



Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y monitoreo 2020

*Los datos convertidos en información se
vuelven cruciales para la toma de decisiones
en tiempos de crisis*

GERENCIA MÉDICA
Dirección Compra de Servicios de Salud

WA525

C139inf Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud.

Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y monitoreo 2020 / Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud. - - San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2020.

98 páginas; ilustraciones; 21.6 x 28 centímetros.

ISBN: 978-9968-916-82-0

1. SERVICIOS DE SALUD. 2. ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
3. SALUD PÚBLICA. 4. ESTADISTICA. 4. COSTA RICA. 5.
COVID-19. 6. INFECCIONES RESPIRATORIAS. I. Título.

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2020.
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: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS) Av. 4, c 5 y 7, Piso 2, Ala este.

Reservados todos los derechos.

EDNASSS: una editorial al servicio de la salud y la seguridad social



Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y monitoreo 2020

Dedicado al personal de salud que ha perdido la vida enfrentando la COVID-19.

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación General:

Dra. Yahaira On Cubillo

Grupo Conductor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo
Licda. Marta Alguera Bolandi
MSc. Miriam León Solís

Grupo Ejecutor:

Dr. Armando Cortés Ruiz
MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez
Dr. Gustavo Madrigal Loría
Dr. José María Molina Granados
Dra. Lucía Quirós Ramírez
Dra. Marianella Víquez Garro
Dra. Mariela Tarancón Reyes
Dr. Marlon Lizano Muñoz
Dra. Neyskmi Vega Medrano
Dr. Paul Ernesto Araya Vega

Grupo Asesor:

MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada
Ing. Jean Carlo García González
MBA. Jennifer Mendoza Vega
Ing. Shirley Soto Alpízar

Grupo de Apoyo:

Licda. Aura Bautista Argueta
Secretaria. Bleydi Jessenia Obando Rodríguez
Secretaria. Cindy Cordero Araya
Secretaria. Laura Mercedes Rodríguez Corrales

Índice general

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 15 |
| Metodología de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) | 16 |
| Población atendida en el primer nivel de atención 2019 y 2020 | 23 |
| CCSS frente a los desafíos en la prevención de la morbimortalidad materno infantil en tiempos del COVID-19 | 28 |
| Diagnóstico y adecuado abordaje de la anemia en niños, panorama ante la pandemia del COVID-19 | 39 |
| La obesidad, epidemia que ha estado afectando a los costarricenses y la salud en el mundo | 44 |
| Hipertensión arterial: Hacia las metas del 2023 en el contexto de la pandemia por Covid-19 | 53 |
| La pandemia de COVID-19 interrumpe el progreso en la atención de la diabetes | 60 |
| Cobertura de citología cervicovaginal en el primer nivel de atención: un análisis a la luz de la pandemia por el Covid-19 | 66 |
| Cobertura de detección de cáncer de mama: definición de una línea base | 71 |
| Oportunidad de la primera atención especializada en los casos por sospecha de cáncer | 76 |
| Evaluación de la eficiencia en tiempos de pandemia ¿Nuevos paradigmas en materia de productividad? | 84 |
| Resumen de resultados del primer nivel de atención | 90 |

Índice de cuadros

Cuadro 1 CCSS: Cobertura^{1/} de atención de menores de un año, mujeres en periodo posparto y embarazadas por población atendida en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019 _____ **34**

Cuadro 2 CCSS: Captación de menores de un año, posparto y embarazadas por días y semanas en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019 _____ **35**

Cuadro 3 CCSS: Personas con diabetes mellitus tipo 2 que lograron el nivel óptimo por parámetro de control, según RIPSS, 2019 _____ **62**

Cuadro 4 CCSS: Casos revisados, evaluables y atendidos oportunamente por tipo de cáncer, año 2019 _____ **78**

Cuadro 5 CCSS: Demora para la primera atención especializada por rango en semanas según tipo de cáncer, año 2019 _____ **80**

Índice de gráficos

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1 CCSS: Población total atendida en el primer nivel de atención por año, 2018 - 2019 | 23 |
| Gráfico 2 CCSS: Población total atendida en el primer nivel de atención por sexo, 2019 | 24 |
| Gráfico 3 CCSS: Población total atendida en el primer nivel de atención por grupo de edad, 2019 | 25 |
| Gráfico 4 CCSS: Total de personas atendidas en el primer nivel de atención por mes. Enero a Agosto; 2019 - 2020 | 26 |
| Gráfico 5 CCSS: Tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses según RIPSS al 30 de junio, 2018-2020 | 40 |
| Gráfico 6 CCSS: Abordaje adecuado de niños de seis a menos de 24 meses con anemia según RIPSS, 2018-2019 | 41 |
| Gráfico 7 CCSS: Cobertura, prevalencia y meta de cobertura de hipertensión arterial en el primer nivel de atención según grupo etario, 2019 | 54 |
| Gráfico 8 CCSS: Cobertura de personas con hipertensión arterial por RIPSS según grupo etario, 2019. | 55 |
| Gráfico 9 CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial por grupo etario según RIPSS, 2019. | 56 |
| Gráfico 10 CCSS: Total de consultas a personas con hipertensión arterial en el primer nivel de atención en salud según modalidad, enero a julio 2019 - 2020. | 57 |

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 11 CCSS: Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus tipo 2, según RIPSS, 2019 | 61 |
| Gráfico 12 CCSS: Total de mujeres con citología cervicovaginal en el primer nivel de atención por grupo de edad. Enero a junio, 2018, 2019, 2020. | 67 |
| Gráfico 13 CCSS: Total de mujeres con citología cervicovaginal en el primer nivel de atención por mes y grupo de edad, RIPSS Central Sur. Marzo a junio, 2020. | 68 |
| Gráfico 14 CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 20-34 y 35-64 años, según RIPSS, bienio 2018- 2019. | 69 |
| Gráfico 15 CCSS: Centros con registro de casos sospechosos por tipo de cáncer según tipo de centro, año 2019 | 78 |
| Gráfico 16 CCSS: Casos evaluables y oportunidad en la atención por tipo de cáncer, año 2019 | 79 |
| Gráfico 17 CCSS: Demora para la primera atención en la consulta de colposcopia, año 2019 | 80 |

Índice de figuras

| | |
|---|-----------|
| Figura 1 CCSS: Cálculo de cobertura de personas con HTA en el primer nivel de atención de la CCSS, 2019. | 53 |
| Figura 2 CCSS: Porcentaje de personas diabéticas atendidas óptimamente controladas, 2019 | 62 |
| Figura 3 CCSS: Efectos de la pandemia sobre la calidad el control de las personas diabéticas. | 63 |
| Figura 4 CCSS: Número de mujeres con mamografía realizada según RIPSS, 2018 – 2019. | 73 |
| Figura 5 CCSS: Cobertura de detección de cáncer de mama con mamografía en mujeres de 45 a 70 años según RIPSS, 2018 – 2019 | 74 |
| Figura 6 CCSS: Casos no medibles por tipo de cáncer, año 2019 | 81 |
| Figura 7 CCSS: Diagnósticos de referencia por tipo de cáncer, año 2019 | 81 |
| Figura 8 CCSS: Distribución de los indicadores de eficiencia de las áreas de salud por indicador, 2019 | 86 |
| Figura 9 CCSS: Indicadores de eficiencia por RIPSS y grupo profesional, 2019 | 87 |

Índice de anexos

| | |
|--|-----------|
| Anexo 1 Clasificación del estado nutricional según IMC | 50 |
| Anexo 2. Metodología para la identificación de la población con un IMC $\geq 40,0$ kg/m², a quienes se les consignó el diagnóstico de obesidad | 51 |
| Anexo 3. Metodología para la selección de la población con diagnóstico de obesidad y un IMC $\geq 40,0$ kg/m², que fueron referidas a Nutrición | 52 |
| Anexo 4. EPSS: Distribución de los indicadores de eficiencia de las áreas de salud 2019, por grupo profesional y por RIPSS | 89 |
| Anexo 5. Resumen de resultados de la EPSS del primer nivel según RIPSS, 2019 | 94 |
| Anexo 6. Comparación del resumen de resultados de dos áreas de salud, 2019 | 96 |

Lista de acrónimos, siglas y símbolos

| | |
|---------------|---|
| AES | Área de Estadística en 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 |
| DM | Diabetes Mellitus |
| 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 |
| OMS | Organización Mundial de la 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

El año 2020 ha impuesto el reto más grande para la Caja Costarricense de Seguro Social desde sus inicios, a través de la COVID-19.

En medio de esta emergencia sanitaria mundial que enfrentamos, la institución continúa dando su máximo esfuerzo para proteger la salud de la población y proveer un cuidado apropiado, a través de la prestación de servicios de salud en un ambiente seguro y acogiendo a las políticas sanitarias existentes.

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud en el primer, segundo y tercer nivel de atención se ha implementado en este contexto, y por ello se ha enfocado en el análisis de los resultados considerando la afectación en la prestación de los servicios de salud sufrida por la adecuación efectuada para la atención de la pandemia.

Dentro de las lecciones aprendidas que ha dejado este proceso, se encuentra el hecho de que no todo ha sido negativo. Hay aspectos positivos que es necesario rescatar, como ha sido la capacidad de la institución de reaccionar de forma ágil para organizarse y adaptarse para afrontar los cambios.

Muestra de ello es el gran trabajo que realiza el personal de salud de la institución día con día, el cual se ve plasmado en los resultados de la evaluación que realizamos, donde se observa que, pese a la incertidumbre y a la vulnerabilidad humana, ha imperado el compromiso y la solidaridad.

El presente informe recopila parte de este esfuerzo, aportando así “un granito de arena” para la gestión de los servicios a partir de la toma informada de decisiones, en pro de la mejora continua, para la atención y conservación de la salud de la población.

Metodología de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS)

La evaluación de la prestación de servicios de salud del año 2019 (EPSS_2019) se realizó en las 106 áreas de salud existentes. Se evaluaron 22 indicadores en total, de los cuales nueve corresponden a coberturas de atención y el resto a control óptimo o a abordaje adecuado, según corresponda.

Esta evaluación se caracterizó por implementar dos modalidades de evaluación: una por medio de muestreo aleatorio y otra de manera automatizada, a partir de la revisión del total de personas atendidas en el año que cuentan con un registro en el EDUS, denominado de ahora en adelante “universo”. Algunos indicadores fueron evaluados mediante las dos modalidades.

Los indicadores evaluados por “universo” fueron los siguientes: Porcentaje de menores de un año con captación temprana, Porcentaje de embarazadas con captación temprana, Porcentaje de mujeres en período posparto con captación temprana, Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 20 a 64 años con control óptimo de presión arterial, Porcentaje de personas con hipertensión arterial de 65 años y más con control óptimo de presión arterial, Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control óptimo de la presión arterial y Porcentaje de embarazadas con manejo adecuado de la serología VDRL positiva.

Cabe señalar que solo para el indicador Porcentaje de menores de un año con captación temprana, se logró contar el universo del 100 % de los niños atendidos en las áreas de salud. En los otros indicadores algunos registros quedaron sin dato o con valores considerados como no válidos, a pesar de los esfuerzos para completarlos. En estos casos el cálculo de los indicadores se hizo a partir de los registros con datos completos y válidos.

El indicador Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina, se evaluó por universo en aproximadamente el 36 % de las áreas de salud; mientras que los indicadores Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la infección por sífilis, se evaluó por universo en un 32 % de las unidades. En el caso del indicador Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia, se requirió revisar el total de casos en aproximadamente el 28 % de las áreas de salud.

En las áreas de salud Escazú, Santa Ana y San Francisco-San Antonio, no fue posible completar la información del “universo” en la mayoría de los indicadores, por no tener registros en el EDUS y ser imposible obtenerlos desde sus sistemas de información

según el reporte de estas; razón por la cual fue necesario trabajar con los datos recolectados por medio de muestreo.

Para efectos de análisis y comparación de los resultados de la evaluación por “universo”, se usó la misma metodología para todas las áreas de salud; sin embargo, para las unidades administradas por terceros se tuvo que entregar una evaluación utilizando muestreo, con el propósito de tener la calificación requerida como parte de su contrato. Para cumplir con este objetivo fue necesario generar muestras representativas de los universos.

Todas estas particularidades del proceso de recolección de datos requirieron el uso de distintas técnicas para el manejo y el procesamiento de “datos masivos”, y conllevaron una serie de pasos adicionales y esfuerzo multidisciplinario en comparación con años anteriores, abocados a incorporar toda la información que se encuentra disponible en el EDUS, lo cual permitió alcanzar resultados similares a los obtenidos históricamente mediante muestreo. Asimismo, fue necesario incursionar en alternativas y ajustes para realizar la estimación de los datos a nivel de RIPSS y totales de la institución.

Lograr la evaluación del universo en algunos indicadores es producto de una serie de análisis y revisiones previas para validar los registros del EDUS e identificar las razones de las diferencias en los resultados respecto al comportamiento histórico mostrado en las evaluaciones que se realizaron por muestreo. Razones por las cuales no todos los indicadores pudieron evaluarse por medio de esta modalidad.

Por otra parte, permitió, además, validar las inferencias realizadas en años anteriores y plantearse nuevas alternativas de recolección de datos que conlleven a resultados más oportunos.

Fuente de datos

La principal fuente de datos para la EPSS_2019 es el EDUS. De este se obtuvieron los datos de las consultas y los laboratorios, cuando había registro de estos.

Para aquellos casos que no tenían un resultado de laboratorio en el EDUS, se usó como fuente el dato registrado en los sistemas de laboratorio LABCORE e INFINITY, según se utilicen en cada área de salud.

En las ocho áreas de salud que no tienen implementado el EDUS, se utilizaron los listados aportados por ellos, los cuales provenían de los sistemas con los que se contaba al momento de la evaluación.

Determinación de la población (universo)

La población de interés para cada uno de los indicadores a evaluar es diferente y está constituida por todas aquellas personas atendidas en el primer nivel de atención durante el año 2019.

Para cada indicador, el total de personas se estimó a partir de las consultas de primera vez en el año, por área de salud, cuyo listado se obtuvo por medio de un CUBO EDUS diseñado para tal fin. Inicialmente, se depuraron a lo interno para eliminar todos aquellos registros duplicados o con alguna inconsistencia. Seguido, se agruparon en un solo listado para toda la institución (agregando además los listados proporcionados por las áreas de salud que no cuentan con EDUS). Unidos los listados de las 106 áreas de salud, se hizo una segunda depuración, dejando solo las primeras consultas de todas aquellas personas que aparecían más de una vez en el “universo”. Los casos que evidenciaron consultar en diferentes áreas de salud fueron incluidos en el listado del área que les brindó la primera atención en el año. El fin de esta depuración era contar con una estimación más precisa del número de personas que utilizaron los servicios de salud en el periodo evaluado.

Los universos para cada indicador quedaron conformados de la siguiente manera:

- Para la determinación del porcentaje general de atención: **2 415 251** personas.
- Personas de 20 años y más con HTA: **561 028** para el cálculo de las coberturas y **544 841** para la revisión del control óptimo.
- Personas de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2: **236 143** personas para todos los indicadores.
- Para la evaluación de las embarazadas: **60 158** mujeres para todos los indicadores.
- Para la evaluación de las mujeres en período posparto: **56 793** mujeres para todos los indicadores.
- Para la evaluación de los menores de un año: **63 040** niños para todos los indicadores.
- Abordaje de VDRL positivo: **655** embarazadas con serología positiva.
- Tamizaje de hemoglobina en niños de seis a menos de 24 meses: **115 384** niños.
- Tratamiento de la anemia: **18 311** niños de seis a menos de 24 meses de edad con diagnóstico.
- Mujeres con citología cervicovaginal: **506 745** mujeres de 20 a 64 años de edad.

Por otra parte, para el cálculo de las coberturas se utilizaron como datos de nacimientos los reportados por la Dirección de Planificación Actuarial: **64 287** niños.

Muestreo

La determinación del tamaño de las muestras se hizo por medio de un muestreo simple al azar, usando un nivel de confianza del 90 % y un margen de error del 10 %, utilizando para la estimación de la varianza y de los porcentajes de expedientes “no evaluables” los resultados obtenidos el año anterior en cada indicador.

Por medio de muestras se evaluaron los siguientes indicadores: Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina, Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia, Porcentaje de

embarazadas con detección oportuna de la infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la infección por sífilis, Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control glicémico óptimo y Porcentaje de personas atendidas por diabetes mellitus tipo 2 con control lipídico óptimo.

En estos indicadores, los errores de muestreo se mantuvieron dentro de los rangos esperados (menor al 10 %); sin embargo, hubo algunos casos en los que este porcentaje se superó. Los indicadores en donde esto sucedió con mayor frecuencia son: Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina, en donde 10 unidades excedieron el porcentaje máximo de error, y Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia, en donde ocho unidades excedieron dicho porcentaje.

Los resultados por unidad evidenciaron que nueve unidades excedieron el error en un indicador, siete en dos indicadores y dos unidades superaron el error de muestreo en tres indicadores.

En cuanto a los porcentajes de expedientes “no evaluables”, se tiene que de los 21 028 expedientes revisados por medio de muestreo, 759 fueron clasificados como “no evaluables”, lo que representa aproximadamente un 4 %. Si se ven los resultados por indicador, esta cantidad estaría concentrada principalmente en los mismos dos indicadores en los que se obtuvieron errores de muestreo mayores al 10 %: Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina y Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia, en donde inclusive hay áreas de salud con una tasa de no respuesta del 30 %, aunque ya había sido incrementado el tamaño de la muestra en dicho porcentaje, por lo que no influyó en la obtención de resultados válidos para estas unidades.

Una de las bondades de evaluar por “universo”, es poder hacer las estimaciones reduciendo a cero los errores de muestreo y anular las tasas de no respuesta. Razón por la cual se seguirá buscando cada vez con mayor frecuencia aumentar las evaluaciones mediante esta modalidad.

Instrumentos de recolección

Para la recolección de datos de los indicadores evaluados por muestreo, se utilizaron las mismas herramientas del año anterior, diseñadas en Microsoft Excel. Estas herramientas asignan el valor de uno cuando el expediente cumple con todos los criterios evaluados y cero cuando esto no es así.

Con base en estos valores se calcula un resultado para cada unidad, denominado “porcentaje de cumplimiento”, que corresponde al producto de la suma de todos los registros que se calificaron con un uno, dividido entre el total de expedientes evaluados, multiplicado por 100.

Depuración de los listados y revisión de la calidad de los registros

La determinación de las poblaciones de interés para la evaluación de todos los indicadores, así como la revisión de los datos para garantizar su calidad, es un proceso que requiere de gran atención y de un esfuerzo multidisciplinario. Este proceso, al igual que el año anterior, se desarrolló en dos etapas: la primera, previo a la selección de las muestras, como parte de la depuración de marcos muestrales, siendo diferente por indicador; y la segunda, al final de la etapa de recolección de datos.

Para todos los indicadores evaluados se necesitan diversas depuraciones para determinar la población de interés: por sexo, por rango de edad, según el indicador, además de eliminar las consultas duplicadas por número de identificación, así como por nombre y fecha de nacimiento. Este año se desarrolló una rutina automatizada que permitió hacer una mayor y mejor depuración de los casos que aparecían más de una vez en los listados.

Asimismo, al terminarse la etapa de recolección de los datos, todos los formularios llenos se sometieron a una primera etapa de revisión y crítica, realizada por un estadístico, lográndose la consistencia de los datos y la identificación de variables con datos vacíos o fuera de rango. Seguidamente, todas las bases consolidadas, y con una primera exploración, fueron revisadas por el médico evaluador responsable del indicador. En ambos casos se analizaron las inconsistencias y se corrigieron cuando fue posible.

Por otro lado, posterior a la etapa de recolección de datos, para los indicadores evaluados por universo se realizaron modificaciones y depuraciones adicionales al listado, en los casos en los que esto fue necesario.

En general, es importante tener presente que las depuraciones iniciales para llegar a la determinación de la población de interés varían por indicador, tal como se detalla a continuación.

Cobertura y porcentaje de menores de un año con captación temprana

Los niños menores de un año corresponden a nacimientos en el año 2019 y algunos a nacimientos en el año 2018; por esta razón, se debió efectuar una comparación de los listados de ambos años, para restar de la población a evaluar en el año 2019 todos aquellos niños con consultas en ambos años, ya que fueron evaluados en la población del año 2018.

Cobertura y porcentaje de embarazadas con captación temprana

Para la determinación de esta población, igual que para la de menores de un año, se realizó una depuración inicial de los casos que tuvieron la captación en el año anterior, comparando los listados de ambos años (2018-2019). Posteriormente, se procedió a completar de forma manual todas las fechas de última regla (FUR) que no tenían dato en el EDUS, lográndose completar así un total de 6 597 (97 %) de los datos faltantes,

quedando pendientes solo 170 casos, en los que no fue posible completar la información. Esto se hizo en todas las áreas de salud, a excepción de dos de las administradas por terceros. Para completar las fechas se recurrió a la revisión exhaustiva de los casos en el SIES.

De igual manera, para completar los datos de laboratorios no disponibles, se exportó el total de pruebas serológicas de VDRL y VIH disponibles en los sistemas de información de laboratorio clínico (LABCORE e INFINITY).

Cobertura y porcentaje de mujeres en periodo posparto con captación temprana

Para este indicador también se hizo una comparación de los listados 2018 y 2019, eliminando las mujeres que tenían registro en ambos años, después de verificar que no correspondieran a pospartos diferentes. Similar a la captación de embarazadas, para la evaluación de este indicador se generaron los listados mediante el cubo DCSS-EPSS del EDUS. Debido a que no todos los registros contaban con el dato de fecha de parto, se procedió a completar de forma manual todas las fechas que no estaban disponibles; en total, se buscaron y completaron 16 537 registros (29 % del universo), esto para disponer del 100 % de las mujeres en posparto atendidas y lograr así la evaluación del universo. Para completar las fechas se recurrió a la revisión exhaustiva de los casos en el SIES y en el Tribunal Supremo de Elecciones, cuando fue necesario.

Cobertura y control óptimo de las personas de 20 años y más con hipertensión arterial

Los listados para la evaluación de estos indicadores fueron generados por medio de un reporte EDUS (que incluye el código CIE-10 = I10X). Igual que los indicadores anteriores, se sometieron a una serie de depuraciones. Inicialmente, se eliminaron todos los registros que aparecieron más de una vez en el listado, depurando por número de identificación, nombre y fecha de nacimiento. Luego, se hizo la identificación de las primeras consultas de cada persona y se usó este dato para la determinación de las coberturas (asignando ese caso a la unidad programática y a la RIPSS en la que se brindó esa primera atención en el año). Por otro lado, para la evaluación del control óptimo de la presión arterial se realizaron otras depuraciones (asignando ese caso a la unidad programática y a la RIPSS en la que se brindó esa última atención en el año) y se revisaron los datos de las últimas atenciones recibidas. Como parte de esta depuración, se excluyeron todos los registros sin algún dato de la presión arterial y cuyo registro estaba en EDUS/SIAC; también se excluyeron los registros no válidos o inconsistentes: registros con un dato de $0 < PAS < 50$ mmHg o un dato de $0 < PAD < 40$ mmHg. Por otra parte, se tomó como no control óptimo los registros con presión arterial igual a cero en EDUS/SIES.

Resto de los indicadores

Para el resto de los indicadores, se generaron los listados y se depuraron eliminando todos aquellos casos que se identificaron como repetidos, ya sea por contar con el mismo número de identificación, el mismo nombre o la misma fecha de nacimiento, entre otros.

Estimación del dato por RIPSS e institucional

Partiendo de los resultados de la evaluación de todas las áreas de salud, se hizo una estimación del dato por RIPSS y otro a nivel institucional, cuyo método varió según la modalidad de evaluación. En los casos evaluados por “universo”, la estimación del dato por RIPSS se obtuvo mediante el promedio simple de todos los casos de las áreas de salud correspondientes a una RIPSS determinada. Para los indicadores evaluados por muestreo, la estimación se hizo con un promedio ponderado, en donde a cada indicador y a cada área de salud se le calculó un ponderador a partir del total de consultas en la población y las de la muestra. Para los indicadores que contemplaron la combinación de las dos modalidades, se recurrió a la selección de una muestra representativa del “universo”, con el propósito de lograr una mejor estimación del valor por RIPSS, usando la misma metodología: suma ponderada de los datos correspondientes a las áreas de salud que la conforman.

Para el cálculo de la cobertura de personas con diabetes mellitus tipo 2, se realizó un ajuste a las consultas iniciales, porque el muestreo evidenció casos que no correspondían al indicador. Este ajuste se efectuó restándole al total de consultas iniciales el porcentaje de expedientes identificado en la muestra que no pertenecían al indicador o que eran duplicados. En cuanto al indicador de control de presión arterial en personas con diabetes mellitus, el “universo” está conformado por 103 áreas de salud, por lo que para obtener la estimación del control óptimo promedio por RIPSS fue necesario hacer el cálculo agregando las áreas restantes, utilizando un ponderador.

De manera similar, para el indicador que evalúa la captación temprana de las embarazadas, el “universo” estuvo conformado por 104 áreas de salud, razón por la cual para las estimaciones de las captaciones promedio por RIPSS se sumó la información obtenida en las dos unidades restantes, utilizando un ponderador para agregarlas.

También para los indicadores que evalúan el control óptimo de la persona con hipertensión arterial, tres áreas de salud no formaron parte del “universo” y esto hizo que se tuviera que calcular un ponderador para determinar el resultado por RIPSS.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2016*. CCSS.

Población atendida en el primer nivel de atención 2019 y 2020

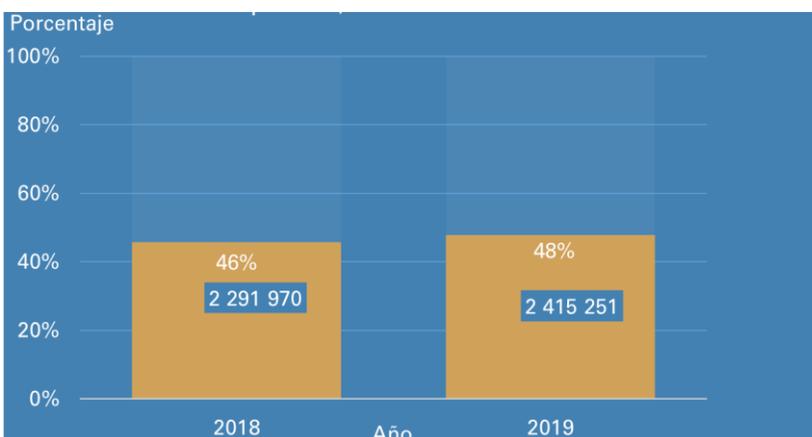
La medición de la proporción de la población que tiene acceso al primer nivel de atención constituye una medida importante para la planificación de la atención primaria en salud en el ámbito institucional. Con ese propósito se extrajeron del EDUS los datos del total de personas atendidas en el primer nivel de atención de la CCSS durante el año 2019. Los criterios de selección fueron: que pertenecieran a los servicios de Medicina o Enfermería; y a las especialidades de Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Paliativa, Medicina del Dolor u Obstetricia. Asimismo, se incluyeron las variables: sexo, grupos de edad y Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud. Los datos de población se obtuvieron de las pirámides poblacionales publicadas por la Dirección Actuarial y Económica de la institución.

Para el año 2020 y con el objetivo de describir la afectación de los servicios por la atención a la pandemia por Covid-19, se utilizó la misma metodología de extracción de consultas, específicamente para el periodo de enero a agosto de los años 2017, 2018, 2019 y 2020. Para mantener la comparabilidad de los datos, se excluyeron las áreas de salud de contratación externas que para el año 2020 aún no reflejan su producción de consultas en el EDUS. La cuantificación de las consultas dadas por medios alterativos se hizo con el Cubo de Consulta Externa, utilizando la variable “tipo de consulta” y la categoría “medios alternativos”.

Los resultados muestran que en el año 2019 se brindó atención a 123 mil personas más que en el año 2018, lo que representa un aumento de dos puntos porcentuales, considerando el crecimiento en el tamaño de la población total de país para ese año, que pasó de 5 003 393 a 5 057 999 habitantes, según la Dirección Actuarial y Económica.

El esfuerzo institucional por mejorar el acceso a los servicios del primer nivel de atención se refleja en ese crecimiento interanual, que es posible gracias al compromiso de las unidades por captar y atender a un mayor número de personas cada año, implementando estrategias de optimización, tales como la atención conjunta de las mujeres en posparto y los niños recién nacidos, la

Gráfico 1
CCSS: Población total atendida en el primer nivel de atención por año, 2018 - 2019



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

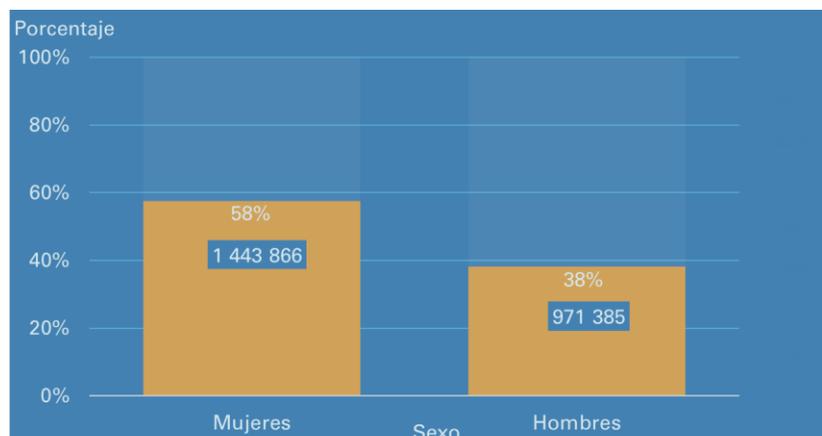
atención en modalidad grupal, la visita a poblaciones cautivas en centros educativos, lugares de trabajo, residencias de adultos mayores, entre otras.

Es importante destacar, además, que para el año 2019 se conformaron cinco nuevos Ebáis, alcanzando un total de 1 053. Esto sin duda constituye una verdadera oportunidad para mejorar el acceso de la población al primer nivel de atención, especialmente cuando vienen a reforzar el cuidado de la salud en lugares donde la población por Ebáis supera los 4 000 habitantes.

Por otra parte, se debe señalar que, además de la atención en el primer nivel, la CCSS tiene en control a personas en el segundo y en el tercer nivel de atención, algunas de las cuales no se ven reflejadas en los datos mostrados, porque se han atendido temporalmente de manera exclusiva en esos niveles. Asimismo, se debe mencionar que financia parte de la atención en las modalidades de medicina mixta y de empresa, que tampoco son contabilizadas aquí.

Los resultados según sexo indican que la proporción de mujeres atendidas en el primer nivel de atención es mayor que la de los hombres, con una diferencia de 20 puntos porcentuales. Sin embargo, esta diferencia no es igual en todos los grupos de edad: en la población infantil es mínima; mientras que en la población adolescente la diferencia a favor de las mujeres es de 13 puntos porcentuales; en la adulta de 27; y en la adulta mayor de nueve.

Gráfico 2
CCSS: Población total atendida en el primer nivel de atención por sexo, 2019

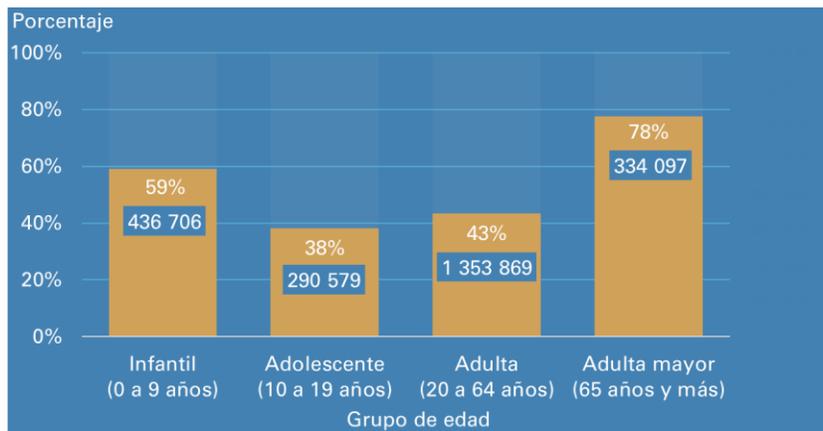


Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019.

Tales diferencias probablemente están explicadas por la amplia cobertura de los programas de atención integral a las mujeres embarazadas y en posparto, planificación familiar y tamizaje de cáncer cervicouterino. Asimismo, este resultado podría estar reflejando concepciones de masculinidad en las que el cuidado de la salud no es un rol interiorizado por una parte de los hombres y la necesidad de incorporar modalidades de atención alternativas que faciliten el acceso de la población masculina.

Entre la población adulta mayor, solo dos de cada 10 no recibieron servicios de salud en el primer nivel de atención en el año 2019, lo que demuestra que la mayor parte de esta población, calificada como vulnerable, efectivamente está recibiendo cuidados en salud. Al respecto, cabe señalar que en el último año se atendieron 7 570 adultos mayores más que en el año 2018; sin embargo, el porcentaje de adultos

Gráfico 3
CCSS: Población total atendida en el primer nivel de atención por grupo de edad, 2019



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

mayores atendidos disminuyó en dos puntos porcentuales, esto debido al envejecimiento poblacional del país, que para el 2019 registró 21 mil nuevos adultos mayores.

Por otro lado, se hace necesario reflexionar acerca de la población adolescente y adulta, dentro de la cual aproximadamente seis de cada 10 no utilizaron los servicios, lo que podría estar alertando sobre la necesidad de desarrollar programas de promoción de la salud capaces de llegar a esta población en especial.

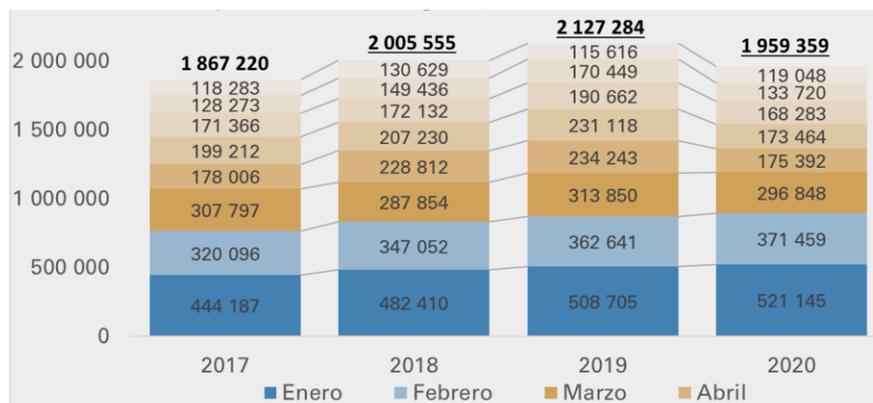
En lo que respecta a la proporción de personas atendidas en todas las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), destaca un aumento del año 2018 al 2019, lo que demuestra que hay un esfuerzo de todo el primer nivel institucional por mejorar el acceso. Entre ellas, la Huetar Norte y la Central Sur son las que lograron un mayor avance interanual y porcentajes más altos, las dos por arriba del 50 %. Por su parte, las RIPSS Brunca y Chorotega no lograron superar el 45 %.

A pesar de que todas las RIPSS mostraron un incremento en el porcentaje de población atendida, hay diferencias a considerar entre ellas; la principal se da entre la Huetar Norte y la Chorotega, que es de 10 puntos porcentuales. Entre estas no se encuentra una diferencia importante en el número de habitantes por Ebáis, pero sí en el número de Puestos de Visita Periódica (PVP), que es de 32 y 159, respectivamente. Esto podría ser una de las variables asociadas a estos resultados, por cuanto la atención en estos sitios requiere de desplazamientos constantes, lo que limita el tiempo disponible para la atención de las personas.

Afectación a agosto 2020

En marzo de 2020 inició en Costa Rica la atención de la pandemia por Covid-19, tras el reporte del primer caso, y aunque la institución ya venía preparándose desde semanas atrás para dar una respuesta adecuada, fue hasta este momento en que se concretó la amenaza en el país. Con ello vino la suspensión parcial de la consulta programada, con el fin de no exponer a la población y enfocarse en la atención de la pandemia. Considerando esta coyuntura, y con el propósito de medir la afectación en la cantidad de población atendida en el primer nivel de atención, se obtuvo el número de personas atendidas a agosto en los años 2017, 2018 y 2019, y se comparó con el número de personas atendidas a agosto 2020.

Gráfico 4
CCSS: Total de personas atendidas en el primer nivel de atención por mes. Enero a Agosto; 2019 - 2020



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

Los datos de los primeros meses del 2020 muestran un incremento en relación con los años anteriores, pero a partir de marzo las cifras fueron disminuyendo progresivamente, llegando a ser de marzo a junio incluso inferiores a las de esos mismos meses de 2017. A partir de ese momento se da una inflexión en el comportamiento, mostrando para el mes de agosto un total superior al de agosto 2019. La disminución total de personas atendidas a agosto del 2020, con respecto a las de agosto 2019, fue de 168 mil.

Por sexo, se encuentra que las proporciones se mantienen entre los años; sin embargo, la disminución a mayo de 2020 representó 41 mil hombres y 65 mil mujeres menos en relación con el año 2019.

En la distribución por grupos de edad de la población atendida en el 2020, se observa una disminución de tres puntos porcentuales en el grupo de 0 a 9 años con relación al histórico de los años anteriores, que en términos absolutos representa 56 mil niños menos que en el 2019. Por el contrario, la proporción de adultos mayores y su número absoluto se incrementaron.

Modalidades alternativas de atención

Como parte de la reorganización de los servicios de salud en el primer nivel para la atención de la pandemia, se implementó la modalidad de consultas telefónicas y por

videoconferencia, como una forma de dar seguimiento a las personas en el cuidado de la salud y en el tratamiento de sus enfermedades crónicas, preservando el distanciamiento social. Ante esta nueva forma de atención, el Área de Estadística en Salud (AES) definió en marzo del 2020 que su registro se englobaría en una categoría denominada “consultas por medios alternativos”.

La sustitución de consultas presenciales por esta nueva modalidad creció rápidamente de marzo a abril, con un aumento de más de 100 mil consultas para ese periodo; y continuó creciendo al mes de agosto (195 975), como parte de las medidas adoptadas por la institución por la alerta sanitaria.

Sin embargo, su implementación no ha sido homogénea entre las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS); por un lado, se tiene que la Pacífico Central, la Huetar Atlántica y la Central Norte han sustituido a agosto un poco más del 35 % de sus consultas presenciales, utilizando medios alternativos; mientras que, por otro lado, la RIPSS Brunca únicamente ha sustituido el 14 % y la Chorotega el 9 %.

Autoría:

Realizado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Colaboradores:

Equipo de Estadística e Informática, DCSS

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

CCSS frente a los desafíos en la prevención de la morbilidad materno infantil en tiempos del COVID-19

La puesta en marcha en 2017 del “Modelo de atención calificada del embarazo, parto, posparto centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades institucionales”, le permite a la CCSS implementar intervenciones para el fortalecimiento de maternidades sin riesgo y nacimientos seguros (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2017, pág. 7).

Esta iniciativa promueve el trabajo de equipo, interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, para una respuesta adecuada, mediante la cual se facilita el acceso oportuno a servicios de calidad, para la prevención de la morbilidad materno infantil de la población.

Por otra parte, la incorporación de tecnologías de información y comunicación, como el EDUS, le permiten a la institución trazar la información de forma ágil y segura, ampliando así la oportunidad de identificar las determinantes del acceso a los servicios y el seguimiento de situaciones complejas o de riesgo.

De tal manera, la articulación de un modelo de atención calificada más la incorporación de tecnologías de información se constituyen en una clave esencial, que pudo haber favorecido el acceso y el seguimiento de la población materno infantil en el primer nivel durante el 2019; lo cual se evidencia en los resultados de la Evaluación de la Prestación Servicios de Salud (EPSS) de este periodo y trasciende en los alcances para el 2020, año en que la OMS declara pandemia mundial por COVID-19.

Cabe señalar que tal situación no es ajena a la realidad que enfrenta Costa Rica desde el 06 de marzo del 2020, cuando los servicios de atención de la CCSS registraron el primer caso positivo por esta enfermedad y se establecieron las líneas de acción institucionales orientadas a mitigar los efectos del virus y mantener la continuidad de la atención en los servicios esenciales, tales como la salud materno neonatal.

Considerando este contexto, en el presente informe se realiza un análisis comparativo de los alcances evidenciados en los registros EDUS entre el 06 de marzo y el 30 junio del 2019 y 2020; con el propósito de identificar los posibles efectos de la atención de la pandemia en el acceso y la continuidad en los servicios del primer nivel de la población en periodo neonatal, posnatal y gestante.

Además, se describen los resultados en los indicadores de acceso y continuidad de la atención de esta población durante el 2019, en el marco de la EPSS 2019-2023.

Aspectos metodológicos

Para obtener el total de personas que recibieron atención de primera vez en la vida en la población de menores de un año y de primera vez en el periodo posnatal y gestante, de las áreas del primer nivel de atención de la CCSS se exportó la información del año 2019 registrada en el Expediente Único en Salud (EDUS), utilizando el Cubo DCSS/EPSS, diseñado para la Dirección Compra de Servicios de Salud, para este fin.

Las áreas de salud administradas por proveedores externos facilitaron la información correspondiente. Tras este proceso, se unificaron las bases de información y se realizó la búsqueda del total de fechas de última regla y fechas de parto, para completar el total de los criterios para la evaluación del universo de estos grupos poblacionales.

De forma conjunta, se exportó el total de pruebas serológicas de VDRL y VIH disponibles en los sistemas de información de laboratorio clínico, para complementar el total de reportes registrados en EDUS para el mismo periodo.

Posteriormente, se describieron los resultados de los indicadores de acceso y continuidad de la atención de esta población durante el 2019, en el marco de la EPSS 2019-2023, donde el criterio de evaluación con respecto al acceso temprano a los servicios del primer nivel no es comparable con los utilizados en el quinquenio 2014-2018.

Para los alcances en cobertura, las poblaciones corresponden al universo de las atenciones entre el total de nacimientos publicados por la Dirección Actuarial y Económica de la institución.

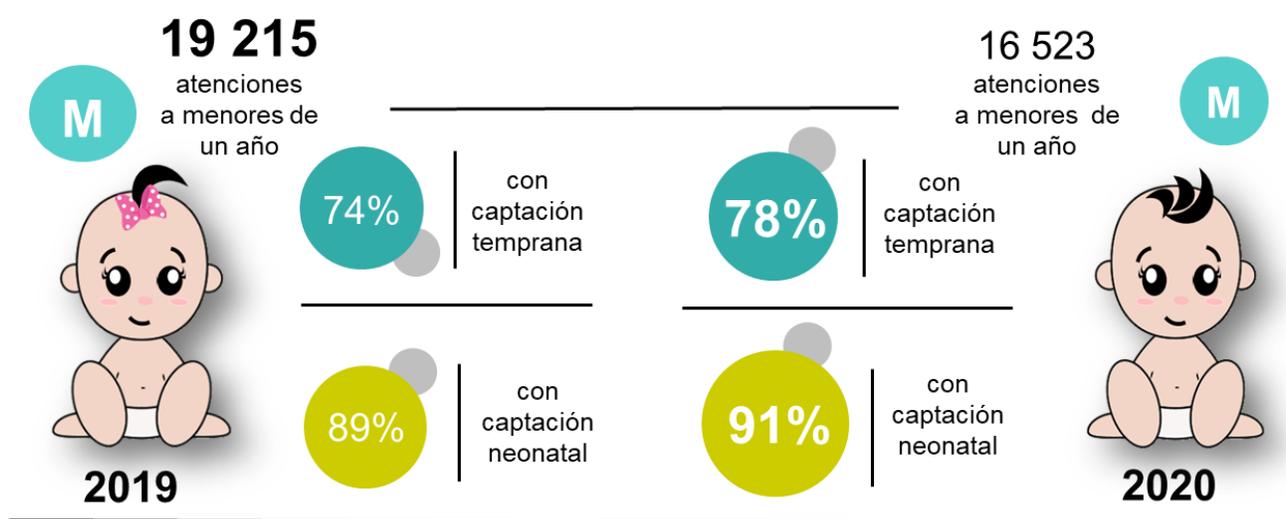
Para el análisis comparativo de la posible afectación del acceso a los servicios por causa de la atención de la pandemia por COVID-19, se utilizó el mismo procedimiento descrito de exportación de la información desde los sistemas EDUS y de laboratorio clínico, específicamente para el periodo del 06 de marzo al 30 junio del 2019 y 2020. Para mantener la comparabilidad de los datos, se excluyeron las áreas de salud de contratación externas, que para el año 2020 aún no reflejan su producción de consultas en el EDUS.

Además, para determinar la oportunidad en el acceso durante el periodo gestante y posnatal, se consideraron las atenciones que registraron la fecha de parto o la fecha de última regla, criterios indispensables para establecer los días o semanas de gestación al inicio del control correspondiente.

Resultados comparativos en el acceso de la población en periodo neonatal, posnatal y gestante al primer nivel de atención en tiempos de COVID-19

Los datos que se detallan a continuación están enfocados en resultados institucionales, ya que el grado de afectación de la pandemia en este periodo no presenta mayores variaciones a lo interno de las redes integradas de prestación de servicios de salud (RIPSS) o de las distintas unidades que las conforman.

De esta manera, al comparar el total de consultas de primera vez en la vida de la población de menores en el primer nivel de atención, se evidencia una disminución del 14 % de un año a otro, asociado a un aumento de cuatro puntos porcentuales en el acceso durante los primeros ocho días del recién nacido y de dos puntos en los primeros 28 días del periodo neonatal.

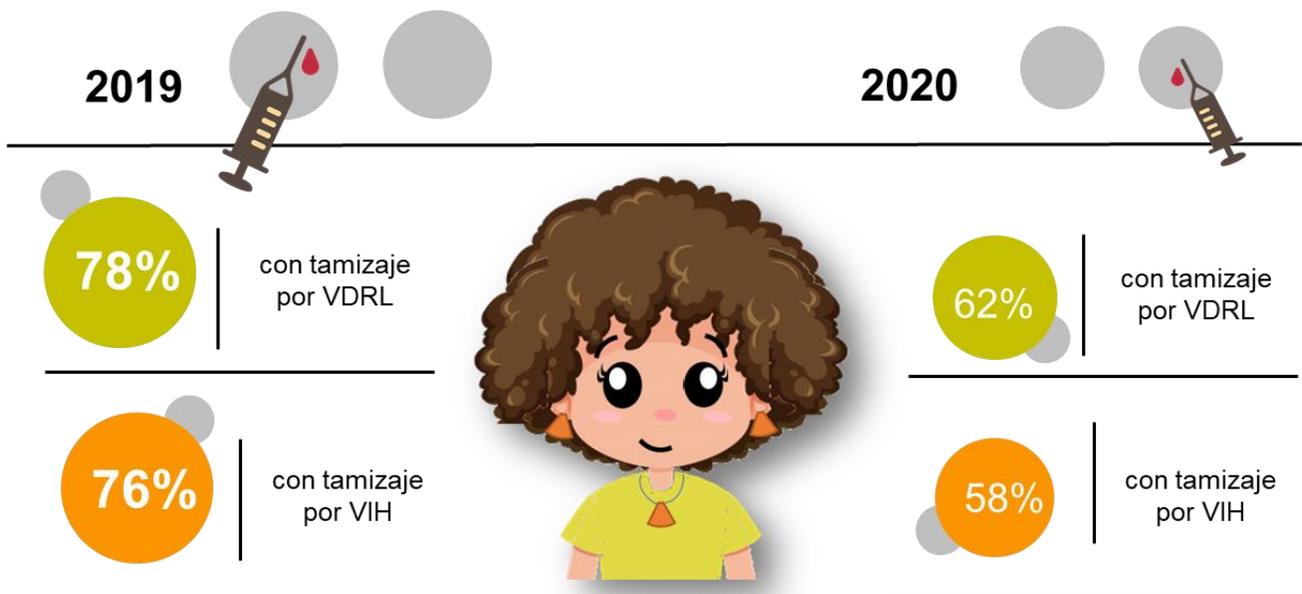


Tal comportamiento es semejante al que se registra en las consultas de la población de mujeres en periodo posparto y gestantes, donde se documenta un descenso del 10 % en el total de atenciones para ambas poblaciones.

Con respecto al acceso de estos dos grupos poblacionales, los resultados muestran un aumento de cuatro puntos porcentuales para las mujeres en periodo posparto en sus primeros ocho días y de un punto para las embarazadas en las primeras 13 semanas de gestación.



Por el contrario, los resultados en la detección temprana de las mujeres con riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo, que se obtiene a través de la medición de la realización de pruebas serológicas de VDRL y VIH en las primeras 19 semanas de gestación, evidencian un descenso del 16 % y 18 % respectivamente, entre un año y otro.



Por otra parte, la institución se ha abocado a disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita mediante la estrategia de detección y prevención de la sífilis gestacional; sin embargo, es claro que en este periodo de pandemia el desafío es mayor, considerando que el abordaje de las embarazadas con serología VDRL positiva debe realizarse en un periodo no mayor a ocho días.

En este particular, para el 2020 se identificaron 270 embarazadas con al menos una serología VDRL positiva, de las cuales 174 se realizaron la prueba entre el 06 de marzo y el 30 de junio, 27 menos que las reportadas en 2019.

Aunado a este resultado, se evidencia un 77 % en la atención oportuna de esas usuarias en los primeros ocho días a partir de la disponibilidad del reporte, mismo porcentaje que en el 2019; no obstante, al valorar la oportunidad del abordaje en el escenario de la pandemia, se identifica un alcance de 88 % en los primeros 15 días una vez que se emite el resultado, cinco puntos menos del logro reportado para el año anterior.

Análisis de la posible afectación en el acceso a los servicios esenciales de salud materno infantil

La cuantificación de los efectos indirectos de la pandemia en la atención materno infantil, pretende servir como punto de referencia para la toma y priorización de decisiones en los distintos niveles de atención que conforman la red integrada de prestación de servicios de salud.

En relación con lo expuesto, los alcances preliminares en los indicadores de acceso y continuidad de la atención de la madre y el recién nacido del 2020, permiten visibilizar la disminución en el acceso a los servicios de consulta y laboratorio clínico del primer nivel, asociada a la atención de la emergencia epidemiológica.

Al mismo tiempo, a esta afectación se suma el descenso paulatino de la tasa de natalidad del país y la demanda cautelosa de los servicios por parte de las usuarias, independientemente de las estrategias implementadas por la CCSS para garantizar la continuidad y seguridad de la atención (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2020, pág. 1).

Dentro de estas estrategias prevalecen la atención por personal calificado y la conformación de espacios seguros para evitar la propagación de la enfermedad. Además, la aplicación de medidas temporales y funcionales, dentro de las cuales se establece la modalidad de atención diferenciada, para disminuir el tiempo de permanencia y exposición al virus.

Esta modalidad permite adoptar el tipo de consulta más expedita para la atención de esta población, condición que no necesariamente asegura la inclusión rutinaria de datos esenciales en el EDUS, para cuantificar el acceso temprano a los servicios.

Por otra parte, en este mismo periodo de atención del COVID-19, los resultados evidencian un mayor porcentaje en la atención temprana de la madre y el recién nacido; y mediante la trazabilidad de los datos se muestra que el 7 % de los menores y el 6 % de las mujeres en posparto que accedieron tardíamente al primer nivel, recibieron atención temprana en los servicios de especialidad del segundo o tercer nivel.

Además, dicha trazabilidad permitió identificar que el 69 % de las embarazadas que al momento de la concepción no superaban los 15 años, registraron una atención en el Servicio de Trabajo Social, por su condición de riesgo.

Cabe mencionar que en momentos de pandemia donde se espera que haya un aumento en el número de mujeres y recién nacidos que presentan complicaciones o mueren durante el embarazo, el parto y el posparto, los resultados descritos en los indicadores de acceso temprano propician en la institución una mayor oportunidad para la detección y el seguimiento de condiciones de riesgo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020, pág. 24).

Entre estas condiciones se distinguen la hipoacusia neonatal, la cardiopatía congénita, los trastornos del desarrollo neuromotor y las enfermedades congénitas, en la población de menores.

Asimismo, las relacionadas con la gestación, como parto prematuro, hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional o infecciones por sífilis, VIH y estreptococo beta agalactiae, identificables a través de la realización de las pruebas de laboratorio clínico, la toma de presión y la educación sobre signos y señales de alarma.

La captación temprana también asegura la disponibilidad de un momento clave para iniciar la planificación familiar, la aplicación de pruebas para la detección de cáncer cervicouterino y mama, la educación respecto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el establecimiento de rutinas de autocuidado y la guía sobre el desarrollo del recién nacido.

A la vez, permite fortalecer las medidas orientadas a prevenir la transmisión del COVID-19, mantener la alerta ante señales de alarma asociadas a la enfermedad o a cualquier manifestación de violencia intrafamiliar, en cada fase del desarrollo del recién nacido y el control de madre.

Por otra parte, la actual pandemia, aunque representa una amenaza clara para prevenir la morbimortalidad materno infantil en el plazo inmediato, se constituye en una oportunidad para el monitoreo de indicadores como una actividad continua, cuyos resultados se conviertan en un insumo para la gestión y el seguimiento de la pandemia en el acceso a los servicios.

Hallazgos principales en los indicadores de acceso y continuidad en la atención de la madre y el recién nacido, 2019

Cobertura y captación

La institución registra 63 040 atenciones de primera vez en la vida de menores de un año, alcanzando una cobertura de 98 % de los 64 287 nacimientos registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Costa Rica; semejante a la cobertura de tamizaje neonatal que reporta el Laboratorio Nacional de Tamizaje Neonatal, de un 98 % para este mismo año (cuadro 1).

De igual forma, 56 793 mujeres en periodo posparto recibieron atención en la CCSS, para una cobertura de 80 %, la más alta de los últimos seis años. Este alcance valida las acciones realizadas por la institución en la mejora de la calidad de los datos que se registran en el EDUS.

Asimismo, 60 118 gestantes accedieron a los servicios de atención del primer nivel, para una cobertura de 85 %, cifra que tiende a disminuir desde el 2017. Esta situación podría estar relacionada con el descenso paulatino de la tasa de fecundidad en los últimos años.

Cuadro 1

CCSS: Cobertura^{1/} de atención de menores de un año, mujeres en periodo posparto y embarazadas por población atendida en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019

(En número y porcentajes)

| RIPSS | Menores de un año | | Posparto | | Embarazadas | |
|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| | Total Atendidos (número) | Cobertura Atención ^{2/} (porcentaje) | Total Atendidos (número) | Cobertura Atención ^{3/} (porcentaje) | Total Atendidas (número) | Cobertura Atención ^{3/} (porcentaje) |
| Institucional | 63 040 | 98 | 56 793 | 80 | 60 118 | 85 |
| Brunca | 4 543 | 90 | 3 911 | 71 | 4 083 | 74 |
| Central Norte | 15 767 | 98 | 13 741 | 77 | 15 330 | 86 |
| Central Sur | 21 093 | 98 | 18 752 | 79 | 19 867 | 84 |
| Chorotega | 6 521 | 99 | 6 194 | 86 | 6 205 | 86 |
| Huetar Atlántica | 6 788 | 101 | 6 459 | 87 | 6 470 | 87 |
| Huetar Norte | 4 546 | 103 | 4 177 | 86 | 4 196 | 86 |
| Pacífico Central | 3 782 | 100 | 3 559 | 85 | 3 967 | 95 |

1/ Calculado a partir de los nacimientos preliminares 2019 publicados en el sitio web de la Dirección Actuarial y Económica el 01 de junio de 2020

2/ Total de atenciones / Total de nacimientos

3/ Total de atenciones / (Total de nacimientos * 1,1)

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2020.

En cuanto al acceso oportuno a los servicios del primer nivel, 47 064 menores y 45 951 mujeres en posparto recibieron atención durante los primeros ocho días después del parto, para un 75 % y 81 % de captación temprana. En tanto, 46 789 embarazadas se atendieron en las primeras 13 semanas de gestación, para un 78 % de captación temprana.

Cabe señalar que los porcentajes alcanzados reflejan únicamente el acceso temprano al primer nivel de atención; no obstante, mediante la trazabilidad de los datos en el EDUS, se identifica que parte de esta población accedió con igual oportunidad a otros servicios de la institución, principalmente hospitalizaciones y consultas por especialidad médica y clínicas de lactancia.

Igualmente, se evidencia que el 9 % de las embarazadas, el 17 % de las madres y el 14 % de los recién nacidos, concretaron su primera atención en el primer nivel entre las 14 y 19 semanas de gestación y entre los ocho y 28 días después del parto, respectivamente; alcances que amplían la posibilidad de implementar estrategias orientadas a la prevención de complicaciones en el periodo neonatal, posnatal y gestante (cuadro 2).

Cuadro 2
CCSS: Captación de menores de un año, posparto y embarazadas por días y semanas en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019

(En porcentajes)

| RIPSS | Menores de un año | | Posparto | | Embarazadas | |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| | Captación temprana ^{1/} | Captación neonatal ^{2/} | Captación temprana ^{3/} | Captación posnatal ^{4/} | Captación temprana ^{5/} | Captación a 19 semanas ^{6/} |
| Institucional | 75 | 89 | 81 | 98 | 78 | 87 |
| Brunca | 67 | 85 | 71 | 96 | 82 | 90 |
| Central Norte | 74 | 87 | 82 | 98 | 78 | 88 |
| Central Sur | 73 | 87 | 81 | 98 | 76 | 84 |
| Chorotega | 75 | 93 | 78 | 98 | 74 | 87 |
| Huetar Atlántica | 81 | 92 | 84 | 98 | 82 | 91 |
| Huetar Norte | 81 | 92 | 86 | 98 | 72 | 85 |
| Pacífico Central | 76 | 92 | 80 | 97 | 85 | 93 |

1/ En los primeros 8 días de vida

2/ En los primeros 28 días de vida

3/ En los primeros 8 días posparto

4/ En los primeros 28 días posparto

5/ En las primeras 13 semanas de gestación

6/ En las primeras 19 semanas de gestación

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

De las RIPSS, la Chorotega y la Brunca mantienen porcentajes de captación temprana del binomio madre hijo menores o iguales al promedio institucional; sin embargo, muestran los mayores avances en la captación a los 28 días. Siendo las áreas de salud de Upala y Pérez Zeledón las que se superan en mayor porcentaje, con 34 puntos para la primera y 20 para la segunda.

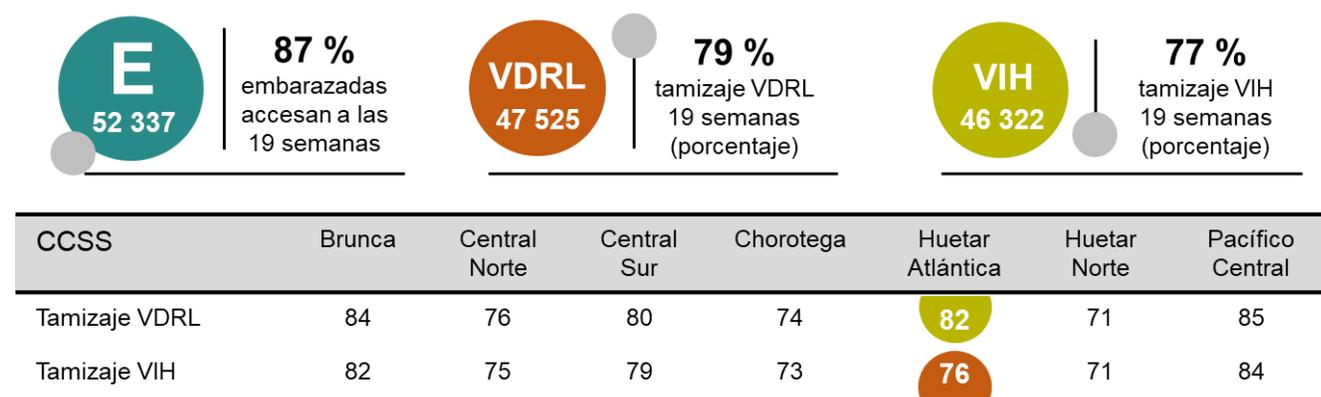
Este hallazgo puede estar relacionado a la atención programada al momento del egreso hospitalario en los servicios de especialidad de la consulta externa del Hospital de Upala y el Escalante Pradilla, para el seguimiento correspondiente.

Tamizaje para sífilis y VIH en el embarazada

Acceder a los servicios antes de las 20 semanas de gestación, brinda la posibilidad de detectar oportunamente complicaciones asociadas a la infección por sífilis o VIH en este periodo.

Así, por ejemplo, en los alcances del 2019, del 87 % de embarazadas atendidas durante las primeras 19 semanas de gestación, fue posible identificar el margen de mejora que existe entre el inicio del control prenatal y la realización de las pruebas, de ocho puntos porcentuales para VDRL y 10 para VIH.

Por otra parte, desde la implementación de la prueba rápida en las áreas de salud, los porcentajes de tamizaje de VDRL y VIH a las 19 semanas de gestación, tienden a no superar una diferencia de tres puntos porcentuales entre ellos, excepto en la Huetar Atlántica, donde la brecha es de seis puntos.



Esta brecha puede estar relacionada con el momento de la toma, así como con la disponibilidad de los resultados, en aquellas unidades cuyo trámite está supeditado a otro centro de referencia.

Abordaje oportuno y adecuado de la sífilis gestacional

En lo que respecta a la detección oportuna de sífilis durante la gestación, de las 60 158 embarazadas que iniciaron su control prenatal en el primer nivel durante el 2019, se detectaron 655 con al menos un reporte de serología positiva por sífilis, y de ellas, el 67 % recibió un abordaje oportuno.

De la misma forma, de este grupo poblacional, 240 registraron una prueba confirmatoria para sífilis, siendo la Huetar Atlántica y la Chorotega las RIPSS que alcanzaron la mayor proporción de embarazadas con esta condición. A lo interno de estas RIPSS, Matina, Limón y Carrillo registraron el mayor número de mujeres con sífilis gestacional.



60 158
Atenciones a embarazadas
(número)



655
Embarazadas VDRL positivo
(número)



240
Mujeres con sífilis gestacional
(número)

| CCSS | Brunca | Central Norte | Central Sur | Chorotega | Huetar Atlántica | Huetar Norte | Pacífico Central |
|---------------------|--------|---------------|-------------|-----------|------------------|--------------|------------------|
| Embarazadas | 4 083 | 15 330 | 19 907 | 6 205 | 6 470 | 4 196 | 3 967 |
| VDRL positivos | 30 | 129 | 251 | 71 | 102 | 34 | 38 |
| Sífilis gestacional | 16 | 37 | 68 | 35 | 50 | 14 | 20 |

En tal sentido, se reconoce como factor común entre estas RIPSS, que las mujeres diagnosticadas se concentran en sectores poblacionales vulnerables y de alto riesgo social, condición que las expone a mayores complicaciones en el parto, tales como la transmisión materno infantil de la sífilis.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*. CCSS. Consultado el 03 de julio de 2020, de <https://www.mamasol.com/wp-content/uploads/2019/12/Modelo-ATENCION-CALIFICADA-EN-EL-EMBARAZO-PARTO-POSPARTO-ULTIMO.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2020). *Lineamiento técnico-operativo y administrativo temporal en los Servicios de Consulta Externa de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológico COVID-19*. CCSS S. Consultado el 03 julio de 2020, de <https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/personal-salud>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context Interim guidance*. OMS. Consultado el 03 julio de 2020, de <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>

Autoría

Realizado por:

Dra. Lucía Quirós Ramírez

Dra. Neyskmi Vega Medrano

Colaboradores:

Dr. Juan Carlos Morera Guido del Equipo Técnico de Hospitales

Equipo de Estadística e Información

Revisado por:

Dr. Alexánder Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

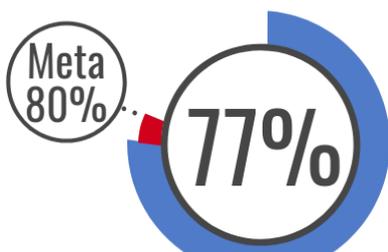
Diagnóstico y adecuado abordaje de la anemia en niños, panorama ante la pandemia del COVID-19

El hierro es un mineral esencial para el adecuado desarrollo del sistema inmune, relacionado con funciones enzimáticas necesarias para la inmunidad celular (Kumar & Choudhry, 2010, p. 789). Su deficiencia puede llevar a la anemia, condición en la que la hemoglobina disminuye por debajo de los rangos establecidos como normales según la edad y el sexo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 42 % de los niños menores de cinco años sufren de este problema en el mundo (World Health Organization [WHO], 2020).

En Costa Rica, se ha identificado la anemia como un problema de salud pública que afecta alrededor del 7,6 % de los niños en edad preescolar; incluso con porcentajes más altos en el área metropolitana (Costa Rica. Ministerio de Salud [MINSAL], 2012, p. 3, 4 y 25).

Tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses

LOGRO INSTITUCIONAL 2019



En el 2019 se atendieron en el primer nivel 115 384 niños de seis a menos de 24 meses, aumentando la cantidad de atenciones con respecto al año anterior. Asimismo, se aumentó en un punto porcentual el número de niños tamizados con respecto al 2018.

Durante el 2020, ante la pandemia por COVID-19, la institución ha tenido que realizar gestiones que permitan afrontar la emergencia sin dejar de lado las necesidades de la comunidad.

Considerando lo anterior, se analizó el impacto de la pandemia en el tamizaje de anemia, para lo cual se realizó un corte de los resultados al 30 de junio, en el que solo se incluyeron las áreas de salud que contaban con listados en los cubos del EDUS para los tres años, por lo que se excluyeron algunas unidades de compra externa.

Como resultado del análisis, se encontró que durante el periodo de la emergencia sanitaria todas las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) han visto disminuido el porcentaje de niños tamizados, siendo la Central Sur la que ha presentado la mayor baja, disminuyendo 18 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

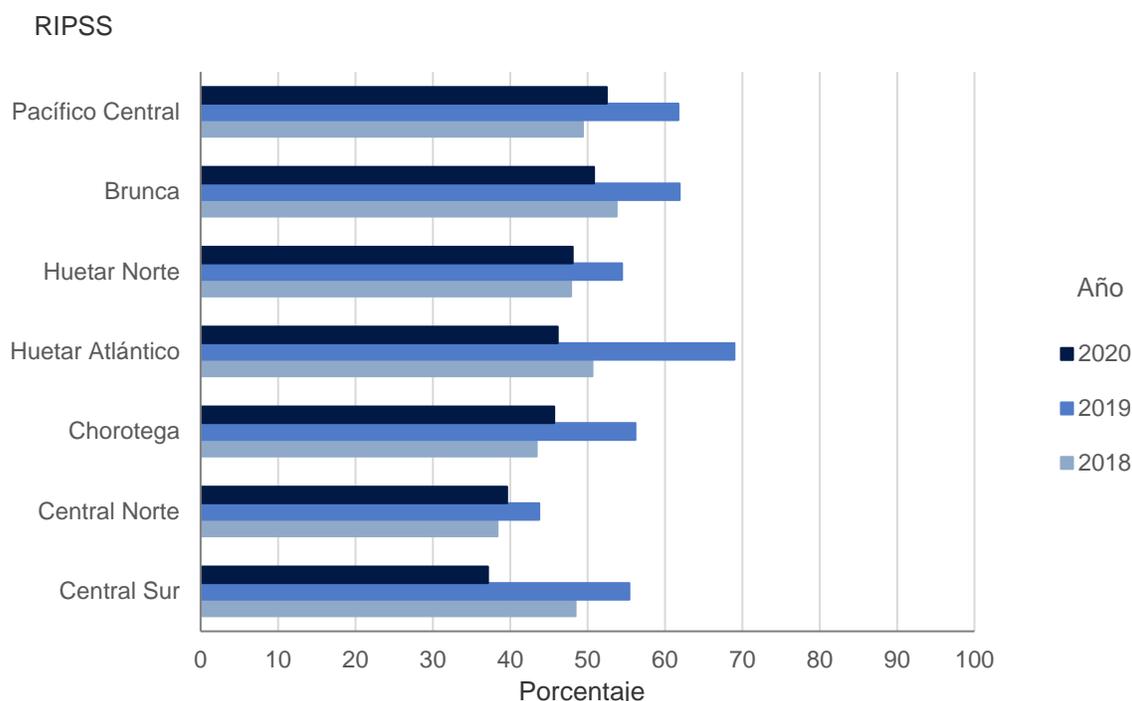
Impacto a nivel nacional Covid-19

| Año | Tamizaje de anemia |
|------|--------------------|
| 2018 | 46% |
| 2019 | 55% |
| 2020 | 43% |

Datos del 1 enero al 30 de junio

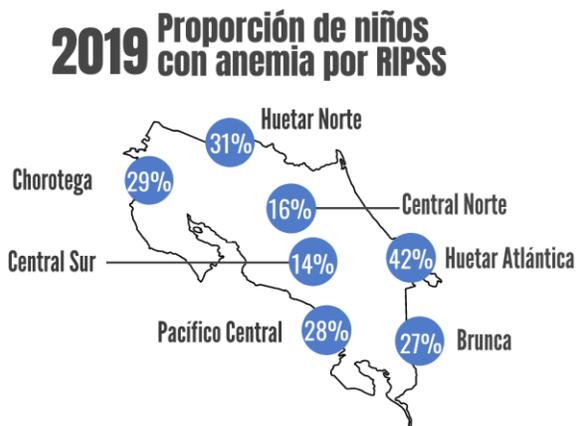
Gráfico 5

CCSS: Tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses según RIPSS al 30 de junio, 2018-2020 (En porcentaje)



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 30 junio 2018 - 2020.

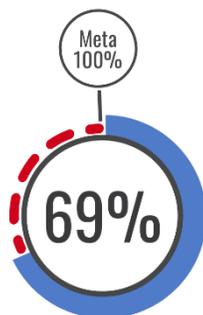
A partir de la muestra de tamizaje del 2019, se calculó la proporción de niños con anemia, con un resultado institucional del 22 %, cuatro puntos porcentuales por encima del año anterior y posicionando la anemia como un problema de salud pública moderado, según la clasificación de la OMS (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Los datos por RIPSS mostraron que las zonas periféricas continúan siendo las que presentan mayor proporción de niños con anemia.



La proporción de niños con anemia tiene determinantes que están relacionadas con aspectos socioeconómicos, lo cual es de suma importancia, debido al aumento en la tasa de desempleo que se ha presentado con la pandemia.

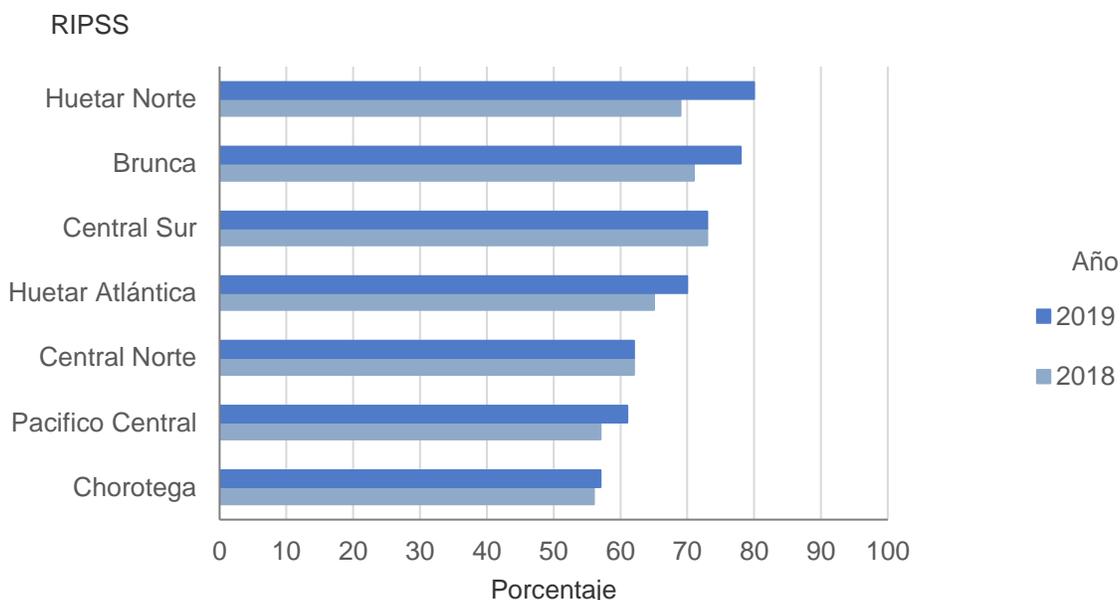
Abordaje adecuado de la anemia en niños de seis a menos de 24 meses

LOGRO INSTITUCIONAL 2019



Para el año 2019, el total de niños con diagnóstico de anemia fue de 18 311, lo que representa un incremento con respecto al 2018 (16 622). Asimismo, en los niños con esta condición, se presentó un aumento de tres puntos porcentuales en el abordaje adecuado, con respecto al año anterior.

Gráfico 6
CCSS: Abordaje adecuado de niños de seis a menos de 24 meses con anemia según RIPSS, 2018-2019
(En porcentaje)



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018 - 2019.

De las siete RIPSS, cinco mejoraron el abordaje adecuado de los niños con anemia, siendo la Huetar Norte, con un 80 %, la que presentó el mejor desempeño.

Por otra parte, se encontró que la brecha en el abordaje de anemia entre la Huetar Norte y la Chorotega es de 23 puntos porcentuales.

En lo que corresponde al abordaje de la anemia, para el análisis de los datos de las consultas de anemia, se realizó un corte al 30 de junio en ambos años.

En general, durante el 2020 se observó una disminución en el número de niños con diagnóstico de anemia, la cual podría estar relacionada con la disminución de las consultas y la reducción en el porcentaje de tamizaje de anemia que se ha presentado producto de la pandemia.

Cabe destacar que del total de 6 237 consultas de anemia brindadas al mes de junio de 2020, 1 378 (22 %) corresponden a la modalidad de consulta alternativa (como la llamada telefónica y la videollamada), la cual se ha venido implementando desde el mes de marzo, según las capacidades y los recursos de cada una de las RIPSS, con el fin de mitigar los efectos de la crisis sanitaria.

Por otro lado, se debe tener presente que existen diferentes estudios en los que se han asociado las infecciones agudas del tracto respiratorio en niños con la deficiencia de hierro (Levy *et al.*, 2005, p. 281; Saleh *et al.*, 2017, p. 18; Stepan *et al.*, 2018, p. 366). Asimismo, hay estudios en los que se ha observado una reducción en las infecciones luego de corregir los valores de la hemoglobina (Jayaweera *et al.*, 2019, p. 6).

Lo anterior es de gran relevancia si se considera que actualmente el país cursa por el escenario de una pandemia, la cual ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo.

Al mes de junio de 2020 se reportaron 512 menores con diagnóstico de COVID-19, casi seis veces más registros que el mes anterior (MINSa, 2020). Este aumento en los casos evidencia la importancia de que los factores de riesgo para las infecciones, como la anemia, sean abordados de forma oportuna y eficaz.

Referencias bibliográficas

- Costa Rica. Ministerio de Salud [MINSa]. (2012). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008 - 2009. Fascículo 2: Micronutrientes*. MINSa.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/investigaciones/encuestas-de-salud/encuestas-de-nutricion/1566-encuestas-nacional-de-nutricion-2008-2009-fasciculo-micronutrientes-ii/file>
- Jayaweera, J., Reyes, M., & Anphalaham, J. (2019). Childhood iron deficiency anemia leads to recurrent respiratory tract infections and gastroenteritis. *Scientific Reports*, 9(1),12637. DOI: 10.1038/s41598-019-49122-z



- Kumar, V., & Choudhry, V. (2010). Iron deficiency and Infection. *Indian Journal of Pediatrics*, 77, 789-793. DOI-10.1007/s12098-010-0120-3
- Levy, A., Fraser, D., Rosen, S., Dagan, R., Deckelbaum, R., Coles, C., & Naggan, L. (2005). Anemia as a risk factor for infectious diseases in infants and toddlers: results from a prospective study. *European Journal of Epidemiology*, 20, 277-284. DOI: 10.1007/s10654-004-6515-6
- Costa Rica. Ministerio de Salud [MINSAL]. (2020). *Situación nacional: Covid-19*. MINSAL. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85842/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_spa.pdf?ua=1
- Saleh, O., Ismailb, M., Abdel, H., & Bassiony, M. (2017). Haemoglobin level and iron profile as risk factors for lower respiratory tract infections among children. *Egyptian Journal of Haematology*, 42(1), 14-18. DOI: 10.4103/1110-1067.206434
- Stepan, D., Dop, D., Morosanu, A., Vintilescu, B., & Niculescu, C. (2018). Implications of the iron deficiency in lower track respiratory acute infections in toddlers. *Current health sciences journal*, 44(4), 362-367. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.44.04.07>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Anaemia*. WHO. https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1

Autoría

Realizado por:

Dra. Marianella Víquez Garro

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

La obesidad, epidemia que ha estado afectando a los costarricenses y la salud en el mundo

Índice de masa corporal, una herramienta práctica y económica en salud

El índice de masa corporal (IMC) es utilizado como herramienta para establecer el estado nutricional de la población, para lo cual se requiere del peso y la talla de las personas (Caixàs *et al.*, 2020). Además, este índice se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, permitiendo establecer de forma práctica y económica una categoría de peso que puede referir al riesgo de problemas en la salud e incluso la muerte (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) (ver anexo 1).

La obesidad afecta la salud física y el bienestar psicosocial de las personas que la padecen; a la vez, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, artrosis, apnea del sueño y problemas respiratorios, así como más de 10 tipos de cáncer (Bhaskaran *et al.*, 2018). También, se asocia a limitaciones funcionales y síntomas psicológicos que influyen en la calidad de vida (Twells *et al.*, 2020).

Valores de IMC mayores a 35,0 kg/m² representan un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Al respecto, es importante considerar que en las Américas, en el año 2017, de siete millones de muertes casi seis millones se asociaron a las ECNT, lo que representa el 14 % de las muertes en el mundo (NCD risk factor collaboration (NCD-Risk) - Americas working group, 2020).

Por otra parte, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 1975 y 2016 la prevalencia de la obesidad a nivel mundial casi se ha triplicado, comportándose de diferentes formas según factores demográficos, étnicos, de edad y de género, incluso entre la población indígena e inmigrante. Esto sitúa a la obesidad como una epidemia, que debe poner en alerta a las autoridades en salud, no solo por el incremento tan inquietante, sino también por la complejidad de la enfermedad, la cual requiere de acciones sanitarias intensivas con más recursos, equipos multidisciplinarios especializados y la estructura de un sistema que favorezca un enfoque continuo en la vigilancia, la implementación y la evaluación de intervenciones para esta población (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Finalmente, el contexto más reciente se centra en el riesgo que enfrentan las personas con problemas de obesidad y que fueron infectadas por el COVID-19 (SARS-CoV-2) en el mundo, ya que la población con estas características presenta mayor riesgo de hospitalización, de ingresar a una unidad de cuidados intensivos y de desarrollar mayores complicaciones, que pueden llevar hasta la muerte (Caussy *et al.*, 2020). Adicionalmente, quienes tienen un IMC ≥ 35 kg/m² u obesidad requieren con mayor frecuencia de ventilación mecánica invasiva (Petrova *et al.*, 2020).

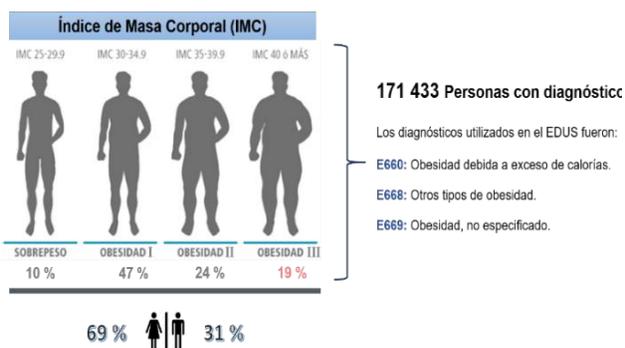
Situación actual de la obesidad en la población atendida

Para el año 2019, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) estableció en el primer nivel de atención en salud las medidas que permiten estandarizar la atención de las personas con obesidad, desde 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).

Durante ese mismo año, se inició la intervención del manejo de la obesidad III, con un análisis que comprende dos elementos: en primer lugar, la definición del porcentaje de personas atendidas de 20 a menos de 65 años con un IMC ≥ 40 kg/m², a quienes se les consignó un diagnóstico de obesidad; y luego, de acuerdo con ese resultado, el establecimiento del porcentaje de personas referidas por obesidad III a los servicios de Nutrición disponibles en la red. En ambas situaciones no se disponía de información institucional, por lo que se estableció la línea base 2019 para la toma de decisiones y estrategias a seguir por parte de las autoridades de la CCSS (Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], CCSS, 2019). La metodología utilizada para el análisis fue exhaustiva; consideró la totalidad de las áreas de salud en la CCSS y su fuente principal fueron los datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) (ver anexos 2 y 3).

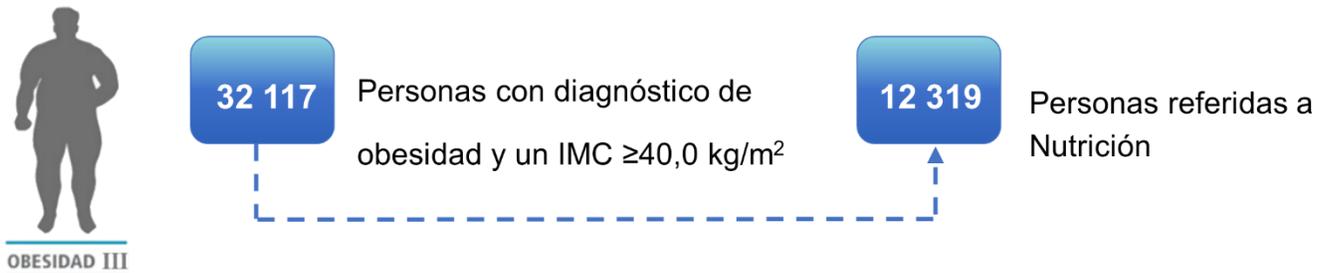
De los resultados del primer año se determinó que el 66 % de las personas atendidas con un IMC ≥ 40 kg/m² ya tenía consignado el diagnóstico de obesidad. Aun así, una de cada tres personas no fue diagnosticada por obesidad, situación que no solo refiere a un subregistro dentro de la red institucional en salud, sino también a un grupo de personas que no recibirán la misma atención o abordaje para mejorar su calidad de vida.

En general, durante el año de análisis se reportaron 48 847 personas atendidas con un IMC asociado a la obesidad III.



Según los análisis realizados, las mujeres representan prácticamente dos de cada tres personas con diagnóstico de obesidad, en comparación con los hombres.

Del total de personas con diagnóstico para obesidad y un IMC ≥ 40 kg/m², solo un 38 % fue referido a Nutrición durante el año 2019. Es decir, una de cada tres personas fue referida a Nutrición.



Del total de personas con obesidad III, 77 % eran mujeres y 23 % hombres. Al analizar por sexo la cantidad de personas referidas a Nutrición, se encontró que el 39 % de las mujeres y el 37 % de los hombres fueron referidos por presentar un IMC ≥ 40 kg/m².

A partir de esta información, sería interesante determinar la capacidad que tiene la CCSS para atender a todo aquel que realmente cumpla con los criterios que fueron analizados.

A pesar de que para los efectos de la intervención no se incluyeron variables de análisis relacionadas con las causas de referencia a los servicios de Nutrición, en el contexto institucional se sabe que es insuficiente el número de profesionales en Nutrición de la red de servicios y que pocos equipos multidisciplinares cuentan con un programa que brinde soporte al problema de la obesidad.

En relación con ese último tema, durante el año 2019 se identificó que solo 42 de las 106 áreas de salud en la institución cuentan con profesionales en Nutrición y que 155 nutricionistas están distribuidos en 23 hospitales. Con este recurso se atendieron a lo largo del año 3 482 personas con diagnóstico de obesidad III.

En otras palabras, una de cada cuatro personas fue atendida en Nutrición con los criterios antes mencionados, escenario no muy favorable para el perfil epidemiológico de nuestro país.

Con base en lo mencionado, se debe replantear en la CCSS una estrategia de atención para esta población, ya que los recursos son insuficientes y afectan no solo a un escenario asociado a la obesidad, sino también a todas las complicaciones de salud relacionadas con esta.

Por otra parte, en lo que respecta al contexto del COVID-19 y la readaptación de los servicios por el estado de pandemia, en el que se han implementado las consultas por medios virtuales, existe la interrogante sobre el origen de las medidas antropométricas registradas, mediante las cuales se realiza la clasificación de la obesidad durante el periodo comprendido entre marzo y junio del año 2020.

Los siguientes resultados incluyen datos del primer semestre del presente año:



Recomendaciones

Para la CCSS, contar con información actualizada sobre el comportamiento o la tendencia que tienen los factores de riesgo cardiovascular, incluyendo la obesidad, resulta de relevancia en la toma de decisiones, la planificación y la distribución de los recursos en los diferentes niveles de atención. De esta forma, se podrían orientar o definir acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que tengan impacto sobre la situación actual del estado de salud y la enfermedad de la población costarricense.

Los esfuerzos institucionales para prevenir el sobrepeso y la obesidad deben combinarse con programas de intervención multidisciplinaria, que brinden estrategias de control del peso a las personas, así como asesoría especializada y personalizada, con el fin de favorecer cambios positivos en los hábitos alimentarios, reducir las complicaciones de esta enfermedad crónica e incluir la terapia conductual intensiva para la incorporación y la adherencia al ejercicio físico, así como la detección de otros factores de riesgo cardiovascular que tienen efecto sobre la salud en un contexto integral.

Las personas con sobrepeso y obesidad requieren apoyo para adaptarse a los cambios que surgen en la industria alimentaria, la selección de opciones saludables para su condición de salud particular, la interpretación de la amplia gama de mensajes que emergen con los medios de comunicación y las redes sociales, entre otros. En fin, un conglomerado de componentes que transforman las prácticas de vida en la conducta final o la aplicación de actitudes saludables individuales y/o colectivas, ligado a las costumbres, la economía, el nivel socioeducativo y las experiencias de vida. Sin embargo, todo este conjunto de acciones requiere de personal especializado en Nutrición inmerso en un equipo multidisciplinario y de una institución que brinde los recursos suficientes para sustentar todo el soporte necesario.

Nutrición claramente es una profesión clave en todas las intervenciones que la población con obesidad requiere. No es suficiente con la identificación del problema y de sus factores de riesgo; la CCSS debe fortalecer la red de servicios en cada una de sus áreas de salud, para apoyar a las personas que sufren esta enfermedad. Sin embargo, los resultados obtenidos durante el año 2019 demuestran que la institución no se encuentra preparada del todo para la magnitud del problema que realmente enfrenta con la obesidad, por lo cual las autoridades deben tomar decisiones lo antes posible, para evitar que este problema continúe incrementando los costos de salud, por las múltiples complicaciones que genera.

Referencias bibliográficas

- Berrigan, D., Richard, T., & Barry, G. (2016). BMI and mortality: the limits of epidemiological evidence. *The Lancet*, 388(10046), 734-736 .
- Bhaskaran, K., Silva, I., Leon, D., & Douglas, I. (2018). Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohorte study of 3.6 million adults in the Uk. *The Lancet*, 6(12), 944-953.
- Caixàs, A., Villeró, M., Arraiza, C., Montalvá, J.-C., Lecube, A., Fernández, J.-M., Corio, R., Bellido, D., Llisterri, J.L., Tinahones, F.J. (2020). Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre atención primaria y unidades especializadas hospitalarias 2019. *Medicina Clínica*, 155(6), 267.e1-267.e11.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2007). *Una CCSS renovada hacia el 2025. Política Institucional 2007-2012. Planteamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones*. CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Lineamiento técnico LT.GM.DDSS.AAIP. 250216. Diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niñas y niños*. CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2019). *Lineamiento técnico atención en salud a personas con obesidad en el I nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social*. CCSS, Área de Atención Integral a las Personas, DDSS, Gerencia Médica.
- Caussy, C., Wallet, F., Laville, M., & Disse, E. (2020). Obesity is associated with severe forms of COVID-19. *Obesity*, 28(7),1175-1175.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *El índice de masa corporal para adultos*. CDC.
https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html#IMC.
- Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2019). *Intervención 2019-2023: Manejo de la obesidad III*. DCSS, CCSS.
[https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/%C3%81reas%20de%20Salud%20\(EPSS%202019-2023\).aspx](https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/%C3%81reas%20de%20Salud%20(EPSS%202019-2023).aspx): www.ccss.sa.cr
- NCD risk factor collaboration (NCD-Risk) - Americas working group. (2020). Trends in cardiometabolic risk factors in the Americas between 1980 and 2014: a pooled analysis of population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 8(1): E123 - E133.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. OMS.

Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., Rodríguez, M., Navarro, P., Jiménez, J., & Sánchez, M.J. (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Atención Primaria*, 52(7), 496-500.

The global BMI mortality collaboration. (2016). Body mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*, 388(10046), P776-786.

Twells, L., Janssen, I., & Kuk, J. (2020). *Canadian adult obesity clinical practice guidelines: epidemiology of adult obesity*. Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/guidelines/epidemiology/>.

World Health Organization [WHO]. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) data*. WHO. <https://www.who.int/data/gho>.

World Health Organization [WHO]. (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. WHO/NUT/NCD/98.1.

Autoría

Realizado por:

Dr. Marlon Alexander Lizano Muñoz

Colaboradores:

MSc. Miriam León Solís

Ing. Shirley Soto Alpízar

Ing. Jean Carlo García González

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

Anexo 1

Clasificación del estado nutricional según IMC

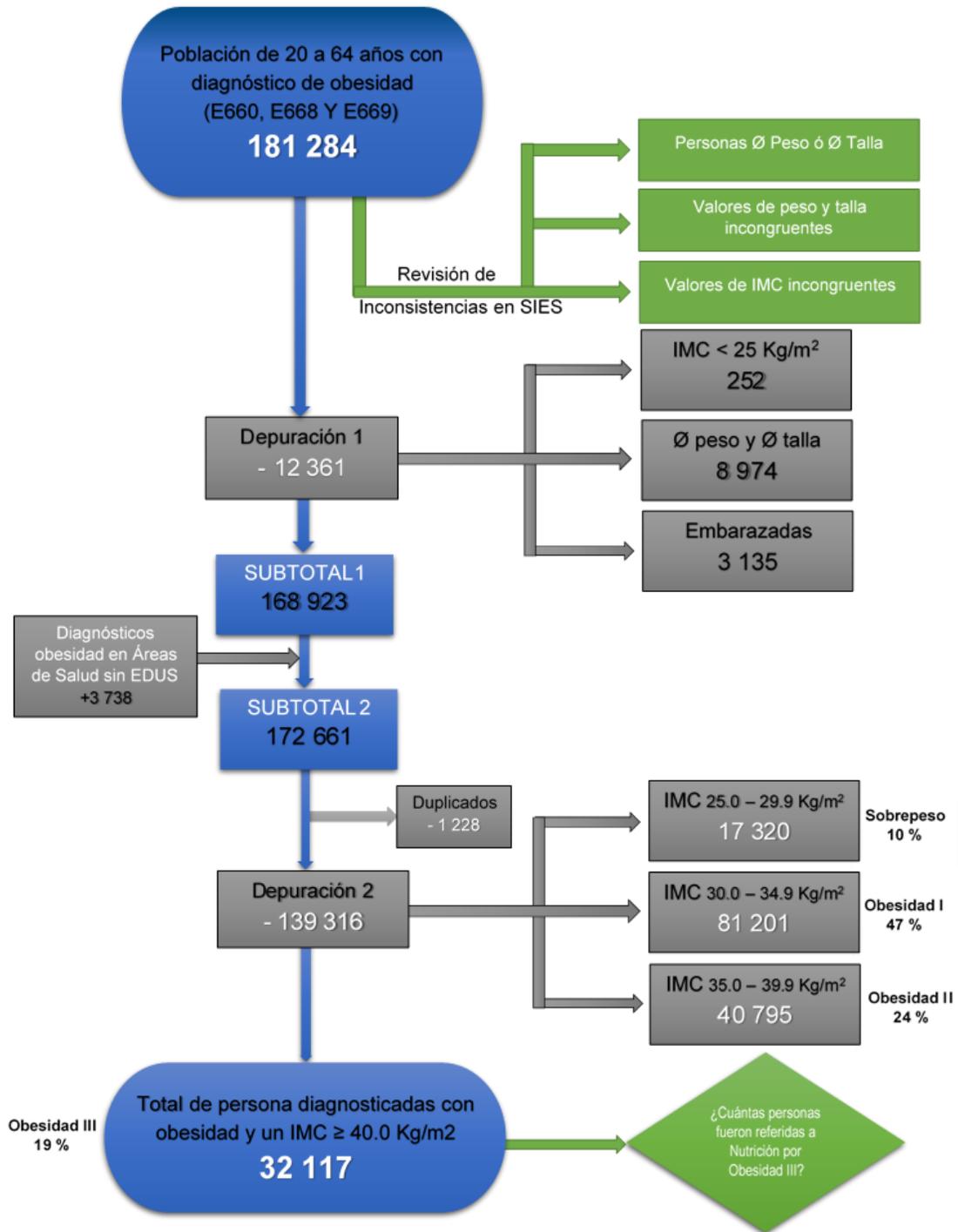
| Adultos (20 a menos de 65 años) | |
|---------------------------------|--------------------|
| IMC ^a | Estado nutricional |
| <18,5 | Bajo peso |
| 18,5 - 24,9 | Normal |
| 25,0 - 29,9 | Sobrepeso |
| 30,0 - 34,9 | Obesidad i |
| 35,0 - 39,9 | Obesidad ii |
| ≥30,0 | Obesidad iii |

^a = Peso en kg/Talla en (m)²

Organización Mundial de la Salud, 1998.

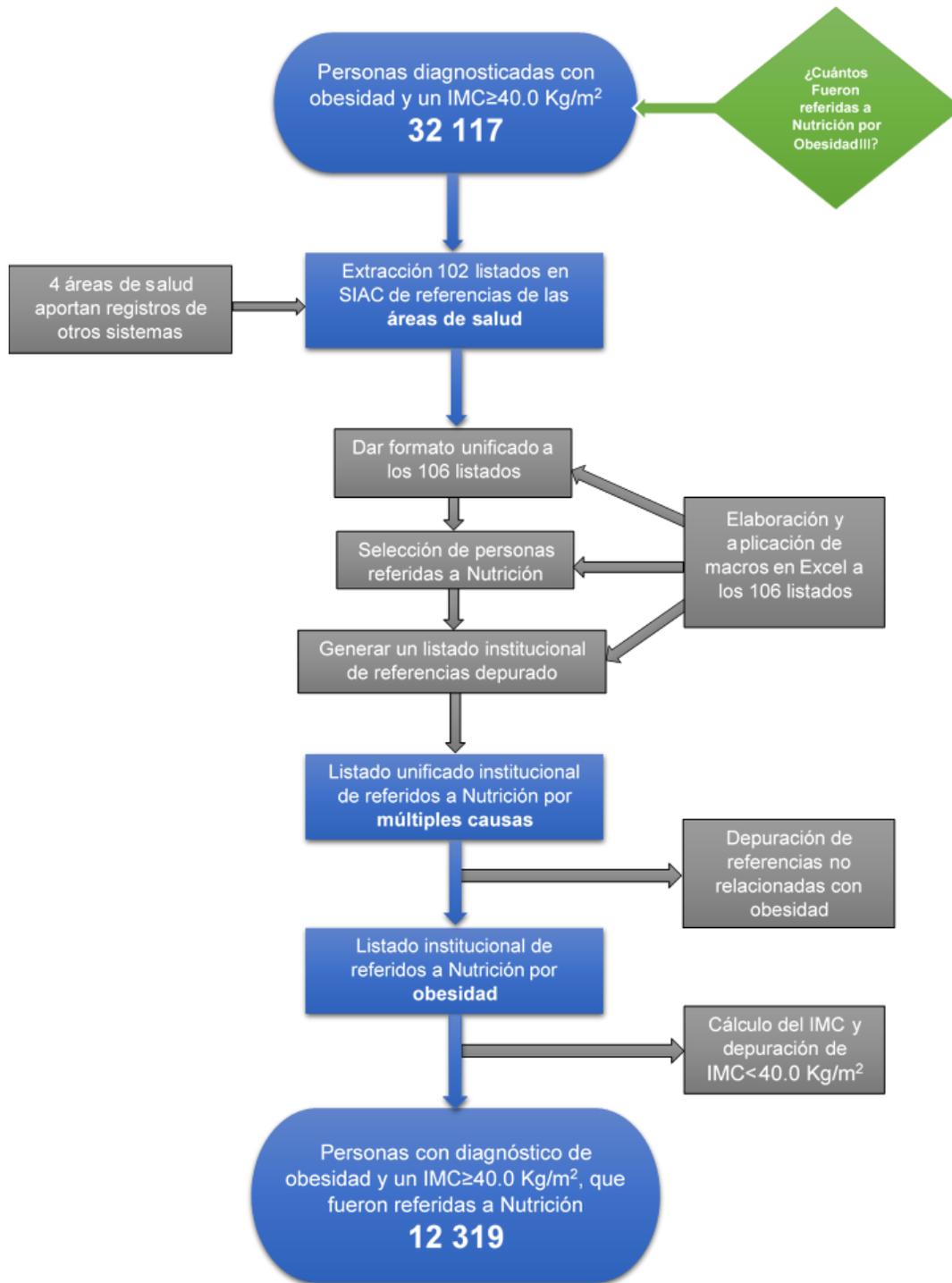
Anexo 2.

Metodología para la identificación de la población con un IMC $\geq 40,0$ kg/m², a quienes se les consignó el diagnóstico de obesidad



Anexo 3.

Metodología para la selección de la población con diagnóstico de obesidad y un $IMC \geq 40,0 \text{ kg/m}^2$, que fueron referidas a Nutrición



Hipertensión arterial: Hacia las metas del 2023 en el contexto de la pandemia por Covid-19

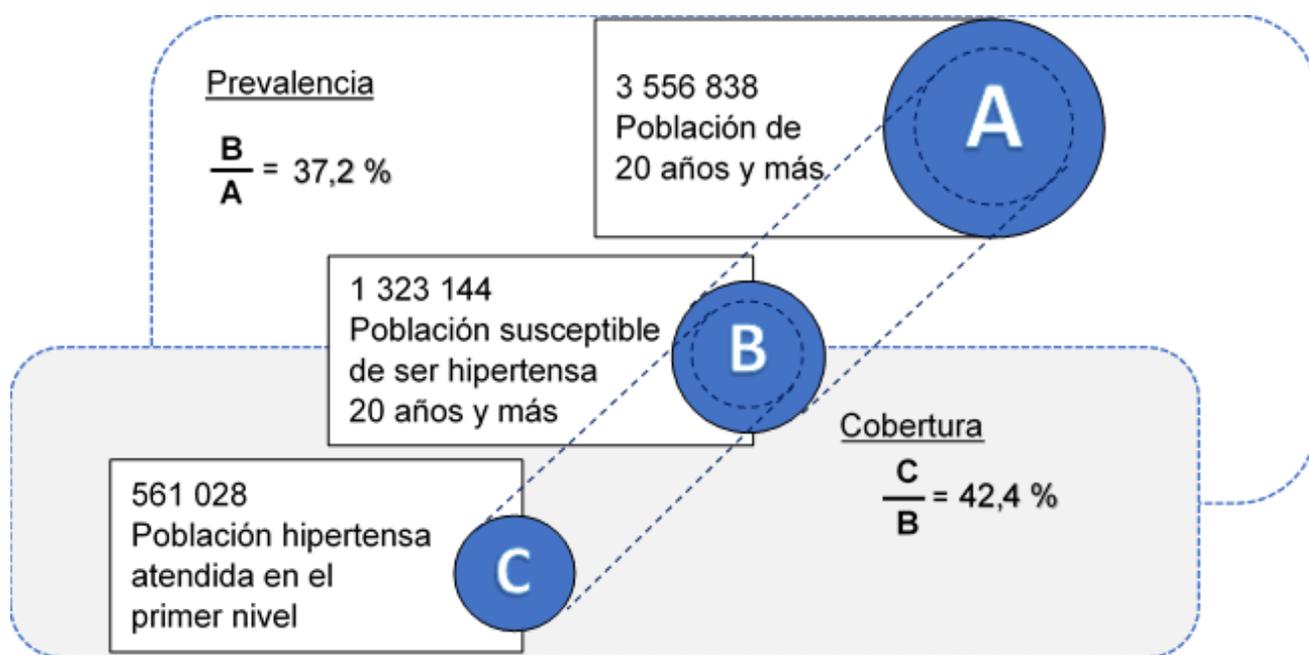
La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que para el 2019 en el mundo hubo 1 130 millones de personas con hipertensión arterial (HTA), siendo esta una de las principales causas de mortalidad prematura en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Este organismo estableció como meta una disminución de 25 % en la prevalencia para el 2025 respecto al cálculo realizado en el 2010 ([OMS], 2013). En el caso de Costa Rica no ha variado, ya que la prevalencia general para personas de 20 años y más fue de 37,8 % en el 2010 y de 37,2 % en el 2018 (último cálculo obtenido a nivel nacional) (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], pendiente publicación).

La EPSS 2019 utilizó la prevalencia nacional y la cantidad de usuarios que consultaron por HTA en el primer nivel de atención para calcular la cobertura en ese nivel, dando como resultado un 42,4 %.

Figura 1

CCSS: Cálculo de cobertura de personas con HTA en el primer nivel de atención de la CCSS, 2019.



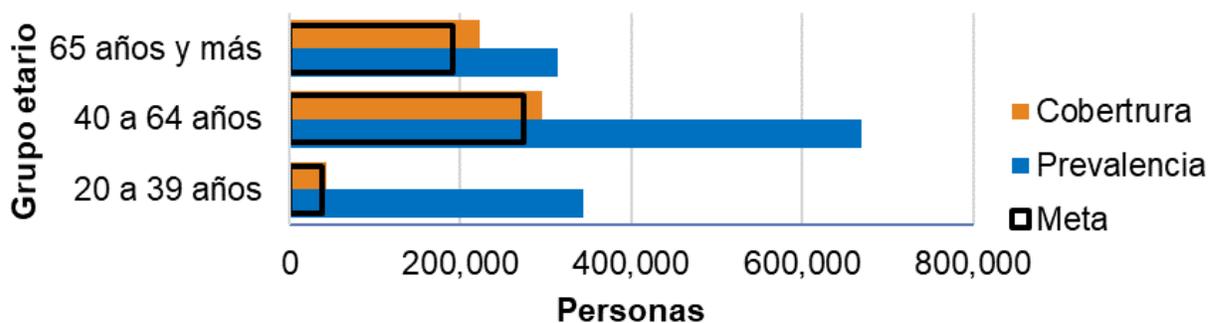
Al realizar el cálculo para las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), el resultado más alto fue la Chorotega con 45,4 %, y el más bajo fue la Huetar Norte con 38,1 %.

En otro tanto, los resultados de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular, realizada en el 2018 (CCSS, pendiente publicación), evidenciaron marcadas diferencias en la prevalencia de HTA por grupo etario, por lo que la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) planteó tres indicadores de cobertura para el quinquenio 2019-2023, cuyos resultados y meta institucional se detallan a continuación:

| Indicador por grupo etario | Resultado de Cobertura de atención por HTA 2019 (%) | Meta de cobertura (%) (2019-2023) |
|----------------------------|---|-----------------------------------|
| 20 a 39 años | 12,8 | 11,0 |
| 40 a 64 años | 44,1 | 41,0 |
| 65 años y más | 70,8 | 61,0 |

Los resultados muestran que las metas de cobertura (línea de base estimada con datos EPSS 2014-2018) se lograron en el primer año y que menos de la mitad de las personas con HTA del grupo de 20 a 39 y de 40 a 64 años tienen control en el primer nivel de atención (gráfico 7).

Gráfico 7
CCSS: Cobertura, prevalencia y meta de cobertura de hipertensión arterial en el primer nivel de atención según grupo etario, 2019

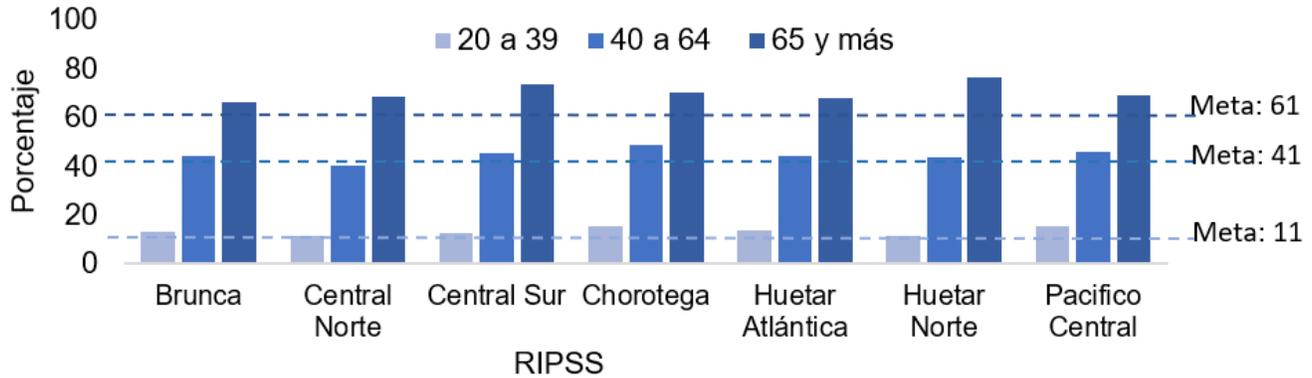


Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019.

Las RIPSS alcanzaron la meta institucional planteada al 2023 en dos indicadores; solamente la Central Norte no logró alcanzar la meta en el indicador de 40 a 64 años (gráfico 8).

Gráfico 8
CCSS: Cobertura de personas con hipertensión arterial por RIPSS según grupo etario, 2019.

(porcentaje)



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

De las 106 áreas de salud (AS) evaluadas, cuatro no cumplieron con la meta y presentaron los resultados más bajos en los tres indicadores. En el otro lado del espectro, se observaron resultados de cobertura superiores al 100 %, dato que puede significar mayor cantidad de población prevalente que la proyectada o en su defecto, que estén absorbiendo población prevalente de otra AS.

Otro resultado de la EPSS 2019 es la proporción de control óptimo de presión arterial en la población cubierta en el primer nivel de atención. Para obtener este resultado se tomaron los valores de presión arterial (PA) registrados en la última consulta del año, para cualquier tipo de consulta. Las cifras meta de control óptimo son:

| Condición/Diagnóstico | Cifras Meta |
|---|-----------------|
| Población general | PA <140/90 mmHg |
| Población general (sin comorbilidad) mayor de 80 años | PA <150/90 mmHg |
| Diabetes mellitus | PA <140/80 mmHg |
| Enfermedad renal crónica (incluye microproteinuria y/o insuficiencia renal) | PA <140/80 mmHg |

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2009). Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. (p. 53) San José: CCSS.

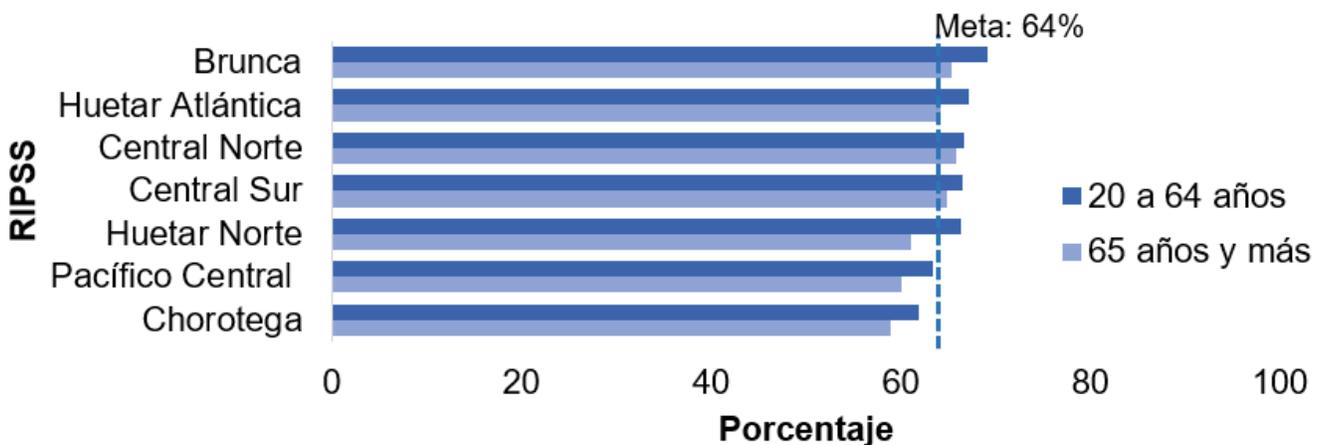
Con estos parámetros se establecieron dos indicadores de control óptimo de presión arterial de acuerdo con el grupo etario, ambos con una meta institucional de 64 %.

En el primer indicador, correspondiente a las personas de 20 a 64 años, se obtuvo un resultado institucional de 65,8 % y cinco RIPSS alcanzaron la meta. Mientras que en el otro indicador de control óptimo, correspondiente a las personas de 65 años y más, el resultado institucional fue de 64 % y tres RIPSS alcanzaron la meta (gráfico 9).

Gráfico 9

CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial por grupo etario según RIPSS, 2019.

(Porcentaje)



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

Monitoreo de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención en salud de la CCSS, de enero a mayo 2020

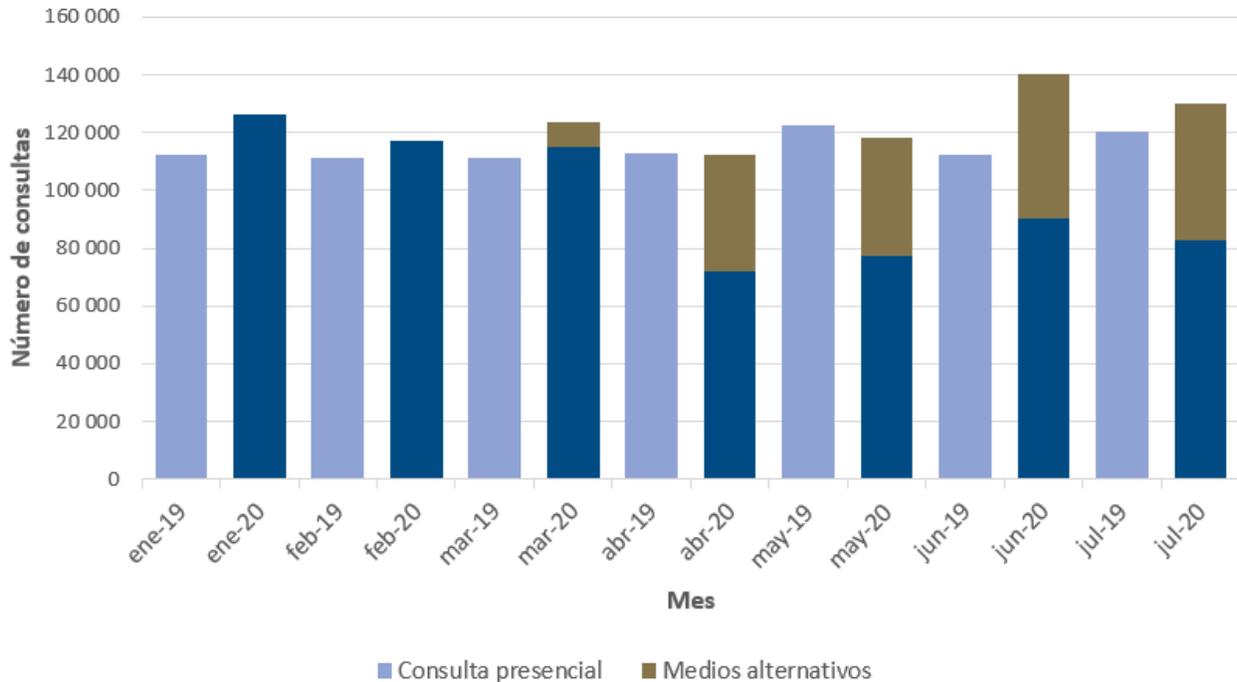
De acuerdo con el EDUS¹, se brindaron 680 664 consultas por HTA entre los meses de enero y julio de 2020 (primera vez y subsecuentes), con una disminución en los meses de abril a julio y una reducción de 145 913 consultas respecto a los mismos meses del 2019.

De las 680 664 consultas, 188 108 se dieron por medios alternativos (llamada telefónica y videollamada) entre marzo y julio (gráfico 10). Debido a que esta modalidad de atención impide la determinación de la cifra de presión arterial y su registro en el EDUS, se desconoce si la presión arterial de las personas atendidas de esta forma se encontraba entre los valores adecuados.

¹ No se incluyen las áreas de salud: Tibás, San Francisco-San Antonio, Escazú y Santa Ana, ya que no tienen datos en SIAC/SIES.

Gráfico 10

CCSS: Total de consultas a personas con hipertensión arterial en el primer nivel de atención en salud según modalidad, enero a julio 2019 - 2020.



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

Al depurar y retirar las consultas subsecuentes, se determinó que en el primer nivel de atención en salud consultaron 452 924 personas con HTA; de estas, 69 209 no tenían registro de cifras de PA, lo que significa que están sin control óptimo. De las personas con HTA que sí tenían las cifras de PA registradas, solo el 59 % contaba con cifras de presión arterial óptimas.

A nivel institucional, en los grupos de 20 a 64 años y de 65 años y más no se alcanzaron los valores meta, sucediendo lo mismo en las RIPSS; donde la Central Norte presentó los resultados más elevados en cada uno de los indicadores (sin llegar al 64 %), mientras que la Chorotega presentó los resultados más bajos.

Hipertensión arterial asociada a COVID-19 en el primer nivel de atención de la CCSS, 2020

En Costa Rica el 32,4 % de la población mayor de 20 años conoce que es hipertensa, mientras que el 4,8 % lo desconocen; por lo tanto, al menos una tercera parte de la población adulta posee ese factor de riesgo, que representa una mayor probabilidad de muerte ante una infección por COVID-19, situación que es aún más agravante en la población adulta mayor, donde la prevalencia de HTA es de 72,9 %.

Según el EDUS², en la consulta externa del primer nivel de atención de la CCSS consultaron 15 931 personas entre enero y julio de 2020 por diagnósticos relacionados con el COVID-19.

De ese total, 1 804 personas tuvieron al menos una consulta por hipertensión arterial; de ellas, 442 eran personas de 65 años y más, donde el 35 % evidenciaba algún grado de descompensación, ya que presentaban presiones arteriales sobre 140/90 mmHg. A esta cifra se agrega un 11,8 % que no tenía registro de presión arterial.

Por otro lado, datos actualizados al 30 de junio de 2020 indican que el 81 % de las personas que murieron por causa del COVID-19 en Costa Rica tenían diagnóstico previo de HTA y 62,5 % eran adultos mayores.

Los resultados encontrados son consecuentes con la investigación de la *European Heart Journal*, en la que se determinó que los pacientes con presión arterial elevada tenían dos veces mayor riesgo de morir por Covid-19 en comparación con los pacientes sin presión arterial alta, y que las personas que no tomaban medicamentos para controlar la HTA tenían un riesgo aún mayor (Kuster et al, 2020).

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2009). *Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial*. CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (pendiente publicación). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular*. CCSS.

Kuster, G., Pfister, O., Burkard, T., Zhoy, Q. T., Haaf, P., Widmer, A., & Osswald, S. (2020). SARS-CoV2: should inhibitors of the renin-angiotensin system be withdrawn in patients with COVID-19? *European Heart Journal*, 41(19), 1801-1803.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report*. OMS.
https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/

Autoría:

Realizado por:

Dr. Paúl Araya Vega

² Códigos CIE-10: B 34.2, U 07.1 y U 07.2.

Colaborador:

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

MSc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

La pandemia de COVID-19 interrumpe el progreso en la atención de la diabetes

La diabetes es un problema mayor de salud pública de atención prioritaria cuya prevalencia ha mostrado un crecimiento progresivo en los últimos decenios (Organización Mundial de la Salud, 2016, p. 6). La acelerada urbanización y los estilos de vida cambiantes son factores sociales que contribuyen con este aumento (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2019). El apoyo y la educación para el autocuidado de la enfermedad son críticos para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de aquellas que ocurren a largo plazo (American Diabetes Association, 2020, p. S1).

En la actualidad, Costa Rica presenta la segunda mayor prevalencia del continente americano en las personas de 20 años y mayores (14,8 %), solamente detrás de Belice, donde alcanza un 17 % (CCSS, 2020; FID, 2019).

Cobertura en el primer nivel de atención

Durante la última década, el número de personas atendidas por diabetes en las áreas de salud ha venido aumentando hasta alcanzar la cifra histórica de 236 143 en el 2019, un incremento de 15,6 % con respecto al 2018.

Varios factores parecen concurrir en este notable avance: la mejoría paulatina en la calidad de los registros de salud, la unificación de los sistemas de información por parte de las unidades administradas por terceros y finalmente, el crecimiento acelerado de la enfermedad.

En contraste con padecimientos de menor complejidad, la diabetes se asegura un fácil acceso a las agendas de atención, aunque la cantidad de usuarios siga en aumento. No obstante, la tendencia creciente de la enfermedad podría llegar a amenazar la robusta capacidad de respuesta institucional.

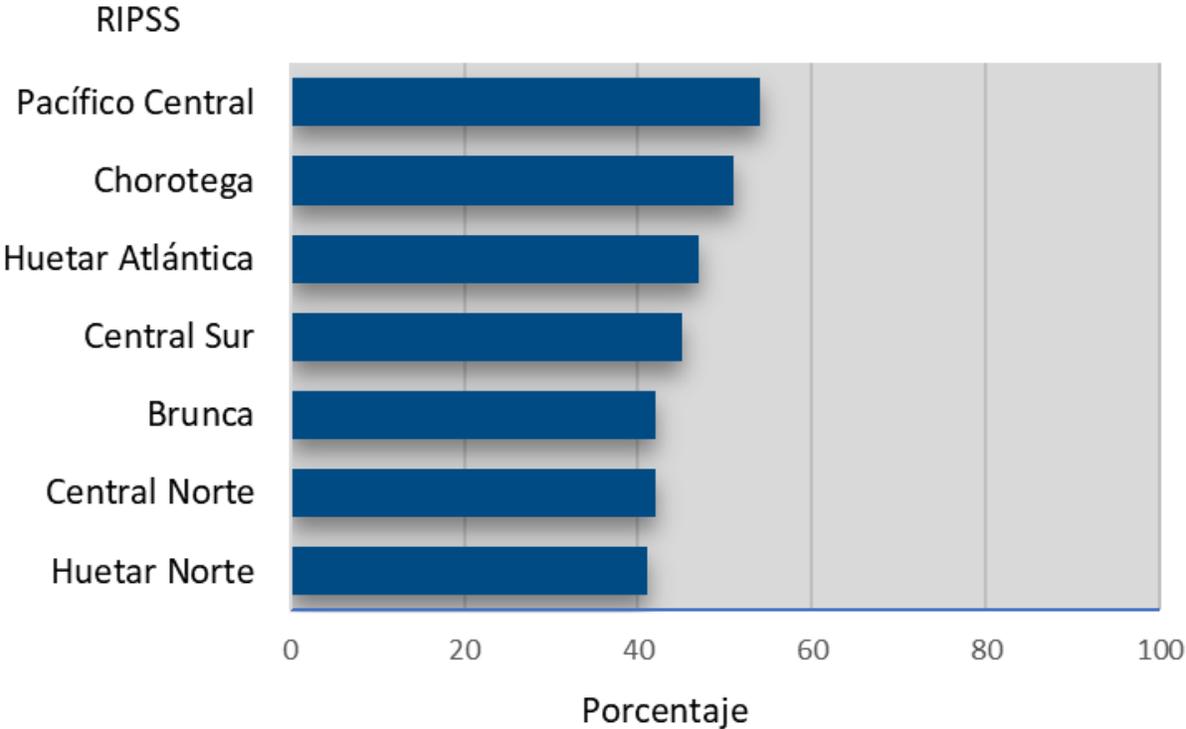


Durante el 2019 se alcanzó una cobertura de 45 %, un logro que puede parecer similar al publicado en el 2018; sin embargo, los datos del 2019 incluyen la actualización en la prevalencia de la enfermedad (variación de 12,8 % a 14,8 %), ajuste que incrementó la población blanco en poco más de 70 000 personas. El cálculo de la cobertura del 2018 con una prevalencia de 14,8 % muestra un progreso de cinco puntos porcentuales en el 2019.

En el gráfico 11 se muestran las coberturas por red integrada de prestación de servicios de salud (RIPSS). La variabilidad observada en los resultados de las RIPSS es similar a la de años precedentes, con un rango de cobertura de 42 % a 54 %.

En el contexto de un aumento generalizado en las atenciones, las redes que mostraron mayor crecimiento con respecto al 2018 fueron la Huetar Atlántica y la Central Norte. La Pacífico Central nuevamente alcanzó la mayor cobertura entre las redes integradas.

Gráfico 11
CCSS: Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus tipo 2, según RIPSS, 2019



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

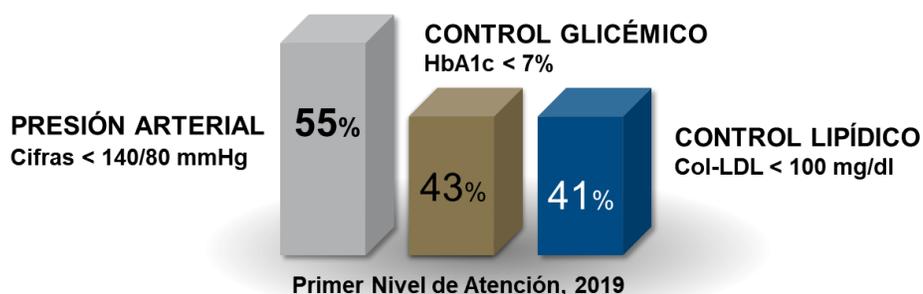
Calidad del control en el primer nivel de atención

En el 2019, al igual que en años anteriores, la calidad del control de la población diabética atendida se evaluó mediante tres indicadores, en congruencia con las guías técnicas institucionales (CCSS, 2015) 1) el control glicémico, con el valor de la última hemoglobina glicosilada (HbA1c) realizada en el segundo semestre del año 2) la presión arterial, a partir de las cifras tensionales registradas en la última consulta y 3) el control lipídico, con el último valor de colesterol LDL del año.

En el 2019, la proporción de personas diabéticas atendidas que logró el nivel óptimo en cada indicador se muestra en la figura 2.

Figura 2

CCSS: Porcentaje de personas diabéticas atendidas óptimamente controladas, 2019



Los resultados de los tres indicadores fueron muy semejantes a los alcanzados en 2017 y 2018, lo que parece confirmar que se ha detenido el crecimiento institucional de períodos anteriores.

En cuanto al porcentaje de personas en control glicémico óptimo, igual que en años anteriores, sigue afectándose por el incumplimiento de la prueba HbA1c, ya que un 25 % de las personas atendidas (59 000) no contaron con la prueba en el segundo semestre.

La ausencia de esta prueba impide un ajuste oportuno del plan de tratamiento habitual (inercia terapéutica), lo que favorece el descontrol glicémico o su empeoramiento.

Cuadro 3

CCSS: Personas con diabetes mellitus tipo 2 que lograron el nivel óptimo por parámetro de control, según RIPSS, 2019

(Porcentajes)

| RIPSS | Control glicémico (HbA1c) | Control de presión arterial | Control lipídico (Col-LDL) |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Institucional | 43 | 55 | 41 |
| Central Sur | 46 | 56 | 44 |
| Central Norte | 43 | 55 | 40 |
| Brunca | 42 | 62 | 43 |
| Huetar Atlántica | 38 | 62 | 40 |
| Chorotega | 38 | 50 | 35 |
| Pacífico Central | 37 | 55 | 33 |
| Huetar Norte | 34 | 55 | 31 |

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

En relación con el 2018, el cuadro 3 muestra que no se presentaron fluctuaciones destacables en los resultados. A pesar de sus reconocidas diferencias y las particularidades de sus áreas de salud, es posible identificar factores comunes que limitan el avance de los indicadores de control óptimo. Uno de los más constantes es el acceso irregular de las personas diabéticas a los centros de atención y a los servicios de laboratorio, situación que se acentúa en comunidades con altos índices de ruralidad.

Afectación de los indicadores 2020 por la pandemia de COVID-19

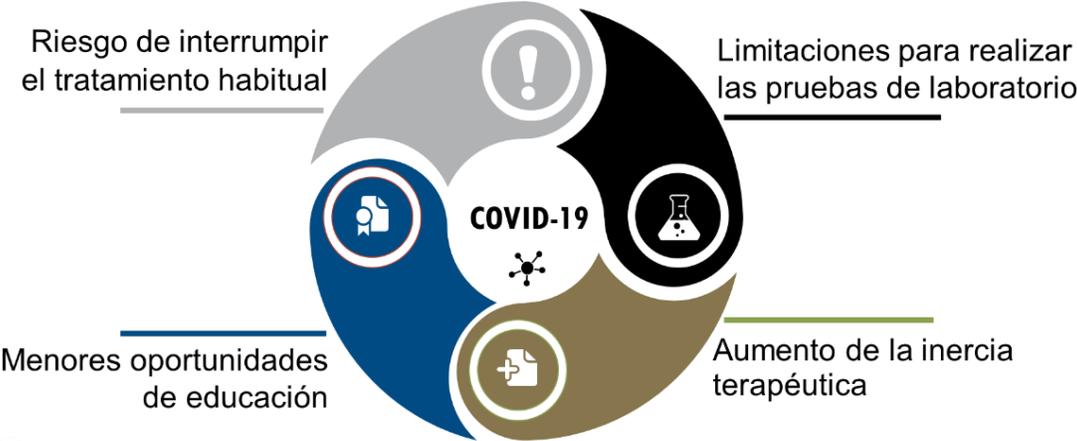
Durante el 2020 la pandemia ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2 ha transformado la entrega los servicios de salud en el primer nivel de atención, especialmente en la captación y seguimiento de los individuos portadores de ECNT, debido a la alta frecuencia de complicaciones que presentan al adquirir el virus.

Con la aparición de los primeros casos de COVID-19 (marzo 2020), se generó la necesidad institucional de monitorear la cobertura de los grupos de riesgo, así como de incorporar medios alternativos de atención, como llamadas telefónicas o videollamadas, que permitieran algún nivel de intervención a distancia.

La cantidad de personas atendidas en el primer semestre del 2020 en comparación con el mismo período del 2019, disminuyó en dos redes integradas (Central Norte y Chorotega), ambas con un descenso inferior al 10 %, quedando demostrada la efectividad de las acciones para conservar la cobertura de las personas diabéticas.

En contraste, el impacto sobre la calidad del control ha sido mayor, ya que se requiere de una logística mucho más compleja para evitar el incumplimiento de las pruebas de laboratorio.

Figura 3
CCSS: Efectos de la pandemia sobre la calidad el control de las personas diabéticas.



Durante el primer cuatrimestre del 2020 se estimó que el descenso en el nivel óptimo de control de la población atendida fue como mínimo 12 % en los tres indicadores. Mediciones más recientes señalan que al final del primer semestre del 2020 la caída en el porcentaje de personas con control glicémico óptimo superó el 25 % en la mayoría de las áreas de salud, debido a la cantidad de pruebas de HbA1c pendientes de realizar.

Dado que los resultados podrían empeorar por esta misma causa en el segundo semestre, las unidades prestadoras tendrán la difícil tarea de reactivar los servicios y crear las condiciones mínimas para el seguimiento adecuado de los usuarios.

Recomendaciones en el contexto de la pandemia

Como parte de los desafíos institucionales de los próximos años, se ha acumulado suficiente evidencia sobre la necesidad de cambios cualitativos en la prestación de los servicios a las personas con ECNT en particular, en la atención de la diabetes (Comisión para fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios y proveedores en el primer nivel de atención a la salud, 2015, p. 11).

Sin embargo, la emergencia nacional ocasionada por la pandemia de COVID-19 ha acaparado la atención y los recursos institucionales, en búsqueda de estrategias inmediatas, seguras y efectivas, con el fin de aminorar las repercusiones sobre la salud de la población.

Algunas acciones que se sugieren útiles y que ya han sido probadas en algunas áreas de salud, son las siguientes:

1. Continuar y fortalecer el seguimiento a través de medios alternativos. Realizar el registro apropiado de las atenciones, como elemento fundamental de monitoreo.
2. Evitar el contacto de los usuarios diabéticos con otras personas atendidas en la sede del área de salud.
3. Idealmente, utilizar sitios seguros, alternos a la sede del área de salud, para tomar la presión arterial y obtener las muestras de laboratorio.
4. Monitorear el estado de las pruebas de laboratorio pendientes en cada Ebáis.
5. Si las condiciones laborales lo permiten, recolectar muestras de laboratorio en horarios no tradicionales, con el objetivo de evitar aglomeraciones y mejorar el acceso, así como cumplir con pruebas esenciales que no requieren ayuno (HbA1c, colesterol no-HDL, creatinina).

Referencias bibliográficas

- American Diabetes Association. (2020). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(Suppl.1), S1-S2. <https://doi.org/10.2337/dc20-SINT>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares*. EDNASSS-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2020). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Tercera encuesta*. [manuscrito no publicado]. Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS.
- Comisión para fortalecer la corresponsabilidad de los usuarios y proveedores en el primer nivel de atención a la salud. (2015). *Un llamado a la corresponsabilidad: cambiando el paradigma de atención para el manejo de la diabetes*. <http://www.fundacionidea.org.mx/posts/44>
- Federación Internacional de Diabetes [FID]. (2019). *Atlas de la diabetes de la FID*. <https://diabetesatlas.org/es/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

Autoría

Realizado por:

Dr. José María Molina Granados

Colaboradores:

Equipo Técnico de Áreas de Salud, Equipo de Estadística e Información, DCSS.

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

MSc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

Cobertura de citología cervicovaginal en el primer nivel de atención: un análisis a la luz de la pandemia por el Covid-19

La detección precoz del cáncer cervicouterino es una medida costo-efectiva que permite salvar vidas, y se encuentra estrechamente relacionada con la calidad de vida de la población. Lo que más terreno está ganando en la reducción de la incidencia y la mortalidad por esta patología, es incrementar la cobertura de atención a mujeres que nunca se han hecho una citología y a aquellas que lo hacen de forma irregular (Marañón et al, 2017, p. 196).

A partir del año 2019, en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) se mide el indicador de cobertura bienal (2018-2019) en dos grupos de edad: 20-34 años y 35-64 años.

El dato de las mujeres tamizadas representa el total de mujeres que se realizaron una citología cervicovaginal durante un bienio, en el primer nivel de atención. Este resultado se divide entre la población de mujeres de acuerdo con el grupo de edad del área de salud, red integrada o institucional, según sea el caso, para obtener la cobertura.

El 06 de marzo de 2020 se registra el primer caso de Covid-19 en nuestro país, y aunque la institución se venía preparando de previo para dar una respuesta adecuada, no es hasta este momento en que se concretó la amenaza. El 09 de marzo de 2020 inicia la atención de la epidemia en Costa Rica y el 11 de marzo, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la epidemia por coronavirus pasó a ser pandemia.

Para la segunda quincena de marzo, la mayoría de los establecimientos de salud del primer nivel de atención habían suspendido parte de la consulta programada con el fin de no exponer a la población y enfocarse en la atención de la emergencia sanitaria.

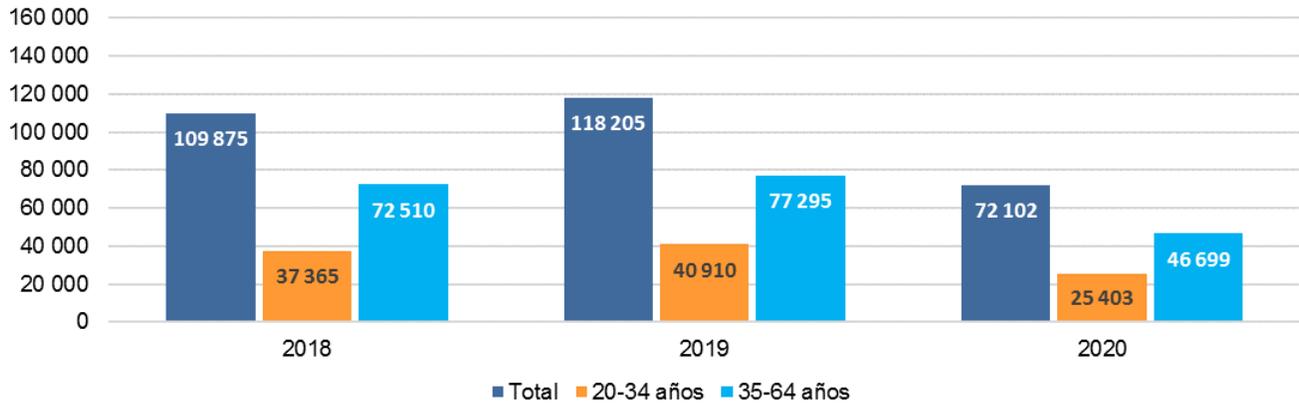
Considerando lo anterior, y con el propósito de medir la afectación de los servicios, se obtuvo el número de mujeres de 20-64 años a las que se les realizó una citología cervicovaginal a junio en los años 2018, 2019 y se comparó con los datos a junio 2020. Además, se presenta el dato de cobertura para el bienio 2018-2019.

Los números absolutos en los primeros dos meses del 2020 muestran datos muy similares al 2019, sin embargo, a partir de marzo los números cayeron drásticamente incluso muy por debajo de los datos en los mismos meses del 2018. Con respecto al 2019, la disminución total es de 46 103 atenciones: 15 507 en el grupo de 20-34 años y 30 596 en el grupo de 35 a 64. Esta disminución se podría relacionar con un aumento en la incidencia de cáncer cervicouterino, por lo que se deben tomar acciones para disminuir el impacto negativo en la prevalencia por esta patología.

Gráfico 12

CCSS: Total de mujeres con citología cervicovaginal en el primer nivel de atención por grupo de edad. Enero a junio, 2018, 2019, 2020.

(Número)



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018-2019-2020.

Para el bienio 2018-2019 la cobertura se resume de la siguiente manera:

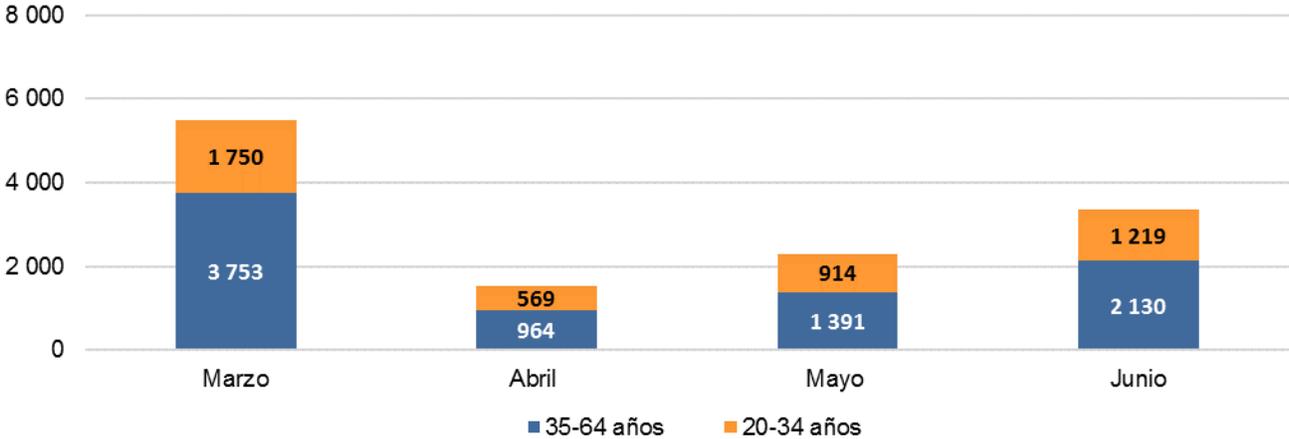
| Grupo poblacional | Mujeres con citología | Población femenina | Cobertura (%) |
|-------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 20-64 | 506 745 | 1 548 850 | 33 |
| 20-34 | 177 332 | 641 305 | 28 |
| 35-64 | 329 413 | 907 545 | 36 |

En relación con años anteriores, se observa un estancamiento en el logro institucional; sin embargo, las áreas de salud del primer nivel de atención han realizado un enorme esfuerzo, pese a que algunos establecimientos mantienen la misma capacidad instalada y una población meta en aumento.

Los cantones de San José, Desamparados y Alajuelita son, a la fecha en que se realiza este reporte, los que cuentan con más casos activos de Covid-19, a su vez son los cantones con más fallecimientos y más casos nuevos (Ministerio de Salud, 2020). Dichos sitios se encuentran dentro de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) Central Sur y contiene áreas de salud como San Francisco-San Antonio, Zapote-Catedral, Alajuelita, Desamparados 1, 2, 3, Carmen-Montes de Oca, Pavas y Hatillo, entre otros.

A partir del inicio de la pandemia, la RIPSS Central Sur presentó una disminución importante de mujeres con citología cervicovaginal en ambos grupos. Por ejemplo, en el grupo de 20-34 años en el periodo de marzo a junio de los años 2018-2019 se tamizó alrededor de 2 500 mujeres por mes y para los mismos meses en el 2020 se tamizó en promedio a 1 100. Una situación muy similar se presentó en el grupo de 35-64 años, ya que en los años 2018-2019, se tamizó alrededor de 5 000 mujeres por mes, sin embargo, en el 2020 el promedio fue aproximadamente de 2 000.

Gráfico 13
CCSS: Total de mujeres con citología cervicovaginal en el primer nivel de atención por mes y grupo de edad, RIPSS Central Sur. Marzo a junio, 2020.
 (Número)



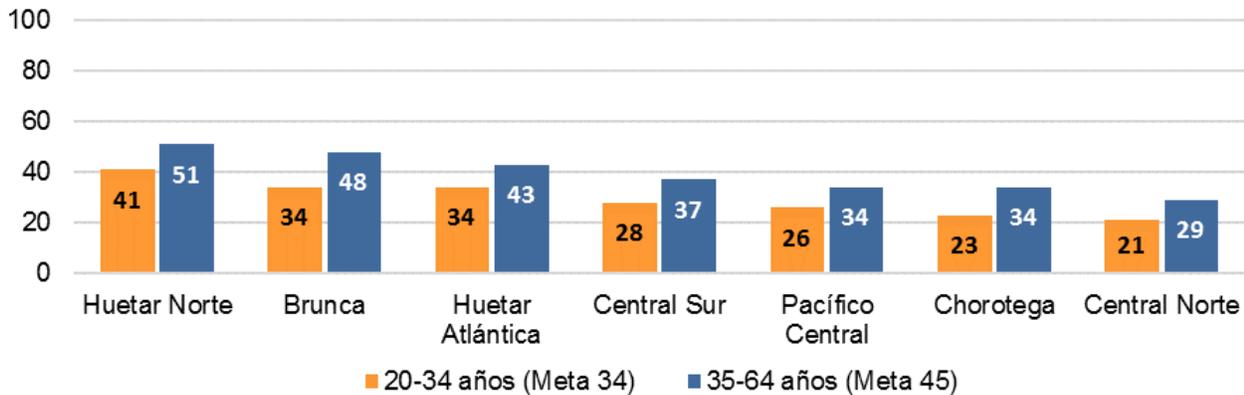
Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

En el bienio 2018-2019, las RIPSS Huetar Norte y Brunca lograron la meta institucional de cobertura para ambos grupos de edad y la Huetar Atlántica alcanzó el objetivo en el grupo de 20-34. El resto de las RIPSS se encuentran distantes de alcanzar las metas propuestas al año 2023.

Gráfico 14

CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 20-34 y 35-64 años, según RIPSS, bienio 2018- 2019.

(Porcentaje)



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

Las diferencias institucionales de cobertura entre los bienios 2017-2018 y 2018-2019 para los dos grupos poblaciones son menores a un punto porcentual, lo que refleja o resultados muy estables o que se alcanzó el tope de cobertura en el primer nivel de atención. Cabe resaltar que no se está contabilizando lo que se hace a nivel privado, medicina mixta o a nivel hospitalario.

Debido a la pandemia la institución debió organizar la prestación del servicio por lo que implementó modalidades alternativas de atención como las consultas telefónicas o las videoconferencias, como una forma de dar seguimiento a las personas en el cuidado de la salud y en el abordaje de sus enfermedades crónicas para preservar el distanciamiento social, no obstante, esto no es aplicable al tamizaje por cáncer cervicouterino, ya que para realizar el procedimiento se requiere de la presencia de la usuaria.

La implementación de las nuevas modalidades de atención creció rápidamente de marzo a abril y continuó creciendo en los meses posteriores como parte de las medidas adoptadas por la institución ante la alerta sanitaria. A pesar de lo anterior, se debe vigilar la estabilidad de la cobertura para disminuir las complicaciones por lesiones cervicales y buscar alternativas para recuperar el número de mujeres tamizadas en los meses posteriores al control de la pandemia.

Referencias bibliográficas

Marañón, T., Mastrapa, K., Flores, Y., Vaillant, L., & y Landazuri, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1), 187-203.

Ministerio de Salud. (29 de Julio de 2020). *Inicio: Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>

Autoría

Realizado por:

Dr. Armando Cortés Ruiz

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

Cobertura de detección de cáncer de mama: definición de una línea base

El cáncer de mama es un problema de salud pública para la sociedad costarricense; representa el primer lugar en mortalidad por cáncer en mujeres y su incidencia tiende al crecimiento (Ministerio de Salud, Costa Rica, 2012).

La detección temprana del cáncer de mama se realiza mediante la mamografía, prueba básica de tamizaje que permite la identificación en etapas iniciales, incluso antes de que sea palpable o cause síntomas, cuando es más fácil de tratar (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2020). La evidencia sugiere que un sistema organizado de tamizaje es capaz de reducir la mortalidad por esta causa (Zielonke N, 2020).

La mayoría de los programas desarrollados en los diferentes países han coincidido en que la periodicidad de esta prueba es de cada dos años, independientemente de los factores de riesgo (Ministerio de Salud, 2012). De igual forma, revisiones sistemáticas apuntan a que es más costo efectivo el tamizaje bienal que el anual (Mandrik O, 2019).

Las mujeres con mayor riesgo son aquellas mayores de 50 años, con trastornos benignos de la mama, sin embarazos, con menopausia tardía, que usan contraceptivos orales o terapia hormonal, obesas, que consumen alcohol, tabaquistas, diagnosticadas diabéticas, con antecedente de radiación y con antecedentes familiares de cáncer de mama (Momenimovahed, 2019).

Considerando lo anterior, el diseño de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) del primer nivel de atención incorporó un indicador de acceso, que mide la cantidad de mujeres con mayor riesgo, según edad, a las que se les efectúa la prueba de detección recomendada:

- *Cobertura de atención en mujeres de 45 a menos de 70 años a quienes se les realizó una mamografía en los últimos dos años.*

Su fórmula de cálculo es la siguiente:

| | |
|--------------------|---|
| Numerador | Número de mujeres de 45 a menos de 70 años con una mamografía realizada en los dos últimos años X 100 |
| Denominador | Número de mujeres de 45 a menos de 70 años de la pirámide poblacional correspondiente, en el año evaluado |

Las fuentes de información fueron el cubo de procedimientos y los listados manuales aportados por los establecimientos. Para la consulta al cubo de procedimientos se incluyeron los filtros de sexo (femenino), año (2018-2019), edad (45-69 años) y procedimiento (mamografía). Mientras que los registros de los listados manuales se ordenaron por número de identificación y fecha de realización del procedimiento, eliminando las mamografías subsecuentes.

Posteriormente, se unieron los listados de ambas fuentes y se hizo el proceso de depuración, para así contabilizar solo los casos de primera vez en la institución. El resultado final fue el registro de mujeres con mamografía realizada durante el bienio 2018-2019, según Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) a la que pertenece el centro que efectuó el procedimiento. En el caso de las mamografías realizadas en los hospitales nacionales, estas se asignaron a la red de sus establecimientos de referencia.

La principal limitación enfrentada para la medición fue la existencia de listados manuales con registros incompletos, principalmente: sexo, fecha de nacimiento y área de salud de adscripción. Debido a la ausencia de esta última variable, no fue posible realizar la construcción del indicador por área de salud, por lo que se decidió calcularlo a nivel de RIPSS.

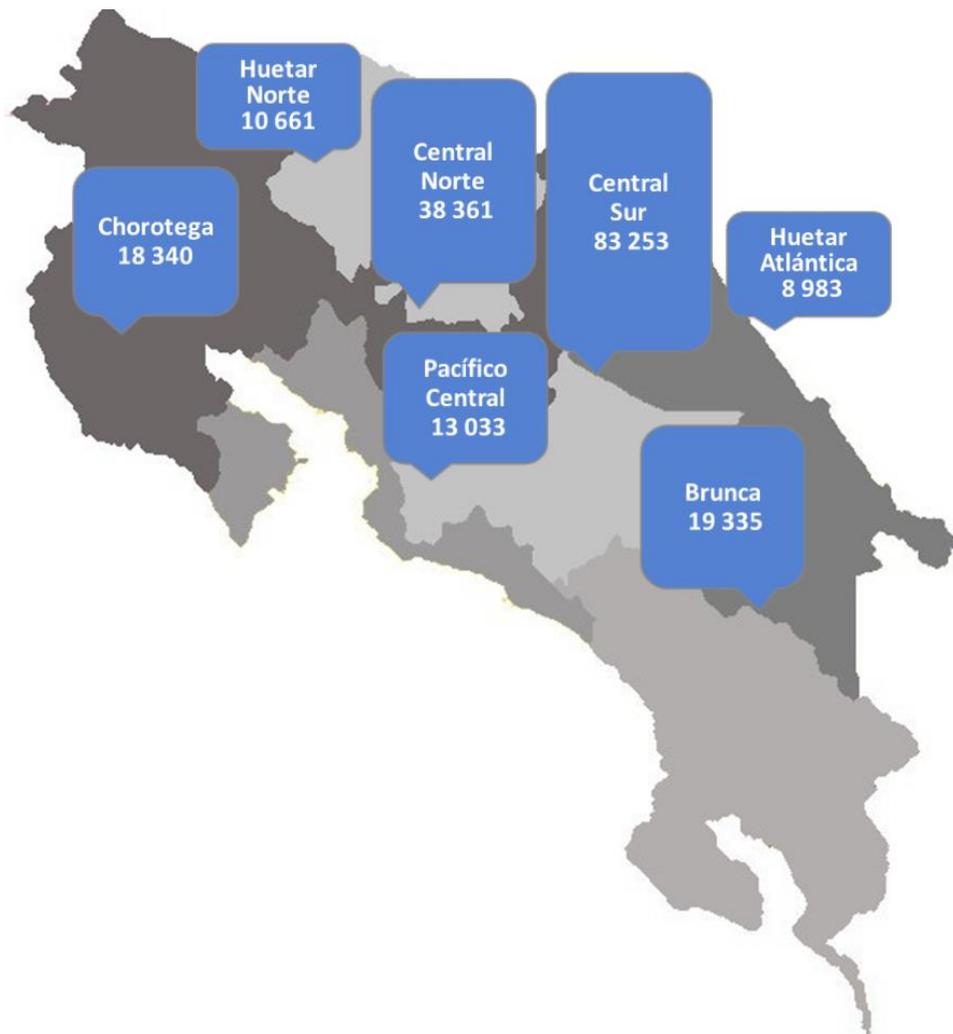
| Áreas de Salud | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| • Goicochea 2 | • San Rafael de Puntarenas |
| • Hatillo | • Santo Domingo |
| • La Unión | • Tibás-Uruca-Merced |
| • Puriscal-Turubares | • Cañas |
| • Coronado | |
| Hospitales | |
| • Carlos Luis Valverde Vega | • Rafael Ángel Calderón Guardia |
| • Ciudad Neily | • San Carlos |
| • Guápiles | • San Francisco de Asís |
| • La Anexión | • San Juan de Dios |
| • De las Mujeres Adolfo Carit Eva | • San Rafael |
| • Enrique Baltodano Briceño | • San Vicente de Paúl |
| • Fernando Escalante Pradilla | • Tomás Casas Casajús |
| • Max Terán Valls | • Tony Facio Castro |
| • Maximiliano Peralta Jiménez | • Víctor Manuel Sanabria Martínez |
| • México | • William Allen Taylor |

Los establecimientos de salud que disponen de mamógrafo y que reportaron la realización de mamografías son los mostrados en el recuadro.



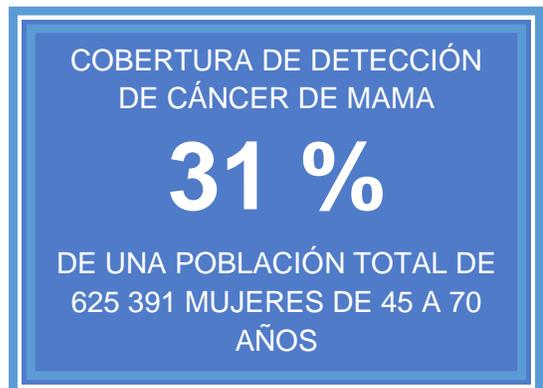
La sumatoria de las mujeres con mamografía realizada en el bienio 2018 – 2019 supera las 190 mil, cifra que establece una línea base para el seguimiento de la producción a futuro, dado que es la primera vez que se lleva a cabo este recuento. La RIPSS con el mayor número de mujeres con el procedimiento realizado es la Central Sur, que a su vez es una de las redes con mayor población.

Figura 4
CCSS: Número de mujeres con mamografía realizada según RIPSS, 2018 – 2019.



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

Al relacionar el número de mujeres que tuvieron acceso a la mamografía con respecto al número de mujeres que por edad la requieren, se obtuvo una cobertura de 31 %. Este valor es coincidente con el que encontró la II Encuesta de Salud Sexual y Salud Reproductiva, efectuada en el país en el año 2015, la cual señala que el porcentaje de mujeres que declararon haberse realizado una mamografía es de 30,1 %, aunque este también incluye las realizadas en servicios privados (Alvarado Leiton, 2016).



Las brechas de cobertura entre las RIPSS no son despreciables, considerando que entre la Brunca (47 %) y la Huetar Atlántica (20 %) hay una diferencia de más del doble. Por su parte, entre las RIPSS centrales, que son las que tienen mayor población adscrita, la diferencia es de 11 puntos porcentuales.

Figura 5
CCSS: Cobertura de detección de cáncer de mama con mamografía en mujeres de 45 a 70 años según RIPSS, 2018 – 2019.



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

Los datos recopilados permiten contar con una medida de cobertura que servirá como base para el seguimiento y el planteamiento de indicadores a futuro, que permitan establecer una posible meta institucional; no obstante, es necesario contar con un registro sistematizado de las mamografías realizadas y el detalle que posibilite la medición de la cobertura por área de salud, con el fin de identificar posibilidades de mejora en el acceso en aquellos lugares donde se ha dificultado.

Referencias bibliográficas

Alvarado Leitón, M. F. (2016). *II Encuesta nacional de salud sexual y salud reproductiva: Costa Rica 2015*.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2019). (Consultado el 05 de octubre de 2020). *Cáncer*. CDC.
<http://www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/about/index.htm>

Mandrik O, E. O. (2019). Systematic reviews as a “lens of evidence”: Determinants of cost-effectiveness of breast cancer screening. *Cancer Med (8)*, 7846–7858.
doi:<https://doi.org/10.1002/cam4.2498>

Ministerio de Salud, Costa Rica. (2012). *Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017*. Ministerio de Salud, Costa Rica.

Momenimovahed, Z. &. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets and Therapy (11)*, 151.

Zielonke N, G. A. (2020). Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. *European Journal of Cancer (127)*, 191-206.

Autoría:

Realizado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo
Dr. Gustavo Madrigal Loría

Colaboración de:

Equipo de Estadística e Informática y Equipo Administrativo

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

Oportunidad de la primera atención especializada en los casos por sospecha de cáncer

Introducción

El cáncer no conoce fronteras; en los países desarrollados constituye la segunda causa de muerte y en los países en desarrollo figura entre las tres principales causas de muerte en adultos; casi una de cada seis defunciones se debe a esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud [OMS]; Unión Internacional Contra el Cáncer [UICC], 2005).

Según el Observatorio Mundial del Cáncer (GCO), del Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (<http://gco.iarc.fr/>), en el año 2018 se registraron a nivel mundial 18 078 957 casos nuevos y 9 555 027 defunciones por cáncer, con tasas de incidencia y mortalidad de 20,20 y 10,63 por 10 000 habitantes, respectivamente.

En Latinoamérica y el Caribe, más de 1 400 000 personas fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer y 672 758 fallecieron a causa de esta enfermedad. Aproximadamente, el 57 % de los nuevos casos de cáncer y el 47 % de las muertes ocurren en personas de 69 años o más jóvenes, cuando se encuentran en lo mejor de sus vidas.

Costa Rica no escapa de esta realidad; en el 2018 se diagnosticaron 12 957 casos nuevos (tasa de incidencia: 19,48 por 10 000 habitantes) y fallecieron 5 709 personas por esta causa (tasa de mortalidad: 7,81 por 10 00 habitantes). Además, según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), el cáncer en Costa Rica ocupa la segunda causa de muerte y el grupo de 36 a 64 años registra la mayor tasa de mortalidad.

A lo largo de varias décadas, nuestro país ha tenido importantes logros que lo ubican en la vanguardia de los países latinoamericanos en materia de seguridad social y cobertura de salud universal. Cuenta con un sistema de salud único en el mundo, que presta servicios integrales basados en un modelo de seguridad social, representado por la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social), entidad pública a cargo de este sistema. Sin embargo, la carga de la enfermedad liderada por las enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentra el cáncer, representa para Costa Rica y para la CCSS grandes desafíos (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

Conociendo que la detección temprana del cáncer aumenta la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz, así como la supervivencia, y que además reduce la morbilidad, la CCSS ha aunado esfuerzos en evaluar la oportunidad de la atención en la primera atención especializada de los casos referidos por sospecha de cáncer (cervix, mama, colorrectal, pulmón y piel) en los centros de salud (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], 2019).

Metodología

Debido a que el módulo de referencia y contrarreferencia no se ha implementado en la totalidad de los centros, los casos se obtuvieron del cubo de consulta externa del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), a partir de la primera atención según centro de salud, diagnóstico Z0.31 Observación por sospecha de tumor maligno, especialidad médica y tiempo.

No fue posible obtener la información del total de centros de salud, ya que aún hay algunos que no registran consultas en el cubo.

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando Microsoft Excel 2010.

Se incluyeron todos los casos atendidos de primera vez en la vida, en el año o en la especialidad, y se excluyeron los casos en control por el mismo diagnóstico o con otro diagnóstico no asociado al Z0.31, así como los casos cuya primera consulta se otorgó en otro servicio o especialidad y los que se consideraron no medibles por ausencia del registro de datos para el cálculo del indicador.

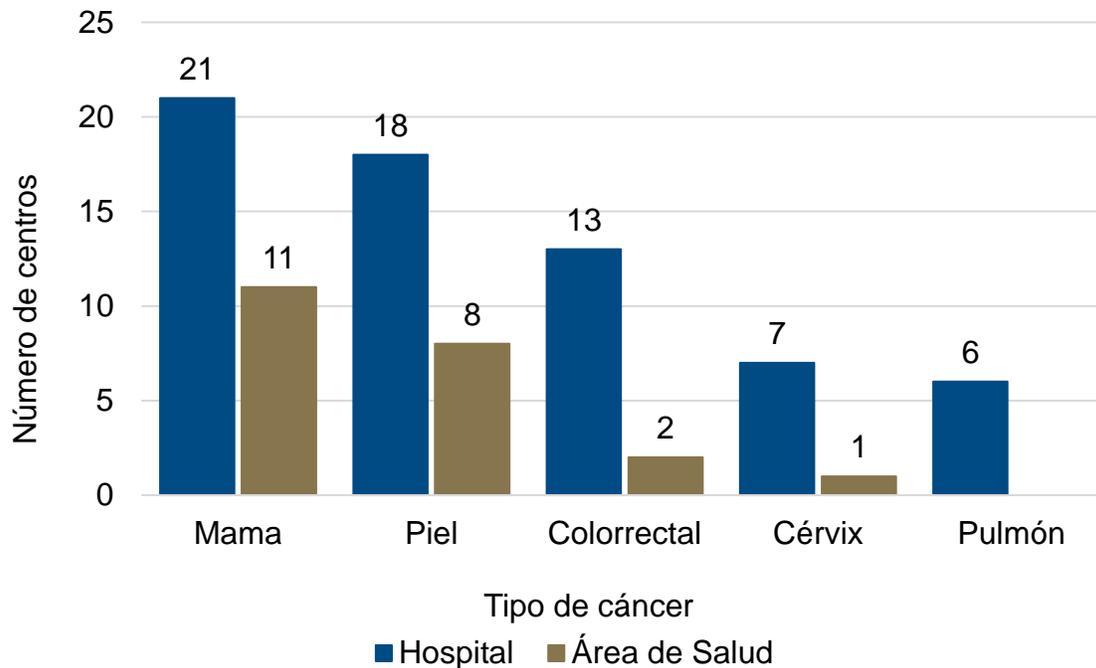
Cabe señalar que debido a la transición del expediente de salud físico al EDUS, no se pudo obtener el dato de la fecha de validación en el sistema de la recepción de la referencia en el centro de destino. Por lo que adoptando lo dispuesto en *Suspected cancer: recognition and referral NICE guideline* (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015), la medición del indicador se estableció desde que el paciente fue diagnosticado y referido por sospecha de cáncer hasta la primera atención en la consulta médica especializada en un tiempo menor o igual a dos semanas, excepto en los casos atendidos por sospecha de cáncer de cérvix (lesión de alto grado, lesión clínica sospecha y carcinoma *in situ*), donde se aplicó lo indicado en la Norma Nacional (Poder Ejecutivo, Costa Rica, 2006).

Análisis de resultados

Como se explicó anteriormente, los resultados se presentan con base en la medición realizada, ya que los indicadores planteados son no evaluables, debido a que no fue posible obtener los datos de la totalidad de los centros que brindan atención especializada en los tipos de cáncer revisados, el número varía de acuerdo con el tipo de centro (gráfico 15) y la cantidad de casos encontrados.

Gráfico 15

CCSS: Centros con registro de casos sospechosos por tipo de cáncer según tipo de centro, año 2019



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

En total, se revisaron 2 747 casos, de los cuales el 35,4 % se consideró evaluable y en 41 % la primera atención especializada se brindó oportunamente (cuadro 4).

Cuadro 4

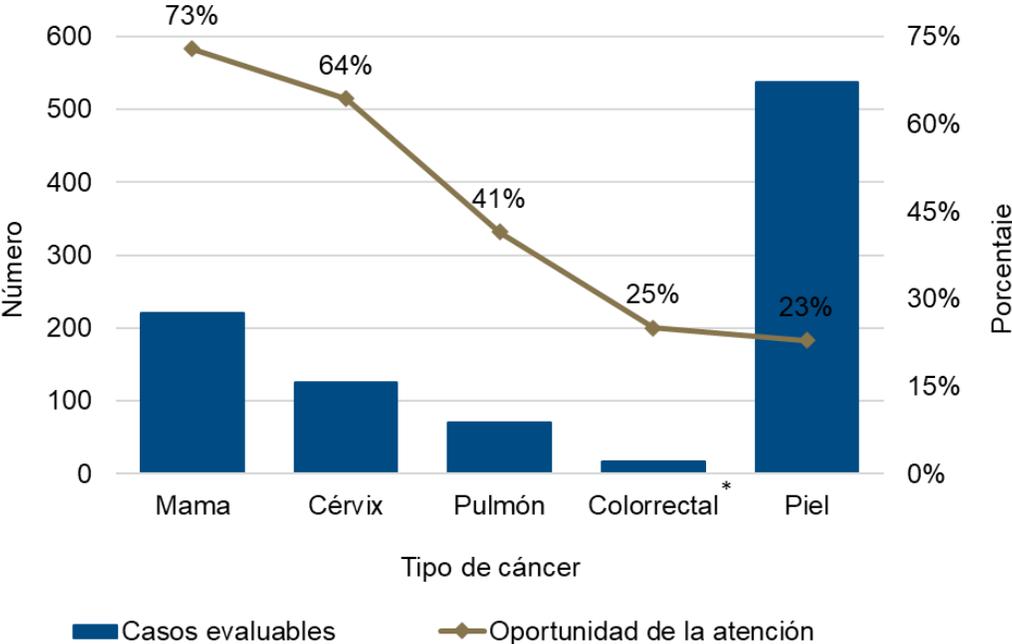
CCSS: Casos revisados, evaluables y atendidos oportunamente por tipo de cáncer, año 2019

| Tipo de cáncer | Casos revisados | Evaluables | Atención oportuna |
|----------------|-----------------|------------|-------------------|
| Total | 2 747 | 971 | 398 |
| Cérvix | 1 199 | 126 | 81 |
| Piel | 993 | 538 | 123 |
| Mama | 405 | 221 | 161 |
| Pulmón | 115 | 70 | 29 |
| Colorrectal | 35 | 16 | 4 |

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

En 161 casos (73 %) sospechosos de cáncer de mama, se encontró que la primera atención médica especializada se brindó en forma oportuna, representando este grupo el mayor porcentaje por tipo de cáncer. Por otro lado, los casos sospechosos por cáncer de piel registraron el menor porcentaje de oportunidad de la atención (23 %) (gráfico 16).

Gráfico 16
CCSS: Casos evaluables y oportunidad en la atención por tipo de cáncer, año 2019



*16 casos evaluables y 4 con atención oportuna

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

Para medir la demora en la primera atención especializada, los casos se distribuyeron en cuatro rangos:

- Igual o mayor a 2 y menor a 4 semanas
- Igual o mayor a 4 y menor a 8 semanas
- Igual o mayor a 8 y menor a 12 semanas
- Igual o mayor a 12 semanas

A pesar de que la demora en la primera atención especializada se mantuvo entre la mitad y la tercera parte de los casos en tres de los cuatro rangos, se debe prestar mayor atención a los casos del rango igual o mayor a 12 semanas, ya que se encontraron casos en donde la primera atención demoró hasta un año (cuadro 5).

Cuadro 5

CCSS: Demora para la primera atención especializada por rango en semanas según tipo de cáncer, año 2019

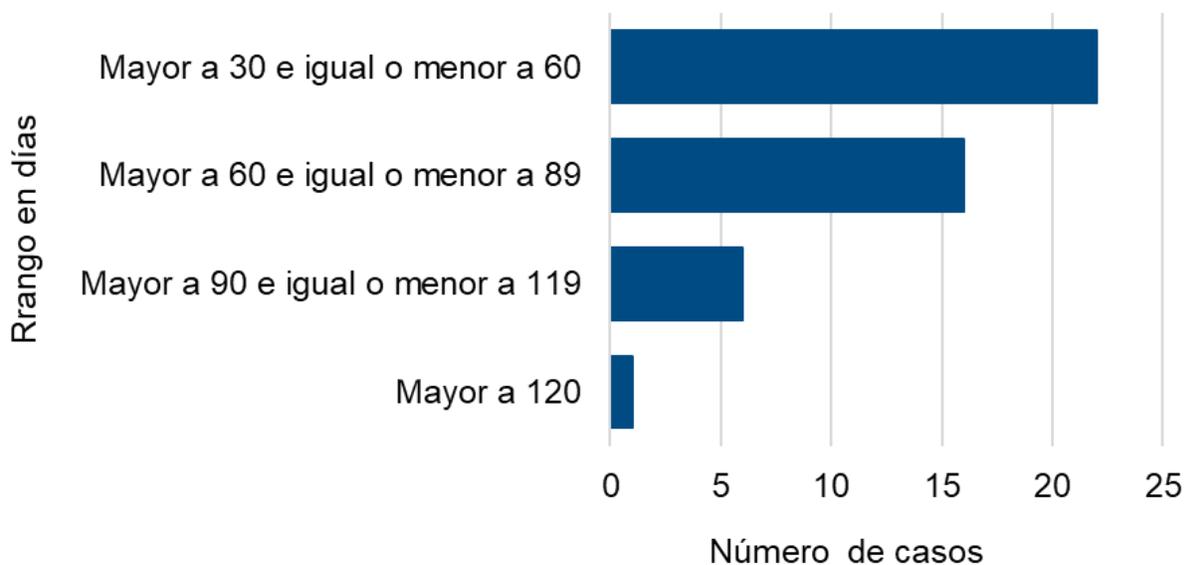
| Tipo de cáncer | Total | Rango en semanas | | | |
|----------------|------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| | | Igual o mayor a 2 y menor a 4 | Igual o mayor a 4 y menor a 8 | Igual o mayor a 8 y menor a 12 | Igual o mayor a 12 |
| Total | 528 | 117 | 159 | 85 | 167 |
| Piel | 415 | 84 | 128 | 66 | 137 |
| Mama | 60 | 21 | 16 | 11 | 12 |
| Pulmón | 41 | 9 | 12 | 6 | 14 |
| Colorrectal | 12 | 3 | 3 | 2 | 4 |

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

En el indicador cáncer de cérvix (lesión de alto grado, lesión clínica sospecha y carcinoma *in situ*), como ya se mencionó, los tiempos de atención se midieron según lo estipulado en la Norma Nacional, donde se indica que para este tipo de lesiones la primera colposcopia debe efectuarse antes de los 30 días. Con base en ese parámetro, el 35,7 % de los casos tuvo una demora en la atención de la primera colposcopia y solo el 5,6 % superó los 90 días (gráfico 17).

Gráfico 17

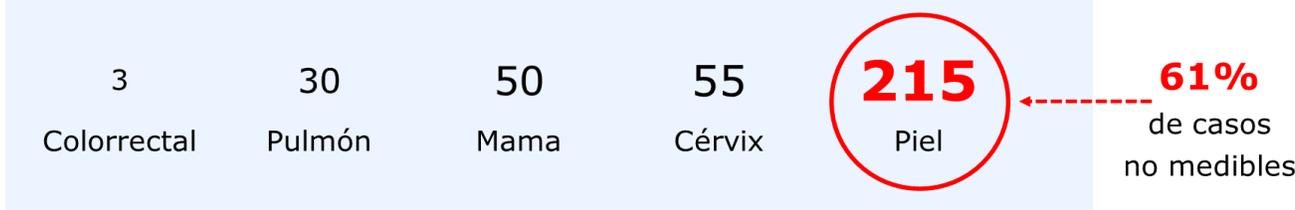
CCSS: Demora para la primera atención en la consulta de colposcopia, año 2019



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

Es importante señalar que en todos los indicadores se contabilizaron casos en los que no fue posible la medición porque no se encontró la solicitud de referencia al especialista o la anotación respectiva en consulta. Esto representó el 13 % de la totalidad de los casos revisados; el mayor porcentaje se registró en los casos sospechosos de cáncer de piel (figura 4).

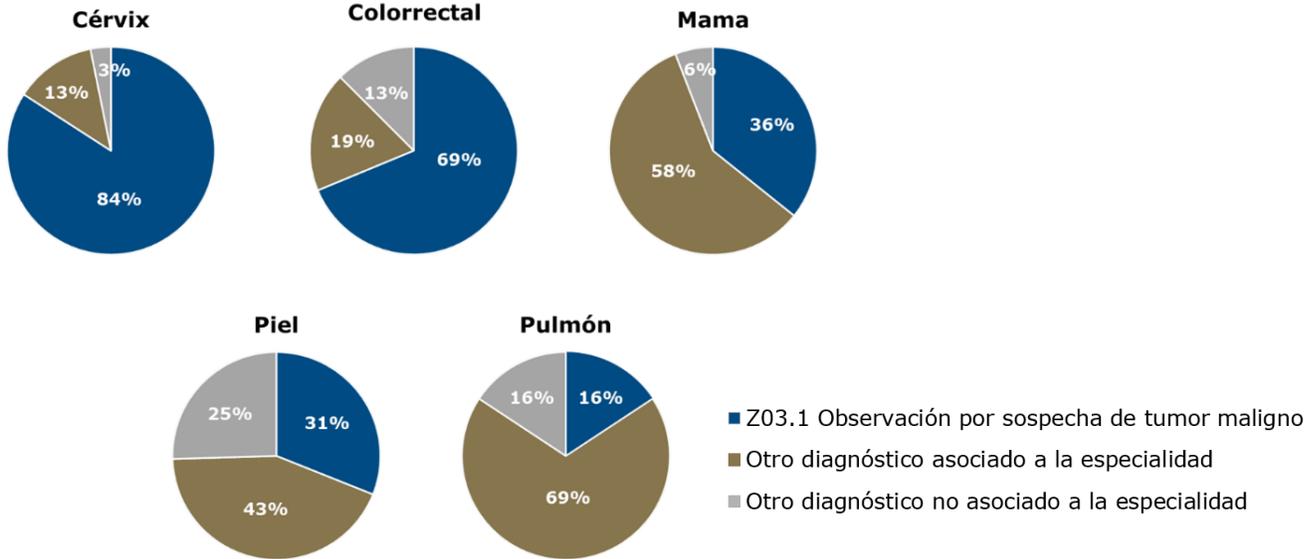
Figura 6
CCSS: Casos no medibles por tipo de cáncer, año 2019



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

Adicionalmente, se hizo una revisión de los diagnósticos de referencia para cada tipo de cáncer, evidenciándose que existe un alto porcentaje de casos referidos por otro diagnóstico asociado o no a la especialidad, lo que puede traer como consecuencia que a la hora de asignar la cita para la atención especializada no se esté priorizando y que la asignación de citas se realice a cupo (figura 5).

Figura 7
CCSS: Diagnósticos de referencia* por tipo de cáncer, año 2019



*Corresponde a 16 casos

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

Conclusiones y recomendaciones

Una de las limitaciones que influyó en el cálculo de los indicadores fue la ausencia de la referencia en el EDUS y la fecha de validación en el sistema de la recepción de la referencia en el centro de salud de destino, por lo que la demora en la atención no puede atribuirse al centro; sin embargo, esta demora debe analizarse, de modo que se determinen las barreras existentes, con el fin de encontrar soluciones que permita mejorar la atención.

Si bien es cierto existen limitaciones para el cálculo de los indicadores, se hace necesario insistir en la importancia de la priorización de los casos sospechosos de cáncer, ya que de eso depende el tratamiento oportuno y el avance de la enfermedad.

Finalmente, se trabajará en la redefinición de los indicadores, analizando la factibilidad de contar con la información a partir de las fuentes institucionales.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS centenaria*. CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2019). *Fichas hospitales*. CCSS.
[http://intranet/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Hospitales%20\(Fichas%20t%C3%A9cnicas%202019-2023\).aspx](http://intranet/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Hospitales%20(Fichas%20t%C3%A9cnicas%202019-2023).aspx)

National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (23 de Junio de 2015). *Suspected cancer: recognition and referral*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>

Organización Mundial de la Salud [OMS]; Unión Internacional Contra el Cáncer [UICC]. (2005). *Acción mundial contra el cáncer*. OMS.
<https://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf?ua=1>

Poder Ejecutivo, Costa Rica. (7 de julio de 2006). *Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología* (Decreto N 33119-S). Diario Oficial La Gaceta N° 131, págs. 1-21.

Autoría

Realizado por:

Dra. Mariela Tarancón Reyes

Revisado y aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

Evaluación de la eficiencia en tiempos de pandemia ¿Nuevos paradigmas en materia de productividad?

La pandemia sin duda ha venido a trastocar la vida de la humanidad desde muy diversas perspectivas. Un pequeño virus nos ha puesto a cuestionarnos la teoría y las prácticas en los más diversos ámbitos de la vida en el planeta y la teoría económica no es la excepción. Así como la crisis económica de 1929 retó y transformó la teoría económica, pareciera que en este siglo la actual pandemia nos obliga a revisar muchos paradigmas.

Pero la teoría siempre camina detrás de la realidad, alimentándose de esta. Corresponde entonces revisar los hechos y, desde la puntual realidad de los servicios de atención primaria de la CCSS, adaptar la evaluación a los nuevos tiempos. Probablemente en los próximos meses del 2020 y en el 2021 se irán definiendo con mayor claridad esas nuevas realidades.

De momento surgen un sinfín de preguntas, cuyas respuestas habrá que buscarlas en la evolución futura de los servicios, por ejemplo:

- ¿Por cuánto tiempo se prolongará el estado de emergencia en que se encuentran los servicios actualmente?
- ¿Tendrá la actual situación un impacto importante en la estructura productiva futura de las áreas de salud? Por ejemplo, una mayor relevancia de las acciones comunitarias y de las atenciones a distancia.³
- ¿Deja en evidencia la pandemia la posibilidad/necesidad de avanzar en la sustitución de la hospitalización por una atención primaria reforzada, que podría ser más efectiva y menos costosa?
- ¿Aumentará la heterogeneidad de las áreas en respuesta a necesidades y demandas diferenciadas de sus poblaciones, puestas en evidencia por la pandemia (población rural, población urbano marginal, etc.)?
- ¿Será necesario cambiar la composición profesional de los servicios de atención primaria o los pesos que los diferentes grupos tienen dentro de estos y dentro de cada área (fortalecimiento de los servicios de trabajo social y de psicología, por ejemplo, a nivel nacional)?
- ¿Cambiarán los requerimientos de infraestructura en cantidades y/o cualidades?

³ Según un estudio reciente de la DCSS, entre los meses de marzo a mayo del presente a nivel nacional se dio una caída de 17 % en las consultas tradicionales, en relación con el mismo periodo del 2019, mientras se reportó una producción de más de 300 mil atenciones mediante las nuevas modalidades, multiplicándose dicha producción por 5 entre el primero y el tercer mes de trimestre analizado.

Las respuestas a tales preguntas tendrán un impacto importante en la eficiencia de los servicios, así como en la manera en que esta puede ser evaluada. Las preguntas en sí llevan implícito el cuestionamiento de un paradigma importante en el análisis de la eficiencia: “más siempre es mejor que menos, en materia de producción”. De momento pareciera que, más que en la cantidad, en el futuro va a ser importante la composición de los servicios y su adaptación a los entornos locales, lo cual afectará el registro de la producción y la evaluación de la productividad.

Hasta el año 2018, la eficiencia de las áreas de salud se venía evaluando mediante un modelo que calificaba de manera global a las áreas mediante el Índice de Eficiencia Relativa, IER. Para el periodo 2019-2023 se definió una batería de indicadores que asigna un índice de productividad a cada grupo profesional en cada área de salud. Esta batería de indicadores busca identificar debilidades y fortalezas en las áreas, ofreciendo una herramienta a los gestores para comprender y corregir situaciones donde se podría mejorar el servicio.

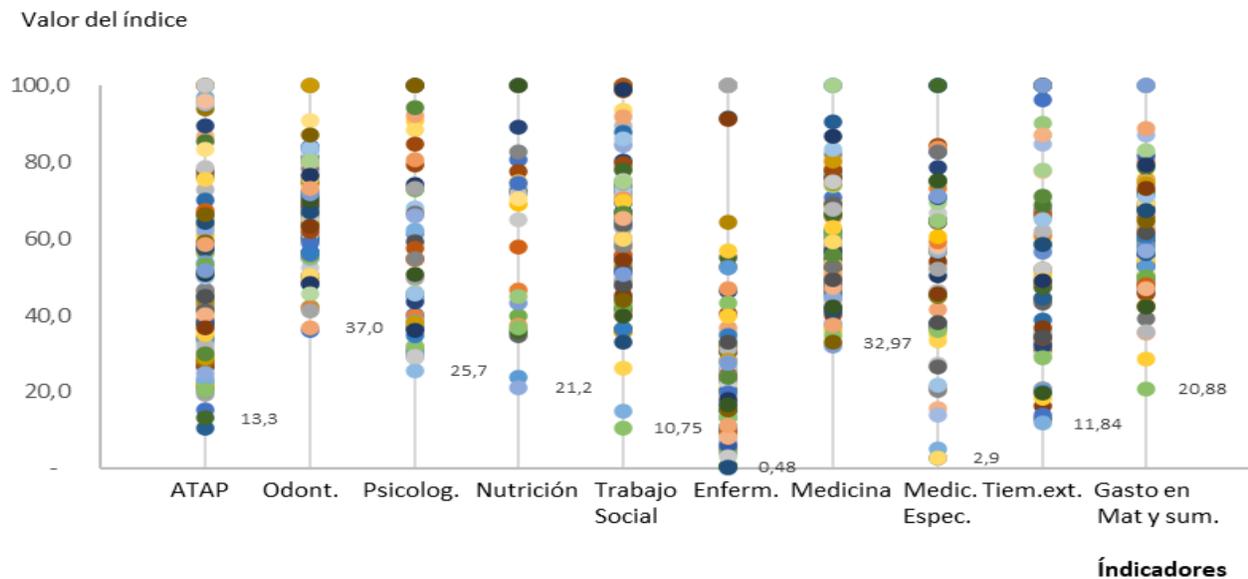
Así, para la evaluación de la eficiencia para el año 2019 se utilizaron diez indicadores⁴, ocho de los cuales evalúan un grupo profesional específico y dos evalúan la productividad del gasto. En cada uno de los indicadores se identifica la o las unidades con mayor productividad del respectivo grupo profesional, a quienes se asigna un índice de productividad promedio de 100 % y el valor del índice de las demás unidades se define en proporción al índice de dichas unidades. Así, por ejemplo, si la unidad que tiene la mayor producción promedio en odontología produce 8 mil atenciones por profesional en el año, esta tendrá un índice de 100 %, mientras que una cuya productividad media sea de 4 mil tendrá un índice de 50 % en odontología.

La figura número uno muestra la distribución de los índices a nivel nacional⁵. Para todos los indicadores el valor máximo es de 100 % y el mínimo está indicado con su respectivo valor.

⁴ La definición detallada de los indicadores se encuentra en: [https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Áreas%20de%20Salud%20\(Fichas%20técnicas%202019-2023\).aspx](https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Áreas%20de%20Salud%20(Fichas%20técnicas%202019-2023).aspx)

⁵ En el anexo 4 se presenta la distribución gráfica de los índices por área de salud y RIPSS.

Figura 8
CCSS: Distribución de los indicadores de eficiencia de las áreas de salud por indicador, 2019



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

Los resultados indican a primera vista que son las productividades de los profesionales en medicina y en odontología las que muestran una menor variabilidad⁶, mientras la productividad de los profesionales en enfermería y de los ATAP muestran la mayor variabilidad. Este resultado probablemente se explique por la menor estandarización de las funciones de enfermería entre las áreas de salud y diferencias geográficas y sociales de las poblaciones, que afectan la productividad del ATAP.

En relación con los resultados por red, en la siguiente figura se muestran los valores de los indicadores para cada RIPSS.

⁶ Medida por el recorrido o distancia entre el valor mínimo y el máximo.

Figura 9
CCSS: Indicadores de eficiencia por RIPSS y grupo profesional, 2019

| RIPSS | ATAP | Odontología | Psicología | Nutrición | Trabajo Social | Enfermería | Medicina General | Medicina Especializada | Productividad del Gasto en Tiempos Extraordinarios | Gasto prom. en Materiales y Suministros x Atención ¹ |
|------------------|-------|-------------|------------|-----------|----------------|------------|------------------|------------------------|--|---|
| Brunca | 79,6 | 97,1 | - | 86,5 | 68,6 | 57,0 | 60,0 | 57,1 | 85,9 | 86,6 |
| Central Norte | 82,5 | 82,6 | 100,0 | 48,8 | 93,7 | 100,0 | 85,7 | 100,0 | 69,2 | 97,9 |
| Central Sur | 100,0 | 81,1 | 75,1 | 54,3 | 79,3 | 54,1 | 87,0 | 100,0 | 91,3 | 92,3 |
| Chorotega | 33,1 | 79,3 | 70,4 | 64,5 | 80,2 | 58,1 | 95,1 | 64,3 | 100,0 | 91,5 |
| Huetar Atlántica | 55,7 | 100,0 | 98,8 | 100,0 | 97,9 | 74,5 | 91,3 | 57,3 | 67,3 | 79,8 |
| Huetar Norte | 93,7 | 89,5 | - | 60,9 | 100,0 | 70,1 | 100,0 | 28,6 | 72,5 | 75,8 |
| Pacífico Central | 74,9 | 95,0 | 56,3 | 59,5 | 64,1 | 60,6 | 85,8 | 29,5 | 92,1 | 100,0 |

¹Incluye atenciones de medicina general, medicina especializada y odontología
Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019

Recomendaciones

Monitorear el comportamiento de la demanda y necesidades de la población, por parte de gestores y evaluadores de los servicios, y adaptar la oferta y los indicadores, respectivamente, a los nuevos tiempos. La pandemia constituye un parteaguas; muchas cosas cambiarán a partir de este momento histórico, demandando adaptabilidad, creatividad y compromiso con la población.

El proceso de evaluación de la eficiencia, al cuantificar recursos, toca necesariamente temas de equidad. Se identifica una variabilidad importante en la disponibilidad de recursos, especialmente humanos, la cual no necesariamente está asociada a variabilidad en las necesidades, aunque sí puede estar afectada por la estructura de las RIPSS. Un caso que llama la atención, particularmente en las circunstancias actuales de pandemia, es la existencia de dos RIPSS sin profesionales en psicología en el primer nivel de atención. Es importante revisar las redes en materia de profesionales no médicos.

Los efectos sociales de la pandemia y la crisis económica asociada a esta, demandan mayor eficiencia en el uso de los recursos. El primer nivel de atención aparece como una herramienta fundamental por su eficiencia y por la importancia y efectividad que se ha revelado en la pandemia.

Referencias bibliográficas

Astier Peña, Pilar. (2020) *La importancia de poseer un activo como la atención primaria para hacer frente a la pandemia por coronavirus: como desarrollar todo su potencial*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Barcelona, España. Recuperado el 29 junio de 2020 de: <https://www.semfy.com/la-importancia-de-poseer-un-activo-como-la-atencion-primaria-para-hacer-frente-a-la-pandemia-por-coronavirus-como-desarrollar-todo-su-potencial/>

- Bárcenas, Alicia. (2020) América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 *Efectos económicos y sociales e impacto en la vida de las mujeres*. CEPAL. Santiago de Chile, CEPAL. Recuperado el 29 junio de 2020 de:
https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/america_latina_y_el_caribe_ante_la_pandemia_del_covid_19_efectos_economicos_y_sociales_eimpacto_en_la_vida_de_las_mujeres.pdf
- Benveniste, Luis.(2020). Los desafíos de la COVID-19: *Una visión de América Latina y el Caribe*. (2020) Banco Mundial. Recuperado el 29 junio de 2020 de:
<https://blogs.worldbank.org/es/voces/desafios-y-respuestas-de-la-covid-19-una-vision-de-america-latina-y-el-caribe>
- Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud. (2019). *Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019-2023*. San José. Recuperado el 10 julio de 2020 de:
[https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Áreas%20de%20Salud%20\(Fichas%20técnicas%202019-2023\).aspx](https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Áreas%20de%20Salud%20(Fichas%20técnicas%202019-2023).aspx)
- Minué Lorenzo, Sergio. Crisis del Coronavirus: *Más atención Primaria que nunca*. (2020) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Barcelona, España. Recuperado el 29 junio de 2020 de: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626

Autoría

Realizado por:

Licda. Elizabeth Rodríguez Jiménez

Revisado por:

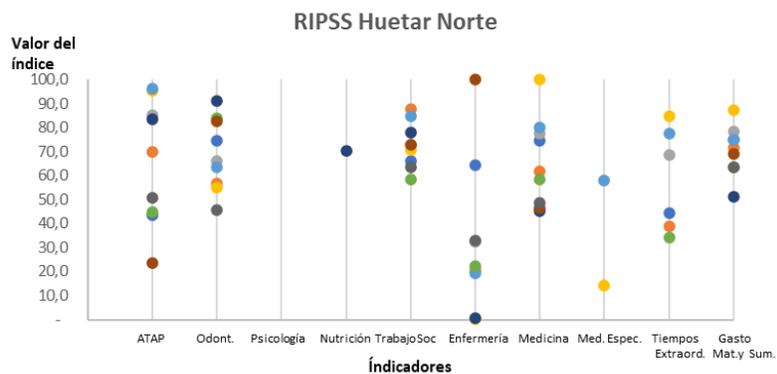
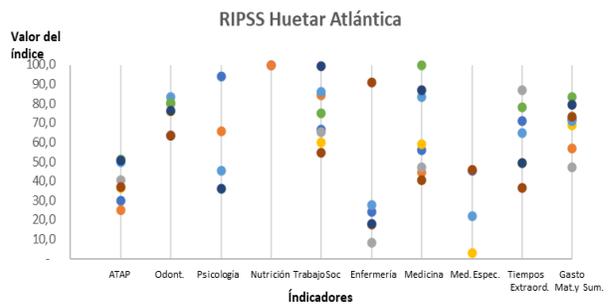
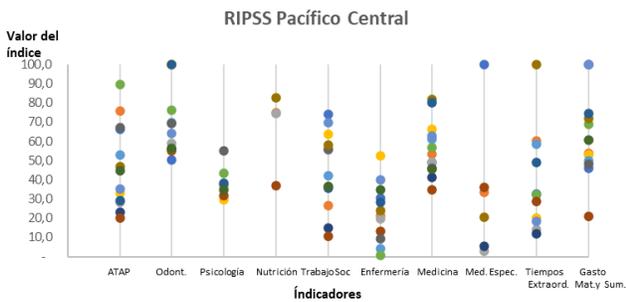
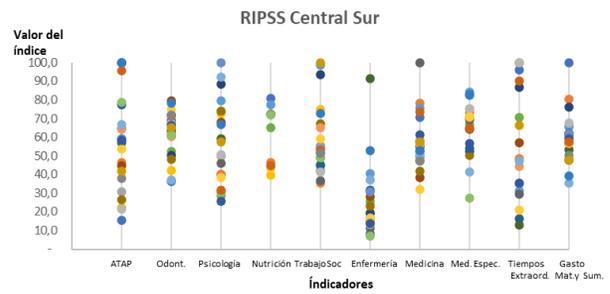
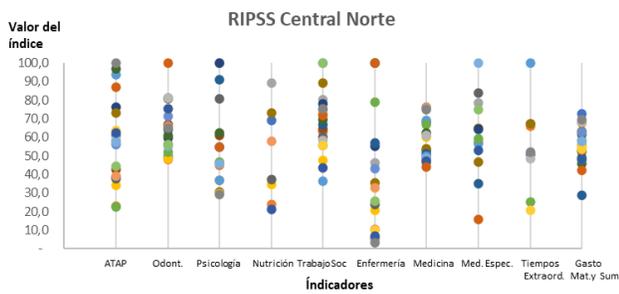
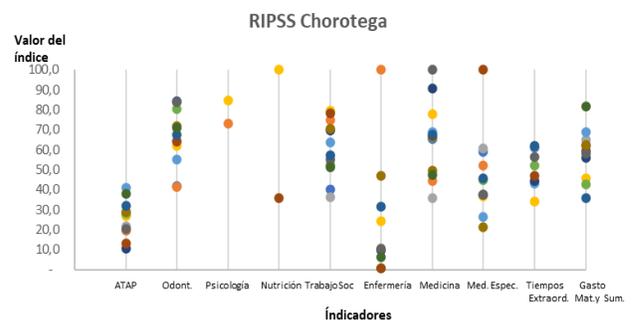
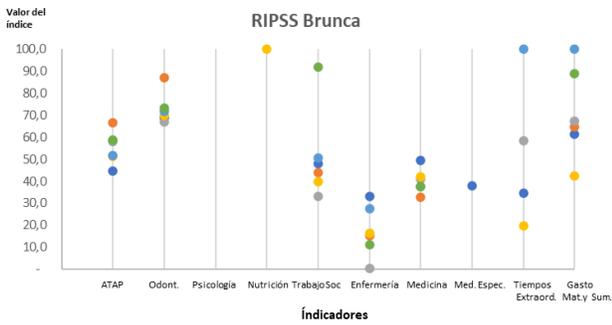
Dr. Alexánder Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, Colaboradora funcional, DCSS

Anexo 4.

EPSS: Distribución de los indicadores de eficiencia de las áreas de salud 2019, por grupo profesional y por RIPSS



Nota: para ver el detalle de una Red, amplíe el gráfico respectivo

Resumen de resultados del primer nivel de atención

Con el propósito de resumir los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) del primer nivel de atención para el año 2019, se optó por construir un tablero dinámico, el cual viene a sustituir el índice de prestación de servicios y el índice de coberturas de atención utilizado en el pasado.

La metodología para su construcción está basada en quintiles, con lo que se busca hacer una categorización de los resultados de un área de salud en relación con los alcanzados por la totalidad de unidades. Para ello, se obtuvieron los valores de corte para los percentiles 20, 40, 60 y 80 de cada indicador; posteriormente, se ubicó a cada área de salud en el quintil correspondiente para cada uno de los indicadores.

De esta forma se pretende identificar las fortalezas y las debilidades en los resultados de un área de salud en particular, sin tener que dar un posicionamiento global único con respecto a los demás, como lo hacía en el pasado el uso de índices; tratando así de mejorar la interpretación de la evaluación realizada, cuyo objetivo es el mejoramiento continuo de los servicios.

Los mismos puntos de corte, identificados para las áreas de salud, se aplicaron a los resultados de cada Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), ubicando de igual manera sus resultados en quintiles, lo que permite comparar los logros de un área de salud con los alcanzados por la RIPSS a la que pertenece.

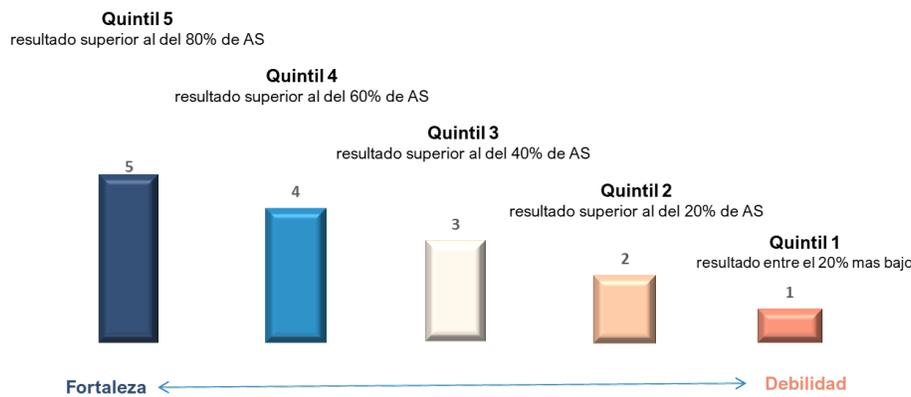
Los indicadores incluidos en el tablero son los siguientes:

| | |
|---|---|
| 1. De cobertura <i>(acceso de la población a las intervenciones en salud)</i> | Atención de menores de un año de edad |
| | Atención de mujeres embarazadas |
| | Atención de mujeres en período posparto |
| | Atención de personas con hipertensión arterial (por grupos de edad) |
| | Atención de personas con diabetes mellitus tipo 2 |
| | Detección de cáncer cervicouterino (por grupos de edad) |
| 2. De calidad de la atención <i>(atención oportuna, manejo adecuado y control óptimo)</i> | Captación temprana de menores de un año |
| | Tamizaje oportuno y manejo adecuado de la anemia en menores de dos años |
| | Captación temprana, tamizaje oportuno por HIV y VDRL, y manejo adecuado de VDRL positivo en mujeres embarazadas |
| | Captación temprana de mujeres en período posparto |
| | Control óptimo de personas con hipertensión arterial (por grupos de edad) |
| | Control glicémico, lipídico y de presión arterial óptimo de personas con diabetes mellitus tipo 2 |

3. Complementarios
(para el análisis del contexto del área de salud)

| |
|--|
| Número de Ebáis |
| Población (habitantes) por Ebáis |
| Puestos de visita periódica |
| Población sin seguro de salud (convertido a áreas de salud de los datos por distrito del INEC) |
| Población urbana (convertido a áreas de salud de los datos por distrito del INEC) |
| Índice de desarrollo social (convertido a AS de los datos por distrito del INEC) |

Indicadores de cobertura y de calidad



Indicadores complementarios



Resultados por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud y áreas de salud

El tablero permite identificar que los resultados de la RIPSS Brunca muestran fortalezas en la mayoría de los indicadores de calidad; sin embargo, las coberturas de menores de un año y embarazadas están en el quintil más bajo, al igual que la captación temprana de menores de un año y de mujeres en posparto (anexo 1).

Para la RIPSS Central Norte los resultados de coberturas señalan que sus principales debilidades están relacionadas con las coberturas de detección de cáncer cervicouterino, dado que ambas se encuentran entre el 20 % más bajo. Con respecto a los indicadores de calidad, los resultados de captación temprana de menores de un año, tamizaje y abordaje adecuado de los niños con anemia, así como la captación temprana y el tamizaje por HIV y VDRL en mujeres embarazadas, se encuentran en el quintil 2, señalando que tiene un amplio margen de mejora si se modifican los determinantes asociados.

La RIPSS Central Sur, por su parte, muestra fortalezas en los indicadores de cobertura de posparto, manejo adecuado de la anemia, control óptimo de hipertensión arterial y control óptimo de diabetes mellitus tipo 2. Además, ninguno de sus resultados se posicionó en el quintil 1.

Por otro lado, la RIPSS Chorotega obtiene resultados altos en las coberturas de posparto, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipos 2; y resultados bajos en la mayoría de los indicadores de calidad, quedando la captación temprana de embarazadas y de posparto entre los más bajos del país.

Con respecto a la RIPSS Huetar Atlántica, los resultados indican un nivel superior al del 60 % de las áreas de salud en nueve de los indicadores: tres de cobertura (posparto y los dos de detección de cáncer de cérvix) y seis de calidad (captación temprana de menores de un año, tamizaje y manejo adecuado de la anemia en niños, tamizaje de VDRL en embarazadas, captación temprana de posparto y control óptimo de tensión arterial en diabetes mellitus tipo 2). Además, ninguno de sus indicadores se ubica en el quintil más bajo.

En el caso de la RIPSS Huetar Norte, los resultados se ubican bien en ocho indicadores: coberturas de menores de un año, posparto, hipertensión en adultos mayores y las de citología cervicovaginal, así como en los de captación temprana de menores de un año, manejo adecuado de la anemia en niños y captación temprana de posparto. Sin embargo, tiene cuatro resultados posicionados en el quintil 1: tres relacionados con la atención de embarazadas y uno de diabetes mellitus.

Finalmente, la RIPSS Pacífico Central tiene ocho indicadores en los quintiles más altos; pero, a pesar de que no tiene resultados ubicados en el quintil 1, cuenta con ocho indicadores en el quintil 2; entre ellos, las coberturas de detección de cáncer cervicovaginal y el control óptimo de enfermedades crónicas no transmisibles.

En lo que respecta a las áreas de salud en específico, a manera de ejemplo, se compararon dos establecimientos con resultados muy diferentes entre ellos; por un lado, está el área de salud 1 (AS1), que tiene 19 de los 22 indicadores evaluados en los quintiles 4 y 5, es decir, entre los mejores de todo el primer nivel; mientras que por otro lado, se muestra al área de salud 2 (AS 2), que por el contrario tiene 17 indicadores en los quintiles 1 y 2 (anexo 2).

Sin entrar a analizar las realidades concretas de cada área, los indicadores complementarios muestran dos perfiles muy distintos. El AS1 es una unidad pequeña, rural, con un bajo índice de desarrollo social, con un número alto de puestos de visita periódica, pero con un bajo número de habitantes por Ebáis, en relación con el resto de las áreas de salud. El AS2 es un área grande, urbana, con un alto índice de desarrollo social, con pocos puestos de visita periódica y con un alto número de habitantes por Ebáis.

Aunque seguramente hay otros determinantes involucrados en los resultados obtenidos por esas áreas de salud, los indicadores complementarios permiten vislumbrar que las poblaciones urbanas y con mayor desarrollo social tienen un mayor acceso a los servicios de salud privados y que el déficit de Ebáis constituye una barrera importante en la consecución de buenos resultados.

Autoría:

Realizado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Colaboradores:

Equipo de Estadística e Informática, DCSS

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo, colaboradora funcional, DCSS

Anexo 5.
Resumen de resultados de la EPSS del primer nivel según RIPSS, 2019

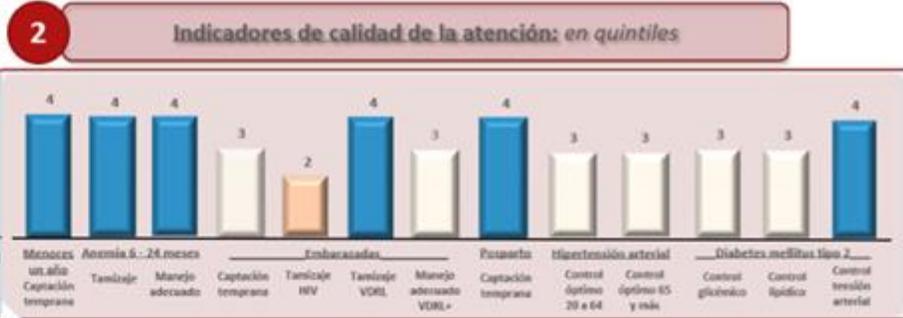
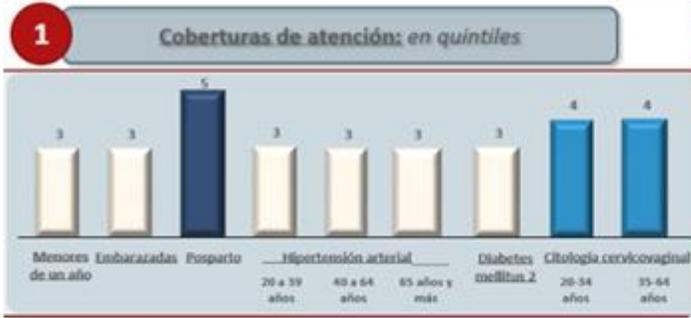
RIPSS

Brunca

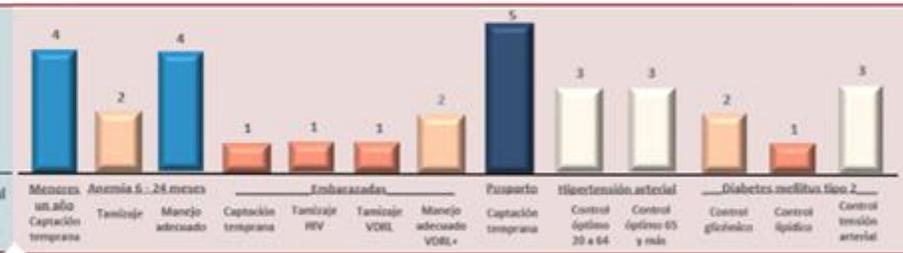
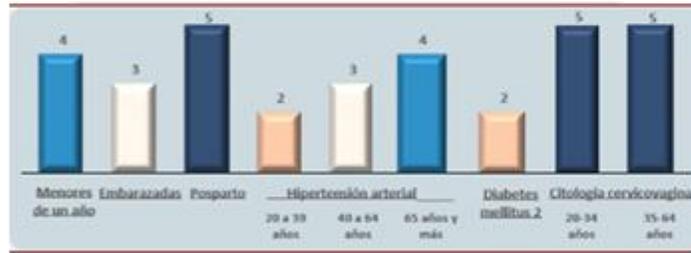


RIPSS

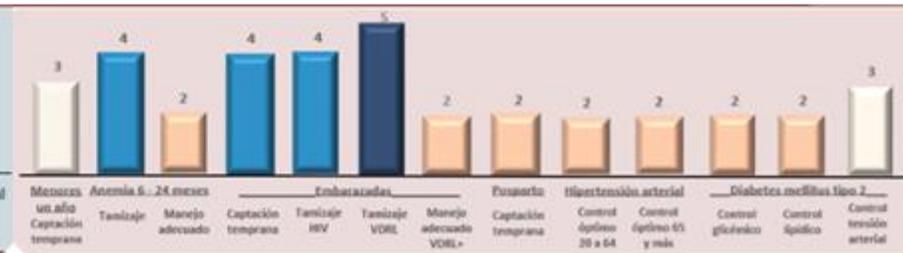
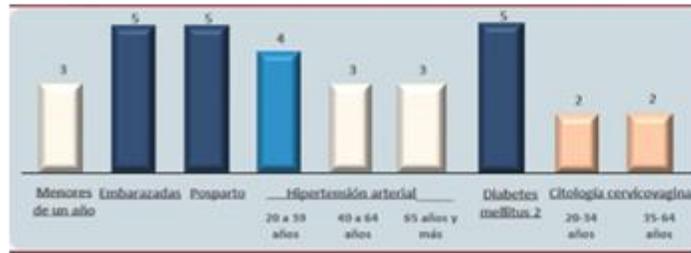
Huetar Atlántica



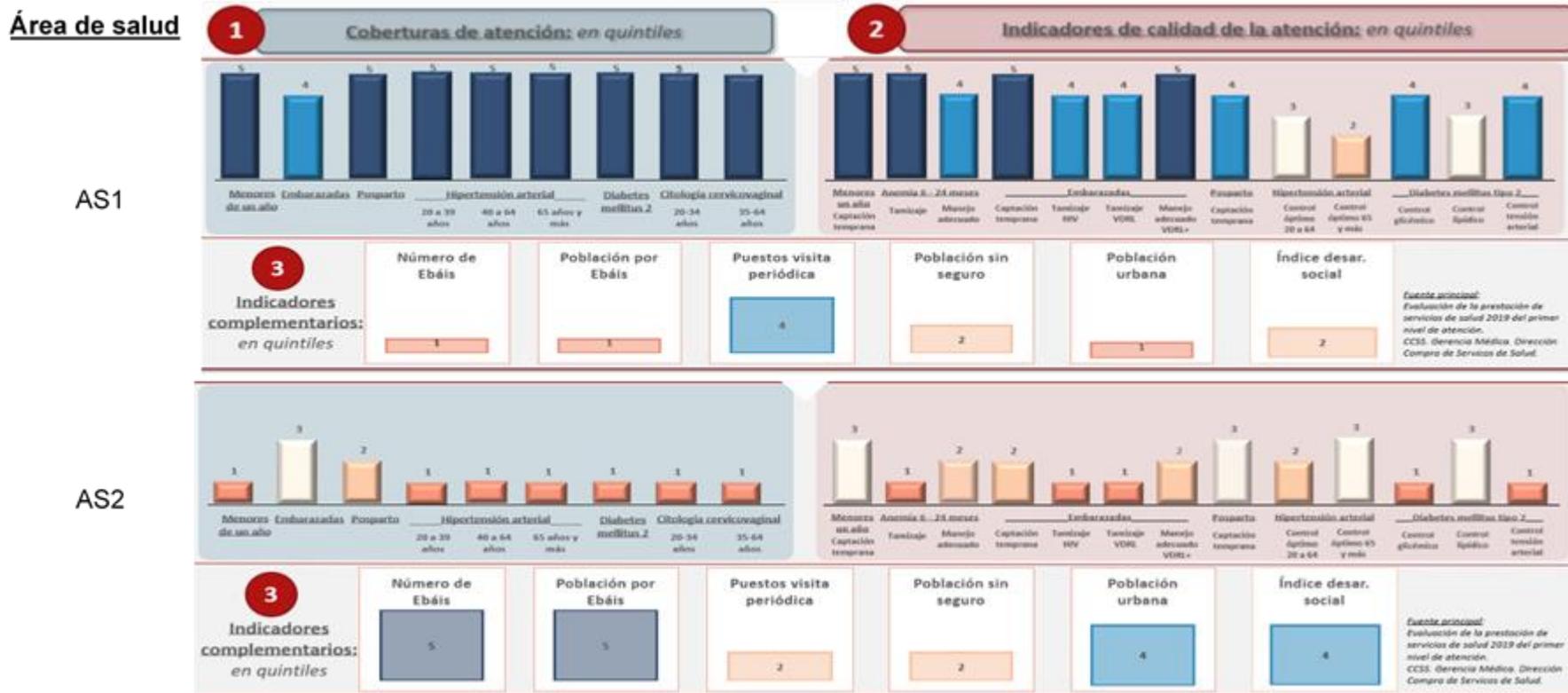
Huetar Norte



Pacífico Central



Anexo 6. Comparación del resumen de resultados de dos áreas de salud, 2019



ISBN: 978-9968-916-82-0



Contacto:

Dirección Compra de Servicios de Salud

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

Teléfono: 2539-0000 Ext: 3809 o 3813

Dirección: Av. 4 Calles 5 y 7 – Edificio Genaro Valverde – Piso 2