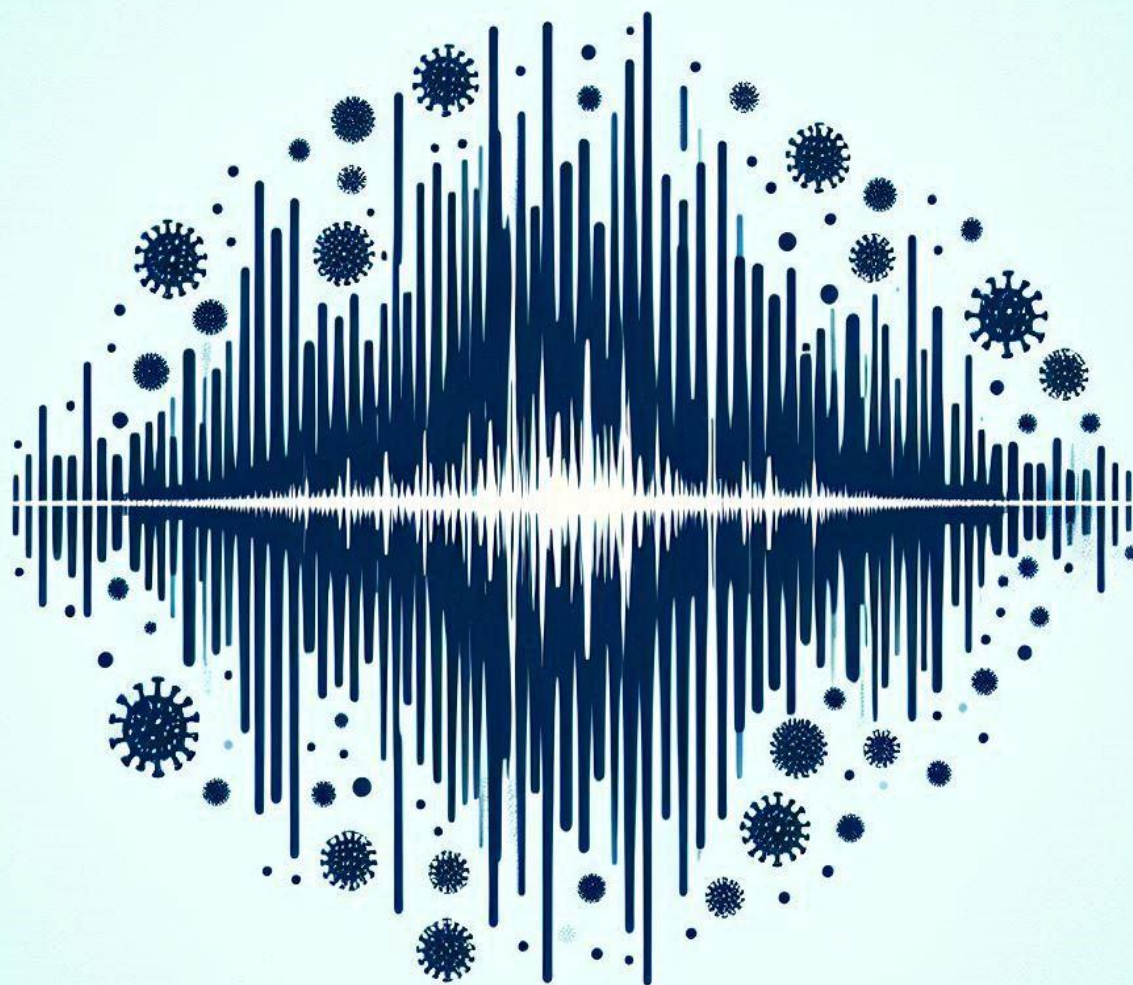




CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección Compra de Servicios de Salud

Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención: Informe de resultados quinquenal 2019-2023



Agosto 2024

WA525

C139e Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Médica.
Dirección Compra de Servicios de Salud.

Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud de
Primer Nivel de Atención: Informe de resultados
quinquenal 2019-2023 / Caja Costarricense de Seguro
Social. Dirección Compra de Servicios de Salud. - - San
José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2024.

115 páginas; ilustraciones; 21.6 x 28 centímetros.

ISBN: 978-9930-630-07-5

1. SERVICIOS DE SALUD. 2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
3. SALUD PÚBLICA. 4. ESTADÍSTICA. 5. COVID 6. COSTA
RICA. I. Título.

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2024.
Caja Costarricense de Seguro Social.

Este documento fue elaborado por la Gerencia Médica, Dirección Compra de
Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

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

Teléfono: 2539-0127, Interno: 3809. Fax: 2539-0119

Apdo. Postal: 10105-1000

Oficina: Centro Corporativo Internacional, Barrio Don Bosco, Torre B, Piso 3.

Reservados todos los derechos.

**Evaluación de la Prestación de
Servicios de Salud de
Primer Nivel de Atención:**

**Informe de resultados quinquenal
2019-2023**

EQUIPO DE TRABAJO

Director:

Dr. Fabián Carballo Ortiz

Grupo Conductor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo
Dr. José María Molina Granados
MSc. Miriam León Solís

Grupo Ejecutor:

Dra. Andrea Marín Madrigal
MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez
Dr. German Núñez Vanegas
MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada
Dr. Gustavo Madrigal Loría
Lic. Juan Esteban Calderón Rojas
Dra. Lucía Quirós Ramírez
Dra. Marianella Víquez Garro
Dr. Marlon Lizano Muñoz
Dra. Neyshmi Vega Medrano
Dr. Paúl Ernesto Araya Vega

Grupo Asesor en Informática y Estadística:

Ing. Jean Carlo García González
MBA. Jennifer Mendoza Vega
Ing. Shirley Soto Alpízar

Grupo de Apoyo Administrativo:

Licda. Aura Bautista Argueta
Secretaria. Cindy Cordero Araya
Secretaria. Evelyn María Pessoa Fernández
Secretaria. Laura Mercedes Rodríguez Corrales
Licda. Shirley Andrea Rojas González

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	13
METODOLOGÍA.....	15
1. LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PRIMER NIVEL LOGRA RECUPERAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS AL FINALIZAR EL QUINQUENIO.....	21
2. ESTADO DE SITUACIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL ENTRE EL 2019 Y EL 2023.	30
3. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE EN EQUIPO. ..	37
4. AVANCES EN TAMIZAJE DE DISLIPIDEMIA, UNA OPORTUNIDAD PARA IMPACTAR LA SALUD CARDIOVASCULAR DESDE LA EDAD ESCOLAR.	45
5. REVISIÓN DE LOS AVANCES EN EL MANEJO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS CON OBESIDAD GRADO III.	50
6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EL “ENEMIGO SILENCIOSO” QUE FUE PROTAGONISTA DURANTE LA PANDEMIA.....	57
7. ACCESO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 LOGRA LA META DE COBERTURA, CON UNA RECUPERACIÓN EN ABORDAJE DE CONTROL ÓPTIMO AL FINALIZAR EL QUINQUENIO.	65
8. CAÍDA Y RECUPERACIÓN DE LA COBERTURA DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.	77
9. EL TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA POR MAMOGRAFÍA AUMENTA CONSIDERABLEMENTE; UNA INTERVENCIÓN QUE SALVA VIDAS.....	84
10. EFICIENCIA PRODUCTIVA: UN QUINQUENIO DE VICISITUDES Y RETOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	87
11. MEDIDA RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	93
CONSIDERACIONES FINALES	111

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 6.1	61
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD SEGÚN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS INDICADORES DE COBERTURA Y CONTROL ÓPTIMO EN PERSONAS CON HTA, PNA, 2023	61
CUADRO 7.1	72
CCSS: REALIZACIÓN DE AL MENOS UNA PRUEBA DE LABORATORIO POR TIPO DE CONTROL Y AÑO A LAS PERSONAS CON DM TIPO 2 ATENDIDAS, PNA, 2021 – 2023.....	72
CUADRO 10.1	91
CCSS: CANTIDAD DE ATENCIONES DE PROFESIONALES NO MÉDICOS, PNA, 2019 Y 2023	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 3.1	38
CCSS: POBLACIÓN TOTAL Y ATENDIDA DE MENORES DE SEIS A MENOS DE 24 MESES POR AÑO, PNA, 2019 – 2023.....	38
GRÁFICO 3.2	39
CCSS: PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE SEIS A MENOS DE 24 MESES TAMIZADA PARA ADH POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	39
GRÁFICO 3.3	41
CCSS: MENORES DE SEIS A MENOS DE 24 MESES TAMIZADOS Y SIN TAMIZAR VS PROPORCIÓN DE MENORES CON ANEMIA (PMA) POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	41
GRÁFICO 3.4	42
CCSS: POBLACIÓN DE SEIS A MENOS DE 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ADH VS MENORES TAMIZADOS POR AÑO, PNA, 2019 – 2023.....	42
GRÁFICO 3.5	43
CCSS: PORCENTAJE DE MENORES DE SEIS A MENOS DE 24 MESES CON ADECUADO ABORDAJE DE LA ADH, POR AÑO, PNA, 2019 – 2023.....	43
GRÁFICO 4.1	46
CCSS: POBLACIÓN DE NUEVE A 11 AÑOS TAMIZADA POR DISLIPIDEMIA POR AÑO, PNA, 2020 – 2023	46
GRÁFICO 4.2	47
CCSS: POBLACIÓN DE NUEVE A MENOS DE 11 AÑOS TAMIZADA POR DISLIPIDEMIA, SEGÚN COMPONENTE DEL PERFIL EN ALTO RIESGO, POR AÑO, PNA, 2020 – 2023	47
GRÁFICO 5.1	51
CCSS: PORCENTAJE DE PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS CON UN IMC \geq 40 KG/M ² CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD POR AÑO, PNA, 2020 – 2023	51
GRÁFICO 5.2	52
CCSS: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD III REFERIDAS A NUTRICIÓN POR AÑO, PNA, 2020 – 2023	52
GRÁFICO 5.3	53
CCSS: PERSONAS ATENDIDAS CON OBESIDAD III POR FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS, PNA, 2020 – 2023.....	53
GRÁFICO 5.4	54
CCSS: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS DE 20 A 64 AÑOS CON OBESIDAD III, SEGÚN FRC ASOCIADOS, PNA, 2019 – 2023.....	54
GRÁFICO 6.1	58

CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS DE 20 A 39 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN AÑO, PNA, 2019-2023.....	58
GRÁFICO 6.2	59
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS DE 40 A 64 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN AÑO, PNA, 2019-2023.....	59
GRÁFICO 6.3	59
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN AÑO, PNA, 2019-2023.....	59
GRÁFICO 6.4	60
CCSS: CONTROL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN AÑO, PNA, 2019-2023.....	60
GRÁFICO 8.1	78
CCSS: COBERTURA BIENAL DE CITOLOGÍA VAGINAL EN EL GRUPO DE 20 A 34 AÑOS POR AÑO, PNA, 2019 –2023	78
GRÁFICO 8.2	79
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD SEGÚN LOGRO DE COBERTURA BIENAL DE CITOLOGÍA VAGINAL EN EL GRUPO DE 20 A 34 AÑOS, COMPARADO CON LA META POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	79
GRÁFICO 8.3	79
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD SEGÚN LOGRO DE COBERTURA BIENAL DE CITOLOGÍA VAGINAL EN EL GRUPO DE 20 A 34 AÑOS, COMPARADO CON LA META Y PERCENTIL 60 POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	79
GRÁFICO 8.4	80
CCSS: COBERTURA BIENAL DE CITOLOGÍA VAGINAL EN EL GRUPO DE 35 A 64 AÑOS POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	80
GRÁFICO 8.5	81
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD SEGÚN LOGRO DE COBERTURA BIENAL DE CITOLOGÍA VAGINAL EN EL GRUPO DE 35 A 64 AÑOS, COMPARADO CON LA META POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	81
GRÁFICO 8.6	81
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD SEGÚN LOGRO DE COBERTURA BIENAL DE CITOLOGÍA VAGINAL EN EL GRUPO DE 35 A 64 AÑOS, COMPARADO CON LA META Y PERCENTIL 60 POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	81
GRÁFICO 9.1	85
CCSS: COBERTURA BIENAL DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA POR MAMOGRAFÍAS EN MUJERES DE 45 A 69 AÑOS POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	85

GRÁFICO 10.1	90
CCSS: CANTIDAD DE CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL Y DE MEDICINA ESPECIALIZADA PROGRAMADAS POR HORA, PNA, 2019 Y 2023	90
GRÁFICO 11.1	95
CCSS: MEDIDA RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA EPSS POR AÑO SEGÚN RIPSS, PNA, 2019 Y 2023	95
GRÁFICO 11.2	98
CCSS: MEDIDA RESUMEN 2023 CON 25 INDICADORES POR RIPSS, PNA, 2023	98
GRÁFICOS 11.3	99
CCSS: POBLACIÓN ASIGNADA TOTAL ¹ PROMEDIO Y MEDIDA RESUMEN PROMEDIO SEGÚN GRUPOS DE ÁREAS DE SALUD, PNA, 2023	99
GRÁFICOS 11.4	100
CCSS: POBLACIÓN POR EBÁIS ¹ PROMEDIO Y MEDIDA RESUMEN PROMEDIO SEGÚN GRUPOS DE ÁREAS DE SALUD, PNA, 2023	100
GRÁFICOS 11.5	100
CCSS: PORCENTAJE DE POBLACIÓN URBANA ¹ PROMEDIO Y MEDIDA RESUMEN PROMEDIO SEGÚN GRUPOS DE ÁREAS DE SALUD, PNA, 2023	100
GRÁFICOS 11.6	101
CCSS: ÍNDICE DE DESARROLLO SOCIAL ¹ Y MEDIDA RESUMEN PROMEDIO SEGÚN GRUPOS DE ÁREAS DE SALUD DEL ESCALAFÓN DE LA MR, PNA, 2023	101

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 2.1	31
CCSS: VARIACIÓN EN PUNTOS PORCENTUALES EN COBERTURA, CAPTACIÓN TEMPRANA, DETECCIÓN OPORTUNA Y MANEJO ADECUADO DE LA EMBARAZADA Y EL BINOMIO, PNA, ENTRE EL 2019 Y EL 2023.....	31
FIGURA 2.2	33
CCSS: DETERMINANTES SOCIALES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA EMBARAZADA Y EL BINOMIO, PNA, 2023.....	33
FIGURA 3.1	40
CCSS: ÁREAS DE SALUD QUE ALCANZARON LA META DE TAMIZAJE POR ANEMIA SEGÚN UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA RIPSS, POR AÑO, PNA, 2019 – 2023	40
FIGURA 4.1	48
CCSS: POBLACIÓN DE NUEVE A MENOS DE 11 AÑOS TAMIZADOS CON CÁLCULO DEL ESTADO NUTRICIONAL, SEGÚN COMPONENTES DEL PERFIL DE LÍPIDOS EN ALTO RIESGO, PNA, 2020 – 2023	48
FIGURA 5.1	CCSS: 51
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS DE 20 A 64 AÑOS CON OBESIDAD III, SEGÚN SEXO, PNA, 2019 – 2023	51
FIGURA 5.2	53
CCSS: PORCENTAJE DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS Y REFERIDAS POR OBESIDAD III, DATOS GLOBALES QUINQUENALES, PNA, 2019 – 2023.....	53
FIGURA 6.1	62
CCSS: BARRERAS IDENTIFICADAS EN LA OFERTA DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN CON HTA, PNA, 2019-2024	62
FIGURA 7.1	66
CCSS: POBLACIÓN BLANCO, POBLACIÓN ATENDIDA Y COBERTURA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, PNA, 2019 – 2023.....	66
FIGURA 7.2	69
CCSS: PERSONAS ATENDIDAS POR DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON CONTROL ÓPTIMO SEGÚN PARÁMETRO, PNA, 2019 - 2023.	69
FIGURA 7.3	73
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE CAUSAS DE CONTROL NO ÓPTIMO, SEGÚN INDICADOR, EN PERSONAS CON DM2 ATENDIDAS, PNA, 2023.	73
FIGURA 10.1	88
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO SUPERIOR O INFERIOR AL 80 % POR AÑO EVALUADO, SEGÚN GRUPO PROFESIONAL, PNA, 2019-2023..	88

FIGURA 10.2..... **89**
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD DEL GASTO SUPERIOR O INFERIOR
AL 80 % POR AÑO EVALUADO, POR INDICADOR DE GASTO, PNA, 2019-2023..... 89

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 5.1	56
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC	56
ANEXO 11.1	104
CCSS: VALOR DE LA MEDIDA RESUMEN DE LA EPSS CON 21 INDICADORES POR ÁREA DE SALUD, PNA, 2019 Y 2023	104
ANEXO 11.2	107
CCSS: GRUPO 1 DE ÁREAS DE SALUD SEGÚN EL ESCALAFÓN DE LA MEDIDA RESUMEN DE LA EPSS, PNA, 2023	107
ANEXO 11.3	108
CCSS: GRUPO 2 DE ÁREAS DE SALUD SEGÚN EL ESCALAFÓN DE LA MEDIDA RESUMEN DE LA EPSS, PNA, 2023	108
ANEXO 11.4	110
CCSS: GRUPO 3 DE ÁREAS DE SALUD SEGÚN EL ESCALAFÓN DE LA MEDIDA RESUMEN DE LA EPSS, PNA, 2023	110

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS Y SÍMBOLOS

ADH	Anemia por deficiencia de hierro
AES	Área de Estadística en Salud
APS	Atención Primaria de Salud
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EPSS	Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
HTA	Hipertensión Arterial
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
LDL	Lipoproteínas de baja densidad
MINSA	Ministerio de Salud
PMA	Proporción de menores con anemia
PNA	Primer nivel de atención
PVP	Puesto de Visita Periódica
OMS	Organización Mundial de la Salud
RIPSS	Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud
SIAC	Sistema Integrado de Identificación, Agendas y Citas
SIES	Sistema Integrado de Expediente en Salud

VDRL	Veneral Disease Research Laboratory (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas)
-------------	---

Introducción

Tras finalizar el quinquenio de la evaluación 2019-2023, es necesario repasar los principales resultados observados en la medición de indicadores de prestación de servicios de salud del primer nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, con el propósito de documentar los logros obtenidos y analizar las lecciones aprendidas durante un periodo que fue crítico en la atención a la salud de las personas y las comunidades.

La pandemia por COVID-19 enfrentó a los sistemas de salud a una situación muy delicada, tanto en la atención de la enfermedad, como en los programas de atención integral, con su impacto generalizado, afectando en el Primer Nivel de Atención (PNA) los logros alcanzados en coberturas de atención, tamizajes, control óptimo de personas con enfermedades crónicas, entre otros aspectos. Este evento epidemiológico marcó el ciclo de evaluación para el quinquenio 2019-2023, por dos razones principales: el ciclo comenzó un año antes de la declaratoria de pandemia y terminó cuando la Organización Mundial de la Salud declaró el fin de la emergencia sanitaria global. Esta circunstancia ofrece una oportunidad única de analizar los resultados antes del evento y al momento de su conclusión.

Además de lo anterior, en este periodo de evaluación hubo otros aspectos contextuales, que también deben ser tomados en cuenta, como el ataque cibernético que afectó a la institución en el año 2022 y la culminación del contrato del sistema de laboratorio clínico con uno de los proveedores, entre otros.

Partiendo de ese contexto, se resumen en este informe cada una de las intervenciones en salud evaluadas, analizando específicamente los resultados institucionales alcanzados en el periodo, sin detenerse en la revisión de los datos por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) o por área de salud, ya que estos resultados fueron publicados previamente en el sitio de SharePoint de la Dirección Compra de Servicios de Salud.

El documento se divide en capítulos para cada una de las temáticas abordadas, según las intervenciones en salud consideradas estratégicas en el diseño de evaluación para ese quinquenio. En el análisis de los resultados se profundiza en los factores asociados a los resultados en salud, como una forma de aportar elementos para la comprensión y el aprendizaje de los resultados alcanzados por el PNA, así como para la identificación de acciones que mejoren la prestación de los servicios de salud.

Inicialmente, se presenta un resumen de los principales aspectos metodológicos de la evaluación y una caracterización general de la población atendida en el PNA durante el quinquenio. Luego, se desarrollan cada una de las temáticas y los indicadores evaluados, concluyendo con la exposición de los resultados globales según una medida resumen, presentando para esto los datos institucionales, por RIPSS y por área de salud.

Las temáticas abordan la salud materno-infantil, la salud de la niñez y la adolescencia, así como las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo intervenciones en obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cáncer; además, se aborda la temática de la eficiencia productiva.

De esta manera, el informe quinquenal pretende proporcionar una visión amplia que permita comprender los logros y desafíos en la implementación de intervenciones en salud en el primer nivel de atención; y con ello, ofrecer una base que sustente la toma de decisiones y dé continuidad al proceso de evaluar el

acceso y la calidad de la atención, para seguir mejorando los servicios prestados a las personas y tener un impacto real en su salud y en el bienestar de la población en general.

Metodología

En esta sección se describen los principales aspectos metodológicos de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del primer nivel de atención para el período 2019-2023. Se incluye el listado de los indicadores evaluados, las fuentes de datos, la población utilizada para el cálculo de los indicadores, aspectos generales de las modalidades de recolección de datos, una breve explicación de las distintas depuraciones realizadas para garantizar la calidad de los registros y algunas particularidades de esta evaluación.

Indicadores evaluados

La EPSS del primer nivel de atención se realizó a partir de la revisión de varios indicadores medidos en todas las áreas de salud. En su mayoría, estos se midieron en toda la población atendida (universo); en algunos casos la medición se hizo por medio de un muestreo aleatorio (muestreo), mientras que en otros se requirió la combinación de ambas modalidades. Los indicadores evaluados se clasifican según dimensión:

a. Dimensión de Acceso:

- 1.3-03-1 Porcentaje de niños de nueve a 11 años a quienes se les realiza un perfil de lípidos.
- 2.1-04-1 Cobertura de atención a menores de un año.
- 2.1-04-2 Cobertura de atención a mujeres en periodo posparto.
- 2.1-04-3 Cobertura de atención a embarazadas.
- 2.1-04-4 Porcentaje de menores de un año con captación temprana.
- 2.1-04-5 Porcentaje de mujeres en periodo posparto con captación temprana.
- 2.1-04-6 Porcentaje de embarazadas con captación temprana.
- 2.2-05-2 Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- 2.3-06-1 Cobertura de tamizaje neonatal.
- 2.3-06-2 Porcentaje de recién nacidos con tamizaje neonatal oportuno.
- 2.3-06-3 Porcentaje de muestras insatisfactorias de tamizaje neonatal.
- 3.2-08-1 Cobertura de atención a personas de 20 a 39 años con HTA.
- 3.2-08-2 Cobertura de atención a personas de 40 a 64 años con HTA.
- 3.2-08-3 Cobertura de atención a personas de 65 años y más con HTA.
- 3.3-10-1 Cobertura de atención de personas con diabetes mellitus tipo 2.
- 3.6-14-1 Cobertura odontológica en personas de 20 años a 64 años, en el primer nivel de atención.
- 3.6-14-2 Cobertura odontológica en personas de 65 años y más en el primer nivel de atención.
- 4.1-16-1 Cobertura bienal de citología vaginal en mujeres de 20 a menos de 35 años.
- 4.1-16-2 Cobertura bienal de citología vaginal en mujeres de 35 a menos de 65 años.
- 4.2-17-1 Cobertura de atención en mujeres de 45 a menos de 70 años a quienes se les realizó una mamografía en los últimos dos años.
- 5.1-20-1 Porcentaje de personas atendidas de 20 años y más con un IMC $\geq 40,0$ kg/m² a quienes se les consigna el diagnóstico de obesidad.
- 5.1-20-2 Porcentaje de personas de 20 años y más con diagnóstico de obesidad y un IMC $\geq 40,0$ kg/m² que fueron referidas a Nutrición.

b. Dimensión de Continuidad:

- 1.2-02-1 Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina.
- 1.2-02-2 Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia.
- 2.2-05-3 Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la infección por sífilis.
- 2.2-05-5 Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la hipertensión arterial inducida en el embarazo (HTAIE).
- 2.2-05-6 Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la diabetes mellitus gestacional (DMG).
- 2.2-05-8 Porcentaje de embarazadas con manejo adecuado de la serología VDRL positiva.

c. Dimensión de Efectividad:

- 3.2-09-1 Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 20 a 64 años con control óptimo de presión arterial.
- 3.2-09-2 Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 65 años y más con control óptimo de presión arterial.
- 3.3-11-1 Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control glicémico óptimo.
- 3.3-11-2 Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control óptimo de la presión arterial.
- 3.3-11-3 Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control lipídico óptimo.

d. Indicadores de Eficiencia:

- 6.1-22-1 Índice del gasto promedio por consulta médica.
- 6.1-23-1 Índice de la productividad promedio de enfermería.
- 6.1-23-2 Índice de la productividad promedio de trabajo social.
- 6.1-23-4 Índice de la productividad promedio de nutrición.
- 6.1-23-5 Índice de la productividad promedio de psicología.
- 6.1-23-6 Índice de la productividad promedio de odontología general.
- 6.1-23-7 Índice de la productividad promedio de medicina general.
- 6.1-23-8 Índice de la productividad promedio de medicina especializada.
- 6.1-24-1 Índice de la productividad promedio del gasto variable en servicios personales.

Fuentes de datos

- **Expediente Digital Único en Salud (EDUS):** es la principal fuente de datos utilizada. Abarca los registros del EDUS, específicamente de los módulos Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC), Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES) y Sistema Integrado de Laboratorio Clínico (SILC). Los datos se extrajeron por medio de herramientas “*Business Intelligence*” (BI) (reportes específicos y cubos de consultas y procedimientos médicos).
- **Registros manuales:** se utilizaron los registros manuales que llevan algunas áreas de salud sobre las atenciones brindadas, los procedimientos efectuados y los resultados de laboratorios privados realizados por compra de servicios.
- **Sistema de laboratorio clínico LabCore®:** se utilizaron los registros de este sistema para obtener los resultados de las pruebas de laboratorio clínico requeridas.

- **Estimaciones de población:** reportadas a nivel de áreas y de RIPSS por la Dirección Actuarial y Económica (DAE), a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
- **Estimaciones de nacimientos:** realizadas por la DAE, a partir de las publicaciones oficiales del INEC. Dato oficial para la Caja Costarricense de Seguro Social.
- **Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular (2018):** estudio epidemiológico conducido por la institución, del que se obtuvo la estimación más reciente de las prevalencias de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en la población nacional.
- **Área de Estadística en Salud (AES):** de esta se obtuvieron los datos preliminares sobre la producción de las áreas de salud, para el cálculo de los indicadores de eficiencia.
- **Dirección de Presupuesto:** de esta se obtuvieron los datos necesarios para poder evaluar los dos indicadores relacionados con el gasto.

Población blanco

- **Indicadores de cobertura de atención:** en los indicadores de cobertura la población blanco la conforman los datos de población por grupos de edad reportados por la DAE, a nivel de áreas de salud y de RIPSS, por año. Para algunos indicadores se requirió hacer una estimación, utilizando las prevalencias de las enfermedades reportadas para la población por edad.
- **Indicadores de criterios de atención:** la población blanco para los indicadores de calidad está conformada por el total de personas atendidas por año según el indicador de interés. La estimación de las personas se hizo mediante las consultas de primera vez en el año.

Para determinar el total de personas atendidas para cada indicador, se efectuaron los siguientes pasos:

- Solicitud a las unidades de listados manuales de los procedimientos no incluidos en el EDUS, para lo cual se les facilitó la definición y los formatos requeridos. Estos listados se recibieron, revisaron y en algunos casos se devolvieron al nivel local, para que los datos fueran incorporados de forma completa y con los registros adecuados; específicamente para el caso de las mamografías y las citologías (PAP).
- Generación de los listados de consultas o procedimientos de primera vez en el año y resultados de laboratorio.
- Revisión y depuración individual de los listados de cada indicador, para eliminar todos los registros duplicados o con alguna inconsistencia.
- Unificación de todos los listados, para cada uno de los indicadores.
- Depuración final para eliminar duplicados, revisión de la consistencia y validación de los criterios de inclusión.
- Identificación de las primeras consultas de todas aquellas personas que aparecen más de una vez en el listado. Los casos que evidenciaron consultas en diferentes áreas de salud fueron incluidos en el listado del centro que le brindó la primera atención del año.

El objetivo de esta depuración fue contar con una estimación más precisa del total de personas que utilizaron los servicios de salud en el periodo de interés para la evaluación.

Modalidad de evaluación

La recolección de datos se realizó por medio de dos modalidades: revisión de los criterios de atención en toda la población atendida (evaluación por universo) y revisión de los criterios en una muestra de la población blanco (evaluación por muestreo).

- **Evaluación por universo:** la evaluación por universo contempla la medición del logro de los indicadores en toda la población atendida por año. Se empleó en todos los indicadores evaluados, exceptuando uno de los indicadores de calidad: porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia.
- **Evaluación por muestreo:** esta modalidad se utilizó en las áreas de salud Valverde Vega y Alfaro Ruiz (hoy denominadas Sarchí y Zarcero), en todos los indicadores que involucran la revisión de exámenes de laboratorio, ya que son unidades que compran estos servicios. También se utilizó en Alajuela Oeste, en el indicador porcentaje de niños de nueve a 11 años a quienes se les realiza un perfil de lípidos.

Además, se utilizó para evaluar el resultado del indicador de abordaje adecuado de niños con anemia en las 105 áreas de salud. La evaluación de este indicador se realizó tomando en cuenta solamente la población atendida en los primeros seis meses del año, como se detalla más adelante.

La determinación del tamaño de las muestras se hizo a partir de la fórmula utilizada en el muestreo simple al azar para el caso de proporciones, usando un nivel de confianza del 90 % y un margen de error del 10 %. Para estimar la varianza y los ajustes por la no respuesta (“no evaluables”) se usaron los resultados obtenidos en la EPSS del año anterior, por lo que los tamaños de muestra variaron según el indicador y el área de salud.

No respuesta registrada

La no respuesta se refiere a los casos revisados que no pertenecen a un universo determinado; por ejemplo, registros sin dato válido, con información no disponible, mal clasificados o que se les asignó un diagnóstico CIE_10 inadecuado, entre otros. Se identifica en el trabajo de campo y se espera que se reduzca a medida que disminuyan los errores de registro y mejore la depuración de los marcos muestrales.

En el caso del indicador porcentaje de embarazadas con manejo adecuado de la serología VDRL positiva, evaluado en todo el universo, para el año 2023 se obtuvo un valor de no respuesta aproximado de 59 % (1 072 / 1 819), lo que representa una disminución de 14 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Sin embargo, persiste el error de consignación del diagnóstico en el EDUS.

En los indicadores de tamizaje de mujeres embarazadas, se obtuvo un 22 % de no respuesta en el caso de la detección de la diabetes gestacional y un 9 % aproximadamente para los tamizajes de VDRL y HIV, aunque estos porcentajes solo corresponden a la evaluación de dos áreas de salud.

En lo que respecta al muestreo de anemia, el valor de no respuesta superó en 3,5 puntos porcentuales al registrado el año anterior. En algunos casos correspondió a niños a los que se les registró el diagnóstico de anemia con resultados de hemoglobina mayores o iguales a 11 mg/dL, los cuales por definición no corresponden a anemia. En otros casos se registró el diagnóstico con un resultado de hemoglobina realizado antes de que el niño cumpliera los cinco meses 21 días, edad fuera del rango establecido en la normativa institucional para el tamizaje de anemia.

En el caso de los indicadores de personas con diabetes mellitus tipo 2, el porcentaje de no respuesta obtenido fue menor que el de la evaluación anterior.

Finalmente, en los indicadores de tamizaje en niños, tanto el de hemoglobina como el de dislipidemia, los porcentajes de no respuesta fueron de 0 %; porcentaje similar al obtenido en años anteriores.

Calidad de los registros

Los resultados que se presentan en este informe conllevan varias revisiones y validaciones para garantizar la calidad y validez de los datos. Inicialmente, se hizo una depuración a todos los listados, verificando, consultando y corrigiendo las inconsistencias identificadas. Según el indicador, se efectuó una depuración inicial por sexo, edad, fecha de nacimiento, consultas brindadas en años anteriores, entre otros. Se eliminaron todas las consultas duplicadas, tanto por número de identificación, como por nombre y fecha de nacimiento.

En los indicadores evaluados por muestreo, la revisión de la calidad de los registros se desarrolló en dos etapas: la primera, previo a la selección de las muestras, como parte de la depuración de marcos muestrales (que corresponde a la comentada anteriormente), y la segunda, al final de la etapa de recolección de datos. Todos los formularios evaluados se sometieron a una etapa de revisión y crítica del dato recolectado, verificando su consistencia e identificando las variables con datos vacíos o fuera del rango establecido, tanto de forma individual como consolidada.

Para determinar la población o el universo a evaluar, se consultaron y revisaron otras fuentes, para completar o corregir las inconsistencias o errores de registro identificados. Por otro lado, se hizo una comparación con el comportamiento histórico de los datos por centro, así como una verificación y/o consulta con las unidades.

En lo que respecta a los indicadores evaluados por “universo”, es importante mencionar que algunos registros no tenían dato, otros no correspondían a la población de interés y en otros, los datos se consideraron no válidos. En estos casos el cálculo de los indicadores se realizó a partir del total de registros con datos completos y válidos, excepto para los indicadores donde la ausencia del dato significa un abordaje no adecuado. A estos indicadores se les hizo una revisión final y ajuste, cuando fue necesario, considerando aspectos evidenciados en la evaluación de los casos con las unidades evaluadas.

Por otra parte, se realizó una depuración adicional en los indicadores evaluados por medio de muestreo en las áreas de salud Valverde Vega y Alfaro Ruiz, en los que se eliminaron los datos provenientes de puestos de visita periódica, para evitar retrasos en la recolección de los datos y gastos excesivos por desplazamiento, no sin antes valorar las implicaciones de la no inclusión de estos en la variación de los resultados.

Además, para el caso específico del indicador de tratamiento de niños con anemia, como parte del proceso de depuración, se eliminaron los casos con peso en cero y los casos con hemoglobinas mayores a 11.

Casos particulares de la EPSS 2023

El término del contrato con la empresa Sistema de laboratorio clínico Infinity, proveedora en 21 áreas, generó un periodo de datos faltantes que ascendía, en algunas de ellas, a 90 días. Con el fin de determinar el impacto de esta afectación en los resultados de los diferentes indicadores, se realizó un conteo de los días con registro de laboratorio faltante por indicador, según establecimiento, para el periodo de afectación comprendido entre julio y setiembre de 2023. A la vez, se compararon los

porcentajes de logro para el periodo de enero a octubre de los años 2022 y 2023, en la que no se encontraron grandes diferencias. De esta forma, los resultados analizados permitieron establecer con anterioridad las medidas a tomar.

En los indicadores correspondientes a la salud materno infantil (tamizajes de VIH, VDRL y DMG), a la salud del niño y del adolescente (tamizaje de dislipidemia y tamizaje de hemoglobina en niños), y a la población con DM tipo 2 (control óptimo de LDL), la evaluación se realizó a partir de los registros disponibles en los sistemas de laboratorio y EDUS. Se aceptó completar con registros manuales aportados por las unidades, los resultados faltantes para el periodo en que, debido al traslado de Infinity, no se disponía de datos en las fuentes señaladas, pero las unidades sí llevaban registro de ellos.

Cabe destacar que el indicador de control glicémico óptimo fue el que tuvo mayor afectación de los registros faltantes, ya que para su construcción se utilizan los registros de hemoglobinas glicosiladas realizadas en el segundo semestre del año (periodo que contiene los tres meses de afectación mencionados). Para su cálculo se usaron los registros disponibles en EDUS, LabCore® y SILC; sin embargo, para las unidades con ausencia de registros, el resultado se obtuvo con el último disponible realizado en el año 2023, aunque se hubiera efectuado en el primer semestre del año.

Por otro lado, la evaluación del indicador porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia, se vio afectada por la entrada en vigor, a partir del 1 de julio del 2023, del *“Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.310323 Diagnóstico y Manejo de Anemia Ferropénica en Niños y Niñas en el Primer Nivel de Atención”*, que modificó los criterios utilizados para determinar los logros. Para no afectar la comparación con los resultados de años anteriores, se analizaron diversas alternativas de solución, con el fin de seleccionar la que generaba menor afectación de los resultados.

En primer lugar, se revisaron los porcentajes de consultas de primera vez desagregadas por mes, para determinar el comportamiento durante el primer semestre y tratar de estimar el número de niños atendidos con diagnóstico de anemia. Este análisis se efectuó para los años 2019 y 2022, identificándose que para los primeros seis meses se registraron porcentajes de consultas cercanos al 50 % del total anual. Se excluyeron los datos de los años 2020 y 2021 por su carácter atípico, influenciado por la pandemia de COVID-19.

Asimismo, se llevó a cabo un estudio comparativo de los logros del indicador obtenidos mediante muestreo en los años mencionados (2019 y 2022), en el que se compararon los porcentajes de abordaje adecuado alcanzados por las 105 unidades. Solamente en 12 de las 105 (alrededor del 11 %) el resultado del indicador en el primer semestre fue significativamente diferente del obtenido en todo el año.

Estos análisis permitieron determinar que los resultados obtenidos con solamente seis meses no difieren de forma significativa de los alcanzados al utilizar un año calendario. Por lo que, para el presente informe, se recolectaron los datos de esta manera, para que fuera posible mantener la comparabilidad con los resultados logrados durante todo el quinquenio.

1. La población atendida en el primer nivel logra recuperar el acceso a los servicios al finalizar el quinquenio.

Medir la proporción de la población atendida en el primer nivel de atención es fundamental para la gestión de la salud pública. Esta práctica ofrece una visión de la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud básicos para toda la población, permitiendo identificar brechas en la cobertura sanitaria. El acceso universal y equitativo a los servicios de salud es una dimensión central de la APS, cuyo análisis permite detectar fortalezas y debilidades en la capacidad de los sistemas de salud para garantizar la prestación universal y equitativa de servicios integrados y centrados en las personas, así como empoderar a poblaciones y comunidades y hacer frente a los factores de riesgo y determinantes sociales de la salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Además, contribuye a mejorar la calidad, al identificar áreas de mejora y reflejar la respuesta a las intervenciones y políticas de salud implementadas.

A lo largo de estos cinco años (2019 – 2023), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha enfrentado fluctuaciones en la proporción de la población atendida. Estas fluctuaciones reflejan tanto el impacto de la pandemia de COVID-19 como los esfuerzos de recuperación, subrayando la capacidad de resiliencia y adaptación institucional ante los desafíos en la provisión de servicios de salud durante un periodo marcado por circunstancias extraordinarias.

Y es que no hay duda de que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto profundo en todos los aspectos de la vida, afectando la salud individual y la salud pública en general. Esta no solo planteó una crisis sanitaria, sino que también agudizó problemas económicos y sociales preexistentes, intensificando los desafíos en la atención sanitaria. Los grupos más vulnerables, como las personas mayores, aquellos con menores ingresos, las comunidades étnicas, los migrantes y las personas sin hogar, sufrieron de manera desproporcionada los efectos adversos de esta situación (OPS, 2022).

En el presente capítulo se incluye una caracterización detallada de la población atendida durante este quinquenio en el primer nivel de atención, según sexo, grupos de edad y las diferentes Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), ofreciendo una visión integral de las tendencias y cambios en la atención sanitaria en el país.

Resultados

Los servicios de atención integral en salud del primer nivel de atención (PNA) están dirigidos a todas las personas que residen en el país, en consonancia con el principio de universalidad institucional. Por esta razón, se compara la población atendida con la población total de referencia, lo que permite calcular los porcentajes de atención poblacional según las diversas variables estudiadas.

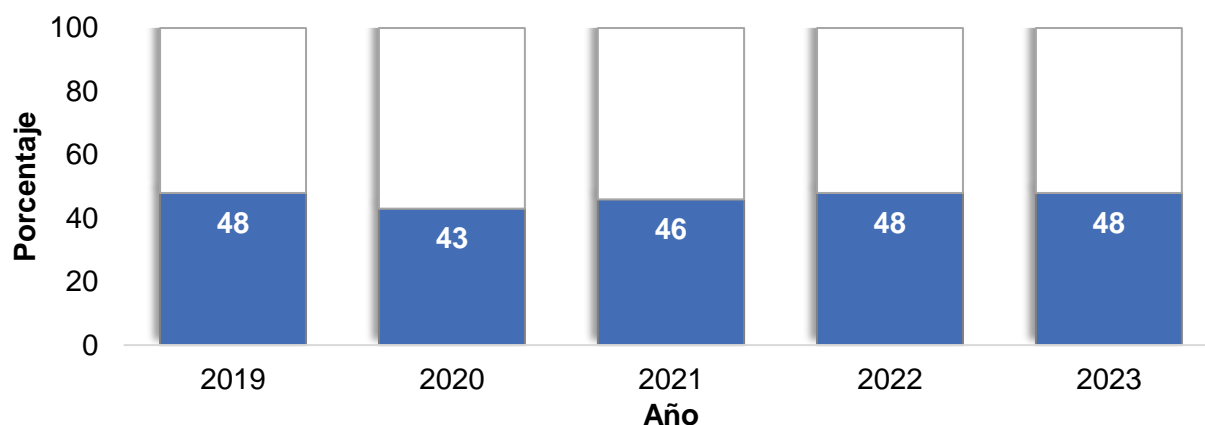
Para realizar el análisis, se utilizaron las siguientes fuentes de datos:

- Cubo de Consulta Externa-EDUS: se utilizó para generar los datos de personas atendidas según sexo, grupo de edad, RIPSS y año.

- Estimaciones de población 2019-2023 por sexo, grupo de edad y RIPSS: reportados por la Dirección Actuarial y Económica (DAE), a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

El análisis del porcentaje de la población atendida por la CCSS en el primer nivel de atención (PNA) durante el quinquenio 2019-2023, ofrece una visión de cómo la institución se ha adaptado y recuperado frente al desafío planteado por la pandemia de COVID-19 (Gráfico 1.1).

Gráfico 1.1
CCSS: Población atendida por año en el PNA, 2019 – 2023
 (Porcentajes)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2019 - 2023.

El porcentaje de población atendida en el año 2019 refleja los esfuerzos realizados por mejorar el acceso a los servicios de salud mediante estrategias de optimización. Estos esfuerzos incluyeron la atención conjunta de mujeres en posparto y recién nacidos, la atención en modalidad grupal, visitas a poblaciones cautivas en centros educativos y residencias de adultos mayores, y la conformación de cinco nuevos ebáis (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2020).

A pesar de lo anterior, en el año 2020, con el inicio de la pandemia de COVID-19, las barreras de acceso se acrecentaron. Este evento exacerbó las dificultades tanto en la oferta de servicios como en la demanda, afectando la disponibilidad de personal de salud y aumentando los problemas relacionados con la aceptabilidad y la necesidad de servicios (OPS, 2023).

Sin duda la llegada de la pandemia de COVID-19 planteó un desafío sin precedentes. El porcentaje de la población atendida disminuyó en cinco puntos porcentuales (461 635 consultas menos) respecto al año 2019. Este descenso se debió principalmente a las restricciones impuestas para controlar la propagación del virus, incluyendo una cuarentena nacional y la reducción de la atención médica presencial. La CCSS tuvo que adaptarse rápidamente, implementando la atención a través de medios alternativos, como consultas telefónicas y por videoconferencia. En este contexto, el 27 % de las atenciones en consulta externa se realizaron mediante modalidades no presenciales, lo que permitió

mantener cierta continuidad en la atención, aunque no fue suficiente para igualar los niveles de cobertura de los años anteriores (CCSS, 2022).

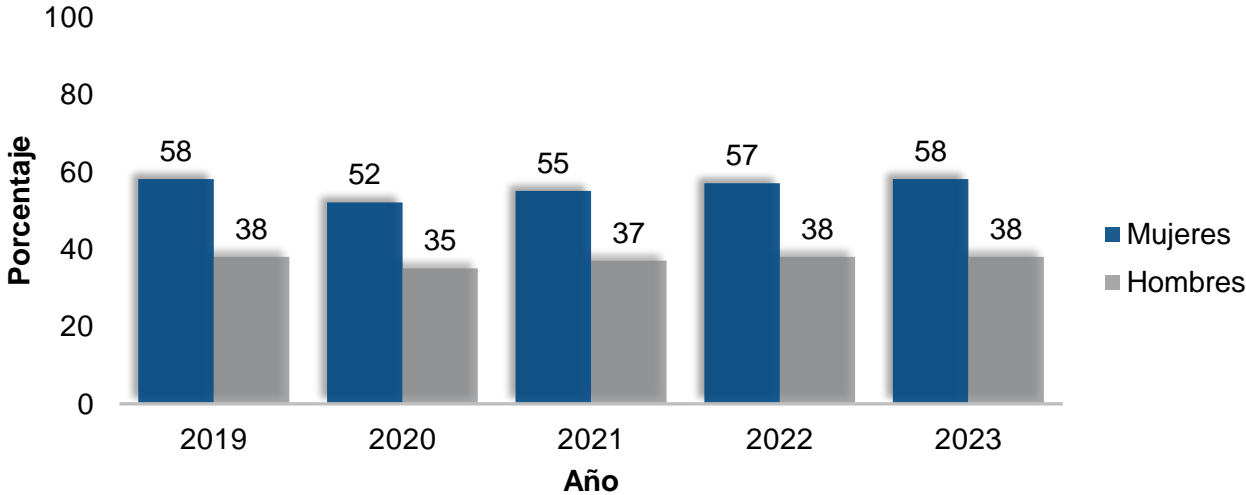
En 2021, la CCSS logró avanzar positivamente y continuó adaptando sus servicios para enfrentar la pandemia, centrándose en la vacunación masiva y la atención a personas con COVID-19. A pesar de la reducción en las consultas generales, se consolidó la atención no presencial y se mantuvo un esfuerzo notable en la atención a personas con enfermedades crónicas, logrando una mayor equidad en la distribución de los servicios.

Para 2022, la CCSS logró recuperar el porcentaje de población atendida, retornando a los niveles de atención en prepandemia, reflejando la adaptación del sistema de salud y los esfuerzos de recuperación. La consolidación de los servicios de salud y la mejora en la capacidad de respuesta permitieron que la institución volviera a atender a casi la mitad de la población costarricense. Las estrategias implementadas durante la pandemia demostraron ser efectivas y se convirtieron en parte integral del sistema de salud.

En 2023, la CCSS mantuvo la cobertura de población atendida. Esta estabilización en los años 2022 y 2023 refleja no solo la resiliencia del sistema de salud, sino también el éxito continuo en la consolidación de sus servicios.

En términos de accesibilidad, resalta la conformación de ebáis durante el quinquenio. En el año 2019 se contaba con 1 057 equipos, mientras que para el año 2023 el número ascendió a 1 148, lo que representa un incremento de 91 ebáis. Cabe destacar que 65 de estos se conformaron en el último año, evidenciando un esfuerzo significativo en mejorar la cobertura y la accesibilidad de los servicios de salud (CCSS, 2023a).

Gráfico 1.2
CCSS: Población atendida por año según sexo, PNA, 2019 – 2023
(Porcentajes)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2019 - 2023.

En lo que respecta a la población atendida según sexo, como se observa en el Gráfico 1.2, a lo largo del quinquenio el porcentaje de mujeres atendidas fue mayor que el de los hombres; esta notable diferencia (de 17-20 puntos porcentuales) refleja una tendencia general de mayor atención a la salud en mujeres.

Según estudios, existen varias razones por las cuales las mujeres consultan más que los hombres. Por ejemplo, se afirma que las normas socioculturales influyen en los comportamientos de salud, haciendo que las mujeres busquen atención médica con mayor frecuencia y sigan tratamientos recomendados, además de que por naturaleza tienen una mayor conciencia sobre la salud y el bienestar. Las mujeres también son más propensas a reconocer y responder a los síntomas de enfermedades, y su mayor percepción del riesgo las lleva a buscar atención. Por otro lado, las responsabilidades reproductivas y de cuidado impulsan a las mujeres a buscar atención médica, incluyendo consultas prenatales, postnatales, de planificación familiar y tamizajes de cáncer. Aunado a ello, existen programas de salud pública dirigidos específicamente a mujeres, que incluyen detección temprana de enfermedades, educación sobre salud y bienestar, y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Estos programas aumentan la frecuencia de sus visitas a los servicios de salud (Manandhar et al., 2018).

Los hombres, por su parte, tienden a consultar menos en los servicios de salud debido a construcciones sociales y culturales de la masculinidad, que desestiman el cuidado preventivo y priorizan la autosuficiencia y la fortaleza. Buscan ayuda solo cuando los problemas de salud son graves. Desde jóvenes, son socializados para evitar mostrar vulnerabilidad, lo que incluye la renuencia a buscar ayuda médica, considerando que hacerlo es una señal de debilidad. Además, el rol tradicional de proveedor los lleva a priorizar el trabajo sobre la salud, para no perder tiempo laboral o afectar su capacidad de sustento, lo cual se ve exacerbado por la inseguridad laboral y la presión por mantener el empleo, lo que dificulta tomarse tiempo libre para cuidar su salud (PAHO, 2019).

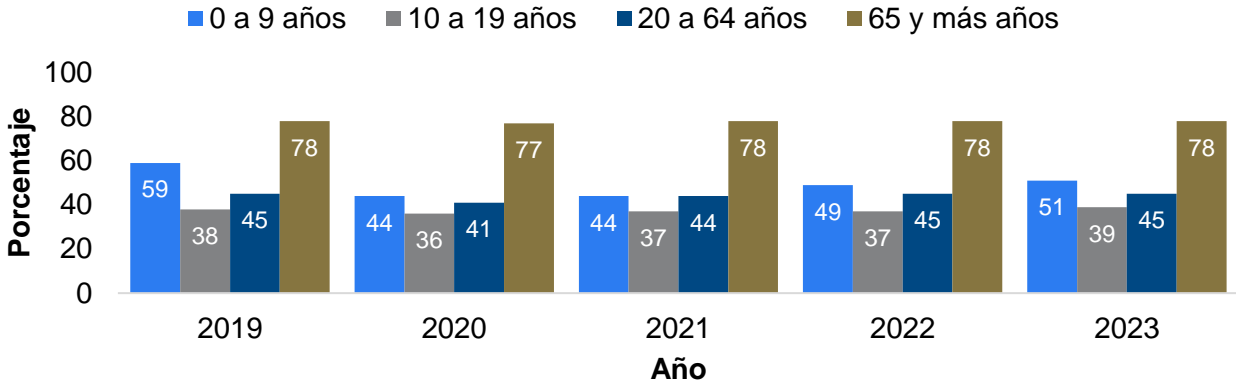
Con base en lo mencionado, puede deducirse que la frecuencia con la que hombres y mujeres buscan atención médica en nuestro país está influenciada por factores socioculturales y roles de género tradicionales. Las normas culturales y las expectativas sociales asignan diferentes comportamientos y responsabilidades a hombres y mujeres, lo que puede afectar su disposición a buscar atención médica. Aunado a eso, las mujeres, tradicionalmente vistas como cuidadoras, tienden a buscar atención médica no solo para ellas mismas, sino también para los miembros de su familia, especialmente aquellas que se dedican al trabajo del hogar y al cuidado de los hijos.

En relación con esto último, cabe mencionar que en la economía costarricense también se registran diferencias por sexo, específicamente en lo que respecta al acceso al empleo, aunque estas se manifiestan de manera inversa. En el año 2022, la tasa neta de participación laboral fue de 68,2 para los hombres y de 41,6 para las mujeres. Además, se reporta la existencia de un grupo de mujeres en edad productiva que están teniendo dificultades para insertarse en el mercado laboral y la principal barrera es la repartición inequitativa de las tareas domésticas y el cuidado de las personas. El porcentaje de mujeres de 35 a 59 años que no trabaja y que aduce obligaciones familiares aumentó 13 puntos porcentuales en el quinquenio, al pasar de 49 % en el primer trimestre del 2019 a 62 % en el 2023 (CONARE, 2023). Irónicamente, esta situación de desventaja para las mujeres en el campo laboral, le da una mayor oportunidad de acceso a los servicios de salud, en comparación con los hombres, al poder contar con mayor tiempo para el cuidado de la salud y no tener las limitaciones en cuanto a permisos laborales.

Este fenómeno, complejo y multidimensional, refleja cómo los roles de género influyen en el comportamiento de salud y en el acceso a los servicios médicos, tal como lo describen los diversos estudios y análisis existentes.

Partiendo de ese contexto, en ambos sexos, la pandemia de COVID-19 provocó en el año 2020 una reducción en la atención, siendo esta de seis puntos porcentuales en las mujeres atendidas y de tres puntos porcentuales en los hombres atendidos. Sin embargo, en el 2021 se observó una recuperación en ambos sexos y para el 2023 los niveles de atención volvieron a los valores registrados en 2019.

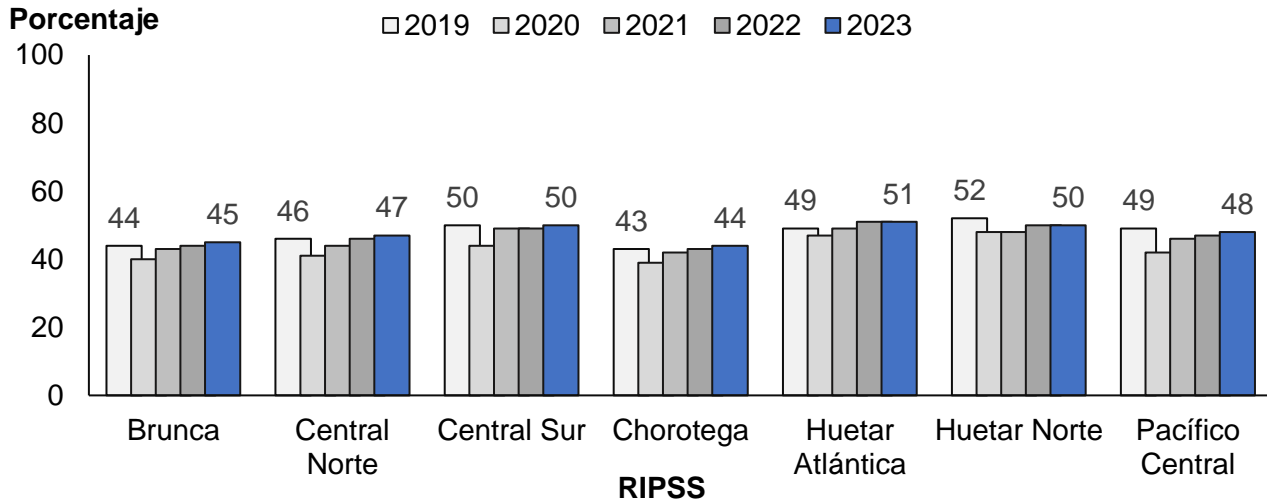
Gráfico 1.3
CCSS: Población atendida por año según grupo de edad, PNA, 2019 – 2023
 (Porcentajes)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2019 - 2023.

En cuanto a la población atendida durante el quinquenio por grupo de edad, según se observa en el Gráfico 1.3, el grupo etario de 0 a 9 años fue el más afectado por la pandemia en el año 2020, sin lograr recuperar los niveles de atención alcanzados en el 2019; para este grupo la caída fue de 15 puntos porcentuales, y aunque hubo una recuperación gradual en los años siguientes, para 2023 todavía no se había igualado lo alcanzado en la prepandemia, cerrando con una disminución de ocho puntos porcentuales. En contraste, los grupos de 10 a 19 años y de 20 a 64 años demostraron una mejor capacidad de recuperación, alcanzando los niveles prepandémicos. Por otra parte, el grupo de 65 años y más destacó por su estabilidad, manteniendo consistentemente altos porcentajes de atención.

Gráfico 1.4
CCSS: Población atendida por RIPSS según año, PNA, 2019 – 2023
 (Porcentajes)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2019 - 2023.

A nivel de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), al inicio del quinquenio se observó un notable esfuerzo por mejorar el acceso a los servicios de salud en todas las redes. La Huetar Norte y la Central Sur alcanzaron los mayores porcentajes de población atendida, mientras que la Brunca y la Chorotega presentaron los menores porcentajes (Gráfico 1.4).

En 2020, se observó una notable disminución en los porcentajes de población atendida en todas las RIPSS, con descensos que oscilaron entre dos y siete puntos porcentuales en comparación con 2019. Esto obligó a una rápida adaptación a las nuevas condiciones, evidenciándose un período de recuperación a partir de 2021. La red Central Sur recuperó cinco puntos porcentuales y la red Huetar Atlántica mostró niveles de atención similares a los del año anterior a la pandemia.

En los años 2022 y 2023, la tendencia de recuperación se mantuvo y los niveles de atención por RIPSS se estabilizaron. La red Huetar Atlántica finalizó el quinquenio con la mayor cobertura. En cuanto a la brecha existente desde 2019, las redes Chorotega y Brunca continuaron registrando los porcentajes más bajos en comparación con el resto de las RIPSS.

Conclusiones

La CCSS demostró una extraordinaria capacidad para adaptarse a la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19. Implementó cambios necesarios y oportunos en la organización y distribución de los recursos para asegurar una atención médica sólida y solidaria (Zamora, 2020).

En general, el fortalecimiento del primer nivel de atención, junto con la implementación de estrategias innovadoras, como la atención no presencial mediante tecnologías de información y comunicación, ha sido una herramienta valiosa para mantener la continuidad de los servicios de salud.

A lo largo de todo el quinquenio, el porcentaje de mujeres atendidas fue mayor que el porcentaje de hombres atendidos, lo cual pareciera estar relacionado con factores socioculturales que afectan los comportamientos de búsqueda de atención en salud, normas sociales y responsabilidades de cuidado; situación que debe ser considerada al diseñar estrategias de salud específicas que aborden las barreras de acceso y fomenten la equidad.

Por otro lado, se pudo observar que la pandemia exacerbó las desigualdades en salud, afectando a los grupos más vulnerables, lo cual conlleva al establecimiento de políticas de salud enfocadas en garantizar el acceso equitativo a todos los segmentos de la población, con especial atención en los niños.

En lo que respecta a los adultos mayores, a pesar de las dificultades enfrentadas durante la pandemia, como restricciones sanitarias, limitaciones en los recursos médicos y desafíos logísticos, durante el quinquenio se logró atender al 78 % de esta población, demostrando el esfuerzo y el compromiso de la institución con el bienestar de los adultos mayores.

Finalmente, en cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud en las RIPSS, durante el periodo evaluado se detectaron áreas de mejora en el acceso a estos servicios, especialmente en regiones como la Chorotega y la Brunca.

Recomendaciones

- Es indispensable seguir fortaleciendo el acceso de la población al PNA. Para ello, es necesario avanzar en el cierre de brechas en el número de ebáis y fomentar iniciativas que promuevan el autocuidado en la población en diversos escenarios, incluidos aquellos ubicados fuera de los establecimientos de salud. Según la OMS, la atención primaria es la "piedra angular de un sistema de salud sostenible que permite lograr la Cobertura Sanitaria Universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (ODS) y la seguridad sanitaria" (OMS, 2021).
- El aumento en el porcentaje de atención que requiere la población adulta mayor hace crucial que los gobiernos consideren su crecimiento y demanda al planificar sus necesidades particulares. Para ello, es fundamental un compromiso político y la asignación de presupuestos específicos, para apoyar políticas y programas de envejecimiento saludable (OMS, 2023). Lo anterior cobra mayor relevancia si se considera que conforme se incrementa la esperanza de vida a nivel global, un número cada vez mayor de personas alcanza edades avanzadas, lo que conlleva una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y condiciones de salud complejas propias del envejecimiento.
- A nivel de las RIPSS, es indispensable proporcionar un mayor acompañamiento tanto a la Chorotega como a la Brunca, con el fin de identificar conjuntamente las barreras que dificultan el acceso de su población a los servicios de primer nivel de atención. Garantizar la equidad en la oferta institucional es esencial para asegurar que todas las regiones del país tengan acceso a servicios de salud de calidad (CCSS, 2023b).

- Con el fin de identificar brechas en la atención de otros grupos vulnerables, como la población indígena o rural, y asegurarse que todos los segmentos de la población reciban la atención que necesitan, se aconseja incluir a futuro una mayor diversidad de variables en el análisis de la caracterización de la población atendida en el primer nivel de atención.
- Resulta crucial minimizar las barreras para la búsqueda de salud y el acceso a los servicios para la niñez y los hombres adultos en situaciones de vulnerabilidad. Esto considerando que la atención de la niñez no logró recuperar los niveles prepandemia y que existe una brecha de 20 puntos porcentuales en la atención de salud de los hombres en comparación con las mujeres. A la vez, se deben intensificar los esfuerzos para proporcionarle a los hombres un acceso equitativo a los servicios de salud.
- Se debe mantener un enfoque integral y sostenible en la gestión de la salud pública. En ese sentido, es fundamental promover políticas que garanticen la cobertura universal y la atención centrada en las personas, elementos esenciales para enfrentar futuros retos y asegurar el bienestar y la equidad en el acceso a los servicios de salud de toda la población costarricense.
- Aunado a lo anterior, se debe fortalecer la resiliencia del sistema de salud y mantener un compromiso continuo con la innovación y la adaptación, lo cual será clave para abordar eficazmente las necesidades emergentes y las desigualdades persistentes en salud.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y Monitoreo 2020*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). *Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud: Informe 2021*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2023a). *Memoria de áreas de salud, sectores, EB AIS, sedes de área, sedes de ebáis y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 31 de diciembre de 2023*. CCSS, Dirección Proyección de Servicios de Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2023b). *Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención 2022: ...A pesar del ciberataque a la institución*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.
- Consejo Nacional de Rectores. (2023). *Estado de la Nación 2023*. CONARE – PEN.
<https://estadonacion.or.cr/?informes=informe-estado-de-la-nacion-2023>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: Síntesis de resultados y recomendaciones*. OPS.
<https://doi.org/10.37774/9789275327562>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Salud en las Américas 2022: Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19*. OPS.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56471>
- Pan American Health Organization. (2019). *Masculinities and Health in the Region of the Americas*. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51666>

Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Magara, V. (2018). *Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development*. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644-653. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607>

Zamora Zamora, C. (2020). *La Caja y la pandemia por COVID-19: experiencias durante la crisis del 2020*. Caja Costarricense de Seguro Social.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe de progreso sobre la Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas, 2021-2023: resumen ejecutivo*. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240082120>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Atención primaria de salud*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Autoría

Realizado por German Núñez Vanegas.

2. Estado de situación de salud materno infantil entre el 2019 y el 2023.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que a pesar del progreso alcanzado en materia de salud materno infantil en los países de América Latina y el Caribe, las diferencias en la cobertura y los resultados en salud en determinados grupos de población siguen siendo generalizadas (Sanhueza, y otros, 2022, pág. 46). De hecho, se estima que el 61 % de las afecciones neonatales y la mitad de las muertes maternas en los países de ingresos bajos y medios están relacionadas con la mala calidad de los servicios (World Health Organization [WHO], 2021, pág. 1).

En el ámbito de la salud materno infantil, lo anterior se manifiesta en desigualdades en el acceso a los servicios, en el déficit de la infraestructura para atender los problemas prioritarios, en las inequidades que se acentúan principalmente entre las áreas rurales y las urbanas, en las áreas de concentración de la pobreza o de menor desarrollo social; así como en poblaciones de mayor vulnerabilidad, como adolescentes, niños e indígenas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2006, pág. 1).

En Costa Rica, el comportamiento de la razón de mortalidad materna es fluctuante, registrándose para el 2022 la razón más baja en los últimos diez años (0,8 por 10 000 mil nacidos vivos); sin embargo, a lo interno de las provincias, Limón alcanzó la mayor razón de mortalidad del país durante el 2023, con 3,51. Además, la tasa de mortalidad infantil (TMI) registrada a diciembre de 2023, de 9,14 por 1 000 nacimientos, es una de las más altas en los últimos cinco años (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2024).

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha logrado avances en la implementación de intervenciones orientadas a fortalecer los programas de cobertura de atención, acceso temprano, detección y manejo de las enfermedades que inciden en la morbimortalidad materno infantil; no obstante, la fluctuación en la razón de mortalidad materna y el ascenso sostenido de la tasa de mortalidad infantil se convierten en referentes de inequidad y desigualdad, que hacen que la salud materno infantil en Costa Rica se mantenga como un problema de interés en salud pública (Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], 2023).

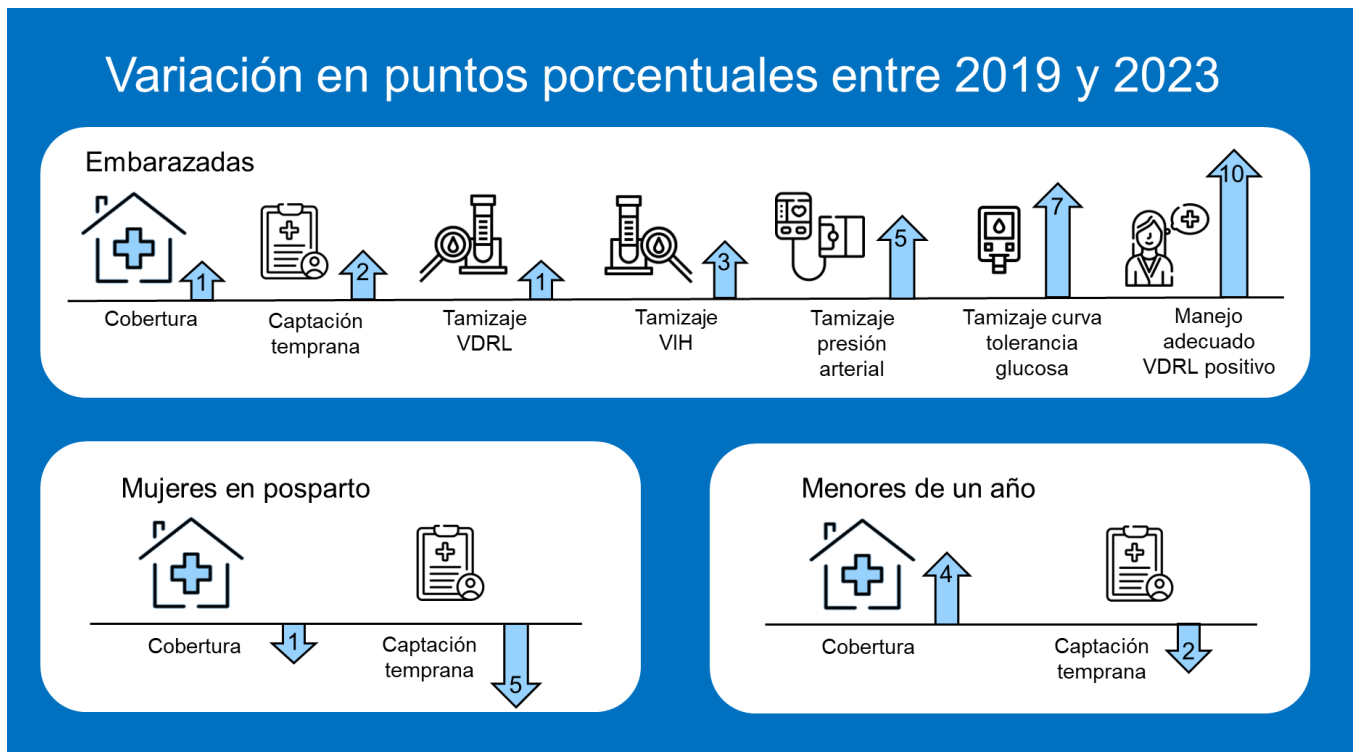
Tomando en cuenta lo anterior, el presente informe de evaluación proporciona un análisis de la situación de la salud de la población materno infantil en el país, destacando las desigualdades persistentes entre el 2019 y el 2023, sin ahondar en los efectos directos e indirectos de la pandemia por COVID-19 y del ciberataque a la institución, que ya fueron tratados a profundidad en informes anteriores.

Para empezar, es importante mencionar que el concepto de desigualdad en salud alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja (Palomino, Grande, & Linares, 2014, pág. 77).

En consonancia con lo anterior se encuentra que, pese a los avances institucionales paulatinos y sostenidos en el continuo de la atención de las embarazadas, el acceso temprano de la madre y los recién nacidos (binomio) sigue siendo un factor limitante en la prevención de la morbimortalidad materno infantil, que podría reflejar algún nivel de desigualdad en el acceso a los servicios (Figura 2.1).

Figura 2.1

CCSS: Variación en puntos porcentuales en cobertura, captación temprana, detección oportuna y manejo adecuado de la embarazada y el binomio, PNA, entre el 2019 y el 2023



Fuente: DCSS: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

En esta línea, para llevar a cabo el análisis de las disparidades observadas en el acceso a los servicios en el tema de salud materno infantil y que podrían explicarse a partir de las determinantes sociales de la atención, para cada población se conformaron dos grupos de áreas, el primero donde se encuentran las unidades con los mejores resultados y el segundo donde se ubican aquellas que muestran una mayor brecha en los logros.

La selección de los grupos inició con el cálculo de los percentiles 15 y 85 de los resultados 2023 del total de las áreas de salud, en los indicadores de acceso temprano de embarazadas (primeras 13 semanas de gestación) y oportunidad en el tamizaje de estas (primeras 19 semanas de gestación); así como los de acceso temprano de la mujer en periodo posparto y los menores de un año (primeros ocho días del parto o nacimiento).

Luego, se agruparon las unidades teniendo en cuenta como factor en común que todos los indicadores considerados cumplieran con la condición de estar por abajo del percentil 15 o por arriba del percentil 85, quedando de la siguiente manera:

- Áreas con atención sin oportunidad (A-SO): aquellas ubicadas por debajo del percentil 15, de las cuales 13 conforman el grupo A-SO del binomio y 11 el grupo A-SO de embarazadas.

- Áreas con atención con oportunidad (A-CO): aquellas ubicadas por encima del percentil 85, de las cuales 10 conforman el grupo A-CO del binomio y siete el grupo A-CO de embarazadas.

Asimismo, se seleccionaron las siguientes determinantes sociales de la atención:

- Índice de desarrollo social (IDS) elaborado por Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica del Gobierno de Costa Rica y publicado en diciembre de 2023, del cual se consideró puntualmente la clasificación de áreas de mayor desarrollo relativo y menor desarrollo relativo (AMMDR) según los valores de corte correspondiente, donde el mayor desarrollo relativo (IDS-MYDR) alcanza un máximo de 100 y mínimo de 76,70; en tanto, el menor desarrollo relativo (IDS-MNDR) se subdivide en: nivel medio (76,69 – 60,48), nivel bajo (60,47 – 43,56) y nivel muy bajo (43,55 – 0,00) (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN], 2023, págs. 59-60).
- Índice de urbanización (IU) construido por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica y publicado durante el 2018, el cual establece la siguiente clasificación: con un IU mayor o igual a 0,4200 denominado como predominantemente urbanos (IU-PU) y entre 0 y 0,4199 como predominantemente rurales (IU-PR) (INEC, 2018, pág. 18).

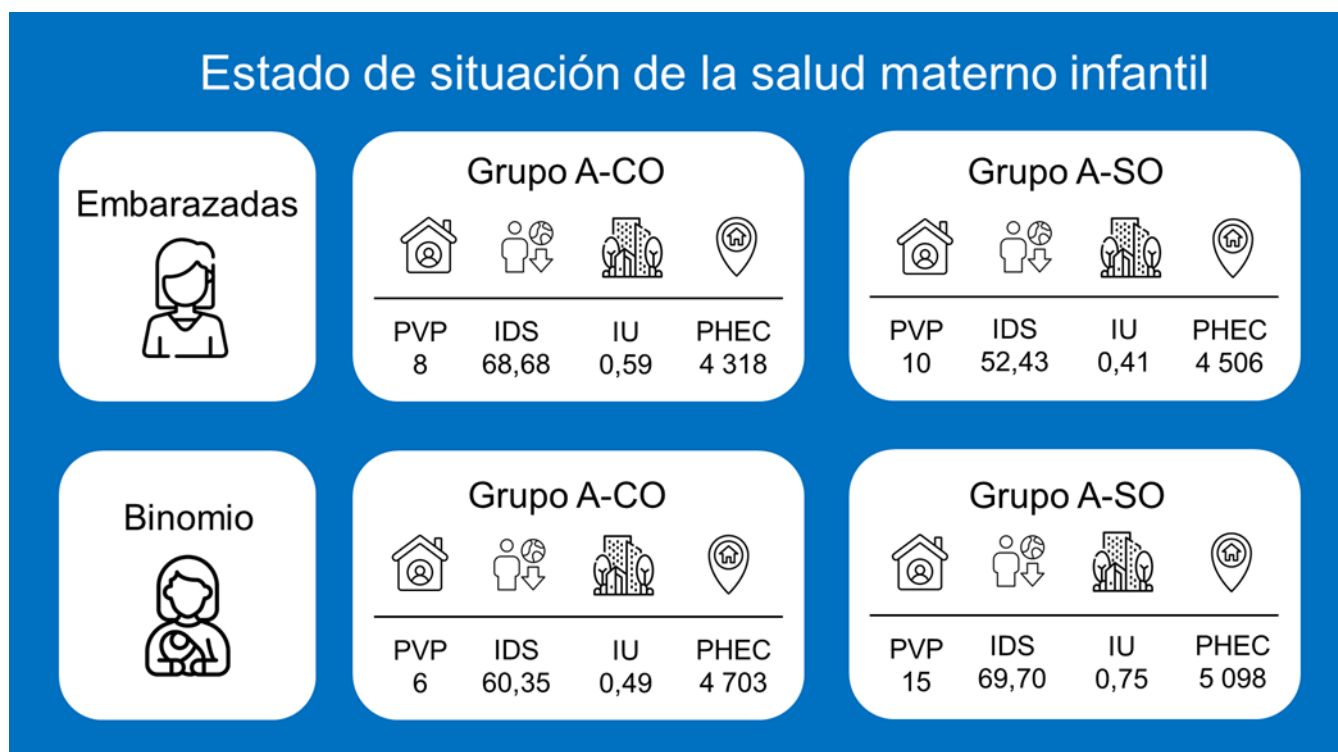
Puntualmente, para la construcción del índice de desarrollo social y del índice de urbanización por área de salud, se utilizó la conversión de distritos a áreas de salud según porcentajes de adscripción elaborado por la Dirección Compra de Servicios de Salud, de forma tal que se mantuviera la estructura poblacional por área de salud de la CCSS.

- Promedio de habitantes por ebáis conformados (PHEC), cuyo punto de corte utilizado es el promedio institucional del 2023, que es de 4 584 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2023, pág. 42).
- Puestos de visita periódica (PVP) detallado por la CCSS en el compendio estadístico 2023 (CCSS, 2024).

Posteriormente, a cada una de estas determinantes sociales de la atención se le calculó el promedio ponderado, a partir del dato oficial institucional de la población asignada por área de salud, establecida por la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS, y con estos datos se caracterizó cada uno de los grupos antes señalados (Figura 2.2).

Figura 2.2

CCSS: Determinantes sociales de la atención de la salud de la embarazada y el binomio, PNA, 2023



Fuente: DCSS: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2023.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las desigualdades implican que determinados subgrupos de la población presenten sistemáticamente los más bajos resultados y tengan un acceso más limitado a los servicios e intervenciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022, pág. 1), situación que se visibiliza al realizar el análisis de las determinantes según grupos establecidos y que tienden a ocultarse en los promedios institucionales y por redes integradas.

Los resultados obtenidos a partir de la metodología aplicada permiten señalar que, al comparar los alcances entre el grupo A-CO y A-SO, de la población de embarazadas, el grupo A-SO se caracterizó por estar constituido por unidades con población con un menor IDS (nivel bajo de desarrollo relativo del IDS), ubicadas en distritos con un menor IU (predominantemente rurales) y para garantizarles el acceso temprano y oportuno, los equipos básicos de atención deben trasladarse a un mayor número de puestos de visita periódica.

Por otra parte, el grupo A-SO del binomio, en comparación con el grupo A-CO, se caracterizó por estar constituido por unidades con población con un mayor IDS (nivel medio de desarrollo relativo del IDS), ubicadas en distritos con un mayor IU (predominantemente urbanas) y con un mayor número de puestos de visita periódica, sin dejar de lado el reto que enfrentan en su capacidad instalada, para garantizar el acceso oportuno, dado que el promedio de habitantes por ebáis conformados es mayor al institucional.

Esos hallazgos descritos no son distantes a los manifestados por los representantes de las unidades en los talleres virtuales realizados por la DCSS con el objetivo de explorar las buenas prácticas identificadas y las barreras enfrentadas en la consecución de resultados en salud del primer nivel de atención.

En lo concerniente al tema de salud materno infantil, los representantes exponen como una de las principales afectaciones el acceso y el seguimiento de la población que con frecuencia vive en distritos predominantemente rurales, con alta dispersión geográfica, escasas oportunidades laborales, con la consecuente falta de aseguramiento, y que además comparten condiciones de pobreza, de bajo nivel de escolaridad y de desarrollo social; así como la constante migración entre las distintas áreas y redes integradas, en especial en las zonas fronterizas y costeras.

Lo anterior no es ajeno a lo señalado en la atención de zonas con población altamente concentrada en espacios urbano-marginales, en las que, además, suman esfuerzos por sobrellevar otros riesgos y problemas asociados con la violencia y la criminalidad.

Otro aspecto que se puntualiza por parte de los representantes de las unidades es la amplia oferta y horarios de atención flexibles de los servicios privados de salud y de medicina mixta, que facilitan la oportunidad de acceso y seguimiento a servicios de calidad. También reconocen la gestión de otros establecimientos de salud de la institución que ofertan servicios especializados programados de manera temprana, en particular cuando median condiciones como la prematuridad, las dificultades en lactancia materna y otros factores de riesgo tanto de la madre como del menor.

Conclusiones

El análisis desarrollado a partir del comportamiento de las determinantes en el tema de salud materno infantil durante este quinquenio, permite reconocer que existe un problema en las unidades del primer nivel de atención que visibiliza las inequidades que enfrentan la madre y el recién nacido para acceder oportunamente a los servicios de salud de la institución.

Lo señalado hace reflexionar que, a pesar de los progresos registrados en la institución, persiste la necesidad de fortalecer las intervenciones y desarrollar estrategias dirigidas a los grupos poblacionales más vulnerables, abordando los determinantes sociales estructurales de la salud que podrían incidir en la morbimortalidad materno infantil.

Para garantizar el éxito, este proceso debe adaptarse con especial énfasis a las realidades del nivel local, a fin de determinar cuáles son los grupos de población que menos se benefician, dónde se ubican y cuáles son sus necesidades, sin dejar de lado los recursos con los que dispone cada unidad para hacer frente de manera eficaz al problema expuesto.

Asimismo, es necesario fortalecer los sistemas nacionales de información, que aseguren la recopilación sistemática y periódica de los siguientes datos, desglosados por estratificadores de equidad: edad, lugar de residencia (rural o urbano), etnicidad, ocupación, escolaridad o situación socioeconómica.

Lo anterior permitiría el monitoreo de las desigualdades sociales de la atención de la embarazada y el binomio, en especial, aquellas detectadas en las unidades con mayor rezago, según los avances en los

resultados de los indicadores de evaluación y complementarios diseñados para la EPSS en el tema de salud materno infantil.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social. (23 de mayo de 2024). *Compendio Estadístico de ÁS, Sedes, EBAIS y PVP de la CCSS II Sem 2023*. Recuperado el 14 de junio de 2024, de <https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/proyeccion/SitePages/MemorialNiveldeAtencion.aspx>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). *Memoria de áreas de salud, sectores, EBAIS, sedes de área, sedes de ebáis y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 31 de diciembre de 2023*. CCSS. Recuperado el 25 de mayo de 2024, de <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/4066>
- Dirección Compra de Servicios de Salud. (2023). *Intervención: Atención de la salud materno infantil*. Recuperado el 01 de junio de 2024, de Dirección Compra de Servicios de Salud - 01_ATENC_SALUD_MATERNO_INFANTIL.pdf - Todos los documentos (sharepoint.com)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Clasificación de distritos según grados de urbanización. Metodología*. INEC. Recuperado el 14 de junio de 2024, de <https://bit.ly/2tbh7XB>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Estadísticas demográficas. 2023. Indicadores demográficos. Datos preliminares*. INEC. Recuperado el 01 de junio de 2024, de <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2023). *Índice de desarrollo social 2023*. MIDEPLAN. Recuperado el 10 de mayo de 2024, de <https://www.mideplan.go.cr/indice-desarrollo-social>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Monitoreo de las desigualdades en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente: manual paso a paso*. OMS. Recuperado el 21 de mayo de 2024, de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240042438>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Cerrar las brechas de la salud en la población menos protegida*. OPS. Recuperado el 10 de mayo de 2024, de https://www.paho.org/director/AR_2006/spanish/downloads/InformeAnual06.pdf
- Palomino, P., Grande, M., y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de Sociología*, 72(Extra-1), 45–70.
- Sanhueza, A., Carvajal, L., Cueva, D., Caffé, S., Camacho, A., Berroterán, M., Horowitz, D., Gordillo-Tobar, A., y Mujica, O. (2022). La iniciativa Todas las mujeres Todos los niños brinda apoyo a los países de América Latina y el Caribe para reducir las desigualdades sociales en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e201. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.201>
- World Health Organization. (2021). *The network for improving quality of care for maternal, newborn and child health: evolution, implementation and progress*. WHO. Recuperado el 10 de mayo de 2024, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240023741>

Autoría

Realizado por Lucía Quirós Ramírez y Neyshmi Vega Medrano.

3. Anemia por deficiencia de hierro, la importancia del abordaje en equipo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anemia es una afección en donde la concentración de la hemoglobina se encuentra en un rango inferior al establecido como normal. Se ha visto que los grupos más afectados son los niños pequeños (20 % de los niños entre seis y 59 meses), las mujeres en edad fértil (30 % de las mujeres entre 15 y 49 años) y las embarazadas (37 %) (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.).

Existen múltiples causas que pueden generar esta patología; sin embargo, la deficiencia de hierro es una de las más frecuentes; esta es una carencia nutricional, que al presentarse en edades tempranas puede tener efectos irreversibles en el desarrollo psicomotor de los menores, por lo que su detección oportuna es clave para evitar daños a futuro (OMS, 2020; Díaz et al., 2021).

Diferentes estudios han encontrado que la anemia por deficiencia de hierro (ADH) es una patología que generalmente se presenta producto de la asociación de múltiples causas. En una revisión sistemática de artículos publicados entre el 2017 y el 2022 sobre la anemia ferropénica en lactantes y preescolares, se encontró que en Latinoamérica uno de los factores predisponentes para la anemia por deficiencia de hierro en menores de cinco años está relacionado con la edad de la madre y su nivel socioeconómico y educativo (Rivera et al., 2024).

Otra revisión sistemática destaca la importancia de la atención integral de los pacientes con anemia por deficiencia de hierro. Específicamente, señala que el abordaje no debe limitarse a la carencia de los micronutrientes y que debe incluir también un enfoque social, por la relación directa que existe entre este tipo de anemia y las condiciones socioeconómicas bajas. Además, menciona que la prevención debe dirigirse a las poblaciones clave, que en el caso de la anemia infantil corresponde a los menores entre seis y 23 meses (Díaz et al., 2021).

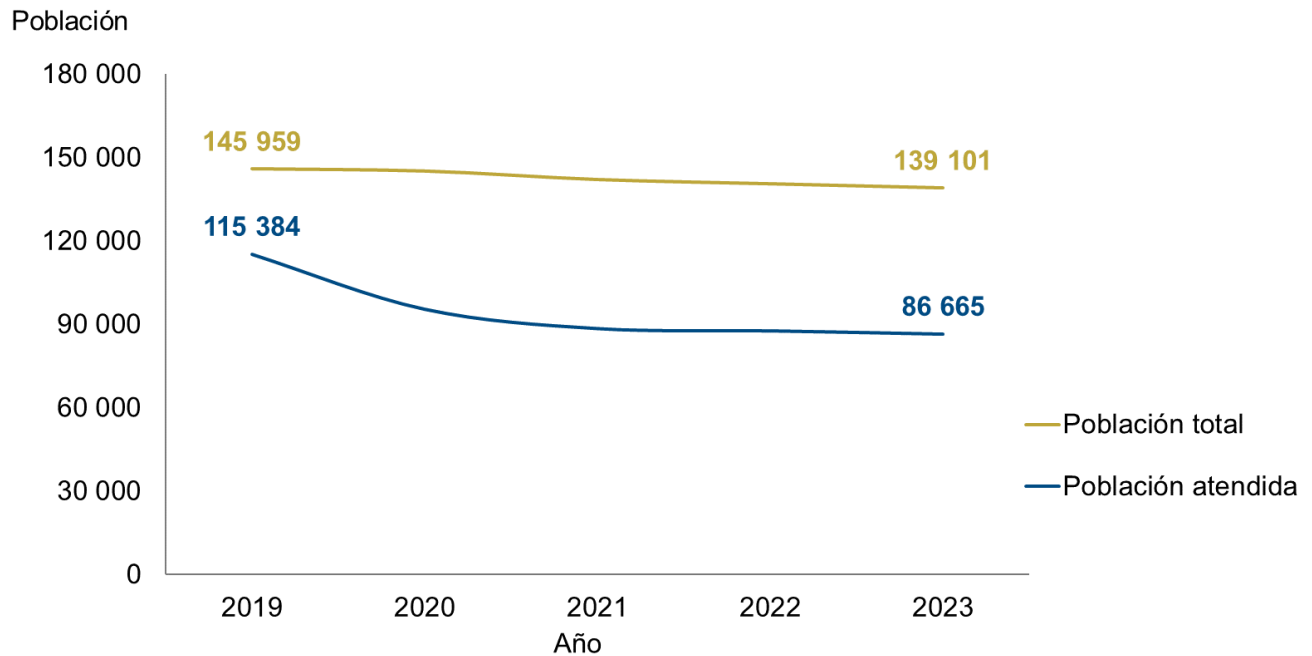
A nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), durante el quinquenio 2019-2023, se desarrollaron una serie de acciones relacionadas con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la anemia, las cuales se basaron en el lineamiento técnico institucional “Diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niñas y niños”, publicado en el 2016. De esta manera, se buscó brindar atención de calidad a la población y prevenir o mitigar los posibles efectos adversos a largo plazo asociados con la ADH (Caja Costarricense de Seguro Social, 2016).

Tamizaje de anemia por deficiencia de hierro

En lo que respecta a las acciones dirigidas al diagnóstico de la anemia, destaca la implementación a nivel institucional del tamizaje de anemia por deficiencia de hierro en la población de seis a menos de 24 meses. Cabe resaltar que esta población ha tenido desde el 2019 una disminución en la pirámide poblacional. De forma paralela, se han disminuido también las atenciones institucionales para este grupo de edad. Sin embargo, aunque la tendencia es similar tanto en la pirámide como en las atenciones, la reducción en el número de atenciones no es proporcional a la disminución de la población total, ya que en el caso de las atenciones la reducción al 2023 es de 25 % menos en comparación con el 2019, mientras que en la pirámide la disminución es de 5 %. Lo anterior se puede observar en el Gráfico 3.1.

Gráfico 3.1

CCSS: Población total y atendida de menores de seis a menos de 24 meses por año, PNA, 2019 – 2023

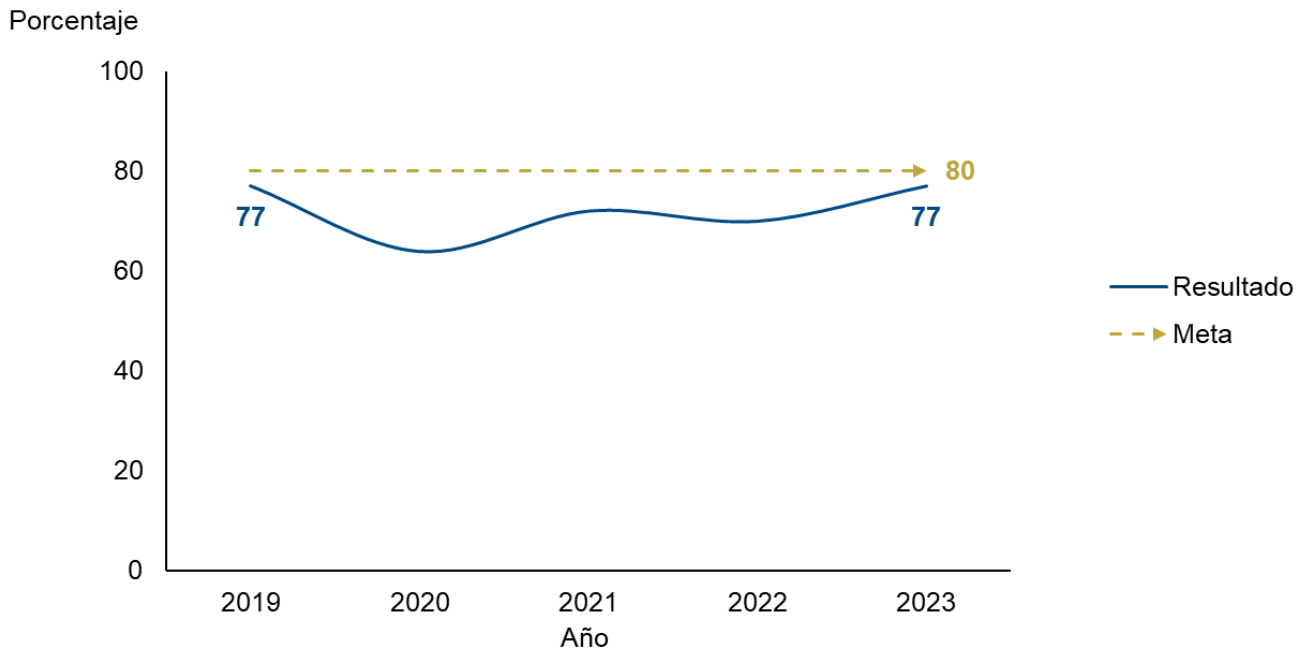


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Durante el periodo 2019-2023, el porcentaje de población de seis a menos de 24 meses al que se le realizó la hemoglobina, como parte del tamizaje de la anemia, presentó fluctuaciones, debido a circunstancias particulares que ocurrieron en este lapso. La situación que más afectó fue la pandemia por COVID-19 durante el 2020, año en el que este porcentaje decreció, llegando a ser el más bajo de todos los cinco años (13 puntos porcentuales por debajo del año anterior). A pesar de esto, la institución logró recuperarse y cerrar en el 2023 con un 77 % de los menores tamizados; no obstante, este resultado quedó tres puntos porcentuales por debajo de la meta establecida. En el Gráfico 3.2 se puede observar la tendencia institucional en este quinquenio.

Gráfico 3.2

CCSS: Porcentaje de la población de seis a menos de 24 meses tamizada para ADH por año, PNA, 2019 – 2023



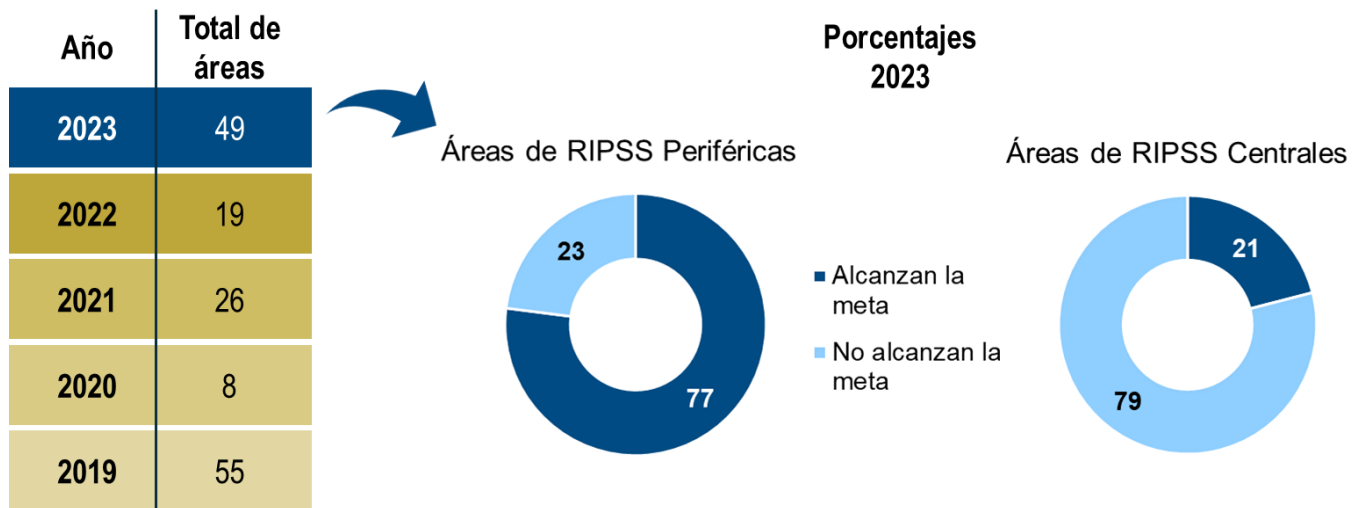
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Al analizar los datos por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), se observó que durante el año 2020 todas presentaron un decrecimiento en la realización del tamizaje de anemia en la población de seis a menos de 24 meses; sin embargo, la capacidad para reestablecer la realización de la prueba de hemoglobina en esta población y recuperar los porcentajes previos a la pandemia no fue igual en todas las redes: la Central Norte y la Central Sur cerraron el 2023 con porcentajes de menores tamizados inferiores a los del 2019, mientras que el resto de las RIPSS los superaron.

A nivel de las áreas de salud, se observó que 49 de ellas cumplieron la meta para el 2023 (Figura 3.1). No obstante, se identificó que durante el quinquenio las áreas de las redes ubicadas en la zona central del país presentaron un descenso en el total de unidades que lograron el objetivo (23 en el 2019 vs 12 en el 2023), cerrando este periodo con menos de una cuarta parte en este rango, contrario al comportamiento visto en las unidades de la periferia, en donde el 77 % alcanzó la meta.

Figura 3.1

CCSS: Áreas de salud que alcanzaron la meta de tamizaje por anemia según ubicación geográfica de la RIPSS, por año, PNA, 2019 – 2023



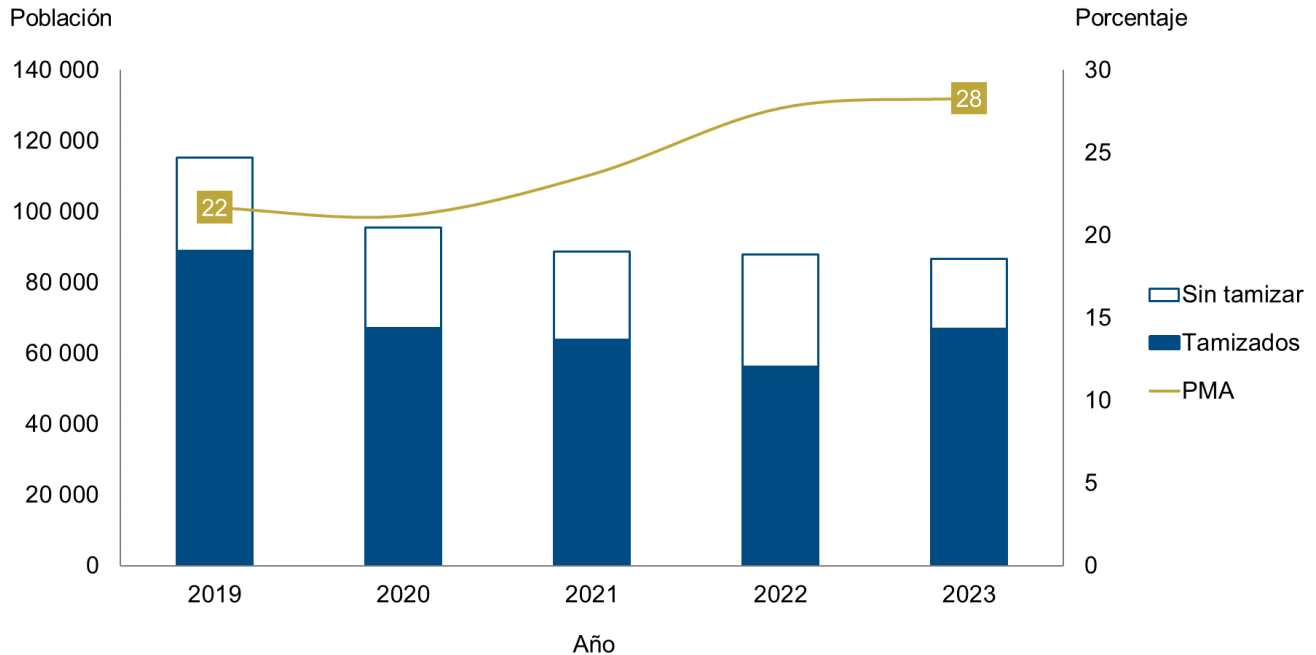
En lo que respecta a la brecha de logros en el tamizaje de anemia entre las áreas de salud, se encontró que en este quinquenio la mayor desigualdad entre unidades se presentó en el 2020. En ese año el área de salud con mejor desempeño alcanzó un 93 %, mientras que la del porcentaje más bajo obtuvo un 36 % (brecha de 57 puntos); sin embargo, en los años siguientes se logró reducir esa distancia, cerrando el 2023 con la menor diferencia del periodo (brecha de 37 puntos).

Esta reducción de la brecha podría estar relacionada con las acciones llevadas a cabo por las áreas, como las actividades destinadas a mejorar la oportunidad en la toma de laboratorios al momento de la atención, la coordinación con los servicios de laboratorio del segundo nivel para aumentar los cupos, y las giras para la toma de muestras. Estas gestiones destacan la importancia de la participación de todos los servicios involucrados en la atención de las personas de seis a menos de 24 meses, para alcanzar los mejores resultados, en beneficio de estas.

Por otra parte, al analizar las atenciones de este grupo poblacional en el quinquenio y la proporción de menores con anemia (PMA), es decir, el porcentaje de niños con hemoglobinas inferiores a 11 g/dL que se identificaron en la población tamizada, se encontró que en el transcurso de los cinco años la cantidad de menores atendidos ha venido decreciendo, mientras que la PMA se ha incrementado; en el Gráfico 3.3 se ilustra este comportamiento.

Gráfico 3.3

CCSS: Menores de seis a menos de 24 meses tamizados y sin tamizar vs proporción de menores con anemia (PMA) por año, PNA, 2019 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

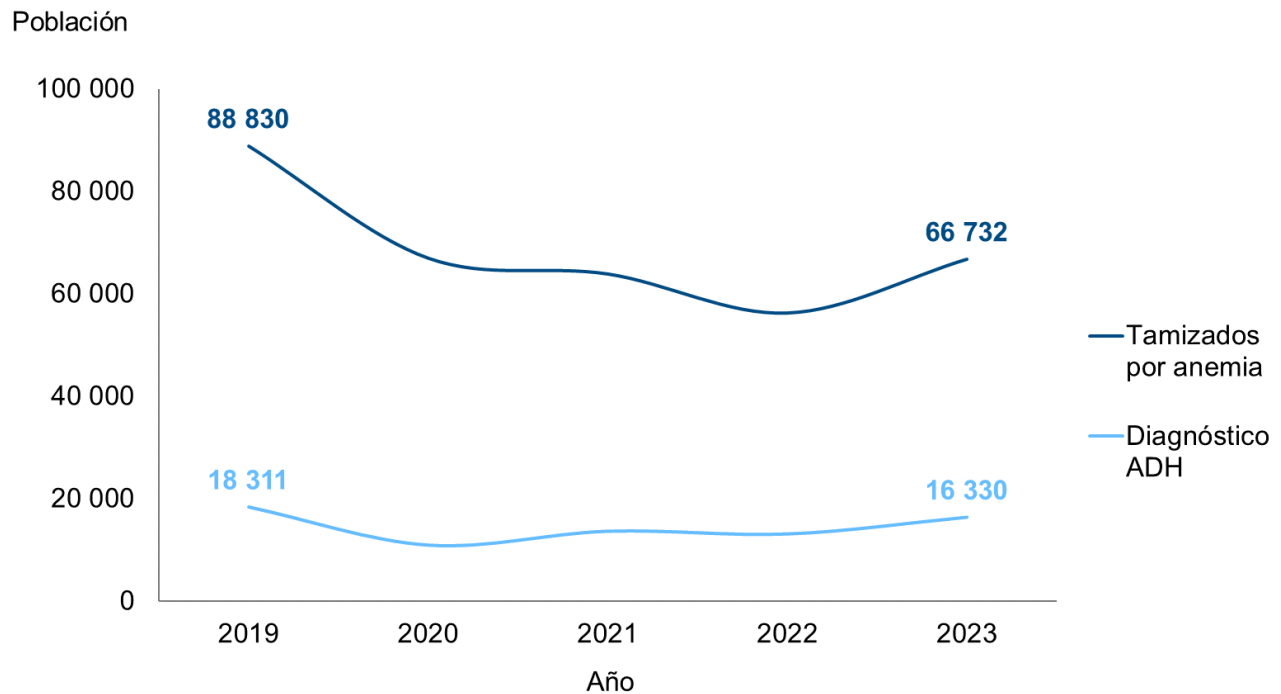
Abordaje de la anemia por deficiencia de hierro

Con respecto a las acciones para el abordaje de la población de seis a menos de 24 meses con ADH, se analizaron inicialmente las consultas en este grupo de edad, observándose una disminución en los menores con diagnóstico de anemia, sobre todo en los años correspondientes a la pandemia por COVID-19 y el ciberataque. Ya en el 2023, para el cierre del periodo, se visualizó un aumento en el total de menores diagnosticados.

De forma paralela, en estos cinco años se redujo la población tamizada. A pesar de lo anterior, la cantidad de pacientes con diagnóstico de ADH en el quinquenio se ha mantenido relativamente estable. El comportamiento de estos dos grupos en el transcurso del quinquenio se puede observar en el Gráfico 3.4.

Gráfico 3.4

CCSS: Población de seis a menos de 24 meses con diagnóstico de ADH vs menores tamizados por año, PNA, 2019 – 2023

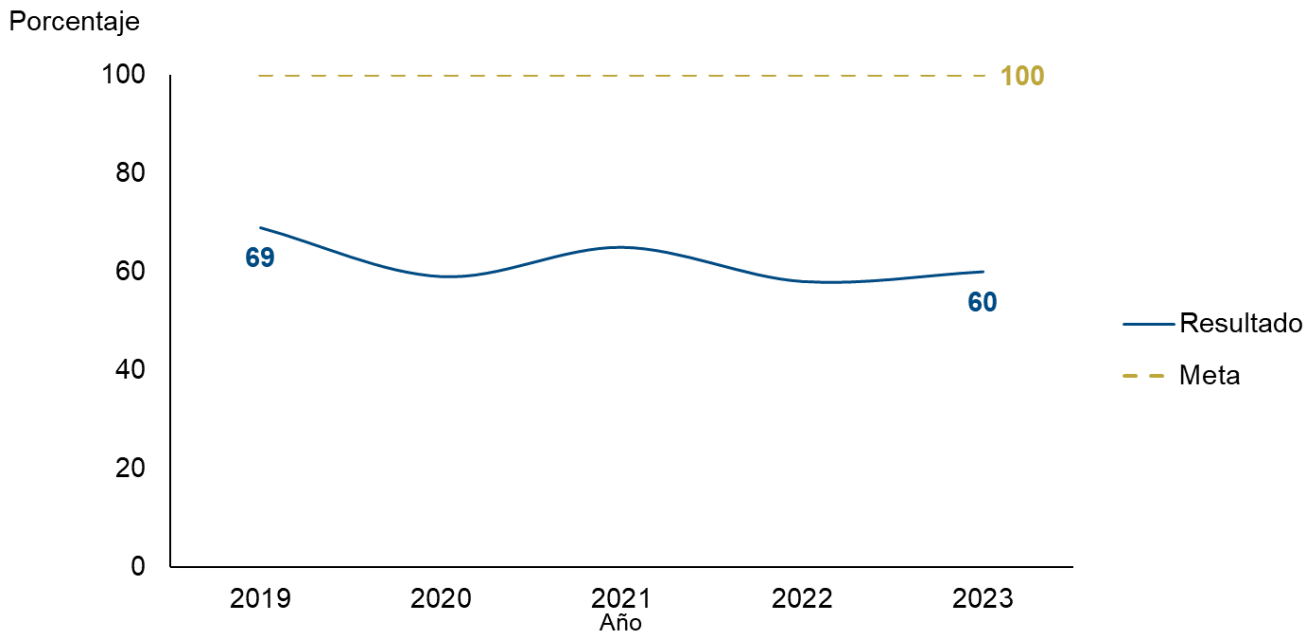


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Debido a los efectos perjudiciales que la ADH puede tener en edades tempranas, se estableció como meta un abordaje adecuado del 100 %. Sin embargo, a nivel institucional este objetivo no se alcanzó; por el contrario, el porcentaje de menores que recibieron un adecuado abordaje fue inferior al registrado en el 2019, como se puede observar en el Gráfico 3.5.

Gráfico 3.5

CCSS: Porcentaje de menores de seis a menos de 24 meses con adecuado abordaje de la ADH, por año, PNA, 2019 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

A nivel de áreas de salud, algunas unidades obtuvieron porcentajes de hasta 98 % de los menores abordados adecuadamente durante el quinquenio; sin embargo, ninguna alcanzó la meta del 100 %. Al comparar los porcentajes de cumplimiento entre las áreas, se observó un aumento en la brecha durante el periodo, pasando de 59 puntos en el 2019, entre la unidad con el porcentaje más alto de menores abordados adecuadamente y la del porcentaje más bajo, a 72 puntos para el cierre del periodo.

En las evaluaciones realizadas se identificó que la principal razón por la cual no se logró abordar adecuadamente a estos menores es la dificultad para efectuar el examen de laboratorio de control dentro del rango establecido en el lineamiento (30 a 59 días posteriores al diagnóstico). De tal forma, pudiera ser que la prueba se haya hecho antes o después de este plazo, o bien, que no haya sido efectuada del todo.

Con el fin de abordar esta problemática, las unidades pusieron en práctica una serie de acciones, mencionadas en el taller “Buenas prácticas y barreras para la mejora de los resultados en salud”, entre las cuales se encuentran:

- Implementación de una consulta centralizada para el abordaje y seguimiento de estos casos, que en algunas unidades la denominaron “Clínica de anemias”.
- Consulta farmacéutica para fomentar el apego al tratamiento.

- Coordinación entre los diferentes servicios, principalmente con el laboratorio, para reducir la cantidad de controles de hemoglobina que se realizan fuera del tiempo establecido, para poder dar un seguimiento adecuado.
- Educación a los padres o encargados, para fomentar el apego al tratamiento.

Las áreas de salud que ejecutaron estas acciones notaron un impacto positivo en lo que corresponde al abordaje de los menores con ADH, por lo que se debería valorar la posibilidad de implementarlas en todas las unidades, según sus características y recursos.

Por otro lado, considerando que la ADH continúa siendo un problema de salud pública a nivel nacional y que su naturaleza es multifactorial (Rivera et al., 2024), se deben establecer acciones mediante las cuales se logre el abordaje multidisciplinario de estos menores, con el fin de brindarles la atención y el apoyo que requieren no solo en el abordaje de la deficiencia del hierro, sino también en aquellas condiciones sociales o culturales que puedan estar impactando la salud del menor y dificultando su recuperación.

Referencias bibliográficas

Alcántara, D., Ruiz, D., Macedo, F., Vilela, M., Gutiérrez, M.S., y Vela, J. M. (2024). Factores asociados a anemia ferropénica en lactantes y preescolares. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 57(1), 115-125. <https://doi.org/10.18004/anales/2024.057.01.115>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Lineamiento técnico LT.GM.DDSS.AAIP.25022016 Diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niñas y niños*. CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Fichas Técnicas 2019 - 2023*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. <https://cajacr.sharepoint.com/sites/DCSSINA/Fichas%20Tnicas/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FDCSSINA%2FFichas%20Tnicas%2FFichasT%C3%A9cnicas&p=true&ga=1>

Díaz, J. A., Horna, A. J., Vidal, M., y Masias, S. K. (2021). Anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 36 meses. *Revista Iberoamericana de la Educación*. <https://doi.org/10.31876/ie.vi.83>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Anemia*. OMS. https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral*. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development#:~:text=La%20carencia%20de%20hierro%20es%20la%20principal%20causa%20de%20la,al%2042%25%20de%20los%20ni%C3%B1os>

Autoría

Realizado por Marianella Viquez Garro.

4. Avances en tamizaje de dislipidemia, una oportunidad para impactar la salud cardiovascular desde la edad escolar.

Se define dislipidemia como la alteración de los valores del perfil de lípidos, con al menos uno de sus componentes (colesterol total, triglicéridos o colesterol LDL) aumentados o el colesterol HDL disminuido (Maia et al., 2020). Constituye un factor de riesgo mayor para las enfermedades cardiovasculares, el cual puede ser revertido realizando cambios en el estilo de vida (Caja Costarricense de Seguro Social, 2004). Además, es un problema de salud pública, que inicia desde edades tempranas; de ahí la importancia de identificar y tratar esta población de forma oportuna (Maia et al., 2020; Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica [SEEP], 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el colesterol elevado está asociado a un tercio de las enfermedades cardíacas. Además, se estima que causa 2,6 millones de muertes y genera 29,7 millones de personas con discapacidad en el mundo. Para el 2008, la prevalencia global de dislipidemia en adultos fue de 39 % (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.). En el caso de España, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte, superando al cáncer y a las muertes por COVID-19 durante el periodo de la pandemia (SEEP, 2023).

Por otro lado, un estudio realizado en Ecuador en 100 menores con edades entre seis y 11 años, en el que se registraron y examinaron sus valores antropométricos y se realizaron exámenes de laboratorio para determinar la presencia de dislipidemia, demostró que los hábitos alimentarios inadecuados asociados al aumento del peso pueden conllevar a la presencia de comorbilidades en la edad adulta. Además, como consecuencia de estos hábitos, se identificó un incremento en los valores de los perfiles de lípidos (Pozo & Vargas, 2022).

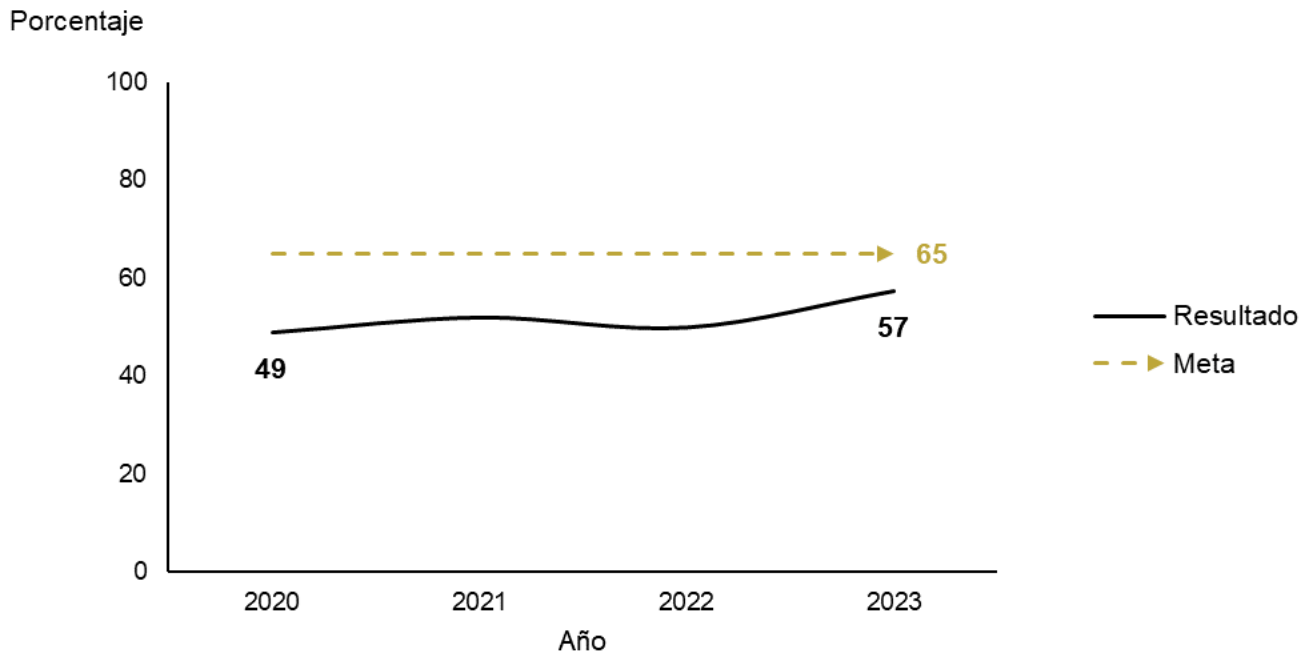
A nivel institucional, la detección y el abordaje de los menores con dislipidemias se ha regido por el “Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña” (CCSS, 2016). Con base en este documento, se establecieron acciones para la detección oportuna de la dislipidemia en la población de menores de nueve a 11 años, las cuales se evaluaron durante el periodo 2020 al 2023. Esta evaluación se inició hasta el 2020 debido a que el primer año del quinquenio se trabajó en establecer una línea base y definir una meta.

Sobre el tamizaje universal de dislipidemia realizado en la población entre nueve y 11 años, se encontró que el porcentaje de menores a los que se les realizó el perfil de lípidos fue incrementando paulatinamente conforme el período de evaluación fue avanzando. Durante este tiempo, la institución no logró alcanzar la meta establecida (65 %) y al 2023 todavía se encontraba ocho puntos porcentuales por debajo de esta.

Se debe recordar que en este caso la población que se está buscando tamizar en su mayoría no cuenta con consultas programadas, por lo que las atenciones de morbilidad se convierten en la ventana de oportunidad para enviar la solicitud de la prueba y educar a los encargados del menor sobre la importancia de la realización del estudio. La tendencia institucional del 2020 al 2023 se puede observar en el Gráfico 4.1.

Gráfico 4.1

CCSS: Población de nueve a 11 años tamizada por dislipidemia por año, PNA, 2020 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020-2023.

A pesar de que no se alcanzó la meta a nivel institucional, es importante mencionar que para el cierre del periodo se triplicó el total de áreas de salud que tamizaron por dislipidemia al 65 % o más de su población de nueve a 11 años (7 unidades en 2020 vs 25 unidades en 2023).

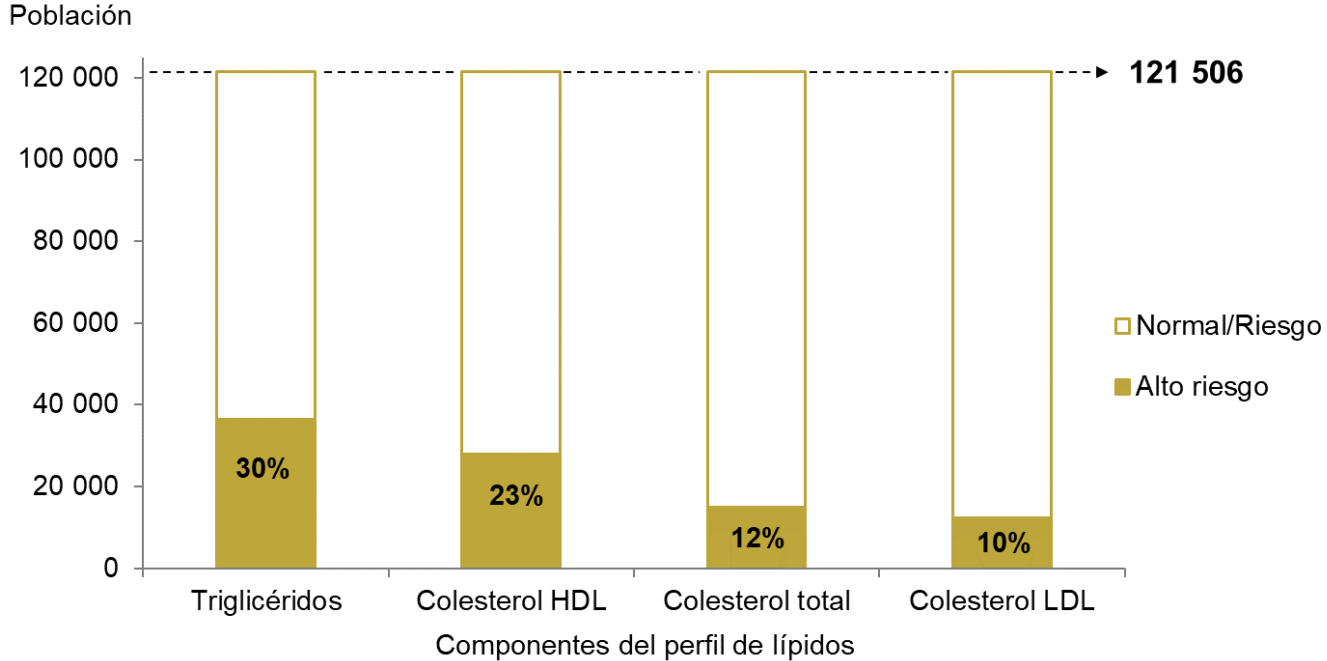
Por otro lado, como parte del análisis, se consolidaron a nivel institucional los listados de las poblaciones de nueve a 11 años atendidas entre 2020 y 2023, para determinar el porcentaje de menores tamizados en este periodo. Se identificó la primera consulta de cada menor y, en caso de que se hubiera realizado el perfil de lípidos, se le asignó el resultado de laboratorio correspondiente. Se contabilizaron en total 341 087 consultas que, tras consolidar y depurar, corresponden a 225 826 menores. De estos, a 121 506 se les realizó el perfil, lo que equivale al 54 %.

Otros análisis realizados al total de la población tamizada incluyen la revisión de los resultados de los perfiles de lípidos. Para este fin, se distribuyeron los componentes en rangos conforme a lo establecido en el Manual de Procedimientos de Atención Integral al Niño y la Niña en el Primer Nivel de Atención, y se establecieron las siguientes categorías:

Componentes del perfil lipídico (mg/dL)	Normal	Riesgo	Alto riesgo
Colesterol total	<170	170-199	≥200
LDL-colesterol	<110	110-129	≥130
HDL-colesterol	>45	40-45	<40
Triglicéridos menores de 10 años	<75	75-99	≥100
Triglicéridos edad de 10-19 años	<90	90-129	≥130

De los 121 506 menores tamizados, se encontró que el 48 % presentó al menos un componente del perfil de lípidos en alto riesgo, siendo los triglicéridos el que mayor porcentaje de los escolares tienen elevado; por otra parte, un 25 % tiene solo uno de los cuatro componentes en alto riesgo. En el Gráfico 4.2 se presenta el porcentaje de menores para cada uno de los componentes en alto riesgo.

Gráfico 4.2
CCSS: Población de nueve a menos de 11 años tamizada por dislipidemia, según componente del perfil en alto riesgo, por año, PNA, 2020 – 2023

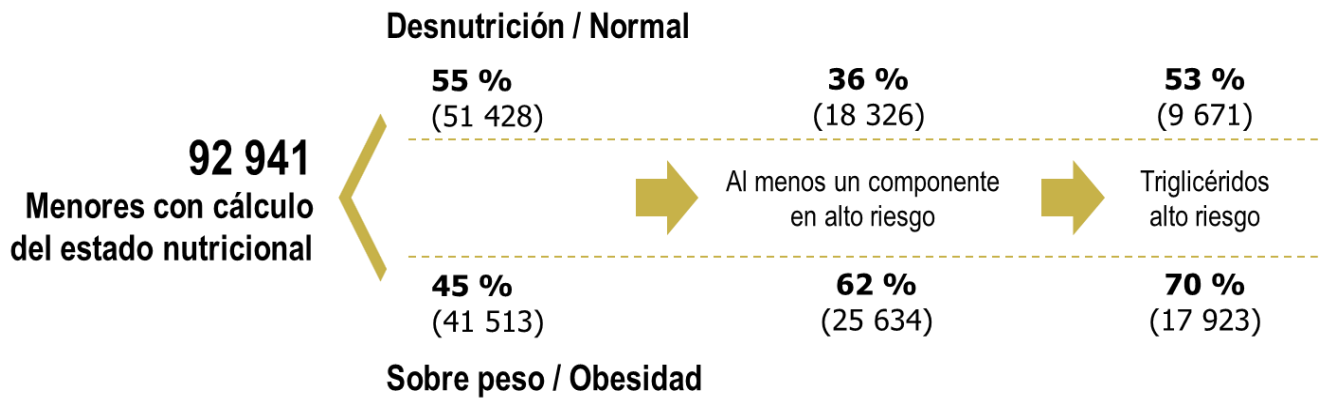


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020-2023.

Por otra parte, de todos los menores tamizados, 92 941 tenían la información necesaria para calcular su estado nutricional, el cual se utilizó para llevar a cabo un análisis comparativo con los componentes del perfil de lípidos en alto riesgo. Los resultados de esta comparación fueron congruentes con los hallazgos internacionales (Pozo & Vargas, 2022), observándose que los menores con rangos del estado nutricional superiores al normal tienen mayor probabilidad de tener alterados los resultados del perfil de lípidos, tal como se puede ver en la Figura 4.1.

Figura 4.1

CCSS: Población de nueve a menos de 11 años tamizados con cálculo del estado nutricional, según componentes del perfil de lípidos en alto riesgo, PNA, 2020 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Algunas de las gestiones mencionadas en el taller “Buenas prácticas y barreras para la mejora de los resultados en salud”, que podrían estar teniendo un impacto positivo, al contribuir con el aumento en el número de áreas que alcanzan la meta en el tamizaje de dislipidemia, incluyen: coordinación con el servicio de laboratorio para la toma oportuna de muestras, coordinación entre servicios, capacitación al personal sobre lineamientos y fichas técnicas, entre otras.

Tomando en cuenta lo anterior, es importante continuar con acciones a nivel institucional que fomenten la detección temprana y el abordaje oportuno de la dislipidemia, reforzando la educación en estilos de vida saludables, para fomentar un cambio en los hábitos de estos menores y así reducir los factores de riesgo cardiovasculares que puedan estarse instaurando desde edades tempranas, buscando un impacto positivo en su salud.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). *Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención*. CCSS.

<https://www.binasss.sa.cr/dislipidemias.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña*. <http://hdl.handle.net/20.500.11764/640>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Fichas Técnicas 2019 - 2023*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. <https://cajacr.sharepoint.com/sites/DCSSINA/Fichas%20Tnicas/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsit es%2FDCSSINA%2FFichas%20Tnicas%2FFichasT%C3%A9cnicas&p=true&ga=1>

Maia, J. A. F., Pinto, F. J. M., Silva, F. R. D., Dantas, D. S. G., Sampaio, R. M. M., Chaves, E. M. C., Vasconcelos, A. Á., y Cândido, J. A. B. (2020). Prevalence of dyslipidemia in children from 2 to 9 years old. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(suppl 4), e20190759.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0759>

Pozo, S. P., y Vargas, V. P. (2022). Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional y dislipidemias en niños de 6 a 11 años. *Revista Científica Digital: La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*. 13(1), 36-46.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Colesterol elevado*. OMS.
<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3236>

Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. (2023). *XXIX Curso Actualizado en Endocrinología Pediátrica de la SEEP*. Pulso ediciones, S.L.
https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules/editorial/files/seep_libro_2023.pdf

Autoría

Realizado por Marianella Víquez Garro.

5. Revisión de los avances en el manejo de las personas atendidas con obesidad grado III.

En el año 2019, la CCSS dio inicio en el PNA a una intervención dirigida a la atención de las personas de 20 a 64 años con obesidad III, en la cual se estandariza la detección y el manejo con un enfoque en el curso de la vida y fortaleciendo la atención integral según la red de servicios institucionales (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2019). Ese año sirvió como base para establecer una visión clara de la situación institucional.

La intervención, definida como “Manejo de la obesidad grado III”, está basada en los lineamientos institucionales y nacionales vigentes, como el Lineamiento técnico atención en salud a personas con obesidad en el PNA y la Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y obesidad. De igual forma, se basa en la evidencia científica sobre la importancia que la enfermedad tiene en la salud de las personas, la morbimortalidad y el impacto económico en el sistema de salud (CCSS, 2019; OECD Health Policy Studies, 2019; CCSS, 2021; Ministerio de Salud, 2021; World Health Organization [WHO], 2023).

A partir de esta información, se diseñaron dos indicadores que brindan el panorama institucional sobre la detección y el manejo de las personas con obesidad III en el PNA. En primer lugar, el porcentaje de personas atendidas con un Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 40 kg/m², a quienes se les consignó un diagnóstico de obesidad; y luego, de acuerdo con ese resultado, el porcentaje de personas referidas por obesidad III a los servicios de Nutrición disponibles en la red; las metas establecidas fueron de 100 % y 30 %, respectivamente.

La metodología de evaluación consideró la totalidad de las áreas de salud de la CCSS y su fuente principal fueron los datos registrados en el EDUS. Para ello, se requirió de variables como el dato de peso y talla, el cálculo del IMC, la clasificación del estado nutricional (Anexo 5.1), la selección de la primera consulta con obesidad III, la consignación del diagnóstico de obesidad y, finalmente, la referencia a Nutrición.

Como parte del análisis de fin del quinquenio, se agrupó la información con datos únicos de personas que reunían las condiciones descritas en la intervención, teniendo así el panorama general del PNA denominado “global quinquenal”, información que está disponible por primera vez en la CCSS con estas características. Adicionalmente, con las personas que tenían obesidad III en la intervención, se identificaron factores de riesgo cardiovascular (FRC) asociados, entre ellos hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipidemia, información útil para el análisis de los resultados.

El dato global quinquenal de personas atendidas de 20 a 64 años con obesidad III entre el 2019 y el 2023 fue de 130 963, de las cuales 75 % eran mujeres y 25 % hombres, con una edad promedio de 43 años, como se muestra en la Figura 5.1.

Figura 5.1

CCSS: Distribución porcentual de las personas atendidas de 20 a 64 años con obesidad III, según sexo, PNA, 2019 – 2023



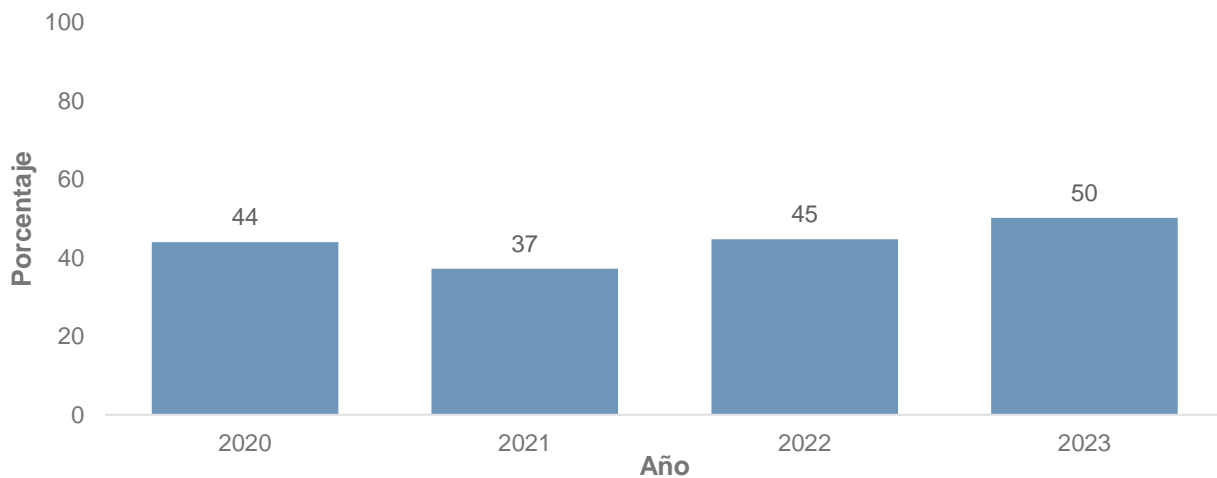
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Durante los años de evaluación, la intervención presentó variaciones a causa de múltiples factores que afectaron a la institución, como la pandemia por COVID-19 y el ciberataque en el año 2022. Aunado a ello, el cambio del recurso humano por sustituciones provocó que las unidades requirieran con mayor frecuencia actualización de las competencias, así como elaboración de material de apoyo, capacitación y mayor acompañamiento para mantener alineado al personal de salud con las acciones propias de la intervención del manejo de la obesidad.

En ese contexto, el porcentaje de personas con un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, a quienes se les consignó en el EDUS el diagnóstico de obesidad III, mejoró seis puntos entre el primer y el último año de la ejecución, sufriendo una disminución en el 2021, posiblemente por la falta de presencialidad en las consultas durante la pandemia y, por ende, un menor número de personas con datos de peso y talla actualizados, para lograr la identificación de cambios en el estado nutricional (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1

CCSS: Porcentaje de personas de 20 a 64 años con un $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ con diagnóstico de obesidad por año, PNA, 2020 – 2023



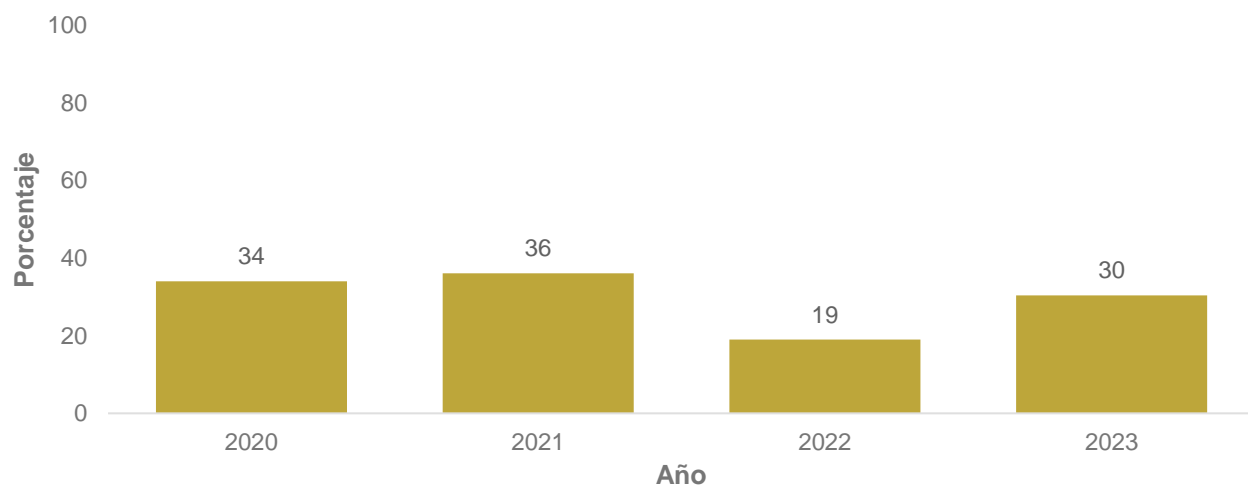
Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2023.

Como se observa en el Gráfico 5.1, no fue posible lograr que todas las personas con un IMC ≥ 40 kg/m² tuvieran consignado el diagnóstico de obesidad en el EDUS. Esta situación dificulta la toma de decisiones sobre la atención que este grupo de personas con riesgo cardiovascular debería recibir en la institución.

Por otro lado, en el Gráfico 5.2 se muestra el resultado de la medición del porcentaje de personas atendidas con un IMC ≥ 40 kg/m² que tenían diagnóstico por obesidad y referencia a un profesional en nutrición.

Gráfico 5.2

CCSS: Personas con diagnóstico de obesidad III referidas a nutrición por año, PNA, 2020 – 2023
(Porcentajes)



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2023.

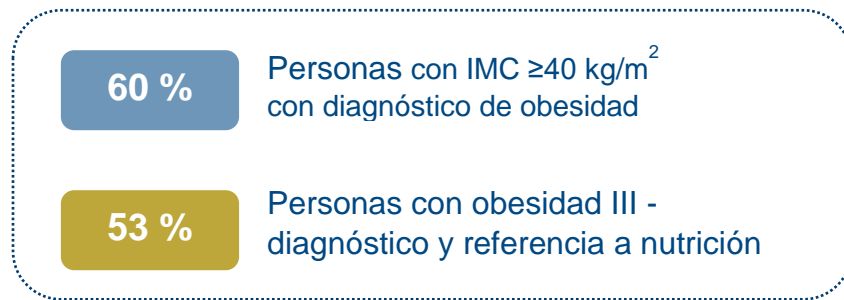
Como puede observarse, en este indicador se cumplió con la meta establecida (30 %), a pesar de las dificultades que enfrentó el personal de salud. El año 2022 fue el único en el que no se alcanzó esta meta; sin embargo, este fue el momento en que ocurrió el ciberataque institucional, hecho que tuvo repercusiones en el sistema de información y, por ende, en el dato real de las personas atendidas con obesidad III y su respectivo diagnóstico.

En términos generales, para manejar las referencias al servicio de Nutrición, la institución contaba con recurso humano en el PNA en el 62 % de las áreas de salud. Las unidades que no contaban con nutricionistas tenían que derivar los casos prioritarios a otros niveles de atención, para garantizar el seguimiento de los grupos de personas con alto riesgo cardiovascular.

Por otra parte, está el grupo consolidado de personas atendidas en los cinco años y que fue definido como global quinquenal del periodo (130 963). En este caso, el porcentaje de personas atendidas con un IMC ≥ 40 kg/m² que fueron diagnosticadas por obesidad alcanzó un 60 % y el de referidos a nutrición un 53 %, tal como se muestra en la Figura 5.2.

Figura 5.2

CCSS: Porcentaje de personas diagnosticadas y referidas por obesidad III, datos globales quinquenales, PNA, 2019 – 2023

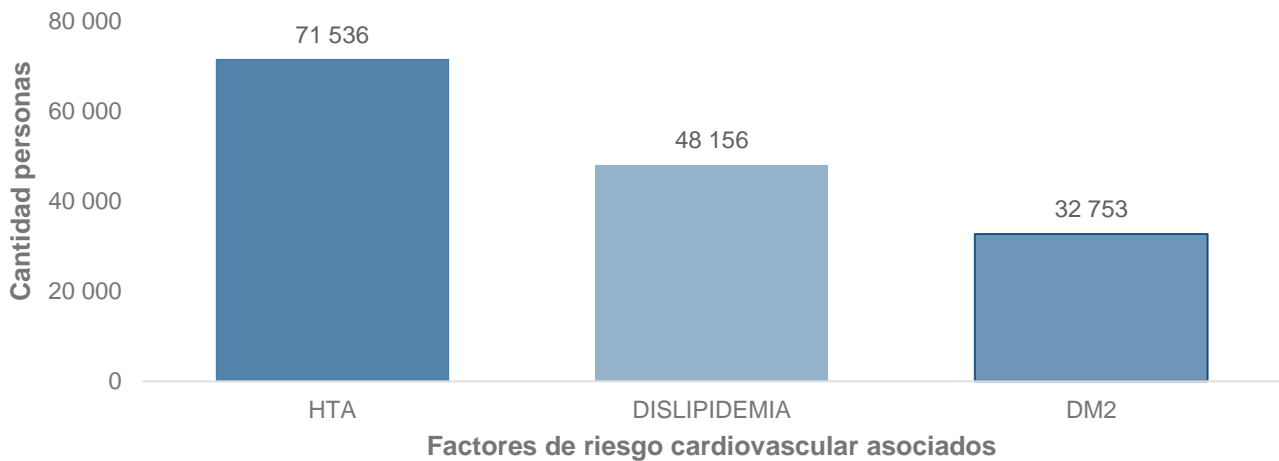


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Para el global quinquenal se analizó la frecuencia de FRC asociados a la obesidad, siendo HTA, dislipidemia y DM2, en orden descendente, los factores encontrados (Gráfico 5.3). Esto permite visualizar mejor el riesgo cardiovascular presente en la población de la intervención y, a la vez, tener presente que no solo la obesidad está afectando la salud integral de las personas.

Gráfico 5.3

CCSS: Personas atendidas con obesidad III por factores de riesgo cardiovascular asociados, PNA, 2020 – 2023



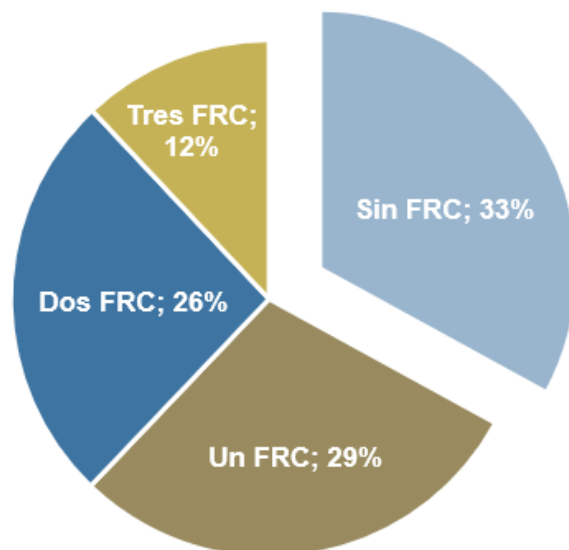
Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2023.

Cabe mencionar que un 33 % de las personas en el grupo global quinquenal no tenían presente otro FRC asociado a la obesidad durante el periodo de los cinco años analizados (Gráfico 5.4). No obstante, este grupo ya está considerado de alto riesgo para la salud, por el hecho de tener un IMC ≥ 40 kg/m², categoría que representa riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles y de mortalidad por algunos tipos de cáncer.

En relación con la distribución porcentual que tiene la presencia de FRC asociados en el grupo global quinquenal (Gráfico 5.4), destaca que la mayoría de las personas con obesidad III tenían solo un FRC, mientras que la minoría tenía tres, situación que favorece la toma de decisiones sobre la atención en nutrición que debe recibir este grupo en el PNA, ya que si aumenta la carga de enfermedades presentes y sus complicaciones de salud, los casos deben dirigirse a otros niveles y las acciones locales serían de apoyo a la red de servicios en salud.

Gráfico 5.4

CCSS: Distribución porcentual de las personas atendidas de 20 a 64 años con obesidad III, según FRC asociados, PNA, 2019 – 2023



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2023.

Conclusiones

La consolidación de la información global quinquenal permitió un análisis más claro del comportamiento y las acciones que el personal de salud realizó con la población que presentó obesidad grado III durante el periodo, ya que algunas personas a pesar de mantener un IMC ≥ 40 kg/m² durante los cinco años, no tenían el registro del diagnóstico por obesidad. Por otra parte, algunas personas nunca fueron referidas a Nutrición y otras tenían referencias reportadas durante todo el periodo.

Específicamente, cuatro de cada diez personas con obesidad III no fueron diagnosticadas a pesar de que el EDUS alerta acerca de esta categoría del estado nutricional. Ante esta situación, las unidades sugieren requerir de monitoreo y apoyo constante en capacitación, ya que esta acción se ve afectada por la rotación de personal médico en sus unidades.

Sin duda, el monitoreo constante del estado nutricional de las personas atendidas con la utilización del IMC como indicador base para la detección y el diagnóstico de la obesidad grado III, permite a los niveles locales tomar mejores decisiones en este grupo. Además, como se observó con el cierre del quinquenio, esto permite una mejoría significativa en el logro de la meta de referencias emitidas a Nutrición.

Recomendaciones

Algunas de las recomendaciones que se pueden mencionar como resultado de los cinco años de ejecución de la intervención son: apoyar la mejora en los resultados de la intervención, con monitoreo y supervisión constante en los diferentes niveles institucionales, así como la inclusión de capacitación al personal y el apoyo de herramientas que permitan tomar decisiones concretas y oportunas, como el uso de los listados de personas con obesidad III identificados, esenciales para realizar las mejoras en el diagnóstico y referencia de este grupo.

A nivel local, se recomienda llevar una coordinación articulada entre los equipos de trabajo, para apoyar el diagnóstico y la referencia de las personas con obesidad III; estableciendo medidas de control que permitan tomar acciones tempranas, al identificar personas que no tienen el diagnóstico respectivo consignado en el EDUS y luego asegurar la referencia dentro de los planteamientos de la intervención.

Para futuras evaluaciones de la intervención, sería relevante mantener un análisis más integral de la obesidad, con la inclusión de factores de riesgo cardiovascular asociados, brindando así un panorama de la situación más cercano a la realidad que afronta el sistema de salud en la atención y la definición de prioridades sobre este grupo de riesgo.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares*. EDNASSS – CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Fichas técnicas Dirección Compra de Servicios de Salud I Nivel de Atención*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.
<https://cajacr.sharepoint.com/sites/DCSSINA/Fichas%20Tnicas/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FDCSSINA%2FFichas%20Tnicas%2FFichasT%C3%A9cnicas&p=true&ga=1>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). *Lineamiento técnico atención en salud a personas con obesidad en el I nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social*. CCSS, Gerencia Médica, DDSS, Área de Atención Integral a las Personas.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Tercera encuesta*. CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica.
- Ministerio de Salud. (2014). *Estrategia nacional abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013 - 2021*. MINSA.
- Ministerio de Salud. (2021). *Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y obesidad 2022 - 2030*. MINSA.
- OECD Health Policy Studies. (2019). *The heavy burden of obesity: the economics of prevention*. OECD publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/67450d67-en.pdf?expires=1719523676&id=id&accname=guest&checksum=8295B4FB899F212B7E9F585026B41C35>

World Health Organization. (2010). *A healthy lifestyle- WHO recommendations*. WHO. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>.

World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. WHO publications.

World Obesity Federation. (2023). *World obesity atlas 2023*. World Obesity Federation.

Autoría

Realizado por Marlon Alexander Lizano Muñoz.

Anexo 5.1

Clasificación del estado nutricional según IMC

ADULTOS (20 A MENOS DE 65 AÑOS)	
IMC ^{a/}	ESTADO NUTRICIONAL
<18,5	BAJO PESO
18,5 - 24,9	NORMAL
25,0 - 29,9	SOBREPESO
30,0 - 34,9	OBESIDAD I
35,0 - 39,9	OBESIDAD II
≥40,0	OBESIDAD III

a/ = Peso en kg/talla en m²

Fuente: World Health Organization, 2010.

6. Hipertensión arterial, el “enemigo silencioso” que fue protagonista durante la pandemia.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica y el principal factor de riesgo cardiovascular. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la llama el “asesino silencioso”, por sus efectos “devastadores a escala mundial”, y considera que no está siendo tratada de forma adecuada, ya que afecta a una de cada tres personas en el mundo y al ser un “problema silencioso y sin síntomas”, casi la mitad de las personas con HTA no saben que la padecen (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Si estas personas no reciben un tratamiento adecuado presentarán múltiples secuelas, entre ellas: ceguera, insuficiencia cardíaca, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y muerte (OMS, 2023).

Aunado a esto, es considerada un problema de salud pública (Fiedler y Gourzong, 2005) por múltiples razones, entre ellas, el que cada día se diagnostica en población más joven y el que su prevalencia va en aumento, al igual que la de otros factores de riesgo cardiovascular (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018).

Dentro de ese contexto, la Dirección Compra de Servicios de Salud incluyó en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 - 2023 la intervención institucional relacionada con la HTA, ya que esta se encuentra en las “Metas Nacionales de Reducción de la Mortalidad Prematura por Enfermedades Crónicas No Transmisibles del 2018” y en el “Plan Estratégico Institucional 2019-2022”. Además, la institución cuenta con guías y protocolos que definen las acciones en salud a desarrollar por nivel operativo, como las “Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la HTA”, del 2009, y la “Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares”, del 2015.

La evaluación de la intervención abarcó la medición de dos dimensiones; una de acceso a los servicios de salud y otra de efectividad en el manejo de la HTA en la institución. El acceso que tiene la población a los servicios de salud se mostró a través de los indicadores de cobertura, mientras que la efectividad de las acciones en salud para el control adecuado de las cifras de presión arterial se evidenció en los indicadores de control óptimo.

Durante el periodo evaluado, diversos factores influyeron en la implementación de la intervención. Uno de los más importantes fue la pandemia por COVID-19, que comenzó en el 2020 y afectó de forma severa a las personas con hipertensión arterial (HTA) (Padiella-Vinueza y Peña Acosta, 2023). Aunado a ello, afectó la atención, por la adaptación de los servicios, según las directrices del Ministerio de Salud (CCSS, 2022).

Estas directrices tuvieron el efecto positivo de disminuir el riesgo de contagio, al permanecer las personas en sus casas; sin embargo, en los centros de salud se perdió la presencialidad de los pacientes, lo que llevó al descontrol de las cifras tensionales en las personas con HTA. Para disminuir este efecto negativo se implementaron varias acciones, tales como: envío medicamentos a los hogares, readecuación de la prestación de servicios, fortalecimiento de los medios no convencionales de atención, reforzamiento de la educación para el automonitoreo de las cifras tensionales, entre otras.

Lo anterior muestra la complejidad del contexto en el que se brindó la prestación de servicios de salud a la población con HTA durante el quinquenio; por lo que el análisis de los resultados considera estos aspectos y se presenta como una forma de facilitar la información para proyectar acciones de mejora en el abordaje oportuno y adecuado de esta población. Los resultados generales pueden consultarse en el siguiente enlace: <https://cajacr.sharepoint.com/sites/GMDCSS/SitePages/EPSS2023.aspx>

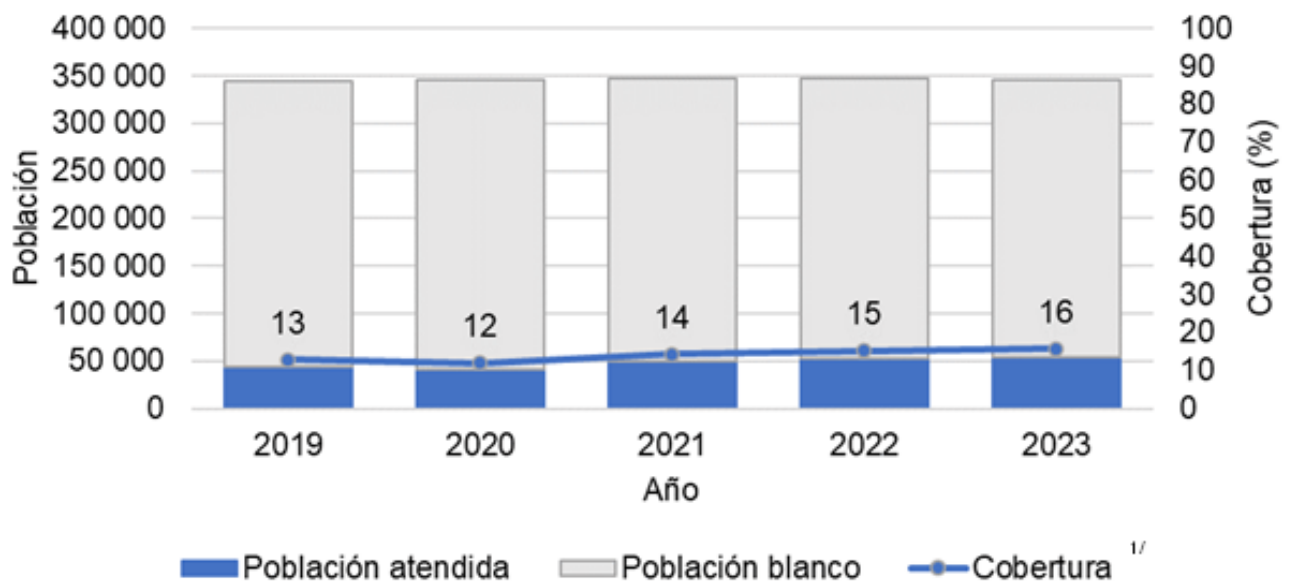
Resultados

Acceso - Cobertura

En lo que respecta al acceso a los servicios de salud, se hizo el análisis por grupo etario y metas al 2023 (20 a 39 años: meta 11 %; 40 a 64 años: meta 41 %; 65 años y más: meta 61 %). Los resultados institucionales superaron estas metas durante todo el quinquenio; solo el 2020 mostró una disminución, pero luego los resultados se incrementaron en forma sostenida hasta el 2023, incluso superando al 2019 (Gráficos 6.1, 6.2 y 6.3).

Gráfico 6.1

CCSS: Cobertura de atención a personas de 20 a 39 años con hipertensión arterial, según año, PNA, 2019-2023

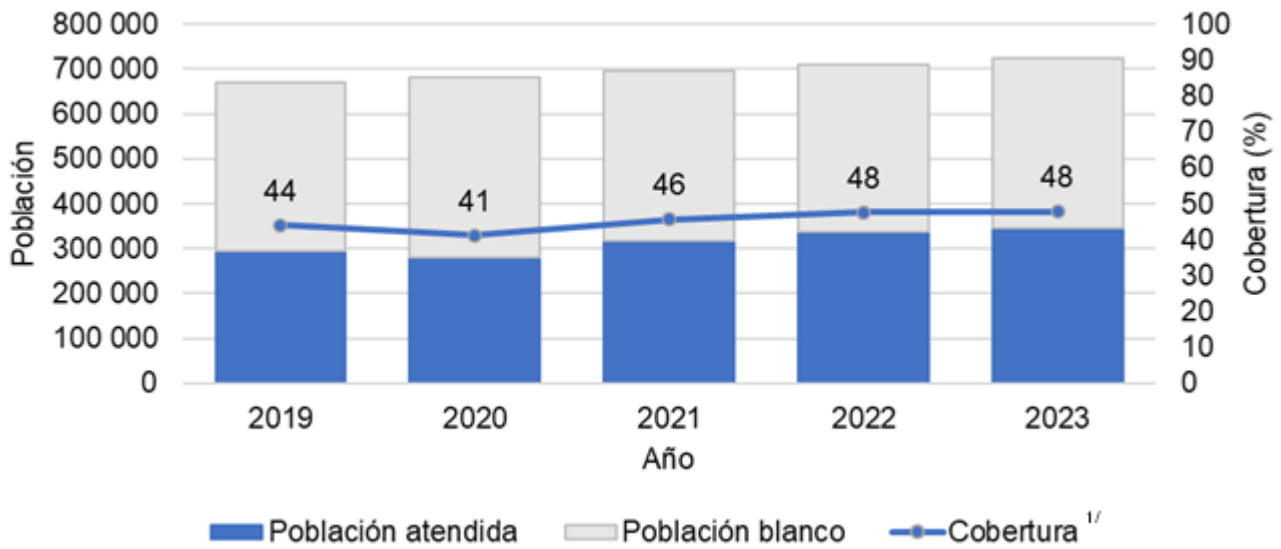


1/ Población blanco-calculada a partir de una prevalencia de 20 %

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Gráfico 6.2

CCSS: Cobertura de atención a personas de 40 a 64 años con hipertensión arterial, según año, PNA, 2019-2023

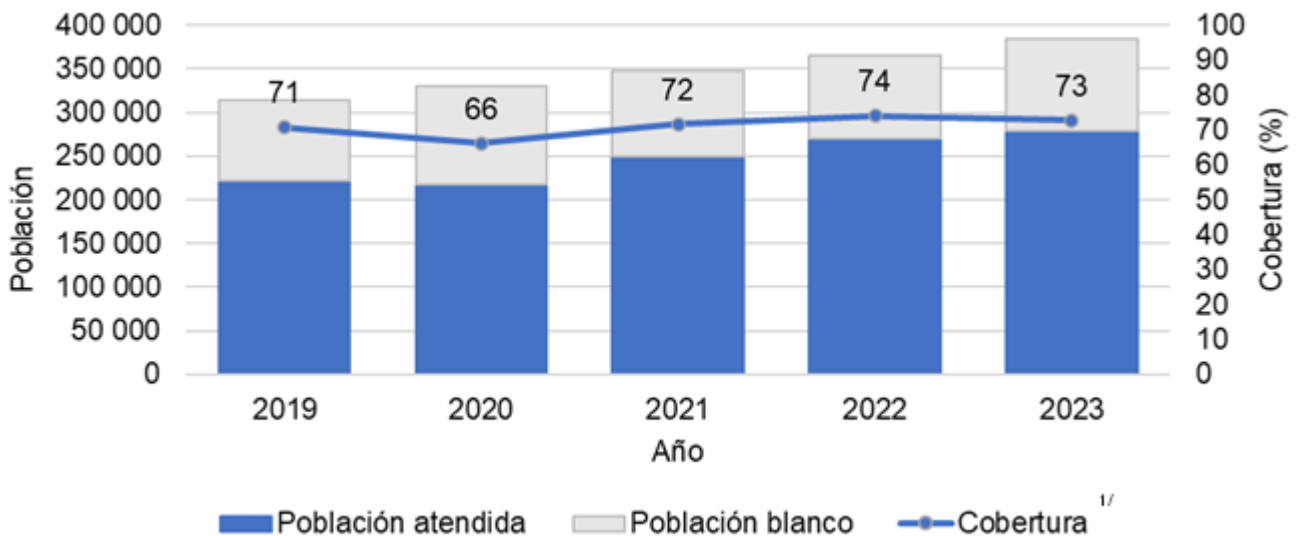


1/ Población blanco-calculada a partir de una prevalencia de 47,5 %

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Gráfico 6.3

CCSS: Cobertura de atención a personas de 65 años y más con hipertensión arterial, según año, PNA, 2019-2023



1/ Población blanco-calculada a partir de una prevalencia de 72,9 %

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

En el caso de las RIPSS, las siete alcanzaron todas las metas al 2023. Destaca la Brunca por ser la única que no disminuyó sus resultados en todo el periodo, en los tres grupos etarios.

A nivel de áreas de salud, 77 de las 105 alcanzaron las tres metas, mientras que cuatro no alcanzaron ninguna de ellas. En el grupo de 65 años y más se observó la particularidad de que cinco áreas de salud tuvieron coberturas iguales o superiores al 100 % en los años 2022 y 2023. Aunque esto podría considerarse un aspecto positivo, resulta imprescindible realizar un análisis de la pirámide poblacional y las prevalencias de HTA, para determinar su origen.

Efectividad - Control óptimo

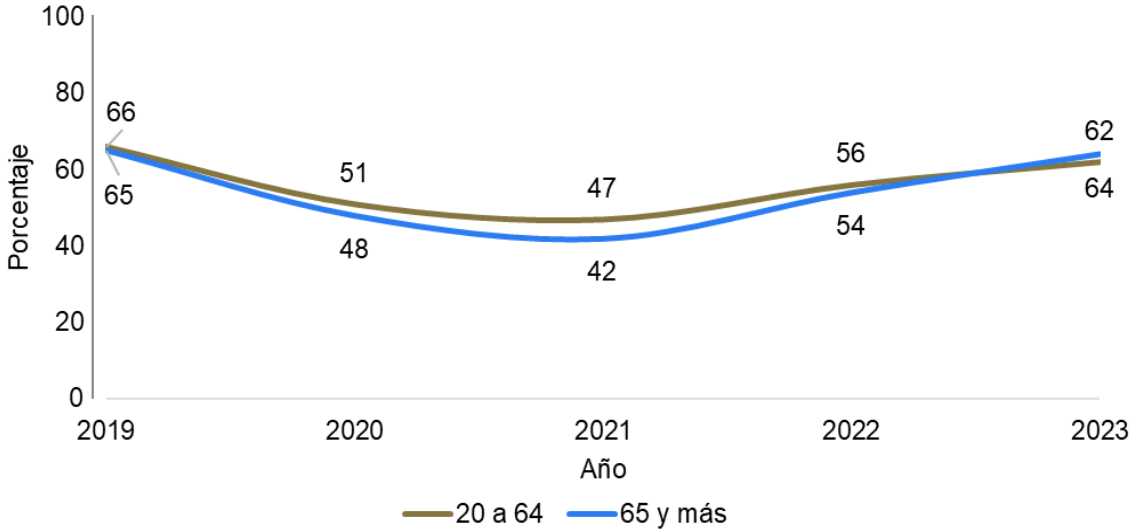
Para evaluar la dimensión de la efectividad, se analizó el control de las cifras de presión arterial en los grupos etarios de 20 a 64 años y de 65 años y más; ambos con una meta de 64 %.

En estos, los resultados disminuyeron durante los primeros dos años de la pandemia por COVID-19 (2020-2021), para luego incrementarse en forma sostenida en los siguientes dos años; sin embargo, hay particularidades en el comportamiento de cada uno.

En el grupo de 20 a 64 años, el resultado institucional 2023 fue de 62 %, quedando dos puntos porcentuales por debajo de la meta y cuatro puntos porcentuales debajo del resultado obtenido en el 2019. A nivel de las RIPSS, dos lograron la meta, pero ninguna de las siete alcanzó lo realizado en el 2019.

En el grupo de 65 años y más, la institución logró la meta, con un resultado de 64 % en el 2023; cuatro RIPSS también alcanzaron la meta, incluso, dos de estas superaron sus resultados del 2019.

Gráfico 6.4
CCSS: Control óptimo de presión arterial a personas con hipertensión arterial por grupo de edad, según año, PNA, 2019-2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Por otra parte, analizando en detalle los resultados de las 105 áreas de salud, se observa que 42 alcanzaron ambas metas y de estas, dos aumentaron sus resultados en 10 o más puntos porcentuales con respecto al 2019. Sin embargo, 49 áreas no alcanzaron ninguna de las metas y 20 de estas presentaron un decrecimiento en sus resultados.

Relación acceso y efectividad

A continuación, se muestra la relación de las dimensiones acceso a los servicios y efectividad en el control de presión arterial, evaluadas en la intervención. Para explicar con más detalle, se realizó la distribución de las áreas de salud según la cantidad de metas alcanzadas (Cuadro 6.1).

Cuadro 6.1

CCSS: Distribución de las áreas de salud según los resultados obtenidos en los indicadores de cobertura y control óptimo en personas con HTA, PNA, 2023

(Absolutos)

Cobertura Metas alcanzadas	Control óptimo Metas alcanzadas			Total
	Dos	Una	Ninguna	
Tres	28	11	38	77
Dos	6	1	7	14
Una	7	2	1	10
Ninguna	1	0	3	4
Total	42	14	49	105

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2023.

Del cuadro anterior se extrae que:

- 77 áreas de salud alcanzan las tres metas de cobertura, mientras que 42 alcanzan las dos de control óptimo.
- Cuatro áreas de salud no alcanzan ninguna meta de cobertura y 49 no alcanzan ninguna meta de control óptimo.
- 28 áreas de salud alcanzan tanto las metas de cobertura como las de control óptimo, mientras que tres no alcanzan ninguna de ellas.
- 38 áreas de salud alcanzan las metas de cobertura, pero ninguna de control óptimo, mientras que una alcanza las metas de control óptimo, pero ninguna de cobertura.

Con base en lo anterior, se puede deducir que en las 28 áreas de salud (27 %) que alcanzaron las cinco metas, la población con HTA tiene un buen acceso a los servicios de salud y hay efectividad en el control de sus cifras de presión arterial; caso opuesto ocurre en las tres áreas de salud que no alcanzaron ninguna de las metas.

Otro hallazgo que destaca son las áreas de salud que presentaron comportamientos opuestos en sus indicadores de acceso y efectividad: 38 áreas de salud (36 %) alcanzaron la meta en los tres indicadores de cobertura, pero ninguna de control óptimo; mientras que una no alcanzó ninguna de las metas de cobertura, pero sí las dos de control óptimo.

Población de 20 años y más con HTA

Por otra parte, con el fin de mostrar el comportamiento de toda la población atendida por HTA, se unieron los grupos de edad en uno solo, de 20 años y más; lo que arrojó una cobertura institucional de 48 % en el 2023, seis puntos porcentuales mayor que la del 2019. Caso contrario sucedió con el control óptimo de presión arterial, donde el resultado institucional fue de 63 %, tres puntos porcentuales menor que el del 2019. Estos resultados se muestran como parte del análisis, ya que para la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2024 – 2028, este será el grupo etario por evaluar, como indicador principal.

Discusión

Por la evolución de los resultados de este periodo (coberturas que han aumentado y recuperación paulatina del control óptimo), se podrían proyectar incrementos en el próximo quinquenio. Este será un reto para el PNA, ya que las pirámides poblacionales proyectadas crecen anualmente, lo que obliga a captar más personas para mantener la cobertura. Por otra parte, la HTA y los otros factores de riesgo cardiovascular aumentan constantemente su prevalencia, lo que conlleva a tener más cantidad de personas con HTA, con mayor cantidad de comorbilidades asociadas, dificultando su control óptimo.

A lo anterior se suma lo expresado por los representantes de las áreas de salud en los talleres de “Buenas prácticas y barreras para la mejora de los resultados en salud”, sobre los factores que aunados a la pandemia y al ciberataque a la institución les limitaron la oferta de servicios a la población (Figura 6.1).

Figura 6.1

CCSS: Barreras identificadas en la oferta de servicios a la población con HTA, PNA, 2019-2024

Agendas saturadas Citas Web a 10 días	Poco personal de apoyo (microbiología, nutrición, farmacia, etc.)	Poco recurso de laboratorio	Estrés laboral	Desabastecimiento de medicamentos
			Saturación de funciones	Discordancia con pirámides poblacionales
Características socioeconómicas y culturales de la población	Falta de infraestructura	PVP con poca conectividad	15 min para la atención	Enfoque en producción
		Fallos en EDUS	Falta de coordinación interniveles	Horarios convencionales

Fuente: Buenas Prácticas y Barreras para la mejora de los resultados en salud, 2024.

También manifestaron que hay desmotivación del personal por la sensación de poco respaldo institucional, lo que condiciona su capacidad para solventar la demanda actual de una población cada día más exigente y consciente de sus derechos, pero renuente a responsabilizarse de las acciones que fomenten su propia salud.

Con base en lo discutido en los talleres, en las áreas de salud se han identificado claramente las barreras que impiden la atención adecuada a las necesidades de salud de la población con HTA. También se han destacado algunas acciones y buenas prácticas para superar estas barreras, las cuales se han integrado en su gestión de acuerdo con la efectividad percibida.

Conclusiones y recomendaciones

Ya es conocido que para abordar la HTA hay que hacerlo desde su génesis, incluyendo: alimentación inadecuada, sedentarismo, poca educación en salud, falta de autocontrol, apatía del usuario al seguimiento (concentración de las citas), pobre adherencia a los tratamientos, automedicación, mal uso de la polifarmacia, entre otros.

Todos estos aspectos se deben abordar; sin embargo, los representantes de las áreas de salud en los talleres enfatizaron que el PNA actualmente no tiene la capacidad para abarcar todas las temáticas en forma efectiva, como son: la promoción y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, otros programas específicos que ameritan una atención integral, la morbilidad, las urgencias y las demás problemáticas en salud.

Lo anterior situó a la prestación de servicios de salud brindada a las personas con HTA ante un panorama complejo durante este periodo; ya que la HTA es una enfermedad con muchos factores causales, que está siendo abordada con un recurso institucional que impresiona estar al límite; a lo que se sumó una reorganización de los servicios ante la pandemia por COVID-19 y las dificultades por la ausencia temporal de información causada por el ciberataque.

De manera que, en este escenario, el esfuerzo de los servicios de salud para captar la mayor cantidad de personas que padecen de HTA y llevarlos a cifras de control óptimo fue evidente en la progresión de los resultados del quinquenio; sin embargo, quedan cosas por mejorar, como se aprecia en los resultados institucionales, ya que se han recuperado e incluso aumentado las coberturas, pero la recuperación del control óptimo ha sido más lenta. Situación parecida ocurre con algunas RIPSS y áreas de salud; para algunas de ellas será más complejo mejorar los resultados que en otras, por lo que el abordaje de estas poblaciones amerita la coordinación e implementación de estrategias interniveles.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Tercera encuesta*. CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). *Lineamiento para la aplicación de las modalidades alternativas a la presencial en la prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*. CCSS.

Fiedler, E. V., y Gourzong, C. T. (2005). *Epidemiología y patogenia de la hipertensión arterial esencial, rol de la angiotensina II, óxido nítrico y endotelina*. *Acta Médica Costarricense*, 43(3), 109-117. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000300003

Organización Mundial de la Salud. (2023). *La OMS detalla, en su primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto*. OMS, Comunicados de Prensa. <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Día Mundial de la Hipertensión*. PAHO. <https://www.paho.org/es/documentos/hoja-informativa-dia-mundial-hipertension-2023>

Padiella -Vinueza, V. E., y Peña Acosta, M. D. (2023). *Hipertensión arterial sistémica en pacientes con COVID-19*. *Polo del conocimiento*, 8(4), 2171-2185. doi:10.23857/pc.v8i4

Autoría

Realizado por Paúl Ernesto Araya Vega, con la colaboración de Gustavo Madrigal Loría.

7. Acceso para la atención de personas con diabetes mellitus tipo 2 logra la meta de cobertura, con una recuperación en abordaje de control óptimo al finalizar el quinquenio.

Globalmente, la diabetes mellitus ha sido seleccionada como una de las cuatro enfermedades no transmisibles que deben intervenir con carácter prioritario; de hecho, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe un objetivo acordado a nivel mundial para detener el aumento de la diabetes y la obesidad para el año 2025 (OMS, 2021).

En el caso de Costa Rica, la situación de la diabetes mellitus quedó reflejada en la *Tercera Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular*, la cual reportó para el 2018 una prevalencia de 10,9 % para la diabetes diagnosticada y de 3,9 % para la diabetes no reconocida previamente o no diagnosticada, dando así una prevalencia total de 14,8 % en la población general. En dicha encuesta también se evidenció que en más del 70 % de los casos se requería tratamiento farmacológico vía oral y en más del 60 % se requería seguimiento en los servicios de salud para el control de la alimentación (CCSS, 2018, p. 36).

En ese contexto, la intervención para la atención de las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) resulta crucial, tanto en el eje de promoción como de prevención de la enfermedad. Las acciones que se desarrollen para mejorar el acceso a esta población y brindar manejos adecuados y asertivos son vitales para otorgarle a este grupo de personas las mejores herramientas para que cuenten con un control óptimo. Por ello, en la atención de los pacientes con DM2 para el quinquenio 2019 - 2023 se establecieron a nivel institucional metas de cobertura y controles óptimos de presión arterial, glicémico y lipídico.

Lo anterior considerando que el manejo de la diabetes debe tomar en cuenta no solo el metabolismo de la glucosa, sino también los factores de riesgo, como la obesidad, la hipertensión, las alteraciones de lípidos, el hábito de fumar, las enfermedades cardiovasculares, las infecciones, las interacciones farmacológicas y los efectos secundarios del tratamiento (CCSS, 2020). Numerosos estudios han mostrado la eficacia de controlar individualmente los factores de riesgo para prevenir o reducir la enfermedad cardiovascular en personas con diabetes; además, se han observado grandes beneficios cuando se abordan de forma simultánea múltiples factores de riesgo. Aunado a ello, se ha demostrado que estrategias como el apoyo para el autocontrol del paciente, cambios en el equipo de atención, variaciones en el manejo de la enfermedad y la educación del paciente, son efectivas para disminuir la hemoglobina glicosilada (American Diabetes Association, 2017).

De tal forma, la CCSS ha hecho un esfuerzo institucional por mejorar la atención de personas con esta condición, enfocándose en la importancia del acceso a los servicios de salud y el manejo adecuado de la enfermedad para lograr un control óptimo.

Resultados

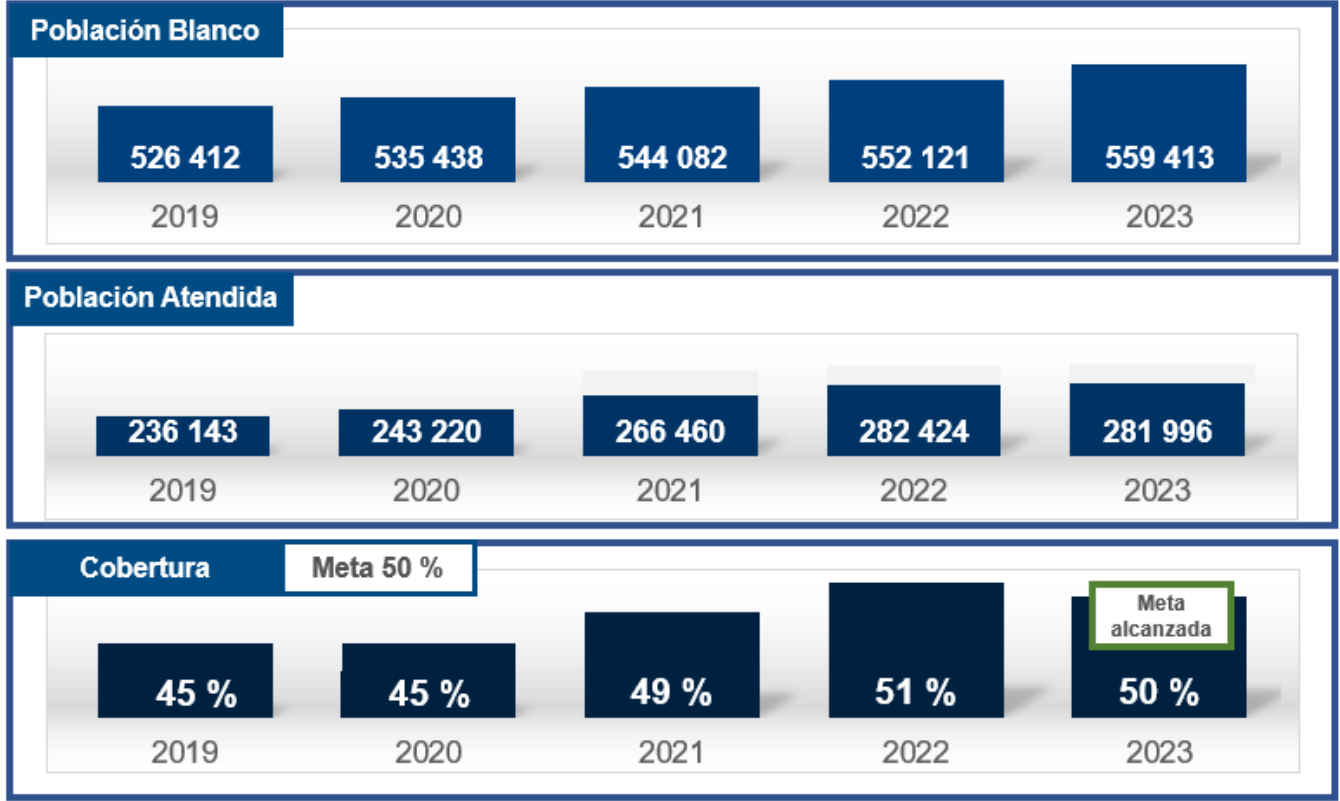
En esta sección se presentan los resultados obtenidos en el quinquenio 2019 - 2023 en cuanto a la cobertura de atención, así como los porcentajes de pacientes que han alcanzado un control óptimo de su condición. Además, se proporciona un análisis adicional que evalúa la frecuencia con la que se han

llevado a cabo las pruebas de laboratorio y se examinan los datos correspondientes al control óptimo alcanzado.

Para analizar la cobertura, se toma en cuenta la pirámide poblacional oficial de personas de 20 años y más del año de evaluación, suministrada por la Dirección Actuarial y Económica; así como la prevalencia de 14,8 %, determinada por la Tercera Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, del año 2018 (por ser la última encuesta vigente); y la cantidad de personas de 20 años y más con el diagnóstico de DM2 que consultaron por primera vez en el año evaluado y cuyo diagnóstico fue registrado en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) con los códigos CIE-10 correspondientes.

En la Figura 7.1 se muestra la cobertura institucional de atención de personas con DM2 en el primer nivel durante el periodo 2019 - 2023; en esta se observa una evolución y fluctuación en las cifras que reflejan tanto retos como avances en el sistema de salud. Revela un panorama de crecimiento en la población que requiere atención para la DM2 en el primer nivel de atención, con un aumento de las personas atendidas en este quinquenio. La tendencia ascendente de la población atendida podría estar vinculada tanto al incremento poblacional como a una mayor prevalencia de la enfermedad.

Figura 7.1
CCSS: Población blanco, población atendida y cobertura de personas con diabetes mellitus tipo 2, PNA, 2019 – 2023.



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2023.

En lo que respecta al comportamiento de la población atendida, destaca que del año 2019 al 2022 se experimentó un crecimiento de 46 281 personas atendidas; siendo que en promedio el crecimiento en atenciones en los últimos años, aún previo al inicio de este quinquenio, ha sido de 10 mil a 15 mil atenciones por año; sin embargo, del 2022 al 2023 se presentó una disminución en el crecimiento, que podría señalar desafíos recientes en la demanda y en la oferta de los servicios.

Por otra parte, en lo concerniente a la cobertura de atención en el quinquenio, esta se mantuvo constante durante los años 2019 y 2020; para mantener esa cobertura y lograr una oferta de servicios adecuada en cuanto al número de consultas, se requirió un esfuerzo importante, debido a que la población blanco va en ascenso. A partir del año 2021 la cobertura comenzó a aumentar, llegando a sobrepasar la meta en el año 2022 y alcanzándola en el 2023, cerrando así de manera exitosa el quinquenio. Este patrón sugiere avances hacia la meta establecida, que requirieron de estrategias tanto para el acceso de la población (durante los años de pandemia), como para el registro de los datos (ante el ciberataque del año 2022 que obligó a dar de baja los módulos del EDUS); en el primer caso, la implementación de las diferentes modalidades de atención por medios alternativos permitió mantener la atención para aquellos usuarios que debían permanecer en el hogar; mientras que en el segundo caso se logró que cada una de las unidades hicieran el registro posterior de las consultas de junio a finales de agosto de ese año en las bases de datos del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC). Estas iniciativas para reorganizar los servicios de salud reflejan una respuesta proactiva a las necesidades de atención médica de los pacientes con DM2 y otros.

Al analizar los resultados de cobertura del periodo 2019 - 2023 por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), se identificaron tendencias, avances y áreas de oportunidad en la prestación de servicios de salud para la DM2, así como variaciones en la cobertura de atención a lo largo del tiempo. En general, las RIPSS mostraron una mejora consistente, unas en mayor grado que otras, pero siempre con un comportamiento de aumento; tanto así que de las siete RIPSS cuatro alcanzaron la meta al final del quinquenio, y las tres restantes, aunque no la alcanzaron, tuvieron una mejoría notoria en los resultados.

La Red Integrada Pacífico Central es la que mostró los resultados de cobertura más elevados durante el quinquenio, sobrepasando la meta desde el inicio del período y aumentándola considerablemente a lo largo de los cinco años.

La región Huetar Norte, por su parte, aunque culminó el quinquenio a un punto porcentual de la meta, mostró un notable crecimiento en la cobertura de atención del 2019 al 2023, lo que podría reflejar la implementación exitosa de políticas de salud dirigidas a esta población.

La RIPSS Central Norte, por otro lado, tuvo una cobertura relativamente estable a lo largo del tiempo, con un alza al final del quinquenio; mientras que la Central Sur, la Chorotega, la Brunca y la Huetar Atlántica tuvieron un incremento paulatino de la cobertura, que sugieren una mejora continua en el acceso y la gestión de la atención para pacientes con DM2 y una consistencia en la prestación de servicios.

En el caso de las áreas de salud, en los talleres de evaluación quinquenal realizados durante el mes de marzo del año 2024, se identificaron una serie de acciones implementadas que fueron consideradas

efectivas para mejorar la calidad de la atención; entre ellas destacan la educación continua para el personal de salud y la capacitación específica en fichas técnicas y guía para la atención del paciente diabético tipo 2, asegurando que todos los profesionales estuvieran actualizados y alineados con los estándares establecidos. También resalta el énfasis puesto en el monitoreo y la supervisión para la gestión efectiva de metas, así como en el trabajo en equipo y el compromiso activo del personal de salud, contribuyendo de esta forma con la mejora continua de los servicios prestados.

Aunado a lo anterior, en el esfuerzo por mejorar la cobertura de atención a pacientes con DM2, las unidades de salud han implementado acciones, desarrolladas de forma conjunta, que han permitido avances en la atención de esta enfermedad, aunque el impacto específico de cada una de estas es difícil de medir. Entre las principales estrategias se encuentran aquellas articuladas entre los diferentes servicios, que buscan asegurar que más personas puedan acceder a la atención de salud; ejemplo de ello es la captación de población en riesgo realizada por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPS), a través de visitas domiciliarias, que ha permitido identificar a pacientes que han perdido los controles y reincorporarlos al seguimiento correspondiente. De la mano con esta estrategia, para mejorar la adherencia a las citas médicas, se ha implementado un sistema de recordatorio de citas, que contribuye a que los pacientes diabéticos asistan a sus consultas programadas, permitiendo un seguimiento adecuado y continuo de su condición.

Además, como parte de las estrategias, algunas áreas de salud ampliaron la oferta servicios mediante la dotación de infraestructura y recursos humanos, así como la implementación de consultas en horarios vespertinos y tiempo extraordinario, lo que ayudó a solventar la demanda de la población blanco de los usuarios con DM2.

En conjunto, estas acciones han creado una red de atención para pacientes con diabetes tipo 2, abordando sus necesidades desde múltiples ángulos y mejorando su cobertura. La implementación de prácticas basadas en la evidencia y adaptadas a las necesidades específicas de cada RIPSS será crucial para continuar mejorando el acceso y la calidad de la atención a esta población vulnerable durante los próximos años.

Después de alcanzar un mejor acceso para la población diabética tipo 2, es importante darle un seguimiento al manejo o abordaje brindado por el personal de salud; para ello, en el quinquenio 2019 – 2023 se trabajó con los siguientes indicadores, que muestran el porcentaje de personas atendidas que alcanzaron un nivel óptimo, en concordancia con las guías técnicas institucionales (CCSS, 2020):

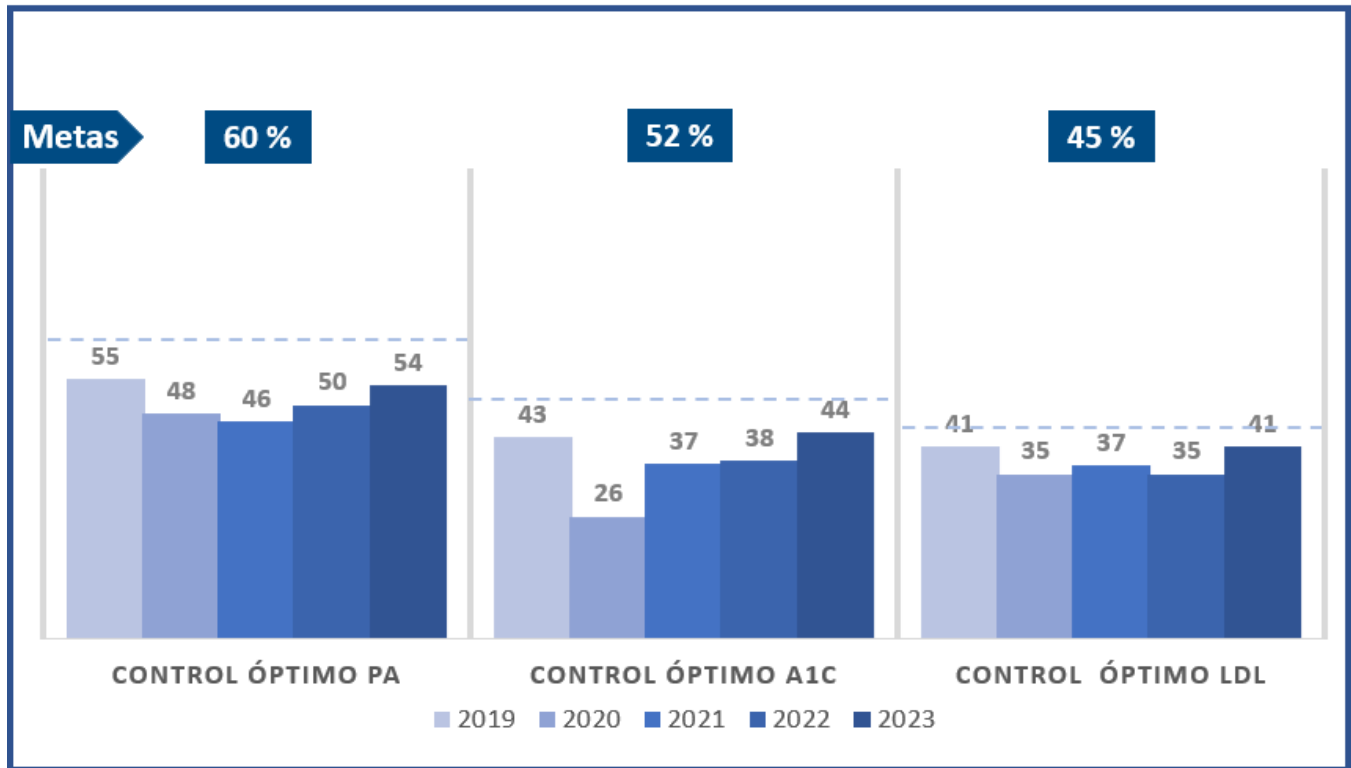
- a) **Control glicémico óptimo:** valor de hemoglobina glicosilada (A1c) inferior a 7 % en la última medición del segundo semestre. Para las personas mayores de 80 años se define un valor inferior a 8 %.
- b) **Control óptimo de presión arterial:** cifras de presión arterial (PA) menores a 140/80 mmHg, en la última consulta con presión arterial registrada en el apartado de signos vitales.

c) **Control lipídico óptimo:** valor de colesterol - LDL menor a 100 mg/dL en la última medición del perfil lipídico. Si el valor de los triglicéridos en esa última medición es de 400 mg/dL o mayor, se define como un valor de colesterol no - HDL menor a 130 mg/dL.

Los resultados para cada uno de los indicadores de control óptimo se obtuvieron del universo de las personas atendidas, con la información de las bases de datos disponibles, tanto de los listados de consulta extraídos del Cubo DCSS EPSS Cardiovascular DM2 para cada año, como de los resultados de las pruebas registradas y reportadas en los sistemas de información de laboratorio: Sistema Integrado de Laboratorio Clínico (SILC), Labcore e Infinity.

En la Figura 7.2 se muestran los resultados institucionales en cada uno de los tres indicadores evaluados para control óptimo en el primer nivel de atención.

Figura 7.2
CCSS: Personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control óptimo según parámetro, PNA, 2019 - 2023.
 (Porcentajes)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2019 - 2023.

El control clínico óptimo de la DM2 sigue siendo un desafío para el sistema de salud, especialmente en cuanto a la consecución de las metas establecidas para los parámetros de presión arterial, hemoglobina glicosilada y perfil lipídico, las cuales no se alcanzaron en el quinquenio 2019 - 2023. Pese a ello, la

Figura 7.2 refleja el esfuerzo realizado por mejorar el manejo de estos indicadores, sobre todo a partir del año 2021 y hasta el 2023, alcanzando porcentajes cercanos a los obtenidos al inicio del quinquenio.

En el caso específico del control de la presión arterial, se observa una trayectoria variable a lo largo del quinquenio, con un porcentaje inicial en el 2019 que disminuyó en los años siguientes, principalmente al comenzar la pandemia por COVID-19, para luego tener un repunte importante en el 2022 y continuar mejorando en el 2023. Esta mejora es una señal positiva, indicativa de la recuperación de las atenciones presenciales pospandemia. En este punto es importante mencionar que durante el ciberataque del 2022 muchos registros de PA se llevaron a cabo en expedientes físicos y no se reflejaron en las bases de datos obtenidas del EDUS, lo que potencialmente pudo haber subestimado los logros reales. A pesar de ello, en los datos de ese año se registró un incremento de cuatro puntos porcentuales en comparación con el año 2021, para nuevamente incrementar del 2022 al 2023, reduciendo la brecha con la meta fijada para el final del quinquenio.

A nivel de las RIPSS, la mayoría mostró una mejora en el control de la presión arterial entre el 2021 y el 2023, lo que indica una posible recuperación en la atención tras la pandemia. A pesar de estos avances, persiste una brecha del 10 % respecto a la meta establecida para el 2023, dejando en evidencia la necesidad de desarrollar e implementar estrategias más eficaces para el manejo de la presión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Lo anterior teniendo presente que puede haber una mejora continua siempre y cuando se cuente con los registros de las cifras de toma de presión arterial, ya que estas sirven de parámetro para plantear las mejoras en el manejo.

Respecto al A1c, destaca que el indicador tuvo su mayor afectación en el año 2020, cuando inició la pandemia; esto pudo estar relacionado con la no presencialidad de los usuarios, ya que su presencia es necesaria en las consultas médicas para impulsar su manejo clínico y en los servicios de laboratorio para poder monitorear las A1c y buscar la mejora en el control óptimo. A partir del año 2021 este control óptimo mostró una mejora continua, sobrepasando en el 2023 un punto porcentual a lo logrado en el año 2019 y acortando la brecha con la meta institucional, fijada en 52 %.

Tanto a nivel institucional como en diversas RIPSS, se observó una mejora en los porcentajes de control óptimo de la hemoglobina glicosilada al finalizar el quinquenio, destacando las RIPSS Huetar Atlántica y Chorotega, que tuvieron aumentos significativos. Sin embargo, aún persiste una brecha de 14 % para cumplir con el objetivo del 2023. Este escenario resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de control de la glucosa y asegurar el acceso y la realización oportuna de las pruebas de A1c, para mejorar el manejo de la diabetes; a la vez, resulta crucial reforzar el manejo clínico, la educación, el apego a las indicaciones y la motivación para el autocuidado por parte de los usuarios, para seguir avanzando en la mejora de resultados, posterior a un período difícil, como lo fue la pandemia por COVID-19.

En cuanto al perfil lipídico, se observa también una afectación por la pandemia, con una disminución de siete puntos porcentuales del año 2019 al 2020. Posteriormente, se da una recuperación en los años 2021 y 2022 y en el 2023 se logra un repunte a nivel institucional de seis puntos porcentuales, regresando con ello a lo que se había logrado al inicio del quinquenio. Aunque se registraron mejoras en algunas RIPSS durante el 2023, a nivel institucional el porcentaje de control óptimo no alcanzó la meta establecida; este panorama señala la importancia de intensificar los esfuerzos para captar a más

pacientes y reforzar las estrategias de manejo de lípidos en la sangre, con el fin de mejorar el control del perfil lipídico entre los pacientes con diabetes.

En general, a lo largo de los años, la tendencia en la eficacia del control clínico de la DM2 ha sido variable, destacando las fluctuaciones ocurridas y el progreso hacia la recuperación de los indicadores después de la pandemia, a pesar de no haberse alcanzado la meta en ninguno de los indicadores en las siete RIPSS.

Las diferencias entre las RIPSS reflejan la variabilidad en la implementación de estrategias de control y en el acceso a los servicios de salud. Aunque la información muestra que en todas las RIPSS, a pesar de los desafíos significativos, como el impacto de la pandemia y el ciberataque, hubo un esfuerzo continuo por mejorar el control de la DM2.

La mejora en los porcentajes de control óptimo indica una dirección positiva, pero aún se requiere de un trabajo sostenido y enfocado para cerrar las brechas hacia las metas establecidas y para garantizar la mejora continua en la calidad del cuidado de los pacientes con DM2. En ese sentido, debe haber un enfoque personalizado y robusto en la gestión de la diabetes, que incluya educación para la salud, programas de adherencia al tratamiento y estrategias que faciliten el acceso oportuno a pruebas de control y atención médica.

En esa búsqueda por alcanzar un control metabólico óptimo en personas con DM2, los talleres de evaluación quinquenal identificaron una serie de buenas prácticas desarrolladas por las áreas de salud, bajo el enfoque de lograr un mejor control óptimo, incluyendo el control glicémico, lipídico y de la presión arterial.

Entre esas buenas prácticas se encuentra el enfoque de atención interdisciplinario para el manejo de pacientes con DM2, integrando a educadores físicos, nutricionistas, médicos familiares y especialistas en salud mental. Esta colaboración entre diferentes disciplinas ha resultado en una mayor motivación por parte de los usuarios para mejorar sus controles de salud, en apego a los planes de seguimiento. Además, incluye una atención personalizada y adecuada a las necesidades del paciente diabético, lo que contribuye a optimizar los resultados del tratamiento.

Algunas áreas se han apoyado en el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, mientras que otras han implementado clínicas de atención específica, que se han enfocado en el seguimiento de pacientes con DM2 no compensados. Estas iniciativas han mejorado el control y el seguimiento de estos pacientes, especialmente de aquellos en mayor riesgo, mejorando así su control glicémico.

Por otro lado, está la consulta de atención farmacéutica para pacientes crónicos, la cual ha fomentado la educación del paciente sobre el uso correcto de los medicamentos, mejorando la adherencia al tratamiento y optimizando los resultados clínicos.

En el ámbito del laboratorio clínico, destaca la iniciativa de creación de listados de personas con hemoglobina glicosilada alterada. Esta identificación facilita el seguimiento y el manejo personalizado del caso, ya sea en el ebáis, por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria o en las clínicas de atención específica. A su vez, la comunicación efectiva entre el laboratorio clínico, los ebáis, las redes y

los servicios de emergencias ha permitido mejorar la detección, el abordaje y el seguimiento de estos pacientes. Aunado a ello, algunas unidades han implementado tiempo extraordinario en los laboratorios para manejar el volumen de pruebas necesarias; medida que ha permitido minimizar los retrasos en la obtención de resultados.

Análisis complementario de los indicadores de evaluación

Para contribuir con el análisis de los indicadores, y teniendo en cuenta que desde el año 2021 se realiza una evaluación por universo, se ha venido registrando un estudio complementario de los indicadores de evaluación, en este caso relacionado directamente con los niveles óptimos. Este se basa en determinar el porcentaje de realización de los laboratorios clínicos tanto de hemoglobina glicosilada como de Colesterol - LDL, ya que los usuarios que cumplen con este criterio tienen oportunidades de mejorar la calidad de su seguimiento.

En el Cuadro 7.1 se muestra el porcentaje de personas con DM2 atendidas a quienes se les realizó al menos una prueba de laboratorio en dos parámetros específicos: la hemoglobina glicosilada (A1c) durante el segundo semestre y el perfil lipídico (colesterol LDL) anual, para los años 2021 al 2023.

Cuadro 7.1

CCSS: Realización de al menos una prueba de laboratorio por tipo de control y año a las personas con DM tipo 2 atendidas, PNA, 2021 – 2023.

(Porcentaje)

Resultado	Realización A1c			Realización perfil lipídico		
	(A1c - II semestre)			(Col-LDL anual)		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Institucional	71	67	78	88	87	88

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2021 - 2023.

Realización de pruebas de hemoglobina glicosilada (A1c)

En prepandemia el dato institucional de realización de estas pruebas era de 75 %; sin embargo, tras las eventualidades sufridas en este quinquenio, durante el 2021 y el 2022 este porcentaje fue menor. En el año 2022 se documentó una baja porcentual mayor, la cual podría estar relacionada con el ciberataque. Posteriormente, se presentó un aumento significativo en el año 2023, sobrepasando los resultados que se tenían de previo a la pandemia; este incremento sugiere una mejora en la adherencia a las prácticas recomendadas para el seguimiento del control de la DM2.

En el caso de las RIPSS, se detectó un aumento general en la realización de pruebas A1c en el año 2023, lo cual es indicativo de un fortalecimiento en las prácticas de seguimiento y control de la diabetes; siendo las RIPSS Huetar Norte y Chorotega las que obtuvieron los porcentajes más altos de realización, reflejando las adaptaciones y desafíos enfrentados a nivel de redes integradas.

Realización de pruebas de perfil lipídico (LDL)

El porcentaje de realización de pruebas de perfil lipídico en el período pospandemia se mantuvo estable a nivel institucional, con un ligero descenso en el 2022 y una recuperación en el 2023, quedando a tan solo dos puntos del porcentaje de realización previo a la pandemia (que era de 90 %).

En el desglose por RIPSS, se observa una tendencia de estabilidad en la realización de pruebas, aunque con fluctuaciones entre las distintas RIPSS. Destacan la Central Sur y la Chorotega por presentar un aumento importante en la realización de estas pruebas durante el 2023, superando el promedio de prepandemia. Esto sugiere una continuidad en la evaluación de los riesgos cardiovasculares asociados con la DM2, lo que resulta vital para la prevención de complicaciones.

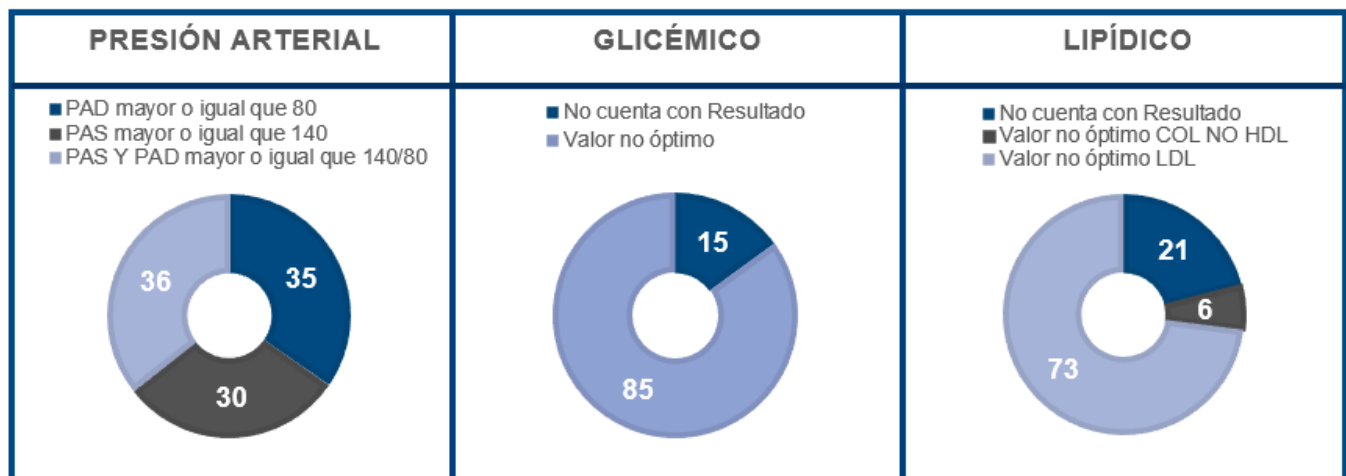
Esta estabilidad en la realización de pruebas de perfil lipídico y el incremento en las pruebas A1c durante el 2023, reflejan la adaptación positiva del sistema de salud a las necesidades de seguimiento de los pacientes con DM2.

Considerando su importancia, es fundamental que se continúe impulsando la realización de estas pruebas, ya que son cruciales para el manejo efectivo de la DM2 y la prevención de complicaciones. En general, las estrategias se deben enfocar en mantener y aumentar el acceso a pruebas de laboratorio y en garantizar la continuidad en la monitorización y el ajuste de los tratamientos. En el caso de las RIPSS, el compromiso con el mejoramiento del control de la diabetes se manifiesta en la recuperación de los porcentajes de realización de pruebas, especialmente de A1c.

Figura 7.3

CCSS: Distribución de causas de control no óptimo, según indicador, en personas con DM2 atendidas, PNA, 2023.

(Porcentajes)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2023.

La Figura 7.3 desglosa las causas de los casos sin control óptimo para tres indicadores clínicos clave en el manejo de la DM2 en el año 2023: presión arterial, control glicémico y control lipídico.

Para el indicador de presión arterial, la mayor causa de no cumplimiento se debe a los casos que no cumplen con ambos valores, PAS y PAD, siendo mayor o igual a 140/80 mmHg, lo que resalta la necesidad de estrategias enfocadas en el control de la presión arterial.

En cuanto al no cumplimiento del control glicémico y del control lipídico, la causa principal se debió a que los pacientes no alcanzaron un valor óptimo, lo que indica que la mayoría no cumplió con el objetivo de control de la glicemia y control lipídico. Esto sugiere que posterior a aumentar los porcentajes de realización, los esfuerzos se deben enfocar en mejorar el seguimiento y el manejo de los pacientes con diabetes tipo 2, para que logren alcanzar sus niveles óptimos de control, ya que esto es fundamental para prevenir complicaciones cardiovasculares asociadas con la diabetes.

Por otra parte, estos hallazgos subrayan la importancia de la evaluación y el manejo integral de los pacientes con DM2, ya que el control adecuado de la presión arterial, los niveles de glucosa y los lípidos son vitales para reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Los datos también sugieren la necesidad de mejorar la captura y el análisis de datos de pruebas de laboratorio, para identificar y abordar las barreras en el cumplimiento de los objetivos de tratamiento.

Conclusiones

A lo largo del quinquenio, la población blanco asociada a DM2 se incrementó, lo cual puede atribuirse tanto al crecimiento demográfico como a un aumento en la prevalencia de la enfermedad. Junto a este incremento en la demanda, se experimentó también un crecimiento en la cantidad de pacientes que efectivamente recibieron atención en salud, denominada "Población Atendida"; lo que deja de manifiesto el esfuerzo de las áreas de salud por mantener una oferta en la atención al paciente diabético, ya que este crecimiento es incluso mayor que el crecimiento de la población blanco al final del quinquenio (19 % vs 6 %).

En ese contexto, resulta indispensable continuar con los esfuerzos para optimizar la atención de la DM2, concentrándose en estrategias que efectivamente amplíen la cobertura, y desarrollar acciones que aborden el creciente número de casos, como intensificar un enfoque de prevención primaria, incluyendo campañas de concientización sobre estilos de vida saludables, programas de nutrición y ejercicio físico, así como educación en manejo del estrés, dirigidos a toda la población, pero especialmente a grupos de alto riesgo; de igual forma, expandir los servicios de salud y mejorar el acceso a la atención médica, sobre todo en áreas con alta prevalencia de la enfermedad. Esto podría incluir la apertura de nuevos centros de atención o la ampliación de horarios, para ofrecer espacios ante el aumento en la demanda de pacientes.

En general, en los servicios de salud se ha demostrado adaptabilidad y resiliencia, evidenciando una tendencia hacia la mejora en la realización de pruebas de laboratorio esenciales para el monitoreo de la diabetes mellitus tipo 2 en el período posterior a la pandemia. Esta mejora refleja una adaptación positiva del sistema de salud para enfrentar los desafíos y garantizar la continuidad en la atención y el seguimiento de los pacientes con DM2.

Recomendaciones

Ante el panorama descrito, resulta fundamental garantizar un seguimiento exhaustivo de los pacientes diabéticos mediante citas de control trimestrales, alineadas con el plan de atención preestablecido, asegurando la disponibilidad de estas citas en las agendas médicas. Este seguimiento debe incluir una evaluación completa, que abarque la revisión de la historia clínica, el examen físico, el monitoreo de signos vitales y los análisis de laboratorio, apoyado con intervenciones médicas y educativas centradas en promover estilos de vida saludables, el manejo efectivo del estrés y la adherencia al tratamiento farmacológico, con el objetivo de alcanzar los estándares óptimos en estos controles esenciales.

Por otro lado, se debe fomentar la participación comunitaria y el empoderamiento de los pacientes en la gestión de su salud, lo cual podría mejorar significativamente la adherencia al tratamiento y los resultados de salud. Programas de educación para pacientes, grupos de apoyo y participación en la toma de decisiones son indispensables en este enfoque.

Es igualmente esencial facilitar el acceso a servicios de apoyo, como los laboratorios clínicos, que son cruciales para realizar pruebas de A1c y perfil lipídico, ya que en los talleres se externó un incremento en la demanda de servicios de laboratorio sin un aumento correspondiente en la capacidad instalada. Algunas unidades carecen de laboratorios propios y dependen de hospitales u otras áreas con cupos limitados; por lo que sería importante abordar esta situación a nivel institucional, para valorar la posibilidad de invertir en la expansión y la mejora de las instalaciones de laboratorio, con el fin de satisfacer la creciente demanda y reducir la presión sobre otras unidades.

Además de lo anterior, es indispensable que la institución mantenga un compromiso con la formación continua del personal de salud, actualizando sus conocimientos sobre los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos disponibles. Esto es esencial para personalizar y optimizar los tratamientos de manera efectiva, maximizando los resultados positivos con los recursos disponibles y contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes.

Finalmente, es recomendable mantener y continuar el seguimiento de las experiencias compartidas con las áreas de salud que han tenido efectos positivos, como la educación continua del personal de salud, la supervisión efectiva y el fomento del trabajo en equipo, así como la captación de población en riesgo, los sistemas de recordatorio de citas y la ampliación de la oferta de servicios. También se debe considerar la consulta farmacéutica, la atención en Medicina Familiar y los programas interdisciplinarios, que han optimizado el control metabólico de los pacientes, al integrar un enfoque colaborativo entre distintos profesionales de salud. Asimismo, se debe tomar en cuenta la integración proactiva del laboratorio clínico, que ha facilitado el seguimiento y el control de casos, velando por una atención integral y personalizada.

Referencias bibliográficas

American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40(Suppl.1), s1-s135.

- American Diabetes Association. (2023). *Standards of Care in Diabetes-2023*. *Diabetes Care*, 46(Suppl.1), s1-s178.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Tercera Encuesta*. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). *Plan Estratégico Institucional 2019-2022*. CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). *Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2*. CCSS.
- Federación Internacional de Diabetes. (2021). *Atlas de la diabetes de la FID*. 10 ed. FID.
https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- International Diabetes Federation. (2020). *IDF Diabetes atlas*. 9 ed. IDF.
<https://www.diabetesatlas.org/en/>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2022). *Fallecimientos por diabetes mellitus*. MINSA.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1150-fallecimientos-por-diabetes-mellitus-aumentaron-32-6-del-2019-al-2020>
- Nuckols, T.K., Keeler, E., Anderson, L.J., Green, J., Morton, S.C., Doyle, B.J., Shetty, K., Arifkhanova, A., Booth, M., Shanman, R., y Shekelle, P. (2018). *Economic evaluation of quality improvement interventions designed to improve glycemic control in diabetes: A systematic review and weighted regression analysis*. *Diabetes Care*, 41(5), 985-993.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. OMS.
<http://www.who.int/diabetes/global-report>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Reporte Diabetes Mellitus*. OMS.
https://www.paho.org/es/temas/diabetes_
- Zhou, X., Siegel, K.R., Ng, B.P., Jawanda, S., Proia, K.K., Zhang, X., Albright, A.L., y Zhang, P. (2020). *Cost-effectiveness of diabetes prevention interventions targeting high-risk individuals and whole populations: a systematic review*. *Diabetes Care*, 43(7), 1593–1616.

Autoría

Realizado por Andrea Marín Madrigal y German Núñez Vanegas.

8. Caída y recuperación de la cobertura del tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Según incidencia, el cáncer de cuello uterino es el cuarto en frecuencia entre el sexo femenino a nivel mundial, con 660 000 casos y una mortalidad aproximada de 350 000 personas en el 2020; siendo estas cifras más elevadas en África Subsahariana, América Central y Asia Sudoriental, probablemente por estar relacionadas con determinantes sociales y económicos, como los sesgos de género y la pobreza (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Por la naturaleza propia de este cáncer y los avances en tecnologías (de tamizaje y tratamiento), tiene gran oportunidad de llegar a ser prevenible, diagnosticado en fases tempranas y, por ende, tener un tratamiento eficaz con una resolución satisfactoria; incluso, “podría convertirse en el primer cáncer en ser eliminado” (Naciones Unidas, 2022).

Asociado a lo anterior, la OMS diseñó en el 2020 la “Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como un problema de salud pública”; el cual incluye las siguientes acciones para las mujeres: vacunación al 90 %, tamizaje al 70 % y tratamiento preventivo al 90 %, lo cual llevaría a reducir la incidencia a menos de cuatro casos por cada 100 000 mujeres (meta proyectada al 2030).

En lo que respecta a Costa Rica, las últimas estadísticas del Ministerio de Salud (MINSAL) colocaron a este cáncer en cuarto lugar tanto en incidencia como en mortalidad (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2019). Por esa razón, el MINSAL creó un manual para la prevención y el tratamiento de este cáncer, el cual fue oficializado en el 2006 mediante Decreto Ejecutivo N° 33119-S; en este se encuentran plasmados los lineamientos e indicadores a seguir en el país, incluyendo el indicador para tamizaje de cuello uterino por medio del Papanicolaou (PAP) en mujeres de 20 años y más, con una periodicidad bienal (Poder Ejecutivo, 2006).

Con base en este decreto y sus actualizaciones, la CCSS abordó este tema incorporando la intervención de la atención del cáncer cervicouterino dentro de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), con los indicadores consecuentes; siendo para el primer nivel de atención el tamizaje para la detección temprana, por medio de la cobertura bienal de citología en mujeres y segregando la población en dos grupos de edad: 20 a 34 años y 35 a 64 años.

Es relevante mencionar que las metodologías utilizadas para la realización del tamizaje para cáncer de cuello uterino están cambiando a nivel mundial y Costa Rica no es la excepción, ya que por decreto ejecutivo se le solicitó a la CCSS empezar a realizar pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH) a las mujeres de 30 años y más, y continuar haciendo el PAP a las mujeres de 20 a 29 años (Poder Ejecutivo, 2023).

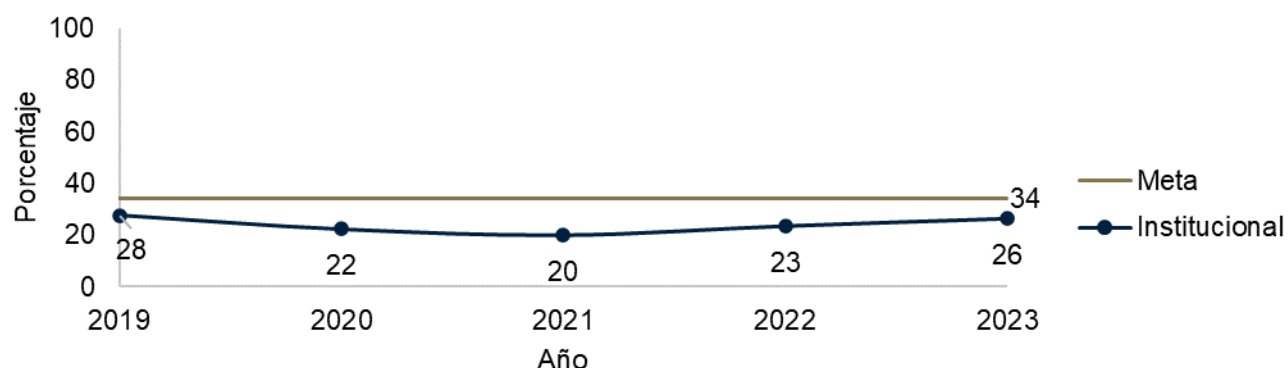
Resultados

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos en ambos grupos de forma separada (20 a 34 años y 35 a 64 años); cada uno tendrá la mención de los resultados institucionales, por RIPSS o por áreas de salud, según relevancia.

En el caso del primer grupo, integrado por las mujeres con edades de 20 a 34 años, la meta propuesta fue de 34 % al 2023; sin embargo, los resultados institucionales durante el quinquenio estuvieron por debajo de ella. Al graficar estos resultados se observa que el comportamiento describe una onda, con sus puntos altos en el 2019 y en el 2023 y el punto más bajo en el 2021 (Gráfico 8.1)

Gráfico 8.1

CCSS: Cobertura bienal de citología vaginal en el grupo de 20 a 34 años por año, PNA, 2019 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Por otro lado, se observa que el resultado del 2023 es dos puntos porcentuales menor que el del 2019, pero seis puntos porcentuales mayor al del 2021. Esto último es una señal clara de que las actividades realizadas por el primer nivel de atención (PNA) para la recuperación posterior a la pandemia están dando resultados positivos, aunque todavía hace falta mantenerlas en el tiempo para que continúe la mejora.

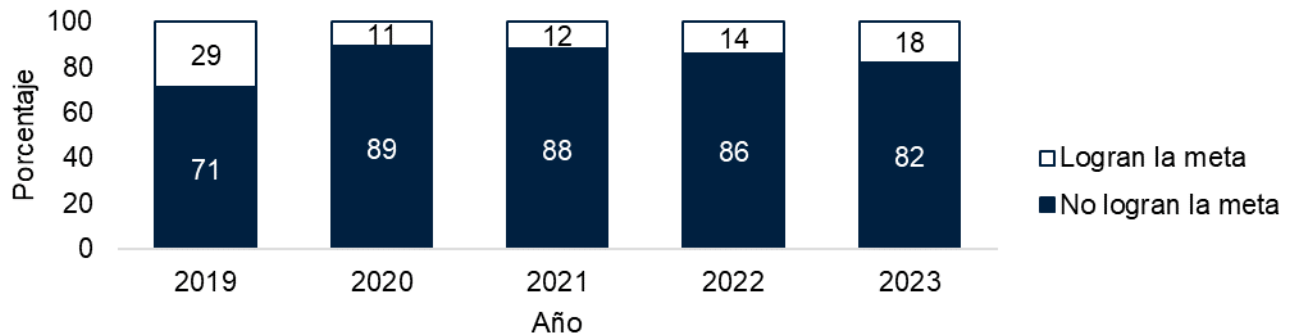
Al analizar los resultados por RIPSS, se determinó que el comportamiento en la mayoría de ellas es parecido al institucional. Destaca la Huetar Norte por ser la única que logró superar el porcentaje meta para el 2023.

Tras comparar los resultados del 2023 con los del 2019, se observa que cuatro RIPSS tuvieron resultados más bajos que en el 2019, una tuvo el mismo resultado (Pacífico Central) y dos tuvieron resultados más altos (Central Norte y Chorotege), lo que refuerza la mejoría general que se está logrando.

En cuanto a las áreas de salud, para el análisis de este primer grupo de edad, se calculó el porcentaje de cobertura por áreas y se comparó contra la meta institucional (34 %), lo que permitió crear dos grupos: las que la lograron y las que no (Gráfico 8.2).

Gráfico 8.2

CCSS: Distribución de las áreas de salud según logro de cobertura bienal de citología vaginal en el grupo de 20 a 34 años, comparado con la meta por año, PNA, 2019 – 2023



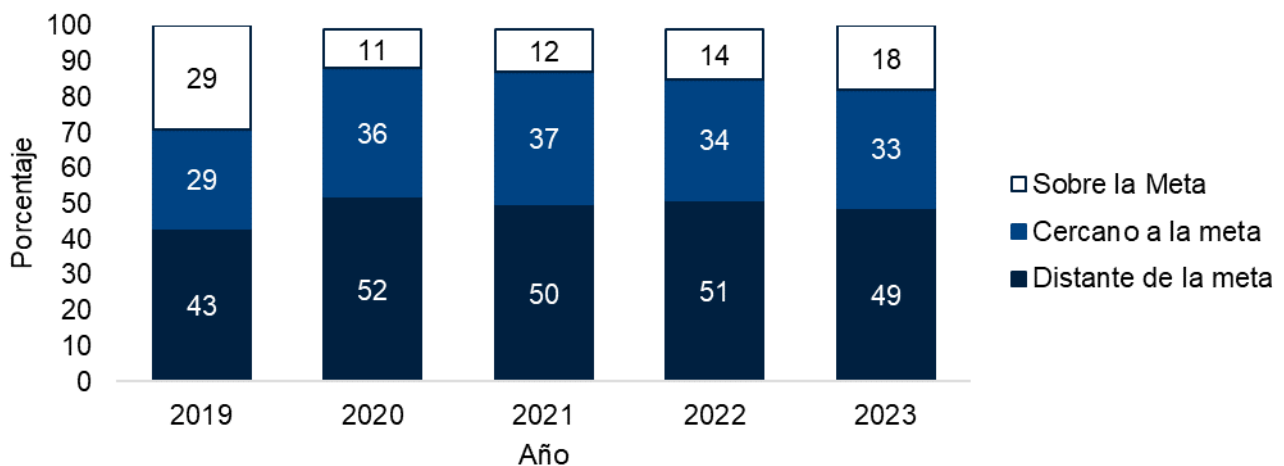
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Esta comparación y distribución demuestra que durante el todo el quinquenio por lo menos tres cuartas partes de las 105 áreas de salud no lograron la meta; incluso, incorporando actividades dentro y fuera del horario ordinario, educación a la población, facilidades para el agendamiento, citas abiertas, cambio del personal masculino por femenino, entre otras, mencionadas en los talleres de buenas prácticas y barreras para la mejora de los resultados en salud.

A las áreas de salud que no lograron la meta se les calculó posteriormente el percentil 60 (P60) de cada año, a saber: 2019 (P60: 26 %); 2020 (P60: 22 %); 2021 (P60: 19 %); 2022 (P60: 23 %); y 2023 (P60: 26 %). Este cálculo indica que las áreas de salud con resultados menores al P60 son las más distantes a la meta (Gráfico 8.3).

Gráfico 8.3

CCSS: Distribución de las áreas de salud según logro de cobertura bienal de citología vaginal en el grupo de 20 a 34 años, comparado con la meta y percentil 60 por año, PNA, 2019 – 2023

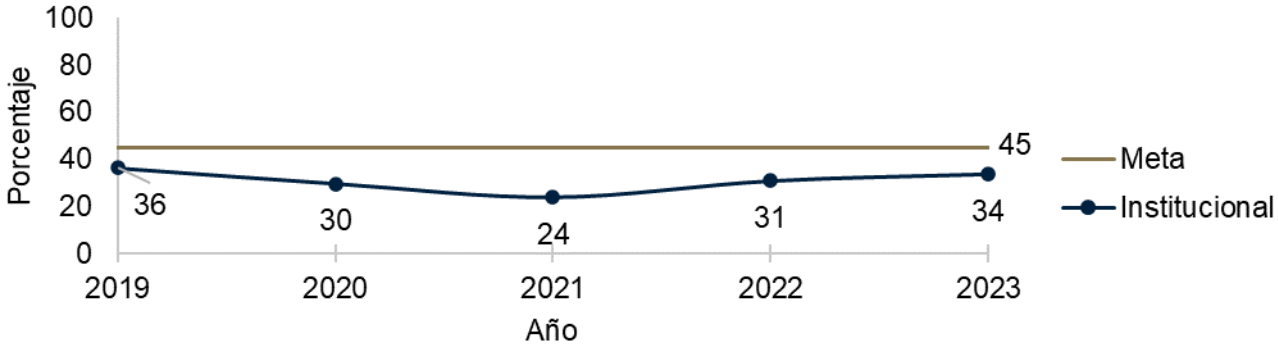


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Como se observa en el gráfico anterior, desde el 2020 alrededor del 50 % de las áreas de salud se encuentran distantes a la meta y con un comportamiento estable, lo que dificultó que el resultado institucional aumentara y lograra alcanzar la meta propuesta.

Por otra parte, en lo que respecta a los resultados del segundo grupo, integrado por las mujeres de 35 a 64 años, la meta propuesta fue de 45 % al 2023; sin embargo, al igual que en el grupo anterior, los resultados institucionales durante el quinquenio estuvieron por debajo de ella. Al graficar estos resultados se observa que el comportamiento también describe una onda, con sus puntos altos en el 2019 y en el 2023 y el punto más bajo en el 2021 (Gráfico 8.4)

Gráfico 8.4
CCSS: Cobertura bienal de citología vaginal en el grupo de 35 a 64 años por año, PNA, 2019 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Al igual que en el grupo anterior, el resultado del 2023 es dos puntos porcentuales menor que el del 2019, pero 10 puntos porcentuales mayor al del 2021, lo que corrobora que las actividades realizadas por el PNA están surgiendo un efecto positivo y en este grupo la mejoría es más evidente.

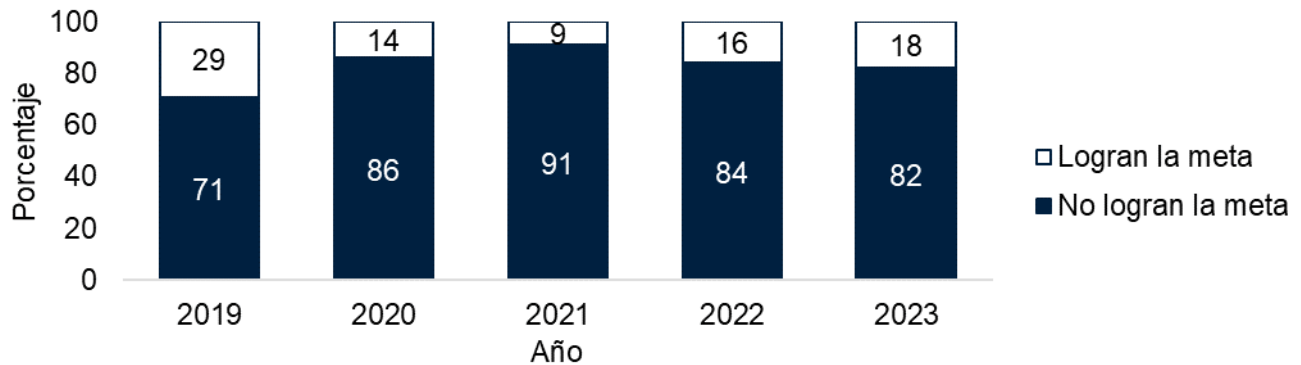
Por otra parte, el comportamiento institucional se reproduce igual en las RIPSS, y así como en el grupo de 20 a 34, destaca la Huetar Norte por ser la única que logró superar el porcentaje meta para el 2023; aunque debe mencionarse que la Brunca quedó solamente a un punto porcentual de lograrlo.

Al comparar los resultados del 2023 con los del 2019, se observa que seis RIPSS tuvieron resultados más bajos que en el 2019, y solamente una logró superarlo por un punto porcentual (Central Norte).

Siguiendo con el análisis de esta intervención para este grupo de edad, también se realizó el cálculo por área de salud y se comparó contra la meta (45 %); posteriormente, las áreas de salud se agruparon en dos: las que lograron la meta y las que no (Gráfico 8.5).

Gráfico 8.5

CCSS: Distribución de las áreas de salud según logro de cobertura bienal de citología vaginal en el grupo de 35 a 64 años, comparado con la meta por año, PNA, 2019 – 2023



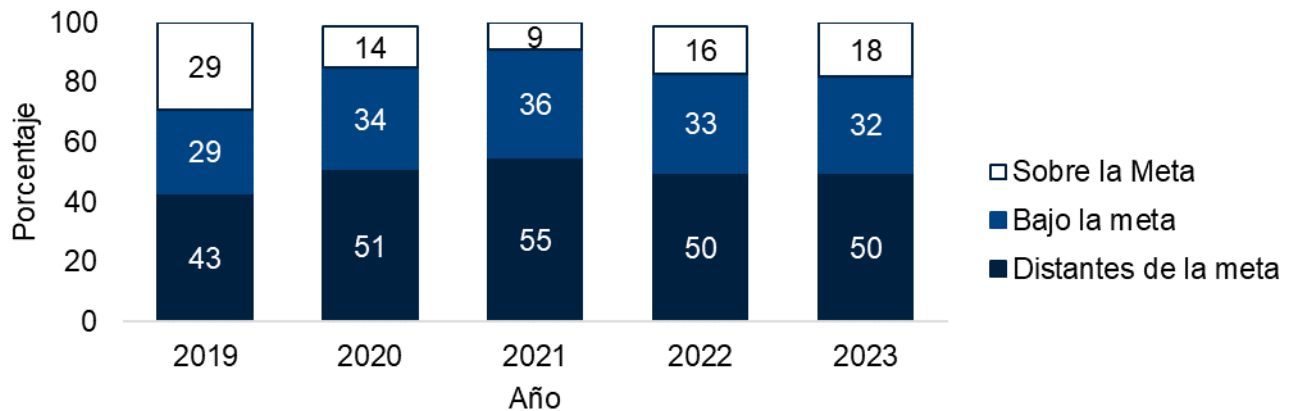
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Esta comparación y distribución demostró que desde el inicio del quinquenio por lo menos siete de cada 10 áreas de salud no lograron la meta; y que, al igual que en el grupo anterior, todavía la mayoría de las áreas de salud continúan sin lograrla.

A las áreas de salud que no lograron la meta se les dio el mismo tratamiento que a las del primer grupo, siendo el percentil 60 de cada año el siguiente: 2019 (P60: 35 %); 2020 (P60: 30 %); 2021 (P60: 24 %); 2022 (P60: 30 %); y 2023 (P60: 35 %). Las áreas de salud con resultados menores al P60 son las más distantes a la meta (Gráfico 8.6).

Gráfico 8.6

CCSS: Distribución de las áreas de salud según logro de cobertura bienal de citología vaginal en el grupo de 35 a 64 años, comparado con la meta y percentil 60 por año, PNA, 2019 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Esta distribución tiene parecido con la del grupo anterior, observándose que desde el 2020 el 50 % o más de las áreas de salud están distantes de la meta; este comportamiento dificultó la mejoría del

resultado institucional durante todo este quinquenio, lo que se evidencia con la correlación existente entre el resultado de la cobertura y del porcentaje de áreas de salud distantes de la meta.

Estos resultados expuestos se deben analizar considerando que este fue uno de los indicadores que tuvo mayor cantidad de dificultades ante los lineamientos establecidos durante la pandemia por COVID-19, ya que para realizar el tamizaje de cáncer de cuello uterino la presencialidad resulta mandatoria.

Por otra parte, la metodología de cálculo (bienal) es diferente a la mayoría de los indicadores de la EPSS, ya que el numerador incluye dos años (el año a evaluar y el año anterior); esto hizo que el impacto completo de la pandemia se observara hasta el 2021 y que los esfuerzos realizados para aumentar los resultados no se reflejaran proporcionalmente.

Como se observó en los resultados, en ambos grupos de edad se encuentra el mismo comportamiento de disminución hasta el 2021, con posterior aumento hasta el 2023; esta última parte es debido a las buenas prácticas que implementaron desde el PNA, tales como: cambio de personal masculino por femenino para la toma de la citología, facilidades de agendamiento, citas abiertas, campañas (dentro y fuera del horario ordinario), educación en distintos escenarios, entre otras.

En este mismo sentido, es evidente la relación que hay entre los resultados de la intervención y los lineamientos emitidos durante la pandemia con respecto a la presencialidad; desde la incorporación, su flexibilización y vuelta a la normalidad en la CCSS, sin olvidar los esfuerzos constantes por parte del PNA para que las repercusiones fueran menores y se pudiera dar una recuperación posterior.

Como último punto, a pesar de todos los esfuerzos realizados, en ninguno de los dos grupos se logró llegar a la meta propuesta en el resultado institucional ni por RIPSS; sin embargo, se dio un crecimiento en el número de áreas de salud que lograron la meta, lo que indica mejoras en el proceso de tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud. (2019). *Análisis de incidencia y mortalidad por cáncer*. MINSA.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadisticas-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores>

Naciones Unidas. (2022). *El cáncer cervicouterino es prevenible, la OMS llama hacer historia eliminándolo*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/01/1502202>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer cervicouterino*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Por un futuro sin cáncer del cuello uterino: por primera vez el mundo se ha comprometido a eliminar un cáncer*. OPS.

<https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2020-por-futuro-sin-cancer-cuello-uterino-por-primera-vez-mundo-se-ha-comprometido>

Poder Ejecutivo. (07 de julio de 2006). Decreto Ejecutivo N° 33119-S Manual de normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer del cuello del útero, para el I y II nivel de atención. *Diario Oficial La Gaceta N° 131*. https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2006/07/07/ALCA43_07_07_2006.html

Poder Ejecutivo (05 de diciembre de 2023). Decreto N° 44261-S Oficialización de la Norma Nacional para el Manejo del Cáncer Cervicouterino en los Servicios de Salud. *Diario Oficial La Gaceta N° 225*. https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2023/12/05/COMP_05_12_2023.html

World Health Organization. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Autoría

Realizado por Gustavo Madrigal Loría con la colaboración de Paúl Ernesto Araya Vega.

9. El tamizaje de cáncer de mama por mamografía aumenta considerablemente; una intervención que salva vidas.

El cáncer de mama es el más frecuente en el sexo femenino; para el año 2022 se diagnosticaron 2,3 millones de casos y se reportó una mortalidad de 670 000 mujeres en el mundo. Si bien este cáncer no distingue edad, suele ser más frecuente en mujeres adultas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Al pasar de las estadísticas mundiales a las de América Latina y el Caribe, el panorama es similar, reportándose en el 2020 un total de 210 000 nuevos casos en mujeres y aproximadamente 68 000 muertes; siendo este “el cáncer más común y la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres en las Américas” (OMS, s.f.).

Según las cifras de Costa Rica, en el 2022 este cáncer ocupó el primer lugar en incidencia (Ministerio de Salud [MINSAL], 2023) y el primer lugar en mortalidad en mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2024).

En el año 2014 se emitió el Decreto Ejecutivo N° 38377-S, en el cual se instruye realizar una mamografía de tamizaje a las mujeres de 45 a 70 años cada dos años, independientemente de sus factores de riesgo (Poder Ejecutivo, 2014); esto es el sustento de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) para esta intervención.

Por lo anterior, la CCSS tiene la intervención de tamizaje bienal de cáncer de mama, que se considera estratégica para efectos de la EPSS; por lo que se incorporó un indicador en cuya metodología de evaluación se extraen los listados de las mamografías realizadas en el año de evaluación y el anterior; sin embargo, este no tuvo una meta fijada durante el quinquenio.

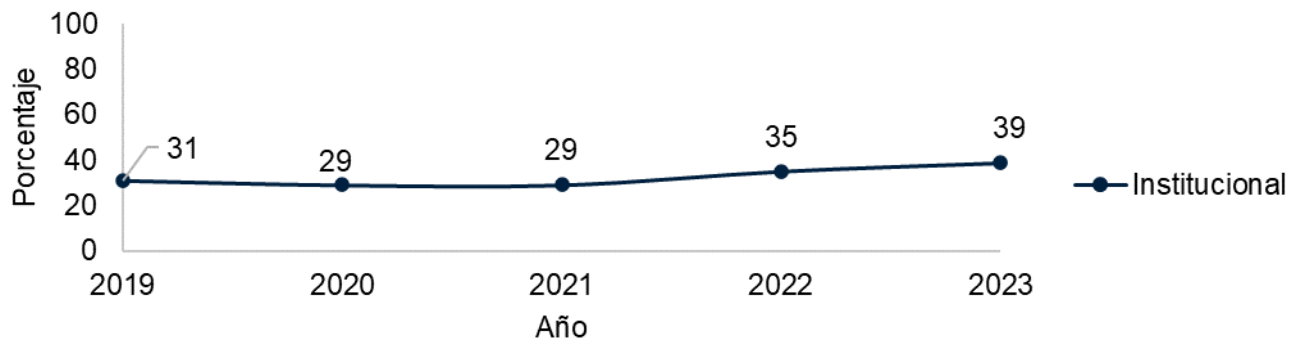
Resultados

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de esta intervención, con énfasis en los resultados institucionales y en los de mayor relevancia obtenidos por las RIPSS y las áreas de salud.

En primera instancia se muestran los resultados institucionales durante el quinquenio, donde se observa que en el 2023 se obtuvo el porcentaje más alto. A diferencia de los resultados de muchos indicadores de este informe, durante este lapso no se observa ninguna disminución abrupta (Gráfico 9.1).

Gráfico 9.1

CCSS: Cobertura bienal de tamizaje de cáncer de mama por mamografías en mujeres de 45 a 69 años por año, PNA, 2019 – 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2023.

Al observar la curva de comportamiento de los resultados, se nota que existe un aumento de seis puntos porcentuales entre 2021 y 2022 y de cuatro puntos porcentuales entre 2022 y 2023, lo cual puede obedecer a mandatos emanados por el Ministerio de Salud para la eliminación de listas de espera en mamografías.

Tras comparar el comportamiento institucional con el de cada RIPSS, se observa que de las siete cinco tuvieron un comportamiento similar. En el caso de las otras dos, la Brunca no tuvo incremento durante todo el quinquenio y se mantuvo constante con los resultados, siendo estos los más altos; mientras que la Huetar Norte fue la única que disminuyó su resultado en el 2023, pero siempre mantuvo coberturas superiores a los resultados institucionales.

Al realizar el análisis por áreas de salud de adscripción y comparar el resultado del 2023 con el del 2020, se observa que 81 áreas (77 %) aumentaron su cobertura, 22 (21 %) la disminuyeron y dos (2 %) la mantuvieron.

Al agrupar esta distribución por RIPSS, los números absolutos mostraron que la Central Norte es la que posee la mayor cantidad de áreas de salud que aumentaron su cobertura (25 áreas de salud), y la Central Sur es la que tiene la mayor cantidad de áreas de salud que la disminuyeron (6 áreas de salud).

Sin embargo, si se mantiene la distribución, pero en vez de absolutos se calcula el porcentaje dentro de la misma RIPSS, se observa que en la RIPSS Huetar Atlántica el 100 % de sus áreas de salud aumentaron, seguida por la Central Norte con 96 %. En cuanto a las RIPSS con mayor porcentaje de áreas de salud que disminuyeron, lideran la Brunca con 67 % y la Huetar Norte con 63 %.

Teniendo esta información se pudo observar que en general en esta intervención los resultados han mejorado durante este quinquenio; esto es un punto favorable para la salud de la población femenina, ya que aumenta la detección temprana de cáncer de mama, lo cual ha demostrado reducir la mortalidad por esta patología (OMS, 2024).

Este incremento se vio favorecido por el mandato del MINSA respecto a la eliminación de listas de espera en mamografía, lo que impulsó en la institución el aumento de este estudio con jornadas de producción y la realización de alianzas entre entes privados (aportando la maquinaria y parte del recurso humano) y la CCSS (coordinando con la población y parte del recurso humano) en zonas de difícil acceso, acercando los servicios a la población.

Por otro lado, al revisar los datos de disminución de cobertura en áreas de salud, se observó que estas se encuentran mayormente en dos RIPSS, pero estas son las que han tenido coberturas más altas durante el quinquenio, siempre con resultados superiores al institucional. Por tanto, lo anterior pudo ser consecuencia de algún tipo de problema con los equipos de realización de mamografías durante el último año o con el recurso humano.

Como último punto, es relevante mencionar que los buenos resultados en el tamizaje probablemente están relacionados con una estrecha coordinación entre el nivel local y el nivel central; así que sería recomendable seguir esa ruta para la mejora en la detección temprana de las mujeres con cáncer de mama. Esto debe complementarse con el esfuerzo tanto por mejorar los tiempos de lectura de las mamografías, como por la distribución equitativa de los recursos, para seguir avanzando de forma homogénea como país.

Referencias bibliográficas

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *INEC presenta infografía especial del día mundial contra el cáncer*. INEC. <https://inec.cr/noticias/inec-presenta-infografia-especial-del-dia-mundial-contra-el-cancer>

Ministerio de Salud. (2019). *Análisis de incidencia y mortalidad por cáncer*. MINSA. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/mortalidad>

Ministerio de Salud. (2023). *Incidencia de tumores malignos 2017-2022*. MINSA. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Cáncer de mama*. OMS. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Cáncer de mama*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Poder Ejecutivo. (2014). Decreto Ejecutivo N° 38377-S Oficialización de la Norma para la Atención a Personas con Cáncer de Mama. *Diario Oficial La Gaceta N° 95*.

Autoría

Realizado por Gustavo Madrigal Loría con la colaboración de Paúl Ernesto Araya Vega.

10. Eficiencia productiva: un quinquenio de vicisitudes y retos en la prestación de servicios.

La eficiencia es una característica fundamental de los procesos productivos, que está presente también en las intervenciones de salud, definiendo la cantidad e influyendo en la calidad de los servicios. Este capítulo analiza el grado de eficiencia con que se desarrolló la prestación de servicios en el periodo 2019-2023, medida a través de la productividad de los recursos humanos y de los recursos materiales.

El presente informe cierra un quinquenio de evaluación de la eficiencia mediante indicadores de productividad por grupo profesional. Este fue un periodo atípico, en el cual se debieron reinventar procesos productivos y, consecuentemente, la forma de evaluar la productividad que se había propuesto en el diseño original de evaluación.

Los indicadores de productividad en el Primer Nivel de Atención (PNA) comparan el producto promedio por profesional o por recurso entre las unidades y, a partir de dicha comparación, se construyen los índices de productividad. En su diseño se buscó implicar a las unidades en la definición de los datos con los que se calcularían los indicadores, pero esa opción debió ser descartada por la sobrecarga de funciones de los profesionales en las áreas de salud; en su lugar, se optó por obtener los datos de los cubos de producción y de las Direcciones de Administración y Gestión de Personal y de Presupuesto, y presentar los resultados para su análisis con sentido crítico, a partir del conocimiento que las unidades tienen de sus procesos.

En total, durante el quinquenio evaluado se utilizaron 10 indicadores de eficiencia de las áreas de salud, ocho relacionados con la productividad del recurso humano y dos con la productividad del gasto. Debido a las circunstancias particulares que se vivieron en el periodo, no todos los indicadores pudieron ser evaluados en cada uno de los cinco años; tal fue el caso de odontología, que sufrió un impacto de la pandemia severo y desigual para las unidades. Esta situación, junto con las limitaciones de información generadas en el ciberataque, impidieron la incorporación del indicador de odontología especializada que se propuso a partir del 2021. Por otro lado, se intentó evaluar el servicio de enfermería de manera integrada -ATAP, auxiliares y profesionales en enfermería- a partir del año 2021, pero las dificultades para obtener información suficiente y estandarizada de la producción de auxiliares de enfermería impidió continuar con el indicador, el cual solo fue evaluado en dicho año.

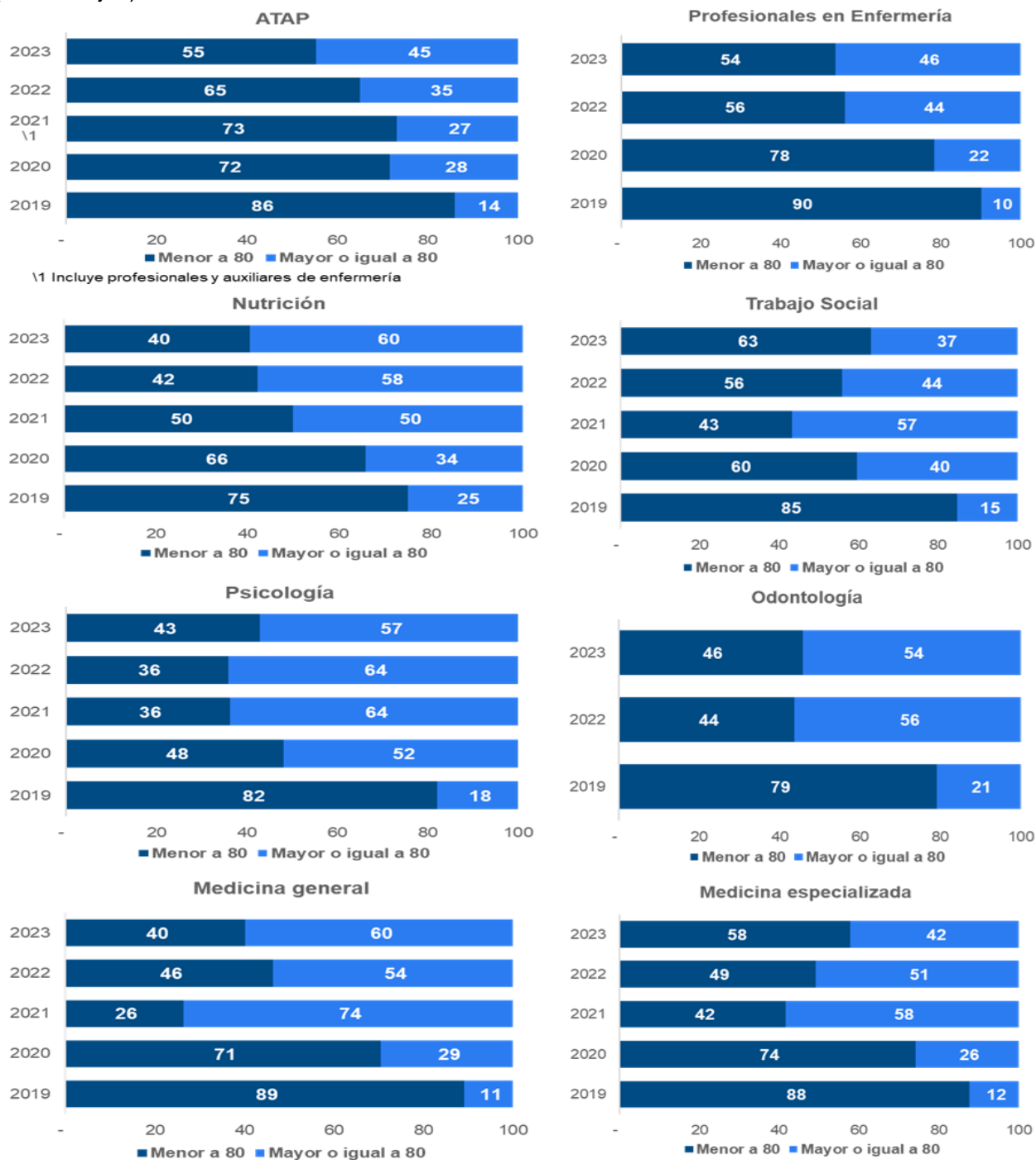
Como complemento al análisis de los indicadores de productividad, se revisó la evolución de la producción, según datos del Área de Estadística en Salud (AES). Para la producción médica se analizó la productividad por hora profesional y para los profesionales no médicos la evolución de la producción total.

Las figuras 10.1 y 10.2 muestran la evolución de la distribución de los indicadores de productividad del recurso humano y de los recursos presupuestarios, respectivamente, en el quinquenio evaluado, tomando como punto de corte un índice de 80 %; de tal manera que lo que se observa en las figuras es el porcentaje de áreas de salud que obtuvieron índices iguales o superiores al 80 % (segmento celeste) o por debajo de dicho valor (segmento azul).

Figura 10.1

CCSS: Áreas de salud con índice de productividad del recurso humano superior o inferior al 80 % por año evaluado, según grupo profesional, PNA, 2019-2023.

(Porcentajes)

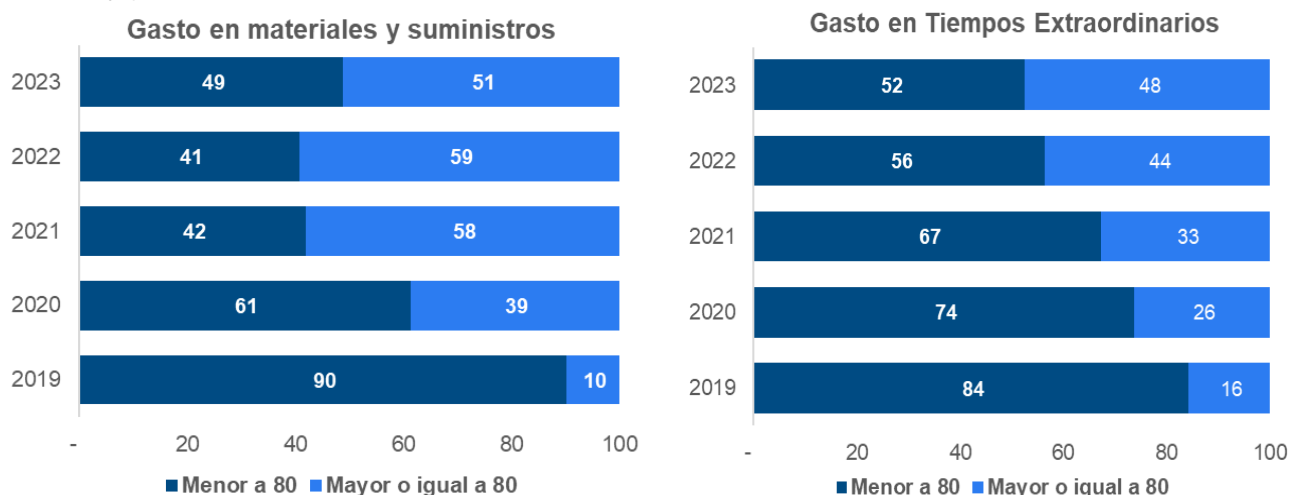


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2023.

Figura 10.2

CCSS: Áreas de salud con índice de productividad del gasto superior o inferior al 80 % por año evaluado, por indicador de gasto, PNA, 2019-2023.

(Porcentaje)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2023.

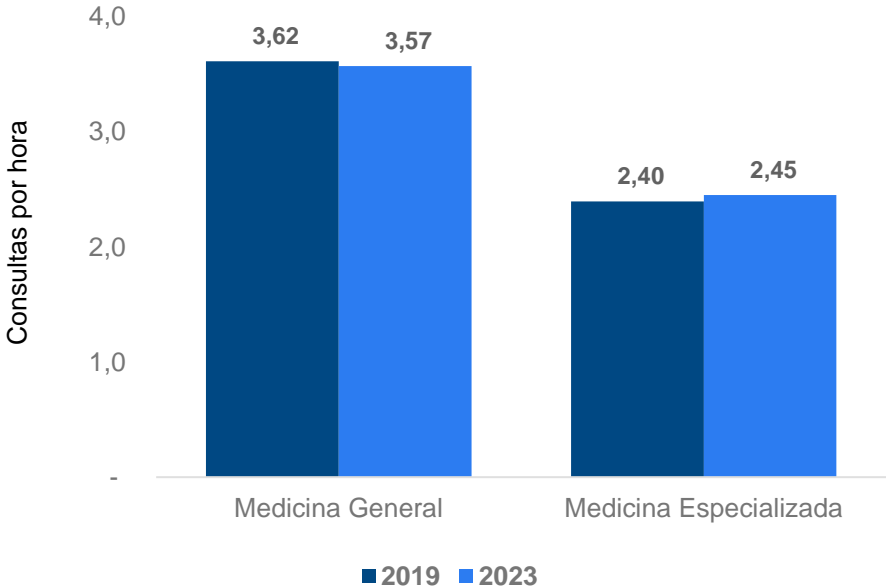
Como se observa, en términos generales, en ambos grupos de indicadores hay una tendencia hacia un mayor porcentaje de unidades con indicadores por encima del 80 % entre el año 2019 y el 2023. Tratándose de un periodo con dificultades para obtener información fiable y homogénea para las unidades, es difícil determinar posibles causas reales de tal comportamiento; no obstante, en términos metodológicos es posible identificar algunos factores que pudieron afectar la dispersión de los índices de productividad en los primeros años del quinquenio, entre las que están:

- Los dos primeros años del periodo las unidades aportaron información, con el fin de ajustar los datos por características particulares o situaciones especiales que vivieron y que pudieron afectar su productividad. Sin embargo, las circunstancias generadas por la pandemia redujeron la participación a alrededor de un 50 % de las áreas, ampliando la variabilidad de los índices.
- Las unidades enfrentaron circunstancias diferentes en el contexto de la pandemia, situación que dificultó su comparabilidad y aumentó la dispersión de los indicadores.
- El uso de datos de cubos de producción para la evaluación en los dos últimos años del periodo permitió realizar análisis más detallados y utilizar variables adicionales para verificar el comportamiento de los datos, mejorando la estandarización.

Por otra parte, en lo que respecta a la evolución de la productividad en el periodo evaluado, se hizo el ejercicio de comparar la producción por hora programada de profesionales en medicina del año 2019 con la del 2023 -un año previo al inicio de la pandemia con el año de consolidación del regreso a la normalidad-, utilizando datos del anuario estadístico de la AES. Tras realizar este ejercicio, se encontró una reducción en la productividad por hora en medicina general y un incremento en la de medicina especializada (Gráfico 10.1).

En el caso de medicina general, la reducción en la cantidad de consultas por hora se explica, en buena medida, por los cambios en los cupos originados en el acuerdo de Junta Directiva comunicado en oficio SJD-1139-2022, del 13 de septiembre de 2022, en el sentido de incrementar el tiempo por consulta de medicina general de 12 a 15 minutos, reduciendo la cantidad de cupos por hora, particularmente para casos nuevos que requieren de doble cupo. En el caso de medicina especializada, se requiere un análisis más detallado para identificar las posibles causas del incremento en la productividad.

Gráfico 10.1
CCSS: Cantidad de consultas de medicina general y de medicina especializada programadas por hora, PNA, 2019 y 2023



Fuente: Elaboración propia con base en datos de los anuarios estadísticos 2019 y 2023 del Área de Estadística en Salud (AES).

El comportamiento observado en el gráfico anterior se dio en casi todas las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS). En medicina general, las excepciones fueron la Red Chorotega, la Huetar Norte y, muy levemente, la Brunca, que aumentaron la productividad por hora médico; mientras que en medicina especializada las excepciones fueron la Red Pacífico Central y la Central Sur, que mostraron una reducción en la productividad por hora, la segunda de ellas de forma leve.

En relación con la producción de los profesionales no médicos evaluados con los indicadores de productividad, en el Cuadro 10.1 se evidencia un incremento de 49 % en su producción, siendo más elevado en el caso de los profesionales en nutrición (81 %) y trabajo social (74 %). Comportamiento opuesto mostró la producción de profesionales en odontología, la cual se redujo de manera importante durante los años 2020 y 2021, debido al elevado riesgo de contagio que conlleva su prestación; posteriormente, se empezó a recuperar en el año 2023, sin alcanzar aún el nivel del 2019, con excepción de las redes Huetar Norte y Huetar Atlántica, que sí mostraron un crecimiento positivo en el año 2023 respecto al 2019.

Cuadro 10.1
CCSS: Cantidad de atenciones de profesionales no médicos, PNA, 2019 y 2023

Grupo Profesional	AÑO		Tasa de crecimiento
	2019	2023	
Total	2 469 191	2 495 027	1%
Total sin Odontología	354 400	529 800	49%
Enfermería	149 598	187 454	25%
Psicología	84 207	129 905	54%
Trabajo Social	81 956	142 589	74%
Nutrición	38 639	69 852	81%
Odontología	2 114 791	1 965 227	-7%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de los anuarios estadísticos 2019 y 2023 del Área de Estadística en Salud (AES).

En términos generales, se puede decir que el quinquenio evaluado fue un periodo muy particular en la evolución de la productividad de los servicios de salud de la CCSS, tanto por el impacto directo de la pandemia sobre la demanda y las necesidades de la población, como por el inicio de lo que se avizora como una reconfiguración de los servicios, con una mayor participación de los profesionales no médicos en la atención integral.

Tal como se advertía en el informe de evaluación de la eficiencia 2020, la producción de los grupos profesionales de nutrición, trabajo social y psicología, han venido cobrando mayor relevancia a partir del impacto que tuvo la pandemia en los estilos de vida y en el estado emocional de las personas, incluido el aumento en la violencia social, documentada en varios estudios (Pérez, 2021; Zamora, 2022).

En todo el periodo evaluado se encontró una variabilidad importante en la productividad de los diferentes grupos profesionales, en términos de cantidad de consultas; resultados que llaman la atención, especialmente por existir normativa para cada uno de estos grupos respecto a la cantidad y distribución de su producción. Una posible explicación es la variabilidad en la disponibilidad de recursos, la cual presiona hacia una mayor productividad a las unidades y/o equipos profesionales con menor cantidad de recursos, en relación con la demanda y/o necesidades de la población.

En algunos casos, las diferencias en la productividad de los recursos podrían estar relacionadas con características de la población, como la dispersión y el acceso diferenciado a los servicios por razones económicas y/o geográficas, las cuales obligan a los profesionales a desplazarse, tanto para dar atención directa como para realizar tareas de prevención y/o promoción específicas para la población de la unidad, teniendo esto un impacto en la producción registrada de atenciones directas.

Es importante mencionar que el esfuerzo por incorporar un indicador integrado para el servicio de enfermería, que tenía entre sus objetivos evidenciar el trabajo de equipo de este servicio y visibilizar la considerable producción del grupo auxiliares de enfermería, no logró su permanencia en el quinquenio,

debido a la carencia de información suficiente. Esta situación confirma la valoración realizada en informes de evaluación anteriores respecto a la escasa ponderación que se le ha dado a la producción de este grupo laboral, cuyo registro no ha recibido la misma atención de otros grupos.

Finalmente, cabe recalcar la importancia del monitoreo de la eficiencia como una dimensión de la prestación, pues tanto la cantidad como la calidad de los servicios tienen un impacto inmediato y trascendental en la vida de las personas y de las familias. Por lo tanto, es crucial que, dentro de lo posible, tanto las jefaturas de las áreas de salud como las Direcciones de las Redes Integradas de Servicios de Salud (DRIPSS) mantengan un control sobre la productividad de sus recursos, ya sean humanos o materiales. Si se detectan variaciones significativas, es esencial identificar las causas y aplicar las acciones correspondientes.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). *Informe de Resultados de Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y Monitoreo 2020*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud. <https://cajacr.sharepoint.com/sites/GMDCSS/SitePages/InformesEvaluacion.aspx>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). *Informe de Resultados de Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y tendencias 2021*. <https://cajacr.sharepoint.com/sites/GMDCSS/SitePages/InformesEvaluacion.aspx>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). *Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Informe 2021*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud. <https://cajacr.sharepoint.com/sites/GMDCSS/SitePages/InformesEvaluacion.aspx>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). *Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención 2022. Informe de Resultados*. CCSS, Dirección Compra de Servicios. <https://cajacr.sharepoint.com/sites/GMDCSS/SitePages/InformesEvaluacion.aspx>
- García, E. (2022). Violencias contra las mujeres con discapacidad en el contexto de la pandemia de COVID-19. El caso de ALAMUD en Costa Rica, 2020-2021. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 19(2), e52118. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/cicc/v19n2/1659-4940-cicc-19-02-52118.pdf>
- Perez-Vincent, S. M., y Carreras, E. (2021). *Reporte de la violencia doméstica durante la pandemia de COVID-19: evidencia de América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/reporte-de-la-violencia-domestica-durante-la-pandemia-de-covid-19-evidencia-de-america-latina>

Autoría

Realizado por Elizabeth Rodríguez Jiménez, Greivin Enrique Juárez Quesada y Juan Esteban Calderón Rojas.

11. Medida Resumen de los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del primer nivel de atención.

El propósito de este capítulo es exponer los resultados de la Medida Resumen (MR), una herramienta diseñada para facilitar a los responsables de la toma de decisiones una visión integral de los avances y desafíos en el cumplimiento de las metas institucionales en la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención.

La estructura de la MR se compone de dos elementos fundamentales: la *Suma de Resultados* y el *Porcentaje de Metas Alcanzadas*. Para su estimación, se deben cumplir los siguientes pasos:

- Determinar la *Suma de Resultados* de todos los indicadores considerados (máximos de 100 %).
- Determinar el número de metas alcanzadas.
- Calcular el *Porcentaje de Metas Alcanzadas*.
- Multiplicar la *Suma de Resultados* por el *Porcentaje de Metas Alcanzadas*.
- Ordenar el resultado obtenido para crear un escalafón general.

Para mostrar con mayor claridad los resultados de la MR, este capítulo se subdivide en dos secciones principales: la primera contiene un análisis comparativo quinquenal entre los años 2019 y 2023, basado en 21 indicadores; mientras que en la segunda sección se presentan los resultados de la MR para el año 2023, utilizando 25 indicadores disponibles para dicho periodo.

A. Análisis comparativo quinquenal entre los años 2019 y 2023

En el marco del análisis quinquenal de este informe, se efectuó una comparación entre el inicio y el final del periodo, lo que permite a los gestores hacer una comparación consigo mismo en el tiempo, tanto a nivel institucional como por RIPSS o por área de salud. El año 2019 se estableció como el punto de referencia prepandémico, mientras que el 2023 se asoció con la fase de recuperación de los servicios tras el impacto de este evento epidemiológico.

Para la elaboración de una MR comparativa entre los años 2019 y 2023, se seleccionaron exclusivamente aquellos indicadores que estuvieron presentes en ambos ciclos de evaluación. Este método garantiza una valoración equitativa de los resultados obtenidos al principio y al final del quinquenio, sin olvidar el efecto intermedio que tuvo la pandemia por COVID-19 en la dinámica institucional.

En concreto, los indicadores considerados para la comparación fueron:

1. Cobertura de atención a personas de 20 a 39 años con HTA.
2. Cobertura de atención a personas de 40 a 64 años con HTA.
3. Cobertura de atención a personas de 65 años y más con HTA.
4. Cobertura de atención de personas con diabetes mellitus tipo 2.
5. Cobertura bienal de citología vaginal en mujeres de 20 a menos de 35 años.
6. Cobertura bienal de citología vaginal en mujeres de 35 a menos de 65 años.
7. Cobertura de atención a menores de un año.

8. Cobertura de atención a mujeres en periodo posparto.
9. Cobertura de atención a embarazadas.
10. Porcentaje de menores de un año con captación temprana.
11. Porcentaje de mujeres en periodo posparto con captación temprana.
12. Porcentaje de embarazadas con captación temprana.
13. Porcentaje de embarazadas con tamizaje oportuno de la infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
14. Porcentaje de embarazadas con tamizaje oportuno de la infección por sífilis.
15. Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina.
16. Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia.
17. Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 20 a 64 años con control óptimo de presión arterial.
18. Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 65 años y más con control óptimo de presión arterial.
19. Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control glicémico óptimo.
20. Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control óptimo de la presión arterial.
21. Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control lipídico óptimo.

Es importante señalar que para aquellos indicadores con resultados superiores al límite de 100 % se estableció un máximo de 100 por definición metodológica. Esta regla se aplicó específicamente en los indicadores de cobertura de atención, tales como menores de un año, embarazadas, mujeres en periodo posparto, personas con hipertensión arterial y personas con diabetes mellitus tipo 2.

Resultados

A lo largo del quinquenio se observó una disminución notable en los logros del primer nivel de atención, atribuible en gran medida a la pandemia de COVID-19; no obstante, al final del periodo se detectó un proceso de recuperación gradual, que varía entre los distintos programas de atención. Con respecto a esto último, cabe destacar que la mayoría de los indicadores evaluados reflejan para el año 2023 una restauración al nivel previo a la pandemia, equivalente al estado del 2019.

La **MR institucional** ilustra esta dinámica. Al comparar los resultados correspondientes al primer y último año del periodo se percibe que no hay cambio. A pesar de ello, en capítulos previos de este informe se ha evidenciado una caída seguida de una recuperación entre esos años.

	Año	
	<u>2019</u>	<u>2023</u>
Suma de Resultados	1 305	1 307
Porcentaje de Metas Alcanzadas	38 %	38 %
Medida Resumen	497	498

Los datos anteriores demuestran que la MR es prácticamente idéntica, lo que sugiere que el año 2023 concluye el quinquenio con resultados para el PNA comparables a los registrados antes de la pandemia.

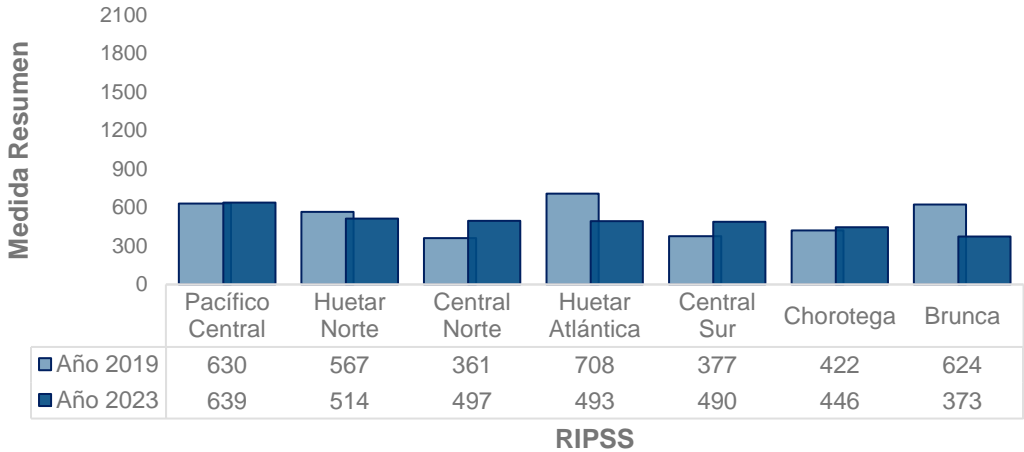
Al realizar el análisis de la **MR según Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS)**, se observa una evolución diferente de los resultados entre ellas durante los años en estudio. En cuanto al *Porcentaje de Metas Alcanzadas*, únicamente las dos RIPSS centrales muestran un progreso que sobrepasa el logrado en el 2019, con un incremento de nueve puntos porcentuales cada una.

RIPSS	Porcentaje de Metas Alcanzadas	
	2019	2023
Pacífico Central	48	48
Huetar Norte	43	38
Central Norte	29	38
Huetar Atlántica	52	38
Central Sur	29	38
Chorotega	33	33
Brunca	48	29

Por su parte, las RIPSS Pacífico Central y Chorotega lograron restablecer exactamente el mismo nivel de logro, mientras que las tres restantes continúan en su proceso de recuperación. Entre las siete RIPSS sobresale la Pacífico Central, no solo porque tenía un alto porcentaje de metas logradas en el 2019, sino también porque logró recuperarse y mantener ese nivel en el 2023, convirtiéndose en la red con el porcentaje más alto de metas alcanzadas. Por otro lado, llama la atención el caso de la RIPSS Brunca, que a pesar de haber tenido también un alto porcentaje de metas logradas en el 2019, ha mostrado una recuperación más lenta en comparación con las demás.

En consecuencia, los datos de la MR indican que cuatro RIPSS no solo se recuperaron del impacto de la pandemia, sino que también superaron los logros del 2019, mientras que las tres restantes pese a estar cerca, no han logrado alcanzar los niveles previamente conseguidos (Gráfico 11.1).

Gráfico 11.1
CCSS: Medida Resumen de los resultados de la EPSS por año según RIPSS, PNA, 2019 y 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019 y 2023.

La RIPSS Pacífico Central se ubicó en la primera posición entre las siete redes, gracias a su importante recuperación en la Suma de Resultados y al elevado Porcentaje de Metas Alcanzadas. La RIPSS Huetar Norte, por su parte, aunque no ha retornado al nivel del 2019, obtuvo la Suma de Resultados más alta de todas las redes, lo que le permitió situarse en el segundo lugar. Finalmente, la RIPSS Central Norte, con su destacado avance en el Porcentaje de Metas Alcanzadas, se posicionó en el tercer lugar.

En relación con la **MR de las 105 áreas de salud**, se observa que la mayoría de ellas (60 %) superaron los niveles del 2019, y que aproximadamente el 40 % continúa en una fase de recuperación; no obstante, se encontraron diferencias en estos porcentajes entre las redes:

<u>RIPSS</u>	<u>En proceso de recuperación (%)</u>	<u>Superan nivel 2019 (%)</u>
Pacífico Central	33	67
Huetar Norte	50	50
Central Norte	35	65
Huetar Atlántica	75	25
Central Sur	39	61
Chorotega	29	71
Brunca	50	50

Los datos revelan situaciones opuestas en dos redes; por un lado, en la red Chorotega una clara mayoría de sus áreas de salud superaron los logros obtenidos en el 2019; mientras que en la red Huetar Atlántica tres cuartas partes de sus unidades aún se encuentran por debajo de ese nivel. Al respecto, es importante tener presente que la capacidad de retornar a la MR previa a la pandemia está condicionada por lo alcanzado durante el año 2019.

En el análisis del escalafón general de establecimientos del PNA, destaca el área de salud de Barva, que tanto para el año 2019 como para el 2023 se posicionó en el puesto número uno, con más de un 80 % de metas logradas en ambos periodos. Asimismo, son notables los resultados en el alcance de metas de las áreas de Nandayure (2019: 57 %, 2023: 67 %), Osa (2019: 81 %, 2023: 67 %), Acosta (2019: 57 %, 2023: 62 %) y Puriscal-Turrubares (2019: 62 %, 2023: 67 %), lo que les permitió ubicarse en los diez primeros puestos al inicio y al final del quinquenio.

En relación con lo anterior, cabe mencionar que dentro de las RIPSS hay áreas de salud que sobresalen por haber ocupado el primer puesto en ambos periodos analizados, demostrando su liderazgo a nivel regional:

<u>RIPSS</u>	<u>Área de Salud</u>
Brunca	Osa
Central Norte	Barva
Chorotega	Nandayure
Huetar Atlántica	Siquirres

En el Anexo 11.1 se puede visualizar la comparación del valor de la MR del 2019 y del 2023 para cada una de las áreas de salud.

Por otra parte, es necesario señalar que el análisis de los valores de la MR por área de salud permitió identificar una brecha importante en términos de resultados, al detectar que un grupo de áreas no logró alcanzar siquiera el 25 % de las metas, condición que podría catalogarlas como prioritarias, ya que supone una limitación importante y permanente en el acceso y calidad de los servicios ofrecidos a la población.

En total, se cuantificaron 12 establecimientos en esa condición en ambos periodos de comparación, distribuidos por RIPSS de la siguiente forma:

<u>RIPSS</u>	<u>Nº de áreas de salud</u>
Central Sur	5
Central Norte	4
Huetar Atlántica	2
Brunca	1

Al respecto, es necesario señalar que esas 12 áreas de salud, en su mayoría, tienen conocidas necesidades estructurales, que han manifestado a los equipos evaluadores en reiteradas ocasiones, razón por la que se proponen como establecimientos de salud prioritarios para los análisis que corresponda en cuanto al cierre de brechas en el primer nivel de atención.

B. Medida Resumen 2023

La **MR 2023** contempla **los 25 indicadores** factibles de incluir, dentro de los evaluados para ese último año en particular. De tal forma, a los 21 indicadores tomados en cuenta en la comparación anterior, se le deben adicionar los siguientes:

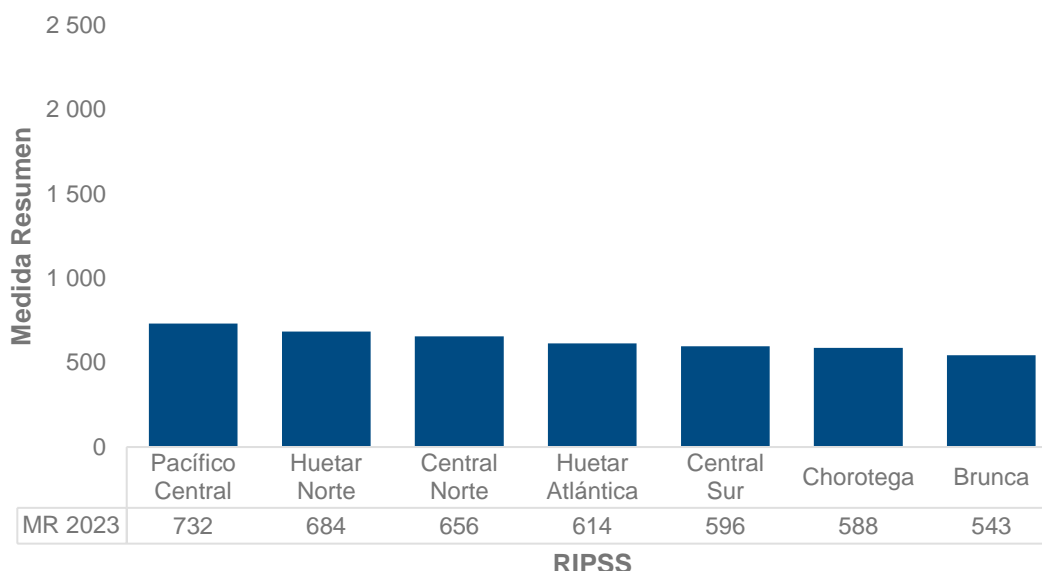
- Porcentaje de personas atendidas de 20 a 64 años con un IMC ≥ 30 kg/m² y diagnóstico CIE-10 de obesidad.
- Porcentaje de personas de 20 a 64 años con obesidad III referidos a Nutrición.
- Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la hipertensión arterial inducida en el embarazo (HTAIE).
- Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la diabetes mellitus gestacional.

Considerando este número de indicadores, la MR institucional para el año 2023 refleja una Suma de Resultados de 1 498 y un Porcentaje de Metas Alcanzadas de 44 %, dando un valor total de 659, el cual resume el nivel alcanzado por la institución en el PNA para ese año.

En el Gráfico 11.2 se muestra el escalafón por RIPSS, tomando en cuenta los 25 indicadores. En general, este escalafón no evidencia cambios en comparación con el ordenamiento previo, basado en 21 indicadores.

Gráfico 11.2

CCSS: Medida Resumen 2023 con 25 indicadores por RIPSS, PNA, 2023



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2023.

En lo que respecta a los resultados de la MR por área de salud para el año 2023, utilizando 25 indicadores, cabe mencionar que estos se dividieron en tres grupos, con el propósito de facilitar el análisis de los hallazgos, al permitir identificar de forma más precisa las dos colas del escalafón; por un lado, el conjunto de unidades que lograron los mejores resultados y, por el otro, aquellos establecimientos que muestran mayores dificultades en la consecución de las metas planteadas para la evaluación del PNA. Los grupos de áreas de salud se detallan en los anexos 11.2, 11.3 y 11.4.

Los criterios definidos para la conformación de los tres grupos fueron los siguientes:

Grupo	Criterio	Valor de MR	Número de áreas de salud
1	mayor o igual a percentil 75	MR \geq 806	27
2	mayor o igual a percentil 25 y menor que percentil 75	MR \geq 501 y $<$ 806	52
3	menor a percentil 25	MR $<$ 501	26

Para analizar estos resultados, es imprescindible reconocer que los factores que inciden en el alcance de las metas en el primer nivel de atención son muy diversos y complejos, además de que cada uno afecta o favorece en diferente magnitud la prestación de los servicios de salud. Hay algunos que son muy particulares de ciertos establecimientos, tales como la ausencia de un laboratorio clínico propio o la presencia de un elevado número de puestos de visita periódica para atender a poblaciones con acceso geográfico limitado. Por otro lado, existen determinantes más generalizados entre las áreas, identificados así por las unidades en los talleres de evaluación, como el tamaño de la población asignada, la población a atender por ebáis, los problemas asociados a las grandes aglomeraciones de población urbana y el desarrollo social de las comunidades, entre otros.

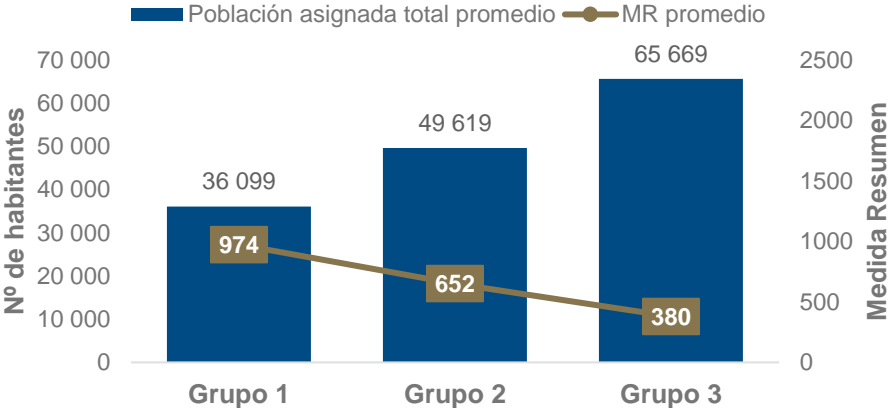
Para esos cuatro elementos mencionados, de los cuales se dispone de datos específicos por área de salud, se calculó un promedio para cada uno de los tres grupos conformados, encontrándose diferencias entre ellos.

Específicamente, se analizaron las siguientes las variables:

- *Población asignada total*: promedio simple.
- *Población por ebáis*: promedio simple.
- *Porcentaje de población urbana*: promedio ponderado por población.
- *Índice de Desarrollo Social (IDS)*: promedio ponderado por población.

En el caso de la *Población asignada total* promedio por cada grupo de áreas de salud, se observó la tendencia de que a medida que se incrementa la MR el número de habitantes disminuye. Con base en esto, se puede afirmar que aquellos establecimientos que atienden a una población promedio cercana a los 36 mil habitantes son los presentaron los mejores resultados en la EPSS-2023 (Gráfico 11.3).

Gráficos 11.3
CCSS: Población asignada total¹ promedio y medida resumen promedio según grupos de áreas de salud, PNA, 2023



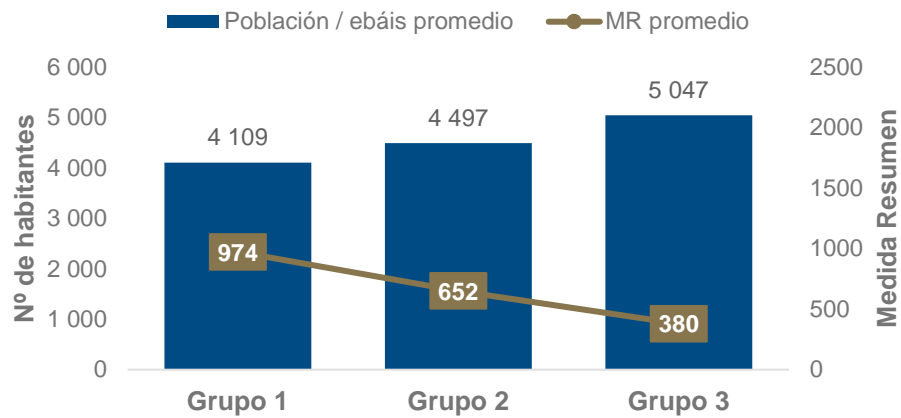
1/ DAE. Proyecciones de población adscrita a las Áreas de Salud 2016-2050, 2023 (consultado en enero 2024)

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2023.

En cuanto a la *Población por ebáis* promedio, también se reconoció una relación inversa, donde a menor número de habitantes por ebáis, mayor valor de la MR; siendo el grupo con el promedio más cercano a los 4 mil habitantes por ebáis, el que mostró los mejores resultados para ese periodo de evaluación (Gráfico 11.4).

Gráficos 11.4

CCSS: Población por ebáis¹ promedio y medida resumen promedio según grupos de áreas de salud, PNA, 2023



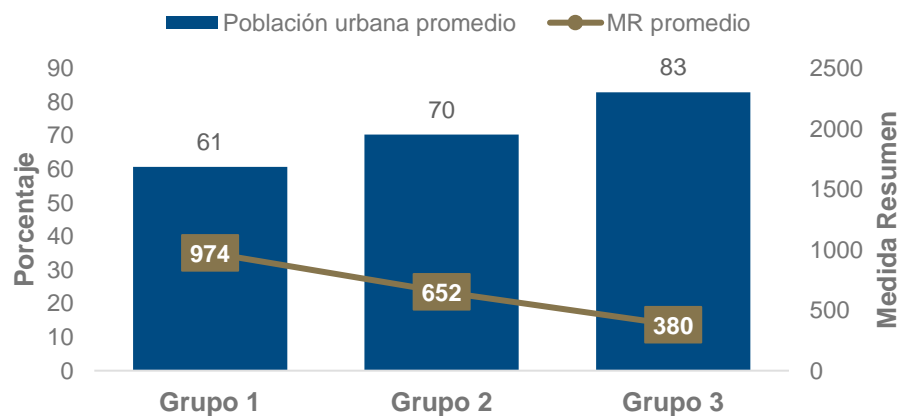
1/ DPSS. Número de ebáis del Compendio estadístico de ÁS, Sedes, EBAIS y PVP de la CCSS al II Semestre 2023, 2024.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2023.

Por otro lado, los datos referentes al *Porcentaje de población urbana* revelan que aquellos con los porcentajes más bajos son los que tienen los mejores resultados, sugiriendo que las áreas de salud menos urbanas tienden a alcanzar MR más llevadas (Gráfico 11.5).

Gráficos 11.5

CCSS: Porcentaje de población urbana¹ promedio y medida resumen promedio según grupos de áreas de salud, PNA, 2023



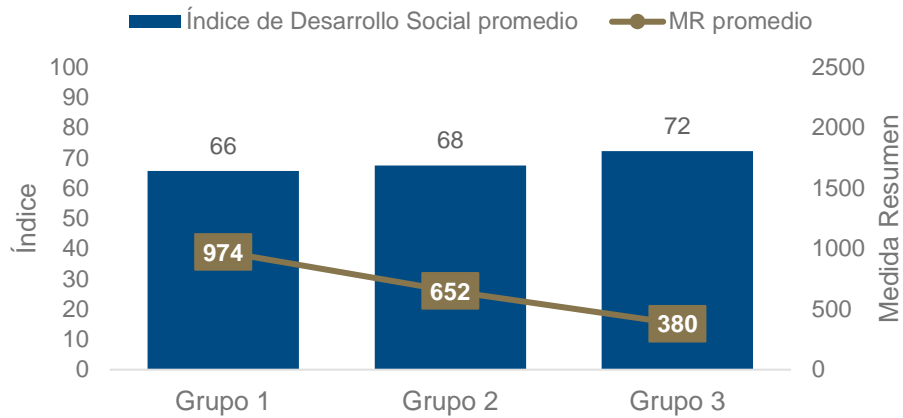
1/ Elaboración propia por área de salud a partir de la Clasificación de distritos según grado de urbanización, 2018 del INEC.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2023.

Finalmente, los hallazgos relacionados con el *Índice de Desarrollo Social 2023* revelan que los grupos con los menores puntajes en esta medida coinciden con aquellos que presentan los valores más altos de MR; de tal forma, en las comunidades más vulnerables se tienden a observar resultados más destacados en los indicadores de prestación de servicios de salud evaluados (Gráfico 11.6).

Gráficos 11.6

CCSS: Índice de Desarrollo Social¹ y medida resumen promedio según grupos de áreas de salud del escalafón de la MR, PNA, 2023



1/ Elaboración propia por área de salud a partir del Índice de Desarrollo Social 2023 de MIDEPLAN.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2023.

En resumen, los datos sugieren que el grupo 1, con los valores más elevados de la MR, se caracteriza por contener áreas de salud cuyas poblaciones totales son menores al promedio observado en los otros dos grupos y una población asignada por ebáis que tiende a acercarse a los 4 000 habitantes. Además, poseen un porcentaje más bajo de población urbana y un Índice de Desarrollo Social inferior, en comparación con los promedios de los otros grupos.

Para complementar esta información, se analizó de manera simultánea el *Porcentaje de Población Atendida* promedio en cada uno de los grupos, considerando su relación con las variables previamente revisadas; ya que el acceso a los servicios está influenciado tanto por la oferta, representada aquí por el número de habitantes por ebáis, como por las características de la población, tales como Porcentaje de población urbana y el Índice de Desarrollo Social.

Los resultados muestran que los porcentajes de población atendida promedio son más altos en el grupo 1 (54 %) y disminuyen progresivamente en los otros dos grupos (49 % en el grupo 2 y 43 % en el grupo 3); al respecto, se debe tomar en cuenta que las limitaciones en el acceso a los servicios de salud se reflejan en las coberturas de atención medidas en la EPSS y, por ende, en la MR lograda, lo que explica la relación directa entre estas variables.

Esos datos obtenidos dejan en evidencia la brecha de 11 puntos porcentuales que existe entre el grupo 1 y el grupo 3, lo que indica diferencias en cuanto al acceso de las poblaciones al PNA, probablemente debido a factores relacionados tanto con la oferta como con las características propias de las poblaciones.

Conclusiones

A lo largo del quinquenio 2019-2023, se observó una disminución de los logros en la mayoría de los indicadores evaluados en el primer nivel de atención, atribuible en gran medida a la pandemia por COVID-19. Sin embargo, la Medida Resumen permitió determinar que para el año 2023, en términos generales, se logró una equiparación con el nivel previo a la pandemia.

En particular, la MR correspondiente al último año del quinquenio revela que una gran parte de las áreas de salud han logrado sobreponerse a los retos impuestos por la pandemia, retomando o, incluso, mejorando los resultados previos.

No obstante, es importante destacar la existencia de una disparidad en los resultados de la MR entre las diferentes áreas de salud, donde lo más crítico es el conjunto de unidades cuyo Porcentaje de Metas Alcanzadas no ha sobrepasado el 25 % en los dos periodos del quinquenio evaluados.

El análisis de variables relacionadas sugiere que las áreas de salud que en promedio cuentan con una población total cercana a los 36 mil habitantes, con aproximadamente 4 100 individuos por ebáis y con un carácter menos urbano y un IDS inferior comparativamente, tienden a ubicarse en el grupo 1 del escalafón de la Medida Resumen del PNA, es decir, en el conjunto de unidades que alcanza los mejores resultados. Asimismo, que las áreas ubicadas en el grupo 3, con los menores resultados, muestran una brecha considerable en el acceso de la población a los servicios de salud, en comparación con los otros grupos.

Recomendaciones

A nivel local, es necesario profundizar en el análisis de los factores involucrados en la consecución de las metas propuestas, con el objetivo de abordarlos según corresponda, para lo cual la Medida Resumen puede ser un recurso de utilidad, especialmente en lo que respecta a la evolución temporal de los resultados en términos globales.

En ese sentido, la Medida Resumen puede ser utilizada como instrumento de motivación, al ofrecer un resumen comparativo de los logros obtenidos por los equipos de trabajo; asimismo, como fundamento para exponer cómo las necesidades insatisfechas afectan los resultados de salud en la población.

Finalmente, es esencial que los hallazgos derivados de la Medida Resumen se interpreten en el contexto adecuado, sin desvincularlos de los resultados expuestos a lo largo de este informe y considerando siempre la multiplicidad de factores que influyen en los resultados en salud.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social. (Enero, 2024). *Proyecciones de población adscrita a las Áreas de Salud 2016-2050*. CCSS, Dirección Actuarial y Económica.
<https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-actuariales>

Caja Costarricense de Seguro Social. (Julio, 2024). *Compendio estadístico de AS, Sedes, EBAIS y PVP de la CCSS al II Semestre 2023*. CCSS, Dirección Proyección de Servicios de Salud.
<https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/proyeccion/SitePages/MemorialNiveldeAtencion.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (Febrero, 2018). *Clasificación de distritos según grado de urbanización*. INEC. https://admin.inec.cr/sites/default/files/media/imgmetodologia-indiceurbru_2.pdf

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN]. (2023). *Índice de Desarrollo Social 2023*. <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/Ye4P-LqDQqqjSD5jn6T4rQ>

Autoría

Realizado por Alexander Barrantes Arroyo, Jennifer Mendoza Vega y Miriam León Solís.

Anexo 11.1**CCSS: Valor de la Medida Resumen de la EPSS con 21 indicadores por área de salud, PNA, 2019 y 2023**

ÁREA DE SALUD	UP	MR 2019	MR 2023
Barva	2131	1 257	1 237
San Rafael de Puntarenas	2511	796	1 207
San Pablo	2230	738	1 041
Nandayure	2562	880	1 010
Osa	2759	1 193	985
Acosta	2334	830	960
Puriscal-Turrubares	2331	845	939
Paraíso-Cervantes	2332	668	873
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	2395	733	855
Coto Brus	2762	754	821
Hojancha	2563	810	821
Jicaral Islas	2564	690	820
Siquirres	2631	1 101	812
La Unión	2333	463	809
Atenas	2251	770	793
Paquera	2579	485	790
Desamparados 2	2317	877	776
Montes de Oro	2553	730	738
Parrita	2351	955	738
Golfito	2761	862	716
Chomes-Monte Verde	2554	564	711
Tilarán	2558	576	705
San Sebastián-Paso Ancho	2347	511	694
Guatuso	2477	810	693
Palmares	2252	675	679
Abangares	2556	590	672
El Guarco	2392	726	671
Cariari	2652	585	661
Aguas Zarcas	2473	498	657
San Isidro	2273	630	655
Horquetas-Río Frío	2650	556	648
Pital	2475	307	647
Esparza	2552	650	646
Corredores	2758	454	641
Cóbano	2575	170	638
Sarchí	2254	435	627
Ciudad Quesada	2483	597	601

ÁREA DE SALUD	UP	MR 2019	MR 2023
Garabito	2592	419	598
Pavas	2218	728	590
San Ramón	2237	418	587
Los Santos	2352	532	583
Buenos Aires	2732	692	580
Guápiles	2634	600	578
Santa Rosa	2472	503	575
Cañas	2555	445	574
Matina	2654	506	573
Orotina-San Mateo	2256	681	563
Quepos	2594	767	561
Barranca	2590	424	561
Coronado	2217	430	553
San Francisco-San Antonio	2318	651	549
Desamparados 1	2315	304	548
Goicoechea 2	2211	506	525
Guácimo	2655	711	521
Colorado	2582	629	518
Corralillo-La Sierra	2390	454	514
Bagaces	2557	427	511
Mora-Palmichal	2382	560	507
Heredia-Virilla	2274	175	498
Turrialba-Jiménez	2348	355	485
Upala	2536	391	481
Cartago	2342	238	480
Santo Domingo	2231	349	476
Zapote-Catedral	2314	629	476
Carrillo	2560	542	475
Poás	2253	354	462
Florencia	2481	822	456
Desamparados 3	2339	428	447
La Carpio-León XIII	2319	580	444
Tibás	2219	423	443
San Rafael de Heredia	2232	429	441
Hatillo	2312	236	433
Zarcero	2272	491	425
Santa Cruz	2531	475	424
Grecia	2236	483	424
Nicoya	2535	422	422
Mata Redonda-Hospital	2311	363	419

ÁREA DE SALUD	UP	MR 2019	MR 2023
Los Chiles	2484	520	418
Chacarita	2586	356	417
Naranjo	2235	482	381
Limón	2632	635	373
Alajuela Sur	2276	108	356
La Cruz	2559	347	350
Liberia	2534	291	348
Puerto Viejo-Sarapiquí	2474	291	343
Santa Ana	2387	462	313
Concepción-San Juan-San Diego 2	2358	460	308
Alajuela Norte	2216	423	305
Santa Bárbara	2278	422	301
Tibás-Uruca-Merced	2213	354	294
Goicoechea 1	2212	236	293
Belén-Flores	2233	235	293
Escazú	2345	461	288
Alajuela Oeste	2277	229	286
Aserrí	2335	241	284
Heredia-Cubujuquí	2214	237	242
La Fortuna	2471	432	240
Curridabat 2	2356	593	238
Talamanca	2680	294	235
Moravia	2215	289	228
Valle La Estrella	2651	289	223
Pérez Zeledón	2760	168	222
Alajuelita	2336	298	172
Carmen-Montes de Oca	2210	19	110
Alajuela Central	2281	165	53

Anexo 11.2**CCSS: Grupo 1 de áreas de salud según el escalafón de la Medida Resumen de la EPSS, PNA, 2023**

ÁREA DE SALUD	UP	SUMA DE PORCENTAJES	PORCENTAJE METAS ALCANZADAS	MR	POSICIÓN
Barva	2131	1 782	80	1425	1
San Rafael de Puntarenas	2511	1 800	76	1368	2
San Pablo	2230	1 714	72	1234	3
Nandayure	2562	1 705	68	1159	4
Osa	2759	1 682	64	1076	5
Acosta	2334	1 751	60	1051	6
Puriscal-Turrubares	2331	1 619	64	1036	7
Jicaral-Islas	2564	1 653	60	992	8
Coto Brus	2762	1 640	60	984	9
Hojancha	2563	1 632	60	979	10
Paraíso-Cervantes	2332	1 631	60	979	11
Siquirres	2631	1 625	60	975	12
Paquera	2579	1 621	60	972	13
Atenas	2251	1 602	60	961	14
Desamparados 2	2317	1 570	60	942	15
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	2395	1 569	60	942	16
La Unión	2333	1 629	56	912	17
Chomes-Monteverde	2554	1 538	56	862	18
Palmares	2252	1 530	56	857	19
Cariari	2652	1 604	52	834	20
Aguas Zarcas	2473	1 601	52	832	21
Parrita	2351	1 593	52	828	22
Montes de Oro	2553	1 592	52	828	23
San Isidro	2273	1 584	52	824	24
Pital	2475	1 576	52	820	25
Golfito	2761	1 564	52	813	26
Guatuso	2477	1 679	48	806	27

Anexo 11.3

CCSS: Grupo 2 de áreas de salud según el escalafón de la Medida Resumen de la EPSS, PNA, 2023

ÁREA DE SALUD	UP	SUMA DE PORCENTAJES	PORCENTAJE METAS ALCANZADAS	MR	POSICIÓN
Esparza	2552	1 549	52	806	28
Tilarán	2558	1 538	52	800	29
San Sebastián-Paso Ancho	2347	1 516	52	788	30
El Guarco	2392	1 605	48	770	31
Garabito	2592	1 469	52	764	32
Pavas	2218	1 576	48	757	33
Guápiles	2634	1 566	48	752	34
Buenos Aires	2732	1 561	48	749	35
San Ramón	2237	1 559	48	748	36
Abangares	2556	1 551	48	744	37
Santa Rosa	2472	1 547	48	743	38
Horquetas-Río Frío	2650	1 538	48	738	39
Cóbano	2575	1 536	48	737	40
Matina	2654	1 526	48	733	41
Corredores	2758	1 525	48	732	42
San Francisco-San Antonio	2318	1 504	48	722	43
Coronado	2217	1 467	48	704	44
Ciudad Quesada	2483	1 599	44	704	45
Desamparados 1	2315	1 458	48	700	46
Los Santos	2352	1 569	44	690	47
Guácimo	2655	1 552	44	683	48
Cañas	2555	1 541	44	678	49
Heredia-Virilla	2274	1 519	44	668	50
Barranca	2590	1 494	44	657	51
Orotina-San Mateo	2256	1 487	44	654	52
Quepos	2594	1 468	44	646	53
Upala	2536	1 453	44	639	54
Florencia	2481	1 594	40	638	55
Santo Domingo	2231	1 447	44	637	56
Sarchí	2254	1 442	44	635	57
Goicoechea 2	2211	1 571	40	628	58
Desamparados 3	2339	1 564	40	626	59
La Carpio-León XIII	2319	1 544	40	617	60
Corralillo-La Sierra	2390	1 539	40	616	61
Mora-Palmichal	2382	1 539	40	616	62

ÁREA DE SALUD	UP	SUMA DE PORCENTAJES	PORCENTAJE METAS ALCANZADAS	MR	POSICIÓN
Bagaces	2557	1 531	40	612	63
Tibás	2219	1 527	40	611	64
Grecia	2236	1 482	40	593	65
Los Chiles	2484	1 442	40	577	66
Cartago	2342	1 437	40	575	67
Poás	2253	1 595	36	574	68
Carrillo	2560	1 412	40	565	69
Naranjo	2235	1 525	36	549	70
San Rafael de Heredia	2232	1 515	36	546	71
Limón	2632	1 508	36	543	72
Colorado	2582	1 484	36	534	73
Santa Cruz	2531	1 481	36	533	74
Mata Redonda-Hospital	2311	1 460	36	526	75
Nicoya	2535	1 442	36	519	76
Chacarita	2586	1 428	36	514	77
Turrialba-Jiménez	2348	1 414	36	509	78
Zapote-Catedral	2314	1 393	36	501	79

Anexo 11.4

CCSS: Grupo 3 de áreas de salud según el escalafón de la Medida Resumen de la EPSS, PNA, 2023

ÁREA DE SALUD	UP	SUMA DE PORCENTAJES	PORCENTAJE METAS ALCANZADAS	MR	POSICIÓN
Santa Ana	2387	1 498	32	479	80
Hatillo	2312	1 458	32	467	81
Tibás-Uruca-Merced	2213	1 433	32	459	82
Alajuela Sur	2276	1 429	32	457	83
Zarcelero	2272	1 417	32	453	84
Escazú	2345	1 415	32	453	85
Liberia	2534	1 400	32	448	86
La Cruz	2559	1 381	32	442	87
Heredia-Cubujuquí	2214	1 490	28	417	88
Concepción-San Juan-San Diego 2	2358	1 476	28	413	89
Alajuela Norte	2216	1 472	28	412	90
Curridabat 2	2356	1 452	28	407	91
Santa Bárbara	2278	1 450	28	406	92
Goicoechea 1	2212	1 398	28	391	93
Pérez Zeledón	2760	1 393	28	390	94
Puerto Viejo-Sarapiquí	2474	1 374	28	385	95
Alajuela Oeste	2277	1 373	28	384	96
Talamanca	2680	1 429	24	343	97
Belén-Flores	2233	1 419	24	341	98
Valle La Estrella	2651	1 399	24	336	99
Moravia	2215	1 377	24	330	100
Aserrí	2335	1 364	24	327	101
La Fortuna	2471	1 461	20	292	102
Alajuelita	2336	1 365	20	273	103
Carmen-Montes de Oca	2210	1 337	16	214	104
Alajuela Central	2281	1 282	12	154	105

Consideraciones finales

Para finalizar este informe es indispensable resaltar la importancia de sistematizar, documentar, analizar y difundir los resultados obtenidos en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del PNA; esto asegura que la inversión y el esfuerzo realizados se traduzcan en mejoras en los servicios, basadas en decisiones informadas.

Por otro lado, es crucial destacar que los resultados mostraron una evidente recuperación tras la caída por la pandemia de COVID-19, alcanzando en el año 2023 niveles similares a los logrados en el 2019, previo a la pandemia. Esto señala una clara ruta de recuperación, que debe considerarse en el contexto actual para la redefinición de metas y estrategias.

Los indicadores de coberturas de atención, que representan la dimensión de acceso, fueron los primeros en los que se observó una tendencia a la equiparación; algunos de ellos iniciaron su retorno a la normalidad de manera más prematura en el quinquenio, probablemente debido a la implementación de la telemedicina. La excepción fue la cobertura bienal de detección de cáncer cervicouterino, que, aunque cerca, no alcanzó el nivel del 2019.

Entre los indicadores de continuidad, efectividad y eficiencia, se evidenció un comportamiento similar; sin embargo, algunos resultados aún no se equipararon con los del año 2019, como el tratamiento de la anemia en niños de 6 a 24 meses, la captación temprana de menores de un año y de mujeres en posparto, el control óptimo de HTA, el control óptimo de presión arterial en personas con DM2 y la referencia de personas con obesidad grado III a Nutrición. Sin embargo, la mayoría de estos indicadores quedaron muy cerca del nivel del año 2019.

Por otra parte, la medida resumen construida también evidenció que los resultados del año 2023 fueron muy similares a los logrados institucionalmente en el 2019. Esto demuestra que el año 2023 cerró una etapa de equiparación tras el impacto de la pandemia y marca el inicio de una nueva etapa en la que es necesario retomar la ruta de la mejora continua.

Las brechas documentadas en relación con los resultados obtenidos deben ser motivo de análisis profundo por los distintos niveles de gestión, para identificar los principales determinantes y proponer medidas correctivas que atiendan las diversas situaciones relacionadas. Esto permitirá reducir las diferencias en los resultados entre los establecimientos del primer nivel de atención.

En cuanto a las metas institucionales planteadas para los indicadores de evaluación en el quinquenio 2019-2023, es importante resaltar que la mitad de ellas se alcanzaron o estuvieron bastante cerca de lo propuesto. Sin embargo, hubo tres resultados que se alejaron ampliamente de lo que se perseguía: abordaje de VDRL positivo en embarazadas, tratamiento de anemia en niños de 6 a menos de 24 meses y personas con obesidad grado III diagnosticadas. Estas intervenciones en salud representan una deuda importante con la población y requieren un seguimiento cercano a los resultados en el futuro inmediato.

Considerando lo expuesto, se concluye que la evaluación debe convertirse cada vez más en un insumo para el análisis de los factores asociados a los resultados en salud, ya que es ahí donde encuentra su razón de ser. Al aportar al sistema un entendimiento más claro de las relaciones que explican el comportamiento de los servicios de salud, los gestores podrán tomar medidas que efectivamente mejoren el acceso y la calidad de la atención.

Para que esto sea posible, es primordial que los tomadores de decisión se mantengan atentos a los resultados e incorporen su uso en la planificación y gestión por resultados de manera cotidiana. En esta coyuntura -el fin de un quinquenio y el inicio de uno nuevo- se abre una oportunidad para replantear las estrategias que no han sido efectivas, aprovechar al máximo las lecciones aprendidas y promover un renovado impulso en la consecución de las metas institucionales. Esto permitirá adaptar los servicios a las nuevas demandas en salud e impactar positivamente en la salud de la sociedad costarricense.

Contacto:

Dirección Compra de Servicios de Salud

Dirección Compra de Servicios de Salud - Inicio ([sharepoint.com](#))

Teléfono: 5239-0000 Ext.: 3809 o 3813

Dirección: Centro Corporativo Internacional, Barrio Don Bosco, Torre B, Piso 3