

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA MÉDICA  
DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD



# 2013

## EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### INFORME DE RESULTADOS



**Resultados en salud para una  
toma de decisiones informada**

Julio 2014  
San José, Costa Rica

**Coordinación General DCSS:**

Ana E. Guzmán Hidalgo.

**Redacción del documento:**

**Equipo Técnico de Áreas de Salud:** Alexander Barrantes Arroyo, Armando Cortés Ruiz, Elizabeth Rodríguez Jiménez, José María Molina Granados, Lucía Quirós Ramírez, Marlon Lizano Muñoz, Neyskmi Vega Medrano, Olga Marta Chaves Pérez, Paul Ernesto Araya Vega y Wilberth Ajú Venegas.

**Equipo Técnico de Hospitales:** Edgar Pereira Barrantes, Fernando Nassar Guier, Gustavo Madrigal Loría, Hernán Danilo Sancho Madriz, Juan Carlos Morera Guido, Lorena Fernández Chacón, Mariela Tarancón Reyes, Melvin Morera Salas y Yahaira On Cubillo.

**Procesamiento de datos:**

Esteban José González Vargas, Jennifer Mendoza Vega, Miriam León Solís y Shirley Soto Alpizar.

**Asesoría presentación de gráficos:**

Miriam León Solís.

**Revisión de los contenidos:**

Alexander Barrantes Arroyo, Edgar Pereira Barrantes y Miriam León Solís.

**Diseño y edición digital:**

Alexander Barrantes Arroyo, Edgar Pereira Barrantes y Miriam León Solís.

**Comité Editorial:**

Alexander Barrantes Arroyo, Edgar Pereira Barrantes, Miriam León Solís y Marta Elena Alguera Bolandi.

**Monografía, San José Costa Rica. Junio 2014.**

**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 Compra de Servicios de Salud.**

Correo electrónico: Cindy Cordero Araya, Apoyo secretarial DCSS, 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 2, Ala este.

Este documento puede ser consultado en:

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Inicio.aspx>

[http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud)

La DCSS reconoce a los y las representantes locales de todo el país que participaron en la evaluación por su vital aporte para que la institución cuente con esta información y sea posible plasmarla en este Informe.

<b>Área de Salud</b>	<b>Representante Local</b>	<b>Área de Salud</b>	<b>Representante Local</b>
Abangares	<i>Cristina Espinoza Madrigal</i>	Cartago	<i>Bannia Gómez Garita.</i>
Abangares	<i>Maribel Monge Ruiz</i>	Cartago	<i>Grettel Redondo González.</i>
Acosta	<i>Adriana Padilla Badilla</i>	Catedral Noreste	<i>Lilliana Brenes Gómez</i>
Acosta	<i>Francisco Víquez Garita</i>	Catedral Noreste	<i>Olga Loría Granados</i>
Aguas Zarcas	<i>Cindy Murillo Barquero</i>	Chacarita	<i>María de los Angeles Kinderson López</i>
Aguas Zarcas	<i>Isabel Vargas Mesén</i>	Chacarita	<i>Mónica Corrales Porras</i>
Aguirre	<i>Ana Cecilia Fallas Zúñiga</i>	Ciudad Quesada	<i>Shirley Quirós Arroyo</i>
Aguirre	<i>Kattia Delgado Quesada</i>	Colorado	<i>Juan Ignacio Rodríguez Rodríguez</i>
Alajuela Central	<i>Neybis García Leal</i>	Colorado	<i>Susana Espinoza Calvo</i>
Alajuela Central	<i>Nuria Bustos Ortiz</i>	Coronado	<i>Maribel Jiménez Roldan</i>
Alajuela Norte	<i>Damaris Vargas Delgado</i>	Corralillo	<i>Carlos Esteban Mora Chinchilla</i>
Alajuela Norte	<i>Marianela Chacón Madrigal</i>	Corralillo	<i>Grettel Morales Fallas</i>
Alajuela Oeste	<i>Maribel Jiménez Artavia</i>	Corredores	<i>Egle Alvarez Moreno</i>
Alajuela Oeste	<i>Raymond Ramírez Martínez</i>	Corredores	<i>Ricardo García Vargas</i>
Alajuela Sur	<i>Adriana Aguilar Castro</i>	Coto Brus	<i>Denia Araya Jiménez</i>
Alajuela Sur	<i>Tatiana Sánchez Morales</i>	Coto Brus	<i>William Sáenz Díaz</i>
Alajuelita	<i>Alvaro Tejera Cervantes</i>	Cuidad Quesada	<i>Dixie Baldi Esquivel</i>
Alajuelita	<i>Isabel Valverde</i>	Desamparados 1	<i>Alejandro Zapata Almendares</i>
Alfaro Ruíz	<i>Andrea Méndez Argüello</i>	Desamparados 1	<i>Kattia Guiselle Amador Ramírez</i>
Alfaro Ruíz	<i>Luz Marina Argüello Villalobos</i>	Desamparados 3	<i>Adelita Solís Torres</i>
Aserí	<i>Fernando Antonio Chinchilla Salas</i>	Desamparados 3	<i>Cecilia Bastos Corella</i>
Aserí	<i>Leylanie Salazar Barboza</i>	El Guarco	<i>Alicia Navarro Clunie</i>
Atenas	<i>Julio César Zúñiga Corea</i>	El Guarco	<i>Cristian Calvo Montoya</i>
Atenas	<i>Melissa Rodríguez Mejía</i>	Esparza	<i>José Ignacio Ferrín Rui-Díaz</i>
Bagaces	<i>Mauricio Bonilla Rodríguez</i>	Esparza	<i>Miriam Belén Rojas Sancho</i>
Bagaces	<i>Paula Eysenia Alvarez Peña</i>	Florencia	<i>Auxiliadora Fonseca Sandoval</i>
Barranca	<i>Montserrat Jiménez López</i>	Florencia	<i>Clarisa Ortega Tellería</i>
Barranca	<i>Bernardina Moraga Espinoza</i>	Fortuna	<i>Alba Luz Salinas Cruz</i>
Belén Flores	<i>Ivannia Patricia Ramírez Camacho</i>	Fortuna	<i>Ana Fiorella Carrillo</i>
Belén Flores	<i>Lisbeth Román Zárate</i>	Garabito	<i>Christian Andrés Esquivel Pereira</i>
Buenos Aires	<i>Gustavo Méndez Duarte</i>	Garabito	<i>Alejandro Peralta Boza</i>
Buenos Aires	<i>Nichole Rojas Taylor</i>	Goicoechea 1	<i>Ana Victoria Quesada Aguilar</i>
Cañas	<i>Armando Umaña Tabash</i>	Goicoechea 1	<i>Juanita Oviedo Prendas</i>
Cañas	<i>Marjorie Briceño Picado</i>	Goicoechea 2	<i>Esteban Avendaño Fernández</i>
Cariari	<i>Luis Alfonso Gómez Chaves</i>	Goicoechea 2	<i>Hazel Achío Bogantes</i>
Cariari	<i>Yaneth Fonseca Rodríguez</i>		
Carrillo	<i>Eva Edith Camargo Batista</i>		
Carrillo	<i>Gustavo Mendoza Mendoza</i>		

<b>Área de Salud</b>	<b>Representante Local</b>	<b>Área de Salud</b>	<b>Representante Local</b>
Golfito	Andrés Salas Ramos	Moravia	José A Montes Cordero
Golfito	Pablo Gómez Esquivel	Moravia	Paula Villalobos Chacón
Grecia	Cristina Ruiz Ledezma	Nandayure	Iris Solórzano Rosales
Grecia	Roberto Castro Lizano	Naranjo	Ana Julia Acuña Vargas
Guácimo	Celia Gentilini Vega	Naranjo	Dora Blanco Murillo
Guácimo	Jimmy Ampié Guzmán	Nicoya	Aleyda María Obando Briceño
Guápiles	Ana Isabel Rojas Zamora	Nicoya	Sugeylin Castillo Salas
Guápiles	Longino Salazar Jara	Oreamuno Pacaya Tierra Blanca	Jessie Piedra Tames
Guatuso	Deiby Alfaro Rivera	Oreamuno Pacaya Tierra Blanca	Wendy Chacón Garita
Guatuso	Indira Zecca Escalante	Orotina San Mateo	Ana Victoria Solórzano
Hatillo	Alberth Méndez	Orotina San Mateo	Hernán Vargas Rojas
Hatillo	Andrea Marín	Osa	Henry Antonio Cubillo Leiva
Heredia Cubujuquí	Elizabeth González Méndez	Osa	Juan Cristóbal Comparaz Pitty
Heredia Cubujuquí	María Priscilla Grossi Franco	Palmares	Alexandra Lobo Lobo
Heredia Virilla	Gilberto Marín Carmona	Palmares	Mario Gómez Villalta
Heredia Virilla	Zita Víquez Pineda	Paraíso	Griselda Vega Gómez
Hojancha	Randall Alvarado Méndez	Paraíso	Natalia Medina Montero
Hojancha	Sonia Ching Chen	Parrita	David Fernando Díaz Chavarría
Horquetas Río Frío	Keylor Valenciano Vargas	Parrita	Roslyn Patricia Jiménez Leitón
Horquetas Río Frío	Patricia Ulate Figueroa	Peninsular	Gabriela Ramírez Hidalgo
La Cruz	Blanca Rosales Molina	Peninsular	Nancy Solano Rodríguez
La Cruz	Javier Coronado Villagra	Pérez Zeledón	Grace Matamoros Guadamuz
La Unión	Enrique Navarro Hernández	Pérez Zeledón	Kattia Masis Rosales
La Unión	Marianella Víquez Garro	Pital	Esteban Valerín Peña
Liberia	Elizabeth Pizarro Abarca	Pital	Maureen Esquivel Gamboa
Liberia	Rocío Guido Chavarría	Poas	Hellem Corrales Bolaños
Limón	Ana Argüello Sibaja	Poas	Katherine Rodríguez Alfaro
Los Chiles	Joseline Rojas Sandí	Puerto Viejo	Marianela Barrantes Ramírez
Los Chiles	María Eugenia Jiménez Garita	Puerto Viejo	Luis Roberto Ponce Artavia
Los Santos	Ana Eugenia Brenes Picado	Puriscal	Gerardo Hernández Rivera
Los Santos	Julieta Valverde Padilla	Turrubares	Yesenia Madrigal Mora
Mata Redonda	Alfonso Marín Alvarez	Puriscal	
Mata Redonda	Carlos Piedra Barrantes	Turrubares	
Matina	Oscar Weathley Williamson	San Isidro Heredia	Adriana Aguilar Cordero
Matina	Roxana Castillo McGregor	San Isidro Heredia	Enrique Vega Méndez
Montes de Oro	Jorge Beltrán Villalobos		
Montes de Oro	Juan Gordon Apolayo		
Mora Palmichal	Christian Pacheco Blanco		
Mora Palmichal	Mariela Sanabria Villalobos		

**Área de Salud****Representante Local**

<i>San Rafael Chomes Monte Verde</i>	<i>Anayanci López Sossa</i>
<i>San Rafael Chomes Monte Verde</i>	<i>Dora Elizabeth Araya Mojica</i>
<i>San Rafael Chomes Monte Verde</i>	<i>Johana González Arias</i>
<i>San Rafael de Heredia</i>	<i>José Pablo Campos Díaz</i>
<i>San Ramón</i>	<i>Cristina Ramírez Villalobos</i>
<i>San Ramón</i>	<i>Luis Fernando Cárdenas Leitón</i>
<i>Santa Bárbara</i>	<i>Kattia Rodríguez Obando</i>
<i>Santa Bárbara</i>	<i>Glenda Campos Sánchez</i>
<i>Santa Cruz</i>	<i>Johnny Ruiz Guevara</i>
<i>Santa Cruz</i>	<i>Suni Paola Alvarez Morera</i>
<i>Santa Rosa</i>	<i>Jeannette Castillo Rojas</i>
<i>Santa Rosa</i>	<i>Laura Sánchez Jaen</i>
<i>Santo Domingo</i>	<i>Cindy Azofeifa González</i>
<i>Santo Domingo</i>	<i>Laura Páez Sánchez</i>
<i>Siquirres</i>	<i>Alejandro Vargas Calderón</i>
<i>Siquirres</i>	<i>Fressia Rodríguez Bonilla</i>
<i>Talamanca</i>	<i>Luis Rodríguez Flores</i>
<i>Talamanca</i>	<i>Raphael Quesada Morera</i>
<i>Tibás Uruca Merced</i>	<i>Andrés Mora Paniagua</i>
<i>Tilarán</i>	<i>Jose Apuy Villegas</i>
<i>Tilarán</i>	<i>Olga Marta Vargas Cortés</i>
<i>Turrialba Jiménez</i>	<i>María José Solano Fallas</i>
<i>Turrialba Jiménez</i>	<i>Rosaura Acuña Rosales</i>
<i>Upala</i>	<i>Oscar Mauricio Ruiz Castro</i>
<i>Upala</i>	<i>Marco Antonio Bergel Salazar</i>
<i>Valle la Estrella</i>	<i>Johanna Yep Durán</i>
<i>Valle la Estrella</i>	<i>Tania Vargas Casal</i>
<i>Valverde Vega</i>	<i>Rosellen Alpízar Céspedes</i>
<i>Valverde Vega</i>	<i>Xunia Matamoros Carranza</i>
<i>Zapote Catedral</i>	<i>María de la Paz Andrade Cueto</i>
<i>Zapote Catedral</i>	<i>Natalia Bejarano Campos</i>

Así mismo, agradece a los representantes designados de hospitales de la institución, que facilitaron durante el proceso de evaluación el acceso a los datos requeridos para la elaboración de este Informe.

## TABLA DE CONTENIDO

Descripción General .....	2
Glosario.....	3
Objetivos.....	4
Metodología.....	5
Resultados.....	8
A.    Dimensión de Acceso.....	8
Disminución de las coberturas totales de atención en la mayoría de los grupos de edad y en programas específicos.....	8
La cobertura de mujeres con citología cérvico-vaginal continúa descendiendo en todas las regiones....	10
Desciende la cobertura de detección temprana de hipertensión arterial en el escenario domiciliario .....	12
Se mantiene estables las coberturas de la atención perinatal.....	13
Aumenta el Tamizaje por HIV en mujeres embarazadas .....	16
Mejora la cobertura de vacunación por influenza en la población adulta mayor aunque la cobertura de atención integral no crece.....	17
Aumenta la cobertura de personas que participan en procesos educativos de Promoción de Estilos de Vida Saludables .....	19
Cirugía General y Ortopedia tienen mayor cantidad de citas en lista de espera para cirugía .....	21
B.    Dimensión de Continuidad.....	24
No mejora el tamizaje por Anemia en niños y niñas de 6 a menos de 24 meses ni el abordaje adecuado de la Anemia .....	24
Mejora la detección de mujeres con serología VDRL positiva y su abordaje .....	26
Mejora el seguimiento del esquema de vacunación y las coberturas de vacunación en menores de un año .....	29
Se alcanza la meta institucional en la oportunidad de la atención a las mujeres con PAP alterado en áreas de salud.....	30
Disminuye la oportunidad en la realización de colposcopías a nivel hospitalario .....	33
E.    Dimensión de Aceptabilidad y Seguridad.....	36
Seis hospitales registran una alta tasa de cesáreas.....	36
F.    Dimensión de Efectividad .....	38
La cobertura de atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles disminuye al 2013..	38
Se sostiene un alto porcentaje de personas con hipertensión arterial que tiene control óptimo.....	39
El porcentaje de personas con Diabetes Mellitus que tienen al menos una hemoglobina glicosilada por semestre se mantiene .....	41
Se avanza en el control óptimo de las personas con Diabetes Mellitus.....	42
Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus con control metabólico óptimo: primer aporte para la construcción de una línea base.....	43
Porcentaje de personas con Dislipidemia con control óptimo de LDL: construcción de línea base institucional .....	44

En el 85% de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en el área de Urgencia de los hospitales la aplicación de la terapia trombolítica dio inicio en los primeros 30 minutos .....	46
Hay cinco hospitales con mortalidad mayor a la esperada .....	47
G. Dimensión de Eficiencia. ....	50
Aumenta el número áreas de salud con niveles altos de eficiencia en su gestión.....	50
A nivel hospitalario el ausentismo en la consulta médico especializada programada aumenta, así como la sustitución de las personas ausentes .....	53
El porcentaje de altas se incrementa en los hospitales regionales, mientras que a nivel institucional persisten especialidades críticas con un bajo porcentaje .....	58
Aumenta la ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos en el período 2000-2013 .....	59
Se logra un tiempo promedio de anestesia por quirófano de 5,2 horas por día, utilizándose el 76% de los días hábiles disponibles en el año.....	61
La producción hospitalaria en internamiento se ha mantenido constante en el último decenio.....	67
Moderado incremento en el costo de hospitalización .....	76
Se evidencia una gestión ineficiente de la cama hospitalaria en la mayoría de centros .....	77
E. Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS) para Áreas de Salud.....	79
Bibliografía .....	82

## DESCRIPCIÓN GENERAL

Los datos que se presentan en este documento corresponden a los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para el año 2013.

La EPSS es un proceso institucional de rendición de cuentas, el cual constituye una de las funciones esenciales de la Gerencia Médica que es conducido por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS).

La evaluación abarca los servicios de salud prestados por áreas de salud, tanto de proveedores internos como externos, así como por hospitales y centros especializados.

Este proceso se desarrolla de forma anual, con base en un conjunto de intervenciones estratégicas, previamente consensuadas con las instancias técnicas correspondientes y discutidas con las unidades evaluadas. Para cada intervención se cuenta, además, con una ficha técnica que detalla todos los aspectos a evaluar.

Para el año 2013 en particular, se disponía de una prórroga del Compromiso de Gestión 2010, en el cual se establecían las metas pactadas para cada intervención por unidad. Considerando esto, los resultados individuales para cada prestador se emitieron según las metas definidas en ese documento.

No obstante, los resultados generales contenidos en este Informe se expresan en términos del desempeño alcanzado por el grupo de unidades de referencia, ya sea áreas de salud u hospitales, y no en términos del alcance de una meta en particular.

En este Informe 2013 se destacan los resultados relevantes identificados a partir del análisis de los datos recolectados, según las dimensiones del desempeño definidas: Acceso, Continuidad, Efectividad, Eficiencia y Aceptabilidad.

Los resultados relevantes, desde la óptica de la DCSS, son aquellos hallazgos positivos o negativos relacionados a un problema de salud prioritario o a la gestión de los servicios, que puede ser determinante en la toma de decisiones a nivel institucional, regional o local, y que a partir

...

*Este informe presenta los resultados relevantes de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2013.*

*Contiene los resultados de la evaluación de áreas de salud, hospitales y centros especializados.*

de su discusión y análisis se puede propiciar el mejoramiento o fortalecimiento de una prestación específica.

Partiendo de este concepto, este informe no pretende mostrar el universo de los resultados de la evaluación, sino solo aquellos que fueron considerados relevantes.

Así mismo, es importante destacar que este Informe presenta los resultados generales institucionales, pero que éste se complementa de siete informes regionales, en los cuales se pretende profundizar en los resultados y particularidades de cada una de las regiones.



## GLOSARIO.

**Evaluación:** es una valoración, un análisis sistemático y objetivo de un conjunto de criterios de valor que permiten emitir juicios y/o medir algo. (MIDEPLAN, 2012)

**Dimensión Acceso:** se define como la facilidad con que las personas pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado. (DCSS, 2009)

Esta Dimensión se valora a partir de dos perspectivas, desde la medición del uso efectivo de los servicios de las personas para obtener atención para problemas y necesidades prioritarias, independientemente del lugar donde habitan, y desde la oportunidad en que la atención se obtiene en el tiempo adecuado.

**Dimensión de Aceptabilidad:** se define como la percepción que tienen los usuarios de los servicios recibidos y las acciones que garanticen la seguridad del paciente. (DCSS, 2009)

**Dimensión de Continuidad:** 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. (DCSS, 2009)

**Dimensión de Efectividad:** se entiende como la resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica. (DCSS, 2009)

**Dimensión de Eficiencia:** se define como la producción lograda a partir de unos recursos disponibles y las necesidades priorizadas de la población. (DCSS, 2009)

**Indicador:** Es una medida cuantitativa o cualitativa mediante la cual es posible conocer lo logrado por la prestación de servicios de salud; específica por lo tanto el %de desempeño logrado+ (DCSS, 2009)

**Intervención:** Conjunto de acciones cuya aplicación integrada, adecuada y oportuna en presencia de un problema determinado, produce un efecto conocido sobre la salud. (PASP, 2000). (DCSS, 2009)

**Meta:** Representa el %de desempeño esperado+ de la aplicación de las intervenciones por los Servicios de Salud. Estas metas se expresan en forma cuantificada, y deben ser realistas, mesurables, evaluables e indicar la población a la cual se dirige. (DCSS, 2009)

**Microsoft - Lync:** es una plataforma de comunicaciones unificadas que conecta a las personas dondequiera que estén a través de Windows 8 y otros sistemas operativos de dispositivos móviles.

Proporciona voz, vídeo y mensajería instantánea, además de otras funciones para reuniones. (Microsoft Corporation, 2014)

**Moodle:** es un ambiente educativo virtual o un sistema de gestión de cursos, que ayuda a los educadores a crear comunidades de aprendizaje en línea. Este tipo de plataformas tecnológicas también se conoce como LMS (Learning Management System). En esencia promueve una pedagogía constructivista social (colaboración, actividades, reflexión crítica, etc.) y se basa en una interfaz de navegador de tecnología sencilla, ligera, y compatible, que ha puesto énfasis en la seguridad de toda la plataforma. (Moodle, 2014)

**Regiones:** Es la división geográfica que para efectos de la organización y prestación de servicios ha definido la CCSS, que consiste de siete Regiones: Central Norte, Central Sur, Chorotega, Pacífico Central, Huetar Norte, Huetar Atlántica y Brunca. (DCSS, 2009)

**Resultado intermedio:** Es el producto de la aplicación de la intervención por parte de los Servicios de Salud. Este resultado es más cercano al servicio brindado y tienen un peso importante atribuible a las prácticas de gestión de la atención de salud y los procesos, bajo la responsabilidad de los gerentes y el equipo de salud. (DCSS, 2009)

## OBJETIVOS.

Los objetivos de la EPSS son básicamente dos: la rendición de cuentas y el aprendizaje y mejora de la prestación de los servicios de salud.

Desde esa perspectiva, se parte que la rendición de cuentas consiste en la obligación que tiene toda entidad pública de explicar las actividades que realiza, y aceptar su responsabilidad por ellas; así como revelar sus resultados de manera transparente (MIDEPLAN, 2012).

En esa línea, disponer de información válida y confiable, le permite a la Institución demostrar que los recursos públicos utilizados se han aplicado adecuadamente.

A nivel institucional, es importante tener presente que la EPSS no sustituye los mecanismos de control y monitoreo de guías y protocolos de atención vigentes, así como la rendición de cuentas de servicios de apoyo y recurso humano en general.

Por otro lado, el aprendizaje y mejora tiene que ver con un proceso sistemático de identificación de fortalezas y debilidades, a fin de generar cambios al interior de la organización, que mejoren los aspectos donde se es fuerte y reduzcan aquellos en los que se es débil.

En el ámbito de la prestación de servicios de salud, se espera que lo anterior permita mejorar las intervenciones en términos de acceso, efectividad, eficiencia, continuidad y sostenibilidad.

Considerando lo anterior, este Informe pretende aportar elementos para la toma de decisiones con base en información objetiva y estandarizada de todos los prestadores de servicios, así como mostrar a la sociedad en general los resultados obtenidos, producto de los recursos económicos aportados.

De esa manera, tanto este Informe, como los Informes Regionales y el Informe por unidad, constituyen el producto final del proceso de evaluación, no obstante, el desarrollo del proceso tiene una gran variedad de sub-productos, igualmente importantes para la institución.

### Objetivos:

• • •

#### **DE LA EVALUACIÓN:**

Fortalecer la cultura de rendición de cuentas

Favorecer el aprendizaje y la mejora de la prestación de los servicios de salud

#### **DEL INFORME:**

Aportar elementos para la toma de decisiones con base en información objetiva y estandarizada

Mostrar a la sociedad los resultados obtenidos en la prestación de servicios de salud

Así por ejemplo, la evaluación permite tener una retroalimentación permanente entre los técnicos del nivel central y los equipos operativos del nivel local.

Así mismo, se desarrollan procesos de capacitación sobre la evaluación de las intervenciones estratégicas con funcionarios de todo el país, quienes al recoger los datos, identifican de primera mano las fortalezas y debilidades de su gestión, entre otros beneficios.

## METODOLOGÍA.

La EPSS conlleva el desarrollo de tres etapas principales: el *Diseño* de las intervenciones estratégicas a evaluar, la *Ejecución* de la recolección y análisis de datos y, finalmente, la *Difusión* de los resultados encontrados.

Con respecto a la etapa de Ejecución, ésta consiste en tres procesos: recolección, procesamiento y análisis de los datos.

### A. Recolección de datos:

Las fuentes de información y los aspectos estadísticos - metodológicos más importantes de la recolección de datos son los siguientes:

1. Población por Área de Salud: se utilizaron los datos brindados por el censo nacional, suministrados por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica, quien realiza las estimaciones de población correspondiente.

2. Nacimientos por Área de Salud: se utilizó el dato oficial reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para el 2014, según la distribución por área de salud brindadas por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica.

3. Prestación de Servicios de Salud:

- Datos de consulta externa, hospitalización, quirófanos y los listados de casos atendidos, aportados por el nivel local.
- Expedientes de salud de cada uno de los centros de atención. Para su revisión se utilizan muestreos aleatorios.
- Certificaciones con datos recopilados, procesados y analizados por otras instancias institucionales.

4. Diseño de la muestra: en los 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 establecidos previamente.

En las Áreas de Salud se aplicó un muestreo aleatorio en dos etapas, primero una selección de dos Sectores, utilizando el Muestreo Proporcional al Tamaño (P.P.T.), y en una segunda etapa, una selección de expedientes en cada sector a partir de un muestreo simple aleatorio con selección sistemática.

### Recolección de datos:

• • •

#### **Modalidad en línea:**

Se utilizó en la totalidad de las áreas de salud de prestadores institucionales

#### **Modalidad presencial abreviada:**

Se utilizó en las áreas de salud de proveedores externos y en los hospitales y centros especializados

Aquellos indicadores cuyos datos corresponden a volúmenes pequeños, se evaluaron en todos los sectores del Área de Salud, aplicando para la selección un muestreo simple al azar con selección sistemática.

Así mismo, para un indicador, Mujeres embarazadas con VDRL positivo, se evaluó el universo por ser muy pocos casos.

5. Tamaño de la muestra: se determinaron a partir de la fórmula de cálculo para la estimación de proporciones, con un nivel de confianza del 90%, un error máximo de 8% para áreas de salud y un 10% para hospitales. 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. 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.

6. Recolección de datos: Esta fase se desarrolló de forma simultánea en todo el país, bajo dos modalidades: recolección de datos en línea y recolección de datos en modalidad presencial abreviada, utilizando instrumentos desarrollados en Microsoft-Excel y Microsoft-Access.

Para las Áreas de Salud administradas por la institución, la recolección de datos se realizó bajo la modalidad en línea, y conllevó dos tareas: la recolección, propiamente, y la verificación. Todo el proceso fue llevado a cabo con participación de las áreas de salud, mediante la designación de representantes locales, quienes coordinaron y lideraron la revisión de expedientes. El envío de datos hacia el nivel central se realizó por medio de la plataforma Moodle.

Para garantizar la veracidad de los datos recolectados por los representantes locales, se desarrolló un proceso de Verificación haciendo una revisión aleatoria de una sub-muestra de los expedientes previamente revisados. Para cotejar los datos se utilizó la herramienta de video-comunicación Microsoft-Lync, con la cual el evaluador de la DCSS corroboró los datos directamente de los expedientes.

Para las Áreas de Salud administradas por proveedores externos la recolección de datos se realizó bajo la modalidad presencial abreviada. Lo mismo para los hospitales, donde los datos suministrados fueron avalados por sus respectivas direcciones médicas.

7. Formularios electrónicos de muestreo: se desarrollaron un total de 30 formularios electrónicos en Microsoft- Access para los indicadores: 14 formularios para recolectar datos en Áreas de Salud y 16 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.

8. Control de calidad: en los instrumentos de recolección de datos se incorporaron controles de calidad, con mensajes de alerta sobre posibles inconsistencias de los datos, tales como rangos de variación de algunas variable, entre otras.

## B. Procesamiento:

Para el procesamiento de los datos se usaron como herramientas informáticas: Access, Excel y SPSS. Este proceso consistió en trasladar los datos capturados con los formularios electrónicos hacia archivos de consolidación. Una vez realizado lo anterior, se confeccionaron las bases de datos con la información requerida para el análisis respectivo.

## C. Análisis

Para el análisis de los resultados se realizó la exploración de datos, y se buscó la asociación de los resultados con el abordaje de los principales problemas de salud del país, a fin de determinar los principales resultados relevantes según cada una de las dimensiones del desempeño.

Con base en lo anterior, se pasó a un proceso de priorización de los resultados según relevancia, de acuerdo con el criterio de cada uno de los evaluadores de la DCSS plasmado en una matriz que permitió su integración. A partir de la priorización hecha se desarrollaron los resultados relevantes según los elementos definidos en la guía metodológica diseñada con ese propósito.

En el caso de hospitales, además de la información recolectada, el análisis se complementó con información brindada por el Área de Estadística en Salud y la Unidad Técnica de Listas de Espera.

En el caso de las áreas de salud, el análisis incorpora la construcción de un índice denominado Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud, el cual permite agruparlas según los quintiles del índice para su priorización según los resultados.

En general, los resultados logrados para el año 2013 se comparan con los alcanzados en el 2012, para estudiar el comportamiento de los indicadores. Para indicadores de cobertura y otros en los que así se amerita, se compara además

con los datos del 2010, para ello fue necesario excluir las áreas de Liberia, Coto Brus y Catedral Noreste. En áreas de salud, no se hacen comparaciones con el año 2011 dado que no existen resultados de todas las unidades para ese año. No se cuenta con los datos de porcentaje de cumplimiento de los indicadores de muestreo para las áreas de Liberia y Coto Brus del año 2012, por lo que se excluyen para efectos de comparación.

#### D. Limitaciones

1. Algunas limitaciones con respecto a los Sistemas de información de áreas de salud son las siguientes:

- Persisten Áreas con registros manuales.
- Algunas unidades sin Centro de Gestión Informática (CGI).
- Áreas con Hardware y Software desactualizado.
- Coexistencia de diferentes Sistemas de Información, incompatibles entre sí. Tales como: MEDISYS, SIIS (con todas sus variantes desde el 4.0 hasta el 5.1), sistemas creados de forma personalizada por Áreas de Salud (Alfaro Ruiz y la unidades de compra externa).
- Pobre capacitación a usuarios.
- Débil soporte a los sistemas antecesores del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) mientras se implementa éste último.
- Falta de respaldo de datos durante la transición de los sistemas.
- Coexistencia de sistemas diferentes a lo interno de áreas de salud, sin posibilidad de unificación de los datos.
- Diversidad en el grado de implementación de los nuevos sistemas, unas unidades cuentan con el Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) y el Sistema de Expediente en Salud (SIES), pero otras solo disponen del SIAC.

2. Como parte del proceso de recolección de datos de las áreas de salud administradas por proveedores externos se identifican algunas limitaciones, entre ellas:

- Falta de homogeneidad en la codificación estadística, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), para extraer la información de los sistemas, de tal forma que se pueden encontrar datos diferentes para un mismo indicador solicitado simultáneamente para la EPSS y para el Plan de Gestión Local.

- La exclusión de las Coberturas de Atención como parte de la EPSS, ha debilitado el monitoreo sobre la producción de estos proveedores.
- Sistema de Información local que imposibilita conocer las variables usadas para conformar los listados de cada indicador a evaluar.
- Débil regulación del funcionamiento y control de estos sistemas de información, en relación a su uso, salidas de información y compatibilidad con otros sistemas.
- Deficiencias en el llenado de los cuadros estadísticos, específicamente el Cuadro 20 de acciones a realizar por los Técnicos de Atención Primaria (ATAP), donde se evidencian inconsistencias no detectadas por los sistemas de control institucional.
- Falta de claridad entre los conceptos de Consulta de Atención Integral y Valoraciones, lo que impide definir qué se debe registrar como Consulta de Primera Vez y como Consulta Subsecuente.

## RESULTADOS.

### A. Dimensión de Acceso.

#### *Disminución de las coberturas totales de atención en la mayoría de los grupos de edad y en programas específicos*

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial en la prestación de éstos, ya que permiten evaluar los recursos con los que se cuenta y si realmente dan respuesta o no a la demanda de la población.

En este contexto, las coberturas se convierten en un indicador de resultado que brinda un adecuado acercamiento para medir la eficacia de la atención brindada, ya que permite definir a cuánta población de la asignada, se está cubriendo, con la oferta institucional definida.

En los últimos 5 años, estas coberturas han tenido una tendencia a la disminución para todo el país. En el año 2013 se alcanzó una cobertura nacional de 51,23% con 4,57 puntos porcentuales menos que el 2012 y superior a la cobertura del 2010.

En general, la disminución se ha dado en todos los grupos etarios, predominando en los grupos de 20-64 años en donde disminuyó 6 puntos porcentuales en relación al año anterior; y en los niños menores de 2 años, donde hubo una disminución de 8 puntos comparado con el 2012. En el grupo de edad de 0 a 9 años disminuyó 4 puntos porcentuales, mientras que la cobertura de adultos mayores cayó 2,3 en relación al año anterior. El grupo de edad de 10 a 19 años prácticamente se mantuvo constante.

Las mayores coberturas institucionales se presentan en el grupo del Adulto mayor, por el contrario, el grupo de edad que tiene las menores coberturas es el de personas de 10 a 19 años.

A nivel regional en el último año, casi todas las regiones han tenido disminución en sus coberturas generales, siendo más manifiesto en la Región Brunca con una disminución de 8,8 puntos porcentuales en comparación al 2012, seguida de la Central Norte que disminuyó 6,9 y la Pacífico Central con una reducción de 5,6 puntos.

#### Dimensión de Acceso:

• • •

Disminución de las coberturas totales de atención en la mayoría de los grupos de edad y en programas específicos.

La cobertura de mujeres con citología cérvico-vaginal continúa descendiendo en todas las regiones.

Desciende la cobertura de detección temprana de hipertensión arterial en el escenario domiciliar.

Se mantiene estables las coberturas de la atención perinatal.

Aumenta el Tamizaje por HIV en mujeres embarazadas.

Mejora la cobertura de vacunación por influenza en la población adulta mayor aunque la cobertura de atención integral no crece.

Aumenta la cobertura de personas que participan en procesos educativos de Promoción de Estilos de Vida Saludables.

Cirugía General y Ortopedia tienen mayor cantidad de citas en lista de espera para cirugía

Por otro lado, se tiene que la región Central Sur bajó la cobertura general 4,3 puntos porcentuales, seguida de la Huetar Norte con una disminución de 4,3 y la Huetar Atlántica con 0,7 puntos. La región Chorotega fue la única que aumentó la cobertura para el año 2013 con 1,8 puntos porcentuales más, en relación al año 2012.

Sin embargo, aun cuando disminuyó sus porcentajes, la región Pacífico Central es la que históricamente ha presentado las coberturas más

altas. Ésta, junto con la Huetar Atlántica, Huetar Norte, Chorotega y Central Sur están sobre el promedio institucional para el año 2013.

CUADRO 1  
CCSS: COBERTURA<sup>1/</sup> INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN, 2010, 2012 Y 2013  
(porcentajes)

REGIÓN	2010	2012	2013
Brunca	55,1	50,6	41,8
Central Norte	49,9	53,8	46,9
Central Sur	47,6	56,6	52,3
Chorotega	50,1	51,5	53,3
Huetar Atlántica	51,1	57,0	56,3
Huetar Norte	61,8	57,3	53,0
Pacífico Central	69,7	67,9	62,3
Institucional	45,9	55,8	51,2

<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Liberia y Coto Brus y Limón

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2010 y 2013.

En cuanto a los programas de atención en el primer nivel, la cobertura de los niños menores de un año aumentó en el 2013 comparado con el 2012, logrando un porcentaje de 90,95% que es superior inclusive a lo alcanzado en el año 2010.

Asimismo, se mantienen constantes las coberturas tanto de Atención integral al adulto mayor como de Vacunación contra influenza en el adulto mayor, las que habían disminuido en el 2012 en relación a lo alcanzado en el año 2010. Para el 2013 se tiene una cobertura de Atención integral al Adulto mayor de 62,80%, mientras que la de Vacunación contra influenza en ese grupo es de 61,02%.

En lo que respecta a vacunación en niños, según datos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), las coberturas se mantienen por encima del 90%, presentándose un aumento en el 2013 de dosis aplicadas, con excepción de SRP y Neumo 2.

Tanto la vacunación para SRP como para varicela presentan coberturas en el 2013 superiores a 92%, mientras que para Pentavalente 3, Hepatitis

3 y Neumo 2 se logran coberturas de más de 96% a nivel institucional.

En cuanto a la cobertura de mujeres embarazadas en el 2013 se alcanzó una cobertura de 78,9%, manteniendo poca variabilidad en los últimos dos años, sin embargo tiene coberturas inferiores a las alcanzadas en el 2010.

En el caso de las coberturas de las mujeres en posparto, ésta viene en descenso desde el año 2010 alcanzando en el 2013 una cobertura de 68,6%.

De la misma manera las coberturas de atención a los usuarios con patologías crónicas han presentado disminución. Para el caso de la cobertura de hipertensión arterial disminuye en el 2013 a 34% con 2,1 puntos porcentuales menos que el año 2012.

En el caso de los diabéticos, los resultados del 2013 muestran una cobertura de 41,84%, lo que significa 4,4 puntos menos que lo logrado en el 2012.

Con dislipidemia se alcanza una cobertura en el 2013 de 40,3% lo que significa un descenso de 2 puntos comparado al 2012y un alcance menor que el 2010.

En términos generales, una de las razones de la disminución en las coberturas es el cambio en las pirámides poblacionales de las Áreas de Salud, posterior a los resultados del Censo 2011, según el cual algunas poblaciones aumentaron, sin que los servicios institucionales hayan crecido al mismo ritmo.

Además, otro factor que podría haber afectado los resultados es la implementación del EDUS, ya que su puesta en marcha ha conllevado una disminución en el número de consultas por hora mientras el personal se adapta al nuevo sistema. En algunas unidades se ha perdido información debido a problemas en las salidas de datos y a registro inadecuados.

Con relación a los registros, se presenta otro problema a considerar, ya que los sistemas de información utilizados en algunas áreas no reciben mantenimiento y por tanto no permiten recoger la información requerida.

Para solventar esto, es recomendable implementar capacitaciones periódicas al personal de registros médicos y los miembros del equipo involucrados en el registro de los datos y en la consolidación de la información, especialmente lo relacionado con el EDUS.

Simultáneamente, las unidades deberían realizar monitoreos periódicos con el propósito de detectar oportunamente fallos en los registros y tomar las acciones correspondientes. Esto sobre todo debería darse en las Áreas de salud que están implementando el expediente electrónico de manera que no haya pérdida de datos.

Por otro lado, no puede descartarse que la disminución en las coberturas de atención tengan relación con ineficiencias en la gestión de los servicios, razón por la cual, los tomadores de decisión deberán considerar las unidades que han mostrado mayores descensos, para identificar los factores causales y en conjunto el nivel local, regional e institucional, velar por el mejoramiento del acceso de la población a los servicios ofertados.

### ***La cobertura de mujeres con citología cérvico-vaginal continúa descendiendo en todas las regiones***

El cáncer cérvico-uterino sigue siendo un problema importante de salud pública, sobre todo en América Latina y el Caribe. En el 2012, más de 83.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cérvico-uterino en la región de las Américas y casi 35.700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad. (OPS, 2014)

Si esta tendencia se mantiene, el número de muertes por este cáncer en las Américas aumentará hasta 51.500 en el 2030.

La mayoría de las muertes por cáncer cérvico-uterino (80%) se producen en América Latina y el Caribe (ALC), donde este tipo de cáncer es el segundo más importante en mujeres de todas las edades, tanto en frecuencia de casos nuevos como de muertes (OPS, 2014).

Las tasas de mortalidad del cáncer cérvico-uterino son 3 veces más altas en ALC que en Norteamérica, lo que muestra las grandes desigualdades en salud que se presentan en la región.

A nivel nacional, este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar en mujeres y es la cuarta causa de muerte (MINSa, 2009)

Es por eso que el tamizaje para la detección temprana del cáncer de cérvix tiene gran importancia en el país, y por lo cual se ha venido midiendo como cobertura en la EPSS, entendida como la realización de la citología de forma bianual para dos grupos de edad: mujeres de 20 a menos de 34 años y mujeres de 35 años y más.

Como referente, se tiene las coberturas reportadas para otros países, como por ejemplo, el Reino Unido reporta una cobertura de 70% cada 3 años en población de 20-69 años, México 37% en mujeres de 20-69 años, Estados Unidos 83% cada 3 años y Canadá 73% cada tres años (DCSS, 2011).

Sin embargo, estas coberturas no se pueden tomar como un punto comparativo debido a que los grupos de edad son diferentes así como la periodicidad de la toma de la citología.



A nivel institucional, se ha venido presentado una disminución de coberturas de mujeres con citología cérvico-vaginal. Este comportamiento se observa para ambos grupos de edad, pero es en el grupo de las mujeres de 20 a 34 años donde se observan las coberturas más bajas.

Para este grupo se tiene que, al comparar los resultados obtenidos desde el año 2010, hay una tendencia al descenso. Para el 2013 a nivel regional, se tiene la cobertura más baja en la región Chorotega (21,69%) y la más alta en la región Brunca (45,05%) (Cuadro 2)

En el caso de las mujeres de 35 años y más la cobertura más baja se dio en la Huetar Atlántica, con un 27,05%, y la mayor cobertura la tiene nuevamente la Brunca con 46,53%.

Como se puede observar, la Región Brunca es la que históricamente ha mantenido las coberturas más altas a nivel institucional, mientras que las otras regiones han presentado mucha variabilidad en los resultados de los últimos años.

**CUADRO 2**  
**CCSS: COBERTURA<sup>1/</sup> DE MUJERES CON CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL POR GRUPO DE EDAD**  
**SEGÚN REGIÓN, 2010, 2012 Y 2013**  
*(porcentajes)*

REGIÓN	20 a 34 AÑOS			35 AÑOS Y MÁS		
	2010	2012	2013	2010	2012	2013
Brunca	40,7	49,8	45,1	44,3	47,5	46,5
Central Norte	24,0	27,9	23,2	22,7	33,2	32,2
Central Sur	29,8	31,4	29,8	37,6	40,4	38,1
Chorotega	33,1	22,6	21,7	36,8	31,4	33,3
Huetar Atlántica	31,1	30,2	26,6	29,2	33,0	27,1
Huetar Norte	36,6	31,0	26,6	39,4	40,7	40,6
Pacífico Central	40,7	23,2	27,6	35,9	33,8	30,7
Institucional	30,5	30,6	27,8	33,6	37,4	35,4

<sup>1/</sup> No incluye las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Liberia y Coto Brus

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2010, 2012 y 2013.

Se debe considerar que las coberturas presentadas, solo contemplan las citologías institucionales, es decir, no se contabilizan las mujeres que se realizan la citología a nivel privado, por lo que no se puede valorar con estos datos el grado de cobertura real que tiene el país, más aun tomando en cuenta el aumento que ha tenido esta práctica en el ámbito privado en los últimos años, debido entre otras cosas, a la tardanza en el procesamiento y lectura de las muestras por parte de Laboratorio Nacional de Citologías. Sin embargo, es importante destacar

que en el último año este Laboratorio ha creado estrategias para disminuir estos tiempos.

Otro punto importante a tomar en cuenta son los factores culturales, ya que cuando quien realiza la toma de la citología es un hombre, con más frecuencia la mujer no acude a los servicios, esto sobre todo en algunas regiones específicas.

Aunado a esto, la ausencia de seguro social es un factor que contribuye a disminuir las coberturas ya

que las mujeres no acuden a los servicios a realizarse la citología vaginal.

Para reducir la mortalidad por cáncer de cérvix se podrían implementar y reforzar algunas acciones:

- Fortalecer el tamizaje del cáncer cérvico-uterino mediante la promoción y educación de la salud, teniendo como objetivos garantizar que la población comprenda que este cáncer se puede detectar tempranamente y que es necesario que las mujeres acudan a los servicios de salud periódicamente.
- Mejorar el tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas, ya que es una estrategia costo efectiva de prevención.
- Valorar a nivel institucional la adquisición de la vacuna contra el virus del papiloma humano para prevenir el cáncer cérvico-uterino, que es una intervención de prevención de esta patología que ha sido muy efectiva en otros países.
- Mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos, ya que entre más temprano sea el diagnóstico y tratamiento, mejor es el pronóstico de curación del cáncer cérvico-uterino invasor.
- Trabajar en red para el seguimiento de las pacientes con citologías alteradas de manera que se le de atención oportuna a su patología.

### **Desciende la cobertura de detección temprana de hipertensión arterial en el escenario domiciliario**

Las elevadas prevalencias de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) afectaban, fundamentalmente, a los países desarrollados; sin embargo cada vez más los países pobres y de ingreso medio, han venido incrementando estas patologías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado a nivel global, que para el año 2018 se habrán incrementado en un 17% las muertes asociadas a enfermedades no transmisibles en relación con el año 2008, las cuales ocurrirán principalmente en los países de ingreso bajo o medio y en población menor a los 70 años (CCSS, 2011).

Debido a esto, tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han propuesto la vigilancia de factores de riesgo de

enfermedades crónicas, con el fin de detectar a tiempo estas patologías.

En Costa Rica, las estrategias para la vigilancia de las ECNT se han venido realizando por medio de encuestas, tales como la Encuesta Nacional de Hogares de 1998, la Encuesta Basal Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles del 2011 y la Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas en el año 2004, además de implementarse como patologías de notificación obligatoria la diabetes, la hipertensión arterial y el infarto agudo al miocardio (CCSS, 2011)

Con base en estos datos se ha definido que la prevalencia que se utiliza a nivel institucional de hipertensos no diagnosticados es del 6,3%, mientras que la prevalencia de hipertensión para el año 2010 es de 31,5% (CCSS, 2011).

A nivel institucional, se detectó un aumento en la cobertura del 2010 al 2012 de 6,3 puntos porcentuales, sin embargo en el año 2013 desciende 6,5 puntos porcentuales.

Para este año 2013, los resultados regionales muestran datos muy variables, con un máximo de 40,81% en la región Pacífico Central y un mínimo de 21,38% en la Central Norte (Cuadro 3).

CUADRO 3  
CCSS: COBERTURA<sup>1/</sup> DE DETECCIÓN  
TEMPRANA DE PERSONAS CON HTA EN EL  
ESCENARIO DOMICILIAR  
POR REGIÓN, 2010, 2012 y 2013  
(porcentajes)

REGION	2010	2012	2013
Brunca	42,5	41,8	40,0
Central Norte	23,0	25,1	21,4
Central Sur	34,9	43,8	33,3
Chorotega	24,1	35,1	30,0
Huetar Atlántica	17,0	28,5	23,1
Huetar Norte	34,0	33,1	33,6
Pacífico Central	38,0	46,2	40,8
Institucional	30,0	36,3	29,8

<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Liberia y Coto Brus.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2010, 2012 y 2013.

Llama la atención que la Región Central Norte históricamente ha presentado coberturas bajas en este indicador, lo mismo sucede con la Huetar Atlántica. De hecho, ambas regiones no alcanzan el promedio institucional en el año 2013, ni en años anteriores.

Por otro lado, la Pacífico Central y la Brunca históricamente han presentado coberturas altas en este indicador, lo que demuestra que hay estrategias viables para reforzar este tamizaje.

Entre los posibles factores que pueden estar influenciando los resultados están los cambios en la pirámide poblacional, de acuerdo a los datos actualizados del Censo. Esto se traduce en aumento de la población pero con la misma oferta de servicios de parte de la institución, lo que repercute en los resultados alcanzados.

Además, se debe considerar las unidades que por situaciones especiales no cuentan con suficientes Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP), o éstos están reubicados, mientras que los que están en el campo deben también responder a situaciones especiales como la realización de barridos en casos de enfermedad de notificación obligatoria, como por ejemplo, el dengue, así como a campañas de vacunación, lo que les limita el tiempo para la detección.

Otro aspecto a resaltar es en relación con el registro, dado que con frecuencia el ATAP no llena en forma correcta el cuadro N° 20 *%Actividades del Asistente Técnico de Atención Primaria+* del Informe Estadístico o hay errores en el consolidado de los datos.

Por otro lado, las unidades argumentan, como obstáculo para mejorar esta cobertura, el hecho de que la población económicamente activa no está en el hogar en el momento de la visita de los ATAPs, durante la jornada laboral ordinaria, por lo que se pierden oportunidades de captar esta población.

Considerando lo anterior, se deberían plantear estrategias en las Áreas de salud para aumentar este tamizaje, como por ejemplo, incursionar más en el escenario laboral, mejorar el tamizaje en las ferias de la salud, valorar a la población cautiva que asiste a actividades preventivas en los servicios de salud, así como procurar solventar la deficiencia de ATAPS para poder abarcar mayor población. Así mismo, se debería mejorar la

capacitación en el adecuado llenado y consolidado de la información.

### **Se mantiene estables las coberturas de la atención perinatal**

La atención perinatal es aquella parte del cuidado de la madre y el menor durante el embarazo y el postparto. Consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su bebé, cuyo objetivo es obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido. (CCSS, 2009)

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad materna, en Costa Rica para el año 2011 fue de 2,31 por cada 10 mil nacimientos y la tasa de mortalidad infantil de 9,07 por cada 1000 nacimientos; ambos indicadores se ubican entre los mejores de Latinoamérica, solo superados por Uruguay, Chile y Cuba, países que han logrado reducciones mayores. (OPS, 2014)

Las coberturas institucionales de niños(as) menores de un año, mujeres embarazadas y en postparto, 2010, 2012 y 2013, permiten dar un marco de referencia a los resultados de las intervenciones evaluadas.

CUADRO 4  
CCSS: COBERTURA<sup>1/</sup> INSTITUCIONAL DE  
ATENCIÓN PERINATAL SEGÚN INDICADOR,  
2010, 2012 Y 2013  
(porcentajes)

INDICADOR	2010	2012	2013
Niños menores de un año	88	86	91
Mujeres embarazadas <sup>2/</sup>	82	79	79
Mujeres en postparto	75	68	69

<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Liberia y Coto Brus

<sup>2/</sup>No incluye el Área de Salud de Limón.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud. 2010, 2012 y 2013.

En general, las coberturas se han mantenido estables durante los años 2010, 2012 y 2013, a excepción de la de postparto que muestra una discreta tendencia a la baja.

Considerando que la cuota de participación del sector privado no parece conceder mucho margen para su crecimiento, la cobertura institucional de niños (as) menor de 1 año parece aceptable.

En relación con esa cobertura, las regiones Centrales son las únicas que sobrepasan el promedio institucional. Por el contrario, las regiones Chorotega, Pacífico Central y Huetar Atlántica disminuyeron sus coberturas con respecto al 2012 y no alcanzaron el promedio institucional (89,40%).

Por otro lado, la cobertura institucional de atención prenatal parece satisfactoria, si nuevamente se tiene en cuenta que una proporción considerable de las mujeres deciden controlar su embarazo en servicios privados, aun cuando la atención institucional se brinda a las embarazadas sin importar su condición de aseguramiento.

A nivel internacional se reporta que las coberturas totales en países como Colombia (2010), Chile (2010) y Bolivia (2008) alcanzan o superan el 90%, pero se conoce que las coberturas originadas en sus servicios públicos son considerablemente menores. (WHO, 2009) (INEC-MINSA Bolivia, 2008) (MINSA Chile, 2010)

Las coberturas regionales de mujeres embarazadas aumentaron con respecto al 2012, a excepción de la Región Chorotega, que tuvo una baja de aproximadamente 10 punto porcentuales; destacan las Regiones Central Norte, Huetar Norte y Pacífico Central que superan el promedio institucional (78,9%).

La cobertura institucional de la atención de las mujeres en su periodo posparto muestra una marcada diferencia con respecto a las dos restantes coberturas, en especial con la de niños menores de un año, quedando en evidencia un importante número de oportunidades perdidas de atención materna.

Adicionalmente, la mayoría de las regiones disminuyeron sus coberturas de postparto con respecto al año 2012. Las regiones Huetar Atlántica y Brunca presentan coberturas por debajo del promedio institucional, siendo la menor la Región Atlántica (61%).

En términos generales, al comparar las tres coberturas en atención perinatal analizadas, se observan diferencias que en alguna medida significan desigualdades en el acceso a la atención perinatal. También es evidente que la principal debilidad se centra alrededor de la cobertura de atención de las mujeres en posparto, donde parece recomendable la implementación de estrategias a nivel local que sistematicen la captación conjunta de madre e hijo.

Una de las intervenciones estratégicas incorporadas en la EPSS es la captación temprana en la atención perinatal, con la cual se pretende identificar la morbilidad materno-infantil debida especialmente a condiciones de riesgo, para su oportuno tratamiento. (CCSS, 2009)

Los porcentajes de captación temprana para los años 2012 y 2013 de niños(as) menores de un año, embarazadas y mujeres en posparto se resumen en el cuadro 5.

CUADRO 5  
CCSS: CAPTACIÓN<sup>1/</sup> TEMPRANA DE MENORES DE UN AÑO, EMBARAZADAS Y POSTPARTO  
SEGÚN REGION, 2012-2013  
(porcentajes)

REGIÓN	MENORES UN AÑO		EMBARAZADAS		POSTPARTO	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Brunca	51	57	77	73	77	64
Central Norte	75	78	80	81	86	83
Central Sur	70	75	80	80	86	85
Chorotega	66	75	71	74	76	73
Huetar Atlántica	77	79	80	71	88	81
Huetar Norte	77	83	74	74	93	90
Pacífico Central	61	74	82	81	75	75
Institucional	70	75	79	78	85	81

<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Liberia y Coto Brus.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2012 y 2013.

De acuerdo con la metodología de medición utilizada, diseñada para determinar el cumplimiento específico en áreas de salud, los porcentajes de captación temprana mostrados excluyen, en sus tres indicadores, las atenciones oportunamente brindadas por unidades que no son área de salud. Como ejemplo de lo anterior, se encuentran las hospitalizaciones prolongadas debido a complicaciones o valoraciones especializadas pocos días después del egreso hospitalario, que no cuentan en el porcentaje de captación temprana mostrado.

La meta institucional de captación temprana de niños(as) menores de un año al 2018 es de 85%, la cual dista moderadamente de lo logrado en el 2013.

En el caso de las mujeres embarazadas, el porcentaje institucional de captación temprana, se encuentra un poco más cercano a la meta 2018 (85%).

Una situación muy similar se presenta con la captación temprana de las mujeres en postparto, donde la diferencia porcentual con respecto a la meta institucional (90%) es de 9 puntos.

Si bien la cobertura de mujeres atendidas en el postparto es menor, en comparación con la cobertura de menores de un año y embarazadas,

las usuarias atendidas en postparto corresponde al grupo que acude más tempranamente a su atención.

En síntesis, los logros institucionales en las tres captaciones tempranas presentan diferencias razonables con respecto a las metas establecidas para el 2018, con la posibilidad de que puedan reducirse un poco más a futuro.

Con respecto al ámbito regional, resulta evidente que la Región Brunca merece especial atención, ya que además de presentar niveles de cobertura perinatal bajos, sus porcentajes de captación temprana se encuentran entre los menores de la institución. Las barreras físicas ligadas a la ruralidad y en cierta medida, las limitaciones de los servicios para proyectarse a la comunidad pueden ser factores de consideración en este resultado regional.

A pesar de que puede considerarse que hay metas alcanzadas en ciertas regiones, debe insistirse permanentemente en la importancia de atender tempranamente y con calidad al binomio madre-hijo. De igual forma, los servicios deben buscar la manera de atenuar las brechas de acceso físico mediante el fortalecimiento de actividades sanitarias en escenarios de atención no tradicionales.

### Aumenta el Tamizaje por HIV en mujeres embarazadas

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana representa un importante problema de salud pública. Para el año 2008 vivían con el virus, en América Latina y El Caribe, aproximadamente dos millones de personas. (OPS, 2009)

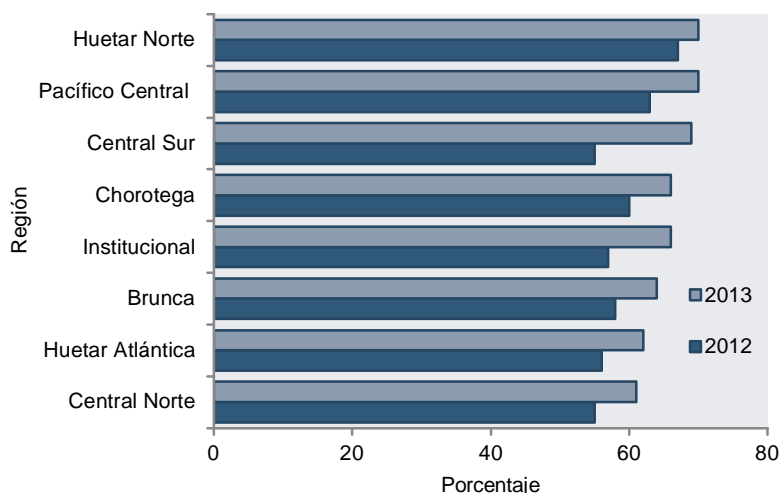
La transmisión vertical del VIH, se produce en un 35% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en un 65% durante el parto, por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cérvico-vaginales o líquido amniótico. La lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14% hasta 29%. Es por lo tanto en estos momentos que debe realizarse medidas para disminuir este riesgo. (MINSAL Chile, 2013)

De acuerdo con la evidencia científica disponible, el manejo adecuado de las gestantes con Sífilis o VIH ha demostrado ser la intervención más costo efectiva para evitar la transmisión de estas patologías a los recién nacidos. (MINSAL Chile, 2013)

En Costa Rica, según datos del Ministerio de Salud, durante el año 2012 se presentaron 684 casos de infección por HIV, con una incidencia 6 veces mayor en el hombre y una tasa general de 4,6 por 100 mil habitantes. San José es la provincia con la tasa de incidencia más alta, seguida de Heredia y Limón.

Los datos que se analizan como parte de la EPSS comprenden la proporción de mujeres embarazadas atendidas a quienes se les interpretó en su expediente de salud el resultado del examen de HIV, durante su control prenatal.

GRÁFICO 1  
DCSS: TAMIZAJE<sup>1/</sup> DE HIV EN EL EMBARAZO SEGÚN REGIÓN, 2012 y 2013



<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Liberia y Coto Brus.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud. 2012 y 2013.

Si bien el porcentaje institucional de mujeres embarazadas con interpretación del ELISA por HIV aumentó en el 2013 (66%, IC90 65-67) con respecto al año 2012 (57%, IC 90 56-58), aún falta mucho camino para alcanzar la meta de la Estrategia Regional OPS, de aumentar la cobertura de tamizaje VIH/SIDA al 95% y es bastante claro que no se logrará para el 2015.

No obstante, la cifra alcanzada es relativamente satisfactoria, si se tiene en consideración que en zonas geográficas prioritarias como el Caribe, la segunda subregión del mundo más afectada por el HIV después de África, se logró que sólo el 54% de las gestantes se sometieran a la prueba de HIV en el 2008, con grandes diferencias porcentuales entre los países de la región. (OPS, 2009).

El comportamiento regional institucional también muestra un aumento en este tamizaje con respecto al 2012, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las Regiones Central Norte y Central Sur.

En parte, este aumento puede estar determinado por un mejor seguimiento del resultado del tamizaje en las Áreas de Salud. El examen es usualmente indicado de oficio, como parte de las actividades de la primera consulta del control prenatal, pero a partir de la implementación de este indicador, es probable que los equipos de salud hayan puesto mayor atención en evidenciar su interpretación.

Un factor determinante para el cumplimiento de este tamizaje es sin duda la disponibilidad del reactivo y la capacidad respuesta de los hospitales que dan servicio a las Áreas de Salud, para procesar las muestras de laboratorio. Este aspecto es importante si se pretende promover estrategias que aumenten la cantidad de embarazadas que se realizan el examen.

Así mismo, hace falta diseñar estrategias de atención no tradicionales para poblaciones vulnerables y de pobre acceso a los servicios, como las comunidades indígenas, no sólo que mejoren la cobertura de atención prenatal sino que también garanticen el acceso a los exámenes básicos. Por otro lado, se hace necesario concretar alternativas que permitan aprovechar al máximo los pocos contactos que estas personas tienen con los servicios de salud.

Finalmente, un gran reto que no puede obviarse en la ejecución de esta intervención, es la oportunidad con que los exámenes son interpretados. Esta variable es muy importante y no ha sido considerada hasta ahora en los resultados obtenidos.

Pese a que se ha logrado establecer una coordinación efectiva con los hospitales para que los resultados estén disponibles en las Áreas de Salud, los tiempos globales de respuesta, que implican traslado de muestras, procesamiento y envío de reportes, son aun excesivamente prolongados. De esta forma, si se lograran porcentajes muy elevados de tamizaje, la efectividad de esta intervención todavía dependería de la celeridad con que se disponga de los resultados. Por tanto, se requiere también que los servicios se reorganicen para dar una

respuesta en red aún más eficiente, que permita tomar acciones en el momento más oportuno posible.

Siguiendo esta línea, a partir del 2014 se ha variado la metodología de medición de este indicador, al incorporarse el límite máximo de 20 semanas de edad gestacional para realizar el examen y se espera bajo estas condiciones, alcanzar una meta institucional del 60% para el 2018.

### ***Mejora la cobertura de vacunación por influenza en la población adulta mayor aunque la cobertura de atención integral no crece***

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud y la OPS, entre los años 2000 y 2050 se prevé que la población de adultos mayores en América Latina y el Caribe aumente de 41 millones a unos 184 millones. El reto social que este proceso de transición demográfica representa para los países, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. (CCSS, 1995)

Para el año 2013 las personas de 65 años y más representan en el país el 6.95% (CCSS, 2013) del total de la población, porcentaje que aumentará sistemáticamente en los años venideros.

A nivel institucional, como parte de la EPSS, se ha dado seguimiento a la cobertura de atención integral de esta población, ya que durante varios años se ha venido identificando oportunidades perdidas en su atención.

La cobertura de atención integral del adulto mayor se ha mantenido estable durante los años 2010, 2012 y 2013, alcanzando en este último año una cobertura institucional de 62.8%.

Para el año 2013 los resultados entre regiones son homogéneos, con un rango que va de 57.0% a 69.7%. Solamente las regiones Central Sur y Huetar Norte superan el promedio institucional. Las regiones Huetar Atlántica y Pacífico Central además de no alcanzar la cobertura institucional disminuyeron la cobertura respecto al 2012.

Las oportunidades perdidas a nivel institucional representaron un 23% durante el año 2013, a nivel

regional destacan la Huetar Atlántica con un 35.9% y la Pacífico Central con un 40.6%.

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 en el marco del Programa de Atención Integral.

A partir de los datos del año 2013, si se atendieran integralmente a todos los adultos mayores que acceden los servicios de salud, se tendría una cobertura de 82.8%.

Hacia esto se debe trabajar, para lo cual se hace indispensable conocer los motivos que limitan a los servicios para brindar una atención integral, la cual contribuye a reducir la morbilidad y aplazar la invalidez en las personas mayores.

Al contrastar los resultados de cobertura con los datos presentados en el informe Estado de Situación del Adulto Mayor (UCR-CONAPAM, 2008), en el capítulo de Acceso y uso de servicios de Salud, se indica de acuerdo al proyecto CRELES que el 81% de la población adulta mayor accede a los servicios de la institución, lo cual es coincidente con el porcentaje que se tendría si se

les brindara a todos los que acceden una atención integral

Dos aspectos son relevantes de revisar, la calidad de los datos utilizados en los registros para conocer con certeza el desempeño de las Áreas de Salud y la eliminación de las oportunidades perdidas, que demuestran falta de cumplimiento de los lineamientos técnicos, lo que hace que las facilidades de acceso se vean desaprovechadas.

Para el año 2013 se cierra la brecha entre las coberturas de atención integral y vacunación por influenza en el adulto mayor, lo cual se podría deber al aprovechamiento de la oportunidad de vacunar a los adultos mayores que acceden a la consulta de atención integral.

El virus de la influenza es una de las principales causas de enfermedad respiratoria aguda en todos los grupos de edad. Las tasas de casos graves y mortalidad debido a la influenza tienen su punto más alto entre los adultos mayores de 65 años de edad. Cerca del 80% de las muertes relacionadas con la influenza ocurren en personas mayores de 65 años.

CUADRO 6  
CCSS: COBERTURA<sup>1/</sup> INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL Y DE VACUNACIÓN  
POR INFLUENZA EN ADULTOS MAYORES, 2010, 2012, 2013  
(porcentajes)

INDICADOR	2010	2012	2013
Cobertura de Atención Integral	64	62	63
Cobertura de Vacunación de Influenza	54	57	61

<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Liberia y Coto Brus

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2013.

En la actualidad se considera que la vacunación contra la influenza es la estrategia más efectiva para prevenir la enfermedad, de ahí que el ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices), recomienda la vacunación anual a personas de riesgo entre ellos los adultos mayores, ya que está asociada con la reducción de complicaciones y

muerte por influenza en estos grupos. (CDC, 2006)

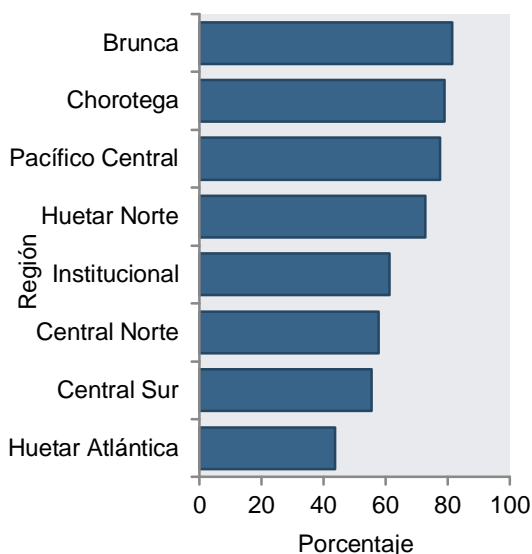
En Costa Rica, la Comisión Nacional de Inmunizaciones recomendó la inclusión de la vacuna contra influenza en el 2004, pero es hasta el año 2006 que la Comisión acordó vacunar a todos los adultos mayores. En un estudio



realizado por la Sub-área de Vigilancia Epidemiológica con respecto a evaluar el impacto de la introducción de la vacuna contra la influenza estacional, en relación a la presencia de influenza severa en el período 1998-2009, concluye 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+* (CCSS, 2010)

En la EPSS se da seguimiento a esta intervención desde el año 2010, desde entonces a nivel institucional se observa un aumento de la cobertura, en el 2013 se logró un 61.2%.

GRÁFICO 2  
CCSS: COBERTURA DE VACUNACIÓN POR INFLUENZA EN LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN REGIÓN, 2013  
(porcentajes)



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

A nivel de las regiones se observa que tres de ellas presentan coberturas por debajo del promedio institucional. Hay que considerar que dos de ellas, las dos regiones centrales, contribuyen con el 68% de la población adulta mayor, si a esto se une la tercera región que se encuentra bajo el promedio (Huetar Atlántica), se estaría agrupando al 75% de la población adulta mayor con una cobertura inferior al 61.2%. La

región Atlántica es la única región que no aumentó su cobertura respecto al año 2012.

A nivel internacional se reportan coberturas de 29.1% en México (2003), España 70.1%(2005), Reino unido (75% (2005) y Estados unidos 65% (2005). El resultado institucional esta solo superior al de México. (OCDE, 2007)

La vacunación 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 confiable. Institucionalmente la cobertura debería ser de al menos 85%. La ACIP recomienda para el periodo 2013-2014 una cobertura de 100% de la población. (CDC, 2013)

Los resultados mostrados en este informe están muy por debajo de estas recomendaciones, lo que en teoría podría poner en riesgo los resultados esperados de la intervención.

Dos aspectos a considerar en relación con los resultados son: la persistencia de los problemas de registros, por un lado, y el bajo desempeño obtenido por las regiones centrales, por otro lado, lo que debe alertar a los tomadores de decisión, ya que en éstas se concentra la mayor parte de la población adulta mayor del país.

### ***Aumenta la cobertura de personas que participan en procesos educativos de Promoción de Estilos de Vida Saludables***

A nivel institucional, las Áreas de Salud han venido realizando acciones en Promoción de Estilos de Vida Saludable desde hace muchos años, pero no es hasta el año 2012 cuando se incorpora una intervención sistematizada al respecto, que define claramente la población blanco, las estrategias metodológicas a seguir y los instrumentos estandarizados para su monitoreo y evaluación, con lo cual es posible finalmente evidenciar el trabajo que a nivel nacional se ejecuta en esta materia.

El proceso educativo que se impulsa va dirigido a la población de 18 a menos de 65 años, y está constituido por tres áreas de acción: Grupal, Colectiva e Individual; las cuales contemplan temáticas como estilos de vida saludables, alimentación saludable y actividad física. Este enfoque de trabajo se encuentra ligado a las

políticas y estrategias institucionales, nacionales e internacionales. (MINSA, 2011) (CCSS, 2007) (OMS, 2008)

El pilar fundamental de esta intervención recae sobre la Acción Grupal, que consiste en un proceso educativo con metodología participativa sobre estilos de vida saludables, que puede ajustarse a las necesidades de las comunidades donde se implementa. Acompañado a este proceso está la Acción Colectiva, en la cual el personal de salud crea alianzas con los medios de comunicación local para divulgar y promover la Acción Grupal que el área de salud ha planificado en sus comunidades, permitiendo así una mayor cobertura de la población. (MINSA, 2011)

Para el 2013 se incluyó, además, una Acción Individual, que estandariza la consejería individual que el equipo de salud desarrolla con los usuarios de los servicios, normalmente ofrecidos por la unidad. Durante este primer año, se logró que el 41% de las personas atendidas recibieran mensajes educativos en temas como: autocuidado; disminución del consumo de grasas, azúcares y comida chatarra; adopción de estilos de vida saludables; consumo de frutas y vegetales, cinco porciones al día; y no a la vida sedentaria, entre otros.

Con la inclusión de la Acción Individual se establecieron finalmente los tres componentes que conforman la Promoción de Estilos de Vida Saludables a nivel institucional, permitiendo que un mayor número de personas tenga acceso a las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida y ser multiplicadores de un proceso que es responsabilidad de todos.

Con respecto a la Acción Grupal, durante el 2013 se logra incrementar en un 33% la población participante, probablemente asociado a que más

áreas hicieron divulgación de los procesos educativos con medios de comunicación colectiva.

Dicha alianza institucional ha permitido fortalecer las acciones en estilos de vida saludables e incidir en mejores coberturas, llevando a un mayor número de personas las herramientas para que actúen positivamente sobre su calidad de vida. (CCSS, 2007) (Giraldo, 2010)

La cobertura en la Acción Grupal muestra cambios positivos para todas las regiones. En ese sentido, las regiones Central Sur, Chorotega y Central Norte son las que logran mayor participación en términos absolutos.

CUADRO 7  
CCSS: TOTAL DE PARTICIPANTES EN LA ACCIÓN GRUPAL DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES SEGÚN REGIÓN, 2012 . 2013

REGION	2012	2013
Central Sur	1.324	1.541
Chorotega	391	895
Central Norte	214	574
Pacífico Central	146	393
Huetar Atlántica	204	342
Huetar Norte	10	172
Brunca	15	100
Total	2.304	4.017

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2013.

A nivel nacional, para el 2013 se reduce a 43 el número de Áreas de Salud que no reportan acciones en Promoción de Estilos de Vida Saludables:

Santa Bárbara	Heredia Cubujuquí	Los Santos	Ciudad Quesada
Alajuela Oeste	Belén-Flores	Coralillo	Bagaces
Puerto Viejo	Alajuela Sur	Zapote Catedral	Parrita
Horquetas - Río Frío	Atenas	Mora - Palmichal	Valle la Estrella
Valverde Vega	Grecia	Goicoechea 1	Siquirres
Zarcero-Alfaro Ruíz	Poas	Coronado	Osa
Naranjo	Tibás-Uruca-Merced	Paraíso	Coto Brus
San Rafael Heredia	La Unión	Moravia	Pérez Zeledón
Palmares	Desamparados 1	Santa Rosa de Pocosol	Corredores
San Isidro Heredia	Acosta	Florencia	Buenos Aires
Heredia Virilla	Oreamuno	Guatuso	

Los resultados encontrados en estos dos años que se ha evaluado la intervención, demuestran que las acciones dirigidas hacia la Promoción de Estilos de Vida Saludables en el primer nivel de atención, son factibles de implementar, sin embargo, también se ha observado que su éxito depende de la capacidad de ejecución y la disposición de las unidades a nivel local para desarrollar, dar seguimiento y unificar acciones que permitan los procesos educativos en promoción de estilos de vida saludables. (OMS, 2008).

Así mismo, para lograr mejores resultados, se requiere un acercamiento con los representantes locales y regionales, que permita fortalecer los aspectos establecidos en la sistematización de la intervención, así como unificar y guiar hacia el objetivo común institucional, entre ellos los más relevantes son: La claridad del grupo poblacional al que está dirigido el proceso educativo, la estandarización del sistema de registro de participantes, y la estrategia local que puede ser utilizada para la implementación de la intervención.

Es importante destacar que el apoyo y acompañamiento técnico de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud para la implementación de la iniciativa, constituye un aspecto fundamental en la consolidación de la intervención.

Finalmente, cabe mencionar que el aumento en la cobertura de las personas que participan en procesos de Promoción de Estilos de Vida Saludables, es muy importante para la institución, no solo por su aporte al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, sino también por la repercusión positiva que esto puede tener en una mejor utilización de los servicios de salud a nivel poblacional. (CCSS, 2007)

### ***Cirugía General y Ortopedia tienen mayor cantidad de citas en lista de espera para cirugía***

La Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) está encargada de recolectar la información relacionada a listas de espera tanto quirúrgicas como de procedimientos médicos ambulatorios.

El instrumento utilizado para este proceso consiste en un listado digital que contiene las siguientes variables: Fecha de registro, Fecha de cita, Estado de la cita, Fecha de Atención, Tipo de cupo, Servicio, Especialidad, Diagnóstico, Código del médico, Número de identificación, Nombre y Apellido, Teléfono y Observaciones (UTLE, 2009).

Esta información debe consignarse para cada uno de los usuarios que ingresan a la lista por cada patología de resolución quirúrgica.

La misma debe ser enviada según el protocolo de la UTLE en forma trimestral en las fechas de corte: 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre. (UTLE, 2009)

Los conceptos necesarios de aclarar para el análisis de esta intervención son los siguientes:

- Número de Citas: citas de primera vez y subsecuentes de los Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios o Cirugías que estén en agenda (UTLE, 2009).
- Demora media: cantidad de días en promedio que han esperado los usuarios desde el ingreso de la cita a la lista de espera, hasta la fecha de corte.

Para el análisis se revisó la documentación con los cortes trimestrales del 2013 (31 de enero 2013, 30 de junio 2013, 30 de setiembre 2013 y 31 de diciembre 2013) de los hospitales y centros especializados enviado por la UTLE, que incluye cantidad de usuarios en espera y la demora media.

Producto de la revisión hecha se encontraron las siguientes limitantes para realizar la comparación:

- Falta de información, debido a no entrega de los datos por parte de los Centros de Salud.
- Ausencia de diagnósticos preoperatorios.
- Las especialidades quirúrgicas son diferentes para cada unidad.

Al 31 de diciembre del 2013, las especialidades que se destacan por su cantidad de citas en espera para cirugía son: Ortopedia, Cirugía General, Vascular Periférica, Ginecología, Otorrinolaringología, Urología y Oftalmología (Cuadro 8).

**CUADRO 8**  
**CCSS: NÚMERO DE CITAS EN LISTA DE ESPERA Y DEMORA MEDIA EN DÍAS**  
**SEGÚN ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA, AL 31 DE DICIEMBRE 2013**

ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CITAS	DEMORA MEDIA
Cirugía General	25.528	397
Ortopedia	19.177	610
Oftalmología	13.753	291
Ginecología	11.110	311
Urología	10.354	416
ORL	9.207	479
Vascular Periférica	6.537	619

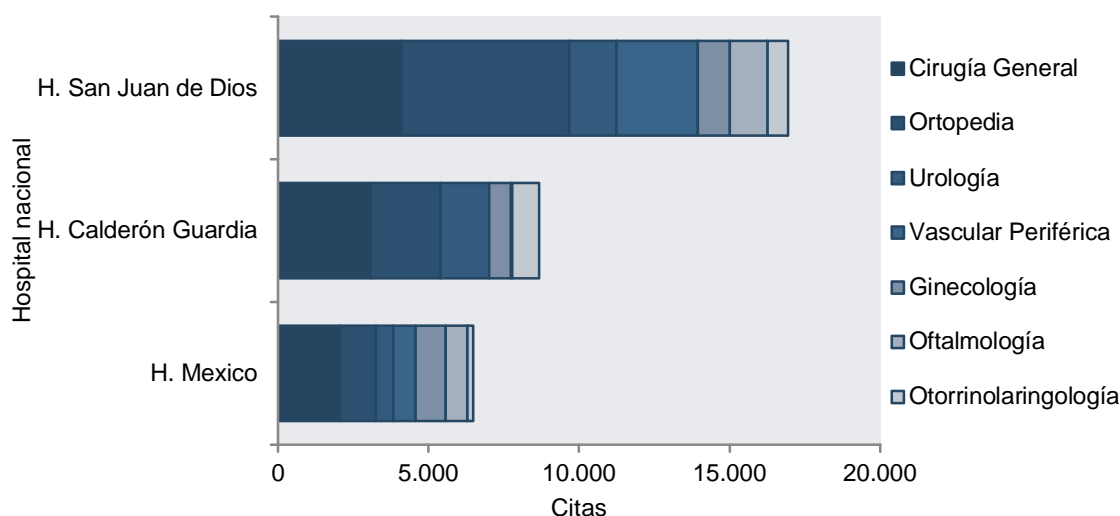
FUENTE: CCSS. Unidad Técnica de Lista de Espera, 2013.

La cantidad de citas pendientes aumenta del III al IV trimestre en las especialidades Cirugía General, Oftalmología, Urología y Otorrinolaringología; y disminuyen en Ortopedia, Ginecología y Vascular Periférica. Cirugía General y Ortopedia ocupan los primeros lugares en cantidad de citas en espera de resolución quirúrgica en los cuatro trimestres del año 2013.

La demora media para cada una de las especialidades disminuye al comparar el III y IV trimestre, a excepción de Otorrinolaringología.

A nivel de hospitales nacionales, las especialidades que tienen la mayor cantidad de citas en espera son Cirugía General y Ortopedia. Al comparar entre estos hospitales, el hospital con mayor cantidad de citas en espera es el San Juan de Dios, seguido del Calderón Guardia (Gráfico 3).

**GRÁFICO 3**  
**CCSS: NÚMERO DE CITAS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDAD**  
**HOSPITALES NACIONALES, 2013**



FUENTE: CCSS. Unidad Técnica de Lista de Espera, 2013

El mejoramiento del abordaje integral de las listas de espera incluye a los actores involucrados en este tema, que son:

- Centros de Salud: Encargados de la recolección, consolidación, análisis y depuración de las listas de espera.
- UTLE: Encargada de la recolección, consolidación y análisis de las listas de espera de los hospitales.

Dentro de los factores que se deben considerar para mejorar los tiempos de atención se pueden citar los siguientes:

- La capacidad instalada de los centros de salud: disponibilidad de salas para realizar las cirugías, camas disponibles para internamientos, salas de recuperación, recurso humano disponible, equipamiento de las salas, insumos utilizados.
- La demanda de los servicios: a mayor demanda de los servicios las listas de espera se incrementarán en cantidad de citas.
- Los sistemas de información: los cuales deben ser adecuados para el registro del ingreso de usuarios a la lista de espera, su priorización y depuración.

## B. Dimensión de Continuidad.

### ***No mejora el tamizaje por Anemia en niños y niñas de 6 a menos de 24 meses ni el abordaje adecuado de la Anemia***

La intervención *%Detección y abordaje de la Anemia por deficiencia de hierro en los niños (as) de 6 a menos de 24 meses de edad* responde a un problema de salud importante en nuestro país y teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001), la Academia Americana de Pediatría (AAP) (Baker, 2010) (AAP, 1969) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (CDC, 2008) (Sánchez Ruiz-Caballero, 2011), reconocen la importancia del abordaje de estos casos por la prevalencia de la anemia ferropénica con hemoglobinas en 11 gr/dl y sus efectos en el desarrollo psicomotor de los niños entre los 6 y los 24 meses, se justifica la utilización de los recursos técnicos y económicos para detectar y abordar este problema de forma oportuna.

El análisis de los resultados de la Evaluación del 2010 (Barrantes, 2011), 2012 (Ajú, 2014) y 2013, señalan que la proporción de niños y niñas de 6 a menos de 24 meses con anemia (PNA) en las áreas de salud de la institución se ha mantenido entre un 24% y un 22%, representando así un problema de salud pública moderado dado que la magnitud de la prevalencia se ubica entre el rango de 10 a 39.9% (MINSA, 1996).

Para el año 2013, del total de niños y niñas de 6 a menos de 24 meses (86.436) atendidos, se revisó una muestra de 6.522, de los cuales se encontró que sólo a un 56% se les realizó e interpretó un resultado de hemograma, y que al 25% no se les realizó ninguno durante el año.

De acuerdo con esos datos, se observa una reducción del porcentaje de niños (as) de 6 a menos de 24 meses tamizados con respecto a los resultados del 2012, pasando de un 63% a un 56%, diferencias que no resultaron estadísticamente significativas; no obstante, cabe mencionar que, probablemente, existe un cierto porcentaje de niños (as) con anemia que no se le logra detectar oportunamente.

#### Dimensión de Continuidad:

• • •

No mejora el tamizaje por Anemia en niños y niñas de 6 a menos de 24 meses ni el abordaje adecuado de la Anemia

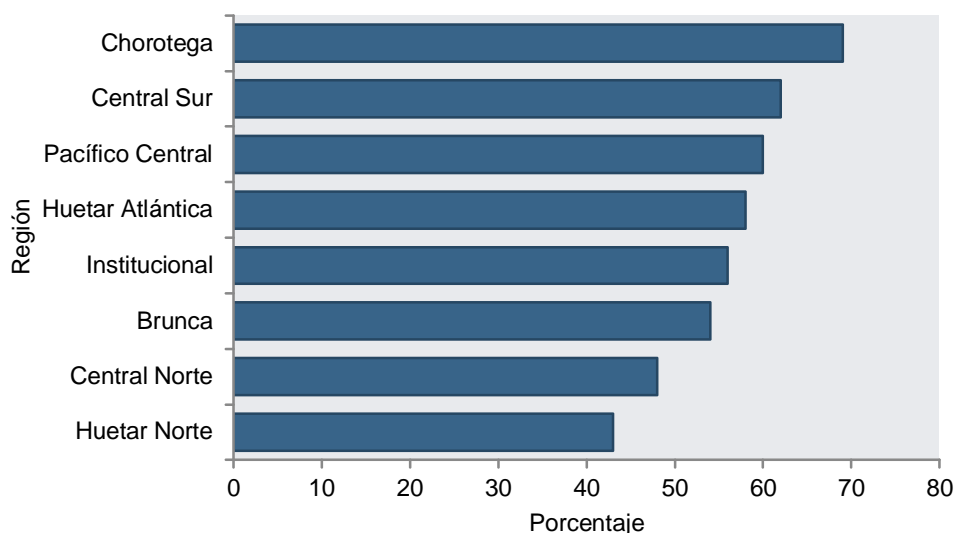
Mejora la detección de mujeres con Serología VDRL positiva y su abordaje

Mejora el seguimiento del esquema de vacunación y las coberturas de vacunación en los menores de un año de edad

Se alcanza la meta institucional en la oportunidad de la atención a las mujeres con PAP alterado en áreas de salud

Disminuye la oportunidad en la realización de colposcopías a nivel hospitalario

GRÁFICO 4  
 CCSS: PORCENTAJE DE NIÑOS (AS) DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON  
 AL MENOS UN RESULTADO DE HEMOGRAMA INTERPRETADO  
 POR REGIÓN, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

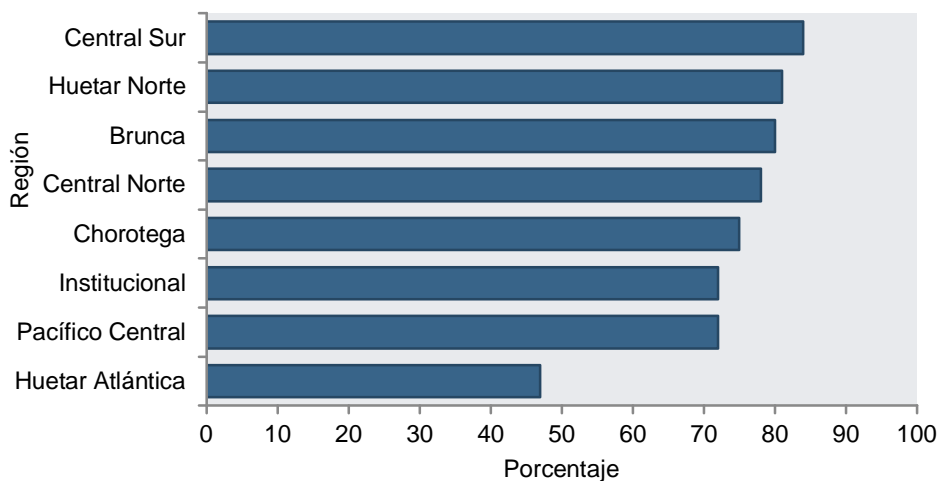
Los resultados del 2013 muestran que a un 44% de los niños (as) en el rango de edad establecido que fueron atendidos en los servicios, no se les indicó el examen o bien, éste no fue interpretado en la consulta médica, lo que refleja un importante porcentaje de oportunidades perdidas.

A nivel regional, la Región Huetar Norte tiene el mayor porcentaje de oportunidades perdidas en cuanto al tamizaje de hemoglobina (57%), seguida por la Región Central Norte y la Región Brunca (Gráfico 4).

Por otro lado, del total niños y niñas de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro (7.348), se seleccionó una muestra de 3.685, de los cuales se determinó que al 72% se les abordó adecuadamente.

Aunque se observa una reducción del porcentaje de niños (as) de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia abordados adecuadamente con respecto a los resultados del 2012, pasando de un 74% a un 72% en el 2013, estas diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 5).

GRÁFICO 5  
CCSS: NIÑOS (AS) DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO ABORDADOS ADECUADAMENTE POR REGIÓN, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

La Región Huetar Atlántica tiene el mayor porcentaje de niños (as) de 6 a menos de 24 menores con anemia por deficiencia de hierro abordados inadecuadamente (53%).

Considerando que no se evidencia una mejora significativa en el porcentaje de niños (as) tamizado, ni en el porcentaje de abordaje adecuado, la posibilidad de impactar positivamente las consecuencias de la anemia en los menores se reducen.

Si bien se reconoce que la problemática de anemia está determinada por condiciones cuyo abordaje sobrepasa al sistema de salud, e involucra a otros actores sociales encargados de formular e implementar políticas de protección social; el rol de los servicios de salud es trascendental, ya que la red de prestación de servicios de salud de que dispone Costa Rica, debería garantizar una amplia implementación de los programas de prevención de la anemia y del abordaje oportuno, reforzando las coberturas de atención de este grupo de edad. (Barrantes, 2011)

De ahí la importancia de que en la CCSS se continúe promocionando y monitoreando la implementación de estrategias mediante la evaluación de los servicios de salud, y dando seguimiento a los indicadores de tamizaje con hemograma y de abordaje adecuado de los niños y niñas con anemia. Desde una perspectiva más integral, se deberían incluir, entre otros, la

suplementación con hierro, la desparasitación y sobre todo la educación. (Barrantes, 2011)

### **Mejora la detección de mujeres con serología VDRL positiva y su abordaje**

La infección por Sífilis se considera un problema de salud pública, por el efecto directo que tiene en las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

Entre un 50% y un 80% de los embarazos con infección por sífilis no tratados adecuadamente acaban en forma adversa, presentando complicaciones tales como: aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita (OMS, 2009).

La Región de América y el Caribe tiene la mayor tasa de incidencia de Sífilis materna a nivel internacional con una sero-prevalencia del 3,9 aproximadamente, unos 460.000 casos anuales, por lo que se estima que cada año nacen más de 164.000 niños con sífilis congénita (OMS, 2009).

Según el Sistema de Notificación obligatoria del Ministerio de Salud de Costa Rica, para el año 2010, la incidencia de la sífilis en todas sus formas mostró tasas entre 2,5 y 3,0 por 100.000 habitantes y la sífilis congénita entre 1,2 y 1,5 por 1.000 nacimientos.



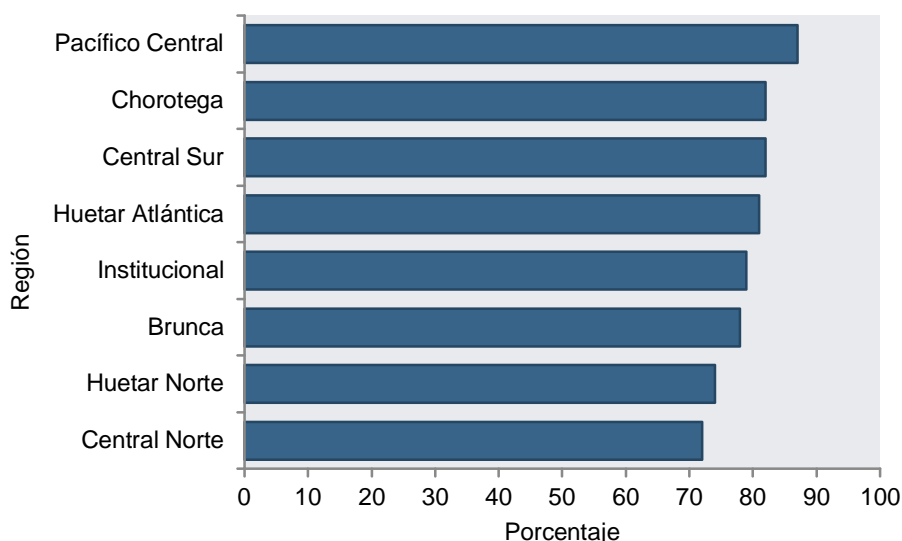
Tres de las provincias (Limón, Puntarenas y San José) muestran tasas de 2-3 veces más altas que la Nacional (Terwes & Quirós, 2013). Estos datos posicionan a Costa Rica entre los países latinoamericanos con una tasa de incidencia de Sífilis congénita mayor que 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos que se reportan a nivel Internacional (OMS, 2009).

La prevención de la transmisión materna infantil de la Sífilis Congénita, desde la perspectiva actual de la EPSS, se enmarca en la detección temprana de los casos a través del Tamizaje VDRL en el embarazo y en la atención oportuna y adecuada de las mujeres embarazadas con serología VDRL positiva.

De acuerdo a la muestra revisada, el porcentaje de mujeres a quienes se les tamizó por VDRL en el año 2013 fue de un 79%, superando el porcentaje del 2012 cuyo resultado fue de un 76%, no obstante estadísticamente no se puede afirmar que hubo un crecimiento real. Sin embargo, los resultados muestran que aún existe una amplia brecha entre el logro y la meta Internacional del 95% proyectado para el año 2015.

A nivel de las regiones, la Región Pacífico Central tiene el mayor porcentaje de logro (87%), superando el Institucional (79%); en contraste, la Región Central Norte es la que tiene el menor porcentaje (72%) (Gráfico 6).

GRÁFICO 6  
CCSS: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON RESULTADO Y VALORACIÓN DEL PRIMER VDRL POR REGIÓN, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

Con respecto a la atención oportuna de los casos, destaca la disminución en el número mujeres con serología VDRL positiva en el año 2013 (300), con respecto al 2012 (328). Resultado que sugiere una reducción real o la existencia de un sub-registro o una falla en la definición diagnóstica, entre otros, lo que amerita de un análisis particular (Cuadro 9).

Llama la atención la Región Huetar Atlántica que de tener 108 casos en el año 2012 pasa a 49 en el 2013. Como se mencionó con anterioridad esta región se encuentra entre las de mayor tasa de incidencia de Sífilis Congénita, por lo que esa disminución sugiere más a un problema de sub-registro y no de mejora en el abordaje de la intervención.

CUADRO 9  
CCSS: MUJERES EMBARAZADAS CON  
SEROLOGÍA VDRL POSITIVA SEGÚN  
REGIÓN, 2012-2013

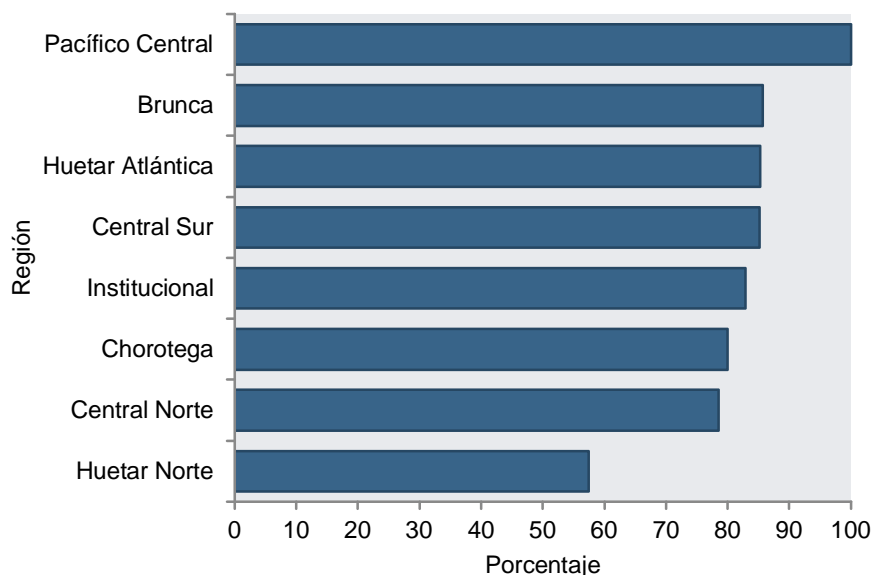
REGIÓN	2012	2013
Central Sur	123	112
Central Norte	53	78
Huetar Atlántica	108	49
Pacífico Central	11	23
Huetar Norte	14	16
Chorotega	11	15
Brunca	8	7
Institucional	328	300

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013

Se establece que el abordaje adecuado de la mujer embarazada con VDRL positivo es la aplicación inmediata de penicilina benzatínica, según clasificación del estadio de la enfermedad. Con base en ese parámetro, los resultados muestran que del total de mujeres embarazadas que se atendieron el año 2013 con VDRL positivo, el 83% fueron abordadas de manera adecuada (Gráfico 7).

A partir del año 2000 Costa Rica asumió el compromiso internacional de eliminar la sífilis congénita para el año 2015, por lo que acogió la Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del HIV y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.

GRÁFICO 7  
CCSS: MUJERES CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVA ABORDADAS  
ADECUADAMENTE SEGÚN REGIÓN, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

Producto de esta iniciativa se elabora el Plan Nacional, basado en el análisis de situación de la Sífilis Gestacional y Congénita realizado por el Ministerio de Salud en la red de servicios del Hospital San Juan de Dios.

Con base en este análisis se detectaron regiones de alto riesgo entre las que se mencionan: Región Huetar Atlántica, Pacífico Central y Central Sur. Con las que se decide trabajar de manera

prioritaria, por lo que se plantearon estrategias, como: promulgación de los resultados a los prestadores de salud que tiene contacto directo con la patología, capacitaciones a personal médico y enfermería, involucramiento de actores sociales, divulgación del lineamiento técnico para el manejo de la sífilis gestacional, implementación de las pruebas rápidas y finalmente el compromiso institucional con la iniciativa.

Todas estas estrategias se han venido realizando a lo largo de 4 años, y pareciera, según los resultados de la evaluación del año 2013 y su progreso en relación al 2012, que empiezan a tener repercusión en las regiones prioritarias.

No obstante, para el logro de la meta internacional para el año 2015, quedan aspectos que deberían ser abordados, tales como: detección oportuna de casos y su seguimiento, mejora en los registros de la información, abordaje integral de la mujer y su compañero, mejora en la notificación obligatoria de los casos, así como el compromiso de las usuarias y los prestadores de servicios de salud.

### **Mejora el seguimiento del esquema de vacunación y las coberturas de vacunación en menores de un año**

La EPSS incluye una intervención relacionada con la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que mide la tasa de deserción PENTA1/PENTA3 como indicador de la calidad del Programa, así mismo, monitorea los datos de cobertura de los esquemas básico y completo de inmunizaciones en niños (as) menores de 2 años; con el objetivo principal de prevenir de manera efectiva las enfermedades inmunoprevenibles, mediante la vacunación completa, oportuna y de calidad que garantice que el niño adquiera la inmunidad necesaria.

La tasa de deserción PENTA1/PENTA3, es un indicador de calidad y es el mejor trazador para monitorear el seguimiento de los niños(as) vacunados con la primera dosis y que cumplen con recibir el esquema completo (OPS/OMS, 2004) (Machado, 2006)

Además, este indicador, permite incursionar en otros factores de riesgo del programa como son la vacunación tardía, los esquemas incompletos y la contribución a bolsones susceptibles, mismos que también se asocian al incumplimiento de las coberturas de vacunación de calidad en niños y niñas menores de 2 años (Machado, 2014).

Para el 2013, la tasa de deserción de PENTA1/PENTA3 Institucional es de -0.69%, resultado que se encuentra dentro del intervalo (.5% a +5%) definido como aceptable por el PAI (Cuadro 10).

CUADRO 10  
CCSS: TASA DE DESERCIÓN PENTA1/PENTA3  
POR REGIÓN, 2013

REGIÓN	TASA
Chorotega	1.9
Pacífico Central	1.4
Huetar Norte	0.8
Central Sur	-0.5
Brunca	-1.4
Central Norte	-1.5
Huetar Atlántica	-3.4
Institucional	-0.7

FUENTE: CCSS. Sistema de Vacunas. Programa Ampliado de Inmunizaciones. 2013.

Al comparar la tasa de deserción de PENTA1/PENTA3 del 2012 (1.1%) con la del 2013 (-0.69%), se observa que el resultado tiende a cero, lo que evidencia que más niños (as) captados con sus primeras dosis, cumplen con recibir las siguientes dosis.

Este logro se puede asociar a todas las acciones implementadas entre el PAI y los niveles locales para trabajar con la población meta de vacunación y para el mejoramiento de la calidad del registro de datos (Machado, 2014).

Los resultados a nivel regional muestran que la Región Central Norte y la Región Huetar Norte logran una tasa de deserción que está dentro del intervalo aceptable, superando los resultados del 2012. La Región Huetar Atlántica tiene una tasa negativa (-3.4), igual que en el año 2012 (-1.4), lo que sugiere la posible existencia de flujos migratorios de personas o problemas de registro.

La inmunización es una de las intervenciones de salud pública más eficaces (OPS, 2013) para reducir la mortalidad infantil (OPS, 2013), por lo que el logro alcanzado en el 2013, cercano al 95%, sugiere que se alcanzan coberturas de protección según lo determinado por la OPS (OPS, 2006).

Por otra parte, a nivel regional y por área de salud se presenta una heterogeneidad tal, que requiere un mayor análisis desde el nivel local y con el acompañamiento del PAI, ya que las coberturas deben ser de calidad, oportunas, homogéneas, altas y sostenidas, para garantizar la prevención

de manera efectiva de las enfermedades inmunoprevenibles (Machado, 2014).

### ***Se alcanza la meta institucional en la oportunidad de la atención a las mujeres con PAP alterado en áreas de salud***

En Costa Rica el cáncer de cuello uterino, hasta el año 2000 era el de mayor incidencia, sin embargo a partir de 1999, presenta una tendencia descendente a expensas de una disminución del cáncer invasor, lo cual habla de una captación más temprana y buen impacto del programa nacional de prevención y el tratamiento (Ministerio de Salud, 2009). Este tipo de cáncer ocupa el tercer lugar en incidencia con una tasa ajustada de 26,55 por 100.000 (2008) y el cuarto en mortalidad con una tasa ajustada de 5,29 por 100.000 (2010) (Ministerio de Salud, 2012).

La normativa a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2006) (Ministerio de Salud, 2007) brinda los lineamientos técnicos entre los que se encuentran los tiempos específicos en que deben ser diagnosticadas y tratadas las mujeres según tipo de lesión en los diferentes niveles de atención.

A nivel institucional es una intervención muy consolidada en la oferta de servicios y la calidad de la atención, se mide determinando la oportunidad en la atención en la consulta de colposcopia, método diagnóstico que permite determinar la conducta terapéutica a seguir en estos casos y cuyos tiempos de demora en la atención, están normados según el tipo de lesión histológica identificada en el tamizaje (PAP) o la exploración física (lesión clínica sospechosa)

Se plantea, a nivel internacional, que un buen programa de prevención es aquel en que los prestadores de servicios llevan a cabo los siguientes pasos: establecer contacto con un

porcentaje importante de mujeres con riesgo de contraer la enfermedad para la realización de pruebas. (I nivel de atención), tratamiento y control de aquellas usuarias cuyos resultados son positivos (II y III nivel de atención), seguimiento de las pacientes (red de servicios de salud) y evaluación del impacto del programa (direcciones evaluadoras).

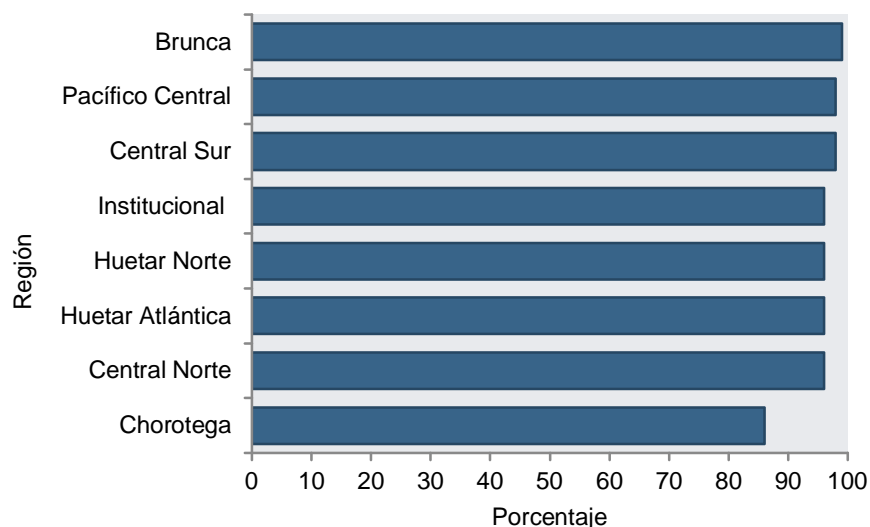
Para la evaluación de este programa de prevención, la DCSS ha planteado a lo largo de una década dos intervenciones: Tamizaje para la detección temprana del cáncer cérvico-uterino, y Atención oportuna a las mujeres con citología cérvico-vaginal alterada, las cuales se miden por medio de la referencia de la mujer en el primer nivel y la realización de la colposcopia en el segundo nivel.

En relación con el Tamizaje, según los resultados de la evaluación del año 2013, el 4,5% de las citologías realizadas (257.018) presentaron algún tipo de alteración en el reporte citológico, dato menor al obtenido en el año 2012, que fue de 5.4% del total (254.103). En ambos años las lesiones de bajo grado, ASCUS, AGUS y VPH representaron más del 91,5% y solo un 8,5% correspondió a lesiones de alto grado o carcinomas invasores.

Se reportaron, a nivel Institucional en el año 2013, 11.483 mujeres con citologías alteradas, de las cuales un 96% fueron notificadas de acuerdo al plazo de tiempo establecido en la norma, no mayor a 8 días (Poder Ejecutivo, 2006), resultado que se ha mantenido similar a lo largo de últimos años (2008: 95%, 2009: 97%, 2010: 96%, 2012: 96,4%).

A nivel regional, tres de las regiones superan el porcentaje institucional, en tanto la Región Chorotega se encuentra muy por debajo de ese valor (Gráfico 8).

GRÁFICO 8  
 CCSS: MUJERES CON CITOLOGÍAS CÉRVICO VAGINAL ALTERADA  
 REFERIDAS CON OPORTUNIDAD POR REGIÓN, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

En comparación con los resultados del año 2012, se observa un porcentaje mayor de notificación en la Región Pacífico Central, pasando de un 93% a un 98%, contrario al comportamiento de la Región Chorotega que presenta una disminución de 7 puntos porcentuales en la oportunidad de atención de las usuarias.

En términos generales, se observa que los prestadores de los servicios del primer nivel de atención han establecido un procedimiento de comunicación y referencia sólido, estable y sostenido, lo que evidencia una respuesta efectiva del programa. No obstante, es necesario enfocar los esfuerzos en la Región Chorotega y algunas áreas de salud de otras regiones, con el fin de determinar los motivos que provocan porcentajes de notificación menores a lo esperado.

Con respecto a la realización de la colposcopia en el segundo nivel, se verifica el tiempo que existe entre la fecha de recepción de la referencia del primer nivel y la fecha de realización de la colposcopia. Estos tiempos están establecidos

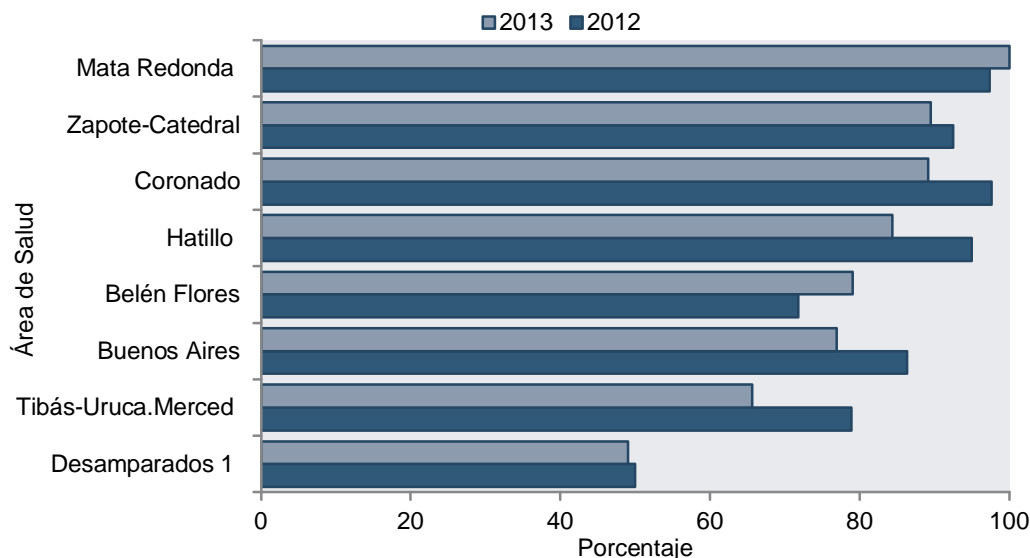
según norma, y varían según el tipo y grado de lesión que se presente.

Las áreas de salud de segundo nivel atendieron a 3.090 mujeres con alguna patología cervical, lo que significa un 26,9% de todas aquellas que se detectaron en el primer nivel. La razón principal de este bajo porcentaje, se debe a que éstas cubren un porcentaje muy pequeño de población adscrita a nivel nacional, en tanto el mayor porcentaje de usuarias con patología, recibe su atención en los centros hospitalarios periféricos y nacionales.

Un análisis comparativo de los resultados obtenidos en los años 2012. 2013, muestra la gran variabilidad entre las áreas así como en los años analizados.

De las ocho áreas de salud de segundo nivel que realizaron colposcopia en el 2013, destaca Mata Redonda que logra un 100% de cumplimiento. El resto de las áreas logran porcentajes por abajo del 90%, entre las cuales es necesario señalar que en Desamparados 1 solo la mitad de las mujeres con PAP alterado referidas se atendieron según los plazos establecidos en la norma (Gráfico 9).

GRÁFICO 9  
 CCSS: MUJERES CON CITOLOGÍA CÉRVIKO VAGINAL ALTERADA A QUIENES SE LES REALIZÓ UN COLPOSCOPIA CON OPORTUNIDAD. ÁREAS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL, 2012-2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2012 -2013.

En concordancia con los diagnósticos de referencia del primer nivel, se tiene que el 92% de las lesiones corresponden a lesiones de bajo grado, ASCUS-AGUS y VPH; un 4% corresponde a lesiones de alto grado y el restante 4% son lesiones clínicas sospechosas. En relación a la lesión clínica sospechosa, cabe destacar que no se cuenta con su registro en el primer nivel debido a que no responde a un reporte citológico, pero sí debería ser considerada dentro los registros de información.

La oportunidad en la realización de la colposcopia en el segundo nivel ambulatorio, según los plazos establecidos en la norma nacional, se cumple de manera parcial, situación que es crítica para las lesiones ASC-H donde ninguna de las mujeres fue atendida oportunamente, es decir antes de 30 días (Gráfico 10).

Al contrastar los resultados del 2013 con los obtenidos en el 2012, se tiene que las lesiones de bajo grado pasaron de un 100% de cumplimiento a un 75%, en tanto que los ASCUS y AGUS pasaron de un 84,2% a un 78,61%.

Este comportamiento podría verse afectado por aspectos relacionados con la gestión de los servicios, tales como: listas de espera, inopia de personal especializado, registro inadecuado de la

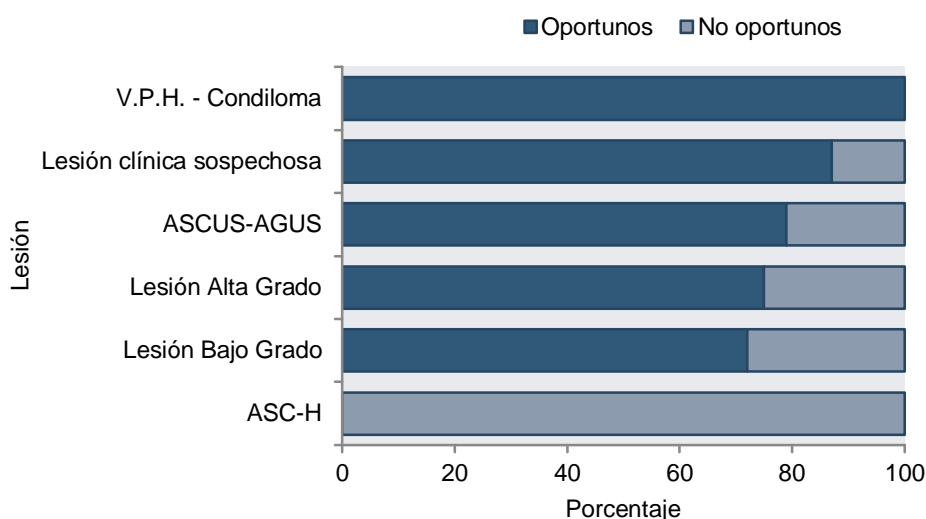
información, desconocimiento de la normativa nacional, ausencia de control estricto del ausentismo, mecanismo de coordinación entre la red poco definidos, entre otros.

En síntesis, los resultados obtenidos en el primer nivel de atención reflejan el compromiso adquirido a través del tiempo con el programa y con las usuarias, pero con una línea de continuidad de la atención en otros niveles que requiere ser analizada y abordada por los gestores de salud de manera pronta y prioritaria.

Se debe ser enfático en relación al carácter prioritario que tiene la prevención del cáncer cervic-uterino, ya que abordado de manera temprana garantiza la calidad de vida de muchas mujeres en riesgo.

Por tanto, es necesario el compromiso de los prestadores que conforman la red de servicios de salud, estableciendo mecanismos de comunicación entre niveles que agilicen el proceso de asignación de citas según los tiempos establecidos, y analizar de manera estricta los procedimientos administrativos en relación al recurso humano responsable del programa y la priorización de las mujeres con PAP alterado de acuerdo al tipo de lesión.

GRÁFICO 10  
CCSS: MUJERES CON COLPOSCOPIAS REALIZADAS OPORTUNAMENTE  
ÁREAS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

### **Disminuye la oportunidad en la realización de colposcopias a nivel hospitalario**

Los resultados de la EPSS de esta intervención se muestran de manera descriptiva a partir de los datos recolectados de los hospitales evaluados.

Para el año 2013 se evaluó la totalidad de los centros especializados y hospitales, exceptuando el Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez (Puntarenas), lo que constituye una limitación para el presente estudio.

Aunque la intervención se evaluó en 22 hospitales generales y un hospital especializado, para efectos del informe se excluyen los hospitales generales Dr. Tony Facio (Limón), San Francisco de Asís (Grecia) y el hospital especializado Dr. Adolfo Carit Eva+ (Hospital de las Mujeres), debido a que el número de expedientes seleccionados en la muestra no cumplieron con los criterios de calidad definidos previamente para el marco muestral, lo que constituye también una limitación. Por lo anterior, se incluyen los resultados obtenidos en la evaluación de 20 hospitales generales.

Se registraron 7.866 casos de mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión

clínico sospechosa de cáncer de cuello uterino. Se obtuvo una muestra de 815 expedientes, de los cuales 777 se consideraron evaluables y 38 no evaluables (No respuesta)<sup>1</sup>.

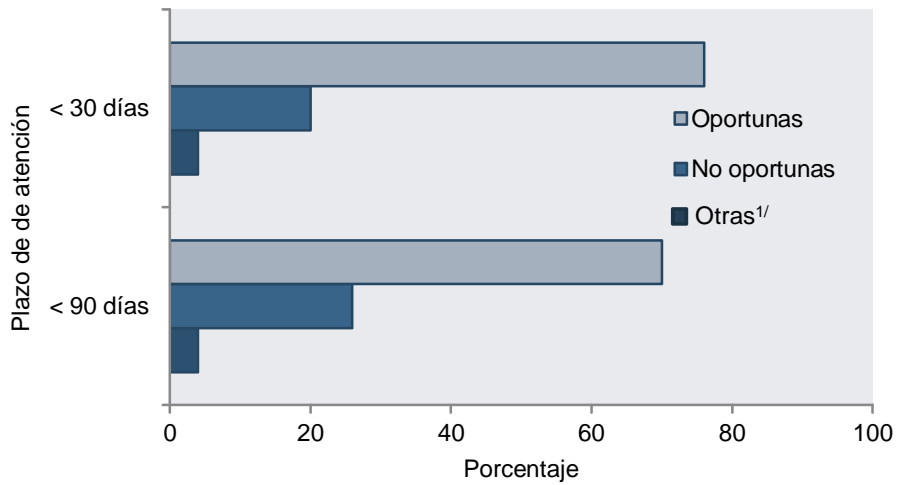
De los 777 expedientes evaluados, 699 correspondieron a lesiones en las cuales el plazo de atención estipulado por la normativa nacional debe ser menor a 90 días y 78 expedientes con un plazo de atención menor a 30 días.

Es importante señalar que para el año 2013, debido al azar, la muestra de expedientes no seleccionó casos en los cuales el plazo de atención estipulado por la normativa nacional fuera menor a 8 días.

En los hospitales evaluados las colposcopias efectuadas oportunamente en lesiones con un plazo de atención menor a 90 días alcanza el 70,7% (494 casos), y en lesiones con un plazo menor a 30 días el 75,6% (59 casos) (Gráfico 11).

<sup>1</sup>Expediente No Evaluable (No Respuesta): Corresponde al expediente que no cumple con los criterios de inclusión (no corresponde al indicador o al año evaluado) o es un caso excluido (pacientes que se les efectuó la colposcopia en el establecimiento del que fueron referidas; colposcopias efectuadas a casos de control por citología vaginal alterada o lesión clínico sospechosa de cáncer de cuello uterino) o el expediente no se encuentra disponible.

GRÁFICO 11  
CCSS: COLPOSCOPIAS EFECTUADAS SEGÚN PLAZO DE ATENCIÓN, 2013



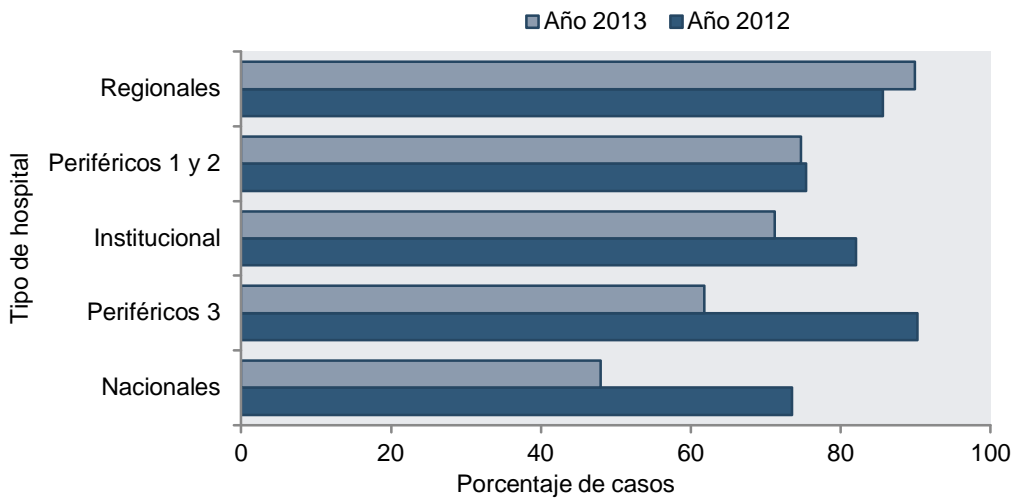
<sup>1/</sup>Sin referencia o solicitud de cita, sin fecha de recepción

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2012 - 2013.

Sin embargo, al comparar los datos con el año 2012, se puede ver una disminución en la oportunidad de la atención cercana al 11%, a

expensas de los hospitales Periféricos 3 y Nacionales. Los hospitales regionales presentaron el mejor desempeño en la atención (Gráfico 12).

GRÁFICO 12  
CCSS: COLPOSCOPIAS EFECTUADAS OPORTUNAMENTE SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2012-2013



FUENTE: CCSS. DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2012 - 2013.

Para las lesiones que según la norma requieren ser atendidas en un plazo menor a 90 días y en las que no se cumplió con el tiempo de atención estipulado, el grupo de hospitales nacionales y

periféricos presenta un alto porcentaje de casos que son atendidos en un plazo mayor a 120 días. (Cuadro 11)



CUADRO 11  
CCSS: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS QUE SUPERAN LOS 90 DÍAS DE ATENCIÓN  
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y DÍAS, 2013

HOSPITALES	NÚMERO DE CASOS	DÍAS		TOTAL
		90-120	121 y más	
Nacionales	49	22	78	100
Regionales	14	57	43	100
Periféricos 3	72	36	64	100
Periféricos 1 y 2	48	19	81	100
Institucional	183	30	70	100

FUENTE: CCSS. DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

En los hospitales nacionales, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG) registra la mayor cantidad de mujeres con lesiones que requieren un plazo de atención menor a 90 días en las que no se cumplió con el tiempo de atención, y de éstas el mayor porcentaje fue atendido después del día 181 (75%), es decir, que esperan más de 6 meses para que se les ejecute la colposcopia.

En general, para las lesiones con plazo de atención menor a 90 días, los hospitales nacionales registraron el mayor promedio (123 días). Entre ellos, sobresale el HCG con un promedio de 210 días, situación que podría obedecer al déficit de recurso humano especializado en los establecimientos de salud que conforman su red de servicios.

Con relación al tiempo de atención de las lesiones que deben ser atendidas en un plazo menor a 30 días, el promedio mayor se registró en los hospitales periféricos 1 y 2.

Se considera conveniente valorar y definir mecanismos de priorización en los establecimientos de salud para aquellas lesiones que requieren la confirmación diagnóstica y tratamiento en un plazo menor de atención, procurando el cumplimiento de los plazos según el tipo de lesión, establecido en la normativa.

Es importante además, analizar cuáles podrían ser los factores que están influyendo en el retraso de la atención, con la finalidad de implementar acciones preventivas y correctivas que permitan el mejoramiento de la prestación de servicios.

Así mismo, se debe fortalecer la coordinación entre establecimientos de salud y niveles de atención de la red de servicios institucional, con la finalidad de mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de las usuarias con patología cervical.

## E. Dimensión de Aceptabilidad y Seguridad.

### **Seis hospitales registran una alta tasa de cesáreas**

El porcentaje de cesáreas es un indicador multidimensional que aborda aspectos de adecuación de atención médica, seguridad del paciente y eficiencia en utilización de los recursos.

Excluyendo los embarazos prematuros y gestación múltiple, el porcentaje de cesáreas ajustado por riesgo debe ser relativamente similar en todos los hospitales y debería estar dentro del rango recomendado por la Organización Mundial de la Salud (Gibbons, 2010).

Para el análisis se utiliza como fuente la base de datos construida a partir del Sistema de Egreso de Servicios de Salud, aportada por el Área de Estadística en Salud (AES), para el 2013.

Dado que la casuística de los hospitales es muy diferente, se estimó un porcentaje de cesáreas ajustado por riesgo de las pacientes atendidas. Para ello se calcula el Índice de Cesáreas Ajustado por Riesgo (ICAR) que se basa en la metodología utilizada por el Instituto Canadiense para la Información en Salud (CIHI, 2011) (CIHI, 2012).

En la estimación del ICAR intervienen los siguientes pasos:

- Eliminar las exclusiones de la base de datos (partos en los que se registró un procedimiento abortivo o el embarazo con un resultado fallido, embarazos prematuros, gestación múltiple, pacientes menores de 13 años y 65 años y más).
- Obtener las cesáreas observadas en cada hospital.
- Estimar las cesáreas esperadas, que se obtienen de la suma de las probabilidades de cesárea de cada episodio individual. La probabilidad individual de cesárea se calcula mediante un modelo de regresión logística binaria que incorpora como variables explicativas edad, diabetes (pre- existente/ gestacional), enfermedad cardíaca, hipertensión (pre- existente/ gestacional), pre-eclampsia y eclampsia, presentación de nalgas, presentación anormal del feto, trabajo no progresiva o descenso / desproporción céfalo-pélvica, placenta previa,

### Dimensión de Aceptabilidad de Seguridad:

• • •

Seis hospitales registran una alta tasa de cesáreas.

desprendimiento de la placenta, problemas del cordón umbilical, estado fetal poco confiable / distress fetal / asfixia fetal, oligohidramnios, corioamnioitis, obesidad, restricción del crecimiento intrauterino.

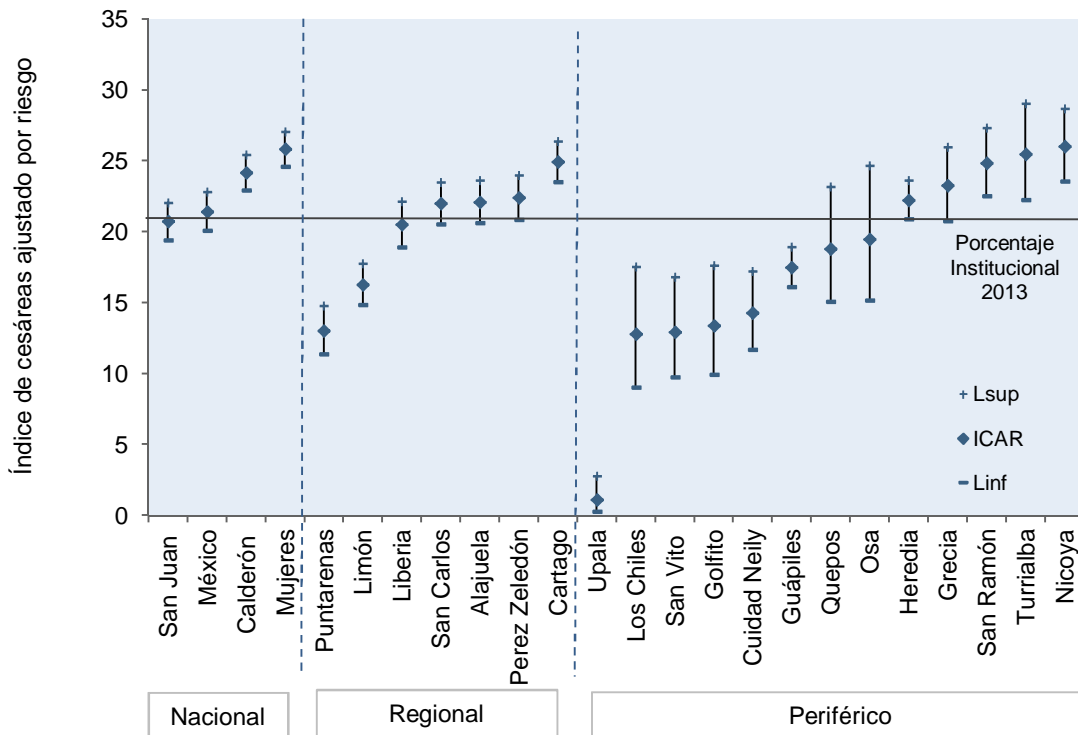
- Obtener el valor del ICAR para cada centro hospitalario.
- Calcular el intervalo de confianza al 95% para determinar si el ICAR es estadísticamente diferente a la tasa nacional de cesáreas.

En el 2013 la utilización de cesárea representó el 21,75% del total de partos a nivel de los hospitales de la institución.

En el Gráfico 13 se presenta el índice de cesáreas ajustado por riesgo y sus intervalos de confianza

al 95% (IC 95%), por tipo de hospital. Se observa que seis hospitales (25%) presentan una tasa de cesárea superior al porcentaje institucional y ocho centros (33%) registran tasas significativamente inferiores a ese valor de referencia.

GRÁFICO 13  
CCSS: ÍNDICE DE CESÁREAS AJUSTADO POR RIESGO SEGÚN HOSPITAL, 2013



FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2013.

Existe variabilidad moderada entre hospitales (coeficiente de variación de 30%). La mayor variabilidad se registra en los centros de baja complejidad.

Un análisis comparativo con el 2012, muestra un aumento en la tasa de cesáreas en los hospitales de Cartago, las Mujeres y San Vito. Se registra una disminución del ICAR en Puntarenas. La mayoría de hospitales presenta tasas de cesáreas fuera del rango recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (10-15%).

Lo que hace necesario implementar medidas para reducir los porcentajes de cesáreas en los hospitales con alta incidencia. Varios estudios sugieren el beneficio de intervenciones multifacéticas, basadas en auditorías y actividades detalladas de retroalimentación (Chaillet &

Dumont, 2007). También resulta fundamental mejorar la implementación de las guías de práctica clínica (Chaillet & al., 2006).

La alta variabilidad en el porcentaje de partos y cesáreas resueltos por los hospitales periféricos correspondientes a su área de atracción, está determinada en gran parte por una inadecuada configuración de la oferta, con desproporciones entre el número de especialistas por cama y desequilibrios en el recurso humano necesarios para la atención del parto. Esto provoca que gran cantidad de partos y cesáreas tengan que derivarse a un hospital regional o nacional de mayor complejidad (Morera, 2013).

## F. Dimensión de Efectividad

### ***La cobertura de atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles disminuye al 2013***

La medición de las coberturas institucionales de atención a las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) varió significativamente desde la actualización de sus prevalencias, en el 2011 (CCSS, 2011).

A partir de este momento, los nuevos cálculos basados en cifras más altas de prevalencia, condujeron a una reducción notable de las coberturas de atención en hipertensión arterial y diabetes mellitus. Además, se estableció una base confiable para medir la cobertura de dislipidémicos, para la cual no existía un referente adecuado.

Las prevalencias utilizados en los años analizados fueron 37,8% para hipertensión arterial, 10,8% para diabetes mellitus y 29,4% para dislipidemia.

Las coberturas institucionales de las tres enfermedades crónicas muestran una disminución del 2012 al 2013. En hipertensión arterial esta disminución viene precedida de un aumento apreciable del 2010 al 2012. Por el contrario, las coberturas de dislipidemias muestran una tendencia decreciente desde el 2010 (Cuadro 12).

Al observar el comportamiento regional, no se refleja mayor variabilidad de los resultados, ni se aprecia algún valor extremo de cobertura regional.

De acuerdo con la información originada en el estudio de Vigilancia de Factores de riesgo cardiovascular (CCSS, 2011), la prevalencia no diagnosticada de la diabetes mellitus es alrededor de 1,3 %. Por tanto, el descenso en el último año de las coberturas pareciera afectar más a quienes se controlan la enfermedad, que a quienes falta por detectar.

Si sólo un porcentaje muy pequeño de la población adulta no sabe que padece la enfermedad y por otro lado la cobertura institucional al 2013 no alcanza el 50%, es probable que los servicios privados estén cubriendo una proporción considerable de diabéticos y además, que otra parte no despreciable de los diabéticos diagnosticados no se controlen del todo la enfermedad.

### Dimensión de Efectividad:

• • •

La cobertura de atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles disminuye al 2013.

Se sostiene el alto porcentaje de personas con hipertensión arterial que tiene control óptimo.

El porcentaje de personas con Diabetes Mellitus que tienen al menos una hemoglobina glicosilada por semestre se mantiene.

Se avanza en el control óptimo de las personas con Diabetes Mellitus.

Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus con control metabólico óptimo: primer aporte para la construcción de una línea base.

Porcentaje de personas con Dislipidemia con control óptimo de LDL: construcción de línea base institucional.

En el 85% de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en el área de Urgencia de los hospitales la aplicación de la terapia trombolítica dio inicio en los primeros 30 minutos.

Hay cinco hospitales con una mortalidad mayor a la esperada.

La situación varía un poco en el caso de la hipertensión arterial, donde se presenta un espacio mayor para la detección de hipertensos no diagnosticados. Por un lado, la cobertura institucional es baja (34,3%) y ninguna cobertura regionales alcanza el 40%. Por otro, las

estrategias de detección tienen la posibilidad de captar hasta un 6.3% de la población de adultos, quienes son hipertensos sin diagnóstico (CCSS, 2011).

CUADRO 12  
CCSS: COBERTURAS<sup>1/</sup> DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES SEGÚN REGIÓN Y AÑO, 2010, 2012 Y 2013  
(porcentajes)

REGIÓN	DISLIPIDEMIA			HIPERTENSIÓN ARTERIAL			DIABETES MELLITUS		
	2010	2012	2013	2010	2012	2013	2010	2012	2013
Brunca	45	38	33	40	32	30	-	37	35
Central Norte	37	34	38	29	34	32	-	45	39
Central Sur	47	49	43	29	39	36	-	47	43
Chorotega	45	46	42	38	42	39	-	50	49
Huetar Atlántica	34	36	32	27	32	30	-	48	45
Huetar Norte	48	40	45	30	31	30	-	41	37
Pacífico Central	56	45	44	35	36	33	-	57	47
Institucional	43	42	40	30	36	34	-	46	42

<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Liberia y Coto Brus.

(-) El dato 2010 no es comparable porque tiene un denominador diferente

FUENTE: CCSS. DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2010, 2012 y 2013.

El caso de la dislipidemia es un poco más complejo, debido a que cuenta con múltiples criterios para establecer su diagnóstico. La prevalencia diagnosticada, con algún tipo de tratamiento es de 25,3%.

La proporción de dislipidémicos no diagnosticados podría ser muy alta, si se aplica estrictamente como criterio diagnóstico la presencia de alguna alteración en los niveles de colesterol total, triglicéridos, HDL colesterol o LDL colesterol.

Bajo esta premisa, la cobertura con mayores posibilidades de crecer es la que muestra con claridad su decrecimiento del 2010 al 2013.

Dado que la dislipidemia representa el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad isquémica del corazón, los esfuerzos locales para su detección deben agudizarse.

Por otro lado, las características particulares de la enfermedad, la cual presenta niveles muy diversos de severidad, una evolución asintomática, y una

alta prevalencia interpretada con frecuencia en términos de "normalidad+", no contribuyen con el proceso de concientización y autocuidado que todos los adultos deben tener.

***Se sostiene un alto porcentaje de personas con hipertensión arterial que tiene control óptimo***

Este es uno de los indicadores más constantes en la EPSS y también uno de los que presenta el cumplimiento más satisfactorio, ya que los porcentajes de cumplimiento normalmente son altos, ejemplo de esto es que para el año 2010 el porcentaje de control óptimo de presión arterial fue de 59%, mientras que para el año 2012 fue de 62,35%, siendo estos mejores a los de otros países desarrollados (Ortiz, 2011).

A nivel metodológico, la población utilizada fue la de 20 años y más con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Para la que se estableció como meta

óptima una tensión arterial menor a 140/90 mmHg para aquellos sin comorbilidad, menor a 130/85 mmHg para los que tienen Insuficiencia renal y/o Insuficiencia cardiaca, y finalmente, menor a 130/80 mmHg para aquellos con Diabetes Mellitus. (CCSS, 2009)

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 servicios. (CCSS, 2010)

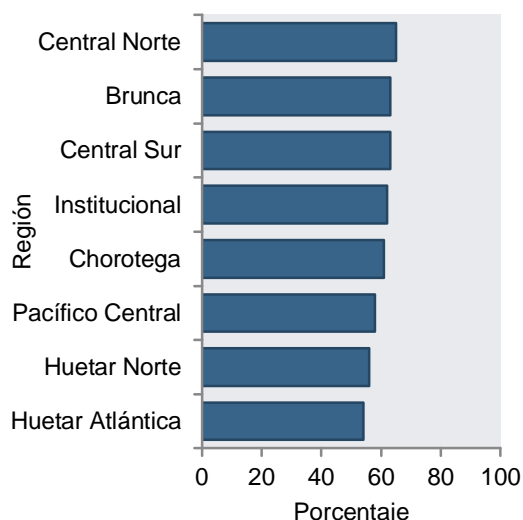
Para el año 2013, los resultados muestran que el porcentaje de hipertensos con control óptimo fue de 62% a nivel institucional, encontrándose el porcentaje de cumplimiento más alto en la Región Central Norte y el más bajo en la Región Huetar Atlántica (Gráfico 14).

A pesar de que se logra un porcentaje alto a nivel regional e institucional, cuando se analizan los resultados por área de salud se tiene que los datos son muy variables entre ellos, por lo cual se hizo una distribución de percentiles para su estudio.

Se agruparon por un lado las áreas cuyo resultado está por abajo del percentil 10 (48.5%), mientras que por otro lado se agruparon las áreas cuyo resultado supera el percentil 90 (79.0%),

considerando que es de suma importancia el seguimiento de estos dos extremos de cumplimiento (Cuadro 13).

GRÁFICO 14  
CCSS: PERSONAS ATENDIDAS POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON CONTROL ÓPTIMO POR REGIÓN, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

CUADRO 13  
CCSS: ÁREAS DE SALUD QUE SE UBICAN EN EL PRIMER Y ÚLTIMO DECIL DEL PORCENTAJE DE CONTROL ÓPTIMO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 2013  
(porcentajes)

PRIMER DECIL (42.0 . 48.5)		ÚLTIMO DECIL (79.0 . 96.2)	
Cariari	48.5	Escazú	96.2
Limón	48.1	San Sebastián-Paso Ancho	87.5
Siquirres	47.7	Cañas	86.6
Concepción-San Juan-San Diego	47.5	Santa Ana	86.5
Heredia Cubujuquí	47.5	El Guarco	86.0
Goicoechea 2	47.4	La Carpio-León XIII	82.9
Coronado	45.1	Puriscal-Turubares	82.0
Liberia	44.9	Cartago	81.3
Horquetas- Río Frío	44.1	San Ramón	80.2
La Cruz	42.7	San Pablo	79.7
Chacarita	42.0	Osa	79.0

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013.

Algunos factores que pueden incidir en el cumplimiento del indicador son: la calibración periódica de los esfigmomanómetros y el registro adecuado de las cifras de presión arterial. Factores que son de suma importancia para el tamizaje y control terapéutico de los pacientes.

Estudios europeos presentan datos de control óptimo inferiores a los obtenidos en nuestro país, lo que debe motivar a continuar con la implementación de estrategias que permitan mantener o mejorar este nivel. Ejemplo de esto es el resultado del estudio PREDIMERC en la comunidad de Madrid, cuyos resultados señalan que de los hipertensos tratados el 33% de los varones y el 50% de las mujeres presentaron cifras de presión arterial controlada (Ortiz, 2011).

Al igual que en estudios de países latinoamericanos, como Cuba donde se tiene un porcentaje de control de 45,6%. (Pérez, 2011)

El porcentaje de control óptimo en personas con hipertensión arterial en la CCSS, se presenta como un resultado sólido, que hace pensar que, aún con comorbilidad asociada, el control de las cifras de presión arterial está siendo efectivo; sin embargo, la variabilidad presente entre las Áreas de Salud debe minimizarse para asegurar la equidad de la atención.

Por esto, la estandarización de los sistemas de información y control periódico de los diferentes expedientes electrónicos existentes hasta el momento, debe ser una prioridad para la Institución, esto con el fin de garantizar que la información guarda el principio de trazabilidad.<sup>2</sup>

Por otro lado, se debe destacar la importancia del mantenimiento sistemático de los equipos, lo que ya ha sido recalcado en anteriores informes de evaluación, así como el monitoreo del cumplimiento de la normativa institucional (CCSS, 2010).

---

<sup>2</sup> La propiedad del resultado de una medida o del valor de un estándar donde éste pueda estar relacionado con referencias especificadas, usualmente estándares nacionales o internacionales, a través de una cadena continua de comparaciones todas con incertidumbres especificadas (Joint Committee for Guides in Metrology (JCGM), 2012)

### ***El porcentaje de personas con Diabetes Mellitus que tienen al menos una hemoglobina glicosilada por semestre se mantiene***

Dado que el examen de Hemoglobina glicosilada (Hb<sub>A1C</sub>) refleja las variaciones de la glicemia en los últimos tres meses, su realización periódica es fundamental para determinar la calidad del control de las personas diabéticas (American Diabetes Association, 2014). Su uso en la institución se incorporó desde hace más de una década.

En el 2003 se impulsó su uso rutinario en las Áreas de Salud como parte del control regular del diabético en su programa de atención, al incluirse como criterio de cumplimiento en la Evaluación de Compromisos de Gestión. No obstante, la irregularidad en el abastecimiento del reactivo y la carencia de métodos y equipos estandarizados para el procesamiento de las muestras limitaron su realización y dificultaron los análisis comparativos entre las unidades del Primer Nivel de Atención.

En el 2007, cuando se consideró que dichas limitaciones habían sido superadas, se establece con obligatoriedad el cumplimiento de los exámenes de HbA1C en la guía técnica institucional.

Hoy en día se dispone de los insumos necesarios para que todas las Áreas de Salud realicen la prueba a los diabéticos al menos una vez por semestre, de acuerdo con lo establecido en la guía técnica institucional vigente para la atención de este grupo de personas (CCSS, 2007).

En los últimos cinco años, se ha venido documentando una alta proporción de diabéticos clasificados en la categoría de pobre control glicémico, debido a que no cuentan con exámenes de hemoglobina glicosilada en el año evaluado (DCSS, 2012).

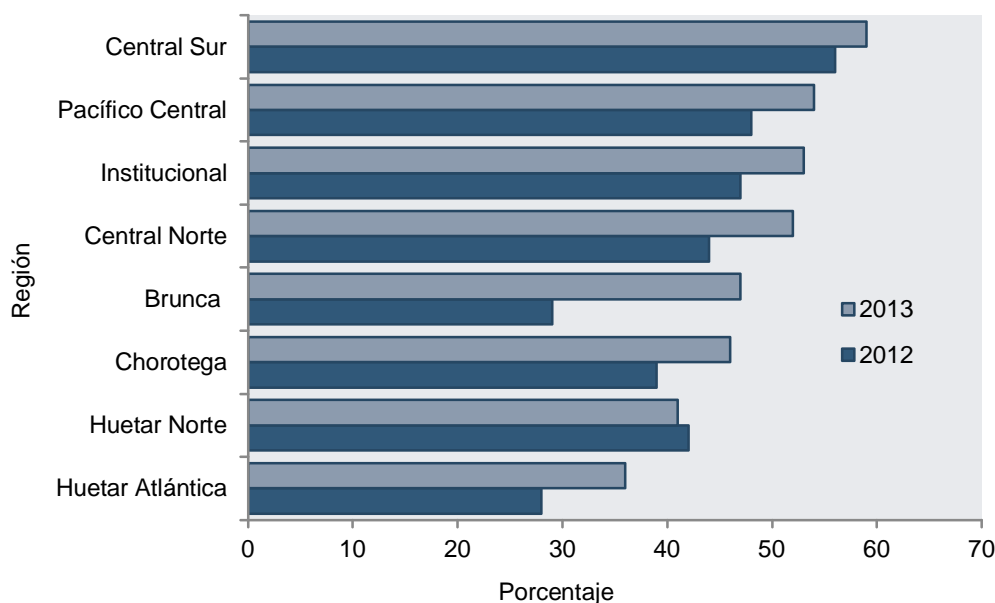
A nivel institucional, en el año 2013, se logró un 53% (IC90 51-53) de diabéticos con HbA1C realizada en ambos semestres, en comparación con un 47% en el 2012 (IC90 46-48), diferencias que no resultaron estadísticamente significativas.

Un aspecto destacable del 2013 es la variabilidad de los resultados entre las regiones. La Huetar Norte tiene el logro más bajo, con porcentajes muy similares entre el 2012(42%) y el 2013 (41%).

Por el contrario, la región que mostró la diferencia más notable fue la Brunca, con un 29% en el 2012 (IC90 25-33) en comparación con un 47% en el 2013 (IC90 44-52) ( $p=0.04$ ). Le siguen, con una variación de 8 puntos porcentuales la Región Central Norte, (44% - 52%) y la Huetar Atlántica (28% - 36%) del 2012 al 2013.

En este sentido, además de que los resultados 2013 parecen favorables, aún se aprecia un nivel de rezago importante en regiones como la Huetar Atlántica y la Huetar Norte, en comparación con los resultados de la Región Central Sur (59% IC90 58-61). Estos resultados muestran que aún puede haber mucho espacio para mejorar (Gráfico 15).

GRÁFICO 15  
CCSS: DIABÉTICOS<sup>1/</sup> CON AL MENOS UNA HEMOGLOBINA GLICOSILADA  
POR SEMESTRE SEGÚN REGIÓN, 2012-2013



<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Liberia y Coto Brus.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2012 y 2013.

Los esfuerzos locales por lograr una hemoglobina glicosilada semestral de las personas diabéticas, son importantes por su contribución a la reducción del pobre control metabólico. Por otro lado, la mejoría en la disponibilidad del reactivo en los laboratorios de las Áreas de Salud, es otro factor clave en la mejoría de los resultados.

### **Se avanza en el control óptimo de las personas con Diabetes Mellitus**

Para la medición del control glicémico óptimo se toma como referencia un valor de hemoglobina glicosilada menor o igual a 7%. (CCSS, 2007) Para su evaluación se tomó el valor de HbA1c del último examen realizado en el año evaluado, según la fecha de reporte del laboratorio.

A nivel institucional, los resultados muestran que el porcentaje de control óptimo de los diabéticos en el 2013 es discretamente mayor que en el 2012. No obstante, este comportamiento positivo a nivel general parece estar determinado por las diferencias que mostraron dos de sus regiones:

- Región Brunca, que en el 2012 logró un 35% (IC90 31-39) y en el 2013 un 43% (IC90 40-47),
- Región Chorotega, que presentó un 31% en el 2012 (IC90 28-34) y en el 2013 un 41% (IC90 38-44).

Las demás regiones presentaron crecimientos del 2012 al 2013 de menor magnitud.

Es destacable que las regiones señaladas, que mostraron un incremento mayor, fueron dos de las

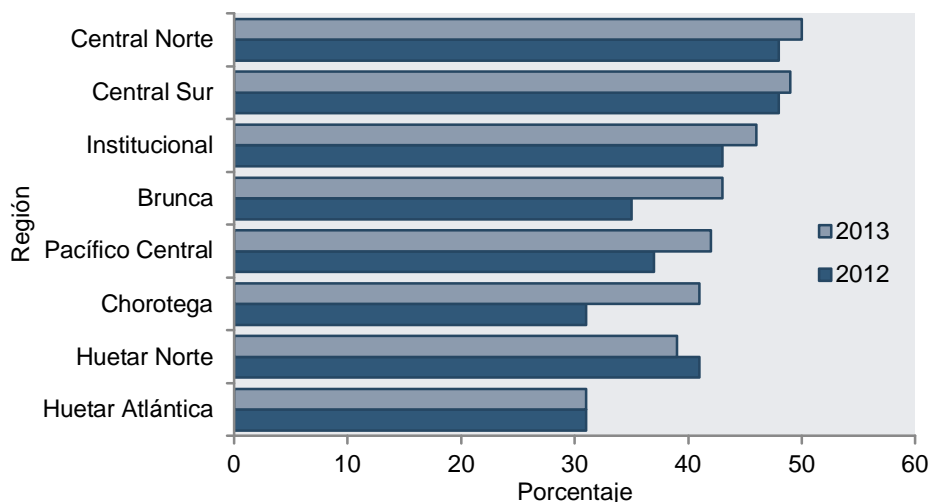


tres regiones que venían presentando los porcentajes de control óptimo más bajos.

los porcentajes de control óptimo entre las regiones en el 2013 puede apreciarse en el Gráfico 16.

Lo anterior produce un cierre de brechas entre regiones. Esta disminución en la variabilidad de

GRÁFICO 16  
CCSS: DIABÉTICOS<sup>1/</sup> CON CONTROL GLICÉMICO ÓPTIMO  
SEGÚN REGIÓN, 2012 - 2013



<sup>1/</sup>No incluye las Áreas de Salud de Liberia y Coto Brus.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2012 y 2013.

De acuerdo con el National Health and Nutrition Survey (NHANES) del 2004, el 55% de los estadounidenses adultos diabéticos se encontraban en la categoría de control óptimo, con valores de hemoglobina glicosilada inferiores a 7% (Hoerger, 2008). El dato de esta última encuesta nacional representa el porcentaje más alto alcanzado en la población diabética atendida de los Estados Unidos y con tendencia a mejorar aún más.

En relación con esos datos, aunque no son directamente comparables por sus diferencias metodológicas, el porcentaje de diabéticos con valores de HbA1c estrictamente menor a 7% es 43% en el 2013, resultado que representa un nivel relativamente satisfactorio.

Por la naturaleza de este indicador, es difícil encontrar variaciones sustanciales de un año a otro. Su mejoría exige múltiples acciones dentro y fuera de los servicios de salud y el compromiso de autocontrol de la persona diabética.

El incremento general en la proporción de diabéticos con glicemia óptimamente controlada

representa un logro importante que debe mantenerse en conjunto con otras estrategias de reducción multifactorial del riesgo que van más allá del control glicémico.

Sólo de esta forma se podrá mejorar verdaderamente su calidad de vida, previniendo de manera eficaz las complicaciones agudas y disminuyendo el riesgo de que aparezcan en un largo plazo las severas complicaciones vasculares que la caracterizan (American Diabetes Association, 2014).

**Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus con control metabólico óptimo: primer aporte para la construcción de una línea base**

Uno de los más importantes retos que debe asumir la evaluación en un futuro cercano, con respecto a las personas diabéticas, es implementar la medición del control metabólico en su dimensión más amplia y correcta. La expresión %control metabólico óptimo+ con frecuencia se ha utilizado como sinónimo de %control glicémico+

Si bien la glicemia puede considerarse el eje central de las acciones para el manejo de las personas diabéticas, en el contexto de la salud cardiovascular, los criterios de control deben ir más allá de esta medición (CCSS, 2007). Estas variables merecen ser ponderadas porque en determinados momentos se convierten en factores que agregan riesgo cardiovascular independientemente del nivel glicémico.

Con base en este enfoque, para los años 2014-2018 se incluyeron tres indicadores independientes, que en su conjunto consideran los elementos esenciales del control metabólico en las personas atendidas con Diabetes Mellitus tipo 2: control glicémico, control de presión arterial y control lipídico. Las cifras meta para establecer el control óptimo en cada uno de estos indicadores, son las siguientes:

- Control glicémico: hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7%
- Control de cifras tensionales: ambas menores a 130/80 mmHg.
- Control lipídico: colesterol-LDL menor a 100 mg/dl o colesterol no HDL menor a 130 mg/d

Con el objetivo de crear un solo indicador que integre las tres variables, durante la evaluación del 2013 se recolectó por primera vez esta información en las personas diabéticas atendidas.

De acuerdo con los criterios de control óptimo descritos para cada variable, los resultados 2013 se representan en los siguientes porcentajes (se incluyen las metas proyectadas al 2018):

Variable	Institucional	Meta 2018
HbA1c	46	52
Presión arterial	37	40
LDL-colesterol	31	52
Control metabólico óptimo	6	-

El porcentaje de control metabólico óptimo representaría la proporción de personas diabéticas que cumplieron en el 2013 con los tres criterios descritos. Estos resultados muestran la primera medición integrada que se realiza a nivel regional e institucional. Se espera obtener mayor información para definir la meta 2018 que se utilizará para este indicador.

La consecuencia de integrar las tres variables de control óptimo en un solo indicador es la reducción notable de los logros, evidenciando que el control metabólico óptimo en las personas diabéticas es una tarea difícil del alcanzar.

Se observa que el promedio institucional de control metabólico óptimo es considerablemente bajo, con una proporción cercana al 94% de personas diabéticas que no cumplen con los tres criterios.

Al parecer, el logro institucional se acerca a la meta 2018 en el criterio de presión arterial, datos congruentes con los avances en este tema, descritos en el indicador de control óptimo de las personas hipertensas. El caso contrario se muestra en el control lipídico, donde aún existe una brecha apreciable. Diferencias menores se observan en el control glicémico, lo cual refleja que muchas unidades han alcanzado un nivel relativamente satisfactorio en esta variable.

Es importante señalar que desde la perspectiva de salud cardiovascular de la persona diabética, el hecho de no contar con todas las variables controladas implica algún grado de deterioro que debe tenerse presente al momento de establecer cualquier plan terapéutico. La valoración integral del usuario y su contexto, es fundamental para encontrar éxito en las medidas preventivas y terapéuticas instauradas.

### ***Porcentaje de personas con Dislipidemia con control óptimo de LDL: construcción de línea base institucional***

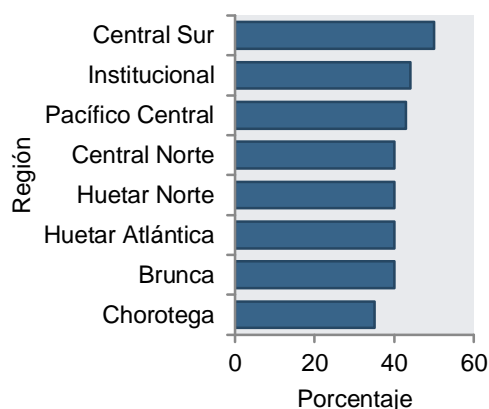
La disminución de los niveles de LDL-colesterol es una estrategia ideal para reducir la carga de enfermedad cardiovascular (Grundy, 1993).

La intervención considerada para la evaluación institucional del control óptimo de la dislipidemia ha tenido cambios en relación a la población blanco en el transcurso de los años, así como en los criterios evaluados, por lo que no se han podido hacer comparaciones de los resultados. Una de las principales limitaciones era la inclusión de la estratificación del riesgo hecho por el médico tratante para la valoración del control óptimo, que no siempre era adecuada o no se registraba en el expediente.

Los resultados del año 2013 son los primeros datos que se tienen considerando solamente los factores de riesgo y los valores de perfil lipídico encontrados en el expediente médico, obviando la estratificación realizada por el médico.

A nivel institucional, el porcentaje de control óptimo de LDL-colesterol obtenido en las personas dislipidémicas es de 44%, encontrándose que el cumplimiento más alto corresponde a la región Central Sur y el más bajo a la región Chorotega (Gráfico 17).

GRAFICO 17  
CCSS: PERSONAS ATENDIDAS POR DISLIPIDEMIA CON CONTROL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL POR REGIÓN, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

El cumplimiento de la Guía para la Detección, el Diagnóstico y el Tratamiento de las Dislipidemias para el primer nivel de atención - 2004, es determinante para el control de las personas con Dislipidemia, sin embargo hay que tomar en cuenta que ésta se basa en los datos del ATP III (Adult Treatment Panel III) del 2001, razón por la cual algunos médicos utilizan algunos estudios más recientes para tratar a sus pacientes, pero según el criterio del Área de Atención Integral a las Personas, hasta que no exista una nueva guía Institucional se debe continuar con el cumplimiento de la existente.

Los resultados del porcentaje de dislipidémicos con control óptimo entre las áreas de salud son variables. Por esa razón, para su estudio se hizo una distribución de la áreas según estuvieran por abajo del percentil 10 (27%) o por arriba del percentil 90 (62%) (Cuadro 14).

CUADRO 14  
CCSS: ÁREAS DE SALUD QUE SE UBICAN EN EL PRIMER Y ÚLTIMO DECIL DEL PORCENTAJE DE CONTROL ÓPTIMO EN PERSONAS CON DISLIPIDEMIA, 2013 (porcentajes)

PRIMER DECIL (10.9 - 26.7)		ÚLTIMO DECIL (62.5 . 72.7)	
San Rafael de Heredia	26.7	Carpio-León XIII	72.7
Limón	25.7	Aserri	69.0
Carrillo	25.6	Escazú	68.9
Golfito	25.5	Los Chiles	68.5
Desamparados 1	22.8	Turrialba-Jiménez	66.3
Heredia Cubujuquí	22.5	Corralillo-La Sierra	65.6
Parrita	22.2	Cartago	65.1
Alajuela Norte	22.1	San Sebastián-Paso Ancho	64.8
Naranjo	17.8	Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	62.9
Nicoya	17.0	Garabito	62.8
Aguas Zarcas	10.9	San Pablo	62.5

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

El seguimiento de los resultados de estos dos grupos de unidades es importante a fin de identificar los obstáculos para el mejoramiento del porcentaje de control óptimo por un lado, y para corregir los problemas de registros que podrían estar afectando los resultados obtenidos.

En el ámbito internacional, los estudios sobre control de LDL colesterol se han llevado a cabo en grupos específicos de personas con Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus, o se presentan desagregados por cifras de LDL. Tal es el caso del estudio PRECIAR de la Comunidad de Madrid, donde encontraron un 4% de personas con LDL menor a 100 y 24,2% menor a 130 mg/dl (Martínez, 2001), que aunque metodológicamente no pueden ser comparados con los resultados institucionales, proporcionan una referencia de resultados obtenidos para grupos específicos de riesgo.

A nivel institucional, el apego al cumplimiento de la Guía para la Detección, el Diagnóstico y el Tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención 2004, es esencial para garantizar una atención estandarizada y de calidad en los servicios de salud a la población dislipidémica.

La estandarización y control periódico de los Sistemas de información así como de los diferentes expedientes electrónicos existentes hasta el momento, debe ser una prioridad para la Institución, esto con el fin de garantizar que la información guarda el principio de trazabilidad.

El evitar los desabastecimientos de reactivo para la realización de los perfiles lipídicos en cada una de las Áreas de Salud, es deseable y pilar de la intervención.

### ***En el 85% de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en el área de Urgencia de los hospitales la aplicación de la terapia trombolítica dio inicio en los primeros 30 minutos***

La evaluación de la oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica (estreptoquinasa), en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en las áreas de Urgencia se incluyó en la EPSS de los hospitales no especializados a partir del año 2004.

Desde entonces, su apreciación se ha hecho con la medida del tiempo puerta-aguja, que determina la demora en minutos (*tiempo*) que transcurre desde que el paciente solicita atención (*puerta*) hasta que la aplicación de la estreptoquinasa da inicio (*aguja*), y que cuenta con un firme respaldo teórico (Krumholz, y otros, 2008) y metodológico (Masoudi, y otros, 2008) como indicador de calidad y desempeño de los servicios.

Para el año 2013, la EPSS planteó como meta que en el 100% de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado el tiempo puerta-aguja fuera de 30 minutos o menos.

Esta es la demora usada internacionalmente como parámetro para la evaluación de lo relativo a la oportunidad (O`Gara, 2013) (Steg, 2012) (NHQR, 2014) y es complementaria a la establecida en la guía clínica institucional de 60 minutos o menos (CCSS, 2013)

Durante la evaluación se consideraron todos los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado que fueron listados por las Jefaturas del área de Urgencia de los hospitales, y que a su criterio cumplieron lo relativo a los requisitos establecidos en la ficha técnica.

La pertinencia de los casos fue verificada, primero, en el campo, por los evaluadores, teniendo como fuente los expedientes de salud de los pacientes, y después, en la Dirección de sede, a partir de la revisión de las observaciones registradas en las Actas y los formularios con los datos.

A diferencia de los años anteriores, para el análisis de los resultados del 2013 se garantizó que la demora en cada caso fuera atribuible principalmente al desempeño de la unidad, y no a circunstancias de la presentación o la condición de los pacientes, por tanto, los resultados entre años no son comparables.

El total evaluado fue de 185 casos, es decir, 185 personas, ya que ninguna persona originó más de un caso. La distribución por sexo fue 76% hombres y el resto mujeres. La edad promedio fue de 63 años en general con una desviación estándar de: 12,5 años, 61 años los hombres y 70 años las mujeres, en promedio.

Hubo cinco casos no válidos, ya sea porque en el expediente no se encontró registrada la hora de aplicación de la estreptoquinasa, o de hallarse, no

se logró tener certeza de su exactitud, por lo que al final el total de casos válidos fue de 179.

Del total de casos válidos, un 85% tuvo un tiempo puerta-aguja de 30 minutos o menos. Por otra parte, en el 97% de los casos la aplicación de la estreptoquinasa se inició dentro del período de demora de 60 minutos o menos, que es la meta institucional.

Por otro lado, se exploró la posible asociación entre la variable dependiente %tiempo puerta-aguja+ medida en minutos y las variables explicativas: edad, sexo, día de la atención, hora de la atención y tipo de hospital.

De éstas, solamente la variable %tipo de hospital+ resultó significativa, dándose la mayor demora del tiempo puerta-aguja en los hospitales periféricos, para los cuales en el 50% de los casos el tiempo de demora fue de 24 minutos o menos.

Tipo de hospital	Mediana (en minutos)
Periféricos	24,0
Nacionales	18,0
Regionales	16,5

La comprobación de este hallazgo, sin embargo, requiere el desarrollo una investigación con un alcance mayor al objetivo de este informe. En ese sentido, es importante investigar la variabilidad encontrada según tipo de hospital relativa a la oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado.

### **Hay cinco hospitales con mortalidad mayor a la esperada**

La mortalidad intrahospitalaria es una medida resumen de calidad de la atención hospitalaria que ha sido utilizada por la mayoría de agencias de evaluación del desempeño, con el objetivo de mejorar la atención hospitalaria (Jarman B, 1999).

El análisis busca identificar los centros con un exceso de muertes hospitalarias respecto a lo esperado, según las principales características de los pacientes y del tipo de centro hospitalario donde fue atendido. Consiste en el cálculo del

Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustada por Riesgo (IMHAR) (CIHI, 2012).

En la estimación del IMHAR se requieren los siguientes procesos:

- Obtener las defunciones observadas en cada hospital.
- Estimar las defunciones esperadas, que se obtienen de la suma de las probabilidades de defunción de cada episodio individual. La probabilidad individual de defunción se calcula mediante un modelo de regresión logística binaria, que incorpora como variables explicativas: edad, sexo, estancia hospitalaria, vía de ingreso al hospital y grupo de comorbilidad representado por el Índice de Charlson, según la metodología actualizada de Quan et al (Quan, 2011).
- Obtener el valor del IMHAR para cada centro hospitalario, dividiendo las muertes observadas entre las muertes esperadas y multiplicando 100.
- Calcular el intervalo de confianza al 95%, para determinar si el IMHAR es estadísticamente diferente a la tasa nacional.

Para este informe se calcula el IMHAR para el grupo de hospitales generales. La fuente de información es la base de datos de egresos hospitalarios del Área de Estadística en Salud, de los años 2012-2013.

Los hospitales con valores significativamente superiores a 100 no son deseables, dado que registran mayores defunciones que las esperadas según las características de los pacientes atendidos. Para el análisis se establecen tres categorías del IMHAR:

- Mortalidad alta: si el límite inferior del intervalo de confianza del IMHAR es superior a la tasa nacional.
- Mortalidad baja: si el límite superior del intervalo de confianza del IMHAR es inferior a la tasa nacional.
- Mortalidad similar al promedio nacional: si la tasa nacional está contenido dentro del intervalo de confianza del IMHAR.

En el 2013 se registraron 6.930 defunciones en los hospitales generales públicos de Costa Rica, un 2.3% de los egresos registrados en dichos centros.

En el gráfico 18 se muestran los resultados del índice de mortalidad para los años 2013. Para cada centro y año se representa el IMHAR y los intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Para el período estudiado se presenta una moderada variabilidad en la mortalidad intrahospitalaria. Esta variabilidad es mayor en los centros de menor complejidad.

En el 2013 se determinó que cinco hospitales presentan defunciones significativamente superiores a las esperadas (mortalidad alta), los cuales deberían ser considerados objeto de mayor estudio.

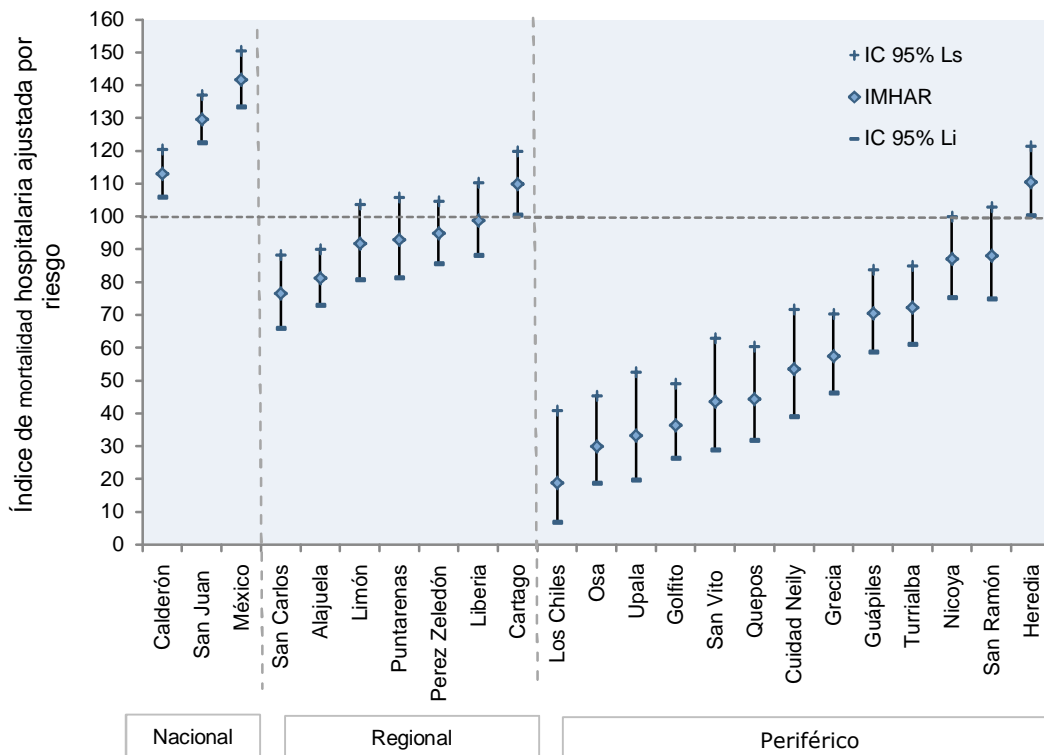
Los hospitales no registran variaciones estadísticamente significativas entre los resultados del 2013 respecto al 2012. Sin embargo, dos hospitales pasaron de la categoría de mortalidad similar al promedio nacional a la de mortalidad alta; y un hospital pasa del grupo de baja

mortalidad al de mortalidad similar al promedio nacional.

A partir del modelo multivariado, utilizado para estimar el IMHAR, se determinó que existe un mayor riesgo de morir en los hombres que en las mujeres, y una mayor probabilidad de morir en los grupos de edad avanzados respecto a los primeros años de vida. Además, una muy alta probabilidad de muerte si el paciente ingresa por emergencia respecto a si lo hace de forma programada.

Respecto a la comorbilidad del paciente, medido por el índice de Charlson, se corrobora lo indicado en la literatura internacional (Quan, 2011), que existe una mayor probabilidad de muerte para aquellos pacientes que presentan un índice positivo respecto al que no presenta comorbilidades.

GRÁFICO 18  
CCSS. ÍNDICE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA AJUSTADA POR RIESGO SEGÚN HOSPITAL, 2013



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud. 2013

Se recomienda implementar medidas para disminuir la mortalidad hospitalaria tomando como base las estrategias utilizadas a nivel internacional (Whittington, 2005). La disminución de las defunciones intrahospitalarias en varios hospitales de Estados Unidos está asociada a la implementación de mejoras en varios grupos de pacientes, un equipo exitoso de respuesta rápida, una comisión de revisión de la mortalidad e informes estrictos de errores e identificación de eventos adversos.

Además, fue clave la participación de todo el personal y el alineamiento de la labor de reducción de la mortalidad con el resto de objetivos del hospital (Wright, 2006).

## G. Dimensión de Eficiencia.

### ***Aumenta el número áreas de salud con niveles altos de eficiencia en su gestión***

La evaluación de la eficiencia de las Áreas de Salud se inició en el año 2010, con la inclusión del Índice de Eficiencia Relativa (IER) que utiliza Análisis Envolvente de Datos (DEA por sus siglas en inglés), para su cálculo.

El indicador se construyó con una metodología participativa, la cual contó en la etapa de diseño, con la participación de los equipos regionales y se probó en el año 2010, con un análisis crítico de los resultados por parte de las Áreas.

El índice hace una comparación de las unidades en función de la cantidad de recursos que utilizan y la producción que obtienen, los cuales se definen con anterioridad y son comunes a todas las unidades.

En los recursos se incluyó el recurso humano en atención directa de la población y el gasto en servicios no personales y materiales y suministros. Como productos se consideraron las atenciones de profesionales de la salud y las visitas domiciliarias y otras atenciones de ATAP. Se incluye también, como recurso no controlable, la cantidad de población y como producto la cobertura total, definida como atenciones médicas de primera vez en el año divididas por la población total.

Los datos utilizados en el análisis se definen de manera participativa, con el fin de tomar en cuenta particularidades de las Áreas, en relación con los recursos utilizados y con la producción. Las unidades pueden exponer en detalle las situaciones especiales que interfirieron con sus procesos productivos en el año, es decir, situaciones no capturadas por los sistemas de información institucionales.

En el año 2013 se realizó un esfuerzo particular para incorporar nuevos productos al indicador, tales como actividades grupales, barridos epidemiológicos y procedimientos ambulatorios programados. Este esfuerzo busca dar un trato equitativo a las unidades que destinan mayor cantidad de recursos a este tipo de producción.

### Dimensión de Eficiencia:

• • •

Aumenta el número áreas de salud con niveles altos de eficiencia en su gestión.

A nivel hospitalario el ausentismo en la consulta médico especializada programada aumenta, así como la sustitución de las personas ausentes.

El porcentaje de altas se incrementa en los hospitales regionales, mientras que a nivel institucional persisten especialidades críticas con un bajo porcentaje.

Aumenta la ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos en el periodo 2000 . 2013.

Se logra un tiempo promedio de anestesia por quirófano de 5,2 horas por día, utilizándose el 76% de los días hábiles disponibles en el año.

La producción hospitalaria en internamiento se ha mantenido constante en el último decenio.

Moderado incremento en el costo de hospitalización.

Se evidencia una gestión ineficiente de la cama hospitalaria en la mayoría de centros.

Entre los resultados obtenidos cabe destacar que más de la mitad de las Áreas<sup>3</sup> se situaron en la frontera de eficiencia del 2013, con un IER de 100% y solo una unidad obtuvo un IER inferior a 70%.

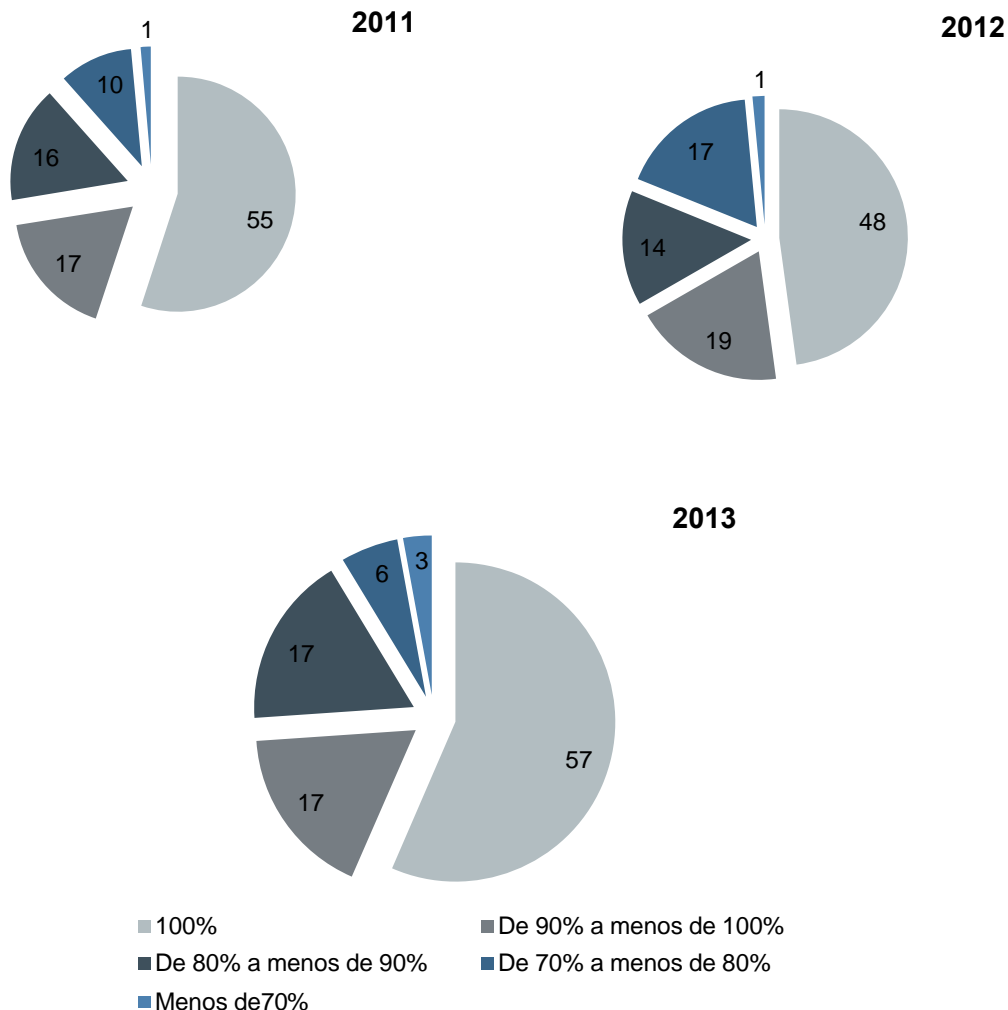
<sup>3</sup> El IER incluye sesenta y nueve Áreas de Salud; se excluyeron trece unidades no administradas directamente por la CCSS y dos adscritas a Hospitales, por no contarse con información suficiente para el cálculo del Índice



La distribución del IER 2013 es similar a la obtenida en los años anteriores, mostrando un comportamiento relativamente estable. Un 28% de las unidades obtuvo un IER de 100% en los tres años analizados y un 54% se ubicó por encima del 90% durante el trienio (Gráfico 19).

En el lado opuesto, siete Áreas se mantuvieron los tres años analizados por debajo del 90%. Esto podría estar evidenciando que, pese a los problemas que siguen existiendo en la calidad de la información, el IER tiene una estabilidad aceptable, mostrando ser un buen indicador de la eficiencia de las Áreas de Salud.

GRÁFICO 19  
CCSS: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE EFICIENCIA RELATIVA (IER), 2011-2013



FUENTE: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2011-2013

Al comparar los resultados de ese periodo se tiene que un 28% de las Áreas no varió el IER, un 40% tuvo una variación de hasta 15 puntos porcentuales, en tanto, un 33% tuvo variaciones superiores a los 15 puntos.

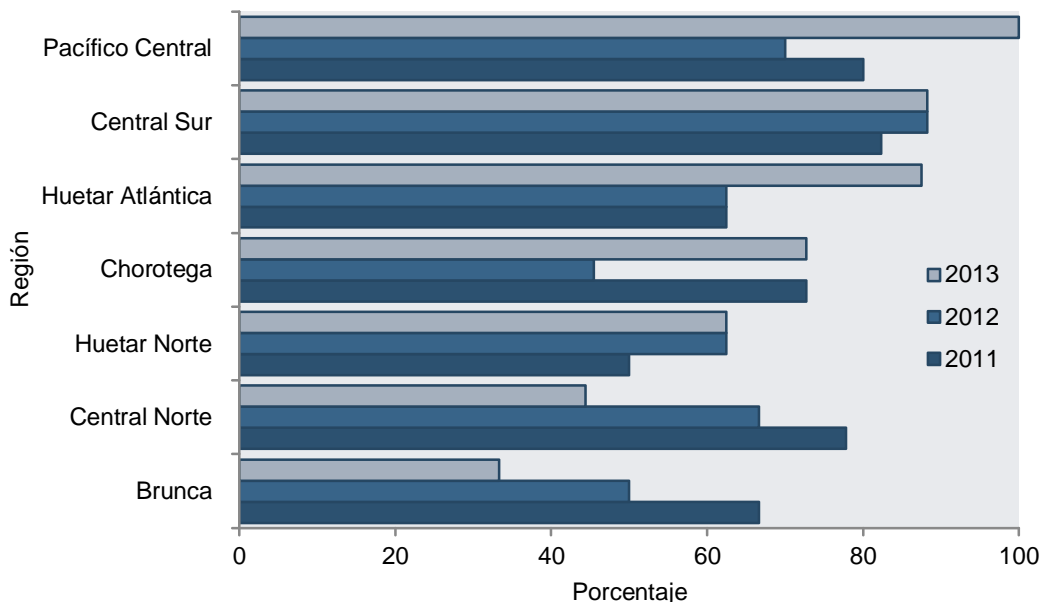
En términos regionales, en el 2013 sobresale la Región Pacífico Central, donde todas las unidades obtuvieron un IER por encima del 90%, seguida de

las regiones Central Sur y Huetar Atlántica con un 88% de las Áreas con IER por encima de esa cifra.

En el otro extremo se encuentra la Región Brunca, en la que solo una tercera parte de sus unidades se ubicó en la frontera de eficiencia. En esta región, así como en la Central Norte, se observa una reducción persistente del porcentaje de Áreas

que se ubican en la frontera de eficiencia (Gráfico 20).

GRÁFICO 20  
CCSS: PORCENTAJE DE UNIDADES CON IER SUPERIOR AL 90%, SEGÚN REGIÓN. 2011 - 2013



FUENTE: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2013.

Es importante evidenciar que para el año 2013 la información enviada por los representantes locales distó mucho de estar estandarizada, pues las unidades no aprovecharon en la misma medida los espacios que da el indicador para describir las situaciones especiales que interfirieron con la eficiencia de las unidades.

Ante esta situación, para completar y verificar los datos, se recurrió a las estadísticas preliminares, facilitadas por el Área de Estadísticas en Salud, no obstante, se pierde la posibilidad de evidenciar y reconocer la particularidades de las unidades, lo que perseguía el Instrumento de Recolección de Información enviado a las áreas.

Es importante también resaltar que la eficiencia de una unidad la determina el trabajo diario de cada uno de los miembros del equipo, por tanto, es importante que los resultados de la evaluación sean conocidos por ellos.

Uno de los objetivos de utilizar una metodología participativa para recolectar la información dirigida a evaluar la eficiencia de las unidades, es que los miembros del equipo sean conscientes de su compromiso con la eficiencia y aporten información que ayude a una evaluación más equitativa

En este sentido, es deseable promover la participación de los miembros del equipo en el llenado del Instrumento de Recolección de Información, así como en el análisis de los resultados.

Finalmente, se considera necesario fortalecer la capacitación de los representantes locales, con miras a lograr una mejor comprensión del indicador y una mayor estandarización en la información utilizada para la evaluación.

### ***A nivel hospitalario el ausentismo en la consulta médico especializada programada aumenta, así como la sustitución de las personas ausentes***

La consulta especializada es una de las áreas con mayor demanda asistencial a nivel hospitalario y la espera para el acceso es percibida por la población como un aspecto de la calidad del sistema sanitario.

En la institución, la carencia de médicos especialistas limita el acceso a los servicios especializados, y a pesar de esa realidad, se pierden citas programadas, porque el paciente no acude a recibir la atención, haciendo ineficiente la consulta externa

El ausentismo de los pacientes representa un problema para los servicios que repercute en la calidad de la prestación, el aumento de los costos, la lista de espera y limita a otros usuarios en lista de espera para acceder a la consulta especializada.

Se considera ausente, aquella persona con cita en consulta externa, que transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita, no se presenta para su atención y su ausencia es razón suficiente para que se proceda a su sustitución por otra u otras personas, según sea el caso (Madrigal R. , Catálogo de definiciones de actividades de Atención en los Servicios de salud de la CCSS, 2012).

El porcentaje de ausentismo se refiere a las citas que dejaron de efectuarse, respecto al total de consultas médicas especializadas programadas en el año. Éste último se obtiene sumando las citas pérdidas (ausentes) del período y el total de consultas efectuadas; posteriormente a ese resultado, se le restan las citas sustituidas y las citas por recargo del mismo período (DCSS, 2010).

La sustitución de las personas ausentes en la consulta médica especializada, que por diversos motivos no puede acudir a la cita, permite recuperar los costos ligados a esa consulta y evita acentuar el problema de listas de espera.

Las citas sustituidas son las que se otorgan el mismo día de la atención de la consulta externa

programada, para ocupar la cita asignada a otra persona con anterioridad y que transcurrido el tiempo establecido no se presentó. Las citas sustituidas reportadas no pueden ser mayores a las citas perdidas (Madrigal R. , 2012).

El porcentaje de sustitución se refiere a las citas ausentes sustituidas respecto al total de citas perdidas en el año. (DCSS, 2010)

Para el análisis se utilizan los datos del consolidado de Consulta Externa del cuadro 11 del Informe Estadístico del Área de Estadística en Salud, de los años 2011, 2012 y 2013. El registro del dato de ausentismo en la mayoría de centros hospitalarios se realiza en forma manual.

El análisis incluye los 29 centros hospitalarios, se excluyen los centros especializados: Clínica Oftalmológica y Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

La UTLE define como especialidad crítica aquella que es prioritaria de seguimiento, por presentar mayores plazos y/o mayor número de pacientes en espera de ser valorados por el especialista (UTLE, 2009).

El análisis por especialidades críticas se circunscribe a Ortopedia y Cirugía General, por ser las que tienen más cantidad de personas en espera, y Vascular Periférica, por ser la que tiene más días de espera para cirugía.

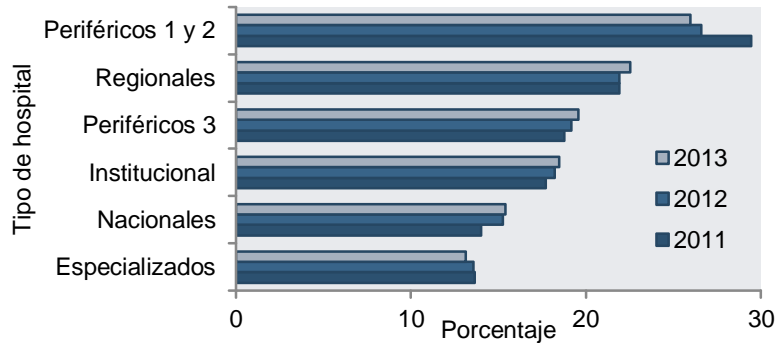
#### ***Ausentismo***

En el año 2013, a nivel institucional, el ausentismo aumentó en todos los tipos de hospital, a excepción del especializado y periférico 1 y 2. De un total de 2.446.975 consultas de médico especialista programadas en el segundo y tercer nivel hospitalario, un 19% se registró como citas ausentes. (Gráfico 21).

Entre los hospitales con más ausentismo sobresalen el Tony Facio, el Carlos Luis Valverde Vega y el Manuel Mora Valverde.

En vista de que los hospitales nacionales y especializados concentran la mayor cantidad de recurso médico especialista, se puntualiza el comportamiento del ausentismo en cada uno de ellos. Este grupo de hospitales, en su conjunto, programan casi la mitad del total de consultas de médico especialista.

GRÁFICO 21  
CCSS: PORCENTAJE DE AUSENTISMO POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2011-2013



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud, 2011-2013.

El Hospital Calderón Guardia tuvo el crecimiento mayor en el porcentaje de ausentismo respecto al 2011 y ese crecimiento explica el aumento del ausentismo observado a nivel del grupo de los hospitales nacionales. En los otros dos hospitales la variación de este porcentaje fue mínima.

En relación a los hospitales especializados, éstos atienden poblaciones muy disímiles, lo que impide realizar comparaciones entre ellos. Sin embargo, los datos muestran una tendencia a la reducción del porcentaje de ausentismo del año 2011 al 2013.

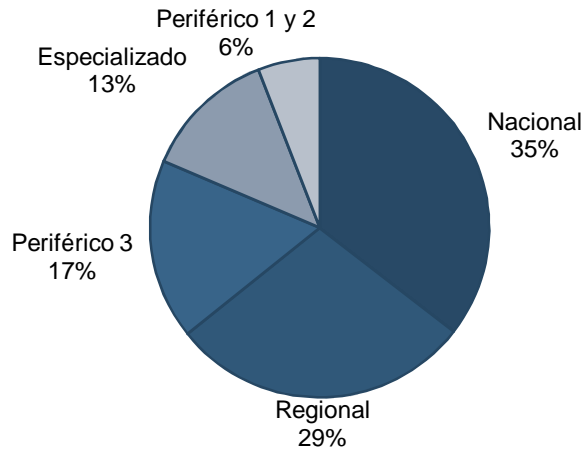
Cabe destacar que los hospitales Psiquiátrico y Blanco Cervantes presentan la mayor reducción

del ausentismo al 2013, a pesar de las características del paciente psiquiátrico y adulto mayor, cuyas condiciones pueden favorecer que el paciente no acuda a la cita.

Desde otra perspectiva, se realiza un análisis de cada uno de los componentes del porcentaje de ausentismo: consultas programadas y citas ausentes.

En relación a la cantidad total de consultas programadas, en el año 2013 a nivel institucional, el mayor aporte corresponde a los hospitales nacionales, lo que se explica porque ellos concentran la mayor cantidad de especialistas (Gráfico 22).

GRÁFICO 22  
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTAS DE MÉDICO ESPECIALISTA PROGRAMADAS POR TIPO DE HOSPITAL, 2013

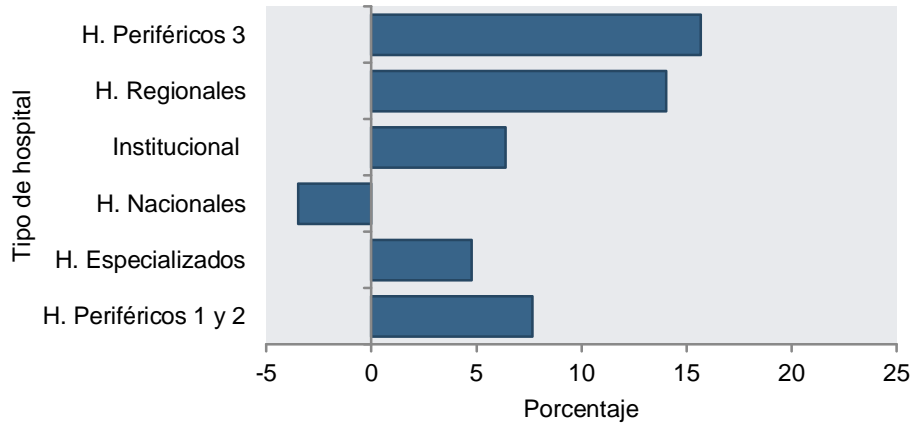


FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud, 2013.

En comparación al año 2011, se incrementó el total de consultas de médico especialista

programadas, principalmente en el grupo de hospitales periféricos 3 (Gráfico 23).

GRÁFICO 23  
CCSS: VARIACIÓN DE CONSULTAS PROGRAMADAS POR TIPO DE HOSPITAL, 2011 y 2013



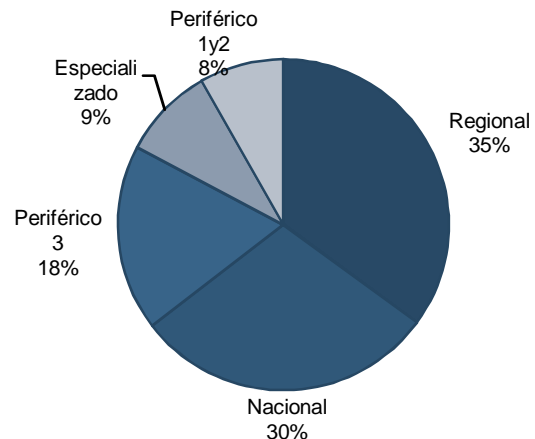
FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud, 2011 y 2013

El crecimiento de consultas programadas de especialistas a nivel institucional, fue de un 6%, pasando de 2.310.418 consultas en el 2011 a 2.446.975 consultas en el 2013. En el grupo de hospitales nacionales se dejaron de programar 31.470 consultas respecto al 2011, por el contrario, en los regionales se programaron de más, 86.561 consultas de médico especialista.

Al analizar las citas ausentes por tipo de hospital, los regionales presentan la proporción más alta a nivel institucional, seguido de los hospitales nacionales (Gráfico 24).

En relación a los tres hospitales nacionales, la programación de consultas de médico especialistas se redujo respecto al año 2011. La reducción fue de 5% en los hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios, que corresponden a 16.544 y 14.026 consultas, respectivamente. En el México la reducción fue de 900 consultas.

GRÁFICO 24  
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS CITAS AUSENTES POR TIPO DE HOSPITAL, 2013



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud, 2013

De los centros especializados, los hospitales Nacional de Niños y Psiquiátrico programaron menos consultas de médico especialista respecto al 2011, el resto aumentó las consultas programadas.

Al comparar el año 2013 con el 2011, el total de citas ausentes se incrementó en un 11%. Cabe destacar que en los hospitales nacionales se dio un aumento de la cantidad de citas ausentes en un total de 7.608.

Con respecto a las especialidades críticas, la cantidad de consultas programadas en Cirugía General se incrementó en un 8% respecto al 2011. Las tres especialidades críticas analizadas programaron en conjunto 9.294 consultas de más respecto al 2011. De las cuales, el 87% corresponde a Cirugía General, el 9% a Vascular Periférica y el 4% a Ortopedia.

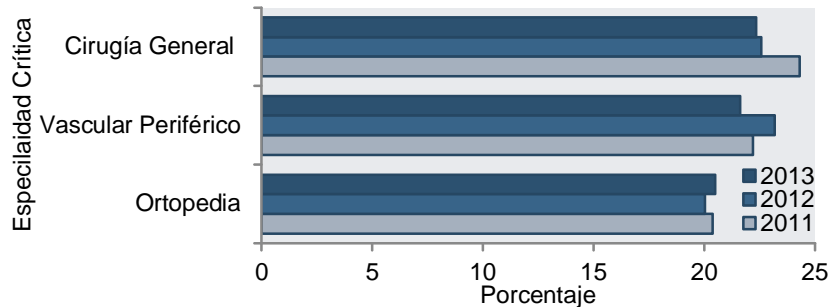
En el caso del hospital Calderón Guardia el aumento de citas ausentes fue de 6.906 citas, mientras en el Hospital México, la cifra fue de 811 citas más respecto al 2011.

En el grupo de centros especializados, las citas ausentes se redujeron en el hospital Nacional de Niños y en el Psiquiátrico, respecto al 2011. En el

resto de establecimientos, se incrementó la cantidad de citas ausentes.

En relación con las especialidades críticas Cirugía General, Ortopedia y Vascular Periférica, cada una presentó un 20% o más de ausentismo de las consultas programadas (Gráfico 25).

GRÁFICO 25  
CCSS: PORCENTAJE DE AUSENTISMO POR ESPECIALIDAD CRÍTICA SEGÚN AÑO, 2011-2013



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud, 2011-2013

En términos generales, comparado con el año 2011, la cantidad de citas ausentes se mantuvo similar en las tres especialidades. En Ortopedia pasa de 46.308 en el 2011 a 45.992, en Cirugía General de 28.524 a 28.012 y en Vascular Periférica de 8.093 a 8.114.

**Sustitución**

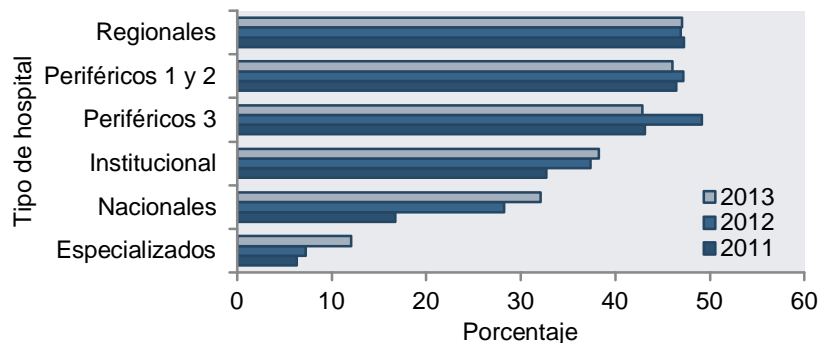
En el 2013 hubo un total de 459.534 citas ausentes, de las cuales, con el proceso de sustitución, se logró reducir esa cantidad a 283.612 citas.

El porcentaje de sustitución fue de un 38% a nivel institucional; este porcentaje se ha visto

incrementado en los últimos años, sin embargo, no se puede obviar la influencia que pudo haber tenido en ese aumento la mejora en el registro. Desde el año 2010, la diferenciación entre los registros de sustitución y recargo, se reflejan en un aumento de la sustitución y una disminución del recargo.

La sustitución en los hospitales regionales fue de 47%, el porcentaje más alto por tipo de hospital, que no ha variado respecto al 2011. Destaca el incremento de hospitales nacionales y especializados, de 17% a 32% en los primeros y de 6% a 12% en los segundos (Gráfico 25).

GRÁFICO 26  
CCSS: PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2011-2013



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud, 2011-2013.

En el año 2013, el aumento en la cantidad de citas sustituidas fue de 39.740 consultas de más respecto al 2011. La proporción de citas sustituidas creció en todos los tipos de hospital a excepción del periférico 1 y 2.

A nivel de los hospitales nacionales, se sustituyeron 21.800 citas, de las cuales el 64% corresponden al Hospital Calderón Guardia y el 30% al San Juan de Dios. La proporción de citas sustituidas creció en los tres establecimientos con respecto al 2011, principalmente en el Calderón Guardia.

En todos los hospitales especializados la cantidad global de citas a sustituir aumentó respecto al año 2011, y el mayor aumento se dio en el Hospital Nacional de Niños. Debido a las particularidades de las poblaciones atendidas por estos centros el porcentaje de sustitución es más bajo.

Con respecto a las especialidades críticas, el comportamiento del porcentaje de sustitución es variable entre ellas. Ortopedia reduce el porcentaje de sustitución de 57% en el 2011 a 41% en el 2013, Cirugía General lo aumenta de 45% a 53% en ese mismo periodo y Vascular Periférica no varía (35%).

En general, la programación de consultas y sustitución de citas perdidas respecto al 2011 mejora en la especialidad de Cirugía General, por el contrario, en Vascular Periférica y Ortopedia los resultados no muestran una mejoría.

### **Análisis**

Los tiempos de espera para el otorgamiento de la citas induce a que algunos pacientes se les olvide la fecha de la cita o que busquen atender su problema de salud en otras instancias.

A nivel institucional no existe un procedimiento que facilite al usuario comunicar su ausencia a la cita. Diversos son los motivos que impiden a la persona asistir a la consulta: económicos, falta de un acompañante, entre otros.

El no contar con un sistema automatizado del registro de consulta en todos los centros, impide abordar el tema del ausentismo de manera más integral, que evite desaprovechar recursos tan limitados y lograr que las personas en espera, sean los candidatos en primera instancia, a utilizar esos cupos.

La capacidad instalada en recurso humano y equipamiento es otro de los factores que contribuiría a flexibilizar los horarios de las consultas, para que la población cuente con otras alternativas.

Reconocer las características de las personas que no acuden a la cita de la consulta especializada y las causas de su ausencia, permitiría establecer estrategias viables que logren incidir en esa problemática.

Una apropiada programación de las citas médicas y la automatización del registro mediante el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), es una tarea a seguir fortaleciendo.

El monitoreo permanente de la programación de las consultas de especialistas es fundamental, sobre todo en aquellas especialidades críticas, por parte de los gestores de la Consulta Externa. De igual manera es prioritario seguir fortaleciendo la formación de recurso humano en estas especialidades, para poder acortar la brecha existente entre la demanda y la oferta actual.

La dinámica relacionada con la sustitución, depende entre otros factores, de la logística establecida por las jefaturas de Consulta Externa, así como de la posibilidad de acceso que tengan las personas para acudir con prontitud al centro hospitalario.

La implementación del recordatorio de la cita mediante llamadas telefónicas o envío de mensajes cortos han sido impulsados por algunos establecimientos. Los resultados obtenidos con estas estrategias, podría permitir realizar ajustes y sistematizar el proceso a nivel institucional.

Se debe mantener un acercamiento con los usuarios, mediante diversas estrategias de comunicación, para concientizar sobre la importancia de asistir a la cita con el especialista.

**El porcentaje de altas se incrementa en los hospitales regionales, mientras que a nivel institucional persisten especialidades críticas con un bajo porcentaje**

La consulta médica especializada es una modalidad ambulatoria de prestación de servicios de salud, en la cual se produce un flujo continuo de entrada y salida de usuarios nuevos y subsecuentes. Su gestión eficiente incide en la disponibilidad de nuevos cupos para usuarios que requieren de los servicios en cada especialidad.

En años anteriores se observó una tendencia al aumento en la cantidad de las altas, encontrando un crecimiento de un 50% para el año 2012 con respecto al año 2007.

Institucionalmente, %Alta+ se define como la decisión facultativa del profesional en salud de dar por resuelto el o los problemas identificados en el paciente, durante el episodio de atención finalizado y que formaron parte del plan de tratamiento establecido (Madrigal R. , 2012).

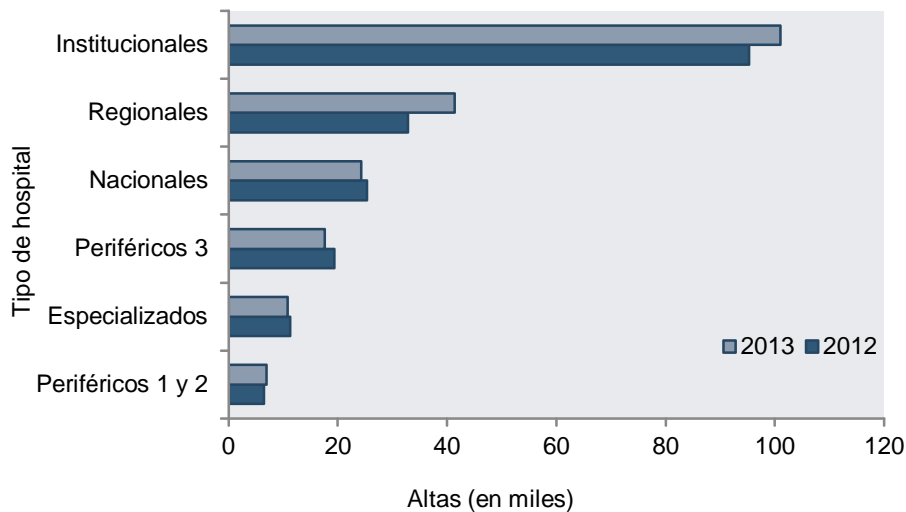
Los datos se obtuvieron del cuadro %Producción de Consulta Externa, por Hospital y Centros Especializados, según especialidades, CCSS 2011-2013+, derivado del cuadro 11 del Informe Estadístico Institucional.

El total de personas que consultaron en cada especialidad se obtuvo al sumar el número de personas de primera vez en la vida, primera vez en el año y primera vez en la especialidad.

Se realizó una comparación entre el número de altas logrado en el año 2013 en las especialidades definidas como críticas (UTLE, 2009), con el logrado en el año 2012. El porcentaje de Altas en cada una de las especialidades críticas se obtiene del cociente entre las personas dadas de alta y el total de personas que consultan en esa especialidad.

Al comparar el número de altas en el año 2013, respecto del año 2012, se observa que a nivel institucional se presentó un aumento en la cantidad de altas. (Gráfico 27). Dicho incremento se debe principalmente al grupo de hospitales regionales, quienes son los que otorgan la mayor cantidad de altas.

GRÁFICO 27  
CCSS: ALTAS EN ESPECIALIDADES CRÍTICAS<sup>1/</sup> POR TIPO DE HOSPITAL, 2012-2013.



<sup>1/</sup>Ortopedia, cirugía general, Vascular Periférica, otorrinolaringología, oftalmología, urología y ginecología.

FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud. 2012 . 2013.



Para el año 2013, el mayor número de personas que consultan en las especialidades críticas, se concentra en los hospitales Regionales, seguido de los Periféricos tipo 3.

El porcentaje de altas a nivel institucional se ha mantenido estable entre el año 2012 y 2013. Sin embargo, al comparar por tipo de hospital los especializados y periféricos 3 muestran reducciones de un año al otro. En estos últimos se registró el menor porcentaje de altas en el año 2013 (Cuadro 15).

CUADRO 15  
CCSS: PORCENTAJE DE ALTAS POR TIPO DE HOSPITAL, 2012-2013

TIPO DE HOSPITAL	2012	2013
Periféricos 3	16,2	11,6
Nacionales	18,4	17,7
Regionales	15,2	18,3
Periféricos 1 y 2	18,4	19,0
Especializados	28,9	21,6
Institucionales	17,4	16,8

FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud. 2012 . 2013.

Con respecto a las especialidades críticas, en el año 2013 las que atendieron la mayor cantidad de personas son: Ortopedia (134.773), Ginecología (111.212) y Oftalmología (99.829).

En el bienio 2012 . 2013 las especialidades de Oftalmología, Ginecología y Urología tuvieron los menores porcentajes de personas dadas de alta (Cuadro 16).

CUADRO 16  
CCSS: PORCENTAJE DE ALTAS POR ESPECIALIDAD CRÍTICA, 2012-2013

ESPECIALIDADES	2012	2013
Oftalmología	11,3	11,0
Ginecología	14,9	14,0
Urología	11,2	14,7
Otorrinolaringología	17,3	15,5
Cirugía General	18,5	20,1
Ortopedia	23,7	20,9
Neurocirugía	25,0	25,2
Vascular Periférica	24,3	27,0
TOTAL	17,4	16,8

FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud. 2012 . 2013.

Es de especial interés las especialidades de Ginecología y Oftalmología las cuales se encuentran entre las especialidades que atienden la mayor cantidad de personas y a la vez presentan un bajo porcentaje de altas.

El alta de usuarios depende de varios actores, en el área clínica del médico especialista y del personal de enfermería, radiodiagnóstico, farmacia, laboratorio clínico y otros técnicos, así como la interacción con el resto de profesionales médicos. En el área administrativa intervienen el médico director, el jefe de la consulta externa y personal de registros médicos.

La gestión de los servicios en relación con el monitoreo, el control, la definición de protocolos y el seguimiento de la calidad de los registros determinan el uso eficiente de los recursos. Por otra parte, la capacidad instalada de los establecimientos de la red de servicios contribuye también a determinar la factibilidad en el otorgamiento de las altas.

Debe mejorarse el registro y la sistematización de los datos en la consulta externa, que permita identificar a los usuarios que podrían ser tributarios a ser dados de alta y permanecen en la consulta sin tener una condición médica que lo justifique.

Por otro lado, es pertinente que los hospitales dispongan de protocolos que permitan guiar a los especialistas en el otorgamiento adecuado de altas.

Finalmente, a nivel institucional se requiere una eficiente distribución del recurso especialista y del equipamiento que satisfaga la demanda en cada especialidad de acuerdo al área geográfica.

### ***Aumenta la ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos en el período 2000-2013***

Desde la década de 1980 se reconoce la ventaja médica-económica de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), así como sus bondades en la recuperación del usuario (Davis, 1993).

A nivel nacional, la primera práctica institucional de servicio quirúrgico con modalidad ambulatoria se documenta en el año 1984 (Rojas, 1991), momento en que se inicia los esfuerzos por convertirla en la modalidad de

intervención de elección cuando las condiciones personales y médicas del usuario lo permitiesen.

En este tanto, la ambulatorización (MSC, 2008) de los servicios es uno de los objetivos de la institución hacia el año 2025 (CCSS, 2007).

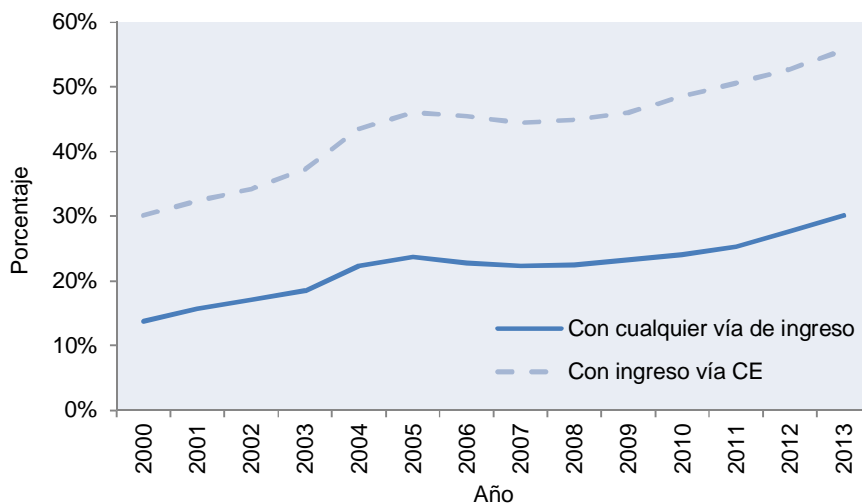
La institución considera la cirugía mayor ambulatoria como la cirugía de tipo mayor (realizada bajo anestesia general o con asistencia respiratoria) programada y practicada en el marco de un programa del mismo nombre, formalmente establecido en el centro de atención. Su característica principal es que no tiene camas de dotación normal porque el paciente ingresa y egresa el mismo día; no pernocta; se cuenta como egreso hospitalario con un día de estancia total y cero estancias preoperatorias (AES, 2013).

A partir del año 2002 la EPSS intenta relacionar la producción de CMA con el listado elaborado institucionalmente, comparando esa producción, con la producción operada susceptible de ser trasladada a la modalidad de CMA. (CCSS, 2006).

La experiencia de la evaluación ha demostrado que no todos los procedimientos incluidos en el listado corresponden con la definición de CMA adoptada por el Área de Estadística en Salud, ni tampoco con la conducta de ambulatorización de los cirujanos institucionales.

Para la evaluación del año 2013, el análisis se hace a partir de la base institucional de egresos hospitalarios 2000-2013. Los datos muestran que la ambulatorización tiende al crecimiento desde el año 2000, independientemente de la vía de ingreso (Gráfico 28).

GRÁFICO 28  
CCSS: EGRESO OPERADO AMBULATORIZADO SEGÚN  
VÍA DE INGRESO, 2000-2013  
(porcentaje)



FUENTE: CCSS. Egresos hospitalarios, AES, 2000-2013.

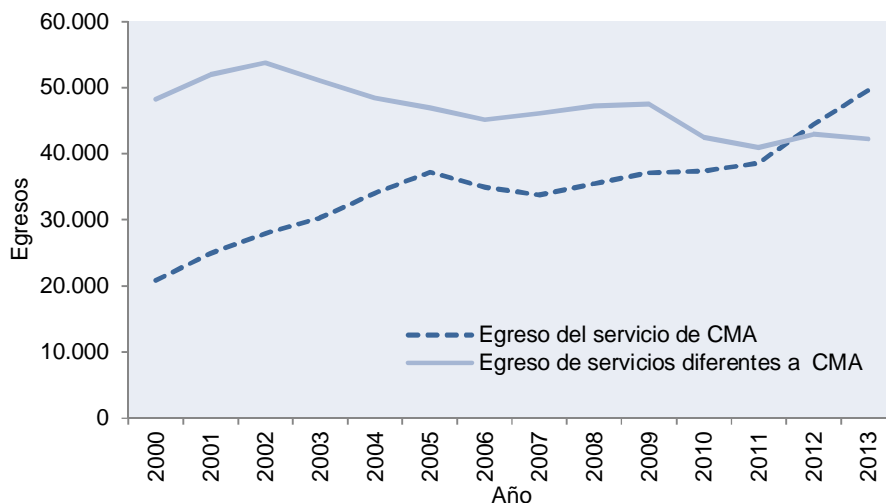
La ambulatorización de egresos operados con ingreso por cualquier vía crece del 14% al 30% entre 2000 y 2013, en tanto que los que ingresaron vía consulta externa crecen del 30% al 56% en el mismo período.

Por otra parte, del año 2000 al 2013 el egreso total operado anual en el período aumenta en términos reales un 9%. Lo anterior fue producto principalmente de un aumento del egreso operado en CMA de un 91%. Es importante aclarar que hubo una reducción en el egreso operado hospitalizado de 10% (Gráfico 29).

Cuando se considera solamente los que ingresaron vía consulta externa, lo operado mediante ambulatoria crece en un 58% en tanto que lo operado en hospitalización disminuye en un 25%.

Durante el mismo período, el total de camas hospitalarias disponibles en la institución al igual que el total de camas de los servicios de Cirugía disminuyen en un 6%.

GRÁFICO 29  
CCSS: EGRESOS OPERADOS SEGÚN MODALIDAD  
DE INTERVENCIÓN, 2000 . 2013



FUENTE: CCSS. Egresos hospitalarios, AES, 2000-2013

Influyen este comportamiento una capacidad instalada de quirófanos y camas de recuperación limitada, insuficiente personal entrenado para la realización de los procedimientos quirúrgicos y la puesta a punto de los quirófanos, así como la cultura para la selección de la modalidad quirúrgica en procedimientos sucedáneos de CMA.

A nivel internacional también se observa una tendencia al aumento en la ambulatorización de procedimientos susceptibles, con la diferencia de que los países más representativos han generado una estrategia de unidades dedicadas exclusivamente a la realización de cirugía mayor ambulatoria y han definido claramente los procedimientos meta en función de la realidad local (MSC, 2008). En función de esa definición alcanzan porcentajes de ambulatorización y sustitución mayores a los institucionales (SNS, 2013).

A nivel institucional, el principal obstáculo para el análisis de la CMA es la disponibilidad de información clara y confiable. En ese sentido, se requiere de la implementación y divulgación de definiciones sobre cirugía mayor ambulatoria, procedimientos quirúrgicos y médicos, así como la elaboración de un listado de procedimientos susceptibles de ser operados mediante la modalidad de CMA, todos ajustados a la realidad local.

Adicionalmente, se debe establecer los mecanismos para la actualización permanente y el desarrollo de procedimientos de alerta para

evitar el registro inadecuado a lo interno de la institución.

**Se logra un tiempo promedio de anestesia por quirófano de 5,2 horas por día, utilizándose el 76% de los días hábiles disponibles en el año**

El uso eficiente de los quirófanos constituye un elemento central para el éxito en la gestión de un centro hospitalario. Desde los inicios de la EPSS su medición se ha efectuado mediante el tiempo de anestesia por caso operado, considerando la disponibilidad y estandarización de su registro.

El tiempo de anestesia corresponde a cada uno de los períodos por paciente que transcurre desde el inicio de la aplicación de la anestesia hasta que sale del quirófano por traslado a la sala de recuperación (DCSS, 2011).

A partir de este indicador se obtiene la sumatoria de horas de tiempo de anestesia por día programado, que se compara con una meta estándar de 5 horas promedio por día.

El tiempo de anestesia tiene como limitante que su medición se inicia posterior al ingreso del paciente a la sala y se prolonga más allá de su salida del quirófano, hasta el momento de ser entregado por el anestesiólogo a sala de recuperación, esto conlleva a que no se logre medir el tiempo real de las actividades que en torno al paciente se realizan en el quirófano.

El análisis de este indicador no incluye al Hospital de Geriátría y Gerontología ni a la Clínica Oftalmológica, debido a que en estos centros no se midió el indicador dadas las características de las patologías abordadas.

La medición y sumatoria de los tiempos de anestesia se toma a partir de las cirugías realizadas los cinco días hábiles semanales, considerando solamente el turno diurno o primer turno, que por semana corresponde a un total de 44 horas, en promedio 8,8 horas por día.

La estrategia de medición de los días hábiles con programación efectiva de tiempo anestésico, se implementa desde el año 2011 con el objetivo de robustecer el análisis de la eficiencia en la utilización de los quirófanos por parte de los hospitales institucionales.

En evaluaciones anteriores se ha observado que existen centros con un rendimiento de tiempo anestésico por día programado sobresaliente que sin embargo utiliza una

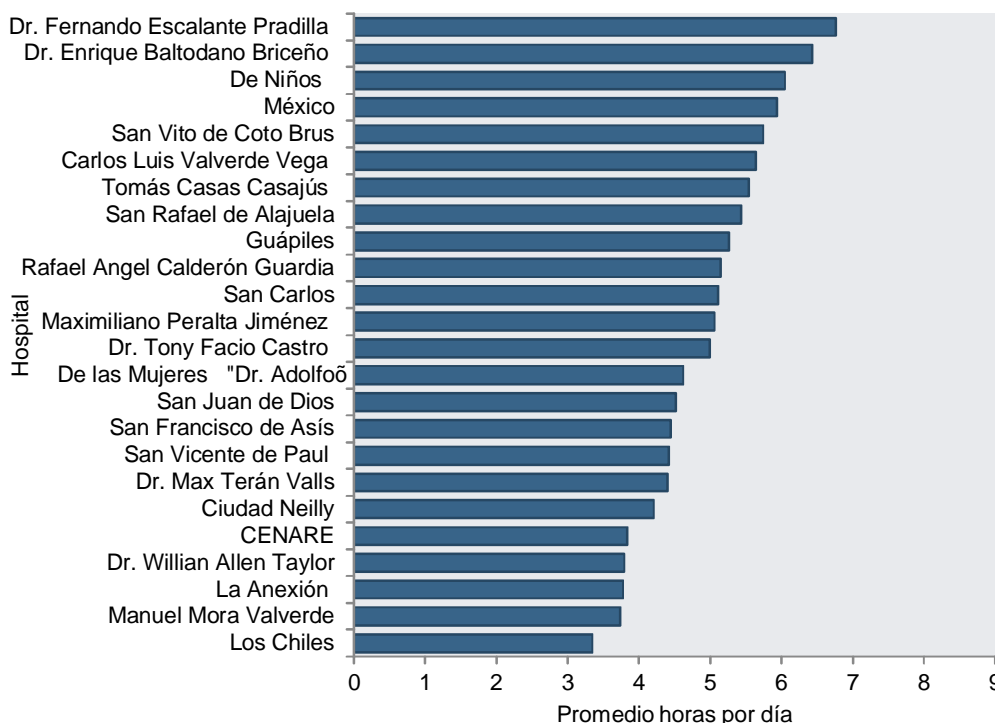
fracción relativamente pequeña de días hábiles disponibles.

El total de días hábiles disponibles por centro se calcula en función del total de salas que se disponen por los centros para la realización de cirugías durante el turno ordinario diurno que involucran asistencia anestésica o condiciones de valor inclusivo para el indicador.

Cabe señalar que en el análisis no se incluye el tiempo no utilizado por remodelación de las 15 salas de cirugía del Hospital San Juan de Dios. Así mismo, no se considera las cirugías realizadas por el personal de este hospital en otros centros mientras se realizó la remodelación de sus salas.

De acuerdo con los resultados del año 2013, entre los 24 centros evaluados se registran 130.874 horas de tiempo de anestesia en 25.147 días hábiles programados, para un promedio de 5,2 horas de tiempo de anestesia. De estos centros, 12 superan la meta de 5 horas de tiempo promedio de anestesia (Gráfico 30).

GRAFICO 30  
CCSS: TIEMPO PROMEDIO DE ANESTESIA POR SALA SEGÚN CENTRO, 2013



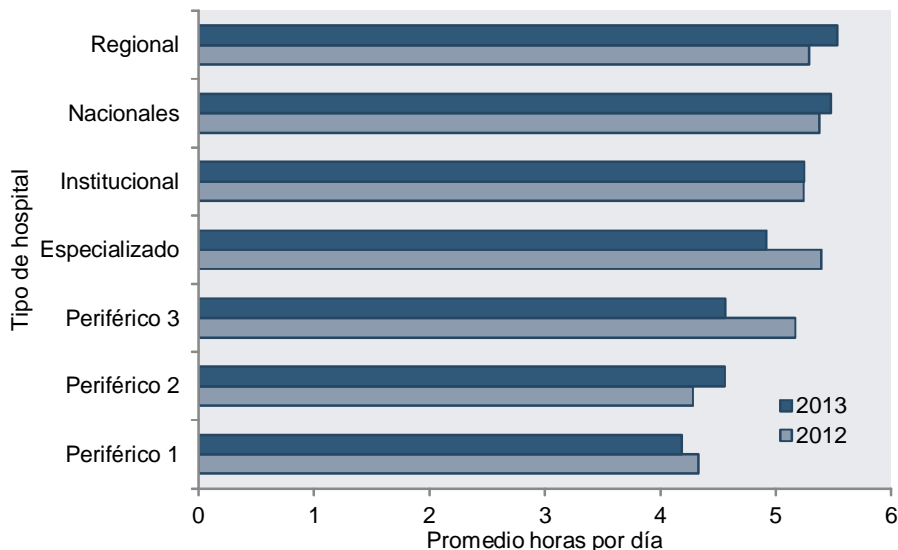
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013.

Del año 2012 al 2013, los resultados muestran que el tiempo promedio de anestesia se mantiene sin variaciones a nivel institucional. No

obstante, si se registran variaciones por tipo de hospital.

El rendimiento de los quirófanos disminuye en los hospitales periféricos 3 especializados, y periféricos1 (Gráfico 31).

GRAFICO 31  
CCSS: TIEMPO PROMEDIO DE ANESTESIA POR SALA  
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2012 - 2013.

Con respecto a los días de utilización de los quirófanos, se incluye a la Clínica Oftalmológica y al Hospital de Geriátría y Gerontología, ya que la recolección de información sobre días programados y no programados responde al mismo criterio que el utilizado en los otros centros.

En el año 2013, los 26 centros evaluados programan el 76,2% de los días hábiles por sala. El resto de los días hábiles disponibles no se programó, no obstante, solo una pequeña porción (0.9%) corresponde a días sin programación no justificados.

El porcentaje de días utilizados por centro hospitalario se muestra en el cuadro 17.

CUADRO 17  
CCSS: SALAS UTILIZADAS, TOTAL DE DÍAS UTILIZADOS Y PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE DÍAS  
HABILES DISPONIBLES DE QUIRÓFANOS SEGÚN HOSPITAL, 2013

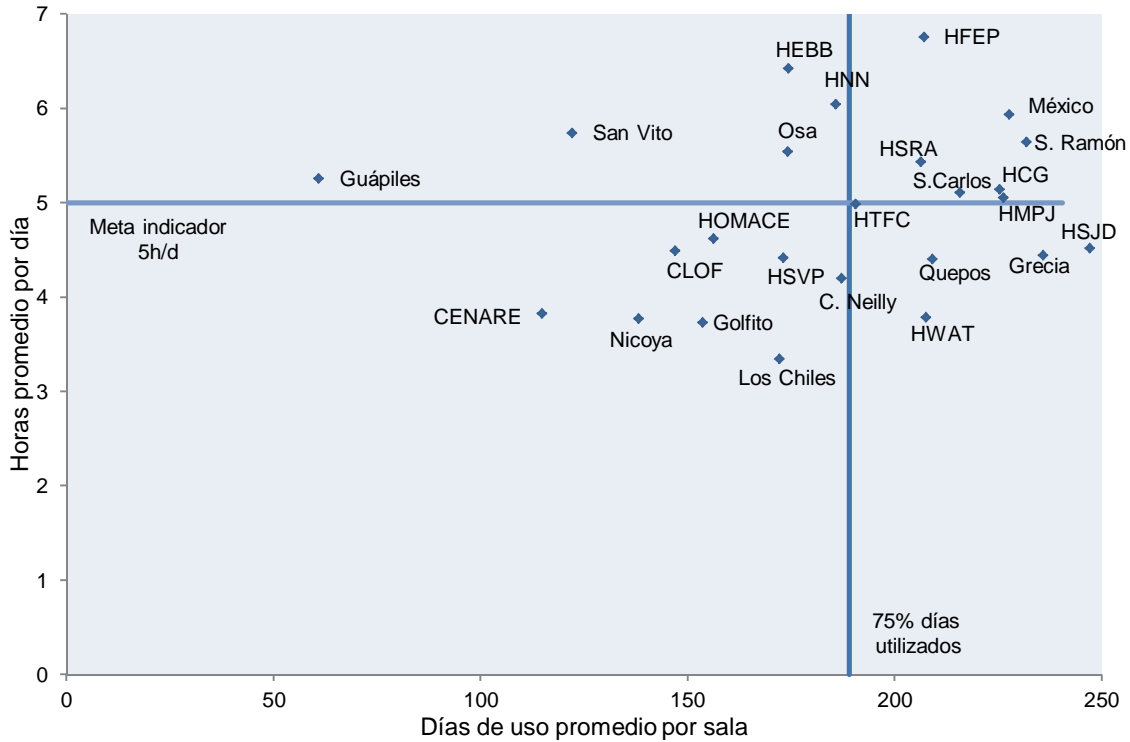
HOSPITAL	SALAS UTILIZADAS	TOTAL DÍAS	% UTILIZACIÓN
San Juan de Dios	2	494	98,0
San Francisco de Asís	3	707	93,5
Valverde Vega	3	695	91,9
México	17	3.867	90,3
Max Peralta	9	2.035	89,7
Calderón Guardia	18	4.055	89,4
San Carlos	5	1.078	85,6
Max Terán Valls	1	209	82,9
Dr. Willian Allen	2	415	82,3
Escalante Pradilla	4	828	82,1
San Rafael de Alajuela	8	1.650	81,8
Dr. Tony Facio	5	952	75,6
Ciudad Neilly	1	187	74,2
Nacional de Niños	7	1.299	73,6
Enrique Baltodano	7	1.219	69,1
Dr. Tomás Casas Casajús	1	174	69,0
San Vicente de Paul	11	1.902	68,6
Los Chiles	1	172	68,3
De las Mujeres	5	781	62,0
Manuel Mora Valverde	2	307	60,9
Clínica Oftalmológica	5	734	58,3
La Anexión	3	414	54,8
San Vito de Coto Brus	1	122	48,4
CENARE	4	459	45,5
Blanco Cervantes	2	149	29,6
Guápiles	4	243	24,1
Total	131	25.147	76,2

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2013.

Del total de días disponibles por sala del año 2013 no se programaron 7.865 días, lo que significa una pérdida de 41.213 horas de tiempo de anestesia, según el promedio institucional de 5,2 horas anestesia por día.

En el 2013 hubo centros que teniendo una utilización de tiempo promedio de anestesia superior a la meta de 5 horas por día, solamente lograron abrir los quirófanos una parte del total de días disponibles. Por ejemplo, el Hospital de Guápiles, con un tiempo promedio de anestesia mayor a 5 horas, programó solo el 24% de los días disponibles (60 días), por eventos debidamente justificados (Gráfico 32).

GRAFICO 32  
 CCSS: HOSPITALES SEGÚN DÍAS DE USO PROMEDIO POR SALA Y TIEMPO PROMEDIO DE ANESTESIA POR SALA, 2013



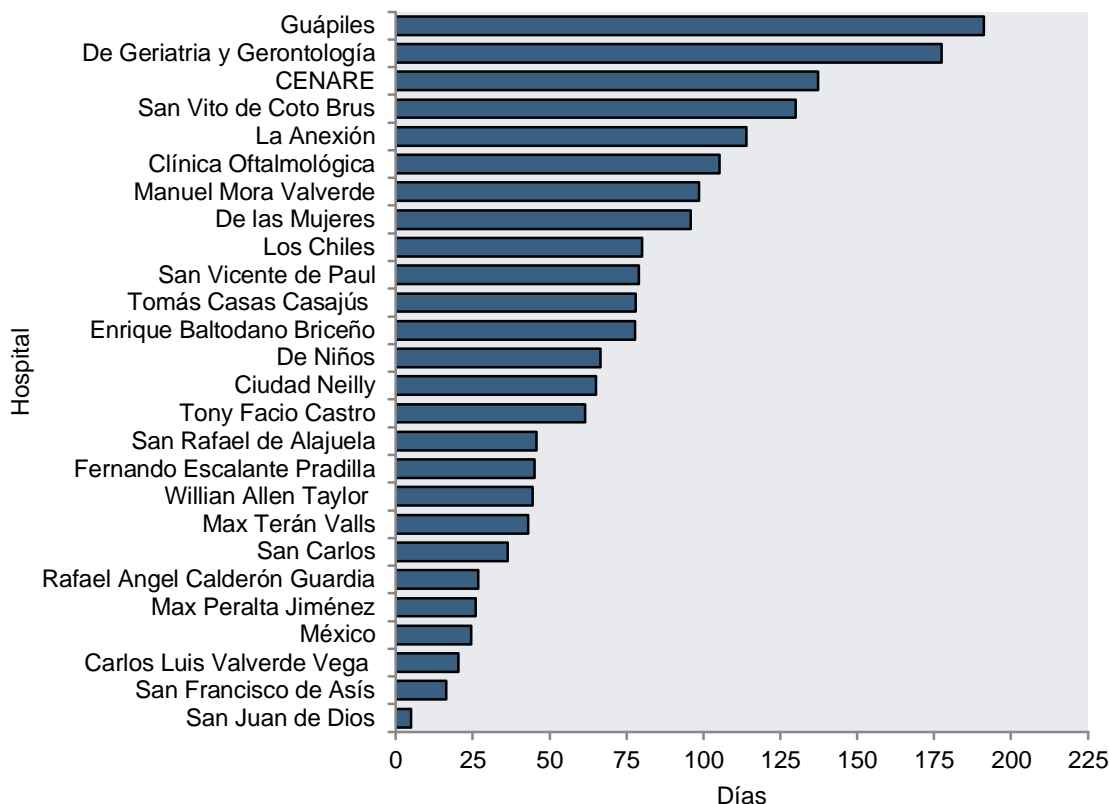
FUENTE: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, año 2013

Los días hábiles no programados disminuyeron de 10.628 en el año 2012 a 7.865 en el año 2013.

La no programación de días hábiles por centro fue en promedio de 60 días por sala. El mayor

promedio de días no utilizado por sala lo obtuvieron el Hospital de Guápiles y el Nacional Geriátrico y de Gerontología (Gráfico 33).

GRÁFICO 33  
CCSS: PROMEDIO DE DÍAS HÁBILES NO UTILIZADOS POR SALA  
SEGÚN HOSPITAL, 2013



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013.

En relación a las causas de no programación en los quirófanos, la inopia de recurso humano es la principal con un 58% de los días hábiles disponibles no programados. Lo anterior se debe a la imposibilidad de sustitución de alguno de los miembros de los equipos quirúrgicos.

Las otras causas de no programación se pueden agrupar de la siguiente forma:

- Salas con programación especial: cirugías sin anestesia general, cirugías en sala séptica o cirugías de emergencias (25%).
- Reparaciones y mantenimiento preventivo (11%).
- Otras (6%).

Al analizar la inopia de recurso humano en función de los días hábiles disponibles por tipo de centro, los hospitales Periféricos 1 presentan un 28,2% de días no programados por esta causa respecto a 1.260 días disponibles.

En orden de importancia, le siguen los hospitales Periféricos 3, donde los días no programados constituyen un 17,6% de los 5.796 días disponibles. Y luego los hospitales Regionales, con un 12,9% de los 9.576 días disponibles.

Considerando los resultados expuestos, es importante destacar que la gestión de los servicios quirúrgicos y los quirófanos es compleja, puesto que involucra la disponibilidad de infraestructura, insumos, recurso humano y la cultura de uso asociada. Igualmente depende de las prácticas de gestión del director del centro y las jefaturas de servicio.

Existe una serie de condiciones que limitan la programación de los días hábiles disponibles. Entre las más argumentadas por los hospitales sobresalen:

1. La dificultad de encontrar personal sustituto para plazas nuevas, sustituciones temporales, permisos y vacaciones.



2. La necesidad de realizar mantenimiento preventivo y reactivo a las salas de operaciones.
3. Criterios de diversa índole por decisión de los gestores.

Aunque se describen varias causas de la no programación de las salas durante días hábiles, la disponibilidad de recurso humano es la justificación más reiterada y ante la cual la administración local tiene poco o ningún recurso para su resolución.

El funcionamiento de los quirófanos depende de la actividad de una serie de personas que, además de ejecutar la actividad quirúrgica como tal, preparan el espacio para brindarle al usuario las condiciones de seguridad requeridas. De tal forma que si falta uno de los integrantes de los equipos se hace imposible la utilización del quirófano aunque se disponga del resto del personal.

Las causas asociadas a este problema son una inadecuada planificación en la formación del recurso, insuficientes incentivos para capturar personal capacitado, el limitado margen para la realización de las sustituciones desde el nivel local y el rezago de políticas que disminuyan la fuga de talento de la institución.

Se requiere identificar las necesidades de atención quirúrgica según área de atracción y red, optimizando la utilización de la capacidad instalada, a partir de lo cual se debe asignar el recurso humano necesario, así como adecuar la infraestructura y el equipamiento.

### ***La producción hospitalaria en internamiento se ha mantenido constante en el último decenio***

La prestación de servicios hospitalarios incluye el internamiento, mediante el cual se ingresan los pacientes para su observación, diagnóstico, recuperación y/o tratamiento. Involucra la ocupación de una cama de dotación normal o de tránsito, la cual determina a nivel de producción la cantidad potencial de egresos.

El internamiento es la actividad sustancial que diferencia el hospital de otros establecimientos de salud, en él participa personal calificado e intervienen diferentes servicios de soporte para el diagnóstico y tratamiento. Se requiere por tanto contar con el óptimo aprovisionamiento de camas y equipamiento acorde al nivel de complejidad y la planificación de los servicios de salud (OPS/OMS, 2011).

Tradicionalmente la prestación de servicios de internamiento se evalúa mediante el análisis de la producción hospitalaria que incluye datos de la cantidad de egresos y la dotación de camas en un determinado período de tiempo. Lo anterior debido a que la oferta de las camas delimita en cierto grado la cantidad de egresos, aunque otros factores de gestión que afectan la estancia hospitalaria, influyen en gran medida sobre esta producción.

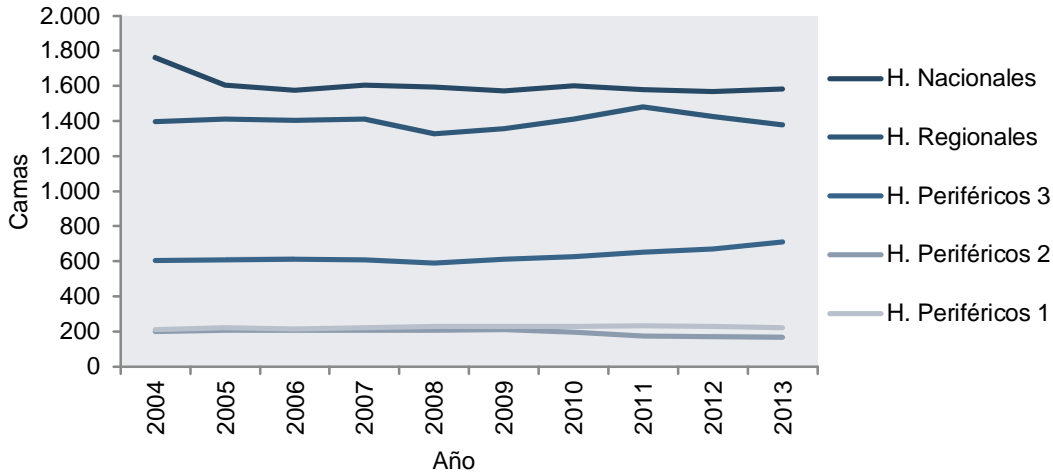
La información se recopila a partir del registro de egresos hospitalarios y el Boletín estadístico anual de los últimos diez años, información avalada por el Área de Estadística en Salud (AES).

En los Hospitales Generales, durante los últimos diez años, la dotación de camas por hospital y por tipo de hospital se ha mantenido constante, con un total institucional de alrededor de 4.000 camas. Las variaciones más evidentes se observaron como producto de desastres naturales que afectaron la infraestructura de algunos establecimientos.

En el grupo de Hospitales Nacionales, cuenta el siniestro ocurrido en el año 2005 en el Hospital Calderón Guardia, que redujo en un 28% las camas que existían un año antes en el nosocomio.

Una situación similar se presentó en el Hospital Monseñor Sanabria, cuando en el año 2008 se redujo en un 37% las camas existentes con el fin de reforzar la infraestructura hospitalaria. La capacidad instalada se recuperó en los años siguientes, hasta que en el año 2012 sufre una nueva disminución, esta vez de un 24%, a consecuencia del terremoto de ese año, situación que repercute en la totalidad de camas disponibles del grupo de Hospitales Regionales (Gráfico 34).

GRÁFICO 34  
CCSS: NÚMERO DE CAMAS POR TIPO DE HOSPITAL,  
2004-2013



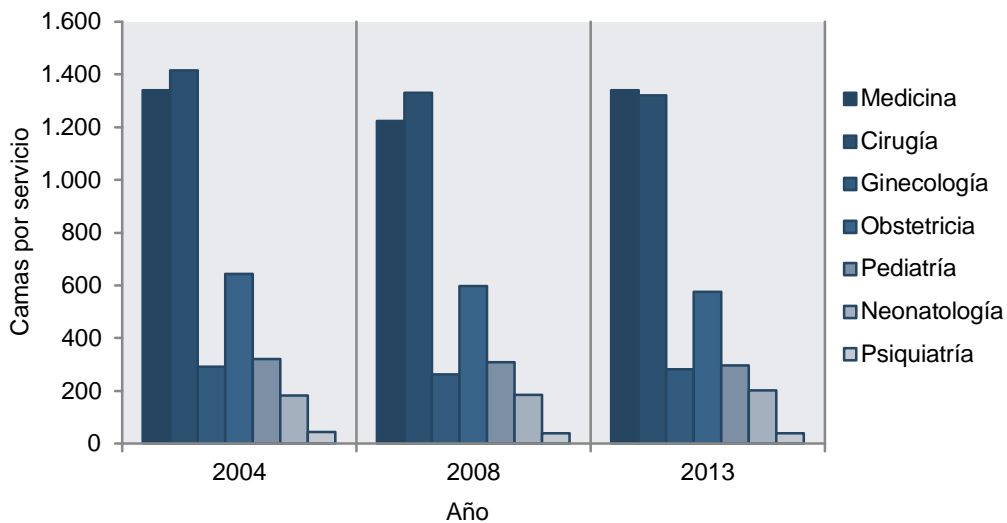
FUENTE: CCSS. AES. Cuadro 44. Boletín estadístico anual, 2004-2013.

Considerando la dotación de camas como uno de los aspectos que delimitan la oferta de los servicios de internamiento, es necesario admitir que ha permanecido prácticamente invariable a lo largo del último decenio, impactando la prestación de los servicios de salud.

Al analizar la distribución de las camas por servicio de forma puntual en tres años durante los últimos diez años, se observa que los servicios

Medicina y Cirugía concentran la mayor cantidad de camas hospitalarias en la Institución. El servicio de Psiquiatría es el que menos cantidad de camas reporta, hecho que puede estar asociado a la escasa oferta de recurso humano de esta especialidad en los Hospitales Generales, lo cual es de considerar ya que se ha descrito Psiquiatría como la quinta especialidad básica (Poder Ejecutivo, 1991) (Gráfico 35).

GRÁFICO 35  
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS POR SERVICIO EN HOSPITALES GENERALES,  
2004, 2008 Y 2013



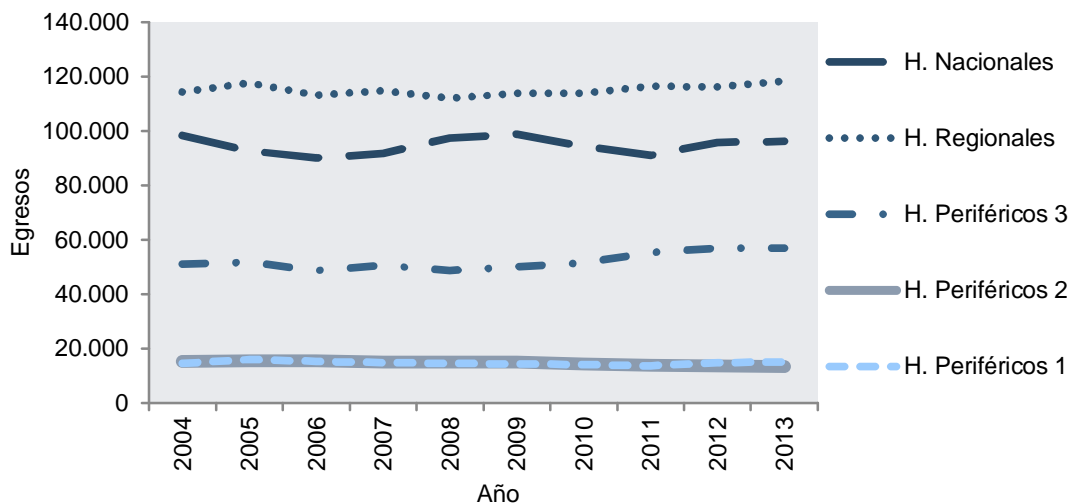
FUENTE: CCSS. AES. Boletín estadístico anual, Cuadro 44. 2004-2013.

La cantidad de camas por servicio se ha mantenido muy similar a lo largo de la década, con pequeñas variaciones que con la información disponible no es posible determinar si ha existido redistribución interna de camas entre los servicios a lo largo del tiempo.

Con el panorama de la oferta de camas hospitalarias descrito, es de esperar que la cantidad de egresos de igual manera, se mantenga poco variable durante el período.

A pesar de que la cantidad de camas en Hospitales Nacionales es ligeramente superior que en los Hospitales Regionales, la cantidad de egresos en este último grupo de hospitales es superior a la cantidad reportada en Hospitales Nacionales a lo largo del tiempo. Esto puede guardar relación con la complejidad de las intervenciones que se realizan, en términos de riesgo y costo, lo cual debe analizarse a la luz de la estancia hospitalaria y el giro cama (Gráfico 36).

GRÁFICO 36  
CCSS: EGRESOS POR TIPO DE HOSPITAL, 2004-2013



FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2004-2013.

El comportamiento en la cantidad de egresos por tipo de hospital, se debe considerar respecto a tendencia institucional de la ambulatorización de los servicios y de la planificación de la Red de prestación de servicios de salud (CCSS, 2007).

En Hospitales Generales se reportan aproximadamente 300.000 egresos por año durante el último decenio. Entre ellos, los Hospitales Periféricos son los que tienen la menor dotación de camas y los que reportan menos egresos.

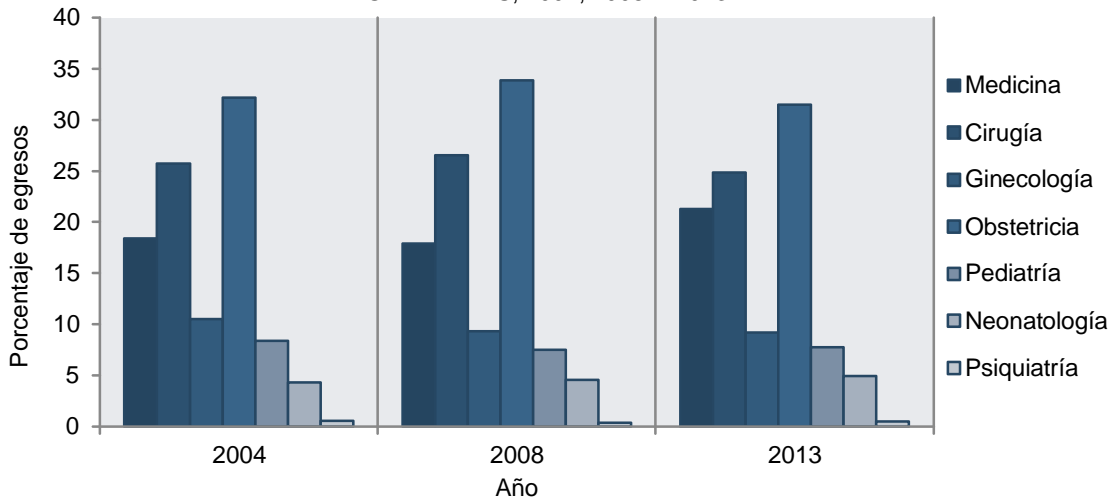
En términos de cantidad de camas y/o egresos, no existe diferencia entre los Hospitales Periféricos 1

y 2, lo cual hace pensar en la funcionalidad de la clasificación de los Hospitales Periféricos en tipos.

Estos centros han experimentado inestabilidad en la oferta en recurso humano médico especializado a través de los años, quedando incluso sin la oferta básica, principalmente cirugía, ginecología y anestesiología, por períodos de tiempo variables.

Con respecto a los egresos por servicio, la mayor cantidad se registra en el servicio de Obstetricia, reflejando un alto giro cama, hecho que no sorprende por la naturaleza de las intervenciones que se brindan en estos servicios (Gráfico 37).

GRÁFICO 37  
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS POR SERVICIO EN HOSPITALES  
GENERALES, 2004, 2008 Y 2013



FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2004-2013.

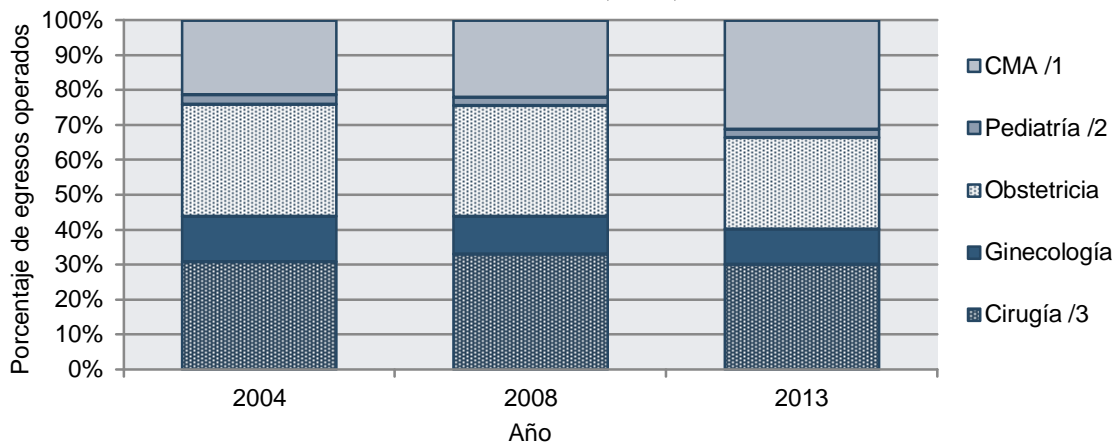
Los servicios de Cirugía y Medicina, representan gran cantidad de egresos, sin embargo, se debe tener presente que son los servicios que están más dotados de camas hospitalarias.

En el año 2013, del total de egresos de Hospitales Generales, el 43% son egresos operados de hospitalización, el 20% de CMA y el 37% son egresos no operados.

Respecto a los egresos operados, la tendencia en el período es hacia una mayor cantidad de intervenciones de cirugía y obstetricia.

Se debe considerar que hubo períodos de tiempo en los cuales, algunos Hospitales Periféricos no contaron con el recurso humano especializado, tal es el caso del servicio de cirugía en el Hospital San Vito, que reporta producción a partir del año 2009. Los egresos operados del servicio Pediatría, se reportan en Hospitales Regionales y Periféricos (Gráfico 38).

GRÁFICO 38  
CCSS: PORCENTAJE DE EGRESOS OPERADOS POR SERVICIO EN  
HOSPITALES GENERALES, 2004, 2008 Y 2013



<sup>1/</sup>No incluye producción de Hospital Upala 2004, 2008; ni producción de Hospital Guápiles 2008.

<sup>2/</sup>No incluye producción de Hospital Los Chiles.

<sup>3/</sup>No incluye producción del Hospital San Vito 2004, 2008

FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2004-2013.

Del total de egresos operados en Hospitales Generales durante el 2013, el 69% egresa de servicios quirúrgicos de internamiento y el 31% de CMA, en contraste con un 21% y 22% en el año 2004 y 2008, respectivamente.

El incremento en el porcentaje de egresos operados se ha dado a expensas de la CMA, lo cual indica una tendencia hacia la ambulatorización de la cirugía.

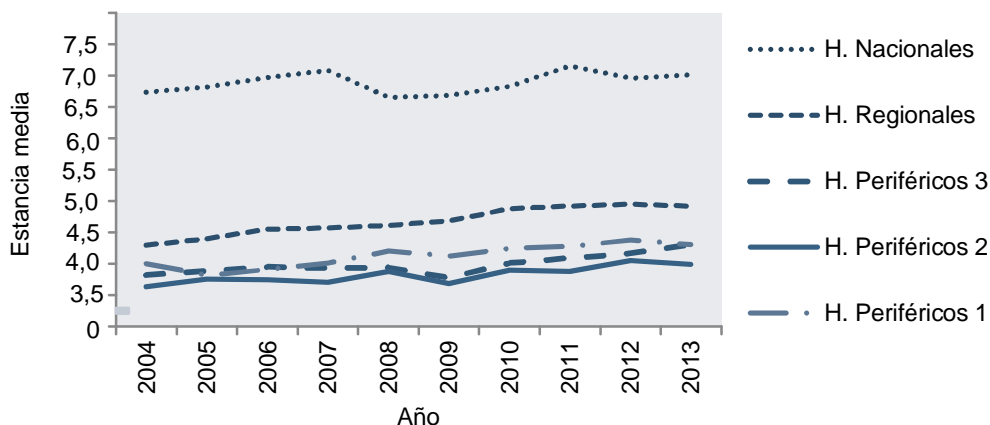
Se debe mencionar que entre el año 2000 y 2010, el egreso registrado como operado del servicio de CMA coincide parcialmente con la lista institucional de CMA, así como con las definiciones que el Área de Estadística en Salud adopta para este tipo de intervenciones. Es decir, existen procedimientos no incluidos en el listado de CMA y que no cumplen la definición

establecida por el AES, que se registran como egreso CMA (Vega & Morera, 2014).

En relación con la estancia media por tipo de hospital, ha presentado poca variabilidad en el último decenio. Evidentemente la estancia media en Hospitales Nacionales es mayor, rondando los 7 días, lo cual puede guardar relación con algunas de las intervenciones de mayor complejidad que se realizan en estos centros y que pueden estar asociados a un mayor consumo de estancias.

No se observa una diferencia marcada en la estancia media de los Hospitales Periféricos, sin embargo llama la atención que el valor es ligeramente superior en los Hospitales Periféricos tipo 1 respecto a los tipo 2 y 3, siendo que la complejidad en ellos debería ser inferior (Gráfico 39).

GRÁFICO 39  
CCSS: ESTANCIA MEDIA POR TIPO DE HOSPITAL,  
2004-2013.



No incluye datos de Cirugía Mayor Ambulatoria, ni de Cirugía Vespertina.

FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2004-2013.

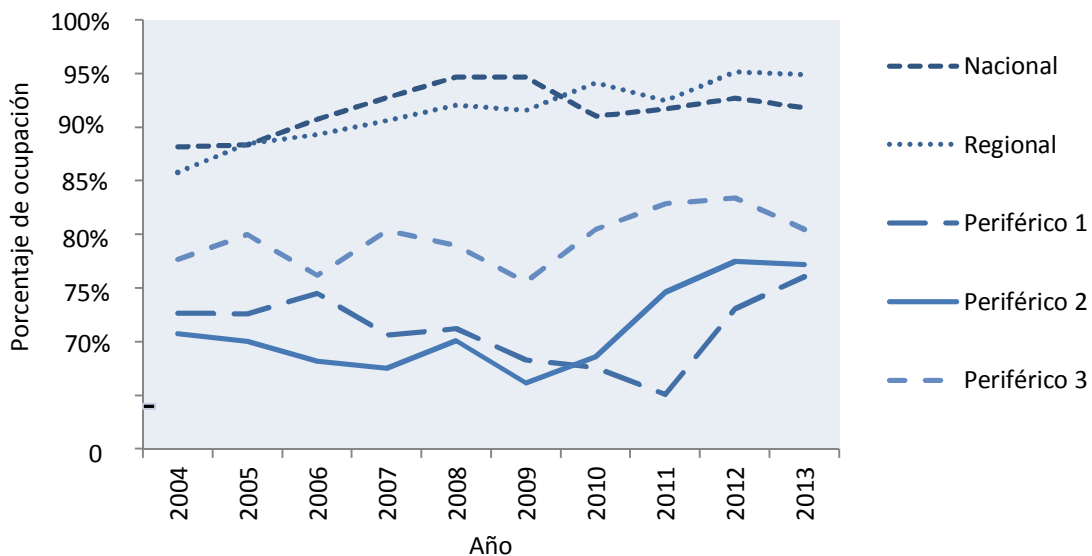
En la Institución, la utilización de camas se mide con el porcentaje de ocupación, el cual ha incrementado de 84% a 89% del año 2004 al 2013 en Hospitales Generales.

Los Hospitales Nacionales muestran porcentajes de ocupación por encima del 90% a partir del año 2006. Por su parte, los Hospitales Regionales alcanzan ocupaciones mayores que el grupo de

Hospitales Nacionales a partir del año 2010, llegando al 95% para los años 2012 y 2013.

Los Hospitales Periféricos muestran porcentajes de ocupación inferiores al 83%, siendo los Periféricos 1 los que tienen el menor porcentaje a partir del año 2010, hecho que sugiere capacidad ociosa en camas (Gráfico 40).

GRÁFICO 40  
CCSS: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN POR TIPO DE HOSPITAL,  
2004-2013.



FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2004-2013.

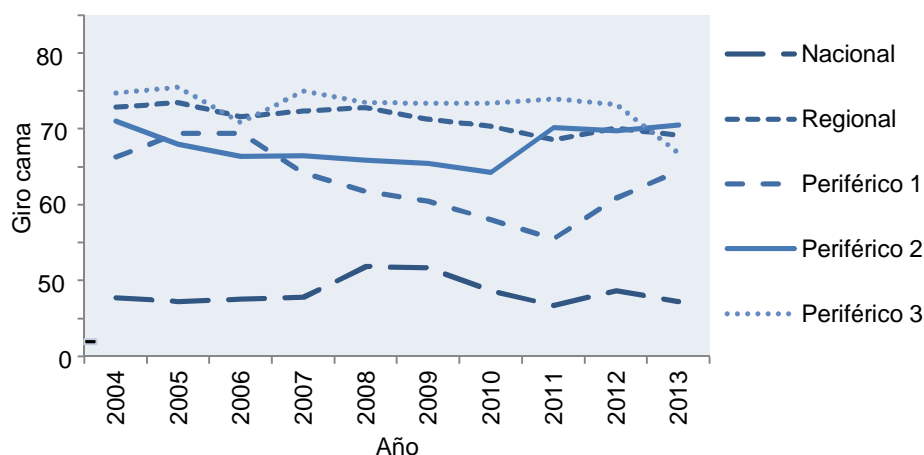
El giro cama Institucional en Hospitales Generales ronda los 60 pacientes por cama por año. El grupo de Hospitales Nacionales muestra los valores inferiores para el último decenio (47 a 52 pacientes por cama), datos que se asocian con la alta estancia media en estos centros y la probable complejidad de los casos, situación que conjuntamente con el alto porcentaje de ocupación, afecta la eficiencia en la prestación de los servicios de internamiento, con las consecuentes listas de espera.

Los Hospitales Regionales muestran un giro cama alrededor de 70 pacientes por año, siendo el valor

más alto, con estancia media entre 4 y 5 días y las cantidades más altas en egresos hospitalarios y porcentaje de ocupación.

Entre los Hospitales Periféricos, los tipo 1, muestran el giro cama inferior, 64 pacientes por cama en el 2013. Esto aunado a que en estos centros, se reporta una estancia media mayor que en los Periféricos tipos 2 y 3, así como, porcentajes de ocupación más bajos, es indicio de que los pacientes duran más tiempo internados y que hay subutilización del recurso cama (Gráfico 41).

GRÁFICO 41  
CCSS: GIRO CAMA POR TIPO DE HOSPITAL,  
2004 - 2013



FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2004-2013.

Los aspectos de gestión asociados al consumo de estancias en relación con la cantidad de camas hospitalarias y la cantidad de egresos, delimitan el porcentaje de ocupación y el giro cama en los establecimientos, aspectos que deben analizarse en relación con la complejidad de la casuística de los egresos hospitalarios, a fin de identificar los determinantes de este comportamiento e implementar las medidas necesarias para optimizar el desempeño.

Se analizan los datos del índice ocupacional y el giro cama por servicio en los años 2004, 2008 y 2013. De forma general, se encuentra que el servicio de Medicina presenta el mayor índice ocupacional en todos los tipos de Hospitales y a la vez, valores bajos de giro cama, esto indica que los pacientes en este servicio permanecen internados más tiempo en el hospital, probablemente asociado al tipo de patologías que presentan.

Los servicios de Neonatología y Psiquiatría muestran un comportamiento similar al de Medicina (sobre todo en Hospitales Nacionales), lo cual es de esperar bajo el supuesto de que por lo general, los casos que se internan en estos centros son más complejos y por tanto, la estancia es prolongada.

El servicio de Cirugía, mantiene un índice ocupacional sobre el 80% en Hospitales Nacionales y Regionales, con giro cama menor a 45 y 59, respectivamente durante los tres años analizados. Esto probablemente se debe a que parte de los pacientes internados para operarse son de condición más riesgosa o por el tipo de procedimiento o abordaje que requieren y por tanto ameritan una mayor estancia. En teoría, los casos menos complejos, se operan ambulatoriamente.

Valores entre el 70% y el 95% de índice ocupacional se observan en el servicio de Obstetricia en Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos 3. Cada cama es utilizada por al menos 90 pacientes en el año, denotando un alto giro cama.

Los servicios de Ginecología y Pediatría muestran variabilidad en el porcentaje de ocupación y el giro cama, tanto entre tipos de hospital como en un mismo tipo para los tres años.

Los Hospitales Periféricos 1 y 2 presentan los valores más bajos de índice ocupacional y giro cama en los diferentes servicios (Cuadro 18).

CUADRO 18  
CCSS: ÍNDICE OCUPACIONAL (IO) Y GIRO CAMA POR TIPO DE HOSPITAL Y  
SERVICIO, 2004, 2008 Y 2013

TIPO DE HOSPITAL	SERVICIO	AÑO					
		2004		2008		2013	
		IO (%)	Giro cama	IO (%)	Giro cama	IO (%)	Giro cama
Nacionales	Medicina	96	28	104	29	94	32
	Cirugía	87	39	90	45	93	39
	Ginecología	72	84	68	84	68	78
	Obstetricia	78	122	97	153	86	135
	Pediatría	-	-	-	-	-	-
	Neonatología	94	41	100	42	101	38
	Psiquiatría	95	24	96	23	92	23
Regionales	Medicina	94	42	98	38	101	38
	Cirugía	82	59	93	55	98	55
	Ginecología	82	98	75	96	72	87
	Obstetricia	85	96	94	148	92	151
	Pediatría	75	73	79	69	87	73
	Neonatología	88	69	99	69	91	47
	Psiquiatría	96	45	84	30	142	52
Periféricos 3	Medicina	85	41	85	39	98	47
	Cirugía	69	59	82	68	79	54
	Ginecología	75	101	70	96	65	81
	Obstetricia	75	96	76	130	72	118
	Pediatría	69	67	63	56	64	57
	Neonatología	98	86	93	86	77	30
	Psiquiatría	-	-	-	-	-	-
Periféricos 2	Medicina	89	57	77	47	98	47
	Cirugía	48	68	66	56	79	63
	Ginecología	55	77	65	89	65	127
	Obstetricia	69	89	67	121	72	119
	Pediatría	60	61	63	61	64	61
	Neonatología	-	-	72	72	94	101
	Psiquiatría	-	-	66	38	83	60
Periféricos 1	Medicina	84	53	93	57	102	67
	Cirugía	71	53	62	50	65	48
	Ginecología	66	87	48	57	35	43
	Obstetricia	76	57	68	110	68	117
	Pediatría	58	47	56	42	65	50
	Neonatología <sup>1/</sup>	-	-	-	-	-	-
	Psiquiatría	-	-	-	-	-	-

<sup>1/</sup>Se excluye el dato de Hospital Golfito que reporta una cama en Neonatología en el año 2004.

FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2004, 2008 y 2013.

Los datos de estas dos variables en los Hospitales Periféricos 1 y 2, deben relacionarse con la capacidad resolutoria con que cuentan estos centros, ya que esto delimita la oferta y la respuesta a la demanda, afecta la calidad de la atención brindada en términos de acceso y oportunidad e impacta en servicios homólogos de otros hospitales en la Red de prestación de servicios de salud.

Es importante mencionar que los valores de índice ocupacional sobre el 100% corresponden a la metodología utilizada en la construcción del aproximado al indicador, que utiliza la dotación normal y no el censo diario para el cálculo de los días cama.

Lo anterior, aunado a la práctica de habilitación de camas extra (camas %is+) en situaciones de



mayor demanda, como alta cantidad de partos en ciertos meses del año y epidemias como el dengue, entre otras; produce algún porcentaje no cuantificable de estancias que no corresponden a camas censadas. Estas camas traducen un subregistro y consecuentemente sesgo en los indicadores de ocupación y giro cama.

Resumiendo, la producción hospitalaria en internamiento y CMA se ve influenciada tanto por la capacidad instalada en términos de recurso humano, equipamiento e infraestructura como por aspectos propiamente de gestión, lo cual influye sobre la estancia hospitalaria, el giro cama y por ende, la cantidad de egresos hospitalarios. Esto influye en la prolongación de listas de espera, la satisfacción de los usuarios y los costos asociados a la prestación de los servicios.

La EPSS ha conducido a la medición de resultados intermedios que en el caso de hospitales incluye los egresos, la estancia media, el porcentaje de ocupación, el giro cama, las intervenciones quirúrgicas, entre otros, como una aproximación metodológica de desempeño en la prestación hospitalaria.

En nuestro país, los resultados globales de indicadores de producción hospitalaria, varían de un establecimiento a otro, dado que no se ha logrado estandarizar la oferta ni la forma de gestionar los centros. No se cuenta con un sistema de costos hospitalarios y el presupuesto se asigna de forma histórica en los hospitales, además, hay limitaciones importantes en el sistema de información y carencia de planificación de los servicios con visión de red.

Con los datos recopilados del sistema de información institucional, no es posible determinar si la producción de los servicios hospitalarios podría incrementar con la capacidad instalada actual, sin deteriorar la calidad en la atención, o si existe capacidad ociosa en los hospitales, de forma que se conozca el grado de eficiencia y plantear opciones para reducir el margen de ineficiencia en el funcionamiento de los servicios.

El país experimenta importantes cambios demográficos con un crecimiento de la población adulta mayor y la prevalencia sostenida de enfermedades no transmisibles que conllevan altos costos socio-sanitarios. Además, hay todo un proceso de innovación tecnológica y cambios sociales asociados a ello.

De manera que es meritoria una transformación en la mentalidad asistencial que inicia en los métodos de gestión (Elizondo & Díaz, 2003) y en la redefinición del valor de la asistencia al enfermo en los servicios de salud.

Se requiere del fomento de una cultura que potencie el empoderamiento de la población sobre el cuidado de su salud, permitiendo impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (IBM, 2008).

El nuevo reto en la prestación de servicios de salud, implica cambios en las características organizativas de los establecimientos hospitalarios (OPS/OMS, 2011):

- Reorganización del recurso cama
- Ambulatorización de los servicios quirúrgicos
- Disminución de estancias evitables
- Centralización de atenciones complejas
- Modernización de los sistemas de información
- Fortalecimiento de nuevas tecnologías: telemedicina, tele radiología, tecnología móvil, sesiones multihospitalarias
- Mejoramiento de los canales de comunicación entre establecimientos de diferente Nivel de Atención acorde a la planificación de la Red
- Promoción de las intervenciones en Hospital de Día, Hospitalización Domiciliar e implementación del Alta Programada

Dado que la prestación de servicios de salud, depende en gran medida del estilo de gestión que se implemente, la Institución encuentra un amplio espacio para el fortalecimiento de una cultura de mejora continua y búsqueda de la excelencia.

El desarrollo de competencias del personal de salud es fundamental para la puesta en marcha de estos preceptos, teniendo presente la necesidad de la planificación para los cambios requeridos.

Así mismo, el sistema de información es primordial para poder establecer la brecha entre la producción actual y la potencial, a fin de mejorar la eficiencia hospitalaria.

### Moderado incremento en el costo de hospitalización

Dentro del campo del desempeño hospitalario un componente fundamental es la eficiencia hospitalaria y, específicamente, el nivel de eficiencia de las hospitalizaciones de pacientes, que constituye el mayor componente del quehacer hospitalario (Jiménez, 2004). En la CCSS, el gasto hospitalario representa alrededor del 70% del gasto total.

Se utiliza el costo de producción hospitalaria ajustada por complejidad para comparar el nivel de eficiencia de los hospitales. El objetivo es identificar los centros que se desvían por encima del percentil 75 del grupo de hospitales y su variación respecto al 2012.

Para comparar entre hospitales se crea una nueva medida que se denomina %Unidades de Hospitalización Ajustadas por Complejidad+

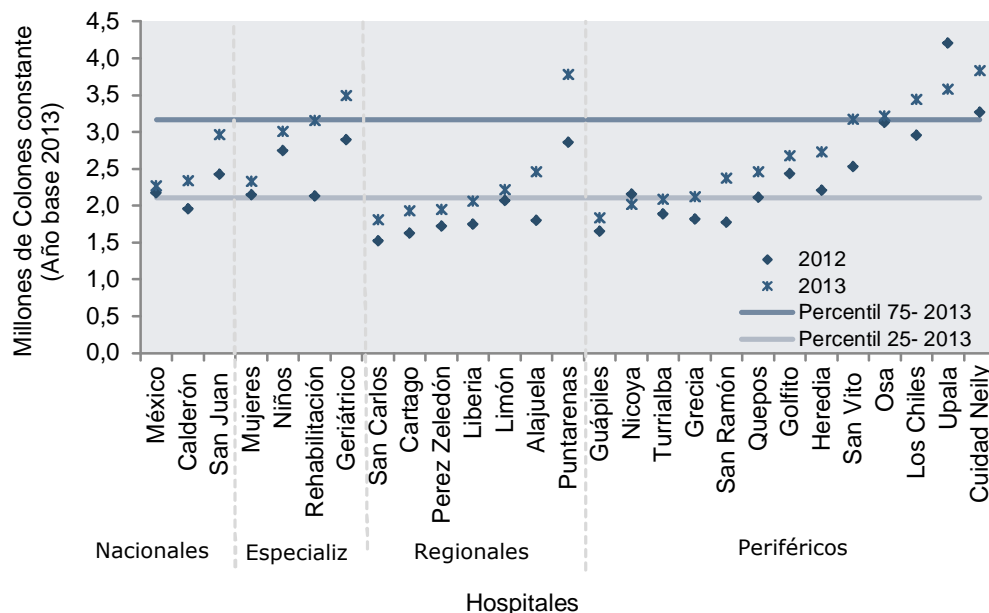
(UHAC), que consiste en multiplicar los egresos hospitalarios de cada hospital según su tipo de GRD por los pesos relativos de dichos GRD.

Luego este resultado se compara con los costos de los respectivos centros. Seguidamente el costo por UHAC se ajustó con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) para eliminar la pérdida del poder adquisitivo entre los años analizados.

El análisis se realiza para el período 2012-2013 y utiliza como fuentes la base de datos de Egreso de Servicios de Salud, adaptada a GRD por el Área de Estadística en Salud y el Anuario de Costos Hospitalarios del Área de Contabilidad de Costos. El IPC se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

En general los hospitales con menor costo por UHAC son los centros regionales y los de mayor costo los periféricos. La mayor variabilidad en el costo por UHAC se registra entre hospitales periféricos (Gráfico 42).

GRÁFICO 42  
CCSS: COSTO DE HOSPITALIZACIÓN AJUSTADA POR COMPLEJIDAD SEGÚN HOSPITAL, 2012-2013



FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2012 y 2013. / Área de Contabilidad de Costos. Anuario de Costos Hospitalarios. 2012 y 2013.

En el período estudiado se registra un leve aumento del costo real por UHAC en la mayoría de hospitales. Destaca un aumento considerable

en los hospitales de Puntarenas y el CENARE, y una disminución en el hospital de Upala.

Los centros con mayores desviaciones del costo promedio deben ser susceptibles de intervención para analizar sus causas. También se deben analizar a profundidad las causas de la variabilidad en el costo por UHAC dentro de los hospitales de un mismo nivel hospitalario.

### **Se evidencia una gestión ineficiente de la cama hospitalaria en la mayoría de centros**

La eficiencia en la utilización de la cama es un elemento central en la gestión hospitalaria, dado que es uno de los recursos más importantes del sistema hospitalario de cualquier seguro de salud.

Para medir el desempeño en la gestión de las camas hospitalarias, de los hospitales generales en el 2013, se utiliza el modelo de Pabón-Lasso (Pabón-Lasso, 1986) (Bahadori, 2011). Los datos provienen del Área de Estadística en Salud. Se estudian 23 hospitales generales que contienen en total de 4.059 camas.

El modelo Pabón Lasso compara la productividad de la cama, medida como los egresos hospitalarios ajustados por casuística respecto a las camas disponibles, el índice de ocupación, que mide la eficiencia en el manejo de las camas, y el índice de funcionamiento, que mide la eficiencia en el manejo de las estancias.

Para estimar la productividad de la cama, las hospitalizaciones fueron ajustadas por la casuística atendida en cada centro. Esta nueva medida denominada unidades de hospitalización ajustadas por casuística (UHAC) se obtiene como las hospitalizaciones totales multiplicadas por el peso relativo de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) (Tamargo & Jiménez, 2009) (Moya, 1998).

Por su parte, el índice de ocupación es considerado óptimo cuando es 85% (Sánchez, 2005) (Jaramillo, 1998) (Frenk & al, 1996).

El manejo de la estancia, representado con el índice de funcionamiento (IF), mide la eficiencia en el manejo de la estancia hospitalaria en función de la casuística atendida por el hospital (Moya, 1998). Un  $IF > 1$  indica mayores estancias que las que le corresponde por la casuística atendida y un  $IF \approx 1$  se presenta cuando un hospital registra estancias

iguales o inferiores a las que le corresponde por la complejidad de los casos atendidos.

Para su interpretación el gráfico de Pabón Lasso se divide en cuatro zonas, donde las fronteras están definidas por el índice de ocupación y la productividad.

Cada uno de los sectores así obtenido tiene las siguientes características (Pabón-Lasso, 1986) (Bahadori, 2011):

- zona 1: (inferior izquierda) indica un nivel relativamente bajo de ocupación de camas y de productividad, es decir, la situación menos deseable.
- zona 2: (superior izquierda) indica niveles relativamente bajos de ocupación de camas y de alta productividad.
- zona 3 (superior derecha) indica niveles relativamente altos de ocupación de las camas y la productividad, que corresponde a la situación más deseable.
- zona 4 (inferior derecha) indica niveles relativamente altos de ocupación de las camas y de baja productividad

La productividad promedio de los hospitales, medida como UHAC entre el número de camas, bajó de 68 a 61 entre el 2012 y el 2013. Esto debido principalmente a una disminución del 12% en las UHAC y en menor grado a un crecimiento en el número de camas cercana al 1%.

Para identificar los hospitales con buena o mala gestión en la duración de la estancia, cada punto en el gráfico de dispersión se ilustra de color rojo si el  $IF > 1$  y con verde si el  $IF \approx 1$ .

En el Gráfico 43, se puede observar que 9 de los hospitales se ubicaron en la zona 1, con una baja productividad por cama y una baja ocupación. De este grupo de centros, el Hospital San Vicente de Paúl presenta además una mala gestión en la duración de las estancias.

Cinco de los centros se ubican en la zona 4, con alta ocupación pero con baja productividad por cama. San Juan de Dios y Alajuela registran además una alta estancia que no se justifica por la casuística atendida.

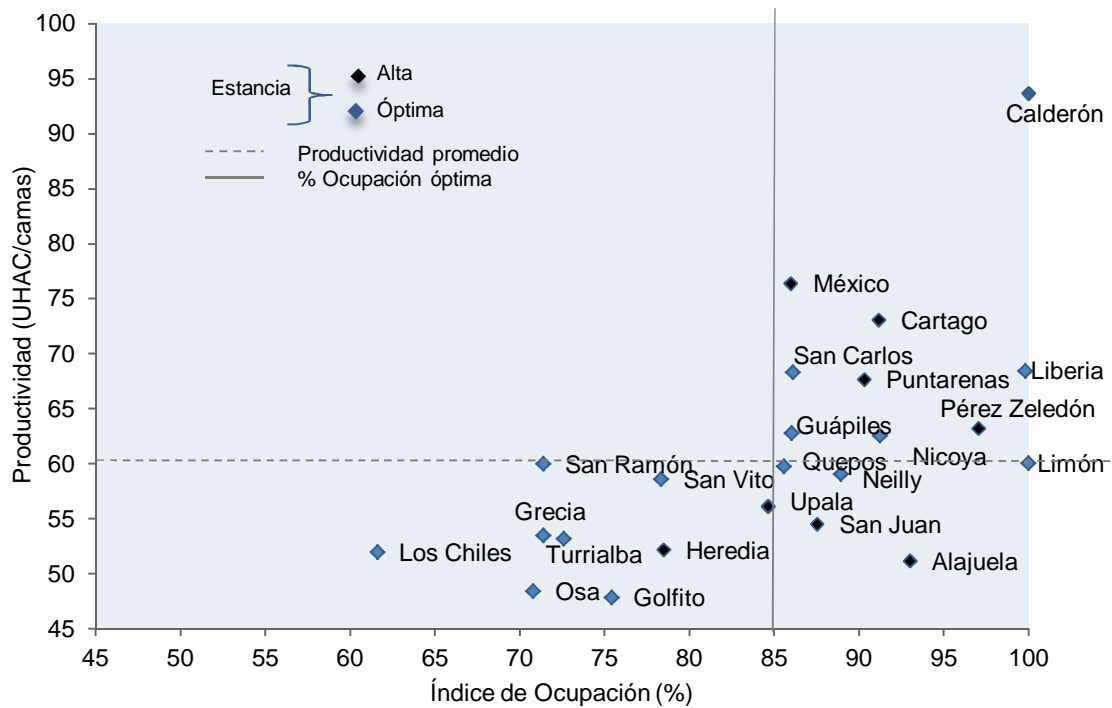
Los restante nueve hospitales estudiados tuvieron buenos indicadores de rendimiento, caracterizados por alta ocupación y productividad

de la cama. Sin embargo, tres de estos hospitales presentaron una mala gestión de las estancias.

Sin embargo la posición dentro de los cuadrantes del Diagrama de Pabón Lasso no se modificó en la mayoría de los hospitales entre el 2012 y el

2013. Los centros que mejoraron su gestión de las camas fueron los hospitales de Upala, Pérez Zeledón y Puntarenas. Adicionalmente, los Hospitales de Upala y México mejoraron la gestión de las estancias, respecto al 2012.

GRÁFICO 43  
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES GENERALES SEGÚN PRODUCTIVIDAD, ÍNDICE DE OCUPACIÓN Y ESTANCIA MEDIA, 2013



FUENTE: CCSS. AES. Base de egresos hospitalarios, 2013.

## E. Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS) para Áreas de Salud.

El contar con un IDPSS permite resumir en un valor el resultado integrado de las intervenciones evaluadas para cada centro. De esta forma se facilita a los tomadores de decisiones el conocer el estado de situación e identificar centros prioritarios de brindar un mayor seguimiento y apoyo.

Es importante clarificar que este índice es relativo, es decir que permite determinar en cada unidad el grado de desempeño logrado con respecto al resto de Áreas de Salud. No existe un óptimo predeterminado sino que un máximo desempeño logrado entre el grupo de centros analizados, contra el cual se relacionan los resultados de todas las Áreas, convirtiéndose en la referencia. El valor del índice se mueve entre 0 y 1.

La construcción del Índice tiene como orientación metodológica los pasos a seguir definidos por la CEPAL (Shuschmy, 2009) y las técnicas utilizadas por el índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2007).

Su elaboración parte del resultado de las intervenciones evaluadas por dimensión. De las cinco dimensiones definidas en la evaluación solo tres conformarán el Índice: Accesibilidad, Continuidad y Efectividad, por limitaciones de información.

De igual forma, no todos los resultados de las intervenciones se incluyen en el índice, ya que se requiere ciertos criterios de calidad de los datos, como por ejemplo, que los resultados estén presentes en todas las Áreas y un grado determinado de concordancia estadística. De esta forma el índice estará conformado por 3 dimensiones y por el resultado de 20 indicadores.

En el IDPSS se contemplan todas las Áreas de Salud institucionales, incluyendo las gestionadas por proveedores externos.

## IDPSS

...

Con este Índice se pretende identificar las áreas de salud prioritarias con el fin de que se les brinde un mayor acompañamiento que les permita mejorar los resultados en la prestación de servicios de salud.

Los indicadores contemplados en el cálculo del índice se resumen a continuación:

Dimensión acceso:

- É Cobertura de detección temprana de hipertensión arterial en el escenario domiciliario
- É Cobertura de mujeres de 20 a 35 años con PAP en los últimos dos años
- É Cobertura de mujeres de 35 años y más con PAP en los últimos dos años
- É Cobertura de Atención integral al Adulto Mayor
- É Cobertura de vacunación con Influenza en el Adulto mayor
- É Porcentaje de Embarazadas captadas tempranamente
- É Porcentaje de Mujeres embarazadas tamizadas por VDRL
- É Porcentaje de Mujeres embarazadas tamizadas por Elisa para HIV
- É Porcentaje de Mujeres captadas en posparto tempranamente
- É Porcentaje de niños captados tempranamente en Atención Integral

Dimensión continuidad:

- É Porcentaje de niños (as) de 6 a menos de 24 meses con resultado de hemograma interpretado
- É Porcentaje de niños ( as ) de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro abordados adecuadamente
- É Tasa de deserción de la atención materna
- É Porcentaje de mujeres con PAP alterado a quienes se les atendió con oportunidad

$$\text{Subíndice} = \frac{\text{Indic. Norm 1} + \text{Indic. Norm 2} + \text{Indic. Norm 3} + \text{Indic. Norm 4}}{4}$$

El Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS) se calcula para cada

$$\text{IDPSS} = \frac{\text{Subíndice 1} + \text{Subíndice 2} + \text{Subíndice 3}}{3}$$

É Tasa de deserción de DPT

Dimensión efectividad:

- É Porcentaje de personas con dislipidemia con control óptimo
- É Porcentaje de personas hipertensas con control óptimo
- É Porcentaje de personas con DM tipo 2 con al menos un resultado de HbA1C en cada semestre
- É Porcentaje de personas con DM tipo 2, con control óptimo
- É Reducción de pobre control metabólico en personas con DM tipo 2 atendidas

Los resultados de estos indicadores se normalizan utilizando el valor mínimo y máximo de cada uno, mediante la técnica de re-escalamiento que estandariza el valor del indicador en cada Área de Salud entre 0 y 1, utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Valor normalizado} = \frac{\text{Valor real} - \text{Valor mínimo}}{\text{Valor máximo} - \text{Valor mínimo}}$$

Una vez normalizados los datos se hace una ponderación de información, asignando igual peso a todas las dimensiones, para minimizar el grado de subjetividad dada en cualquier tipo de ponderación.

Luego se elabora un subíndice por dimensión y por último se construye el Índice. El subíndice por dimensión se calcula mediante un promedio simple, a partir de los datos normalizados (igual escala de medición) de los indicadores que lo conforman como se muestra a continuación:

Área de Salud a partir del promedio simple de los valores de los subíndices. (PNUD, 2007)

Para facilitar el análisis del desempeño a partir del resultado del Índice, se agrupan las unidades de

acuerdo a los siguientes quintiles:

Quintil	desde	hasta
1	28,60	50,38
2	50,39	55,30
3	55,31	60,40
4	60,41	66,95
5	66,96	76,53

La clasificación de las áreas de salud según quintiles del IDPSS, ordenadas de menor a mayor, se muestra a continuación:

Quintil 1 (28.60-50.38)	Quintil 2 (50.39-55.30)	Quintil 3 (55.31-60.40)	Quintil 4 (60.41-66.95)	Quintil 5 (66.96-76.53)
~ LIMÓN	~ POÁS	~ GRECIA	~ CATEDRAL NORESTE	~ OREAMUNO-PACAYAS-TIERRA BLANCA
~ ALAJUELA CENTRAL	~ SIQUIRRES	~ LOS CHILES	~ FLORENCIA	~ SAN SEBASTIÁN-PASO ANCHO
~ GARABITO	~ SANTA BÁRBARA	~ GUÁCIMO	~ OSA	~ SAN SEBASTIÁN-PASO ANCHO
~ AGUAS ZARCAS	~ LA CRUZ	~ BELÉN-FLORES	~ OROTINA-SAN MATEO	~ SANTA ANA
~ HEREDIA CUBUJUQUÍ	~ SAN RAFAEL DE HEREDIA	~ NARANJO	~ CURRIDABAT	~ SAN RAMÓN
~ PARRITA	~ ALAJUELA NORTE	~ GOICOECHEA 2	~ MORA-PALMICHAL	~ HOJANCHA
~ TALAMANCA	~ DESAMPARADOS 1	~ PENINSULAR	~ FORTUNA	~ LA UNIÓN
~ VALLE LA ESTRELLA	~ ALAJUELA OESTE	~ BAGACES	~ MONTES DE ORO	~ TILARÁN
~ SANTA CRUZ	~ DESAMPARADOS 3	~ CONCEPCION-SAN JUAN-SAN DIEGO	~ VALVERDE VEGA	~ ACOSTA
~ HORQUETAS-RIO FRIO	~ LIBERIA	~ BARRANCA	~ ASERRÍ	~ ABANGARES
~ CARRILLO	~ MORAVIA	~ AGUIRRE	~ TIBÁS	~ SAN PABLO
~ SAN RAFAEL-CHOMES-MONTEVERDE	~ MATA REDONDA	~ ALAJUELITA	~ GUATUSO	~ CAÑAS
~ PITAL	~ SANTA ROSA DE POCOSOL	~ TIBÁS-URUCA-MERCED	~ CHACARITA	~ SAN FRANCISCO-SAN ANTONIO
~ CORREDORES	~ BUENOS AIRES	~ CIUDAD QUESADA	~ GUÁPILES	~ ALFARO RUIZ
~ MATINA	~ ALAJUELA SUR	~ CORRALILLO-LA SIERRA	~ DESAMPARADOS 2	~ ESCAZÚ
~ UPALA	~ CORONADO	~ PARAÍSO-CERVANTES	~ ATENAS	~ CARTAGO
~ HEREDIA-VIRILLA	~ COLORADO	~ MONTES DE OCA	~ PÉREZ ZELEDÓN	~ TURRIALBA-JIMÉNEZ
~ GOLFITO	~ SANTO DOMINGO	~ PAVAS	~ PALMARES	~ ESPARZA
~ ZAPOTE-CATEDRAL	~ PUERTO VIEJO	~ NANDAYURE	~ SAN ISIDRO DE HEREDIA	~ EL GUARCO
~ NICOYA	~ CARIARI	~ COTO BRUS	~ LA CARPIO-LEON XIII	~ PURISCAL-TURRUBARES
~ GOICOECHEA 1	~ HATILLO		~ BARVA	~ LOS SANTOS

## BIBLIOGRAFÍA

- AAP. (1969). Iron balance and requirements in infancy. *Pediatrics*, 43: 134-142.
- AES. (2013). *Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones en los servicios de salud*. CCSS. 2013. (DPSS, Editor, & CCSS, Productor) Recuperado el 24 de junio de 2013, de Portal Caja Costarricense del Seguro Social, Area de Estadísticas en Salud.: [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Medica/Proyeccion\\_Servicios\\_Salud/Estadistica\\_en\\_Salud/Publicaciones/TabDefiniciones](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Publicaciones/TabDefiniciones).
- Ajú, W. y. (2014). *Anemia y exclusión social: seguimiento a la situación de los niños y niñas entre 6 a menos de 24 meses de edad, según áreas de salud en Costa Rica*. San José: CCSS.
- American Diabetes Association. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, s14- s60.
- Bahadori, M. e. (2011). Combining multiple indicators to assess hospital performance in Iran using the Pabon Lasso Model. *Australasian Medical Journal*, 4: 175-9.
- Baker, R. D. (2010). *Clinical report-diagnosis and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age)*. Recuperado el 2013, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1040.full.html>
- Barrantes, A. (2011). *Anemia y exclusión social: la situación de los niños y niñas entre 6 a menos de 24 meses de edad, según áreas de salud en Costa Rica*. San José: CCSS.
- Business Dictionary*. (s.f.). Obtenido de <http://www.businessdictionary.com>
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2012.). *Metodología Evaluación de Resultados de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS. (Documento aprobado por Acuerdo de Junta Directiva en Artículo N°5 de la Sesión N° 8596 del 16 de agosto del 2012)*. San José, Costa Rica.: Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS).
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2012.). *Metodología Evaluación de Resultados de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS*. San José, Costa Rica: Dirección Compra de Servicios de Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2010.). *Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud*. Obtenido de [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/Tab/Indice%20de%20desempe%F1o.pdf](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/Tab/Indice%20de%20desempe%F1o.pdf)
- CCSS. (1995). *Normas de Atención Integral de Salud en el primer nivel de atención*. Costa Rica.
- CCSS. (2006). Listado de procedimientos susceptibles de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- CCSS. (2007). *Guía de Atención a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2*. San José, Costa Rica.
- CCSS. (2007). *Guía para la Atención de las personas Diabéticas tipo 2*. San José, Costa Rica.
- CCSS. (2007). *Política específica 2.2.2*. Recuperado el 20 de enero de 2011, de Una CCSS renovada hacia el 2025: <http://www.cendei.ssa.cr/seguridadesocial/politicas2007-25.pdf>
- CCSS. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José.
- CCSS. (2007). *Una CCSS renovada hacia el 2025. Política Institucional 2007-2012. Planteamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones*. San José, Costa Rica.
- CCSS. (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José, Costa Rica.



- CCSS. (2009). *Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. San José: CCSS.
- CCSS. (2010). *Análisis del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión, 2010*. San José: CCSS.
- CCSS. (2010). *Control de la Hipertensión Arterial en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: CCSS.
- CCSS. (2010). *Evaluación del impacto de la vacuna estacional de Influenza sobre la enfermedad tipo influenza severa. Vigilancia Epidemiológica*. Costa Rica.
- CCSS. (2011). *Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular*. San José, Costa Rica: Subárea de Vigilancia epidemiológica.
- CCSS. (2011). *Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular*. San José, Costa Rica.
- CCSS. (2013). *Guía para el diagnóstico y tratamiento de las personas con síndrome coronario agudo*. San José: EDNASSS-CCSS.
- CCSS. (2013). *Proyección de población por Area de Salud 2010-2050*. Costa Rica.
- CDC. (2006). *Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. .
- CDC. (2008). *National Health and Nutrition Examination Survey*. Recuperado el 2013, de [www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm](http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm).
- CDC. (2013). *Recomendaciones de ACIP para la temporada 2013-2014*.
- Chaillet, N., & al., e. (2006). Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. *Obstet Gynecol*, 108:1234-45.
- Chaillet, N., & Dumont, A. (2007). Evidence-based strategies for reducing caesarean section rates: a meta-analysis. *Birth*, 34:53-64.
- CIHI. (2011). *Health Indicators 2011: Definitions, Data Sources and Rationale*. (C. I. Information, Ed.) Obtenido de [https://secure.cihi.ca/free\\_products/health\\_indicators\\_2011\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_en.pdf)
- CIHI. (2012). *Canadian Hospital Reporting Project. Technical notes 2012*. . (C. I. Information, Ed.) Obtenido de [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/CHRP\\_TNCI\\_PDF\\_EN](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/CHRP_TNCI_PDF_EN)
- CIHI. (2012). *Canadian Institute for Health Information. Hospital Standardized Mortality Ratio. Technical notes 2012*.
- Davis, J. (1993). Ambulatory surgery. How far can we go? *Surg Clin N Amer*(77), 365-75.
- DCSS. (2008). *La compra estratégica de servicios de salud en la CCSS*. San José, Costa Rica: CCSS.
- DCSS. (2009). *Plan de Compra 2010- 2015*. San José, Costa Rica: CCSS.
- DCSS. (2009). *Plan de compra de servicios de salud 2010 - 2015*. San José, Costa Rica: CCSS.
- DCSS. (2010). *Ficha Técnica Gestión de la atención. Consulta externa programada. Determinación del ausentismo*. Recuperado el 19 de Mayo de 2014, de Caja Costarricense de Seguro Social: [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/FichasTecnicas/Tab/Tab5/Tab/H-0000-19.%20Reduccion%20del%20ausentismo%20residual.pdf](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/FichasTecnicas/Tab/Tab5/Tab/H-0000-19.%20Reduccion%20del%20ausentismo%20residual.pdf)
- DCSS. (2011). *Fichas Técnicas de Compromiso de Gestión de Hospitales 2012-2013*. San José, Costa Rica: CCSS.
- DCSS. (2011). *Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2010*. San José, Costa Rica.: CCSS.
- DCSS. (2012). *Evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud. Informe de resultados 2011*. San José: CCSS.

- DCSS. (2012). *Informe Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Elizondo, E., & Díaz, J. (2003). *Organización y gestión hospitalaria hoy: Servicio de Cirugía*. País Vasco.
- Frenk, J., & al, e. (1996). Estado actual del sistema hospitalario en México. *Gac. Méd. Méx.*, 132: 183-89.
- Gibbons, L. e. (2010). *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage*. Geneva, Switzerland: OMS.
- Giraldo, A. e. (2010). *La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de Estilos de Vida Saludables. Hacia la Promoción de la Salud, vol 15, Nº1, enero-junio 2010*.
- Goerke, H. ( 1986). *3.000 años de Historia de la Medicina*. BCN.
- Grundy, S. M. (1993). segundo informe del National Cholesterol Education Program Panel de Expertos (NCEP) sobre la Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos (Adult Treatment Panel II). *JAMA*.
- Hoerger, T. J. (2008). Is Glycemic Control Improving in U.S. Adults? *Diabetes Care*.
- IBM. (2008). *La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios*. New York: Global Business Services.
- INEC-MINSA Bolivia. (2008). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA Bolivia La Paz*. La Paz, Bolivia .
- Jaramillo. (1998). *Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales*. Editorial Universidad de Costa Rica. 511 p.
- Jarman B, G. S. (1999). Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ*, 318, 1515-20.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(1) 17-36.
- Joint Committee for Guides in Metrology (JCGM). (2012). *Guide to the expression of uncertainty in measurement (GUM) and the International vocabulary of basic and general terms in metrology (VIM)*. JCGM.
- Krumholz, H. M., Anderson, J. L., Bachelder, B. L., Fesmire, F. M., Fihn, S. D., Foody, J. M., . . . Nallamothu, B. K. (2008). ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 52, 2046-2099.
- Machado, V. (2006). *Comportamiento de las coberturas de vacunación en niños menores de tres años*. San José: C.C.S.S.
- Machado, V. (2006). *Comportamiento de las coberturas de vacunación en niños menores de tres años*. SaN José, Costa Rica: CCSS.
- Machado, V. (2006). *Comportamiento de las coberturas de vacunación en niños menores de tres años*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Machado, V. (21 de mayo de 2014). Análisis de los resultados de cobertura y tasa de deserción 2013. (L. Q. Neyshmi Vega, Entrevistador)
- Madrigal, R. (2012). *Catálogo de definiciones de actividades de Atención en los Servicios de salud de la CCSS*. Recuperado el Mayo de 2014, de Caja Costarricense de Seguro Social: [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Medica/Proyeccion\\_Servicios\\_](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_)
- Madrigal, R. (2012). *Catálogo de definiciones de actividades de atención en los Servicios de Salud de la CCSS*. Recuperado el 16 de Mayo de 2014, de <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=>

- &esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.ccss.sa.cr%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FGerencia\_Medica%2FProyeccion\_Servicios\_Salud%2FEstadistica\_en\_Salud%2FDocumentos%2FTabOtros%2F2012-8\_Catalogo\_de\_def
- Madrigal, R. (21 de Agosto de 2012). *Catálogo de definiciones de actividades de Atención en los Servicios de salud de la CCSS: 1.Consulta Externa*. Obtenido de Caja Costarricense de Seguro Social: [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Medica/Proyeccion\\_Servicios\\_Salud/Estadistica\\_en\\_Salud/Documentos/TabOtros/2012-8\\_Catalogo\\_de\\_definiciones\\_Oficio\\_36966-5\\_8-8-12.pdf](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabOtros/2012-8_Catalogo_de_definiciones_Oficio_36966-5_8-8-12.pdf)
- Manzanera, R., & Puente, M. L. (2002). *Producción hospitalaria y ganancias en salud*. SESPAS, Informe, Barcelona.
- Martínez, A. a. (2001). PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CARDIOPATIA ISQUÉMICA A NIVEL LIPIDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA ARAGON. ESTUDIO PRECIAR. *REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA*, 143-150.
- Masoudi, F. A., Bonow, R. O., Brindis, R. G., Cannon, C. P., DeBuhr, J., Fitzgerald, S., . . . Wharton, T. P. (2008). ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the ACC/AHA Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 52, 2100-2112.
- Microsoft Corporation. (23 de Mayo de 2014). *Office*. Obtenido de <http://office.microsoft.com/es-mx/lync/lync-server-2013-features-video-conferencing-and-instant-messaging-FX103789592.aspx>
- MIDEPLAN. (2012). *Manual gerencial para el diseño y ejecución de evaluaciones estratégicas de gobierno*. San José, Costa Rica: MIDEPLAN.
- Ministerio de Salud. (2006). *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 de Laboratorios de Citología*. Recuperado el 14 de mayo de 2014, de Imprenta Nacional Costa Rica: [www.gaceta.go.cr/pub/2006/07/07/ALCA43\\_07\\_07\\_2006.pdf](http://www.gaceta.go.cr/pub/2006/07/07/ALCA43_07_07_2006.pdf)
- Ministerio de Salud. (2007). *Decreto N° 33650-S Adición al "Manual de 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 de Laboratorio de Citología"*. Recuperado el 14 de mayo de 2014, de Ministerio de Hacienda Costa Rica: <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Decreto/Decretos%2033650-S-Manual%20Normas%20y%20procedimientos%20manejo%20C%C3%A1ncer%20de%20cuellos%20Utero-La%20Gaceta%20171-6%20SET-2007.pdf>
- Ministerio de Salud. (2009). *Situación e indicadores de salud*. Recuperado el 14 de mayo de 2014, de Ministerio de Salud: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/memorias/memoria2009/vlsituacion.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2009/vlsituacion.pdf)
- Ministerio de Salud. (2012). *Plan Nacional para la prevención y control del cáncer 2011-2017*. Recuperado el 14 de mayo de 2014, de Ministerio de Salud: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/consejo\\_nacional\\_cancer/DM\\_plan\\_nacional\\_para\\_la\\_prevenccion\\_y\\_control\\_del\\_cancer.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevenccion_y_control_del_cancer.pdf)
- MINSA. (1996). *Encuesta Nacional de Nutrición: 2 Fascículo Micronutrientes*. San José: INCIENSA.
- MINSA. (2009). *Registro Nacional de Tumores*. San José, Costa Rica.
- MINSA. (2011). *Política Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021*. San José, Costa Rica.

- MINSAs. (2012). *Indicadores de género y salud*. San José.
- MINSAs Chile. (2010). *Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010: Evaluación final del período*. Santiago, Chile.
- MINSAs Chile. (2013). *Guía Perinatal*. Chile.
- Moodle. (23 de Mayo de 2014). Moodle. Recuperado el Marzo de 2012, de <http://moodle.org/about/>
- Morera, M. (2013). Capacidad resolutoria en la atención de partos hospitalarios, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*, 22(2): 149-55.
- Moya. (1998). Aplicación de los grupos de diagnósticos relacionados a la gestión del sistema nacional de servicios de hospitalización de la CCSS. *Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc.*, 6: 13-33.
- MSC. (2008). *Manual Unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).
- NHQR. (2014). *NATIONAL HEALTHCARE QUALITY REPORT*. Obtenido de <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr13/2013nhqr.pdf>
- O'Gara, P. T. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guideline. *Journal of the American College of Cardiology*, 61, e78-e140.
- OCDE. (2007). *Health Care Quality Indicators Project 2006. Data Collection Update*. Paris.
- OMS. (2008). *2008-2013 Action Plan: for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease*.
- OMS. (2009). *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe*. Montevideo: CLAP/SMR.
- OPS. (2006). *Curso de gerencia para el manejo efectivo del PAI. Módulo I*. Washintong, D.C.: OPS.
- OPS. (2009). *Guía clínica para la eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe*. Washington, D.C.: OPS © 2009: (OPS/FCH/HI/06-09.E).
- OPS. (2013). *Boletín de Inmunización: Proteja a su familia vacunándola*. Washigton: OPS.
- OPS. (Mayo de 2014). Obtenido de [http://www2.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=198&Itemid=1](http://www2.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=198&Itemid=1)
- OPS. (2014). El cáncer cervicouterino en las Américas. *Nota informativa*.
- OPS/OMS. (2004). *Herramientas para el Monitorio de niños vacunados e indicadores del PAI*. Obtenido de [www.paho.org](http://www.paho.org).
- OPS/OMS. (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: el Desafío de los Hospitales*. Santiago.
- OPS/OMS. (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales*. Santiago.
- Ortiz, H. e. (2011). Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC. *Revista Española de Salud Pública*, vol.85 no.4.
- Pabón-Lasso, H. (1986). Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 20: 341-57.
- Pérez, M. D. (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. [http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol50\\_03\\_11/med09311.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol50_03_11/med09311.htm).
- PNUD. (2007). Atlas de desarrollo humano cantonal de Costa Rica.
- Poder Ejecutivo. (1991). Psiquiatría como quinta especialidad médica básica. *Decreto*

- Ejecutivo N° 20665-S. San José, Costa Rica.
- Poder Ejecutivo. (2006). *Decreto N 33119-S*. San José.
- Quan, H. e. (2011). Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *American Journal of Epidemiology*, 173 (6), 676-682.
- Rojas, Z. a. (1991). *Bases Generales del Proyecto de Cirugía Ambulatoria*. Vasquez de Coronado, San José: Centro Integrado de Salud de Coronado. CCSS.
- Sánchez. (2005). Indicadores de gestión hospitalaria. *Rev inst nal enf resp mex.*, 18: 132-41.
- Sánchez Ruiz-Caballero, F. (2011). *Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes*. Recuperado el 2013, de <http://www.aepap.org/previnfad/ferropenia.htm>
- Shuschmy, A. y. (2009). Guía Metodológica: diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible. *CEPAL*.
- SNS. (2013). RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ESPAÑA. En *PROPUESTA DE REORDENACION DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ESPAÑA*. España: Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Steg, G. e. (2012). ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 33, 2569-2619.
- Stockmann R., M. W. (2012.). *Curso de capacitación: M&E orientados a los resultados y el desarrollo de indicadores*. San José, Costa Rica.: FOCEVAL, GTZ.
- Tamargo, T., & Jiménez, R. (2009). El ajuste por riesgo en la evaluación del desempeño hospitalario. *Rev. cub. Salud pública*, 35: 0-0.
- Terwes, G., & Quirós, I. (2013). *Lineamiento técnico: Detección y abordaje de la Sífilis gestacional en el primer nivel de atención*. San José: CCSS.
- Torres R, P. C. (2011). *Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social: Situación Reciente y Proyecciones - Versión Preliminar (12 de julio de*. San José, Costa Rica.: OPS.
- UCR-CONAPAM. (2008). *Informe Estado de Situación de Persona Adulta Mayor*. Costa Rica.
- UTLE. (2009). Guía para la Gestión, Conteo y Verificación de Listas de Espera . San José, San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Vega, N., & Morera, J. C. (2014). *Evaluación de la eficiencia de los indicadores actuales relacionados con el traslado de Cirugías con Internamiento a la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en los centros hospitalarios de la CCSS, durante el período 2000-2010*. San José: Tesis de grado.
- Whittington, J. e. (2005). *Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2)*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement: Helathcare Improvement, Innovation Series white paper.
- WHO. (2001). *Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control. A guide for program managers*. Geneva. Switzerland.: Word Health Organization.
- WHO. (2009). *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. WHO publications.
- Wright, J. e. (2006). Learning from death: a hospital mortality reduction programme. *J R Soc Med*, 99:303-8.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
Gerencia Médica  
Dirección Compra de Servicios de Salud

Tel: 2539- 0000, Ext: 3807, 3809, 3813  
Apdo. postal: 10105 -1000

Oficina: Edificio Jenaro Valverde  
(Anexo CCSS)  
Av. 4, c5 y 7, Piso Mezanine, Ala este

[http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcss/index\\_dcsc.html](http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcss/index_dcsc.html)

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Inicio.aspx>