaciones que fueron diseñadas por las instancias técnicas responsables de cada tema. Dichas instancias además asumieron la responsabilidad de recopilar, procesar, analizar e informar los resultados a cada uno de los establecimientos.



En el Anexo 1 se enumeran las Certificaciones con sus responsables e información de contacto. Estas calificaciones en su gran mayoría no brindan datos que puedan ser procesados o analizados para su presentación en el Informe anual, por lo que en éste no aparecen. Las Certificaciones que aportan datos dentro del marco de la evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud, se describen en los apartados correspondientes.

ANEXO 1.

C.C.S.S: CERTIFICACIONES INCLUIDAS EN
LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN, 2011

Área Temática	Código Ficha Técnica	Certificación	Responsable	Información de contacto
Equipos médicos e industriales	6-12-01-1-1	Evaluación y clasificación técnica de equipos	Dirección de Mantenimiento Institucional	Ing. Ileana Zúñiga Leitón izuniga@ccss.sa.cr Teléfono 2539- 0610
Gestión del riesgo en emergencias y desastres y seguridad humana	6-13-02-1-1	Ejecución del Plan de Preparación para emergencia, desastres y seguridad humana	Programa institucional de emergencias (PIE) Programa de Seguridad en incendios y explosiones (PSIE) Programa Institucional accesibilidad al espacio físico (PIAEF)	Dr. Daniel Quesada Rodríguez dquesadr@ccss.sa.cr Teléfono 2257 6282
Ejecución presupuestaria	6-14-03-1-1	Eficacia en la ejecución presupuestaria	Dirección de Presupuesto	Lic. Hairo J. Gámez Ruiz hgomez@ccss.sa.cr Teléfono 2539- 0418, Ext. 5200 Sra. Seidy Vargas Vargas svargasv@ccss.sa.cr Teléfono 2539- 0418, Ext. 5219 ó 5207
Referencia para la valoración de invalidez	6-15-04-1-1	Cumplimiento de los protocolos de referencia con criterios de calidad	Dirección de Calificación de Invalidez (DCI)	Rosibel Arias Calvo rsarias@ccss.sa.cr Teléfono 2283- 0396, Ext. 215
Listas de Espera	1-07-10-1-25 H-0000-08/1 H-0000-08/2	Cantidad de informes relativos a los procedimientos diagnósticos ambulatorios, que cumplen requisitos	UTLE	Dr. Manuel Navarro Correa Teléfono 2221- 3710 Licda. Marjorie Morales García mmoralesg@ccss.sa.cr Teléfono 2221- 3774, Ext.4 Dr. Rafael Cortes Angel rcortes@ccss.sa.cr Teléfono 2257- 0948
Infecciones intrahospitalarias	H-0000-02	Desarrollo de un sistema de vigilancia intrahospitalaria que permita identificar, prevenir y controlar las inf. intrahospitalarias	SAVE	Dra. Xiomara Badilla xbadilla@ccss.sa.cr Ext. 6050 ó 6051
Vacunación	1-06-09-1-1	Personas de 65 años y más vacunadas	SAVE (Programa Ampliado de Inmunizaciones de la institución, PAI)	Dra. Vicenta Machado Cruz vmachado@ccss.sa.cr Ext. 6050
Recurso Humano	6-17-08-1-1	Gestión de Recursos Humanos	Dirección de Administración y Gestión de Personal	Licda. Rosa Eugenia Rodríguez Angulo rerodrig@ccss.sa.cr , Ext 4621 Ricardo Dávila Barahona vramirez@ccss.sa.cr , Valois Ramírez vramirez@ccss.sa.cr Marvin Herrera Cedeño mherreac@ccss.sa.cr
	6-17-08-2-1	Salud Ocupacional	Área de Salud Ocupacional, Dirección de Bienestar Laboral	Dra. Patricia Redondo Escalante predondo@ccss.sa.cr Ext. 6070 ó 6072
	6-17-08-3-1	Funcionamiento del GAT	Dirección de Bienestar Laboral	Licda. Cruz Sancho Gómez csancho@ccss.sa.cr Ext. 4411
Cirugía Segura	H-0000-05	Verificación de prácticas quirúrgicas seguras	Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Orlando Urroz Torres Teléfono 2223- 7380, 2222- 8061
Grupos Relacionados por el Diagnóstico	H-0000-09	Análisis de la complejidad y el funcionamiento	Área de Estadística en Salud	MSc. Ana Lorena Solís lsolisg@ccss.sa.cr Ext. 8801 ó 8806 Licda. Susana López Delgado slopezd@ccss.sa.cr Ext 8807
Producción hospitalaria	H-0000-11	Cumplimiento metas de producción programadas en el PAO	Direcciones regionales y Área de soporte estratégico de la Gerencia Médica	Dr. Julio Calderón Serrano jcaldero@ccss.sa.cr Tel. 2257-0948 Licda. Eunice Gómez Cartín egomez@ccss.sa.cr Tel. 2255-2378
Percepción de la satisfacción de usuarios: atención recibida en las Áreas de Salud y Hospitales	4-10-01-1-1	Promedio de las calificaciones dadas al establecimiento en las encuestas de opinión	Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud (DICSS)	No aplica , según Oficio DICSS-001-2010, de fecha 04 de enero del 2010, suscrito por la Dra. Ana Patricia Salas Chacón, Directora con Rango Superintendente A/C
Monitoreo de la gestión administrativa	6-16-05-1-1	Desempeño en el monitoreo de procesos sustantivos aplicado por el nivel regional	Direcciones Regionales de la Gerencia Médica	No aplica , según Oficio GM-13779-2 de fecha 07 de febrero 2011, suscrito por la Dra. Rosa Climent Martín Gerente Médica

FUENTE: Alguera ME, DCSS. Agosto 2012.

4. Proceso de Recolección

La recolección de los datos de las Centros de Salud se realizó entre el 13 de febrero y el 26 de Abril del 2011. Participaron 14 grupos de evaluadores, con un total de 44 personas.

Este año se revisó un total de 18.470 expedientes, de los cuales 17.518 fueron de Áreas de Salud y 952 en Hospitales.

5. Proceso de Análisis

El análisis de los datos es una etapa clave en la evaluación, ya que es la que traduce los datos disponibles en información útil para la toma de decisiones. Además brinda el propósito a la evaluación, asociando los resultados al alcance de los objetivos institucionales y el abordaje de los principales problemas de salud del país.

El proceso se describe en detalle, desde el año 2007, por medio de una guía metodológica para unificar los criterios de procesamiento, análisis y presentación de los resultados de la evaluación del desempeño de la prestación de Servicios de Salud de las Unidades de la CCSS.²³²

Una vez redactados y resumidos los resultados en el Informe, mediante el proceso de Difusión se pretende compartir los hallazgos obtenidos con los grupos interesados. Su distribución incluye al sitio en Internet de la DCSS, en forma de documento completo. Se espera entonces de esta manera definir el estado de situación del desempeño de la prestación de servicios de salud de la CCSS.

²³² DCSS, CCSS. **Plan de Análisis:** Resultados de la Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud. San José, Marzo 2012.



Listado de Unidades de Atención

ANEXO 2.

C.C.S.S. LISTA DE UNIDADES DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL Y SEGUNDO NIVEL POR REGIÓN, 2011

REGIÓN DE SALUD ¹	CODIGO CENTRO DE SALUD ¹	NOMBRE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ¹	ABREVIATURA ATL ²	NOMBRE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN ³	TIPO ADMINISTRACIÓN ⁵
Brunca	2732	Buenos Aires	BAS		Desconcentrada
Brunca	2758	Corredores	CDS		No Desconcentrada
Brunca	2762	Coto Brus	CBS		No Desconcentrada
Brunca	2761	Golfito	GFO		No Desconcentrada
Brunca	2759	Osa	OSA		No Desconcentrada
Brunca	2760	Pérez Zeledón	PZN		No Desconcentrada
Central Norte	2281	Alajuela Central	ALC		No Desconcentrada
Central Norte	2216	Alajuela Norte	ALN	Alajuela Norte (Dr. Marcial Rodríguez) DMR	No Desconcentrada
Central Norte	2277	Alajuela Oeste	ALO		No Desconcentrada
Central Norte	2276	Alajuela Sur	ALS		No Desconcentrada
Central Norte	2272	Alfaro Ruiz	ARZ		Desconcentrada
Central Norte	2251	Atenas	ATN		No Desconcentrada
Central Norte	2131	Barva	BRV		Compra Externa
Central Norte	2233	Belén- Flores	BFL	Belén- Flores BBF	Desconcentrada
Central Norte	2236	Grecia	GRC		No Desconcentrada
Central Norte	2214	Heredia- Cubujuquí	HCQ		No Desconcentrada
Central Norte	2274	Heredia- Virilla	HVR		No Desconcentrada
Central Norte	2650	Horquetas- Río Frio	HRF		No Desconcentrada
Central Norte	2319	La Carpio- León XIII	CLE		Compra Externa
Central Norte	2255	La Reforma ⁴	LRF		No Desconcentrada
Central Norte	2235	Naranjo	NRJ		Desconcentrada
Central Norte	2252	Palmares	PMR		Desconcentrada
Central Norte	2253	Poás	POS		No Desconcentrada
Central Norte	2474	Puerto Viejo- Sarapiquí	PSQ		No Desconcentrada
Central Norte	2273	San Isidro	SID		No Desconcentrada
Central Norte	2230	San Pablo	SPO		Compra Externa
Central Norte	2232	San Rafael	SRF		No Desconcentrada
Central Norte	2237	San Ramón	SRM		No Desconcentrada
Central Norte	2278	Santa Bárbara	SBB		No Desconcentrada
Central Norte	2231	Santo Domingo	SDM	Santo Domingo SSD	No Desconcentrada
Central Norte	2219	Tibás	TBS	Tibás (Rodrigo Fournier) RFR	Compra Externa
Central Norte	2213	Tibás- Uruca- Merced	TUM	Tibás-Uruca-Merced (Dr. Clorito Picado Twight) DCP	Desconcentrada
Central Norte	2254	Valverde Vega	VVG		No Desconcentrada
Central Sur	2334	Acosta	ACT		No Desconcentrada
Central Sur	2335	Aserri	ASR	Aserri (Mercedes Chacón Porras) MCP	No Desconcentrada
Central Sur	2336	Alajuelita	ALI		No Desconcentrada
Central Sur	2342	Cartago	CTG		No Desconcentrada

ANEXO 2.

C.C.S.S. LISTA DE UNIDADES DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL Y
SEGUNDO NIVEL POR REGIÓN, 2011

REGIÓN DE SALUD ¹	CODIGO CENTRO DE SALUD ¹	NOMBRE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ¹	ABREVIATURA ATL ²	NOMBRE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN ³	TIPO ADMINISTRACIÓN ⁵
Central Sur	2210	Catedral Noreste	CNE	Catedral Noreste (Central) CCL	No Desconcentrada
Central Sur	2349	Concepción- San Diego- San Juan	CSS		Compra Externa
Central Sur	2217	Coronado	CRN	Coronado CCR	Desconcentrada
Central Sur	2390	Corralillo- La Sierra	CLS		No Desconcentrada
Central Sur	2343	Curridabat	CRT		Compra Externa
Central Sur	2315	Desamparados 1	DAU	Desamparados 1 (Dr. Marcial Fallas Díaz) DMF	No Desconcentrada
Central Sur	2317	Desamparados 2	DAD		Compra Externa
Central Sur	2339	Desamparados 3	DAT	Desamparados 3 DDA	No Desconcentrada
Central Sur	2392	El Guarco	EGC		No Desconcentrada
Central Sur	2345	Escazú	ESZ		Compra Externa
Central Sur	2212	Goicoechea 1	GCU		No Desconcentrada
Central Sur	2211	Goicoechea 2	GCD	Goicoechea 2 (Dr. Ricardo Jiménez Núñez) DRJ	No Desconcentrada
Central Sur	2312	Hatillo	HTL	Hatillo (Dr. Solón Núñez Frutos) DSN	Desconcentrada
Central Sur	2333	La Unión	LUN		No Desconcentrada
Central Sur	2352	Los Santos	LST		Desconcentrada
Central Sur	2311	Mata Redonda- Hospital	MRH	Mata Redonda (Dr. Ricardo Moreno Cañas) DRM	Desconcentrada
Central Sur	2346	Montes de Oca	MDO		Compra Externa
Central Sur	2382	Mora- Palmichal	MPM		No Desconcentrada
Central Sur	2215	Moravia	MRV	Moravia MMR	No Desconcentrada
Central Sur	2395	Oreamuno- Pacayas- Tierra Blanca	OPT		No Desconcentrada
Central Sur	2332	Paraíso- Cervantes	PCS		No Desconcentrada
Central Sur	2218	Pavas	PVS	Pavas PPV	Compra Externa
Central Sur	2331	Puriscal- Turrubares	PTS		Desconcentrada
Central Sur	2318	San Francisco- San Antonio	SFS		Compra Externa
Central Sur	2347	San Sebastián- Paso Ancho	SPA		Compra Externa
Central Sur	2387	Santa Ana	SAA	Santa Ana SSA	Compra Externa
Central Sur	2348	Turrialba- Jiménez	TJZ		No Desconcentrada
Central Sur	2314	Zapote- Catedral	ZCL	Zapote-Catedral (Dr. Carlos Durán Cartín) DCD	No Desconcentrada
Chorotega	2556	Abangares	ABG		Desconcentrada
Chorotega	2557	Bagaces	BGC		No Desconcentrada
Chorotega	2555	Cañas	CÑS		No Desconcentrada
Chorotega	2560	Carrillo	CRL		No Desconcentrada
Chorotega	2582	Colorado	CLD		No Desconcentrada
Chorotega	2563	Hojancha	HJN		No Desconcentrada
Chorotega	2559	La Cruz	LCZ		No Desconcentrada
Chorotega	2534	Liberia	LBR		No Desconcentrada
Chorotega	2562	Nandayure	NDY		No Desconcentrada
Chorotega	2535	Nicoya	NCY		No Desconcentrada



ANEXO 2.

C.C.S.S. LISTA DE UNIDADES DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL Y
SEGUNDO NIVEL POR REGIÓN, 2011

REGIÓN DE SALUD ¹	CODIGO CENTRO DE SALUD ¹	NOMBRE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ¹	ABREVIATURA ATL ²	NOMBRE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN ³	TIPO ADMINISTRACIÓN ⁵
Chorotega	2531	Santa Cruz	SCZ		Desconcentrada
Chorotega	2558	Tilarán	TLN		No Desconcentrada
Chorotega	2536	Upala	UPL		No Desconcentrada
Huetar Atlántica	2652	Cariari	CRR		Desconcentrada
Huetar Atlántica	2655	Guácimo	GCM		No Desconcentrada
Huetar Atlántica	2634	Guápiles	GPL		No Desconcentrada
Huetar Atlántica	2632	Limón	LMN		No Desconcentrada
Huetar Atlántica	2654	Matina	MTN		No Desconcentrada
Huetar Atlántica	2631	Siquirres	SQR		No Desconcentrada
Huetar Atlántica	2680	Talamanca	TLM		No Desconcentrada
Huetar Atlántica	2651	Valle La Estrella	VLE		No Desconcentrada
Huetar Norte	2473	Aguas Zarcas	AGZ		No Desconcentrada
Huetar Norte	2483	Ciudad Quesada	CQD		No Desconcentrada
Huetar Norte	2481	Florencia	FLR		No Desconcentrada
Huetar Norte	2471	Fortuna	FRT		No Desconcentrada
Huetar Norte	2477	Guatuso	GTS		No Desconcentrada
Huetar Norte	2484	Los Chiles	LCL		No Desconcentrada
Huetar Norte	2475	Pital	PTL		No Desconcentrada
Huetar Norte	2472	Santa Rosa	SRA		No Desconcentrada
Pacífico Central	2594	Aguirre	AGR		No Desconcentrada
Pacífico Central	2590	Barranca	BRC	Barranca (Dr. Roberto Soto) DRS	Desconcentrada
Pacífico Central	2586	Chacarita	CRA		Desconcentrada
Pacífico Central	2552	Esparza	EPZ		Desconcentrada
Pacífico Central	2592	Garabito	GRB		No Desconcentrada
Pacífico Central	2553	Montes de Oro	MTO		No Desconcentrada
Pacífico Central	2256	Orotina- San Mateo	OSM		No Desconcentrada
Pacífico Central	2351	Parrita	PRT		No Desconcentrada
Pacífico Central	2579	Peninsular	PEN		Desconcentrada
Pacífico Central	2511	San Rafael- Chomes- Monteverde	SCM	San Rafael- Chomes- Monteverde (San Rafael) SSR	No Desconcentrada

Nota: La información de las Unidades en **negrita y fondo blanco** es la disponible para el Informe 2011.

FUENTES:

¹ CCSS. Centro de Codificaciones Institucionales (CECOIN). SIIS_CENTRO_SALUD, Junio 2012.

² Utiliza la convención de Abreviaturas de Tres Letras (ATL- siglas TLA in inglés)

³ CCSS, Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Inventario Áreas de Salud, Enero 2012.

⁴ No se incluye la Unidad de Atención ubicada en el Centro Penitenciario La Reforma "debido a su naturaleza; éste atiende población cautiva y no cuenta con Sectores o EBAS propiamente dichos, por lo que no se cataloga como un Área de Salud por definición". Fuente: CCSS. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Inventario Áreas de Salud, Enero 2011.

⁵ Desconcentración: Reglamento General de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. La Gaceta No 3, 5 de enero de 2000 y CCSS, Junta Directiva. Artículo 22, Sesión No 7584. 27 de setiembre del 2001.

ANEXO 3.

C.C.S.S. LISTA DE UNIDADES DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA POR TIPO Y REGIÓN, 2011

TIPO HOSPITAL ¹	CODIGO CENTRO DE SALUD ²	NOMBRE HOSPITAL ²	ABREVIATURA ³	REGIÓN DE SALUD ²	ADMINISTRACIÓN ⁴
Centro de Salud de Especialidades	2801	Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos	CDP	No aplica	No Desconcentrada
Centro de Salud de Especialidades	2802	Clínica Oftalmológica	COF	No aplica	No Desconcentrada
Nacional Especializado	2203	Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare)	CNR	No aplica	Desconcentrada
Nacional Especializado	2105	de las Mujeres Dr. Adolfo Carit	MAC	No aplica	No Desconcentrada
Nacional Especializado	2103	de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	NCS	No aplica	Desconcentrada
Nacional Especializado	2202	Dr. Raúl Blanco Cervantes	RBC	No aplica	Desconcentrada
Nacional Especializado	2305	Dr. Roberto Chacón Paut	RCP	No aplica	No Desconcentrada
Nacional Especializado	2304	Psiquiátrico Dr. Manuel Chapui	PSI	No aplica	Desconcentrada
Nacional General	2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	RCG	No aplica	Desconcentrada
Nacional General	2104	México	MXC	No aplica	Desconcentrada
Nacional General	2102	San Juan de Dios	SJD	No aplica	Desconcentrada
Regional	2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	EBB	Chorotega	Desconcentrada
Regional	2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	FEP	Brunca	Desconcentrada
Regional	2306	Dr. Max Peralta Jiménez	MPJ	Central Sur	Desconcentrada
Regional	2601	Dr. Tony Facio Castro	TFC	Huetar Atlántica	No Desconcentrada
Regional	2501	Monseñor Sanabria	MSB	Pacífico Central	No Desconcentrada
Regional	2401	San Carlos	SCL	Huetar Norte	Desconcentrada
Regional	2205	San Rafael de Alajuela	SRJ	Central Norte	No Desconcentrada
Periférico 3	2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	CVV	Central Norte	No Desconcentrada
Periférico 3	2307	Dr. William Allen	WMA	Central Sur	Desconcentrada
Periférico 3	2602	Guápiles	GUP	Huetar Atlántica	Desconcentrada
Periférico 3	2503	La Anexión	LAX	Chorotega	No Desconcentrada
Periférico 3	2208	San Vicente de Paul	SVP	Central Norte	Desconcentrada
Periférico 2	2704	Ciudad Neily	CNL	Brunca	No Desconcentrada
Periférico 2	2206	San Francisco de Asís	SFA	Central Norte	Desconcentrada
Periférico 2	2705	San Vito de Coto Brus	SVC	Brunca	No Desconcentrada
Periférico 1	2308	Dr. Max Terán Valls	MTV	Pacífico Central	No Desconcentrada
Periférico 1	2703	Dr. Tomas Casas Casajus	TCC	Brunca	No Desconcentrada
Periférico 1	2702	Golfito	GLF	Brunca	Desconcentrada
Periférico 1	2402	Los Chiles	LCH	Huetar Norte	No Desconcentrada
Periférico 1	2504	Upala	UPA	Chorotega	No Desconcentrada

Nota: La información de las Unidades en **negrita y fondo blanco** es la disponible para el Plan de Análisis. Las Unidades cuyas celdas son grises no son sujeto de evaluación en el 2011.

FUENTES:

¹ CCSS. Centro de Codificaciones Institucionales (CECOIN). SIIS_TIPO_CENTRO_SALUD, Junio 2012.

² CCSS. Centro de Codificaciones Institucionales (CECOIN). SIIS_CENTRO_SALUD, Junio 2012.

³ Utiliza la convención de Abreviaturas de Tres Letras (siglas TLA in inglés)

⁴ Desconcentración: Reglamento General de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. La Gaceta No 3, 5 de enero de 2000 y CCSS, Junta Directiva. Artículo 22, Sesión No 7584. 27 de setiembre del 2001



Compendio Estadístico

ANEXO 4.

C.C.S.S.: CAMAS, EGRESOS, ESTANCIA MEDIA, ÍNDICE DE OCUPACIÓN, ÍNDICE DE ROTACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	CAMAS		EGRESOS		ESTANCIA MEDIA		ÍNDICE OCUPACIÓN		ÍNDICE ROTACIÓN	
		2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
ESPECIALIZADO											
2203	Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare)	68	68	1.249	1.192	13,4	13,9	70	67	18	18
2103	De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	177	177	5.835	5.769	-	4,0	-	69	-	33
2202	Dr. Raúl Blanco Cervantes	140	140	2.205	2.278	21,2	18,7	92	83	16	16
NACIONAL											
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	100	121	3.597	4.638	13,5	9,0	131	94	31	38
2104	México	167	166	4.589	5.041	12,3	11,5	91	96	28	30
2102	San Juan de Dios	219	210	4.633	5.228	15,9	14,8	93	101	22	25
REGIONAL											
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	33	52	2.794	1.676	6,7	11,3	98	100	80	32
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	68	68	3.183	2.591	7,5	9,6	96	100	47	38
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	82	82	2.765	2.640	10,1	11,1	81	98	34	32
2601	Dr. Tony Facio Castro	50	64	4.045	3.301	6,5	6,0	92	84	63	52
2501	Monseñor Sanabria	61	77	2.722	2.946	7,2	9,1	68	95	45	38
2401	San Carlos	50	50	2.037	2.061	8,3	7,9	92	90	41	41
2205	San Rafael de Alajuela	74	90	1.962	2.406	13,6	13,1	145	96	22	27
PERIFÉRICO 3											
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	40	34	1.300	1.020	6,7	8,3	102	68	38	30
2307	Dr. Willian Alllen	46	40	2.174	1.752	5,9	6,4	89	76	54	44
2602	Guápiles	30	30	2.008	2.280	5,5	5,8	75	120	67	76
2503	La Anexión	46	46	2.516	2.355	7,8	7,6	118	107	55	51
2208	San Vicente de Paul	55	64	1.758	2.234	10,5	11,6	61	110	30	35
PERIFÉRICO 1 Y 2											
2704	Ciudad Neilly	31	23	1.790	1.137	4,9	5,7	85	78	56	49
2308	Dr. Max Terán Valls	24	24	1.309	1.241	5,3	5,6	78	80	55	52
2703	Dr. Tomás Casas Casajus	12	18	664	921	6,0	5,9	103	83	42	51
2702	Golfito	17	20	1.058	1.004	6,8	5,8	71	80	53	50
2402	Los Chiles	6	6	368	344	5,5	5,9	88	93	61	57
2206	San Francisco de Asís	32	33	1.776	1.380	5,6	7,1	118	81	54	42
2705	San Vito de Coto Brus	19	13	784	548	5,8	6,1	92	71	60	42
2504	Upala	6	6	367	371	6,0	7,3	67	123	61	62

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios CCSS 2007 y 2011

ANEXO 5.

C.C.S.S.: CAMAS, EGRESOS, ESTANCIA MEDIA, ÍNDICE DE OCUPACIÓN,
ÍNDICE DE ROTACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	CAMAS		EGRESOS		ESTANCIA MEDIA		ÍNDICE OCUPACIÓN		ÍNDICE ROTACIÓN	
		2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
	ESPECIALIZADO										
2203	Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare)	21	20	625	527	6,3	3,4	40	24	30	26
2103	De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	104	104	7.187	6.116	-	3,9	68	62	69	59
	NACIONAL										
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	159	175	9.728	8.058	6,3	8,3	80	105	62	46
2104	México	253	238	9.520	9.307	8,0	7,7	82	83	38	39
2102	San Juan de Dios	382	320	13.254	10.591	9,0	9,6	85	87	35	33
	REGIONAL										
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	30	46	2.481	2.526	4,9	6,5	100	97	83	55
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	61	61	2.681	2.547	8,4	8,8	95	101	44	42
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	55	55	3.257	3.412	6,0	7,2	76	122	59	62
2601	Dr. Tony Facio Castro	50	50	2.863	3.177	4,5	5,0	98	87	57	64
2501	Monseñor Sanabria	79	66	4.360	3.237	5,1	6,3	167	85	55	49
2401	San Carlos	35	35	2.365	2.470	3,9	4,2	71	81	68	71
2205	San Rafael de Alajuela	67	90	2.635	3.591	8,9	8,5	114	93	39	40
	PERIFÉRICO 3										
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	28	34	1.982	2.066	3,7	4,2	77	70	71	61
2307	Dr. Willian Allen	25	19	1.090	1.229	3,3	3,7	120	65	44	65
2602	Guápiles	18	22	1.211	1.273	4,2	4,7	40	74	67	58
2503	La Anexión	14	14	768	869	4,3	4,0	62	67	55	62
2208	San Vicente de Paul	24	43	2.004	2.702	5,4	5,8	72	100	84	63
	PERIFÉRICO 1 Y 2										
2704	Ciudad Neilly	13	6	560	445	3,4	3,9	80	75	43	74
2308	Dr. Max Terán Valls	10	10	637	681	3,6	3,8	62	71	64	68
2703	Dr. Tomás Casas Casajus	8	10	415	412	4,8	5,2	62	59	52	41
2702	Golfito	26	26	879	1.038	5,3	6,0	41	66	34	40
2402	Los Chiles	5	6	448	363	4,0	3,8	94	67	90	61
2206	San Francisco de Asís	20	26	1.358	1.482	4,3	4,5	51	71	68	57
2705	San Vito de Coto Brus	-	6	-	705	0,0	3,7	68	119	-	118
2504	Upala	6	6	346	96	3,7	7,7	-	34	58	16

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios CCSS 2007 y 2011.



ANEXO 6.

C.C.S.S.: CAMAS, EGRESOS, ESTANCIA MEDIA, ÍNDICE DE OCUPACIÓN,
ÍNDICE DE ROTACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	CAMAS		EGRESOS		ESTANCIA MEDIA		ÍNDICE OCUPACIÓN		ÍNDICE ROTACIÓN	
		2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
	ESPECIALIZADO										
2105	De las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	21	26	1.829	2.062	2,4	2,6	65	55	70	76
	NACIONAL										
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	20	29	2.673	2.937	2,2	2,7	77	74	103	101
2104	México	24	25	1.211	1.211	4,6	4,1	64	53	50	48
2102	San Juan de Dios	30	30	2.090	2.158	3,3	3,6	63	71	70	72
	REGIONAL										
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	9	9	723	612	5,0	4,0	94	74	80	68
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	11	11	1.378	1.671	2,8	2,5	73	105	125	152
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	20	20	1.968	2.519	2,3	2,5	65	87	98	126
2601	Dr. Tony Facio Castro	11	11	940	912	2,6	2,7	62	61	85	83
2501	Monseñor Sanabria	12	10	685	629	4,0	3,7	95	65	86	63
2401	San Carlos	15	15	846	1.029	4,4	3,1	68	58	56	69
2205	San Rafael de Alajuela	18	24	1.747	1.923	2,8	3,2	109	70	97	80
	PERIFÉRICO 3										
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	8	8	897	881	2,7	2,8	70	86	112	110
2307	Dr. Willian Allen	14	13	1.150	923	2,9	3,0	98	59	88	71
2602	Guápiles	13	13	1.344	1.196	2,5	2,2	67	56	103	92
2503	La Anexión	8	8	585	646	3,5	2,9	67	64	73	81
2208	San Vicente de Paul	19	29	2.346	2.632	2,9	2,6	83	64	98	91
	PERIFÉRICO 1 Y 2										
2704	Ciudad Neilly	5	3	377	364	2,7	2,7	66	90	94	121
2308	Dr. Max Terán Valls	4	4	382	166	2,1	2,2	53	25	96	42
2703	Dr. Tomás Casas Casajus	5	7	361	273	3,1	2,9	35	31	52	39
2702	Golfito	7	7	589	402	3,2	3,8	56	60	84	57
2402	Los Chiles	4	4	339	148	2,4	3,1	68	31	170	37
2206	San Francisco de Asís	6	3	578	332	2,5	2,7	75	83	145	111
2705	San Vito de Coto Brus	2	2	120	251	3,7	2,6	61	89	60	126
2504	Upala	4	4	210	237	2,5	3,0	61	48	53	59

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios CCSS 2007 y 2011.

ANEXO 7.

C.C.S.S.: CAMAS, EGRESOS, ESTANCIA MEDIA, ÍNDICE DE OCUPACIÓN,
ÍNDICE DE ROTACIÓN DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	CAMAS		EGRESOS		ESTANCIA MEDIA		ÍNDICE OCUPACIÓN		ÍNDICE ROTACIÓN	
		2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
	ESPECIALIZADO										
2105	De las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	53	51	7.290	7.007	2,1	2,5	73	93	138	137
	NACIONAL										
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	22	37	7.071	7.212	1,8	2,2	89	115	321	195
2104	México	54	49	6.157	5.423	3,0	2,4	80	73	114	111
2102	San Juan de Dios	73	67	8.384	8.258	2,7	2,2	74	73	115	123
	REGIONAL										
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	34	38	6.144	5.791	2,5	2,4	84	100	181	152
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	32	32	4.266	4.255	2,3	2,4	81	87	133	133
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	45	45	6.037	6.096	2,3	2,3	78	87	134	135
2601	Dr. Tony Facio Castro	32	32	4.957	4.953	2,5	1,9	84	81	155	155
2501	Monseñor Sanabria	42	41	5.346	5.214	2,5	2,3	45	81	113	127
2401	San Carlos	38	38	5.707	5.767	2,2	2,0	92	85	150	152
2205	San Rafael de Alajuela	36	36	5.346	5.536	2,0	2,4	125	103	149	154
	PERIFÉRICO 3										
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	14	14	2.252	2.348	1,9	2,0	88	94	161	168
2307	Dr. Willian Alllen	19	19	1.683	1.727	2,6	2,7	75	66	89	91
2602	Guápiles	27	27	4.382	4.276	2,0	2,1	62	89	162	158
2503	La Anexión	24	24	3.057	2.928	2,4	2,1	84	70	127	122
2208	San Vicente de Paul	43	44	4.930	6.373	2,4	2,3	85	91	115	145
	PERIFÉRICO 1 Y 2										
2704	Ciudad Neilly	12	10	1.099	1.121	2,2	2,2	64	67	92	112
2308	Dr. Max Terán Valls	5	5	927	653	2,1	2,0	105	70	185	131
2703	Dr. Tomás Casas Casajus	3	7	455	468	2,3	2,1	74	39	152	67
2702	Golfito	12	14	870	844	2,7	2,6	54	43	73	60
2402	Los Chiles	5	5	860	626	1,7	1,9	81	64	172	125
2206	San Francisco de Asís	18	18	2.224	2.043	1,9	2,0	54	62	124	114
2705	San Vito de Coto Brus	4	4	501	633	2,0	1,8	97	79	125	158
2504	Upala	4	4	591	744	1,9	1,8	68	92	148	186

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios CCSS 2007 y 2011.



ANEXO 8.

C.C.S.S.: CAMAS, EGRESOS, ESTANCIA MEDIA, ÍNDICE DE OCUPACIÓN,
ÍNDICE DE ROTACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA/ NEONATOLOGÍA
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	CAMAS		EGRESOS		ESTANCIA MEDIA		ÍNDICE OCUPACIÓN		ÍNDICE ROTACIÓN	
		2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
	ESPECIALIZADO										
2103	De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	33	33	819	646	-	17,8	-	96	-	20
2105	De las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	30	30	1.438	1.747	5,4	3,7	75	60	48	58
	NACIONAL										
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	22	26	1.314	1.299	7,5	7,8	127	107	60	50
2104	México	33	33	980	824	9,4	10,3	75	70	30	25
2102	San Juan de Dios	27	27	1.062	1.083	10,5	8,4	111	92	39	40
	REGIONAL										
2502	Dr. Enrique Baltodano Briceño	19	23	2.064	1.729	4,1	4,5	91	93	109	75
2701	Dr. Fernando Escalante Pradilla	38	30	2.562	1.999	4,9	4,5	74	82	67	67
2306	Dr. Max Peralta Jiménez	48	48	2.798	2.706	5,3	6,0	76	93	58	56
2601	Dr. Tony Facio Castro	39	39	2.600	2.782	4,3	4,8	85	93	67	71
2501	Monseñor Sanabria	32	24	2.300	1.763	3,8	3,9	118	79	72	73
2401	San Carlos	20	20	1.376	1.527	4,8	4,9	90	102	69	76
2205	San Rafael de Alajuela	40	40	2.300	2.874	3,8	4,2	122	82	71	72
	PERIFÉRICO 3										
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	10	10	745	788	3,7	3,8	64	83	75	79
2307	Dr. Willian Allen	8	6	648	755	3,8	2,7	70	94	81	126
2602	Guápiles	37	27	1.938	2.022	4,5	3,0	84	61	52	75
2503	La Anexión	13	13	865	675	3,7	3,8	66	54	67	52
2208	San Vicente de Paul	29	22	2.099	2.216	3,5	2,3	76	62	72	101
	PERIFÉRICO 1 Y 2										
2704	Ciudad Neilly	19	10	1.118	722	3,0	3,1	74	62	59	72
2308	Dr. Max Terán Valls	10	10	790	643	3,7	3,7	80	65	79	64
2703	Dr. Tomás Casas Casajus	4	8	243	299	4,7	5,4	75	49	61	34
2702	Golfito	13	8	363	433	4,6	6,2	49	72	28	43
2402	Los Chiles	7	6	382	123	5,6	3,8	79	20	55	21
2206	San Francisco de Asís	14	10	976	654	3,9	3,6	35	64	70	65
2705	San Vito de Coto Brus	8	8	435	432	4,6	5,1	78	76	54	54
2504	Upala	7	7	404	340	4,8	5,6	66	74	58	49

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios CCSS 2007 y 2011.

ANEXO 9.

C.C.S.S.: CAMAS, EGRESOS, ESTANCIA MEDIA, ÍNDICE DE OCUPACIÓN,
ÍNDICE DE ROTACIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	CAMAS		EGRESOS		ESTANCIA MEDIA		ÍNDICE OCUPACIÓN		ÍNDICE ROTACIÓN	
		2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	18	26	393	561	15	15	83	87	23	22
2305	Dr. Roberto Chacón Paut	196	196	431	421	166	144	93	85	2	2
2304	Psiquiátrico- Dr. Manuel Chapuí	765	674	3.362	3.477	74	54	76	74	4	5

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios CCSS 2007 y 2011.

ANEXO 10.

C.C.S.S.: EGRESOS HOSPITALARIOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	EGRESOS	
		2007	2011
	ESPECIALIZADO		
2203	Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare)	774	722
2103	De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	2.168	1.973
2105	De las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	1.147	662
2202	Dr. Raúl Blanco Cervantes	380	164
	NACIONAL		
2101	Dr. Rafael A. Calderón Guardia	5.480	5.769
2102	México	6.342	5.836
2104	San Juan de Dios	3.249	4.843
	REGIONAL		
2501	Dr. Enrique Baltodano Briceño	2.768	3.126
2205	Dr. Fernando Escalante Pradilla	647	1.158
2701	Dr. Max Peralta Jiménez	2.454	2.783
2401	Dr. Tony Facio Castro	1.188	347
2601	Monseñor Sanabria	1.971	1.567
2306	San Carlos	1.501	2.262
2502	San Rafael de Alajuela	2.076	3.780
	PERIFÉRICO 3		
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	2.132	1.831
2602	Dr. William Allen	161	366
2208	Guápiles	-	998
2503	La Anexión	752	1.025
2307	San Vicente de Paul	1.854	2.792
	PERIFÉRICO 1 Y 2		
2703	Ciudad Neilly	493	471
2308	Dr. Max Terán Valls	105	205
2705	Dr. Tomás Casas Casajus	183	119
2702	Golfito	205	269
2402	Los Chiles	146	185
2704	San Francisco de Asís	790	868
2504	San Vito de Coto Brus	-	234
2206	Upala	-	-

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios CCSS 2007 y 2011.



ANEXO 11.

C.C.S.S.: ATENCIONES DE URGENCIAS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2017 Y 2011

UE	TIPO HOSPITAL	TOTAL DE ATENCIONES		PORCENTAJE DE NO URGENCIAS	
		2007	2011	2007	2011
ESPECIALIZADO					
2105	De las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	26.209	27.669	65	48
2103	De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	130.707	125.627	4	1
2202	Dr. Raúl Blanco Cervantes	12.770	14.896	49	47
2304	Psiquiátrico- Dr. Manuel Chapuí	12.224	13.958	8	7
NACIONAL					
2101	Dr. Rafael Calderón Guardia	144.097	146.846	37	28
2102	México	130.707	91.272	4	28
2104	San Juan de Dios	114.642	113.698	27	18
REGIONAL					
2501	Dr. Enrique Baltodano Briceño	116.176	89.152	42	42
2205	Dr. Fernando Escalante Pradilla	144.525	170.722	48	52
2701	Dr. Max Peralta Jiménez	68.316	157.039	40	42
2401	Dr. Tony Facio Castro	131.023	128.474	25	65
2601	Monseñor Sanabria	84.281	84.709	35	37
2306	San Carlos	82.751	85.871	27	26
2502	San Rafael de Alajuela	115.969	130.643	39	18
PERIFÉRICO 3					
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	98.643	97.562	67	59
2602	Dr. Willian Allen	111.254	111.843	91	93
2208	Guápiles	91.494	105.655	46	39
2503	La Anexión	103.465	100.128	53	54
2307	San Vicente de Paul	110.840	146.238	13	48
PERIFÉRICO 1 Y 2					
2703	Ciudad Neilly	68.382	68.082	25	35
2308	Dr. Max Terán Valls	51.501	56.148	83	84
2705	Dr. Tomás Casas Casajus	24.070	36.804	43	48
2702	Golfito	44.530	47.466	66	70
2402	Los Chiles	27.982	31.858	76	82
2704	San Francisco de Asís	129.571	120.486	66	66
2504	San Vito de Coto Brus	53.216	64.425	69	81
2206	Upala	50.825	61.365	59	69

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de Urgencias CCSS 2007 y 2011.

ANEXO 12.

C.C.S.S.: TOTAL DE CONSULTAS, HORAS PROGRAMADAS Y UTILIZADAS, CITAS PERDIDAS Y SUSTITUIDAS
Y ALTAS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2011

UE	TIPO DE HOSPITAL	TOTAL DE CONSULTAS		HORAS PROGRAMADAS		HORAS UTILIZADAS		CITAS PERDIDAS		CITAS SUSTITUIDAS		ALTAS	
		2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Especializado													
2105	De las Mujeres- Dr. Adolfo Carit	32.330	35.281	11.939	13.431	9.195	10.912	15.407	8.617	1.298	1.883	429	1.550
2103	De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	135.419	151.668	56.951	68.523	50.199	60.640	25.715	25.356	923	163	15.650	14.864
2202	Dr. Raúl Blanco Cervantes	26.256	23.961	11.144	12.569	8.848	10.194	5.475	7.889	810	663	1.500	825
2203	Centro Nac. de Rehabilitación (CENARE)	38.600	33.733	16.748	16.320	14.810	13.378	5.499	5.463	249	577	3.311	1.518
2304	Psiquiátrico- Dr. Manuel Chapuí	14.020	15.274	10.028	10.347	8.670	8.713	-	-	-	-	60	82
2305	H. Roberto Chacón Paut	1.628	1.933	862	890	876	899	-	-	-	-	3	1
NACIONAL													
2101	Dr. Rafael Calderón Guardia	319.744	284.452	107.196	62.178	93.734	61.152	62.478	56.119	49.776	3.529	24.474	25.252
2102	México	285.232	315.655	83.575	102.508	91.298	104.502	39.015	56.905	11.377	10.843	7.644	8.553
2104	San Juan de Dios	218.149	243.848	76.535	89.105	68.414	83.973	31.890	45.502	5.276	9.271	5.236	11.811
REGIONAL													
2501	Dr. Enrique Baltodano Briceño	82.368	91.651	22.571	24.924	19.471	23.763	18.068	19.837	3.736	1.087	10.182	5.945
2205	Dr. Fernando Escalante Pradilla	141.227	143.035	19.149	19.588	17.081	17.533	28.103	32.281	9.055	14.095	7.329	6.882
2701	Dr. Max Peralta Jiménez	47.189	170.965	14.067	49.021	13.028	44.053	13.795	34.997	6.691	14.516	1.861	9.551
2401	Dr. Tony Facio Castro	97.853	85.383	16.522	24.309	14.266	19.830	6.465	29.234	1.714	12.339	4.863	4.910
2601	Monseñor Sanabria	96.769	97.525	20.712	26.920	18.455	25.616	21.576	15.838	12.557	9.030	8.113	6.098
2306	San Carlos	81.529	84.181	17.288	18.313	16.058	16.242	13.269	16.228	7.474	7.870	7.041	7.005
2502	San Rafael de Alajuela	42.569	129.410	9.279	33.207	7.461	27.621	12.346	26.607	8.958	15.451	2.973	9.456
PERIFÉRICO 3													
2207	Dr. Carlos Luis Valverde Vega	84.373	81.461	23.895	21.374	20.686	14.206	18.752	21.861	6.927	10.335	6.812	7.073
2602	Dr. Willian Allen	45.043	47.206	9.876	10.463	8.096	8.368	9.636	9.275	4.125	5.071	3.763	6.762
2208	Guápiles	35.384	48.448	9.902	15.373	8.975	14.927	5.896	9.660	3.123	2.294	3.021	4.883
2503	La Anexión	52.527	53.056	11.301	14.581	8.713	10.519	4.620	3.566	651	210	1.780	2.689
2307	San Vicente de Paul	144.136	204.543	34.370	45.920	35.437	47.973	26.172	36.282	10.118	14.014	8.074	12.972
PERIFÉRICO 1 Y 2													
2703	Ciudad Neilly	32.693	28.055	6.388	6.523	6.067	5.499	12.460	9.497	6.850	3.133	1.225	1.039
2308	Dr. Max Terán Valls	22.478	21.764	5.476	5.621	6.571	5.568	5.174	8.478	2.920	4.423	1.851	1.160
2705	Dr. Tomás Casas Casajus	15.336	16.026	4.367	3.221	4.162	3.092	3.050	3.246	1.301	1.374	434	372
2702	Golfito	16.956	19.783	3.421	4.202	2.884	3.518	4.802	9.106	935	3.498	756	374
2402	Los Chiles	10.318	8.165	2.944	2.134	3.237	2.421	1.849	1.878	430	252	738	344
2704	San Francisco de Asís	42.572	54.773	10.677	14.312	8.965	13.202	8.597	17.591	3.581	6.530	4.575	4.252
2504	San Vito de Coto Brus	30.577	12.879	2.517	2.396	2.169	2.366	3.506	2.420	664	1.226	350	770
2206	Upala	7.485	4.721	3.282	1.723	2.202	1.404	2.490	1.088	201	38	808	113

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Estadísticas Generales de Consulta Externa, CCSS 2007 y 2011.



ANEXO 13.

GASTO TOTAL DE EFECTIVO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS EN RELACIÓN
CON EL GASTO DE LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
2007, 2010 Y 2011

(EN MILES DE MILLONES DE COLONES CORRIENTES)

	2007 ¹	%	2010 ²	%	2011 ¹	%
Unidades Prestadoras de Servicios de Salud	591,64	100,0	897,12	100,0	985,08	100,0
Centros Hospitalarios	412,68	70,0	633,08	71,0	701,57	71,0

¹ Sistema Institucional de Información Presupuestaria (SIIP).

² Morera M. **Desempeño hospitalario en Costa Rica: Algunos resultados generales.** DCSS, CCSS. 2012.
FUENTE: BCCR, SIIP y DCSS- CCSS. 2007, 2010 y 2011.

ANEXO 14.

GASTO TOTAL DE EFECTIVO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
EN RELACIÓN CON EL PIB, 2007, 2010 Y 2011

(EN MILES DE MILLONES DE COLONES CORRIENTES)

	2007	%	2010	%	2011	%
Producto Interno Bruto (PIB)	12.149,37	100,0	17.371,47	100,0	18.866,35	100,0
Centros Hospitalarios	412,68	3,4	633,08	3,6	701,57	3,7

FUENTE: BCCR, SIIP y DCSS- CCSS. 2007, 2010 y 2011.

Definiciones

Acceso	<p>“Facilidad con la que las personas pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado.”</p> <p>Modificado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC, 2001.</p>
Aceptabilidad	<p>“Percepción que tienen los usuarios de los servicios recibidos y las acciones que garanticen la seguridad del paciente.”</p> <p>Modificado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC, 2001.</p>
Atención ambulatoria	<p>“Atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención”</p> <p>Fuente: CCSS. Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José 2012.</p>
Atención de Urgencia	<p>“Toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa (ambulatorio), en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, ya que de acuerdo con el sentir del paciente o de sus acompañantes o del médico que lo refiere, esta en serio peligro su vida o integridad física.”</p> <p>Fuente: CCSS. Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José 2012.</p>
Consulta Externa	<p>“Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias.”</p> <p>Fuente: CCSS. Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José 2012.</p>
Continuidad	<p>“Atención de las personas en las diferentes fases del ciclo de vida y en los diferentes niveles de atención que conforman la red de servicios de salud.”</p> <p>Modificado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC, 2001.</p>
Desempeño	<p>“El grado en que un sistema alcanza sus objetivos”</p> <p>Fuente: Hurst, J. and M. Jee-Hughes, Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 47, OECD Publishing, 2001.</p> <p>Fuente: OPS. Curso Internacional Desarrollo de Sistemas de Salud. Ejes críticos del desempeño de los sistemas de salud y alternativas de respuesta. Documento de consulta. Evaluación del Desempeño de sistemas de salud, conceptos e indicadores claves de desempeño en OMS y OECD. 2007.</p>
Difusión	<p>“Poner en conocimiento del personal de una institución... y de otros actores interesados la información resultante de la evaluación que sirva para la toma de decisiones, para sustentar la responsabilidad pública y para apoyar la planificación, el seguimiento y la evaluación.”</p> <p>Fuente: Bojanic et al. 1995:73.</p>
Efectividad	<p>“Resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica”.</p> <p>Modificado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC, 2001.</p>
Eficiencia	<p>“La producción lograda a partir de unos recursos disponibles y las necesidades priorizadas de la población.”</p> <p>Modificado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC, 2001.</p>
Egreso Hospitalario	<p>“el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital”</p> <p>Fuente: CCSS, Área de Estadísticas de Salud. 2012.</p>
Evaluación	<p>“La valoración sistemática y objetiva de la relevancia, idoneidad, progreso, eficiencia, efectividad e impacto de un curso de acción, en relación a los objetivos y tomando en consideración los recursos e instalaciones que se han desplegado.”</p> <p>Fuente: World Health Organization Regional Office for Europe. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen, 1998.</p>



Internamiento	<p>“Atención de salud impartida por personal calificado a una persona hospitalizada, que utiliza una cama de dotación normal para pernoctar en el servicio de salud” Fuente: CCSS. Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José 2012.</p>
Intervención	<p>“Conjunto de acciones cuya aplicación integrada, adecuada y oportuna en presencia de un problema determinado, produce un efecto conocido sobre la salud.” Fuente: CCSS. Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001- 2006. 2000.</p>
Monitoreo	<p>“La vigilancia continua de una actividad para ayudar en su supervisión y para verificar que ésta procede de acuerdo con el plan. El seguimiento implica la definición de métodos para medir la actividad, el uso de recursos, y la respuesta a los servicios con criterios acordados.” Fuente: World Health Organization Regional Office for Europe. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen, 1998.</p>
Oportunidades perdidas	<p>“ toda circunstancia en que una persona acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integradas de salud que le corresponden de acuerdo con las normas vigentes, según su grupo etario... y sus condiciones de riesgo” Fuente: CCSS, OPS/OMS. Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El Caso de Costa Rica. San José 1997.</p>
Plan	<p>“Es el conjunto coordinado de metas, directrices, acciones y disposiciones que instrumenta un proceso para alcanzar objetivos predeterminados. El plan es un proceso dinámico que requiere de la interacción, así como de la coherencia y coordinación.” Fuente: DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015. 2009.</p>
Prestación de Servicios de Salud (Health Service Delivery)	<p>“La forma en cómo los insumos son combinados en los Servicios de Salud para permitir la provisión de una serie de intervenciones o acciones de salud.” Fuente: WHO. Report of the Scientific Peer Group on Health Systems Performance Assessment. Geneva.: 2001.</p>
Problema de Salud	<p>“Un problema de salud es aquello por lo que la gente sufre, enferma, demanda servicios de salud, se incapacita o muere.” Fuente: DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015. 2009.</p>
Proceso	<p>“Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan para transformar elementos de entrada en resultados.”</p> <ul style="list-style-type: none">• “Sustantivo: Resultado asociado al usuario o al producto final.”• “Complementario Estratégico: Resultado asociado a la conducción estratégica.” <p>Fuente: Dirección Sistemas Administrativos, CCSS. Taller Práctico “Mapa de Procesos”. 2011.</p>
Recurso	<p>“Los insumos necesarios para realizar que los sistemas de salud funcionen (recursos humanos y financieros, medicamentos, suministros y equipos, e infraestructura)” Fuente: World Health Organization Regional Office for Europe. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen, 1998.</p>
Rendición de cuentas (Accountability)	<p>“El resultado de un proceso que asegura que los actores de salud asuman la responsabilidad de lo que están obligados a hacer y se hacen responsables de sus acciones” Fuente: World Health Organization Regional Office for Europe. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen, 1998.</p>
Resultado (Outcome)	<p>“Los aspectos de la salud que se derivan de las intervenciones provistas por el sistema de salud, las instalaciones y el personal que las recomiendan y las acciones de aquellos que son objeto de las intervenciones” Fuente: Starfield B. Basic concepts in population health and health care. Journal of Epidemiology and Community Health 2001;55:452-454. doi:10.1136/jech.55.7.452.</p>

Servicio

“la dependencia destinada a funciones técnicas especializadas (Farmacia, Laboratorio, Obstetricia, Cirugía). Debe contar con la dotación de recursos suficiente para el cumplimiento de las funciones específicas y debe estar a cargo de un jefe de servicio y del personal subalterno necesario.”

Fuente: CCSS. Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José 2012.

Abreviaturas y Acrónimos

ACIP	Comité de Consejo en Prácticas de Inmunización (<i>Advisory Committee on Immunization Practices</i>)
AES	Área de Estadísticas en Salud, CCSS
ALC	América Latina y el Caribe
AS	Área de Salud, CCSS
ASCUS- AGUS	Células escamosas/ glandulares atípicas de importancia no determinada (<i>Atypical squamous/ glandular cells of undetermined significance</i>)
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
BCCR	Banco Central de Costa Rica
CAIS	Centro de Atención Integral de Salud, CCSS
CAMDI	Iniciativa Centroamericana de Diabetes (<i>Central American Diabetes Initiative</i>)
CCP	Centro Centroamericano de Población
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CECOIN	Centro de Codificaciones Institucionales, CCSS
CENDEISSS	Centro Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, CCSS
CLAP	Centro Latino Americano Perinatal
CRELES	Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable
DAE	Dirección Actuarial y Económica, CCSS
DCSS	Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS
DM	Diabetes mellitus
DPT	Vacuna Triple contra la Difteria, <i>Bordetella pertussis</i> (Tosferina) y Tétanos
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral de Salud, CCSS
EDUS	Expediente Digital Único de Salud
EKG	Electrocardiograma
ELISA	<i>Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay</i>
GAM	Gran Área Metropolitana
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
HP1	Hospital Periférico 1
HP2	Hospital Periférico 2
HN	Hospital Nacional



HR	Hospital Regional
HTA	Hipertensión Arterial
IAM	Infarto Agudo del Miocardio
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
LIEBG	Lesión Intraepitelial de Bajo Grado
MINSA	Ministerio de Salud
NA	No aplica
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAP	Papanicolau
REDATAM	Recuperación de Datos para Áreas Pequeñas a través del Microcomputador
REDES	Registros y Estadísticas de Salud, CCSS
RedPAC	Red Panamericana de Citología
RRHH	Recursos Humanos
SAVE	SubÁrea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS
SD	Sin datos
SIIP	Sistema Institucional de Información Presupuestaria
SOP	Sala de Operaciones
SRP	Vacuna Triple Viral contra Sarampión, Rubéola y Paperas
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
USPSTF	Fuerza de Trabajo de Servicios Preventivos de EUA (<i>U.S. Preventive Services Task Force</i>)
UTLE	Unidad Técnica de Listas de Espera, CCSS
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>
VIH-SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VPH	Virus Papiloma Humano
WHO	Organización Mundial de la Salud (<i>World Health Organization</i>)



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

Tel: 2539- 0127, Interno: 3807
Apdo. postal: 10105 -1000

Oficina: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS)
Av. 4, c5 y 7, Piso 3, Ala este

Sitio en Internet:

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/index_dcsc.html