

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**

***INFORME DE EVALUACIÓN  
COMPROMISO DE GESTIÓN  
2004***

**AGOSTO 2005**

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004

---

TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>5</b>
<b>2. METODOLOGÍA</b>	<b>6</b>
2.1 Recolección de la información	7
2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar	8
2.3 Porcentaje de cumplimiento	9
2.4 Cobertura total	9
2.5 Cobertura con cumplimiento de normas (Cobertura con calidad)	9
2.6 Índice con cumplimiento de normas	10
<b>3. ÁREAS DE SALUD</b>	<b>10</b>
3.1 Enfermedad cardiovascular y cerebro vascular	13
3.1.1 Hipertensión arterial	14
3.1.2 Atención integral al adulto mayor	15
3.1.3 Diabetes mellitus	16
3.1.3.1 Atención y control de las personas diabéticas	17
3.2 Tumores malignos	19
3.2.1 Tamizaje cervico-vaginal	20
3.2.2 Abordaje de citologías alteradas	22
3.3 Enfermedades emergentes y reemergentes.	26
3.4 Atención salud materno infantil	28
3.4.1 Captación temprana al niño recién nacido	31
3.4.2 Cobertura de niños (as) de uno a menos de 6 años	32
3.4.3 Atención en el escenario escolar	33
3.4.4 Atención integral individual del adolescente	34
3.4.4 Cobertura de atención prenatal	36
3.5.5 Cobertura de atención posparto	38
3.4.6 Cobertura de atención odontológica	39
3.5 Violencia Intrafamiliar	42
3.6 Evaluación de las condiciones sanitarias y cumplimiento de la Normativa Institucional	44
3.6.1 Certificación del estado del saneamiento básico y ambiental	45
3.6.2 Certificación en gestión de la salud ocupacional	46
3.6.3 Certificación del establecimiento de una oficina de contraloría de servicios de salud	47
3.6.4 Certificación de monitoreo de la satisfacción del usuario externo	47
3.6.5 Certificación de la calidad de los expedientes de salud y de la información estadística	48
3.7 Mejoramiento de la gestión local	48
3.7.1 Plan estratégico local de servicios de salud	49

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

3.8	Producción de la atención especializada ambulatoria en el área metropolitana _____	51
<b>4.</b>	<b>HOSPITALES _____</b>	<b>54</b>
4.1	Producción hospitalaria _____	54
4.1.1	Producción por nivel _____	54
4.1.2	Producción por servicio _____	59
4.2	Egresos hospitalarios _____	60
4.2.1	Producción por servicio _____	60
4.2.2	Producción por nivel _____	62
4.3	Atención ambulatoria _____	64
4.3.1	Consulta Médica Especializada _____	64
4.3.2	Odontología Especializada _____	66
4.3.3	Otros Profesionales _____	67
4.3.4	Procedimientos Mayores Ambulatorios (PMA) _____	68
4.3.5	Urgencias _____	69
4.3.6	Cirugía Ambulatoria _____	70
4.4	Otros indicadores _____	72
4.4.1	Diabetes Mellitus: calidad de la atención _____	72
4.4.2	Hipertensión arterial: LDL colesterol _____	74
4.4.3	Infarto agudo del miocardio: oportunidad en la aplicación de terapia trombolítica _____	75
4.4.4	Cáncer de cervix: oportunidad de abordaje _____	77
4.5	Cumplimiento de las certificaciones _____	79
4.6	Listas de espera _____	79
4.6.1	Consulta Externa _____	80
4.6.2	Consulta externa en red de servicios _____	82
4.6.3	Cirugía electiva _____	85
4.6.4	Procedimientos _____	88
4.7	Índice operatorio _____	91
4.7.1	Sección de Cirugía vía de ingreso de consulta externa _____	91
4.7.2	Sección de Ginecología vía de ingreso de consulta externa _____	91
4.7.3	Cirugía ambulatoria _____	92
4.7.4	Estancia preoperatoria _____	92
4.8.1	Estancia preoperatorio promedio según el Servicio: _____	93
4.8.1.2	<i>Servicio de Cirugía</i> _____	93
4.8.1.3	<i>Servicio de Ginecología</i> _____	94
4.8.1.4	<i>Servicio de Cirugía Pediátrica</i> _____	94
4.9	Gestión de sala de operaciones _____	94
4.9.1	Tiempo de utilización de quirófanos _____	94
4.9.2	Cirugías programadas suspendidas en sala de operaciones _____	95
4.10	Reingresos _____	95
4.11	Mortalidad _____	96
4.11.1	<i>Mortalidad Materno Infantil</i> _____	96
4.11.2	<i>Mortalidad General</i> _____	96
<b>5.</b>	<b>AREA ECONOMICA _____</b>	<b>96</b>
5.1	Gestión económica financiera de Hospitales y Áreas de Salud _____	96
5.1.1	Análisis del gasto _____	97

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

5.1.2	Cumplimiento de los objetivos generales de los indicadores de gestión. _____	102
5.1.2.1	<i>Indicador eficiencia del gasto</i> _____	103
5.1.2.2	<i>Indicador Análisis de costos con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG</i> _____	105
6.	<b>TITULO TERCERO DEL COMPROMISO DE GESTION 2004</b> _____	<b>107</b>
7.	<b>CONCLUSIONES</b> _____	<b>109</b>
7.1	Áreas de Salud _____	109
7.2	Hospitales _____	112
7.3	Área Económica _____	114
8.	<b>RECOMENDACIONES</b> _____	<b>115</b>
8.1	Áreas de Salud _____	115
8.2	Hospitales _____	116
8.3	Área Económica _____	117

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

## **1. INTRODUCCION**

Por sétimo año consecutivo, hemos realizado la evaluación anual de los Compromisos de Gestión. En este año, el total de centros de salud evaluados fue de 103 Áreas de Salud y 29 Hospitales. Además, se evaluaron los Compromisos de Gestión de la Clínica del Dolor y de la Clínica Oftalmológica.

Debemos destacar una vez más la participación de las Direcciones Regionales en el proceso, asumiendo la planificación de la recolección de datos y el trabajo de campo, así como el análisis propio de los resultados de las unidades de su región.

Cada equipo de trabajo estuvo integrado de por lo menos tres profesionales (107 personas en total) liderados por un médico o el funcionario de mayor experiencia.

En el año 2004, por primera vez, en los Compromisos de Gestión se incluyen indicadores de resultado y se organiza por objetivos de salud, lo que permite ir introduciendo elementos en el análisis para medir en forma más cercana la intervención en salud sobre la morbi-mortalidad en la población atendida.

En este documento se presentan los principales resultados de la evaluación en el nivel nacional, a partir de varios de los problemas definidos en el Plan de Atención a las Personas (PASP), los cuales han sido señalados como prioritarios, indicando para cada uno de ellos las estrategias de intervención y los resultados obtenidos.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

## **2. METODOLOGÍA**

Al igual que en años anteriores, la evaluación de los Compromisos de Gestión se desarrolló en todas las Áreas de Salud (103) y Hospitales (29) de la Caja Costarricense de Seguro Social. Además, se evaluaron los Compromisos de Gestión de la Clínica del Dolor y de la Clínica Oftalmológica, que cubrieron un total de 4.173.248 habitantes proyectados para el año 2004.

En las Áreas de Salud, la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de expedientes de cada usuario incluidas en los diferentes programas de atención integral a las personas.

En los hospitales, la evaluación está basada en el cumplimiento de la producción pactada en las unidades de producción hospitalaria (UPH), en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en un módulo de revisión de expedientes para la verificación del cumplimiento de los criterios de atención a personas hipertensas, personas diabéticas atendidas en consulta externa por la especialidad de medicina interna, atención a mujeres referidas con papanicolaou alterado y aplicación de terapia trombolítica a pacientes con infarto agudo del miocardio.

Las unidades evaluadas se distribuyeron de la siguiente manera:

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 1  
CCSS: Distribución de la población y de las Áreas de Salud evaluadas según  
Región Programática**

Región	Número de Áreas de Salud	Numero de Hospitales	Población (habitantes)
Central Norte	21	*6	1.297.683
Central Sur	13	*3	1.454.827
Pacífico Central	10	2	223.040
Chorotega	13	3	316.780
Huetar Norte	8	2	187.766
Huetar Atlántica	8	2	388.740
Brunca	6	5	304.412
Áreas Metropolitanas de I y II nivel	11	0	Incluida en la región respectiva
Unidades de Compra Externa (Cooperativas, UCR, ASEMECO)	13	0	Incluida en la región respectiva
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>		<b>4.173.248</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

\*Hospitales Nacionales incluidos en la región respectiva.

Nota: Total de Hospitales Especializados 6

## 2.1 Recolección de la información

Al igual que en años anteriores, la recolección de los datos para la evaluación de los Compromisos de Gestión se realizó en forma conjunta entre la Dirección de Compra de Servicios de Salud y las Direcciones Regionales de Servicios Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 31 de enero al 11 de marzo de 2005. Los funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, efectuaron la recolección de los datos en las unidades de Compra Externa, los Hospitales Nacionales y los Hospitales Especializados.

Para la recolección de los datos se formaron equipos de trabajo de, por lo menos, tres profesionales (107 personas en total) liderados en su mayoría por un médico o el funcionario con más experiencia en el proceso.

El trabajo de campo se planificó en el ámbito de cada Dirección Regional de Servicios Médicos, definiéndose los equipos evaluadores, la distribución por Centro de Salud

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

(Áreas y Hospitales) y el cronograma de evaluación. La Dirección de Compra de Servicios de Salud desarrolló un taller con todos los funcionarios regionales que conformaron los equipos evaluadores, con el propósito de homologar y estandarizar los instructivos diseñados para el llenado de los instrumentos de evaluación y el plan de trabajo en los diferentes centros de atención.

## **2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar**

En los hospitales con la especialidad de medicina interna en consulta externa se realizó una revisión de los expedientes de las personas diabéticas e hipertensas. Para la evaluación del indicador de la red de servicios de salud, se aplicó un muestreo sobre los papanicolaou alterados y un muestreo sobre los casos con infarto agudo al miocardio.

Para los hospitales Nacional Psiquiátrico y Chacón Paut, se aplicaron los muestreos del estado mental en pacientes de consulta externa y estado mental en pacientes ingresados.

Los tamaños de muestra se determinaron para cada hospital a partir de un nivel de confianza del 90%, un margen de error igual al 10% y un ajuste por ausencia del expediente por revisar igual a un 10%. Asimismo, se ajustó por finitud utilizando el total de egresos reportados al Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud, durante el año 2004.

En cada Área de Salud se hizo una revisión de expedientes a una muestra del total de consultas de primera vez, brindadas por las áreas en los diferentes programas por evaluar. La determinación del tamaño de la muestra y la selección de los expedientes a revisar se estableció utilizando un “muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional”, seleccionando primero los sectores y, luego, haciendo la selección de los expedientes por programa en cada sector seleccionado.

Los tamaños de muestra se determinaron utilizando un nivel de confianza del 90%, un margen de error del 10%, un porcentaje de datos faltantes o de no respuesta igual al 5% y

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

una estimación de la variancia a partir de las coberturas con calidad determinadas en la evaluación del Compromiso de Gestión del año 2003.

### **2.3 Porcentaje de cumplimiento**

El porcentaje de cumplimiento se refiere al grado en el que se alcanzan las metas pactadas, comparando lo pactado con lo logrado.

#### **- Puntaje Final**

En los hospitales, el puntaje final de la evaluación es producto del cumplimiento de los indicadores pactados y de la producción lograda, medida en unidades de producción hospitalaria (UPH).

Para las Áreas de Salud, el puntaje final es producto del cumplimiento de los indicadores pactados y de las coberturas con cumplimiento de normas logradas.

### **2.4 Cobertura total**

La cobertura total por programa se define como el cociente entre las consultas de primera vez y la población meta de cada uno de los programas evaluados, a saber, captación temprana de niños(as), atención de niños(as) menores de un año, atención de niños (as) de uno a seis años, atención integral de los adolescentes, atención integral de la mujer, atención prenatal, atención integral del adulto, atención del paciente diabético, atención del paciente hipertenso y atención integral del adulto mayor.

### **2.5 Cobertura con cumplimiento de normas (Cobertura con calidad)**

Se ha denominado cobertura con cumplimiento de normas (cobertura con calidad) al producto resultante de multiplicar la cobertura total por el índice de cumplimiento de normas obtenido.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

## 2.6 Índice con cumplimiento de normas

A partir de las normas técnicas de atención, se han identificado los criterios mínimos que deben ser cumplidos en un 100% en cada programa.

El índice de cumplimiento de normas corresponde a la proporción de expedientes revisados que cumplen con todos los criterios mínimos establecidos. El incumplimiento de alguno de los criterios castiga fuertemente el cumplimiento de las normas, lo cual impacta de manera importante las coberturas totales.

## 3. ÁREAS DE SALUD

Durante el año 2004, las unidades del primer nivel de atención brindaron 2,156.872 consultas de primera vez, 79,818 consultas más que las brindadas en el año 2003. Esta cifra representa una cobertura global nacional del 51.2%, resultado superior al logrado en el año 2003 y 2002.

<b>Cuadro 2 CCSS: Cobertura de consultas de primera vez realizadas en el primer nivel de atención (Porcentaje)</b>			
<b>Región</b>	<b>Cobertura 2002</b>	<b>Cobertura 2003</b>	<b>Cobertura 2004</b>
Central Norte	46.54	48.68	45.5
Central Sur	47.89	45.32	49.6
Huetar Norte	45.13	63.36	51.7
Pacífico Central	84.08	66.43	62.7
Chorotega	62.87	62.26	66.5
Huetar Atlántica	55.73	55.04	55.5
Brunca	41.06	42.79	54.5
<b>Nacional</b>	<b>50.65</b>	<b>50.30</b>	<b>51.2</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

En el año 2004 se observan, diferencias en la cobertura global por región con respecto a los años anteriores, mostrándose una tendencia hacia el incremento en las regiones

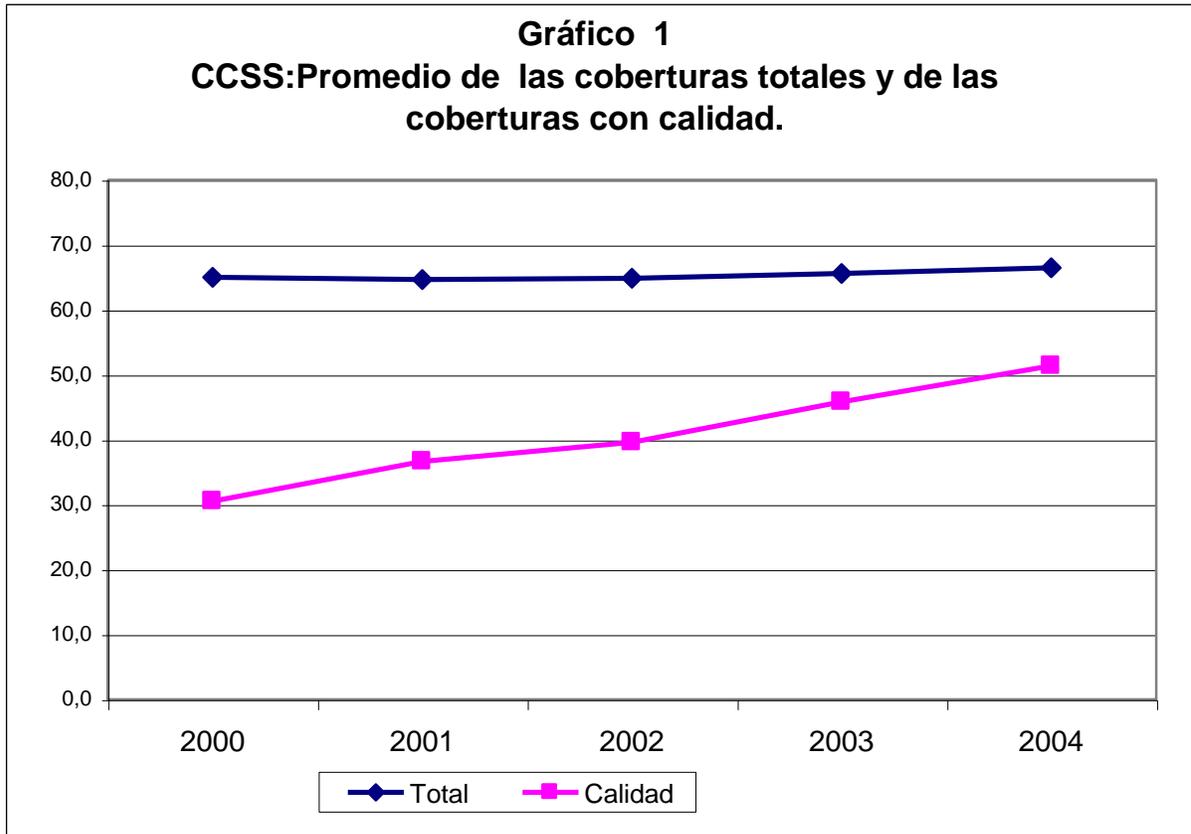
**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

Brunca, Chorotega y Central Sur, de forma inversa se manifiestan las regiones Central Norte, Huetar Norte. La Pacifico Central muestra una tendencia decreciente y en la Huetar Atlántica su comportamiento es constante. (Cuadro 2).

Durante estos cinco años, del 2000 al 2004, en la evaluación se midió la cobertura total y la cobertura con calidad, entendiéndose la primera como la relación entre todas las atenciones de primera vez en el año en cada uno de los diferentes grupos de edad, la población correspondiente (aspecto cuantitativo). La cobertura con calidad se refiere al cumplimiento de los criterios mínimos establecidos en las normas de atención integral en cada uno de los distintos tipos de atenciones.

Asimismo se procedió a calcular el promedio de la cobertura total y la con calidad de las atenciones a las personas hipertensas, a los niños menores de un año, a los niños de uno a menos de seis años, a los adolescentes y a las mujeres embarazadas; lo que permite hacer una comparación y mostrar que las brecha entre las coberturas totales y las coberturas con calidad de las diferentes atenciones incluidas en el Compromiso de Gestión, continua su tendencia a la disminución, lo cual implica una mejoría en la calidad de las atenciones que se le brinda a los usuarios de la Caja Costarricense del Seguro Social, reflejo de un enorme esfuerzo por parte de los proveedores de servicios de salud para cumplir con los estándares técnicos establecidos en la normativa institucional.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

Como lo muestra el gráfico 1 esta brecha que en el año 2000 significó una diferencia de 36%, disminuyó en el año 2003 a 22% y en este último año se ubica en un 13%.

La cobertura total de las diferentes atenciones incluidas en el Compromiso de Gestión en el 2004 (67%), fue en términos generales, superior a la alcanzada en años anteriores, que había, incluso, tendido al estancamiento.

A continuación se presentan los resultados de la evaluación a los indicadores del Compromiso de Gestión de las Áreas de Salud, que se agrupan para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud enunciados en el Plan de Atención a la Salud de las Personas 2000 - 2006.

### **3.1 Enfermedad cardiovascular y cerebro vascular**

Dimensión del problema:

En la actualidad la enfermedad isquémica coronaria y cerebro vascular constituye la primera causa de morbilidad y mortalidad en Costa Rica. Este crecimiento ha ido desarrollándose paralelamente con la disminución de enfermedades infecto-contagiosas de tipo agudo, sin que esto signifique que éstas ya no sean de importancia en el país. Se evidencia entonces una mezcla epidemiológica, un doble reto para el sistema de salud nacional. El país se debe enfrentar tanto a patologías crónicas de origen multifactorial como a las enfermedades emergentes y reemergentes, y esto exige una mayor complejidad en la oferta de servicios de salud que se le debe dar a la población costarricense.

De continuar la tendencia contemporánea, la población adulta y adulta mayor costarricense experimentará los efectos en la salud a los que contribuyen los factores de riesgo cardiovascular predominantes en la actualidad: dislipidemias, tabaquismo, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, entre otros. De ahí la importancia de que la Caja Costarricense de Seguro Social asuma un abordaje integral de enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, enfatizando en la prevención, la detección temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento.

Intervenciones desarrolladas:

- Detección y atención de la hipertensión arterial, así como el tratamiento oportuno y seguimiento de las personas con enfermedades cardiovasculares

La hipertensión arterial se establece como uno de los más importantes factores de riesgo modificables para la enfermedad cardiovascular, por lo que se considera que por medio de su intervención es posible reducir la mortalidad por esta enfermedad.

De igual forma, se reconoce que solamente una proporción de personas hipertensas conocen su condición y que de estas solo un porcentaje medio se encuentran

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

controladas, situación que obliga a incrementar los esfuerzos por mejorar su detección y abordaje adecuado.

Lo anterior, refuerza la decisión de la Institución por acentuar el trabajo para mejorar la detección, el diagnóstico y el abordaje de esta patología y justifica la determinación de incrementar las metas de cobertura y el cumplimiento de la aplicación de las Guías de Atención.

### **3.1.1 Hipertensión arterial**

Resultados:

Como se observa en el cuadro 3 se logra un avance en las coberturas del paciente hipertenso. En el promedio nacional, la cobertura total se incrementó aproximadamente seis puntos porcentuales del año 2002 con respecto al 2003, constituyéndose el momento de mayor crecimiento. Para el caso de la cobertura con cumplimiento de criterios (cobertura con calidad), el comportamiento observado muestra un desarrollo constante, de ahí que la brecha entre la cobertura total y con calidad sea menor año con año, llegando a ser en el año 2004 de solo 24% muy por debajo del 45% que era en el año 2000.

En la mayoría de las regiones las coberturas se mantienen altas, tanto totales como con calidad. Sin embargo, en el caso de las coberturas con calidad la región Huetar Atlántica constituye una excepción, ya que la cobertura con calidad lograda en el 2004 muestra un importante descenso de 61,94% a 48,51%, situación que podría deberse a las modificaciones que se hicieron en los criterios evaluados para este año, en especial tomando en cuenta las dificultades que se dieron con la utilización de la clasificación del riesgo y el grado de hipertensión arterial.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 3**

**CCSS: Cobertura de atención integral a las personas hipertensas por año según Región.**

Región	Cobertura									
	Total					Calidad				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	63,60	45,80	54,90	65,14	82,95	14,90	12,20	38,10	53,81	64,88
Central Norte	74,10	79,70	77,30	78,81	82,82	28,60	26,20	39,70	49,40	55,89
Central Sur	67,30	68,40	66,30	75,64	80,58	39,20	26,40	41,20	57,09	62,82
Chorotega	76,70	84,00	85,60	89,34	91,95	27,30	25,10	43,90	59,18	62,85
Huetar Atlántica	85,60	86,80	71,60	76,08	82,58	31,00	42,10	36,40	61,94	48,51
Huetar Norte	62,80	68,50	69,30	70,60	77,80	10,60	13,20	47,90	61,24	66,10
Pacífico Central	85,20	74,70	76,90	82,55	87,06	47,40	34,50	54,20	51,48	59,84
<b>Nacional</b>	<b>73,60</b>	<b>72,60</b>	<b>71,70</b>	<b>78,00</b>	<b>83,35</b>	<b>28,40</b>	<b>25,70</b>	<b>43,10</b>	<b>55,00</b>	<b>59,81</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

### 3.1.2 Atención integral al adulto mayor

Durante los últimos años, la atención al adulto mayor ha experimentado distintas prioridades, inicialmente, durante los años 2000, 2001 y 2002, el esfuerzo se orientó a lograr el tamizaje de toda la población adulta mayor para determinar aquellas personas que presentaban más riesgos de enfermar, incapacitarse o fallecer. Posteriormente, durante el año 2003 se evaluó el abordaje adecuado sobre el grupo identificado como de mayor riesgo, revisándose el diseño de planes de seguimiento de acuerdo a los hallazgos individuales.

Asimismo, al reconocer la importancia de orientar y fortalecer la atención al adulto mayor, se plantea para los próximos años, hacer énfasis en mejorar la sistematización de la atención individual integral, con la evaluación de las cuatro esferas del adulto mayor, a saber, funcional, psicológica, social y biológica, con sus distintas estrategias para abordar y dar seguimiento a los hallazgos.

Durante el año 2004, por primera vez, se negocia y se evalúa la atención individual integral de este importante grupo etario, población que con una alta prevalencia presenta enfermedad cardiovascular y / o factores de riesgo para desarrollarla, y que requiere un abordaje exhaustivo y particularizado.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

Los resultados del año 2004 muestran una cobertura total de 59,5% y con calidad de 45,1%, lo que evidencia que al 76% de las personas que se atienden se abordan adecuadamente. Sin embargo, deben realizarse esfuerzos para disminuir las oportunidades perdidas de atención en este grupo ya que de acuerdo a las consultas de primera vez se atendieron al 80% de los adultos mayores pero solo al 59,5% se le abordó en forma integrada (Cuadro 4).

**Cuadro 4  
CCSS: Cobertura de atención integral al adulto mayor por año según Región**

Región	Cobertura									
	Total					Calidad				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	16.90	38.10	44.80	88.91	51.03	10.80	28.80	42.40	87.44	39.24
Central Norte	41.70	52.70	28.50	67.51	56.77	30.60	38.90	21.30	55.43	38.90
Central Sur	48.20	60.60	33.00	82.47	59.26	42.40	31.70	25.40	71.78	50.06
Chorotega	38.90	49.50	27.00	75.67	71.85	27.60	32.90	19.70	68.95	53.39
Huetar Atlántica	67.10	41.50	30.10	77.77	61.65	36.50	18.50	23.30	70.16	49.55
Huetar Norte	25.30	33.60	26.90	64.46	42.13	21.90	24.10	19.60	59.35	37.27
Pacífico Central	57.30	59.30	47.20	74.66	69.65	49.50	35.40	38.80	65.76	45.11
<b>Nacional</b>	<b>42.20</b>	<b>45.00</b>	<b>33.90</b>	<b>75.00</b>	<b>59.51</b>	<b>31.30</b>	<b>30.00</b>	<b>27.20</b>	<b>66.00</b>	<b>45.13</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

### 3.1.3 Diabetes mellitus

Dimensión del problema:

En el nivel mundial la diabetes es un problema prioritario de salud por su frecuencia y el impacto de las complicaciones agudas y crónicas, que derivan no solo en un deterioro de la calidad de vida de quienes la padecen, sino también en la demanda y consumo de servicios ambulatorios y hospitalarios.

En nuestro país la prevalencia de diabetes mellitus se estimó para el año 1995 en un 4.6%, y para el año 2000 en un 5%, y se espera un aumento progresivo de la prevalencia

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

de esta enfermedad, calculándose que en el 2025 ascenderá a un 7%.<sup>1</sup> Situaciones que convierten la prevención, detección y atención oportuna de la diabetes mellitus en una constante preocupación para los servicios de salud.

Intervención desarrollada:

- Detección y atención de la diabetes mellitus y sus complicaciones

***3.1.3.1 Atención y control de las personas diabéticas***

Resultados:

Por primera vez en el año 2004, se modifica la metodología para evaluar la calidad de atención sustituyendo la evaluación del cumplimiento de los criterios de la norma (fondo de ojo, revisión de pies, estado nutricional, pruebas de laboratorio, educación, entre otros) por un único criterio que es el resultado del examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor o igual a 7% o con rango de normalidad de acuerdo al método de laboratorio utilizado, el cual se establece como reflejo fidedigno del control metabólico de los pacientes diabéticos. Lo anterior se inscribe dentro del esfuerzo por obtener, mediante indicadores de resultado, el verdadero impacto de la intervención médica en la morbilidad y mortalidad de la diabetes mellitus en Costa Rica.

Para el Compromiso de Gestión 2004 se negoció en el nivel nacional en promedio un 12% de pacientes diabéticos con resultado de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en rango de normalidad.

Este hecho es el responsable del cambio tan radical en la cobertura con calidad en el 2004, debido principalmente a que por falta de datos históricos se negociaron metas bajas en relación al criterio de calidad, que fueron ampliamente superadas por casi todos los proveedores.

---

<sup>1</sup> Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2006. CCSS.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

Es así, que en el indicador de diabetes mellitus tanto la cobertura total como la cobertura con calidad aumentaron en relación a los cuatro años anteriores. Por la razón expuesta, sobresale el logro de la cobertura con calidad, que se incrementa de 32% en el 2003 a un 68.9% en el 2004 y que explica el aparente “salto cualitativo” evidenciado por las coberturas con calidad del paciente diabético en el año 2004.

Se debe destacar el esfuerzo realizado por mejorar la atención de estos pacientes y cumplir de igual manera con la meta No. 25 de mejoría de la oferta de los servicios de acuerdo al Plan de Atención a la Salud de las Personas (Pág. 100), la cual establece que “Al finalizar el año 2004, se garantizará al primer nivel de atención el acceso oportuno a exámenes de hemoglobina glicosilada.”

En relación a la cobertura total de este indicador, se observa un mantenimiento de la tendencia creciente establecida en los años 2000-2004. Se da un crecimiento leve con respecto al año pasado, logrando para el 2004 que más de un 70% de los pacientes diabéticos de Costa Rica estén recibiendo atención integral por parte de los servicios de salud de la Institución. Esto evidencia el logro precoz de la meta No. 27 del PASP, la cual establece que “Al finalizar el año 2006 el 70% de los pacientes diabéticos (...) habrán sido tratados de acuerdo con lo establecido en las Guías de Atención Integral de la Diabetes Mellitus”.

El análisis de los logros en el nivel regional demuestra una persistencia del patrón observado: las regiones Pacífico Central, Chorotega y Huetar Atlántica siguen obteniendo las mayores coberturas. (Cuadro 5).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 5  
CCSS: Cobertura de atención a las personas diabéticas por año según Región**

Región	Cobertura									
	Total					Calidad				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	46,60	36,90	44,20	53,57	59,68	6,70	9,50	28,70	29,69	57,26
Central Norte	63,30	67,30	63,00	66,50	69,60	18,00	16,70	19,00	27,17	67,93
Central Sur	57,90	59,20	55,00	63,44	66,26	26,30	18,10	26,40	37,30	66,26
Chorotega	72,50	80,10	73,40	81,79	87,92	15,10	21,60	30,00	29,42	87,92
Huetar Atlántica	74,10	69,20	68,50	76,37	73,25	24,20	34,80	33,50	42,26	73,25
Huetar Norte	41,40	44,20	62,10	49,91	56,96	5,30	5,60	32,00	35,50	56,96
Pacífico Central	81,10	77,60	77,00	83,52	83,57	34,80	22,60	37,80	31,77	67,35
<b>Nacional</b>	<b>62,40</b>	<b>62,10</b>	<b>63,30</b>	<b>68,00</b>	<b>71,04</b>	<b>18,60</b>	<b>18,40</b>	<b>29,60</b>	<b>32,00</b>	<b>68,86</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 3.2 Tumores malignos

Dimensión del problema:

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de mortalidad en el país con tasas por 10.000 habitantes de 8.5 en 2001, 7.9 en 2002 y 8.2 en 2003, comportamiento similar se observa en los últimos diez años.<sup>2</sup> Por sitio anatómico, la causa de mortalidad de tumores malignos más frecuente en el grupo de los hombres son los localizados en estómago, próstata y la tráquea, bronquios y pulmón, en el grupo de mujeres están los localizados en el estómago, la mama y el cuello de útero; situación que ha llevado al país a priorizar el problema de tumores malignos sobre la prevención, detección, atención y tratamiento del cáncer de cuello de útero, mama, pulmón, estómago y próstata.

Intervención desarrollada:

- Mejorar la cobertura del tamizaje para la detección del tumor maligno de cérvix uterino
- Abordaje oportuno de citologías alteradas

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

El tamizaje para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix uterino, junto con el tratamiento oportuno son medidas fundamentales para la reducción de la incidencia y mortalidad del tumor maligno invasor del cuello de útero, razón por la cual dicho tamizaje se considera una de las atenciones prioritarias dentro de la atención integral de la mujer.

Debido al esfuerzo realizado por el país en los últimos años con acciones institucionales e intersectoriales dirigidas a la detección oportuna y temprana del cáncer de cérvix, la tasa de mortalidad por éste tumor tiende a la disminución. Lo anterior con base a cifras de los últimos años, en donde la tasa de mortalidad pasó de 7,70 por cien mil mujeres en 1998 (PASP 2001-2006, CCSS) a 6,50 por cien mil mujeres en el 2002 y en el año 2003 disminuyó a 5,60 por cien mil mujeres. (Registro nacional de tumores).

### **3.2.1 Tamizaje cervico-vaginal**

Resultados:

En los últimos años aproximadamente al 50% de las mujeres se les ha realizado el examen de Papanicolau en los servicios de salud del primer nivel de atención de la Seguridad Social. De acuerdo con los resultados de la evaluación del Compromiso de Gestión se observa que desde el año 2000, durante cada uno de los períodos de dos años, se alcanza una cobertura de toma de citología cérvico vaginal cercana al 50% en los grupos de mujeres de 15 a menos de 35 años y mujeres mayores de 35 años (Cuadro 6).

---

<sup>2</sup> Décimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación, 2004.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Cuadro 6  
CCSS: Cobertura de toma de papanicolau en el nivel nacional, por períodos de 2 años según grupos de edad, 2000-2004.  
(Porcentajes)**

Periodo	Cobertura lograda por grupo de edad	
	Mujeres menores de 35 años	Mujeres mayores de 35 años
2000-2001	51.60	50.30
2001-2002	53.60	51.20
2002-2003	44.70	51.20
2003-2004	41.19	53.79

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Inquieta el descenso que se observa en la cobertura promedio anual de toma de citología cérvico vaginal en mujeres menores de 35 años en los años del 2001 al 2004, no obstante en el grupo de mujeres mayores de 35 años y más, se observa un leve incremento de la cobertura, entre los años 2002 al 2004. Hallazgo que debe impulsarnos a incrementar el esfuerzo por mejorar la cobertura de las mujeres menores de 35 años, principalmente en las regiones Central Norte y Central Sur.

En el nivel regional se observa durante el año 2004 un incremento, con relación al año anterior en la cobertura de toma de citología cérvico vaginal para el grupo de mujeres de 15 a menos de 35 años en las regiones Brunca, Chorotega, Huetar Atlántica y Huetar Norte. Por otro lado, en el grupo de mujeres mayores de 35 años, a excepción de las regiones Central Norte y Huetar Atlántica, que lograron una cobertura similar a la del año anterior, todas las otras regiones logran un aumento en sus coberturas con respecto a los años anteriores (Cuadro 7).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 7  
CCSS: Cobertura de toma de citología vaginal por grupo de edad y año según Región  
2000-2004  
(Porcentajes)**

Región	Mujeres de 15 a menos de 35 años					Mujeres de 35 y más años				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	31.07	21.70	33.10	22.88	25.55	25.67	24.17	30.85	30.45	32.91
Chorotega	23.32	21.32	22.44	22.36	23.51	29.39	31.02	24.94	27.28	30.23
Central Norte	19.48	27.86	16.73	16.50	15.93	22.65	22.14	21.62	22.68	22.55
Central Sur	18.09	21.51	17.86	18.56	18.04	23.69	24.64	22.38	24.20	27.03
Huetar Atlántica	23.70	28.11	23.88	22.92	24.92	23.93	26.55	26.21	27.60	27.00
Huetar Norte	21.30	19.76	19.87	21.46	23.88	20.97	21.59	22.10	26.80	29.88
Pacífico Central	22.07	28.86	24.74	23.48	23.15	23.75	31.91	28.19	28.49	30.28
<b>Nacional</b>	<b>22.72</b>	<b>24.16</b>	<b>22.66</b>	<b>21.17</b>	<b>20.02</b>	<b>24.29</b>	<b>26.00</b>	<b>25.19</b>	<b>26.79</b>	<b>27.01</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 3.2.2 Abordaje de citologías alteradas

En el nivel nacional las citologías alteradas representan el 2,4% del total de citologías. El porcentaje de estas citologías abordadas con calidad, ha presentado un incremento en el período 2000-2004, ya que en el nivel nacional se abordaron correctamente (tiempo de comunicación o referencia a ginecología o colposcopia menor a 15 días) el 73,5% de las citologías alteradas, porcentaje que ha ido en aumento, lográndose en el año 2004 un abordaje con calidad del 98,35% de las citologías alteradas. En el nivel regional, se observa un comportamiento similar al del nivel nacional (Cuadro 8).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Cuadro 8  
CCSS: Cobertura con calidad de PAP alterados por año según Región**

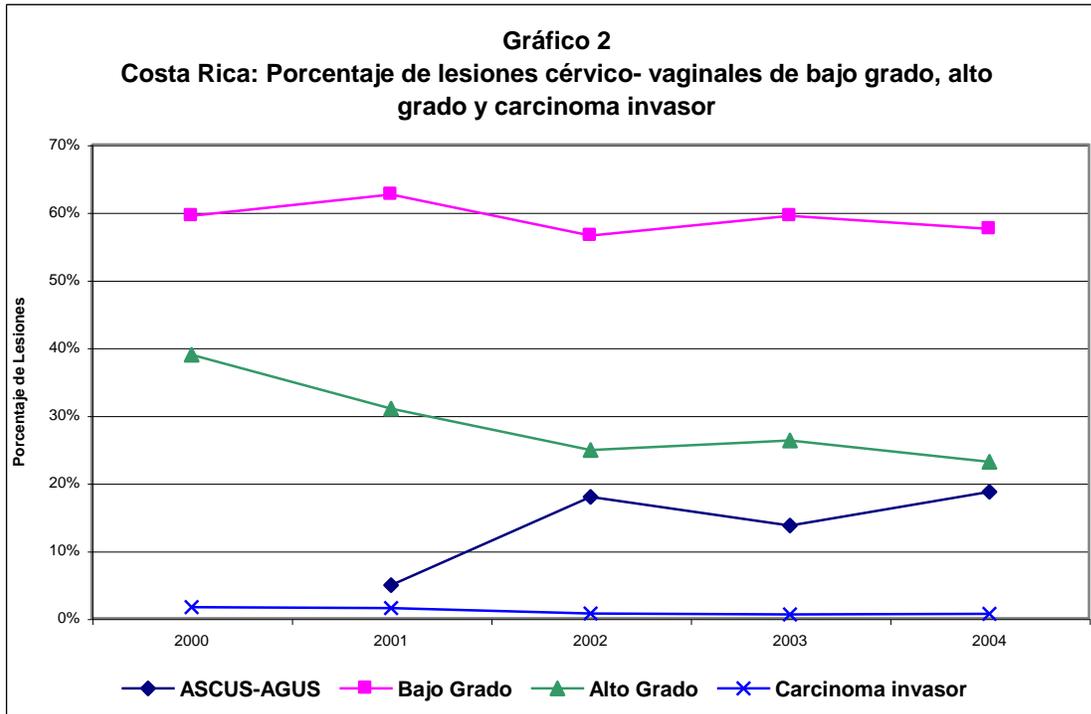
Región	Año				
	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	78.60	78.00	92.50	96.67	98.06
Chorotega	78.60	91.20	88.10	95.20	100.00
Central Norte	77.90	92.90	93.30	96.87	98.54
Central Sur	90.50	96.10	97.90	99.95	98.67
Huetar Atlántica	61.60	92.00	93.30	94.31	93.75
Huetar Norte	72.40	88.10	95.70	99.63	100.00
Pacífico Central	88.40	91.80	96.50	96.52	97.19
<b>Nacional</b>	<b>73.50</b>	<b>90.00</b>	<b>93.90</b>	<b>97.00</b>	<b>98.35</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Este aumento periódico en la calidad del abordaje de las citologías alteradas podría asociarse con el descenso observado en la detección de lesiones de alto grado (sospecha de cáncer de endometrio, displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ y carcinoma invasor.)

Tal como se ilustra en el gráfico 2, es evidente el descenso en la detección de lesiones de alto grado y carcinoma invasor en el período 2000-2004 a expensas de una detección constante de lesiones de bajo grado (displasia leve).

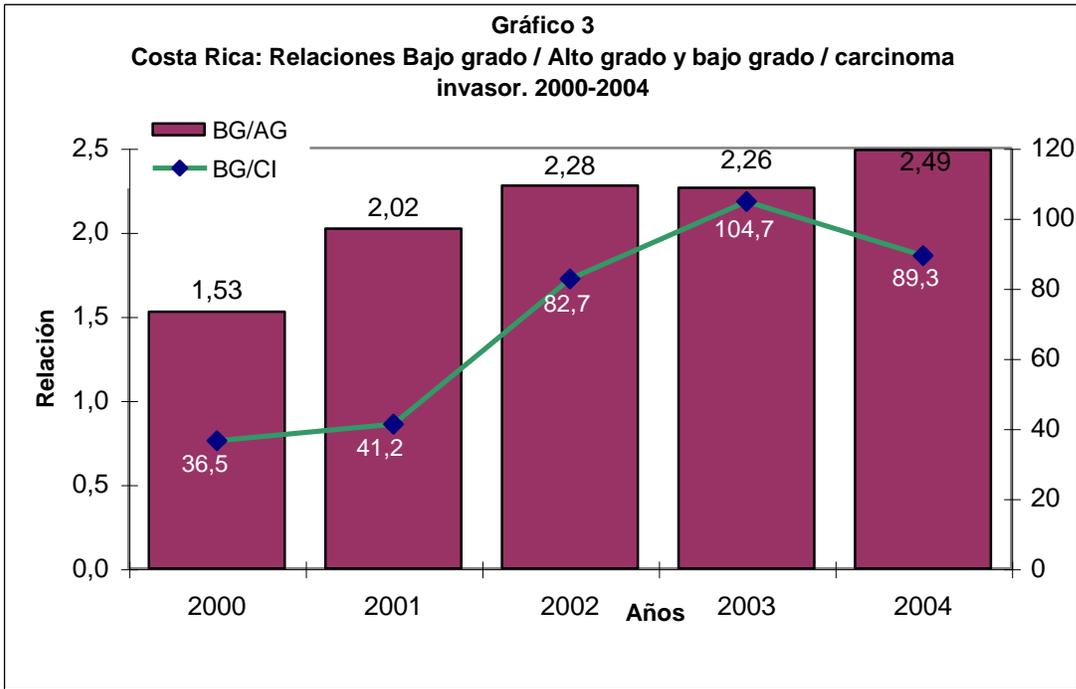
**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**



Fuente: Laboratorio Nacional de Citologías, DNC. Caja Costarricense del Seguro Social

Además, al analizar las relaciones entre los diferentes grados de lesión se tiene un aumento en las relaciones bajo grado / alto grado y bajo grado / carcinoma invasor, hasta el año 2003, ya que en el año 2004 la proporción bajo grado / carcinoma invasor disminuye levemente a 89.3 lesiones de bajo grado por cada carcinoma invasor, siempre muy superior a lo logrado en el año 2000 (de 36.5 lesiones de bajo grado por cada carcinoma invasor). De igual forma se observa como para el año 2000 se detectaron 1.53 lesiones de bajo grado por cada lesión de alto grado y en el año 2004 se detectaron 2.49 lesiones de bajo grado por cada lesión de alto grado. Ambos resultados se logran a expensas de un descenso en la detección de lesiones de alto grado y carcinoma invasor (Gráfico 3).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**



Fuente: Laboratorio Nacional de Citologías, DNC, Caja Costarricense del Seguro Social

El esfuerzo nacional e institucional por fortalecer la detección temprana de la patología cérvico-uterina se ha visto proyectado en un aumento constante en la detección de lesiones de bajo grado y un descenso en la detección de lesiones de alto grado y carcinoma invasor. Este esfuerzo se refleja a la vez en el descenso de la mortalidad por cáncer de cérvix, dado que, por tratarse de una patología de evolución lenta y que permite la detección temprana, otorga la posibilidad de implementar tratamiento correctivo y disminuir así la mortalidad.

Sin embargo, a pesar de estos resultados positivos, persiste la preocupación y la necesidad de analizar e investigar la escasa cobertura de toma de citología vaginal y cérvico uterina, por parte de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

### **3.3 Enfermedades emergentes y reemergentes.**

Dimensión del problema:

Se señalan como propiciadores de la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes algunos factores como el aumento de la movilización de personas entre países, la no existencia de sistemas de vigilancia epidemiológica, los recursos financieros e infraestructura en salud insuficiente, la evolución continua de los microorganismos patógenos como mecanismo de supervivencia, la fármaco resistencia y otros, mismos que han tenido su expresión en nuestro país, en especial el alto flujo de emigrantes nicaragüenses por la frontera norte, grupos de indígenas panameños por la frontera sur y de otros países, tales como, Colombia y últimamente China. Esta situación requiere especial atención por parte del sector salud, con acciones en la vigilancia epidemiológica del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.

Especial mención requiere el problema de la *tuberculosis*, que presentó recientemente en Costa Rica un aumento importante, con tasas de incidencia por 100.000 habitantes de 7.8 en 1995, 20.6 en 1996, 18 en 1997, 16.6 en 1998 y 17.5 en 1999. (PASP), con una tasa de mortalidad por tuberculosis en 1997 de 2.3 por 100.000 y un reporte de 506 egresos hospitalarios de la Caja Costarricense del Seguro Social..

Los grupos de población más afectados por la tuberculosis son aquellos clasificados como de alto riesgo, tales como los trabajadores que tienen exposición ocupacional a la enfermedad, empleados de instituciones de cuidado de personas de larga estancia, empleados de correccionales, residentes de asilos, cárceles, portadores de VIH, adictos a drogas, alcohólicos, indigentes y otras personas que viven en ambientes poco ventilados.

Intervenciones desarrolladas:

- Desarrollo de un proceso sistemático de análisis y utilización de la información, para la orientación y planificación de actividades en salud en cada espacio poblacional

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

adscrito al respectivo establecimiento y coordinando con los niveles regional y nacional.

- Prevención, detección y atención al paciente con tuberculosis.

Resultados:

En el año 2004, en el nivel nacional las Áreas de Salud cumplieron en un 79% con la normativa correspondiente al desarrollo de acciones de vigilancia epidemiológica en el nivel local, entre ellas, la notificación negativa semanal, los casos investigados en las primeras 48 horas según decreto y grupo y los casos notificados con muestra de laboratorio adecuada según grupo.

El Programa de Análisis y Vigilancia Epidemiológica (PAVE) efectuó una certificación de la información que las unidades enviaron al nivel regional por medio de una hoja electrónica diseñada para tal fin, donde se registran cada uno de los casos con las variables solicitadas y cada nivel regional la transfiere al nivel nacional para su integración.

El cumplimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica varía entre las diferentes Regiones de Salud, observándose los mayores cumplimientos en las regiones Pacífico Central (91%), Chorotega (85%), Central Norte (80%) y Central Sur(74%), y los menores cumplimientos en las regiones Huetar Atlántica (62%), Brunca (59%) y Huetar Norte (56%).

Es notable el avance realizado por la Institución en lo referente a las acciones de vigilancia epidemiológica y su contribución al fortalecimiento del primer nivel de atención, mediante el uso de la información para una adecuada planificación y la posibilidad de implementar medidas de promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

En lo referente a Tuberculosis, el 98% de las Áreas de Salud están registrando los casos de sintomáticos respiratorios detectados, mismos que se comparan con los sintomáticos respiratorios esperados, cuyo cálculo se realiza utilizando el total de consultas de primera vez en mayores de 10 años (del año anterior) x 0.025 (constante internacional del Programa Regional de Tuberculosis de OPS), obteniéndose un 55.5% de detección de los sintomáticos respiratorios esperados en el nivel nacional.

A pesar del esfuerzo de las unidades para cumplir la normativa establecida en el cálculo de los sintomáticos respiratorios esperados, esta metodología es motivo de preocupación técnica, ya que en el nivel local se considera que el resultado de la fórmula propuesta proyecta números muy elevados, teniendo en cuenta la prevalencia de la enfermedad en el país. Algunos microbiólogos refieren que es alta la cantidad de baciloscopias que tienen que realizar obteniendo un porcentaje de positividad excesivamente bajo.

El porcentaje de curación alcanzado en el nivel nacional para la cohorte de pacientes que iniciaron tratamiento durante el 2004 fue de un 36.1% (alta con baciloscopia negativa) y el porcentaje de abandono al tratamiento de un 2.8%.

### **3.4 Atención salud materno infantil**

Dimensión del problema:

La seguridad de las madres y el bienestar de los niños permite una sociedad más sana y próspera. En el nivel mundial cada año más de medio millón de madres mueren en el embarazo y el parto; y más de diez millones de niños menores de cinco años, mueren por causas prevenibles y tratables.

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio según la OMS, hacen mención a la importancia de la reducción en la mortalidad infantil, mejorar la salud materna mejorando las iniciativas a favor de la maternidad sin riesgo, y los programas de supervivencia infantil.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/nido/es>. Consultado mayo 2005.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

Por otra parte, la convención sobre los derechos del niño con ratificación universal, promueve las estrategias integrales por medio de principios básicos de no discriminación, participación, el interés superior del niño, la supervivencia, la protección y el desarrollo.

En Costa Rica, la mortalidad infantil se ha venido reduciendo paulatinamente en los últimos años, siendo de 9,25 en el año 2004. A este logro ha contribuido el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud y la calidad de atención de la mujer embarazada y el niño(a) en los centros de salud, esfuerzo que debe ser mayor para mantener o seguir reduciendo la tasa de mortalidad infantil, principalmente con el abordaje del riesgo de la población más vulnerable.

Con respecto a la situación de la adolescencia se ha demostrado que uno de cada tres embarazos procede de madres adolescentes, y que la salud sexual y reproductiva se encuentra distante de satisfacer las necesidades actuales de la población, según cifras de la CCSS y la UCR, 2004. También se ha incrementado el consumo del tabaco, alcohol y drogas en los últimos años, lo que contribuye al deterioro temprano del desarrollo integral del adolescente. Además, estos aspectos inciden en el nacimiento de niños (as) con bajo peso al nacer y aumenta el riesgo de mortalidad materno infantil.

A pesar de los esfuerzos realizados por mejorar la atención del embarazo, parto y puerperio, en los últimos años no se ha logrado reducir la mortalidad materna, entre sus principales causas se reportan el aborto, la eclampsia y las complicaciones de las heridas quirúrgicas, lo que nos lleva a fortalecer en el primer nivel de atención la captación temprana de la mujer embarazada, la identificación de signos de alarma, el abordaje de riesgo, así como la atención oportuna y con calidad del puerperio.

Intervenciones realizadas:

Ante la situación señalada en el país la C.C.S.S. ha realizado algunas intervenciones, a saber:

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

- Fortalecimiento de la captación temprana del recién nacido.
  
- Aumento en la cobertura de atención del niño y la niña menor de un año, preescolar, escolar y el fortalecimiento de la atención con criterios de calidad y actividades preventivas, según se establece en las Normas de Atención Integral.
  
- Aumento en las coberturas de vacunación del niño (a).
  
- Aumento en la cobertura de atención del adolescente y el fortalecimiento de la atención con criterios de calidad según se establece en las Normas de Atención Integral.
  
- Captación temprana de la mujer embarazada en el primer trimestre del embarazo.
  
- Aumento en la cobertura de control prenatal y fortalecimiento de la atención con criterios de calidad según se establece en las Normas de Atención Integral.
  
- Fortalecimiento de la atención post parto con criterios de calidad.
  
- Fortalecimiento del abordaje según el riesgo del embarazo, del niño y del adolescente.
  
- Consejería en anticoncepción, lactancia materna, prevención de muerte súbita y signos de alarma en recién nacidos, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA.
  
- Actualización de las bases de datos en las Áreas de Salud para mantener el registro y control de la población gestante, de recién nacidos, atención posparto, inmunizaciones, atención del niño preescolar y escolar, atención del adolescente.
  
- Establecimiento de nuevas estrategias para mejorar la cobertura y la atención con cumplimiento de criterios establecidos en las Normas de Atención, así como el reforzamiento de las actividades de promoción y prevención de la salud.

Resultados:

La Caja Costarricense de Seguro Social no ha estado ajena al esfuerzo nacional por mejorar la salud materno infantil y la atención a la población adolescente; es por ello que a través de los años, se han concretado importantes logros, que a continuación describimos:

#### **3.4.1 Captación temprana al niño recién nacido**

Para el año 2004 la captación temprana se incorporó como un criterio más de cumplimiento en la atención del niño menor de un año, en los últimos años se ha demostrado un desarrollo importante de esta actividad en las Áreas de Salud, fortalecido por el tamizaje de enfermedades metabólicas al niño recién nacido y la vacunación, lo que favorece el seguimiento del niño en crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida, por medio de las cinco atenciones ofertadas por los servicios de salud durante ese año.

El esfuerzo regional por captar tempranamente a los niños (as) se refleja en los resultados obtenidos en la cobertura de atención integral del niño menor de un año.

La cobertura total de niños (as) menores de un año en el nivel nacional muestra oscilaciones durante los últimos cinco años, cercanas al 90% y la cobertura con calidad se ha incrementado notablemente pasando de 45.9% a 67.61% en el año 2004. Con un crecimiento importante de la cobertura en la mayoría de las regiones desde el año 2000 al año 2004, excepto en la región Brunca y Pacífico Central que mostraron durante el año 2004 un descenso de su cobertura con cumplimiento de calidad (Cuadro 9), aunque con resultados superiores al promedio nacional.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 9  
CCSS: Cobertura de niños (as) menores de un año según Región**

Región	Cobertura									
	Total					Calidad				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	89,10	85,80	76,80	89,43	89,46	45,10	51,80	60,10	76,30	70,25
Central Norte	91,10	88,00	82,80	89,42	85,38	41,30	48,30	49,40	59,50	63,70
Central Sur	90,00	89,00	82,40	87,32	86,57	54,30	56,50	57,40	62,08	68,70
Chorotega	96,00	97,50	92,50	88,20	94,44	52,30	52,90	66,60	49,03	69,44
Huetar Atlántica	92,30	82,40	85,40	90,51	90,99	40,20	58,20	47,20	47,68	70,53
Huetar Norte	99,20	91,40	94,90	80,93	90,25	29,10	54,50	72,90	57,63	69,59
Pacífico Central	96,00	95,40	95,40	97,27	96,11	59,20	61,50	71,20	73,33	68,29
<b>Nacional</b>	<b>93,40</b>	<b>89,90</b>	<b>87,20</b>	<b>89,00</b>	<b>88,92</b>	<b>45,90</b>	<b>54,80</b>	<b>60,70</b>	<b>60,00</b>	<b>67,61</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 3.4.2 Cobertura de niños (as) de uno a menos de 6 años

El grupo de niños de uno a menos de 6 años es muy numeroso y su inclusión en la cobertura de atención integral ha sido más paulatina en comparación con los niños (as) menores de un año. Históricamente ha sido un grupo de población con un bajo perfil de utilización de los servicios de salud.

La cobertura total es similar al año anterior, con una disminución significativa en las regiones Pacífico Central y Brunca.

La brecha entre las coberturas total y con calidad disminuyó en el año 2004 y la cobertura promedio nacional con calidad ha registrado un incremento progresivo, que pasa de un 24.60% en el año 2000 a un 46.98% en el año 2004 (Cuadro 10).

Llama la atención la región Brunca con un menor logro de coberturas total y de calidad en comparación al resto de las regiones y una disminución de ambas coberturas en relación con el año anterior.

Las regiones Huetar Norte, Central Sur y Chorotega presentan coberturas con calidad de 48,58%, 49,54% y 51,27% respectivamente, por arriba del promedio nacional.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 10  
CCSS: Cobertura de niños (as) de uno a menos de seis años según  
Región y año**

Región	Cobertura									
	Total					Calidad				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	32,70	37,20	49,20	44,05	40,48	17,10	30,01	41,50	41,48	39,58
Central Norte	44,90	39,60	50,40	49,46	49,16	21,40	31,50	37,00	41,78	43,12
Central Sur	40,50	44,50	48,30	57,07	54,74	32,10	36,80	36,90	47,70	51,27
Chorotega	53,40	49,60	58,60	54,71	55,77	24,80	35,30	41,00	40,01	49,54
Huetar Atlántica	39,40	43,00	46,40	48,11	49,15	23,60	36,80	33,60	44,26	45,20
Huetar Norte	42,10	41,00	43,90	46,16	50,10	22,60	32,50	35,80	43,28	48,58
Pacífico Central	37,10	54,20	62,30	59,01	52,21	30,40	47,30	50,40	47,61	47,43
<b>Nacional</b>	<b>41,40</b>	<b>44,10</b>	<b>51,30</b>	<b>52,00</b>	<b>51,41</b>	<b>24,60</b>	<b>35,80</b>	<b>39,50</b>	<b>44,00</b>	<b>46,98</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 3.4.3 Atención en el escenario escolar

La cobertura de atención en el escenario escolar presenta un aumento en el año 2004 con respecto al 2003, pasando el promedio nacional de un 66.14% en el 2000 a un 84.4% en el 2004. Esto podría asociarse al esfuerzo de las Áreas de Salud por mejorar cada año el abordaje del escenario escolar desarrollando más actividades preventivas en escenarios alternativos, reforzado con la participación y coordinación del personal educativo (Cuadro 11).

La región que presenta los mayores logros es la Región Chorotega (89.19%), seguida por la Región Huetar Norte (88.64%). Las regiones que presentan menor cobertura son la Huetar Atlántica con 75.69% y la Región Brunca con un 77.56%. Estas regiones deberán desarrollar más esfuerzos para mejorar el abordaje en el escenario escolar.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 11  
CCSS: Coberturas de atención escenario escolar según  
Región y año**

Región	Cobertura Lograda			
	2001	2002	2003	2004
Brunca	67,89	76,52	65,83	77,56
Chorotega	82,39	81,78	68,31	84,76
Central Norte	79,63	78,53	62,92	85,42
Central Sur	75,37	81,46	78,85	89,19
Huetar Atlántica	68,91	75,63	60,00	75,69
Huetar Norte	91,56	89,67	70,63	88,64
Pacífico Central	78,64	78,02	63,00	81,93
<b>Nacional</b>	<b>77,77</b>	<b>80,23</b>	<b>66,14</b>	<b>84,40</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### **3.4.4 Atención integral individual del adolescente**

La población adolescente se mantiene como un grupo poco demandante de los servicios de salud, situación que incide en mayor dificultad para lograr el crecimiento de la cobertura de la población joven, por lo que por sus características particulares se requiere que las unidades de salud apliquen nuevas e innovadoras estrategias para mejorar las coberturas, así como el reforzamiento de las actividades de promoción y prevención de la salud para incidir de ésta forma en mejorar sus condiciones y su calidad de vida tanto durante la adolescencia como en la etapa adulta, considerando que ésta población sigue siendo muy vulnerable a los eventos como el fumado, la drogadicción, consumo de alcohol, relaciones sexuales tempranas, deserción estudiantil, entre otros.

En el año 2004, la cobertura de atención integral individual del adolescente en el nivel nacional fue de 30,44%, se observa un leve incremento con relación al año anterior, en la mayoría de las regiones a excepción de la región Pacífico Central que tuvo una leve disminución de 2,69% en el año 2004, la región Huetar Norte sigue manteniendo la más cobertura baja con un 26,08%.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

El comportamiento de la cobertura con calidad muestra un crecimiento entre los años 2000 y 2004, al pasar de un 12,50% en el 2000 a un 27,86% en el 2004, disminuyendo así la brecha entre las coberturas. Como se observa existe un incremento en todas las regiones, pero debido a la importancia de este grupo se debe insistir en mejorar ambas coberturas.

La región Chorotega y la región Central Sur presentan mayores coberturas de 31,99% y 30,12% respectivamente mientras que la región Central Norte presenta la menor cobertura con calidad con 24,8%. La región Huetar Norte se mantiene históricamente con coberturas bajas, total 26,08% y calidad 25,4%, por lo que sería necesario que esta región desarrollará un esfuerzo mayor para mejorar las coberturas. (Cuadro 12).

**Cuadro 12  
CCSS: Cobertura de atención individual del adolescente según Región y año**

Región	Cobertura									
	Total					Calidad				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	23,90	25,10	24,40	24,24	28,99	5,00	16,70	22,60	23,68	28,28
Central Norte	28,50	36,20	32,20	26,82	27,58	11,90	20,00	24,00	21,85	24,80
Central Sur	32,40	41,40	29,00	27,97	32,12	19,90	29,90	26,40	25,37	30,12
Chorotega	36,50	32,90	33,10	30,65	36,51	12,60	21,90	22,30	24,05	31,99
Huetar Atlántica	27,70	37,40	27,80	28,28	30,73	13,60	35,00	24,30	25,28	27,58
Huetar Norte	16,70	32,50	24,10	21,87	26,08	10,40	22,30	19,30	21,22	25,40
Pacífico Central	31,40	35,60	41,20	33,09	30,40	14,10	27,80	34,40	21,42	27,03
<b>Nacional</b>	<b>28,10</b>	<b>34,40</b>	<b>30,20</b>	<b>28,00</b>	<b>30,44</b>	<b>12,50</b>	<b>24,80</b>	<b>24,80</b>	<b>23,00</b>	<b>27,86</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Las coberturas obtenidas en el tamizaje del adolescente superan en siete puntos porcentuales a las logradas por la cobertura de atención integral del adolescente, esto probablemente debido al uso de la modalidad grupal.

Las regiones Central Sur y Chorotega logran coberturas muy cercanas al 40%, superando al promedio nacional de 37,46%, las regiones Brunca y Huetar Atlántica alcanzan los porcentajes menores de 32,57% y 33% respectivamente.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Cuadro 13  
CCSS: Cobertura de atención del tamizaje del adolescente  
por años según Región y año**

Región				
	2001	2002	2003	2004
Brunca	41,90	22,50	26,58	33,41
Central Norte	41,30	35,30	32,26	38,01
Central Sur	32,60	30,20	35,71	39,53
Chorotega	34,40	30,90	35,15	39,34
Huetar Atlántica	41,70	34,00	32,69	32,57
Huetar Norte	26,20	29,40	32,53	35,56
Pacífico Central	36,10	45,50	38,29	35,24
<b>Nacional</b>	<b>36,30</b>	<b>32,10</b>	<b>34,00</b>	<b>37,46</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

#### 3.4.4 Cobertura de atención prenatal

La cobertura total nacional de la atención prenatal es una de las más altas que brinda la Institución a la población.

La atención de la mujer embarazada es una prioridad, dado que una adecuada cobertura y atención a ésta población impactar positivamente sobre las tasas de mortalidad materna e infantil en el nivel nacional.

Se observa en la cobertura total nacional un descenso en el período 2000-2004, situación que no se sabe si responde a una disminución real de la cobertura o podría deberse a una mejoría en los registros de la atención de las mujeres embarazadas. Sin embargo, debe mantenerse la vigilancia y adecuación de estrategias para mejorar la captación de la población gestante en todas las regiones y conservar la calidad de los registros.

La región Pacífico Central obtiene la mejor cobertura total con un 90,31% en el año 2004 pero con una disminución de 7,66% en relación al año anterior. En el caso de la Región Chorotega se logró un avance en la cobertura total pasando de un 79,4% en el año 2003 a 86,06% en el año 2004.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

La región Brunca, realiza un esfuerzo significativo con un crecimiento progresivo desde al año 2000 y se ubica en tercer lugar con un porcentaje de 86.19% (Cuadro 14).

Por otro lado, la región Central Norte presenta un descenso significativo en relación al año 2003, con una cobertura de 73,68%, la región Central Sur logra un porcentaje similar con un 73,48% , ambas representan las regiones con coberturas más bajas, junto a la Huetar Norte (74.19%), regiones que deberían desarrollar mayores esfuerzos por mejorar ésta cobertura.

La cobertura con calidad en el nivel nacional ha experimentado un incremento continuo, avanzando de 41.1% en el año 2000 a 54.5% en el año 2004.

Todas las regiones presentan un mejoramiento en la cobertura con calidad, pero la brecha entre las coberturas aún es amplia. Se destaca la región Brunca que logra el mejor porcentaje de 58,95%, con un crecimiento sostenido a partir del año 2000. La región Central Norte presenta la cobertura más baja con un porcentaje de 51,52% seguido por la región Chorotega con un 54,8%. Es importante continuar reforzando el adecuado cumplimiento de la normativa institucional en la atención de la mujer embarazada.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 14  
CCSS: Cobertura de atención prenatal por año según Región**

Región	Cobertura									
	Total					Calidad				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Brunca	66,80	62,60	71,10	83,22	86,19	30,90	24,60	25,90	56,50	58,95
Central Norte	87,50	83,00	78,60	79,49	73,68	38,40	43,40	21,20	44,71	51,52
Central Sur	81,90	73,00	72,20	74,79	73,48	52,70	47,30	35,50	48,27	54,80
Chorotega	92,70	93,00	92,60	79,40	86,06	35,10	41,60	31,90	41,05	54,08
Huetar Atlántica	96,10	90,60	86,10	85,97	81,52	36,90	55,90	18,80	40,18	56,59
Huetar Norte	93,60	82,20	90,90	79,90	74,59	35,70	29,50	28,10	46,79	57,47
Pacífico Central	100,0	91,80	95,10	97,97	90,31	57,70	52,90	47,90	57,22	56,43
<b>Nacional</b>	<b>88,40</b>	<b>82,30</b>	<b>83,80</b>	<b>81,00</b>	<b>78,16</b>	<b>41,10</b>	<b>42,20</b>	<b>29,90</b>	<b>47,00</b>	<b>54,50</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 3.5.5 Cobertura de atención posparto

Para el año 2004 se incluyó en la evaluación del Compromiso de Gestión, el indicador de cobertura de atención posparto, lográndose en el nivel nacional una cobertura del 65%.

En cambio, se presenta una brecha importante con relación a la cobertura con calidad, que en el nivel nacional es de 39,37%, la mayor parte a expensas del no cumplimiento de la prescripción de ácido fólico por 6 meses y de no brindar educación de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida. Los mejores logros lo presentan las regiones Huetar Norte (61,67%) y Central Norte (45,5%) y el menor logro la región Chorotega (28,18%) y la región Brunca (34,75%).

La mayor cobertura total la presenta la región Central Sur (79,41%), seguida por las regiones Huetar Norte y Pacífico Central ambas con coberturas de 76,89%, muy superiores al nivel nacional. Las regiones Brunca y Chorotega, presentan las coberturas menores, 55,89% y 55,86 % respectivamente.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

Es importante el fortalecimiento de actividades que se traduzcan en una captación temprana posterior al parto, esto para la detección oportuna de signos de alarma que permitan evitar la mortalidad materna.

Otro aspecto de conocer, es la oportunidad con que se realiza la captación, ya que este dato puede servir de línea base para comparar futuras mediciones, actualmente se captan en promedio a los 12 días posparto, con una variación de 10 días en el rango inferior y de 15 días en el rango mayor.

**Cuadro 15  
CCSS: Coberturas de atención posparto y promedio de días posparto  
según región, 2004**

Región	Cobertura		Días Promedio	Nº Casos
	Total	Calidad		
Brunca	55,89	34,75	15,46	225
Chorotega	55,86	28,18	11,79	1199
Central Norte	66,31	45,50	13,35	1291
Central Sur	79,41	39,33	10,63	581
Huetar Atlántica	62,43	41,48	13,32	288
Huetar Norte	76,89	61,67	10,37	365
Pacífico Central	76,89	38,44	12,72	479
<b>Nacional</b>	<b>65,87</b>	<b>39,37</b>	<b>12,36</b>	<b>4428</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 3.4.6 Cobertura de atención odontológica

Según el Plan de Atención de Salud de las Personas 2001-2006, “la caries dental es la enfermedad crónica de origen bacteriano más común en la niñez, es cinco veces más frecuente que el asma. Ocupa el primer lugar como enfermedad odontológica de mayor prevalencia en Latinoamérica y en el ámbito mundial. Afecta a los dientes primarios de 1 a 6 años de edad .

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

La enfermedad bucodental es causante de dolor y pérdida de autoestima, principalmente en el grupo de adolescentes y adultos, con la correspondiente incidencia en la población económicamente activa, representa un alto costo de atención para el usuario y las instituciones, predispone al desarrollo de otro tipo de enfermedades como la desnutrición, enfermedad periodontal, la gingivitis, la pérdida de tejido óseo y de piezas fundamentales para la deglución, inadecuado desarrollo craneofacial en los niños que incide en el desarrollo del lenguaje.

La atención odontológica evaluada contiene el desarrollo de actividades que ayudan a reducir los índices de enfermedad bucodental, con énfasis en las poblaciones más vulnerables, efectuando acciones preventivas como son la aplicación de fluoruros, uso de sellantes en fosas y fisuras, instrucciones de fisioterapia oral (IFO) y educación sobre el cuidado de la salud oral en niños, adolescentes y embarazadas (cuadro 16).

**Cuadro 16  
Costa Rica: Cobertura odontológica preventiva  
en niños de 2-9 y de 0-9 años según Región**

Región	2 - 9 años		0 - 9 años	
	2001	2002	2003	2004
Brunca	40,28	31,13	45,79	39,75
Central Norte	52,78	44,44	44,11	45,38
Central Sur	45,70	38,39	44,08	39,89
Chorotega	67,28	49,20	45,96	45,08
Huetar Atlántica	47,30	34,73	32,70	39,75
Huetar Norte	36,06	26,08	30,96	39,11
Pacífico Central	57,21	58,21	58,73	56,44
<b>Nacional</b>	<b>49,52</b>	<b>40,31</b>	<b>43,19</b>	<b>43,63</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

En general las coberturas de atención odontológica preventiva en niños se han mantenido estables en cifras superiores al 40%. Las coberturas más elevadas las tiene la región Pacífico Central que superan el promedio nacional. Las regiones que le siguen son la Central Norte y Chorotega y el resto de las regiones presentan cifras muy cercanas al promedio nacional.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

En el grupo de adolescentes la atención odontológica preventiva también se ha mantenido estable en cifras de 41%. Las coberturas más elevadas las tiene la región Pacífico Central que superan el promedio nacional. Las regiones que le siguen son la Brunca y la Huetar Norte y el resto de las regiones se encuentran cercanas al promedio. La región Central Sur presenta la menor cobertura (Cuadro 17)

**Cuadro 17  
CCSS: Cobertura odontológica preventiva en adolescentes  
según Región y año**

Región	10 – 19 años			
	2001	2002	2003	2004
Brunca	28,18	33,06	50,84	45,23
Central Norte	44,42	36,63	38,35	40,94
Central Sur	34,73	35,33	39,13	38,96
Chorotega	51,62	36,09	43,65	42,29
Huetar Atlántica	45,96	41,18	34,11	42,40
Huetar Norte	27,29	32,32	33,52	43,04
Pacifico Central	43,97	60,09	50,69	47,79
<b>Nacional</b>	<b>39,45</b>	<b>39,24</b>	<b>41,47</b>	<b>41,73</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. . Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Las coberturas de atención odontológica preventiva en mujeres embarazadas se han mantenido constantes alrededor de un 38%, la región Pacifico Central es la que supera el promedio nacional con un logro del 50,16%, y la regiones con menor cobertura son la Huetar Atlántica con un 25,33% y la Huetar Norte con 33,68% (Cuadro 18).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Cuadro 18  
CCSS: Cobertura odontológica en mujeres embarazadas  
según Región y año**

Región	Embarazadas			
	2001	2002	2003	2004
Brunca	41,57	48,24	45,47	41,45
Central Norte	37,56	31,42	33,18	35,09
Central Sur	27,29	35,39	40,83	40,20
Chorotega	34,43	40,81	37,09	41,97
Huetar Atlántica	31,28	29,55	27,11	25,33
Huetar Norte	41,04	31,16	35,78	33,68
Pacífico Central	31,70	61,91	59,41	50,16
<b>Nacional</b>	<b>34,98</b>	<b>39,78</b>	<b>39,84</b>	<b>38,33</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 – 2004. . Dirección de Compra de Servicios de Salud.

### 3.5 Violencia Intrafamiliar

Dimensión del problema:

La violencia es un fenómeno construido socialmente y manifestado por medio de múltiples expresiones; el uso excesivo de fuerza o poder genera acciones u omisiones del agresor en contra de personas o grupos.

La violencia produce daños físicos, sociales y altos costos económicos y su abordaje debe integrar diferentes sectores para enfrentar la problemática de modo integral.

Según fuentes primarias del Instituto Nacional de Estadística y Censo, se ha demostrado un constante ascenso en las defunciones por diferentes causas de violencia, incrementándose en la última década de manera alarmante.

Con respecto a la violencia intrafamiliar cada año se incrementan las denuncias, más del 85% de las personas que solicitan medidas de protección son mujeres. Según informes de Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), de 1998 al 2002 murieron 106 mujeres por

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

violencia doméstica y sexual, en actos de relaciones de abuso dentro de la familia, en su mayoría.

En el año 2002 el Patronato Nacional de la Infancia atendió un total de 23,914 niñas y niños víctimas de manifestaciones de maltrato, un promedio de 1993 casos por mes, con tendencia al aumento en los próximos años.

El abuso sexual en menores de edad se ha incrementado, principalmente el extrafamiliar con el correspondiente aumento de casos mensuales atendidos por el Comité del Niño Agredido del Hospital Nacional de Niños y otras instituciones.

Esta tendencia al aumento se da por las condiciones de vida en situaciones de inequidad, deterioro socioeconómico y de la familia en los últimos diez años que facilitan el desarrollo de patrones agresivos en la familia y la comunidad.

Intervenciones realizadas:

- Notificación obligatoria de los casos de violencia por los profesionales de salud, según la norma.
- Aumento de la detección y registros de casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar
- Fortalecimiento del análisis interdisciplinario y el abordaje de los casos.
- Atención de las víctimas identificadas en los tres niveles de atención.
- Sensibilización del personal de salud ante situaciones de violencia, mediante diferentes actividades de capacitación y divulgación.
- Incorporación del eje estratégico de atención a la Violencia Intrafamiliar en el Plan estratégico de las Áreas de Salud.

Resultados:

Para el año 2004 se logra que más del 98% de las Áreas de Salud registren los casos de violencia reportados, mejorando en un 4% en comparación con el año 2003. Un 95% de las Áreas de Salud concretó un abordaje y plan de seguimiento a los casos identificados durante el año 2004, porcentaje similar al logrado el año anterior (94%). De igual forma el 94% de las Áreas de Salud desarrollaron propuestas para mejorar la detección y el abordaje de los casos en el año 2004.

En el plan estratégico local de las Áreas de Salud se logra incorporar como eje transversal, el desarrollo de actividades relacionadas con la atención de la violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar, fortaleciendo su abordaje y el correspondiente registro de los casos, el objetivo primordial de éstos ejes transversales es incorporar los componentes de: especificidad etárea, intersectorialidad, interdisciplinariedad y enfoque género-sensitivo, en todas las acciones y componentes de la atención de las personas.

### **3.6 Evaluación de las condiciones sanitarias y cumplimiento de la Normativa Institucional**

Dimensión del problema:

En el nivel institucional se ha considerado necesario impulsar el cumplimiento de leyes, reglamentos y normativas que regulan la aplicación de elementos de calidad en los servicios de salud, mediante su incorporación como indicadores del Compromiso de Gestión, cuya finalidad ha sido proteger la salud de las personas y del ambiente, así como, fortalecer la observancia de la normativa institucional.

Intervenciones desarrolladas:

- Desarrollo de certificaciones por las instancias técnicas responsables de impulsar el cumplimiento de la normativa institucional en aspectos específicos

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

- Establecimiento de indicadores de garantía de calidad por parte de las instancias técnicas institucionales.
- Monitoreo de las diferentes variables del comportamiento de la organización.
- Definiciones de líneas conductuales que tienen como objetivo un cambio de conducta en cada Área de Salud.

Resultados:

Por cuarto año consecutivo se evalúa por medio de la aplicación del mecanismo de Certificación, mediante la asistencia técnica de diferentes instancias institucionales y el acompañamiento a los niveles locales.

Evaluación efectuada con el apoyo técnico y logístico de las instancias certificadoras, encargadas de valorar, analizar y emitir las correspondientes calificaciones obtenidas por las Áreas de Salud en todo el país, de acuerdo al grado de cumplimiento de la normativa institucional. Lo anterior redundó en mejores espacios de retroalimentación, generados en un ambiente capacitante y una mejor relación entre el proveedor y la instancia técnica certificadora.

Los procesos que están siendo desarrollados mediante certificación son:

1. Estado del Saneamiento Básico y Ambiental institucional.
2. Gestión de la Salud Ocupacional.
3. Establecimiento de una Oficina de Contraloría de Servicios de Salud.
4. Monitoreo de la Satisfacción del Usuario Externo.
5. La Calidad de los Expedientes de Salud y de la Información Estadística.

### **3.6.1 Certificación del estado del saneamiento básico y ambiental**

Dado que una de las prioridades institucionales es fortalecer el cumplimiento de la legislación en materia de saneamiento básico y ambiental en cada uno de los centros de salud en el nivel nacional, se evalúa anualmente el avance de este proceso, certificando

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

el estado de saneamiento básico y ambiental con base en las "Normas para el Manejo de Residuos Peligrosos en Establecimientos de Salud". Dictamen técnico que establece el porcentaje de cumplimiento de la normativa institucional y las condiciones sanitarias básicas del Área de Salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación del Compromiso de Gestión 2004, el 96% de las Áreas de Salud fueron certificadas por el Departamento de Saneamiento Básico y Ambiental Institucional, obteniéndose en promedio nacional un de 89% de cumplimiento.

La aplicación de las acciones de Saneamiento Básico y Ambiental varía entre las distintas regiones de salud, las que lograron el mejor resultado fueron la Central Norte (91,64%), la Central Sur (91,4%) y la Pacífico Central (90,13%). El resto de las regiones oscilan alrededor del 84%.

Lo anterior muestra el esfuerzo realizado por los niveles locales e institucionales para mejorar las condiciones de saneamiento ambiental en las unidades de salud.

### **3.6.2 Certificación en gestión de la salud ocupacional**

Permite el funcionamiento, control y evaluación del cumplimiento de la política en salud ocupacional, mediante un diagnóstico y plan de gestión en salud ocupacional.

Durante el proceso de evaluación del Compromiso de Gestión 2004, el 97% de las Áreas de Salud fueron certificadas por el Departamento de Salud ocupacional de la Institución, lográndose una nota nacional de certificación de 91%. Por razones especiales el 9% de las Áreas de Salud condicionaron la aplicación de este indicador.

### **3.6.3 Certificación del establecimiento de una oficina de contraloría de servicios de salud**

Mediante ley 8239 sobre Derechos y Deberes de la Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos o Privados, se establece en cada establecimiento una oficina de Contraloría de Servicios de Salud cuyo principal objetivo es garantizar que se respeten los derechos de los usuarios, entre otras cosas, servir como enlace entre los usuarios y los funcionarios de la institución, proveyendo permanentemente mecanismos de resolución a eventuales conflictos.

En el 2004, el 53% de las Áreas de Salud fueron certificadas por personal propio de la SUGESS, el resto por personal de las Áreas de Salud que funcionan como Contralores. El 45 % de las Áreas de Salud condicionaron este indicador para este año por falta de recurso humano. Lográndose como resultado de la certificación un promedio nacional de 91%.

### **3.6.4 Certificación de monitoreo de la satisfacción del usuario externo**

Otro aspecto de vital importancia para la Institución es que los servicios que se brinden al usuario se realicen bajo el concepto de excelencia, por lo que todo trabajador tiene la oportunidad de servir y ayudar a otras personas externas a la organización (usuarios) e internas, bajo esta premisa detectar los puntos críticos de los servicios que brindan las unidades de salud, para implementar las medidas correctivas que conlleven a mejorar la calidad de los servicios.

Con base en los datos obtenidos en el nivel nacional, el 90% de las áreas de salud cumplió con todos los criterios de la encuesta de satisfacción del usuario, de acuerdo con la fase en que se encontraban y un el 6% de las unidades condicionó la aplicación de este indicador.

### **3.6.5 Certificación de la calidad de los expedientes de salud y de la información estadística**

La calidad de los expedientes de salud y la oportunidad de la información estadística garantiza una adecuada fuente de datos para el análisis del estado de salud del individuo y la comunidad, que permite evaluar la calidad de la atención y la administración de los servicios de salud.

Esta certificación es emitida por el Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud (DIESS) con participación de los Supervisores Regionales de Registros y Sistemas de Información

Para el año 2004 el 93% de las Áreas de Salud tenían negociado el indicador. Con base en los resultados de la evaluación el 97% de las unidades fueron certificadas por la DIESS, de las cuales el 37% obtuvieron el 100% en la calificación, el 48% mayor a 90, el 10% entre 75 y 89 y el restante 5% condicionó la aplicación del indicador.

Lo anterior evidencia que casi la totalidad de las áreas ya han internalizado la importancia de esta certificación y la necesidad de mantener la alta calidad de los expedientes de salud y el envío oportuno de la información estadística.

### **3.7 Mejoramiento de la gestión local**

Dimensión del problema:

Con la Reforma del Sector Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social asume la responsabilidad de la atención a la salud de las personas, situación que motiva la ampliación de la oferta de servicios y el fortalecimiento del primer nivel de atención, debido a esto los prestatarios desarrollan esfuerzos para mejorar los aspectos de planificación estratégica local y fortalecer sus sistemas de información.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

Las Áreas de Salud desarrollan el proceso de conocer la situación de salud de su población, realizando actividades dirigidas a analizar, advertir y atenuar las condiciones desfavorables para la salud de su población y para el reconocimiento de los factores protectores.

Es mediante de la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS), que se identifican y priorizan los problemas de salud, con participación social, mediante el estudio de las dimensiones biológicas, sociales, económicas y de conciencia y conducta.

Este documento se convierte en un insumo importante para el diseño de Plan Estratégico Local de Servicios de Salud el cual debe contener las estrategias para desarrollar actividades dirigidas al abordaje de los problemas priorizados en el ASIS, lo que significa un importante esfuerzo por reorientar la oferta de servicios acorde con las necesidades y problemas de salud de la población, con la participación de otros actores sociales.

De igual forma se incorporan políticas y estrategias de promoción de la salud y participación social como pilares indispensables en este proceso de planificación local.

Intervención desarrollada

- Formulación y ejecución de un Plan Estratégico Local de Servicios de Salud

### **3.7.1 Plan estratégico local de servicios de salud**

Resultados:

Para el año 2000, los datos de la evaluación evidencian que el 81% de las Áreas de Salud cumplieron con la elaboración del ASIS pero en la confección y ejecución del Plan Estratégico basado en el ASIS, se evidenció que solo el 61 % de las áreas lo cumplieron.

En los años siguientes, se mejoraron los porcentajes de cumplimiento de las actividades relacionadas con la planificación estratégica, pero se confirmó la necesidad de mejorar la

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

calidad de los análisis situacionales, con una adecuada interrelación de sus dimensiones, y aumentar cuali - cuantitativamente el desarrollo de planes acordes a los problemas y necesidades de salud identificados en el marco de una mayor y efectiva participación social. Se insiste en el cumplimiento en los criterios de estructura del plan estratégico, la coherencia del plan con el ASIS y el grado de avance de las medidas estratégicas implementadas.

En el año 2001 se insistió en el reforzamiento de las actividades grupales para adolescentes y adultos mayores, categorías que se identificaron como de menor accesibilidad a los servicios de salud.

En el año 2002, a pesar de los logros en el desarrollo de la planificación y el análisis de los problemas en las Áreas de Salud, en la elaboración de ambos instrumentos persisten debilidades, principalmente por la poca coherencia del ASIS y el Plan estratégico. Se formula entonces para el año 2004, en un intento de contribuir a fomentar el pensamiento de gestión estratégica, una ficha técnica que describe los componentes esenciales del plan estratégico, incorporando el análisis situacional de salud como el insumo principal y la evaluación del ambiente interno y externo, todos estos elementos fundamentales para orientar las actividades estratégicas que se propondrán. De igual forma se plantean los siguientes Ejes Estratégicos de acción:

- Estilos de vida saludables.
- Crecimiento y desarrollo.
- Salud Sexual y Reproductiva.
- Violencia Intrafamiliar
- Morbilidad Prevalente.
- Otros ejes a determinar por el Área de Salud

Cada Eje Estratégico de acción definido es entendido como el abordaje técnico integrado de los problemas y necesidades de salud priorizados que contempla todo el ciclo de vida de las personas, además se plantean componentes que se refieren a la estructura de soporte de esta atención en salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

Para el año 2004, la totalidad de las Áreas de Salud desarrollaron el proceso de construcción, formulación y ejecución del Plan que permitiría orientar la gestión de los recursos de acuerdo a las necesidades locales de salud.

El 97% de las unidades completaron en forma sistemática un análisis de situación de Salud de acuerdo a la metodología sugerida (curso de Gestión Local, Modulo ASIS), como insumo básico para el Plan, documentando en un 96% las evidencias que para su elaboración se realizó un determinado proceso de participación social por medio de diferentes metodologías (juicio grupal ponderado, consultas, cabildos, etc.) tanto para el desarrollo del ASIS, priorización de necesidades, establecimientos de áreas críticas y estrategias de intervención.

El 90% de las Áreas de Salud documentaron la participación intersectorial (participación de entidades locales o regionales, de entidades públicas y privadas de servicios que trabajan en programas o acciones que coadyuven a la atención de la problemática en salud definida o alguno de sus condicionantes). Además el 95% de las unidades desarrollaron el Plan Estratégico Local de Servicios de Salud de acuerdo a la estructura mínima esperada y con una periodicidad trianual, con vigencia hasta el 2006.

Se visualiza como un gran logro, el avance obtenido con la participación de los funcionarios de las Área de Salud en el desarrollo de actividades para acercarse al conocimiento de la realidad de los sectores poblacionales y sus Áreas de Salud, así como el esfuerzo por desarrollar la Planificación estratégica, sin embargo aun persiste la necesidad de fortalecer la integración del ASIS con el planteamiento del Plan y la inclusión de diferentes actores sociales de la comunidad tanto en la definición de la problemática como en la solución conjunta de los problemas que afectan la salud de la población.

### **3.8 Producción de la atención especializada ambulatoria en el área metropolitana**

El análisis de los resultados de la producción en la atención especializada ambulatoria en el área metropolitana, contempla el período 2000 – 2004.

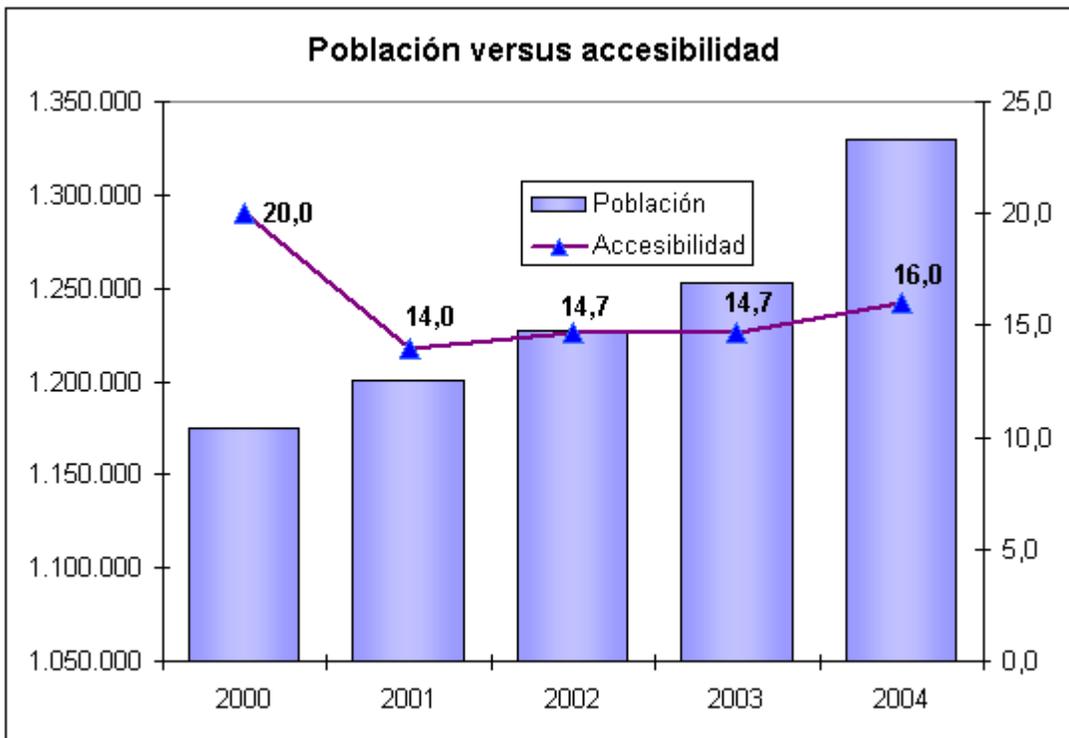
**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

El comportamiento de la accesibilidad de la población a los servicios especializados en el área metropolitana se presenta en el gráfico 4, donde se puede observar el gran esfuerzo que realizan las áreas del segundo nivel para aumentar la accesibilidad (medida en consultas de primera vez) en las diferentes especialidades médicas ya que en los últimos tres años oscilaba en un 14%, después de que en el 2000 era de un 20%; lo que hace pensar que se han dado cambios tanto en el orden de la gestión como de la adquisición de recurso humano, razones que pesaron en el cambio observado entre el año 2000 y 2001 en adelante.

Como hemos apuntado en años anteriores las especialidades que presentan mayor producción son las que tienen más oferta en recurso humano (Pediatria, Medicina Interna y Ginecobstetricia), condición que en la actualidad no ha cambiado.

**Gráfico 4**



Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

En el año 2004 la relación de consultas especializadas de primera vez – subsecuentes es de 59/41, relación adecuada tomando en cuenta que las personas una vez abordadas se

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

trasladan ya sea al tercer nivel porque sobrepasa la capacidad instalada o al primer nivel para su respectivo control.

Como se puede observar las derivaciones a las especialidades de medicina interna y ginecología en los problemas de hipertensión arterial, diabetes y embarazo de alto riesgo ha ido en aumento año con año, lo que queda por determinar son las causas de las derivaciones, sí estas son más complejas o por motivos que podrían resolverse en el primer nivel de atención. En este último punto es entonces el que requeriría mayor análisis ya que afecta directamente a la medición de la capacidad resolutive del primer nivel (Cuadro 19).

**Cuadro 19  
CCSS: Consultas médicas en el I nivel, consultas médicas en el II nivel y porcentaje de atención especializada**

Problema Salud/año	Consultas		Porcentaje atención especializada	
	I nivel	II nivel		
HTA	2004	39600	9045	23
	2003	63116	8212	13
	2002	56418	6663	12
DM	2004	16408	5286	32
	2003	25602	5043	20
	2002	23560	4765	20
Embarazo alto riesgo	2004	8752	2325	27
	2003	8282	2367	29

Nota: No se incluye la Clínica Marcial Rodríguez  
No se incluye el Área de Salud Aserrí en prenatal y embarazo alto riesgo por no contar con Ginecología  
Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2002-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

## **4. HOSPITALES**

### **4.1 Producción hospitalaria**

#### **4.1.1 Producción por nivel**

La producción hospitalaria se analiza a partir de las unidades de producción hospitalaria (UPH) logradas por los diferentes hospitales, así como los volúmenes de producción. Como los estándares para el cálculo de las UPH han ido variando con el tiempo, para efectos de comparación se han utilizado los estándares del 2004, aplicados a la producción de cada año; por esa razón el lector podrá encontrar que las UPH asignadas a un establecimiento antes del 2003, pueden no coincidir con las aquí consignadas.

En el período analizado, la producción hospitalaria total medida en UPH, pasó de 2.266.512 en el 2000 a 2.476.637 en el 2004, lo que significa un crecimiento del 9,3% en los cinco años analizados.

El gráfico 5 muestra el comportamiento de las UPH totales en los veintinueve hospitales del país <sup>4</sup>, en contraste con las producidas en los servicios de hospitalización. Se observa que las UPH de hospitalización representan el 91,6% de todas las UPH producidas y que en el año 2002 hubo una reducción de las UPH de hospitalización.

---

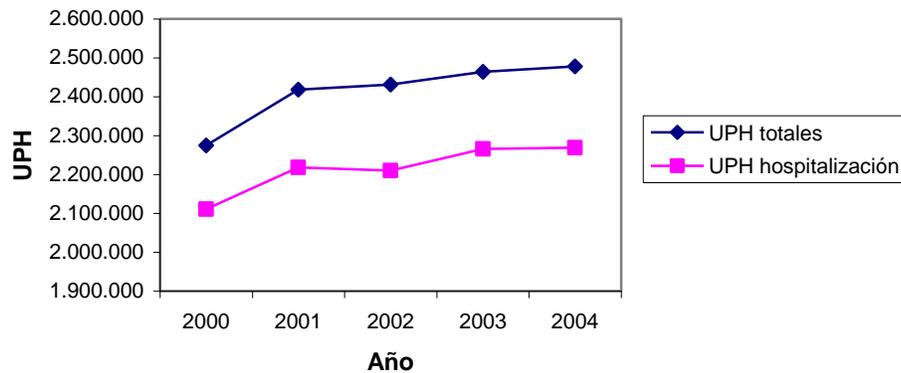
<sup>4</sup> Las UPH producidas por los servicios de larga estancia en los hospitales psiquiátricos, se excluyen del total de UPH para efectos de este análisis.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004

---

Gráfico 5

CCSS: UPH totales y UPH hospitalización  
2000-2004



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

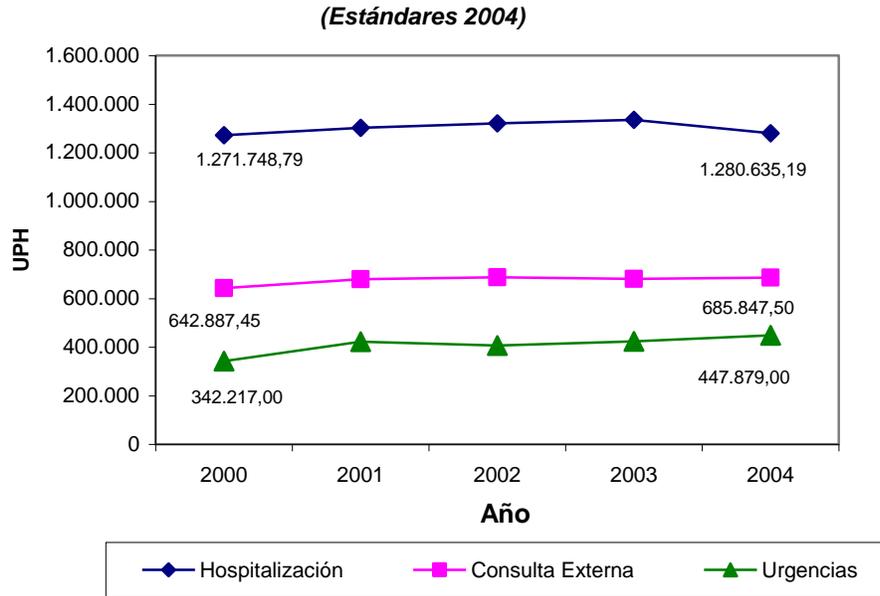
En el gráfico 6 se puede ver la evolución que, durante los últimos cinco años ha sufrido la producción por área de atención (hospitalización, consulta externa y urgencias). Hay gran estabilidad en la producción en el período analizado, con una discreta tendencia al incremento; excepto en lo que se refiere a hospitalización, que muestra una reducción del 4% entre el año 2004 y el 2003.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Gráfico 6**

**CCSS: Unidades de Producción Hospitalaria según área de atención**



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

En los hospitales nacionales se observa una reducción entre los años 2001 y 2002 y un crecimiento discreto de las UPH, en los últimos tres años; esto responde a la estabilización y revisión del tipo de productos comprados; traslado de algunos productos hacia el nivel de atención correspondiente (parte del servicio de odontología general que se brindaba en los hospitales se trasladó al primer nivel de atención y la consulta de medicina general se excluyó de la compra en los hospitales), además, las terapias se han ido depurando de tal forma que para el 2004 este rubro contiene únicamente terapia física en los establecimientos en que representa un producto muy importante como el CENARE y el Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes.

A partir del año 2003, los albergues fueron excluidos y las visitas a domicilio sólo se compran al Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, el Hospital de Niños, el Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos y el Hospital Calderón Guardia. En todos los casos la unidad de compra de las visitas a domicilio es el número de pacientes atendidos y no la cantidad de visitas realizadas.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

En los hospitales regionales se observa que el Max Peralta y el San Vicente de Paul presentaron una importante reducción de la producción en el 2001, en relación con el año anterior (7,85% y 14,00% respectivamente). Lo que es aún más llamativo es que en el año 2002 el Hospital Max Peralta incrementó su producción hasta niveles superiores que lo logrado en el 2000; mientras que el Hospital San Vicente de Paul continuó reduciendo progresivamente su producción, situación que continúa hasta la fecha.

En los restantes establecimientos hospitalarios de este nivel, se observa en los últimos tres años, un decrecimiento progresivo pero lento de las UPH producidas, excepto en el Escalante Pradilla y el Tony Facio.

En lo que respecta a los hospitales periféricos 3, resalta el comportamiento del Hospital Carlos Luis Valverde Vega, que en cinco años incrementó su producción en un 64%. Contrariamente, el Hospital William Allen, ha reducido de manera importante su producción, hasta ubicarse por debajo de todos los de su categoría.

Los hospitales periféricos 2 muestran, a lo largo de los últimos 5 años un comportamiento muy estable, con un incremento en el 2001 y una estabilización a partir de ese momento.

Finalmente, los hospitales periféricos 1, muestran una tendencia al incremento de la producción, que en el caso del de San Vito y el Tomás Casas, ha sido más tardía (Cuadro 20).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 20**

**CCSS: Unidades de producción hospitalaria por nivel de Hospital y año  
2000-2004**

HOSPITALES	Año				
	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hospitales Nacionales</b>					
Calderón Guardia	345152	330573	320666	338517	363126
San Juan de Dios	293304	325841	302171	311498	314818
México	308662	336475	348254	321602	331110
<b>Hospitales Regionales</b>					
Monseñor Sanabria	94183	101080	106660	104710	102049
San Rafael de Alajuela	89087	87471	85895	86131	84244
Tony Facio	81353	93575	89107	98201	100183
San Vicente de Paúl	126682	108950	108945	107869	103582
San Carlos	76545	80227	77624	77889	76809
Enrique Baltodano	60680	75621	74304	87598	78833
Escalante Pradilla	84614	103612	103050	104128	108308
Max Peralta	130780	120513	141261	136695	136151
<b>Hospitales Periféricos</b>					
Carlos Luis Valverde Vega	42350	56766	57094	65660	69430
La Anexión	42759	51678	50898	55711	56955
William Allen	52401	53042	58862	55958	52292
Guápiles	50885	56382	59004	59173	58620
Max Terán Valls	22174	25837	28220	27198	26140
Ciudad Neilly	31599	40758	41907	40063	39583
Golfito	18341	22089	21982	20003	21639
San Francisco de Asís	43528	51760	52670	51196	52918
Tomás Casas	12894	12887	12621	13633	16022
Los Chiles	4348	6510	10748	10843	13304
San Vito	14327	14037	14208	14579	21347
Upala	9095	9758	13557	14223	17283

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000- 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### **4.1.2 Producción por servicio**

En el cuadro 21 se observa que en los servicios de cirugía de los hospitales generales hay una tendencia creciente que se mantiene hasta el último año, con un promedio anual del 1,5%. Mientras tanto, en los servicios de medicina, a partir del año 2000 y hasta el 2003, hubo un crecimiento sostenido promedio del 2% anual, pero en el año 2004 se produjo una reducción del 1% respecto al anterior.

El servicio de obstetricia muestra una tendencia constante muy discreta a la reducción, contrariamente a lo que ocurre en los de pediatría en el año 2003 y ginecología en el año 2002, que alcanzaron el mayor valor y a partir de allí iniciaron una tendencia decreciente también muy discreta.

En cuanto a la producción en los servicios ambulatorios, se observa una tendencia discretamente creciente y sostenida tanto en la consulta especializada, como en la de urgencias y cirugía ambulatoria. En el servicio de urgencias se puede ver un crecimiento entre el año 2000 y 2001 que se debió al cambio en la contabilización de las consultas de medicina general en los hospitales y al impacto de la apertura de las áreas de salud, que aumentó la demanda sobre estos servicios.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 21**

**CCSS: Producción en UPH por servicio Hospitales Generales**

Servicio	Año				
	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hospitalización</b>					
Cirugía	384397	393835	399355	402348	402324
Medicina	362647	370594	374210	386031	381930
Ginecología	65218	68155	69465	66125	64818
Obstetricia	164335	158561	150471	153620	153821
Pediatria	120027	124363	124835	126975	118549
<b>Ambulatoria</b>					
Cirugía Ambulatoria	48730	51812	53440	61216	66478
Procedimientos mayores ambulatorios	120065	149276	150723	121637	113535
<b>Consulta Externa</b>					
Consulta Especializada Médica	417993	409520	414263	429251	439258
Consulta Odontológica Especializada	11388	12156	10715	14356	18830
Otros Profesionales	15200	17343	13511	16722	12581
<b>Urgencias</b>					
	282438	359720	357261	361475	375479

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

## 4.2 Egresos hospitalarios

### 4.2.1 Producción por servicio

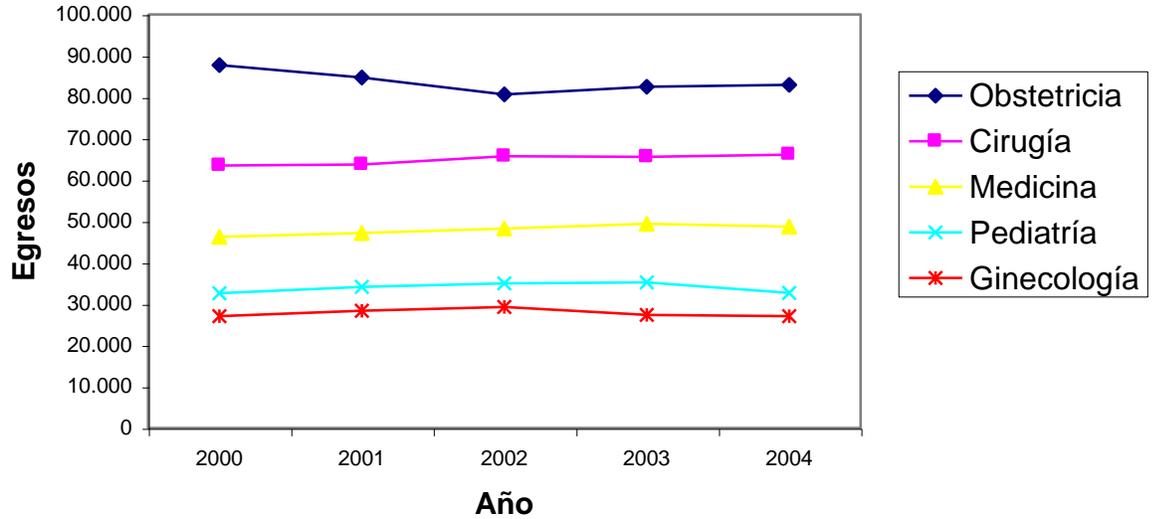
El comportamiento de los egresos hospitalarios en el último año se puede apreciar en el gráfico 7, se observa una tendencia discretamente creciente de los egresos en los servicios de cirugía y medicina durante todo el período; con un crecimiento moderado en obstetricia a partir del 2002 luego de un descenso (por disminución de la natalidad). Los servicios de ginecología y pediatría muestran una leve tendencia decreciente a partir del año 2002.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004

---

Gráfico 7

**CCSS: Evolución de los egresos hospitalarios por servicio.**



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

Para resaltar las variaciones interanuales y la tendencia global, se calcularon por año las diferencias porcentuales de los egresos producidos por cada servicio y el total de egresos de todos los servicios; encontrando que el comportamiento de los servicios no tiene un patrón definido y que el global es bastante estable con tendencia a la reducción en el último año (Cuadro 22).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Cuadro 22**

**CCSS: Variación interanual de los egresos por servicios  
2000-2004**

<b>Servicio</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>	<b>2003-2004</b>
Obstetricia	-3,47%	-4,77%	2,30%	0,56%
Cirugía	0,41%	3,15%	-0,18%	0,72%
Medicina	2,02%	2,30%	2,50%	-1,46%
Pediatría	4,60%	2,53%	0,56%	-7,23%
Ginecología	4,88%	3,39%	-6,72%	-1,19%
<b>Total</b>	<b>0,38%</b>	<b>0,34%</b>	<b>0,45%</b>	<b>-1,02%</b>

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### **4.2.2 Producción por nivel**

El incremento arriba mencionado en los servicios de medicina, ocurrió principalmente a expensas de los hospitales regionales y periféricos 1 y 2, los otros niveles de complejidad, prácticamente mantuvieron el mismo nivel de producción al principio y al final del período.

En cuanto los servicios de cirugía, en todos los niveles de complejidad se observa una tendencia discretamente creciente, excepto en los hospitales regionales que tuvieron una reducción importante en el año 2001, de la que apenas se han recuperado y que no tienen que ver con el estímulo institucional a la cirugía ambulatoria.

En los servicios de ginecología, después de un incremento sostenido hasta el año 2002, se observa una importante reducción en todos los niveles, excepto en los hospitales nacionales que muestran una discreta recuperación para el año 2004.

Durante el año 2004, los servicios de obstetricia, han mostrado una tendencia discretamente decreciente en los hospitales nacionales y regionales pero con un efecto contrario en los periféricos, que muestran una recuperación muy lenta a partir del año 2002.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

El comportamiento de los egresos en los servicios de pediatría / neonatología en los hospitales generales, evidencia una tendencia marcada a la reducción en los hospitales regionales, desde el año 2003, en los periféricos a partir del año 2002 que es menos pronunciada. En los hospitales nacionales hay más bien una tendencia al incremento a partir del 2002, lo que podría estar en relación con el nacimiento de una mayor proporción de niños de más bajo peso. Debe aclararse que en estos últimos sólo hay servicio de neonatología, no de pediatría (Cuadro 23).

**Cuadro 23**

**CCSS: Egresos hospitalarios por servicio según nivel y año  
2000-2004**

<b>Nivel Hospitalario/Servicio</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Hospitales Nacionales</b>					
Medicina	13062	13656	12665	13096	13659
Cirugía	29699	32037	32183	32564	33021
Ginecología	7482	8684	8166	8094	8322
Obstetricia	26183	26108	24285	24284	24412
Pediatría /Neonatología	3733	3539	3211	3405	3484
<b>Hospitales Regionales</b>					
Medicina	18477	18340	20166	21146	20075
Cirugía	24219	21939	22485	22940	22724
Ginecología	12433	12271	12781	11917	11548
Obstetricia	42714	40671	39275	40259	39983
Pediatría /Neonatología	20012	21274	21115	21627	19708
<b>Hospitales Periféricos 1 y 2</b>					
Medicina	7448	7626	7747	7406	7696
Cirugía	3915	4266	5131	4889	4951
Ginecología	3338	3555	4441	3103	3139
Obstetricia	7472	7175	6897	7211	7335
Pediatría /Neonatología	4606	4796	5158	4736	4714
<b>Hospitales Periféricos 3</b>					
Medicina	7209	7506	7632	7765	7260
Cirugía	5613	5465	5912	5198	5368
Ginecología	3778	3840	3923	4227	4008
Obstetricia	11387	10757	10217	10774	11264
Pediatría /Neonatología	4274	4518	5506	5419	4737

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

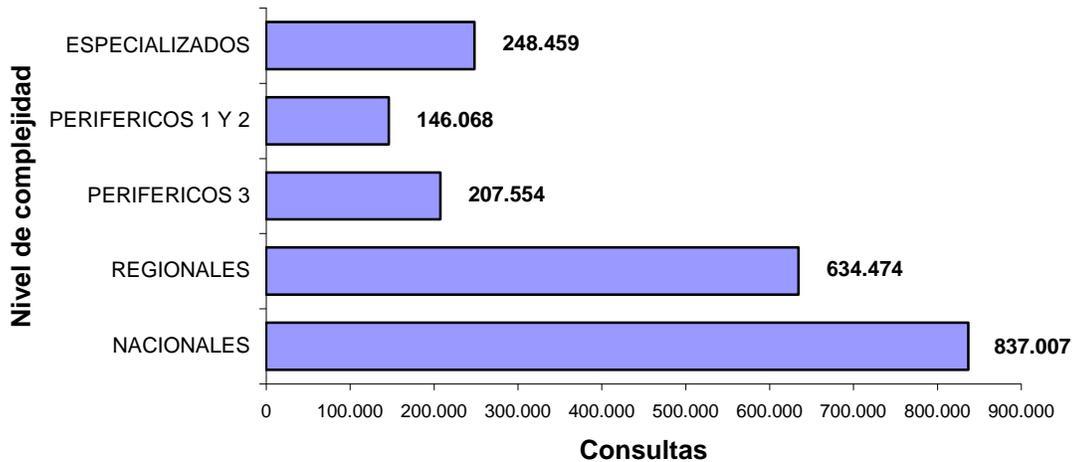
### 4.3 Atención ambulatoria

#### 4.3.1 Consulta Médica Especializada

Los hospitales nacionales reportaron un volumen de 837.007 consultas, lo que representa el mayor número según nivel de hospital, seguido de los hospitales regionales y especializados con 634.474 y 248.459 atenciones respectivamente (gráfico 8).

Gráfico 8

CCSS: Volumen de consultas realizadas según nivel de complejidad hospitalaria.



Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

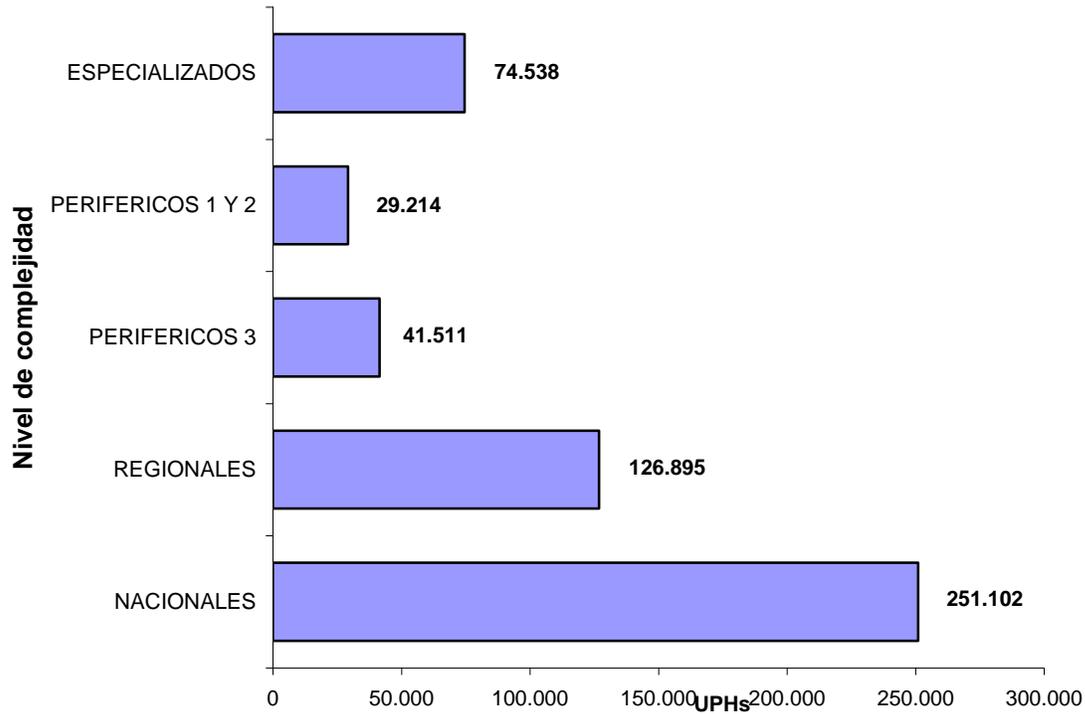
Las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) totales logradas a nivel de todos los hospitales generales son 448.721 (1,825.103 consultas) mientras que los hospitales especializados lograron 74.538 UPHs (gráfico 9).

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004

---

Gráfico 9

CCSS: UPHs logradas en la consulta médica especializada,  
según nivel de complejidad.



Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

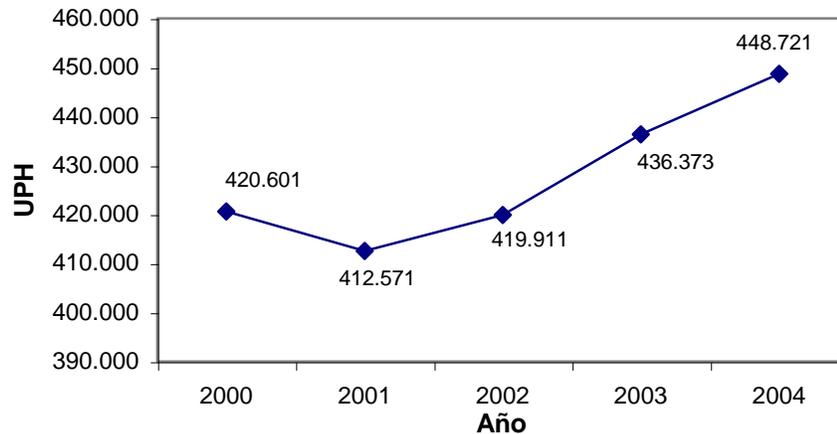
Al comparar la producción en el período 2000-2004 se observa un incremento a partir del año 2001. El incremento en UPH en el año 2004 es de 8,76% comparado con la producción en el año 2001; mientras que es de 2,83% en los últimos dos años.

Debe considerarse que el estándar asignado a esta actividad no es uniforme todos los años, por lo anterior se decide para efecto de comparación utilizar el estándar del año 2004 (gráfico 10)

Gráfico 10

**CCSS: UPH totales de consulta médica especializada en los hospitales generales.**

(Estandares 2004)



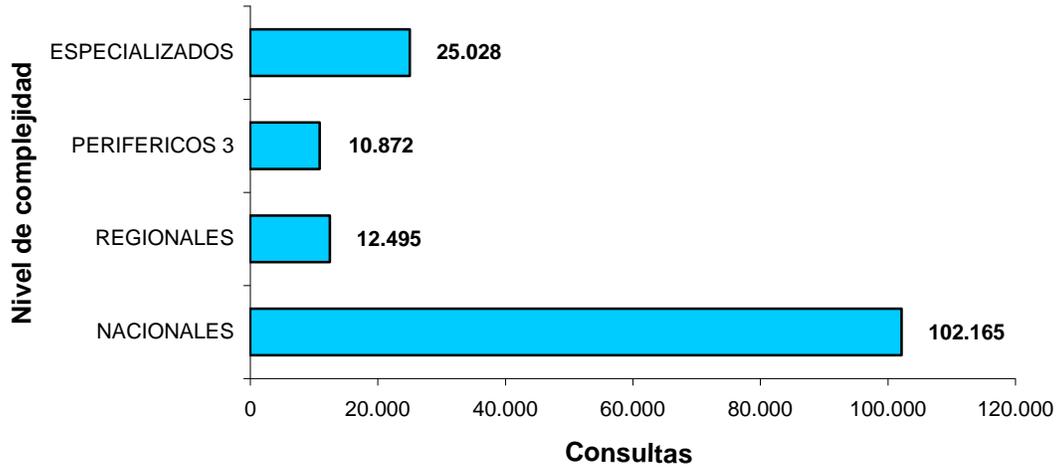
Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

#### 4.3.2 Odontología Especializada

Los hospitales nacionales reportaron el mayor volumen de consultas con 102.165 atenciones, seguido de los hospitales especializados y regionales con 25.028 y 12.495 consultas respectivamente (gráfico 11).

Gráfico 11

**CCSS: Volumen de consultas en odontología especializada según nivel de complejidad.**



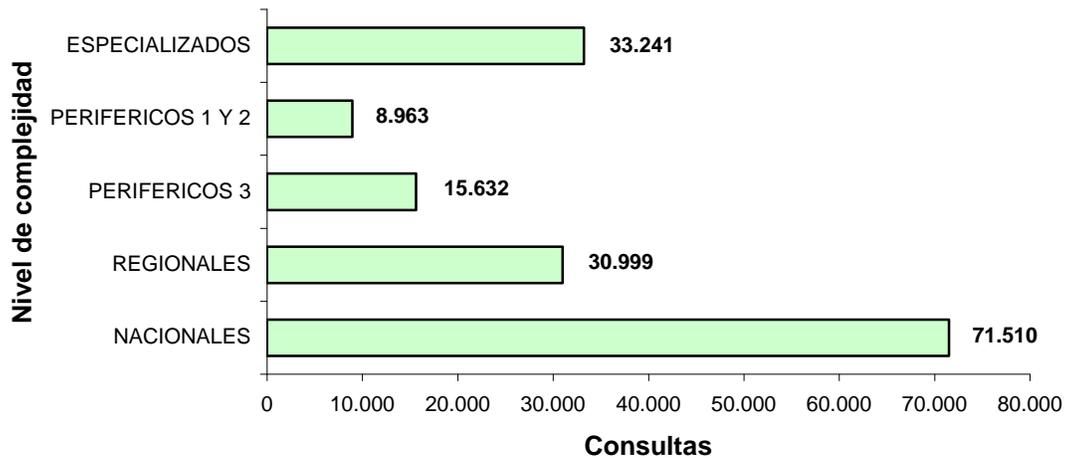
Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

#### 4.3.3 Otros Profesionales

A nivel de los hospitales de tipo general los centros nacionales lograron 71.510 consultas, lo que representa 7.151 UPHs, seguido de los hospitales regionales con 30.999 atenciones y 3.100 UPHs logradas. En los hospitales especializados se efectuaron 33.241 consultas, para un total de 3.324 UPH (gráfico 12).

Gráfico 12

CCSS: Volumen de consultas de Otros Profesionales según nivel de complejidad.



Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

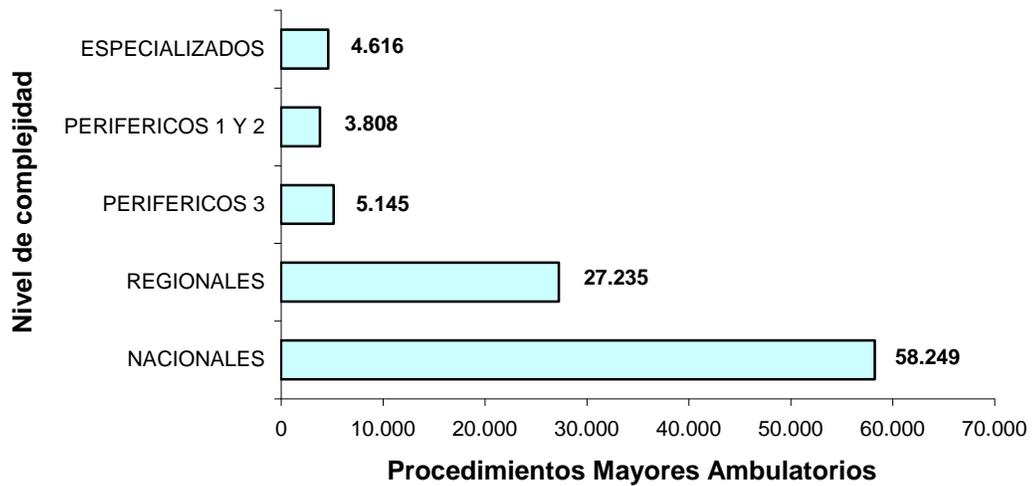
#### 4.3.4 Procedimientos Mayores Ambulatorios (PMA)

En los hospitales de tipo general el volumen de procedimientos mayores ambulatorios (PMA) efectuados fue mayor a nivel de los hospitales nacionales con 58.249 procedimientos, en tanto, los hospitales regionales y periféricos 3 realizaron 27.235 y 5.145 respectivamente. Lo anterior es resultado de una mayor oferta tanto de recurso humano como tecnológico en los hospitales nacionales para efectuar procedimientos respecto a los demás hospitales generales e incluso especializados.

En los hospitales especializados (Nacional de Niños, Blanco Cervantes y Nacionales de las Mujeres), se realizaron 4.616 procedimientos (gráfico 13).

Gráfico 13

CCSS: Volumen de Procedimientos Mayores Ambulatorios, según nivel de complejidad.



Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

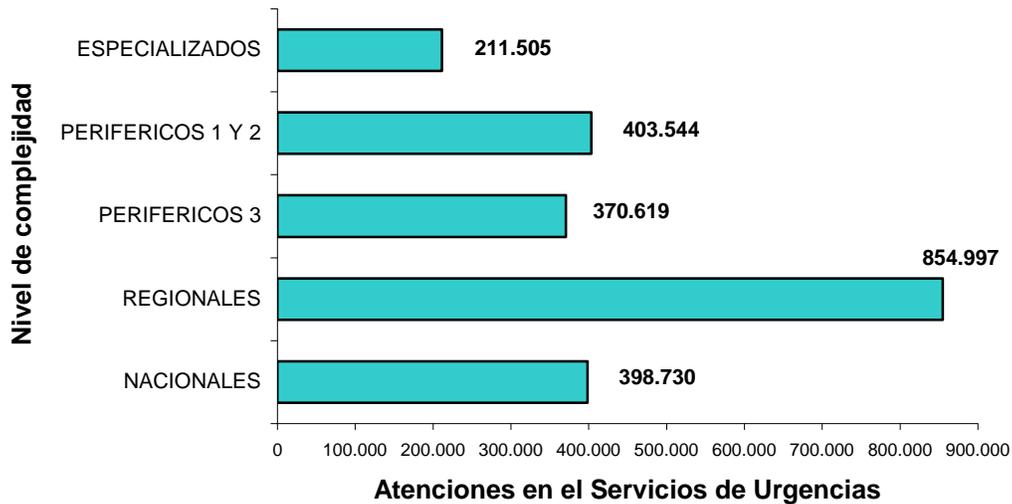
#### 4.3.5 Urgencias

A nivel de los hospitales generales se recibieron 2,027.890 atenciones en los servicios de Urgencias, de las cuales se realizaron 854.997 en los hospitales regionales, seguido de 403.544 y 398.730 atenciones en los centros periféricos 1-2 y los nacionales respectivamente. En los hospitales especializados se recibieron 211.505 atenciones de urgencia (gráfico 14).

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004

Gráfico 14

CCSS: Volumen de atenciones en el Servicio de Urgencias según nivel de complejidad.



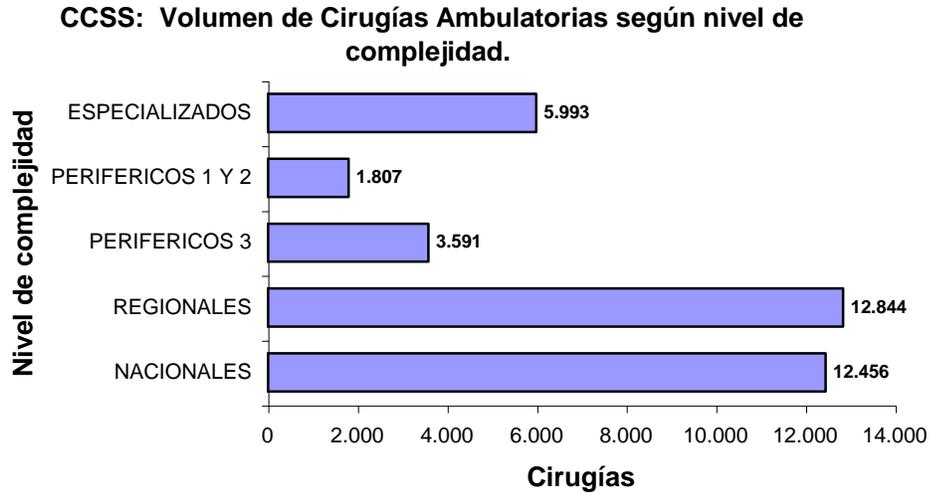
Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

#### 4.3.6 Cirugía Ambulatoria

Se efectuaron 36.691 cirugías en la modalidad ambulatoria, y la mayor cantidad de ellas se realizó en los hospitales regionales logrando 12.844 cirugías (35%), seguido de los hospitales nacionales con 12.456 cirugías (34%), en tanto, los hospitales especializados realizaron 5.993 cirugías (16,3%), (gráfico 15).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Gráfico 15**



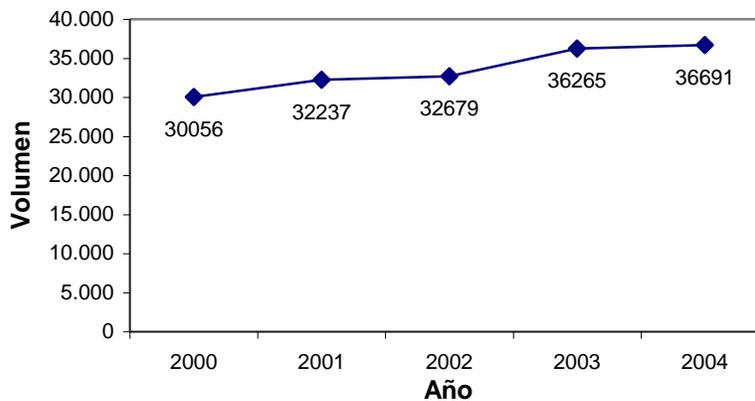
Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

El servicio de cirugía ambulatoria en el período 2000-2004 evidencia un incremento progresivo, reflejo de la política institucional que se ha venido impulsando; es así como el incremento en el período es de 22%, un total de 30.056 egresos en el año 2000 comprado con un total de 36.691 egresos en el año 2004 (gráfico 16).

**Gráfico 16**

**CCSS: Volumen de egresos producidos en el servicio de Cirugía Ambulatoria en todos los hospitales.**

*(Estándares 2004)*



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

Para el año 2004 en todos los hospitales generales se practicaron el 83,7% de todas las cirugías ambulatorias, en tanto los centros especializados realizaron el 16,3% .

#### **4.4 Otros indicadores**

Para el año 2004, los indicadores de *Diabetes Mellitus y calidad de la atención de la atención de la Hipertensión arterial: LDL colesterol*, se orientan hacia la calidad de la atención de los pacientes en consulta externa mediante la obtención de resultados en los niveles de hemoglobina glicosilada y LDL colesterol según factores de riesgo. Los indicadores de *Infarto agudo de miocardio: oportunidad en la aplicación de terapia trombolítica y Red de servicios de salud en su componente Cáncer de cervix: oportunidad de abordaje*, se incorporan por primera vez en el año 2004.

##### **4.4.1 Diabetes Mellitus: calidad de la atención**

Para este análisis la muestra contempló pacientes atendidos en consulta externa de medicina interna y endocrinología. Se toma como meta el valor de hemoglobina glicosilada óptimo menor o igual a 7%. Considerando los casos de las unidades que utilizan diferentes rangos de referencia de laboratorio (hospitales: La Anexión, Los Chiles, Upala y Blanco Cervantes) y bajo esta condición, se encuentra que el 42% de la muestra de la población diabética que es atendida a nivel hospitalario logra el nivel meta. Los hospitales regionales, periféricos 2 y 3 son los que muestran un menor porcentaje de pacientes que obtienen esta meta (cuadro 24)

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 24**

**CCSS: Porcentaje de diabéticos con hemoglobina glicosilada meta, según nivel de complejidad.**

Nivel de Complejidad	Hemoglobina glicosilada meta (HbA <sub>1c</sub> )	
	Total de la muestra	%
Nacionales	180	52
Regionales	421	34
Periféricos 1	230	60
Periféricos 2	180	24
Periféricos 3	300	37
Especializados	120	55
<b>Total</b>	<b>1431</b>	<b>42</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

En lo que se refiere a la atención de personas diabéticas en los hospitales, se evidencia que al 59% de ellos se les realizó el fondo de ojo y al 57% el electrocardiograma anual. Los porcentajes más bajos se encuentran en los hospitales nacionales y especializados (cuadro 25).

**Cuadro 25**

**CCSS: Porcentaje de diabéticos a los que se le realizó fondo de ojo y electrocardiograma, según nivel de complejidad.**

Nivel de Complejidad	Total de la muestra	Fondo de ojo	EKG anual
Nacionales	180	48	53
Regionales	421	61	52
Periféricos 1	230	55	57
Periféricos 2	180	69	73
Periféricos 3	300	76	71
Especializados	120	20	23
<b>Total de casos</b>	<b>1431</b>	<b>59</b>	<b>57</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**4.4.2 Hipertensión arterial: LDL colesterol**

De la muestra revisada, el 48% de los hipertensos presenta un solo factor de riesgo; el 14% presenta dos ó más factores de riesgo y el 38% de ellos tenían enfermedad coronaria ó su equivalente (cuadro 26).

**Cuadro 26**

**CCSS: Porcentaje de hipertensos según número de factores de riesgo por nivel de complejidad.**

Nivel de complejidad	Total de la muestra	Factores de riesgo		
		Uno	Dos ó más	Enf. Coronaria ó equivalente
Nacionales	182	49	21	30
Regionales	422	51	12	37
Periféricos 1	238	50	7	43
Periféricos 2	180	44	11	46
Periféricos 3	300	44	22	34
Especializados	61	41	16	43
<b>Total</b>	<b>1383</b>	<b>48</b>	<b>14</b>	<b>38</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión, 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Del grupo sin otros factores de riesgo el 85% logra el LDL meta ( $\leq 160$ ), mientras que lo logra el 61% de aquellos con dos ó más factores de riesgo ( $LDL \leq 130$ ) y el 43% de los que tienen enfermedad coronaria ó su equivalente ( $LDL \leq 100$ ).

En total un 64% de las personas se mantienen con colesterol LDL meta de acuerdo a su riesgo, al analizarlo por nivel de complejidad hospitalaria el porcentaje que alcanza el LDL meta permanece por arriba del 50% en todos los hospitales. Es importante mencionar que el 25% de la muestra no tiene reportado el valor de LDL en el expediente, por lo que la cantidad de hipertensos en este rubro es menor (cuadro 27).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Cuadro 27**

**CCSS: Porcentaje de hipertensos con LDL meta según nivel de complejidad.**

<b>Nivel de Complejidad</b>	<b>Total de la muestra</b>	<b>LDL meta %</b>
Nacionales	134	68
Regionales	286	65
Periféricos 1	219	74
Periféricos 2	141	56
Periféricos 3	210	58
Especializados	46	54
<b>Total de casos</b>	<b>1036</b>	<b>64</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### **4.4.3 Infarto agudo del miocardio: oportunidad en la aplicación de terapia trombolítica**

Se encontró que al 80% de los pacientes de la muestra, se les indicó y aplicó terapia trombolítica. En los hospitales nacionales, al 18% le fue indicada esta terapia, en contraste con un 45% en los hospitales regionales. Esto probablemente se debe a que en los centros nacionales se utilizan otras terapias como la angioplastia, que no se implementa en los otros niveles, considerando además que existe un grupo de pacientes que son referidos de los hospitales regionales y periféricos hacia los nacionales previa aplicación de la terapia. Para efectos de este análisis, los hospitales periféricos se agrupan debido a la poca cantidad de casos en los tipo 1 y 2 (cuadro 28).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 28**

**CCSS: Porcentaje de pacientes con aplicación de terapia trombolítica según nivel de complejidad.**

<b>Nivel de complejidad</b>	<b>Total de la muestra</b>	<b>Aplicación de terapia trombolítica</b>
Nacionales	59	18
Regionales	200	45
Periféricos	72	78
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>80</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección Compra de Servicios de Salud.

Cuando se analiza la hora de llegada al hospital, se tiene que en la mayor parte de los casos se aplica la terapia en la primera hora (64%), sin embargo hay casos en los que se les aplicó el tratamiento incluso luego de las 3 horas de llegada al centro hospitalario (14%), (cuadro 29).

**Cuadro 29**

**CCSS: Porcentaje de pacientes con aplicación de terapia trombolítica según tiempo transcurrido desde su ingreso al hospital, por nivel de complejidad.**

<b>Nivel de complejidad</b>	<b>Pacientes con aplicación de terapia trombolítica</b>	<b>Tiempo transcurrido desde su ingreso hasta la aplicación de la terapia</b>			
		<b>≤ 1 hora</b>	<b>1-2 horas</b>	<b>2-3 horas</b>	<b>&gt;3 horas</b>
Nacionales	58	72	16	2	10
Regionales	150	65	16	4	15
Periféricos	56	54	20	13	14
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>64</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>14</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección Compra de Servicios de Salud.

En los casos en que se aplica la terapia trombolítica después de la primera hora de llegada al hospital, se analiza el tiempo de aplicación luego de la elevación del segmento

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

ST en el electrocardiograma, encontrando que al 57% el tratamiento les fue aplicado durante la primera hora (cuadro 30).

**Cuadro 30**

**CCSS: Porcentaje de pacientes con aplicación de terapia trombolítica durante la primera hora posterior a la elevación del ST, por nivel de complejidad.**

Nivel de complejidad	Total de la muestra	≤ 1 hora
Nacionales	16	63
Regionales	53	58
Periféricos	26	50
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>57</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección Compra de Servicios de Salud.

#### **4.4.4 Cáncer de cervix: oportunidad de abordaje**

En lo que se refiere a la detección precoz del cáncer de cervix, se realiza un muestreo de expedientes de pacientes referidas del I y II nivel de atención a los hospitales. De un total de 1170 expedientes revisados, se excluyen 222 que tenían datos incompletos y 19 con inconsistencias, lo que representa el 20,5% de los casos.

Se analizan únicamente 929 citologías alteradas, de las cuáles, 636 (68%) reportan LIE bajo grado, 285 (31%) LIE alto grado y 8 (1%) Cáncer invasor (cuadro 31). La mayor proporción de pacientes corresponden a los hospitales regionales y periféricos 3 (376 y 198 respectivamente), es importante recalcar que en los hospitales nacionales, se encontró subregistro de información principalmente en uno de ellos.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 31**

**CCSS: Porcentaje de mujeres con reporte de citología alterada, según tipo de lesión por nivel de complejidad.**

Nivel de Complejidad	Total de la muestra	Tipo de lesión		
		LIE bajo grado	LIE alto grado	Ca. invasor
Nacionales	91	6	3	0
Regionales	376	26	14	1
Periféricos 1	102	9	2	0
Periféricos 2	106	9	2	0
Periféricos 3	198	15	6	0
Especializados	56	3	3	0
<b>Total de casos</b>	<b>929</b>	<b>68</b>	<b>31</b>	<b>1</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión, 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Al analizarlo según tiempo de abordaje, se considera el tiempo transcurrido desde la entrega de la referencia a la paciente en el Área de Salud respectiva, hasta el momento de atención de la misma en el servicio de ginecología y/o ejecución de la colposcopia. Se encuentra que se brindó atención oportuna en el 72% de los casos. Por nivel de complejidad hospitalaria, los centros regionales y periféricos 1 presentan la mayor proporción de mujeres que recibió la atención en forma oportuna (cuadro 31).

En cuanto al tipo de lesión, se brindó atención según lo estipulado en la norma al 71% de las mujeres con reporte citológico de LIE bajo grado ( $\leq 60$  días), al 74% con LIE alto grado ( $\leq 30$  días) y de ocho casos con Cáncer invasor, cuatro no recibieron la atención según lo estipulado en la norma ( $\leq 8$  días), tres de los cuáles pertenecen a hospitales regionales y uno a hospital periférico 2, con tiempos de demora de 10 y 13 días en dos de los casos y de 51 y 93 días en los otros dos que corresponden al Hospital Monseñor Sanabria (cuadro 32).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**Cuadro 32**

**CCSS: Porcentaje de mujeres con reporte de citología alterada  
que recibieron atención oportuna según  
nivel de complejidad.**

Nivel de Complejidad	Total de la muestra	Atención oportuna
Nacionales	91	70
Regionales	376	76
Periféricos 1	102	79
Periféricos 2	106	68
Periféricos 3	198	66
Especializados	56	64
<b>Total de casos</b>	<b>929</b>	<b>72</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión, 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### **4.5 Cumplimiento de las certificaciones**

En los hospitales especializados el promedio general obtenido en las certificaciones fue de 95%, seguido de los hospitales periféricos 3 con un 88.8% y posteriormente los centros hospitalarios regionales con un 83.6%. Los hospitales nacionales y los periféricos 1 y 2 obtuvieron 79.4% y 79.5% respectivamente.

En cuanto a las certificaciones según tipo, a nivel nacional el promedio logrado más bajo fue la certificación de enfermedades transmisibles con un 71.3%.

#### **4.6 Listas de espera**

En este apartado se recolecta información sobre las especialidades que presentan listas de espera de más de 90 días en las diferentes unidades y se analizan en intervalos de igual duración hasta la máxima demora, de la siguiente manera:

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**4.6.1 Consulta Externa**

Las especialidades con listas de espera que más se presentan en los hospitales del país son ortopedia, oftalmología y dermatología.

A nivel de hospitales nacionales, las especialidades con listas de espera en orden de frecuencia son ortopedia, oftalmología y reumatología. El tiempo de espera es mayor en oftalmología y ortopedia del Hospital Calderón Guardia y cardiología del Hospital México (180 a 279 días); mientras que en urología, vascular periférico y cirugía general del Hospital San Juan de Dios, este tiempo es de más de 360 días, al igual que en oftalmología del Hospital México (cuadro 33).

**Cuadro 33**

**CCSS: Especialidades con listas de espera según número de días en los hospitales nacionales.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
H. Calderón Guardia	Gastroenterología	Oftalmología Ortopedia	NA	NA
H. San Juan de Dios	Ortopedia Cirugía General 2 Reumatología Ortodoncia	NA	NA	Urología V. Periférico Cirugía General 1
H. México	Reumatología Endocrinología C. Reconstructiva Ortopedia Maxilo Facial Psicología	Cardiología	NA	Oftalmología

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

A nivel de hospitales regionales, las especialidades con listas de espera en orden de frecuencia son: ortopedia, dermatología, ORL y oftalmología. La primera y la última se encuentran dentro de las que tienen más tiempo de espera. Se debe aclarar que no se

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

incluye el Hospital San Rafael de Alajuela, debido a que el servicio de consulta externa especializada se brinda en la Clínica Dr. Marcial Rodríguez (cuadro 34).

**Cuadro 34**

**CCSS: Especialidades con listas de espera según número de días en los hospitales regionales.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Monseñor Sanabria	Oncología Cirugía	Oftalmología	Fisiatría	Ortopedia Dermatología Neurología Gastroenterología
Tony Facio	ORL Medicina Interna Dermatología Ginecología	Urología Cardiología	Ortopedia Oftalmología Neurología	NA
San Vicente de Paul	Medicina Interna, ORL Cardiología	NA	NA	NA
San Carlos	Gastroenterología ORL Ortopedia.	NA	Dermatología	Oftalmología
Enrique Baltodano	Cirugía Pediátrica Medicina Interna Pediatria Psiquiatria	Cardiología Cirugía General Dermatología	Ginecología	Neurocirugía Ortopedia
Escalante Pradilla	NA	V. Periférico	Cirugía General Gastroenterología Dermatología	Ortopedia Urología Oftalmología ORL Neurología Cardiología
Max Peralta	Neumología Gastroenterología Dermatología ORL V. Periférico	Ortopedia	NA	Oftalmología

NA: no aplica.

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

Con respecto a los hospitales periféricos, la consulta externa también presenta demora en varias de las especialidades, en el caso de ortopedia este tiempo se extiende de 180 a 269 días en los hospitales San Francisco de Asís y de Guápiles e incluso es mayor para la consulta oftalmológica del Hospital de Ciudad Neilly (270 a 359 días). En el cuadro 35 se muestran las especialidades con listas de espera en los hospitales periféricos.

**Cuadro 35**

**CCSS: Especialidades con listas de espera según número de días en los hospitales periféricos.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Los Chiles	Ginecología	NA	NA	NA
Ciudad Nelly	Ortopedia	NA	Oftalmología	NA
San Francisco de Asís	Ginecología	Ortopedia	NA	NA
La Anexión.	Urología	NA	NA	NA
Guápiles	Cirugía General Psiquiatría Ginecología	Ortopedia	NA	NA

na: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### **4.6.2 Consulta externa en red de servicios**

En lo referente a la espera para consulta externa especializada en red en los hospitales nacionales tenemos que el tiempo es variable para cada uno de los hospitales y las otras unidades de referencia. Para el Hospital Calderón Guardia, las dos especialidades que presentan mayor tiempo de espera son ortopedia y oftalmología, para el Hospital San Juan de Dios, urología y oftalmología, mientras que para el Hospital México son oftalmología, ortopedia y dermatología en algunas de las unidades referidoras. Los datos se muestran en los cuadros 36,37 y 38.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 36**

**CCSS: Especialidades con listas de espera en la red de servicios del Hospital Calderón Guardia, por hospital y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Calderón Guardia	Gastroenterología	Ortopedia Oftalmología	NA	NA
Max Peralta	Gastroenterología Dermatología ORL Neumología V. Periférico	Ortopedia	NA	Oftalmología
Tony Facio	Dermatología ORL Ginecología Medicina Interna	Urología Cardiología	Ortopedia Oftalmología Neurología	NA
Guápiles	Ginecología Cirugía General Psiquiatría	Ortopedia	NA	NA

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**Cuadro 37**

**CCSS: Especialidades con listas de espera en la red de servicios del Hospital San Juan de Dios, por hospital y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
San Juan de Dios	Cirugía General 2 Ortopedia Reumatología Ortodoncia	NA	NA	Urología V. Periférico Cirugía General 1
Escalante Pradilla	NA	V. Periférico	Cirugía General Gastroenterología Dermatología	Ortopedia Urología Oftalmología ORL Neurología Cardiología
Ciudad Nelly	Ortopedia	NA	Oftalmología	NA

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 38**

**CCSS: Especialidades con listas de espera en la red de servicios del Hospital México, por hospital y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
México	Ortopedia Reumatología Endocrinología Reconstructiva Maxilo Facial Psicología	Cardiología	NA	Oftalmología
Monseñor Sanabria	Oncología Cirugía	Oftalmología	Fisiatría	Ortopedia Neurología Gastroenterología
San Carlos	Ortopedia ORL	NA	Dermatología	Oftalmología
Los Chiles	Ginecología	NA	NA	NA
Enrique Baltodano	Medicina Interna Cirugía Pediátrica Pediatria Psiquiatria	Cardiología Cirugía General Dermatología	Ginecología	Ortopedia Neurocirugía
La Anexión	Urología	NA	NA	NA
San Rafael de Alajuela	NA	NA	NA	NA
San Francisco de Asís	Ginecología	Ortopedia	NA	NA
San Vicente de Paúl	Cardiología, Medicina Interna ORL.	NA	NA	NA

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**4.6.3 Cirugía electiva**

Las cinco especialidades que presentan listas de espera para cirugía electiva en la mayor parte de las unidades son: ortopedia, ORL, cirugía general, urología y vascular periférico.

La especialidad de ortopedia presenta demora en todos los hospitales nacionales, aunque hay otras especialidades que también sobrepasan el tiempo máximo de espera para la atención propuesto por la institución (90 días), tal como se muestra en el cuadro 39.

**Cuadro 39**

**CCSS: Especialidades con listas de espera en cirugía electiva por hospital nacional y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Calderón Guardia	Ginecología	Oftalmología Ortopedia ORL	Neurocirugía	Oncología Cardiovascular
San Juan de Dios	Cirugía General 1 Oftalmología	Urología Maxilo facial	NA	Ortopedia
México	NA	Cirugía General 1 Cirugía General 2 Neurocirugía Urología Cirugía de Tórax	NA	V. Periférico Ortopedia

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Al analizar este rubro en los hospitales regionales, se encuentra que cirugía general y ORL son las que con más frecuencia presentan listas de espera.

La especialidad de cirugía pediátrica no tiene lista de espera en el Hospital San Vicente Paúl, en tanto en algunos de los hospitales que también brindan este servicio, hay demora de más de 90 días.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

En otras especialidades, el tiempo es incluso mayor de 360 días (urología, ginecología, vascular periférico, cirugía general, ORL) dependiendo de cada unidad (cuadro 40).

**Cuadro 40**

**CCSS: Especialidades con listas de espera en cirugía electiva por hospital regional y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
San Rafael de Alajuela	V. periférico	Cirugía general	NA	Urología
Tony Facio	Cirugía General Ortopedia ORL Oftalmología Urología Cirugía pediátrica Maxilo facial	Ginecología	NA	V. periférico
San Vicente de Paul	NA	NA	Ortopedia ORL	Cirugía general
San Carlos	Cirugía general Oftalmología Cirugía pediátrica	NA	ORL	V. periférico
Enrique Baltodano	Ginecología	NA	NA	NA
Escalante Pradilla	Cirugía general	Urología	Ortopedia	Ginecología ORL
Max Peralta	Cirugía general Cirugía pediátrica Cirugía oncológica	Ortopedia	NA	ORL

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

A nivel de hospitales periféricos, la mayor demora en cirugía electiva se presenta en la especialidad de ortopedia del Hospital San Francisco de Asís, aunque en todos los casos, el tiempo está a más de 90 días (cuadro 41).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 41**

**CCSS: Especialidades con listas de espera en cirugía electiva por hospital periférico y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
San Francisco de Asís	NA	ORL	NA	Ortopedia
Carlos Luis Valverde Vega	Ortopedia ORL Oftalmología V. Periférico	NA	NA	NA
Guápiles	Ginecología	NA	NA	NA

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

En los hospitales especializados la cirugía electiva muestra tiempos de espera de más de los 90 días y sobre todo es considerable en el Hospital Nacional de Niños con demoras de más de 360 días en cuatro de siete especialidades (cuadro 42).

**Cuadro 42**

**CCSS: Especialidades con listas de espera en cirugía electiva por hospital especializado y número de días**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Nacional de Niños	Cirugía general	NA	ORL Labio y Paladar Hendido	Odontología C. Reconstructiva Urología Ortopedia
CENARE	Ortopedia*	NA	NA	NA

na: no aplica \*

Cirugía de columna Reemplazo de cadera y Reemplazo de rodilla

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**4.6.4 Procedimientos**

Los procedimientos con listas de espera en la mayoría de los hospitales del país son: ultrasonido general, gastroscopía, ecocardiograma y prueba de esfuerzo.

A nivel de hospitales nacionales el electrocardiograma, ultrasonido general, gammagrafía y TAC se muestran en orden de frecuencia, cabe resaltar que el tiempo de espera para realización de TAC en el Hospital México es de más de 360 días, así como la artroscopia en el Hospital San Juan de Dios (cuadro 43).

**Cuadro 43**

**CCSS: Procedimientos con listas de espera por hospital nacional y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Calderón Guardia	TAC US general EKG	VCN-PE EEG Gammagrafía	Pb. esfuerzo Ecocardiograma	NA
San Juan de Dios	EKG US general Colposcopía	US duplex	Gammagrafía Neurofisiología	Artroscopia
México	Cistoscopia	NA	NA	TAC

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

En los niveles regionales y periféricos, debe considerarse que aunque en cada unidad la oferta de procedimientos es variable la demora es de más de 90 días en varios de éstos e incluso en algunos casos se triplica este tiempo.

Los procedimientos con listas de espera que más se presentan en las unidades regionales son ultrasonido general, gastroscopía, ecocardiograma y prueba de esfuerzo; y a nivel periférico, el ultrasonido general y la gastroscopía. (cuadros 44 y 45).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 44**

**CCSS: Procedimientos con listas de espera por hospital regional  
y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Monseñor Sanabria	NA	NA	Gastroscopía EMG	NA
San Rafael de Alajuela	NA	NA	US general	NA
Tony Facio	Gastroscopía PIV	NA	US general	NA
San Carlos	Gastroscopía US general	US ginecológico US obstétrico Pb. Esfuerzo Ecocardiograma	NA	NA
Enrique Baltodano	Pb. esfuerzo	NA	EEG Pb. Esfuerzo EKG	Audiometría Gastroscopía
Escalante Pradilla	NA	NA	EEG Pb. Esfuerzo EKG	Audiometría Gastroscopía
Max Peralta	NA	US general	NA	NA

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 45**

**CCSS: Procedimientos con listas de espera por hospital periférico y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Los Chiles	US Ginecológico	NA	NA	NA
Ciudad Neilly	Gastroscofía	Colonoscopia	Cistoscofía	na
Carlos Luis Valverde Vega	Na	US general	NA	NA
La Anexión	Gastroscofías	NA	NA	NA
Guápiles	ECO	US		

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

De los hospitales especializados el Nacional de Niños realiza ecocardiogramas con demoras de hasta más de 180 días mientras que en el Hospital Blanco Cervantes la rectoscopia y gastroscofía presentan tiempos de espera de 90 a 179 días (cuadro 46).

**Cuadro 46**

**CCSS: Procedimientos con listas de espera por hospital especializado y número de días.**

Hospital	Días de espera			
	90-179	180-269	270-359	≥ 360
Nacional de Niños	US	ECO	na	na
Raúl Blanco Cervantes	Gastroscofía Rectoscopia	na	na	na

NA: no aplica

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

#### 4.7 Índice operatorio

##### 4.7.1 Sección de Cirugía vía de ingreso de consulta externa

Respecto a los hospitales generales según el nivel de complejidad la mayor proporción de egresos con intervención quirúrgica se registró en los centros periféricos tipo 3 con un 80,96% (2.270 pacientes). En los hospitales nacionales se efectuaron 12.516 cirugías, lo que representó un índice operatorio (IO) del 75,51%. En tanto en los centros especializados (Hospital Nacional de Niños y CENARE) se realizaron en total 3.963 cirugías, para un IO del 89,26%. (cuadro 47)

##### 4.7.2 Sección de Ginecología vía de ingreso de consulta externa

En los hospitales generales se intervinieron quirúrgicamente 10.783 pacientes. El mayor índice operatorio corresponde a los centros periféricos tipo 1 y 2 con un 86,75%, lo que representa 1.310 pacientes. En los hospitales nacionales se realizaron 4.481 cirugías lográndose un IO del 76,34% y en el Hospital de las Mujeres se efectuaron 653 intervenciones quirúrgicas con un IO del 79,44% (cuadro 47).

**Cuadro 47**

**CCSS: Total de egresos, egresos operados e índice operatorio en la sección de Cirugía y Ginecología, vía de ingreso de Consulta Externa, según nivel de complejidad.**

Hospitales	Cirugía			Ginecología		
	Egresos	Operados	IO (%)	Egresos	Operados	IO (%)
Nacionales	16576	12516	<b>75,51</b>	5870	4481	<b>76,34</b>
Regionales	9369	6551	<b>69,92</b>	5365	3706	<b>69,08</b>
Periféricos 1 y 2	2163	1592	<b>73,6</b>	1510	1310	<b>86,75</b>
Periféricos 3	2804	2270	<b>80,96</b>	1889	1286	<b>68,08</b>
Especializados	4440	3963	<b>89,26</b>	822	653	<b>79,44</b>
<b>Total</b>	<b>35352</b>	<b>26892</b>	<b>76,07</b>	<b>15456</b>	<b>11436</b>	<b>73,99</b>

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

#### **4.7.3 Cirugía ambulatoria**

En los hospitales generales, el mayor índice operatorio se obtuvo en los centros periféricos tipo 3 y especializados, mientras que el menor en los nacionales. En general para el año 2004, el 8,7% de los pacientes que ingresaron para cirugía ambulatoria no fueron intervenidos quirúrgicamente.

#### **4.7.4 Estancia preoperatoria**

La estancia preoperatoria promedio (EPP) se analiza según el tipo de servicio evaluado.

En los hospitales regionales y periféricos se encontró que el 62% y 57% respectivamente, lograron alcanzar la estancia preoperatoria promedio pactada para el servicio de Cirugía. En el caso del servicio de Ginecología únicamente el 25% de los establecimientos regionales lograron la meta, y el 100% de los hospitales periféricos.

La estancia preoperatoria promedio negociada en Ginecología, fue de 24 horas o menos en estos establecimientos y en cirugía se negoció el mismo tiempo en la mitad de las unidades; en el resto de hospitales de este nivel la cifra pactada promedio fue de 1.7 días

En los hospitales nacionales se negoció una estancia preoperatoria promedio por especialidad quirúrgica según el comportamiento histórico del servicio de cirugía; cuyo promedio por nivel fue de 3.04 días, sin embargo; sólo el 20% de las especialidades alcanzaron la meta pactada.

Los tres hospitales especializados lograron la meta pactada.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**4.8.1 Estancia preoperatorio promedio según el Servicio:**

**4.8.1.2 Servicio de Cirugía**

Las menores estancias preoperatorias promedio se encontraron en el Hospital Calderón Guardia (3.67 días) del nivel nacional y en el Hospital de San Carlos (0.90 días) del nivel regional.

En el primer grupo, además, el Hospital San Juan de Dios tuvo la EPP más elevada (6.02 días), comportamiento que ha variado poco desde el año 2003, cuando logró 6.53 días. Entre los hospitales regionales, las mayores EPP se encontraron en el hospital San Rafael de Alajuela (2.98 días) y el Hospital Enrique Baltodano Briceño (2.93 días).

El cuadro 48 muestra las EPP para algunas de las especialidades de cirugía en los hospitales nacionales. Como se observa, con excepción de cirugía reconstructiva, el rango en el grupo es amplio, lo que favorece el supuesto de una heterogeneidad significativa entre los establecimientos.

**Cuadro 48  
CCSS: Estancias preoperatorias promedio según especialidad quirúrgica por hospital**

Especialidad quirúrgica	Hospital		
	Calderón Guardia	San Juan de Dios	México
Cirugía de Tórax	3.77 días	7.91 días <sup>a</sup>	9.60 días
Cirugía Reconstructiva	2.99 días	2.47 días	3.20 días
Neurocirugía	3.01 días	5.84 días	2.20 días
Ortopedia	5.23 días	6.66 días	7.40 días

<sup>a</sup> Promedia Cirugía Cardíaca (EEP= 9 días) y Cirugía de Tórax no Cardíaca (EEP= 9 días).  
Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**4.8.1.3 Servicio de Ginecología**

El Hospital México logró la menor EPP de los establecimientos nacionales, 0.60 días; y, entre los regionales, fue el Hospital Tony Facio, con 0.65 días. En contraste, el Hospital especializado de las Mujeres (Maternidad Carit) logró 0.87 días en su EPP.

El Hospital San Juan de Dios presentó la mayor EPP para la especialidad entre los nacionales (1.62 días). Los hospitales de San Carlos y Enrique Baltodano, resaltaron en el grupo de los regionales, con EPP de 2.10 días y 3.50 días, respectivamente.

**4.8.1.4 Servicio de Cirugía Pediátrica**

Solamente los hospitales regionales Tony Facio, San Vicente de Paúl y de San Carlos incluyeron esta especialidad en su tabla de producción. La EPP para el grupo fue de 0.73 días, similar a la EPP del Hospital Nacional de Niños (0.75 días), y su rango fue de 0.50 días. Ambos hallazgos sugieren que los procesos de atención en estos establecimientos comparten características comunes.

**4.9 Gestión de sala de operaciones**

**4.9.1 Tiempo de utilización de quirófanos**

La institución no dispone de un sistema de información uniforme para contabilizar el tiempo de uso de los quirófanos, no obstante, la Dirección de Compra de Servicios de Salud utilizó una metodología para recolectar la información necesaria. En el primer turno, de las ocho horas hábiles disponibles por día en cada sala de operaciones, se tiene establecido como meta una utilización de cinco horas.

De los resultados obtenidos a nivel nacional el 16% de los 27 hospitales que realizan procedimientos quirúrgicos poseen un tiempo promedio de utilización de quirófanos de 5 o más horas (hospitales: Nacional de Niños, Enrique Baltodano, Ciudad Neilly y Los Chiles). Con menos de 4 horas se encuentran los hospitales Max Peralta, Escalante Pradilla,

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

Monseñor Sanabria, San Francisco de Asís, Upala, La Anexión, William Allem y CENARE. Los demás centros hospitalarios se encuentran entre 4 y 5 horas.

#### **4.9.2 Cirugías programadas suspendidas en sala de operaciones**

En el nivel nacional del total de cirugías programadas en todos los servicios quirúrgicos de hospitalización, se suspendió por diversas causas aproximadamente un 11.5% (6513), del cual el 19% corresponde al servicio de ginecología y el 81% a la sección de cirugía.

Del total de las cirugías suspendidas en que se logró recolectar información de las causas de suspensión se estableció que el 45.2% (2945) fue por condición de los pacientes, 24.2% (1575) por problemas de programación en sala de operaciones, 18.7% (1221) por problemas originados de la falta de materiales y equipo y por escasez de personal un 11.9% (772).

Se logró sustituir el 12.8% de las cirugías suspendidas, se destacan los hospitales especializados y los periféricos 1 y 2, en los que la proporción de cirugías sustituidas respecto a las suspendidas se efectuó en un 39% y un 32% respectivamente.

#### **4.10 Reingresos**

En los hospitales generales los servicios que presentaron una mayor proporción de reingresos estadísticos respecto a la totalidad de sus egresos a nivel nacional fueron obstetricia con un 9.0% y medicina con un 8.9%, para un total de 7437 y 4355 reingresos respectivamente; además cirugía presentó 4966 reingresos, lo que representa el 7,6% de los egresos. Los servicios que menos reingresos registraron son pediatría (1191) y ginecología (1918).

Por otra parte a nivel de cada servicio el personal médico efectúa un análisis para determinar aquellos reingresos que pudieron ser evitados debido a situaciones que obedecen a la gestión del centro o al manejo de los pacientes por parte del personal de salud, denominándose reingresos reales. La proporción de reingresos reales respecto al

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

total de reingresos reportados por las unidades a nivel nacional en los hospitales generales es mayor en los servicios de ginecología y pediatría con un 23%, seguido de obstetricia con un 20%.

#### **4.11 Mortalidad**

##### **4.11.1 Mortalidad Materno Infantil**

A nivel nacional se reportaron 437 muertes fetales tardías, de las cuales el 97,3% fueron analizadas por los centros hospitalarios; la mayoría de los eventos no analizados ocurrieron en dos de los hospitales regionales; además, se reportaron 586 muertes infantiles y 25 muertes maternas, de las primeras se analizó aproximadamente el 80% y de las segundas, 24 fueron analizadas.

##### **4.11.2 Mortalidad General**

En los hospitales nacionales, regionales y especializados (Hospital Nacional de Niños) se reportaron en total 5582 muertes, de las cuales al 15,1% se le realizó autopsia, presentándose la mayor proporción de autopsias respecto a la totalidad de decesos en el Hospital Nacional de Niños (24%), seguido de los hospitales nacionales con un 18,8 % y posteriormente los hospitales regionales con un 8,1%.

Se notifican 694 muertes en los primeros 10 días posoperatorios, de ellas el 62,8% en los hospitales nacionales, el 19,6% en los centros hospitalarios regionales y el 14,3% en los hospitales especializados (Hospital Nacional de Niños).

## **5. AREA ECONOMICA**

### **5.1 Gestión económica financiera de Hospitales y Áreas de Salud**

Para la evaluación de la gestión económica de las unidades en el año 2004, se toman en cuenta dos aspectos: la evaluación de los resultados arrojados por la ejecución

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

presupuestaria del período y los resultados obtenidos en los indicadores económicos financieros del Compromiso de Gestión.

### **5.1.1 Análisis del gasto**

En el año 2004 se gastó un total de ₡340.436.626.850, de los cuales un 71.9% correspondió a hospitales y un 28.1% a Áreas de Salud<sup>5</sup>. La ejecución total fue de un 94.5%, siendo menor la de Áreas de Salud, con un 91.35% frente a un 95.8% de los hospitales. Esta menor ejecución de las Áreas de Salud hizo que la proporción de su gasto respecto al total, estuviera un punto por debajo de la proporción asignada a estas unidades (28.1% vrs 29.1%), manteniéndose la misma proporción del 2003. Estos datos se muestran en el gráfico 17.

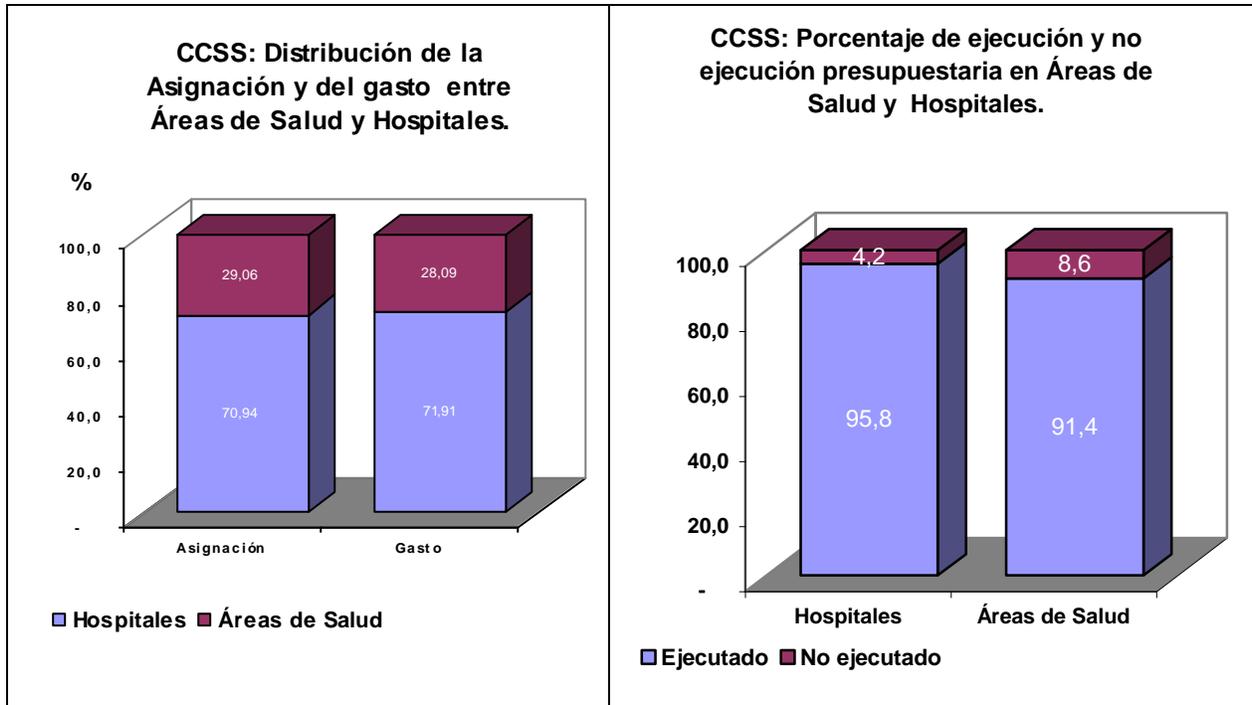
El crecimiento del gasto total con respecto al del año 2003, fue de 11%, crecimiento inferior al de los precios de la seguridad social, medidos mediante el IPISSS, el cual según cifras preliminares alcanzó un 12%.

---

<sup>5</sup> Incluye áreas de gestión externa (cooperativas, UCR, ASEMECO) y Áreas con segundo nivel de atención.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Gráfico 17**

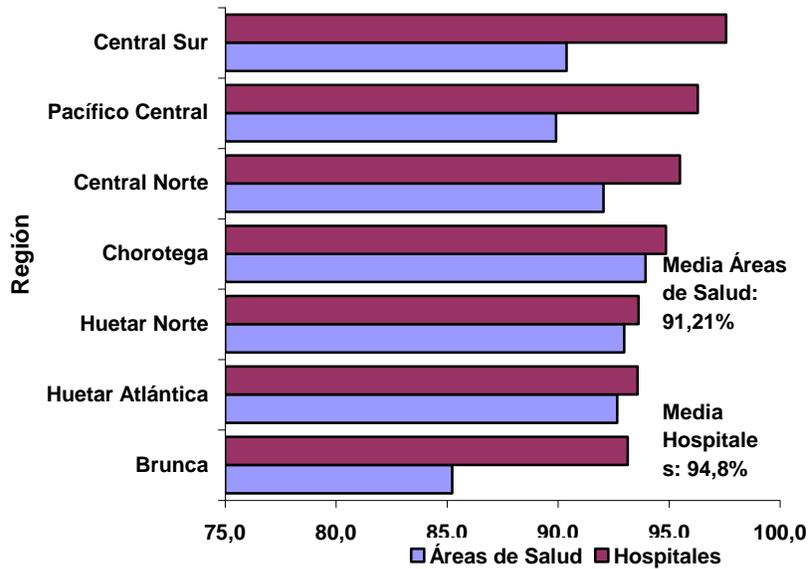


Fuente: Dirección de Presupuesto año 2004.

El porcentaje de ejecución presupuestaria es un indicador de la eficiencia con que las unidades ejecutan el presupuesto. El gráfico 18 muestra los porcentajes de ejecución de Áreas de Salud y de Hospitales, por región programática, y los compara con el promedio nacional. Llama particularmente la atención la baja ejecución presupuestaria de las Áreas de Salud de la Región Brunca; siendo la región con mayor nivel de pobreza en el país, y con una de las asignaciones per cápita de primer nivel más bajas, es preocupante que esas unidades no agoten todos los recursos de que disponen. Esta situación se dio también con la ejecución presupuestaria del 2003, y deja la interrogante de si transferir recursos financieros a las áreas más postergadas ayuda realmente a elevar la equidad, o si más bien se requiere hacer un análisis más profundo con el fin de lograr un mejor ajuste entre las necesidades y el tipo de recursos que se asignan.

**Gráfico 18**

**CCSS: Porcentaje de ejecución presupuestaria en Áreas de Salud y en Hospitales\*, según Región.**



Fuente: Dirección de Presupuesto, año 2004.

\* No incluye hospitales nacionales y especializados.

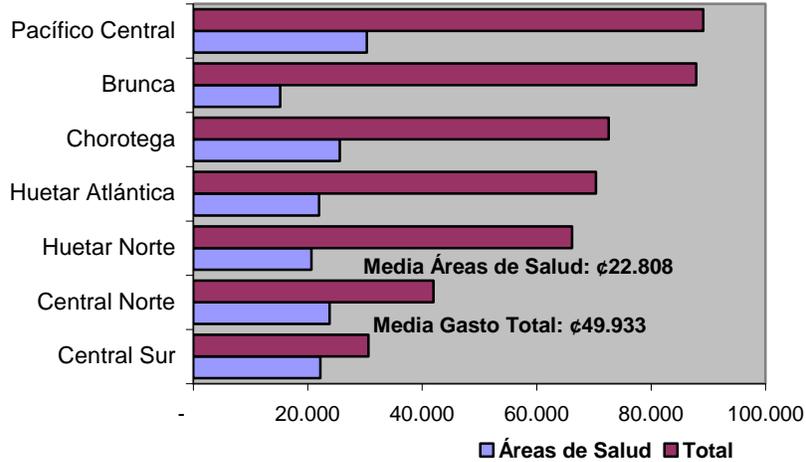
También se puede observar, que en todas las regiones el porcentaje de ejecución de los hospitales es mayor que el de las Áreas de Salud. Esta situación hace que las políticas en materia de asignación de recursos entre niveles no se reflejen fielmente en el gasto.

Por otra parte, al analizar el gasto per cápita por región se encuentran situaciones muy diferentes cuando se incluye y cuando se excluye el gasto hospitalario. El caso que más llama la atención es el de la Región Brunca, donde el gasto per cápita del primer nivel es el más bajo del país, pero al incluir el gasto hospitalario pasa a tener el segundo per cápita más alto, después de la Región Pacífico Central, que presenta el mayor gasto, tanto de primer nivel como total.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Gráfico 19**

**CCSS: Gasto per cápita de Áreas de Salud y Total\*, según Región y Nacional**



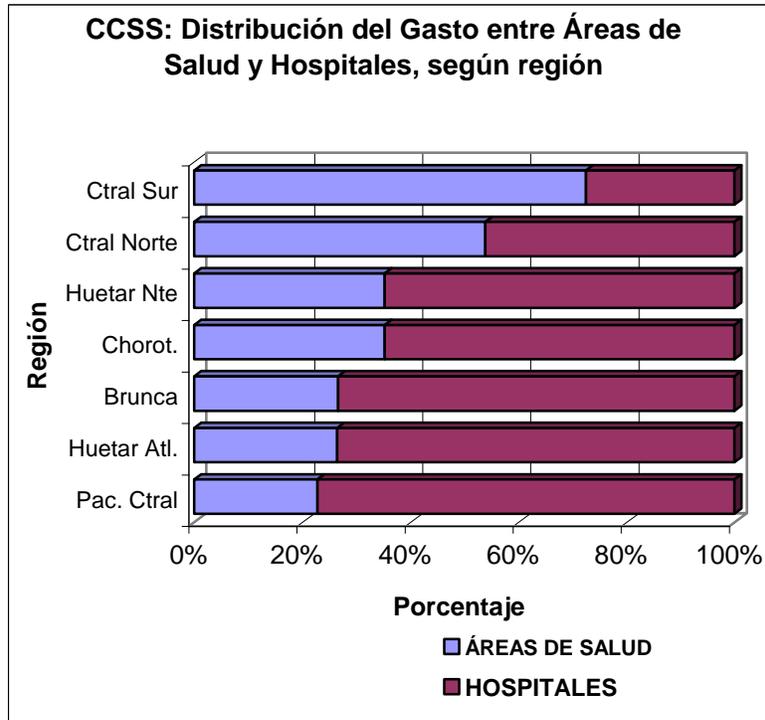
\* Incluye gasto de hospitales regionales y de periféricos. No incluye hospitales nacionales ni especializados

Fuente: Dirección de Presupuesto y datos de población de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, año 2004.

Las regiones Central Norte y Central Sur aparecen con el menor gasto per cápita, tanto en el gasto de Áreas de Salud como en el gasto total; no obstante, estos datos no necesariamente reflejan calidad y nivel de acceso de la población de estas regiones a los servicios de salud, pues los datos de gasto no incluyen el gasto de los hospitales nacionales, donde esta población recibe parte importante de los servicios de atención ambulatoria especializada y de urgencias, sin que los sistemas de información institucionales permitan separar dicho gasto. El gráfico 19 se complementa, con el gráfico 20, que muestra la distribución del gasto regional entre áreas de salud y hospitales, confirmando el mayor peso de estos últimos en la región Brunca y su menor peso en la Central Sur. La situación de estas regiones se explica por la cantidad de unidades: dos hospitales y veintiocho Áreas de Salud en la Central Sur, y seis Áreas de Salud y cinco hospitales en la Región Brunca.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004

Gráfico 20

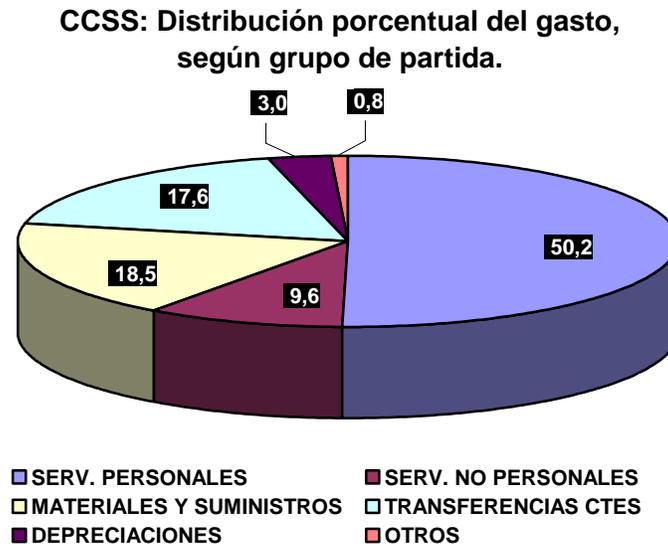


Fuente: Dirección de Presupuesto, año 2004

Todas las cifras analizadas arriba parecieran indicar una estructura y forma de funcionamiento no homogéneas de las redes regionales, más que un problema meramente de equidad, aunque tal situación puede tener implicaciones sobre la equidad.

En lo que respecta a la distribución del gasto entre partidas presupuestarias, la mayor porción corresponde a servicios personales, que junto con las partidas de transferencias corrientes asociadas al pago del recurso humano rondan el 65%, como promedio nacional. Esta proporción, al igual que las correspondientes a las demás partidas son muy similares a las de los dos años anteriores (gráfico 21).

Gráfico 21



Fuente: Dirección de Presupuesto, año 2004.

### 5.1.2 Cumplimiento de los objetivos generales de los indicadores de gestión.

El principal objetivo de incluir los indicadores financieros en el Compromiso de Gestión es estimular el análisis y gestión de los recursos por parte de los equipos administrativos y clínicos de las unidades proveedoras, relacionándolo con la producción de servicios. La evaluación, desde la perspectiva del cumplimiento de este objetivo, no es alentadora, tanto en hospitales como en Áreas de Salud. Varios de los evaluadores de las direcciones regionales, así como los de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, coinciden en que la mayoría de los análisis son débiles, son realizados por la administración sin participación o discusión con el resto del equipo y tienen poco impacto sobre la gestión de los centros.

De tal manera, aún cuando las calificaciones de estos indicadores, dentro de la evaluación de los Compromisos de Gestión, sean altas, es probable que el logro del objetivo no sea el deseado.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

**5.1.2.1            *Indicador eficiencia del gasto***

El objetivo definido para este indicador fue el de evaluar la relación gasto / producción y la desviación respecto a lo pactado. Implícitamente, lo que se pretendió fue que cualquier incremento en el gasto por encima de lo pactado tuviera que ser justificado con un incremento en la producción.

Aunque para algunas unidades este indicador les ha resultado de utilidad en el control del gasto, mediante análisis periódicos de gasto y producción, nuestra percepción es que una buena parte de las unidades lo ve como un indicador más del Compromiso de Gestión, que hay que cumplir para mejorar la calificación.

En lo que respecta a la presentación del indicador, el 93% de las Áreas de Salud y el 100% de los Hospitales lo presentaron. En el cuadro 49 se presenta la distribución del valor del indicador tanto para Áreas como para Hospitales.

**Cuadro 49**

<b>Valor del Indicador de Eficiencia en el Gasto</b>	<b>Áreas de Salud</b>	<b>Hospitales</b>
Menor que cero	10,7	12,9
Entre 0 y 5%	4,8	25,8
Entre 5% y 10%	9,5	32,3
Mayor que 10%	75,0	29,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

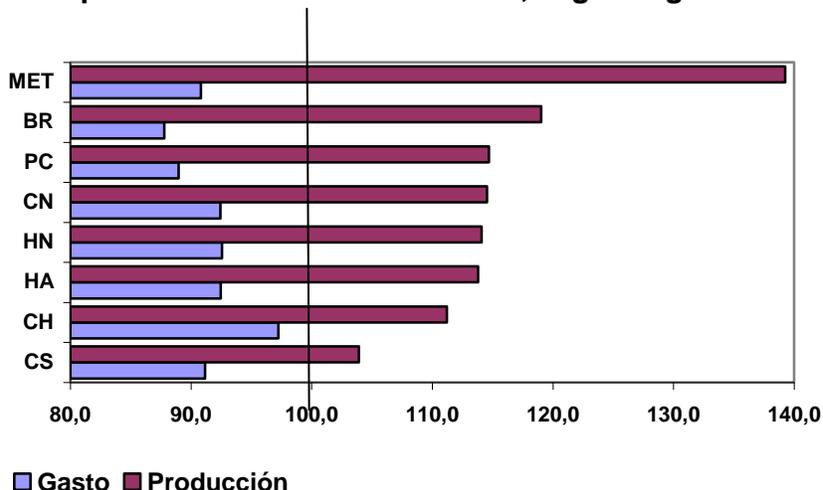
Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

El resultado más llamativo es el que presentan las Áreas de Salud, donde un 75% obtuvo un valor superior al 20% en este indicador, valor que se origina en una producción muy por encima de lo pactado y en subejecuciones presupuestarias relativamente elevadas.

Con el fin de facilitar el análisis agregado a nivel regional de este indicador en Áreas de Salud, se separa los análisis de la ejecución presupuestaria y del cumplimiento de la producción, variables que se muestran en barras separadas en el siguiente gráfico.

Gráfico 22

CCSS: Porcentaje de ejecución  
presupuestaria y porcentaje de logro de  
producción en Áreas de Salud, según región.



**Nota:** Abreviaturas del eje horizontal corresponden a las regiones. Met = Áreas de Salud Metropolitanas

Fuente: Evaluación del Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Se observa que en todas las regiones la producción lograda supera la pactada (barras por encima del 100%), mientras que el gasto fue inferior a la asignación pactada (barras por debajo del 100%), lo cual significa que el costo por producto fue inferior al pactado.

En lo que respecta a los resultados de producción, más que a un incremento del esfuerzo o de la eficiencia, la observación en los últimos años pareciera indicar que estos resultados se deben en buena medida a una especie de aprendizaje en materia de negociación de las unidades, que las lleva a negociar producciones inferiores a su potencial, protegiéndose del incumplimiento en esta materia.

Por otra parte, en materia de ejecución presupuestaria aunque las unidades alegan problemas del nivel central que les dificultan realizar los gastos, llama la atención que el comportamiento por región e incluso por unidad se ha mantenido similar en los últimos años, lo que pareciera indicar que hay unidades más “hábil” que otras a la hora de

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

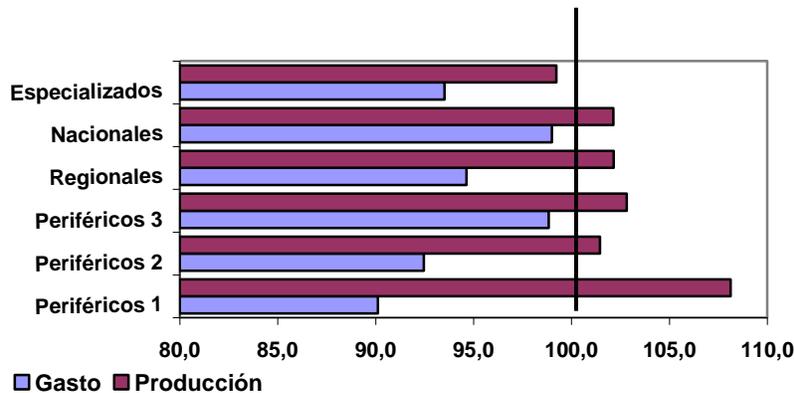
---

ejecutar su presupuesto. En otras palabras esto significa que la observación del comportamiento del gasto por unidad en los últimos años permite identificar unidades que ejecutan su presupuesto de manera más eficiente que otras.

En el caso de los Hospitales, las subejecuciones presupuestarias son menores y aunque, por grupo de Hospitales, únicamente los especializados estuvieron por debajo de lo pactado en producción, el margen por encima de lo pactado fue inferior al mostrado por las Áreas de Salud.

**Gráfico 23**

**CCSS: Porcentaje ejecutado de la asignación presupuestaria y porcentaje de logro de la producción pactada, según tipo de hospital.**



Fuente: Evaluación del Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud.

**5.1.2.2 Indicador Análisis de costos con base en el Sistema de Información Gerencial, SIG**

Aunque no se desconocen las deficiencias que presenta el SIG en su actual etapa de desarrollo como sistema de costeo de producción de servicios de salud, y se han identificado algunas deficiencias que dificultan la comparación de costos entre unidades, se ha decidido mantener este indicador dentro del Compromiso de Gestión como una contribución a la creación y fortalecimiento de una cultura de responsabilidad económica dentro de las unidades, en el sentido de interesarse por el costo de lo que se produce.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

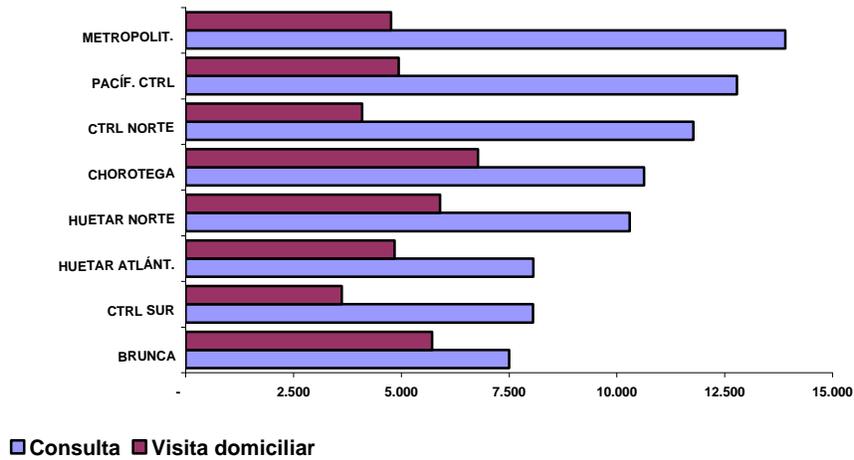
---

Como resultado se obtuvo que un 77% de las Áreas de Salud presentaron este indicador, mientras un 7% no lo pactaron por ser externas (algunas de las externas si pactan este indicador) y el restante 16% no lo pactaron o no lo cumplieron.

Los resultados en cuanto a costos, con las limitaciones de comparación ya mencionadas, se muestran en el gráfico siguiente.

**Gráfico 24**

**CCSS: Gasto medio por consulta y por visita domiciliar, según región**



Fuente: Evaluación del Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

En todas las regiones la consulta presenta un costo mayor que el de la visita domiciliar, pero no se da una relación entre el costo de ambas por región, pues las que tienen costos más altos o más bajos en el costo por consulta no presentan la misma situación en el costo de la visita domiciliar.

En lo que respecta a hospitales, únicamente hubo una unidad, hospital regional, que no presentó este indicador.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 50**

**CCSS: Costo medio de la consulta especializada, por servicio según nivel de complejidad**

Servicio	Nivel de complejidad				
	Periféricos 1	Periféricos 2	Periféricos 3	Regionales	Nacionales
<b>Obstetricia</b>	88.554	111.534	62.095	71.757	105.917
<b>Medicina</b>	64.574	46.796	70.221	54.693	86.775
<b>Ped/neonat.</b>	51.139	72.770	72.645	70.454	84.381
<b>Cirugía</b>	61.079	96.472	86.608	83.327	87.887
<b>Ginecología</b>	109.377	80.893	92.361	97.838	91.539

Fuente: Evaluación del Compromiso de Gestión 2004. Dirección de Compra de Servicios de Salud

Como se puede observar, no existe una relación entre el costo de las diferentes especialidades y el nivel de complejidad del hospital, pues algunas especialidades resultan ser más caras o más baratas en los hospitales de menor complejidad, mientras otras lo son en los de mayor complejidad (cuadro 50).

## 6. TITULO TERCERO DEL COMPROMISO DE GESTION 2004

En oficios ATDJS-204-05 de fecha 2 mayo 2005 y ATDJS-442-05 de fecha 11 de agosto 2005, se comunica los resultados de la autoevaluación del Título Tercero del Compromiso de Gestión 2004, que fue realizada por la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud, Unidad adscrita a la Presidencia Ejecutiva, la cual cuenta con indicadores propios en las materias desconcentradas de Contratación Administrativa, Recursos Humanos y Presupuesto.

A continuación se detalla la categorización utilizada en esta evaluación.

Rango del porcentaje	Criterio de calificación	Color
0 a menos de 60	Malo	Rojo
De 60 a menos de 70	Regular	Naranja
De 70 a menos de 90	Bueno	Verde
De 90 a 100	Muy bueno	Azul

Los resultados de la autoevaluación del Título Tercero desglosados por Áreas de Salud y Hospitales, se detallan en el cuadro 51.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

**Cuadro 51**  
**RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN TÍTULO TERCERO**  
**ÓRGANOS DESCONCENTRADOS**

UNIDADES EJECUTORAS	Contratación Administrativa % Obtenido	% Relativo (33)	Recursos Humanos % Obtenido	% Relativo (33)	Presupuesto % Obtenido	% Relativo (33)	TOTAL %
CUNICA DR. SOLON NÚNEZ	90	29,70	100	33,00	96,3	31,78	94,48
CLÍNICA DR. MORENO CAÑAS	81	26,73	100	33,00	85	28,05	87,78
HOSP. DR. CALDERON G.	93	30,69	85	28,05	87,5	28,88	87,62
HOSP. SAN VICENTE DE PAUL	92	30,36	100	33,00	72,5	23,93	87,29
AREA DE SALUD PURISCAL	90	29,70	100	33,00	73,8	24,35	87,05
AREA DE SALUD PALMARES	96	31,68	95	31,35	72,5	23,93	86,96
HOSP. MEXICO	75	2475	95	3135	875	2888	8498
HOSP. NACIONAL DE NIÑOS	90	29,70	60	19,80	100	33,00	82,50
AREA DE SALUD ESPARZA	84	2772	90	2970	738	2435	8177
AREA DE SALUD ABANGAR ES	80	26,40	80	26,40	86,3	28,48	81,28
AREA DE SALUD BARRANCA	81	26,73	75	24,75	85	28,05	79,53
HOSPITAL CENTRO NACIONAL REHABILITACION	83	27,39	75	24,75	82,5	27,23	79,37
AREA DE SALUD CARIARI	80	26,40	75	24,75	85	28,05	79,20
AREA DE SALUD CHACARITA	82	27,06	80	26,40	71	23,43	76,89
CLÍNICA DR. CLORITO PICADO	75	24,75	85	28,05	72,5	23,93	76,73
HOSP. SAN FRANCISCO DE A.	64	21,12.	95	31,35	72,5	23,93	76,40
HOSP DR. ESCALANTE PRADILLA	94	31,02	60	19,80	73,8	24,35	75,17
AREA DE SALUD LOS SANTOS	95	31,35	95	31,35	36,3	11,98	74,68
CLÍNICA CORONADO	61	20,13	75	24,75	88,8	29,30	74,18
AREA DE SALUD NARANJO	79	26,07	60	19,80	85	28,05	73,92
HOSP. GOLFITO	82	27,06	90	29,70	47,5	15,68	72,44
HOSP. SAN JUAN DE DIOS	72	23,76	85	28,05	62	20,46	72,27
HOSP. DR. ENRIQUE BALTODANO	77	25,41	55	18,15	72,5	23,93	67,49
HOSP. WILUAM ALLEN	56	18,48	55	18,15	86,3	28,48	65,11
HOSP. SAN CARLOS	75	2475	60	19,80	60	19,80	64,35
AREA DE SALUD BUENOS AIRES	67	22,11	40	13,20	81,9	27,03	62,34
AREA DE SALUD BELEN FLORES	85	28,05	55	18,15	48,8	16,10	62,30
HOSP. GUAPILES	81	2673	685	22 61	36,3	11,98	61,31
AREA DE SALUD DE PAQUERA	62	20,46	15	4,95	98,8	32,60	58,01
HOSP. DR. RAUL BLANCO C.	68	22,44	75	24,75	25	8,25	55,44
AREA SALUD SANTA CRUZ		0,00	70	23,10	86,3	28,48	51,58
HOSP. DR. MAX PERALTA	77	25,41		0,00	73,8	24,35	49,76
HOSP. NAC. PSIQUIATRICO		0,00	65	21,45	73,8	24,35	45,80
AREA DE SALUD ZARCERO		0,00		0,00	48,8	16,10	16,10

Fuente: Informes autoevaluación Título Tercero año 2004.

Nota: La casilla en blanco no enviaron la información del ítem correspondiente, lo que se computa como cero

## **7. CONCLUSIONES**

### **7.1 Áreas de Salud**

- ✓ Se logra orientar el desarrollo de los indicadores del Compromiso de Gestión y su evaluación hacia el objetivo de dar respuesta a los problemas y necesidades de salud enunciados en el Plan de Atención a la Salud de las Personas 2000 – 2006.
- ✓ Durante el año 2004, las unidades del primer nivel de atención brindaron 2.156.872 consultas de primera vez, cifra que representa una cobertura global nacional del 51.2%, resultado superior al logrado en el 2003 y 2002 (50.3%).
- ✓ Se mantiene una reducción constante de la brecha entre el promedio de las coberturas totales (todos los que acceden a los servicios de salud) y las coberturas con cumplimiento de criterios técnicos (atención con calidad), esto para las atenciones a los hipertensos, menores de un año, de uno a menos de seis años, adolescentes y mujeres embarazadas, obteniéndose una disminución desde un 36% en el año 2000, a un 22% en el año 2003 y a un 13% para el año 2004.
- ✓ En la intervención de detección y atención de la hipertensión arterial, así como el tratamiento oportuno y seguimiento de las personas con enfermedades cardiovasculares, se logra un avance cuantitativo y cualitativo en las coberturas del paciente hipertenso. En el promedio nacional, la cobertura total se incrementó aproximadamente seis puntos porcentuales del año 2002 con respecto al 2003, constituyéndose el momento de mayor crecimiento. Para el caso de la cobertura con cumplimiento de criterios, el comportamiento observado muestra un desarrollo constante, de ahí que la brecha entre la cobertura total y con calidad sea menor año con año, llegando a ser en el año 2004 de solo 24% muy por debajo del 45% que era en el año 2000.
- ✓ Con relación a la intervención de detección y atención de la diabetes mellitus y sus complicaciones, por primera vez en el año 2004, se transforma la metodología para evaluar la calidad de atención sustituyendo varios criterios de la norma (fondo

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

de ojo, revisión de pies, estado nutricional, pruebas de laboratorio, educación, entre otros) por un único criterio que es el resultado del examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor o igual a 7% o con rango de normalidad de acuerdo al método de laboratorio utilizado, el cual se establece como reflejo fidedigno del control metabólico de los pacientes diabéticos. Obteniéndose a nivel nacional un 37% de los casos evaluados (1805) con un resultado por semestre de hemoglobina glicosilada menor o igual a 7% o en rango de normalidad.

Lo anterior se inscribe dentro del esfuerzo por obtener, mediante indicadores de resultado, el verdadero impacto de la intervención médica en la morbilidad y mortalidad de la diabetes mellitus en Costa Rica.

- ✓ En la intervención para mejorar la cobertura del tamizaje para la detección del tumor maligno de cérvix uterino y el abordaje oportuno de las citologías alteradas, se observa, de acuerdo con los resultados de la evaluación del Compromiso de Gestión, que desde el año 2000, durante cada uno de los períodos de dos años, se alcanza una cobertura de toma de citología cérvico vaginal cercana al 50% en los grupos de mujeres de 15 a menos de 35 años y mujeres mayores de 35 años, sin lograrse un incremento superior a este porcentaje.

Sin embargo, el abordaje con calidad de las citologías alteradas (2.4% del total de citologías) presenta un incremento en el periodo 2000 – 2004, ya que en el nivel nacional se abordaron correctamente (tiempo de comunicación o referencia a ginecología o colposcopia menor a 15 días) el 73,5% de las citologías alteradas en el año 2000, incrementándose este porcentaje a un 98,35% en el año 2004. Aumento que podría asociarse con el descenso observado en la detección de lesiones de alto grado (sospecha de cáncer de endometrio, displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ e invasor) a expensas de una detección constante de lesiones de bajo grado (displasia leve).

- ✓ En el año 2004 se consolida el proceso de vigilancia epidemiológica en el nivel local, desarrollándose las acciones de notificación negativa semanal, la

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

investigación de los casos según grupo en las primeras 48 horas y la búsqueda activa y seguimiento de los casos de Tuberculosis.

- ✓ En las intervenciones que fortalecen la atención a la salud materno infantil, en los últimos tres años se logran mantener constantes las coberturas totales a nivel nacional para los niños menores de un año, de uno a menos de seis años, adolescentes y mujeres embarazadas, en porcentajes de 89%, 51%, 30% y 80% respectivamente, incrementándose en el tiempo el logro de las coberturas con calidad.

Para el año 2004 se incluye el indicador de la cobertura de posparto, obteniéndose a nivel nacional un 65% de cobertura, resultado que puede considerarse adecuado si se toma en cuenta que se aplicaba por primera vez.

- ✓ Las coberturas de actividades odontológicas preventivas tienden a mostrar un comportamiento constante, esto posiblemente por el recurso limitado con que se cuenta en este campo específico.
- ✓ Con base en los resultados del proceso de evaluación, se observa que la totalidad de las áreas de salud han desarrollado el proceso de construcción y formulación del Plan Estratégico de acuerdo a las necesidades locales de salud, elemento medular de la planificación que posibilitará una mejor gestión de los recursos.
- ✓ Para la evaluación de las condiciones sanitarias y el cumplimiento de la normativa institucional, se efectuó la certificación por las instancias técnicas responsables de impulsar los procesos específicos, a saber, la evaluación del estado de Saneamiento Básico y Ambiental institucional, la gestión de la Salud Ocupacional, el establecimiento de la Contraloría local de Servicios de Salud, el monitoreo de la satisfacción a los usuarios y la calidad de los expedientes de Salud y de la Información Estadística, lográndose un espacio de retroalimentación y apoyo técnico entre las unidades y las distintas instancias técnicas certificadoras.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

- ✓ Similar a lo logrado en los años anteriores, las regiones Chorotega y Pacífico Central son las que logran obtener las mayores coberturas en los distintos programas de atención, resultados que podrían explicarse principalmente por la adecuada dotación de recursos y el antecedente de ser las regiones que más experiencia poseen, por su temprana inclusión dentro del proceso de aplicación del nuevo modelo de atención y del uso de la herramienta del Compromiso de Gestión.
- ✓ Durante los últimos cuatro años, las regiones que presentan coberturas levemente más bajas son las regiones Brunca y Huetar Norte, aunque debe resaltarse el incremento sostenido de las coberturas durante este periodo, lo que permite acortar cada vez más la brecha entre regiones.

## **7.2 Hospitales**

- ✓ La producción hospitalaria medida en UPH ha mantenido una discreta tendencia al incremento a través del período 2000-2004 (9, 3%), excepto en lo que se refiere a hospitalización, que muestra una reducción del 4% entre el último año y el precedente, que obedece a un leve decrecimiento de los egresos en los servicios de ginecología y pediatría a partir del año 2002.
- ✓ Existe una amplia gama de especialidades con listas de espera en la consulta externa y cirugía electiva de los hospitales del país, sin embargo, ortopedia es la que se presenta con mayor frecuencia en ambas modalidades.
- ✓ El ultrasonido general y la gastroscopía constituyen los procedimientos con listas de espera que más se muestran en los hospitales del país. Resalta que el electrocardiograma es el que se presenta con más frecuencia a nivel de hospitales nacionales.
- ✓ Las debilidades en el trabajo en red de los hospitales así como la escasez de personal en algunos servicios afecta la oportunidad y calidad de la atención a los usuarios.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

- ✓ Menos de la mitad de la muestra de la población diabética atendida en la consulta externa a nivel hospitalario logra el nivel meta de hemoglobina glicosilada, aunado a una baja producción en cuanto a la realización de exámenes como: fondo de ojo y electrocardiograma, sin discriminar la proporción de pacientes atendidos en medicina interna o endocrinología.
  
- ✓ Cerca de las dos terceras partes de la muestra de hipertensos en control de consulta externa de medicina interna y cardiología a nivel hospitalario (64%), logran un nivel óptimo de LDL de acuerdo a su riesgo independientemente del nivel de complejidad.
  
- ✓ En la mayor parte de los casos (69%) se aplica terapia trombolítica en la primera hora de llegada al hospital cumpliendo con el tiempo propuesto para la evaluación de esta actividad.
  
- ✓ El subregistro de información en las unidades genera dificultades al evaluar el proceso de la atención en algunas de las áreas tal y como se evidencia en la detección precoz de cáncer de cervix.
  
- ✓ En el nivel nacional el índice operatorio logrado en la Sección de Cirugía por la vía de ingreso de Consulta Externa es del 76,1% ; por tanto cerca de una cuarta parte de los pacientes que fueron ingresados se les efectuó procedimientos catalogados como de tipo médico y /o diagnóstico. En el caso del servicio de Ginecología ocurre una situación similar logrando un índice operatorio del 74%.
  
- ✓ En Cirugía Ambulatoria a nivel nacional 91 de cada 100 pacientes egresaron con intervención quirúrgica, lográndose el mayor rendimiento en los hospitales especializados y periféricos tipo 3.
  
- ✓ Más del 50% de las cirugías programadas y que se suspendieron en sala de operaciones se deben a factores propios de la gestión hospitalaria o institucional (problemas en la programación, falta de recurso material o humano).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**  
**DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

- ✓ La estancia preoperatoria promedio (EPP) en los servicios de cirugía y ginecología es variable dependiendo de cada unidad. En general, se encuentra que en el servicio de cirugía el 66,6% de los centros logran la meta y en ginecología el 60%, considerando establecimientos regionales, periféricos y especializados. En los hospitales nacionales el 20% de las especialidades cumplen la meta.
  
- ✓ Existe un alto porcentaje de reingresos en los hospitales generales principalmente en los servicios de obstetricia y medicina, aunque en los otros servicios, el porcentaje no es despreciable.

### **7.3 Área Económica**

- ✓ Por un año más, las Áreas de Salud gastan proporcionalmente menos de lo que se les asigna, es decir, tienen una ejecución presupuestaria inferior a los hospitales, lo que dificulta el avance en la redistribución de recursos hacia el primer nivel. Más preocupante aún, dentro de las Áreas de Salud con menor porcentaje de ejecución se encuentran algunas de las que cubren población con mayores necesidades. En términos generales, esta situación se explica por una menor capacidad de gestión de los recursos de algunas de las unidades.
  
- ✓ El crecimiento global de gasto en servicios de salud fue negativo en términos reales, pues estuvo un punto por debajo del crecimiento de los precios de los servicios de salud, medido por el IPISS. No obstante, esta es la situación promedio, pues hay unidades que crecieron en términos reales y otras que decrecieron más del 1%.
  
- ✓ Respecto al gasto per cápita de las unidades, los sistemas institucionales de información no permiten llegar a conclusiones válidas respecto a equidad. Además de las disparidades en necesidades y en demanda de los diferentes grupos de población, las estructuras y formas de funcionamiento no homogéneas de las redes regionales, implican gastos per cápitas que aunque diferentes, no necesariamente son inequitativos, en términos de la atención que la población recibe.

- ✓ Respecto a los indicadores económico financieros del Compromiso de Gestión, si bien es cierto presentan un elevado grado de cumplimiento en lo que a su presentación se refiere, los análisis y la utilización que las unidades hacen de los mismos es, en términos generales, muy pobre.

## **8. RECOMENDACIONES**

### **8.1 Áreas de Salud**

Para las Áreas de salud algunas de las recomendaciones planteadas en los Informes de Evaluación Anual Nacional de los Compromisos de Gestión a partir del año 2000, continúan con plena vigencia y se plantean como **áreas prioritarias de intervención**:

- ✓ **Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención en salud**

Se requiere continuar el desarrollo del modelo de atención en los diferentes escenarios, definiendo y evaluando mejor el perfil del recurso humano perteneciente al EBAIS y al Equipo de Apoyo y su relación con los otros niveles de atención. Además de caracterizar mejor la composición y rol de estos equipos.

- ✓ **Sistema de Información**

Persisten los problemas derivados de la falta de un sistema de información único, generalizado y ágil que permita la toma de decisiones y la gestión eficiente de los recursos existentes.

- ✓ **Gestión local**

Se considera necesario el fortalecimiento de la gestión local, con la finalidad de mejorar la capacidad resolutoria de las unidades según su complejidad y la mayor participación del nivel regional.

✓ **Plan de atención a la salud de las personas**

Para la orientación y planificación de los servicios en la Institución se desarrolló el Plan de Atención a la Salud de las Personas, el cual contiene las estrategias que permiten desarrollar las acciones prioritarias, pertinentes, efectivas y factibles, con el fin de coadyuvar en el mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida de la población, cuya vigencia se extiende desde el año 2001 al 2006.

Por su carácter de plan estratégico esta herramienta es utilizada en el Compromiso de gestión desde el año 2004, para definir y agrupar los indicadores pactados.

En la actualidad y ante la inminencia de completarse la vigencia de este Plan institucional resulta necesario proponerse su revisión y actualización.

## **8.2 Hospitales**

- ✓ El trabajo en red de las unidades debe fortalecerse para el manejo de las listas de espera con el fin de mejorar la oportunidad en la atención a los usuarios en los diferentes servicios.

Además, es necesario fortalecer el trabajo en equipo de las unidades buscando unificar criterios en la atención de los pacientes con enfermedades que requieren abordaje internivel, de tal forma que se brinde el servicio de forma similar independientemente de la unidad tratante.

- ✓ Existen factores que inciden en la gestión interna de los servicios hospitalarios (ej: inopia de personal) que deben analizarse con el fin de implementar una política institucional que permita el desarrollo de estrategias que optimicen la productividad y calidad de la atención.
- ✓ Se requiere intervenir sobre el sistema de referencia y contrarreferencia institucional con la intención de crear conciencia en el personal de salud de la

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA  
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD  
INFORME EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTION 2004**

---

importancia que tiene este proceso para el adecuado abordaje de los pacientes en los distintos niveles de atención.

- ✓ Conviene establecer como una prioridad institucional el manejo adecuado del registro de la información en los hospitales, de forma que cada unidad pueda supervisar y auditar continuamente su desempeño y mejorar su gestión.

### **8.3 Área Económica**

- ✓ Analizar las necesidades de capacitación en gestión de recursos económicos financieros de las unidades y gestionar el diseño de cursos o actividades de capacitación en la materia.
- ✓ Desarrollar investigación sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud, tomando en cuenta tanto las diferencias en necesidades de los grupos de población como la organización de las redes de atención y sus implicaciones en el acceso.
- ✓ Llamar la atención sobre la necesidad de mejorar los sistemas de información institucionales; las deficiencias en esta materia dificultan el avance en materia de equidad y de eficiencia en la asignación de recursos a las unidades.
- ✓ Analizar pertinencia de indicadores financieros y de ser necesario reformularlos con participación de las unidades. No hay duda de que en materia de gestión económico financiera de Hospitales y Áreas de Salud queda mucho por hacer; se debe buscar mejorar el aporte de los Compromisos de Gestión en esta materia.