

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



**Informe de Evaluación de los
Compromisos de Gestión
2007**



Julio 2008

Comité Editorial

Norma Ayala Díaz
Ana Lorena Fernández Chacón
Oscar Villegas del Carpio

Equipo de Producción

Procesamiento de datos:

Diego Vargas Pérez
Miriam León Solís
Shirley Soto Alpízar
Mario Villalobos Marín

Asesoría presentación gráficos y tablas: Miriam León Solís

Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio

Soporte en levantado de texto: Cindy Cordero Araya

Elaboración del Documento

Norma Ayala Díaz
Ana Lorena Fernández Chacón
Oscar Villegas del Carpio

Revisión de los contenidos

Hugo Chacón Ramírez
Edgar Pereira Barrantes
Raúl Sánchez Alfaro

Monografía, San José Costa Rica julio 2008

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

Tel: 2221- 3293, Interno: 2555
Apdo. Postal: 10105 -1000
Oficina: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS)
Av. 4, c5 y 7, Piso Mezanine, Ala este

Este documento puede ser consultado en

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/14_dcsc.html



Tabla de Contenidos

I. Introducción.....	5
II. Resultados de la Evaluación	9
A. Atención en el Ciclo de Vida	9
1. Atención infantil.....	10
2. Atención en la adolescencia	39
3. Atención materna	50
4. Atención adulto mayor	72
Conclusiones de la Atención por Ciclo de Vida	81
B. Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud	83
1. Prevención y control de las enfermedades del sistema circulatorio	84
2. Control de la diabetes mellitus tipo dos	106
3. Detección temprana del cáncer cervicouterino.....	123
4. Fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica local.....	131
5. Abordaje de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar.....	135
Conclusiones de la Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud	137
C. Atención Especializada	139
1. Seguimiento de la Producción	139
2. Gestión del Área Quirúrgica.....	163
3. Mortalidad Hospitalaria	186
4. Reingresos hospitalarios.....	193
Conclusiones de la Atención Especializada	194
III. Recomendaciones	199
Anexo 1: Elementos Metodológicos	201
Anexo 2: Centros Asistenciales por Agrupación	205





I. Introducción

El proceso de gestión, abarca todos aquellos aspectos estratégicos, organizativos y operativos, relacionados con los recursos humanos, tecnológicos, financieros, así como los concernientes a la atención de las personas.

En este proceso es imprescindible que estén involucrados todos los profesionales que participan en la organización, para que se conviertan en corresponsables del destino del sistema¹; esto conlleva al establecimiento de una serie de interrelaciones entre los grupos de profesionales y entre gestores y clínicos.

En el caso de los centros hospitalarios, el proceso de gestión es complejo, debido a los múltiples servicios que brinda, a las particularidades de los diversos procesos productivos en los que participa gran cantidad de personal, al manejo de cuantiosos presupuestos que se requieren para su funcionamiento², a la adaptación y respuesta ante la evolución del conocimiento científico y los avances tecnológicos, así como a las múltiples interrelaciones que se dan con los diferentes establecimientos del sistema y el entorno.

La gestión del Primer Nivel de Atención plantea un gran reto por el alcance y amplitud de las intervenciones que desarrolla. Este Nivel está investido de la responsabilidad de ser la puerta de entrada al sistema de salud, en éste se decide qué tipo de recursos de diagnóstico y tratamiento especializado requieren los usuarios³, de acuerdo con la complejidad del problema de salud. Además es el nivel responsable de que la población asignada alcance la más favorable situación de salud posible.

Ante este panorama, el lograr la eficacia, equidad y calidad de los servicios que brindan los centros de atención, obliga a que el proceso de gestión debe estar basado en un conjunto de elementos relacionados con el conocimiento de los hechos, la claridad de objetivos, la estructura funcional determinada, la existencia de una dotación de recursos necesarios, la dotación, selección y motivación del personal, así como de la evaluación del sistema⁴. A este proceso se le denomina **gestión de la atención**.

La gestión de la atención, se convierte así, en el elemento prioritario a ser enfatizado y evaluado en los Compromisos de Gestión, considerando, que la evaluación constituye un poderoso instrumento para la toma de decisiones en todo el ciclo gerencial y uno de los elementos esenciales de la rendición de cuentas

Al no existir evaluaciones sistemáticas y rigurosas las organizaciones que brindan servicios de salud caen en la deriva: pueden reproducir inercias y vicios, no hacen un adecuado uso de los recursos, sus resultados son limitados y desmejora su relación con los usuarios, a quienes deben su razón de ser.

¹ J. Cuervo, J Varela, R. Belenes gestión de hospitales. Primera edición, 1994

² Mauricio Vargas Fuentes. Gerencia de Servicios de Salud

³ Según lo planteado implícitamente en el Reglamento General del Sistema Nacional de Salud y en la Reforma del Sector Salud

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington: OPS, 1994.

Dado que la institución cuenta con un proceso anual de evaluación, en el marco de los Compromisos de Gestión, este documento presenta los resultados de esta evaluación en las diferentes Áreas de Salud y Hospitales que constituyen los proveedores de servicios de salud de la CCSS.

Es importante recalcar que los Compromisos de Gestión no abordan la totalidad de la oferta de servicios que se brinda en la institución, ya que su objetivo primordial es impulsar y dar seguimiento a las intervenciones priorizadas institucionalmente que buscan incidir en los principales problemas de salud del país, para mejorar la gestión local de la atención al usuario.

El objetivo de este documento es presentar los resultados de la evaluación anual de las Áreas de Salud y los Hospitales en relación a las intervenciones estratégicas impulsadas por los Compromisos de Gestión.

Se utiliza como fuente primaria los datos obtenidos en las evaluaciones de los Compromisos de Gestión, además se incorporan otras fuentes secundarias de datos con el objeto de ampliar, relacionar y asociar la información de las áreas temáticas incluidas en los Compromisos de Gestión.

En esta valoración, hay que aclarar que no se están considerando las múltiples justificantes ajenas a los servicios de salud⁵ que afectan estos resultados, las cuales sí se toman en cuenta para la obtención del puntaje. En este informe se muestra la realidad de las acciones que se concretan, independientemente de los motivos de la falta de concreción.

En el caso del aspecto limitante, no significa que los exámenes diagnósticos, por ejemplo, no estén prescritos, lo que se quiere evidenciar es que al no existir resultados del mismo, impide tener una oportuna valoración para la atención apropiada definida en la Institución.

Es importante recalcar que el informe abarca el ámbito Institucional por lo que los resultados de coberturas que se presentan, corresponden a las coberturas Institucionales por lo que no sería adecuado utilizar los datos como resultados nacionales. Si bien es cierto, la institución tiene la responsabilidad de ofrecer servicios de salud a toda la población, es un hecho evidente, que hay personas que se atienden en forma parcial (para algunas atenciones, por ejemplo: tamizaje de cáncer cervicouterino, control prenatal etc.) o total, fuera del Seguro Social.

Para efectos de construir las coberturas institucionales, el denominador contempla toda la población del país, pero su numerador solo incorpora las personas atendidas en el Seguro Social. De esta forma, cuando se plantean metas de coberturas nacionales, por ejemplo, en el Plan Nacional de Desarrollo, y se evalúa su cumplimiento, es claro que deben sumarse al numerador las personas que se atienden fuera del Seguro Social. En conclusión, no es apropiado hacer un símil, entre las coberturas institucionales y las nacionales.

⁵ Algunas de las justificantes comunes son: que se estaba en atención privada, se estaba hospitalizado, no se tenía seguro (especialmente en caso de extranjeros indocumentados), los encargados de los niños no les realizan los exámenes diagnósticos, entre otros.



La información se presentará por Regiones programáticas de la CCSS para Áreas de Salud y por tipo de Hospital (Ver Anexo 2).

El análisis se realiza a partir de Áreas Temáticas que integran las intervenciones orientadas a:

- La atención en el ciclo de vida individual (Ej. Atención al Adolescente)
- La prevención y control de los problemas de salud prioritarios (Ej. Cáncer cérvico-uterino)
- La atención especializada (Ej. Gestión Quirúrgica)

Las Áreas Temáticas incluidas en los Compromisos de Gestión se traducen en indicadores que permiten evaluar la implementación de las intervenciones contenidas en cada Área. La construcción de cada indicador se basa en una serie de variables que permiten de una manera sistemática evaluar la ejecución de las actividades en los servicios.





II. Resultados de la Evaluación

A. Atención en el Ciclo de Vida

Las personas, en el transcurso de su vida transitan por sucesivas etapas, durante las cuales experimentan cambios, adoptan comportamientos que pueden determinar la existencia de factores de riesgos, desarrollan actividades y roles que condicionan su situación de salud y por ende, sus necesidades de atención por parte de los servicios de salud. Es así, como la infancia, la adolescencia, el embarazo en la mujer, la vida adulta y la vejez, requieren continuidad en la atención desde los servicios, con intervenciones específicas que respondan a estas necesidades diferenciales.⁶

El Primer Nivel de Atención, es el ámbito propicio para valorar a las personas en las diferentes etapas del ciclo y por ello, está en inmejorable posición para abordar las necesidades y los problemas de salud que se puedan presentar en cada etapa, con la persona como la unidad de atención.⁷

Desde la Declaración de la Meta Salud para Todos en 1977, ha significado un compromiso formal para todos los países, el mejorar notablemente las coberturas de atención de las personas en las diferentes etapas de su ciclo de vida, como una medida de resultado de una oferta eficaz y sistemática, que permita dar cuenta del desempeño de los servicios de salud, especialmente en el primer nivel.^{8,9}

Los Compromisos de Gestión, aborda la atención a las personas de acuerdo a su ciclo de vida, desagregada en: Atención Infantil, Atención al Adolescente, Atención Materna y Atención al Adulto mayor, orientándose a fortalecer la realización de acciones de prevención, acorde a la normativa institucional vigente.

La evidencia de los últimos años, muestra que han sido indiscutibles los beneficios de incorporar actividades preventivas en la atención de los diferentes estadios del ciclo de vida, de ahí el interés en influenciar a los proveedores del Primer Nivel, como los principales responsables de su realización.

La atención, se evalúa por medio de un indicador denominado cobertura con cumplimiento de criterios, entendido como la relación, entre las personas de una determinada fase del ciclo de vida, atendidas por primera vez en el año, a quienes se le cumplieron todos los criterios definidos, entre el total de población de esa misma fase del ciclo.

⁶ Zurro, M. Atención Primaria. IV Edición, Pág. 8. 1999

⁷ Zurro, M. Atención Primaria. IV Edición, Pág. 8. 1999

⁸ Paganini, J.M. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panamericana de Salud Pública 4(5). 1998.

⁹ OMS-OPS. Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Funcionales de las redes de servicios salud. Serie 3 Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1998

1. Atención infantil

En Costa Rica, la atención de la población Infantil ha sido prioridad hace muchas décadas, considerando que es un periodo de vida de gran vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales y de respuesta positiva a los factores protectores.¹⁰

Este lineamiento de política, ha permitido contar con resultados en salud muy positivos en el concierto Centroamericano y Latinoamericana, en donde el principal reto es mantenerlos y en lo posible mejorarlos.

En el periodo de 1990-2004 la tasa de mortalidad infantil descendió de 14,4 a 9,2 por 1000 nacidos vivos¹¹, manteniéndose muy estable hasta el 2006, para experimentar un leve aumento en el 2007 al presentarse una tasa de 10.0 por 1000 nacidos vivos, según información del INEC.

Las principales causas de morbilidad en niños de 1-4 años son afecciones respiratorias agudas y las lesiones por causas externas. En el caso de los niños de 5 a 9 años, se presenta igual morbilidad que en los niños de 1-4 años, unido a enfermedades infecciosas y parasitarias¹².

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Las orientaciones que se brindan por medio de los Compromisos de Gestión en esta etapa del ciclo de vida, se subdividen en tres subpoblaciones, debido a las especificidades y particularidades de su desarrollo, que conlleva una expresión diferencial de sus necesidades. Estas son: atención a los menores de un año, atención al grupo preescolar (de uno a seis años) y atención a los escolares.

En la **atención de los menores de un año**, el principal interés desde la prestación de los servicios de salud, es orientar, en dar un seguimiento periódico, oportuno y de calidad, que permita una detección temprana de diversas alteraciones de su crecimiento y desarrollo, que pueden ser modificables, así como, brindar la orientación necesaria para un desarrollo óptimo y saludable.

Con esta premisa, los Compromisos de Gestión han priorizado el estimular, con base en la capacidad instalada, el aumento de cobertura en esta población, enfatizando en acciones relacionadas con su crecimiento y desarrollo, con estricto apego a criterios definidos en las normas institucionales¹³.

¹⁰ Colomer-Revuelta C. et al. La salud de la Infancia. Gaceta Sanitaria; 18(Supl. 1):39-46. 2004

¹¹ OPS. Salud de las Américas. Volumen II-Países. 2007

¹² OPS. Salud de las Américas. Volumen II-Países. 2007

¹³ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Normas de atención integral de salud en el primer nivel de atención. CCSS; 2000.



Criterios para la Atención de Menores de un año
Cumplimiento de la Concentración de al menos 5 consultas. Valoración e interpretación del estado nutricional. Valoración de crecimiento y desarrollo. Valoración de riesgo. Prescripción de hierro profiláctico. Detección temprana de anemia ferropriva.
Referencia: CCSS-DCSS. Indicador: Cobertura de niños y niñas menores de un año atendidos por primera vez durante el año y que recibieron atención con cumplimiento de criterios. Compromisos de Gestión 2007

En la construcción de esta cobertura se utiliza como denominador el total de nacimientos del año anterior, por ser lo mas cercano a la realidad, ante la imposibilidad de obtener al momento de la evaluación, el dato de nacimientos del año correspondiente de la fuente oficial que es el INEC.

Por otra parte, considerando los beneficios de las vacunas, consolidado a través de los años, por los logros alcanzados, se ha incorporado la vacunación, como un principio fundamental de la atención a la salud, y muy especialmente en esta etapa de la vida, ya que permite anticiparse a la enfermedad y evitar el daño subsiguiente.¹⁴ De acuerdo a lo anterior, los Compromisos de Gestión, dan seguimiento a las coberturas de vacunación de los biológicos definidos en el esquema básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Inmunizaciones a menores de un año
Cobertura de niños y niñas menores de un año a los que se les aplicó la tercera dosis de las vacunas contra DPT, Polio, Hepatitis B y H. influenzae
Referencia: CCSS-DCSS., Ficha técnica de Inmunizaciones. Compromisos de Gestión 2007

La atención de **niños de uno a seis años**, sigue siendo trascendental, sin embargo, siempre ha representado un reto para los servicios de salud captar y atender a un grupo importante de esta población.

Al igual que en menores de un año los Compromisos de Gestión enfatizan en dar seguimiento al crecimiento y desarrollo de estos niños, cumpliendo criterios definidos por la normativa institucional¹⁵,

Criterios para la Atención de los niños y niñas de uno a seis años
Valoración, ploteo e interpretación de la gráfica EDIN Valoración, anotación e interpretación del estado nutricional Valoración del riesgo y su abordaje Indicación de hemograma y en caso de anemia dar tratamiento mínimo por dos meses y control con hemograma posterior
Referencia: CCSS-DCSS. Indicador: Cobertura de niños y niñas de uno a seis años atendidos por primera vez durante el año con cumplimiento de criterios. Compromisos de Gestión 2007

¹⁴ Machado V, Castillo J, Badilla X. Comportamiento de las coberturas de vacunación en niños menores de tres años. Costa Rica, 2002 - 2006. CCSS, 2006.

¹⁵ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Normas de atención integral de salud en el primer nivel de atención. CCSS; 2000.



Además, como parte del seguimiento al crecimiento y desarrollo se evalúa desde los Compromisos, el cumplimiento de la aplicación de la primera dosis de SRP en niños menores de 24 meses.¹⁶

Inmunizaciones en niños de 12 a menos de 24 meses
Cobertura de niños y niñas menores de un año a los que se les aplicó la primera dosis de SRP.
Referencia: CCSS-DCSS., Ficha técnica de Inmunizaciones. Compromisos de Gestión 2007

A medida que el niño crece, otros contextos relacionales adquieren mayor importancia, como lo es la escuela. **La atención en salud en el Escenario Escolar**, desde la perspectiva de los servicios de salud, tiene tres ejes fundamentales: Evaluación integrada, Educación para la salud y Participación Social.¹⁷

Los Compromisos de Gestión ha enfatizado en promover la realización de acciones preventivas en el escenario escolar específicamente las relacionadas con el eje de evaluación integrada, definidas en la normativa técnica institucional¹⁸, en los primeros, terceros y sexto grado de Escuelas Públicas del País.

Aspectos analizados para evaluar la atención escolar
Valoración de agudeza visual y el cálculo del porcentaje de alterados Valoración de agudeza auditiva y cálculo del porcentaje de alterados Valoración e interpretación del estado nutricional (índice de masa corporal) y el cálculo de los porcentajes de alterados Verificación o actualización esquema vacunación, cálculo de esquemas incompletos. Verificación y/o prescripción de antiparasitario Indicación e interpretación de hemoglobina y hematocrito, así como el cálculo de los niños detectados con anemia.
Referencia: CCSS-DCSS. Indicador: Cobertura de niños y adolescentes en primero, tercero y sexto grado que recibieron atención en el escenario escolar. Compromisos de Gestión 2007

Además, en los dos últimos años, desde los Compromisos, se ha impulsado la realización de un análisis del estado nutricional del grupo de escolares, que permita identificar las alteraciones por mal nutrición y guíen a los prestadores en su abordaje a los grupos identificados como prioritarios.

Aunado a lo anterior, se está promoviendo, el que se creen condiciones para el desarrollo de un seguimiento permanente del estado nutricional en este escenario, por medio de la capacitación al personal en toma de medidas antropométricas y del mantenimiento preventivo del equipo, incluida la calibración.

¹⁶ En el denominador de esta cobertura se restan las defunciones del mismo año.

¹⁷ MS, CCSS y MEP. Manual de Atención Integral de los niños y niñas en el Escenario Escolar. 1999

¹⁸ Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Caja Costarricense de Seguro Social. Manual de atención integral de los niños(as) en el escenario escolar. Componente de servicios. CCSS; 1999.



Atención Odontológica en niños de 0-9 años
--

Cobertura de atención odontológica preventiva en niños de 0-9 años a los que se le realizan una o más de las siguientes actividades: aplicación de fluoruros (gel, autoaplicaciones o enjuagatorios), sellantes de fosas y fisuras, e instrucciones de fisioterapia oral (IFO).

Referencia: CCSS-DCSS. Ficha: Atención odontológica preventiva. Compromisos de Gestión 2007

También en el marco de **la atención infantil**, se orienta a la realización de acciones preventivas con respecto a la salud bucal de los niños de 0-9 años, de acuerdo a lo indicado en la normativa institucional¹⁹.

¹⁹ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Normas de prestaciones odontológicas. CCSS; junio 1997.

b. Resultados de la Evaluación

CUADRO A.1

C.C.S.S: NACIMIENTOS Y COBERTURA, DE MENORES DE UN AÑO SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007

(personas atendidas y porcentaje)

REGIÓN ^{/1}	NACIMIENTOS ^{/2}		COBERTURA INSTITUCIONAL							
			TOTAL				CON CRITERIOS ^{/3}			
			Personas atendidas		Porcentaje		Personas atendidas		Porcentaje	
2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	
Total	72.252	70.113 ^{/a}	61.992	62.194	86	89	42.123	51.884	58	74
Brunca	5.634	5.988	4.327	5.290	77	88	3.386	4.132	60	69
Central Norte	13.705	13.850	10.950	11.765	80	85	6.373	9.557	47	69
Central Sur	11.487	10.682	10.063	9.925	88	93	7.581	8.546	66	80
Chorotega	6.093	6.331	5.636	5.759	93	91	4.058	4.748	67	75
Huetar Atlántica	7.035	7.733	6.008	6.791	85	88	3.321	5.722	47	74
Huetar Norte	3.140	3.992	2.980	3.462	95	87	2.289	2.954	73	74
Pacifico Central	3.987	4.254	3.804	3.834	95	90	2.839	3.276	71	77
Metropolitana	9.718	7.406	8.416	6.317	87	85	4.227	5.110	44	69
Compra Externa	11.453	9.877	8.326	9.051	73	92	5.818	8.198	51	83

^{/1} En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

^{/2} Nacimientos del año anterior

^{/3} Se refiere a los criterios de la norma, pactados en los CG

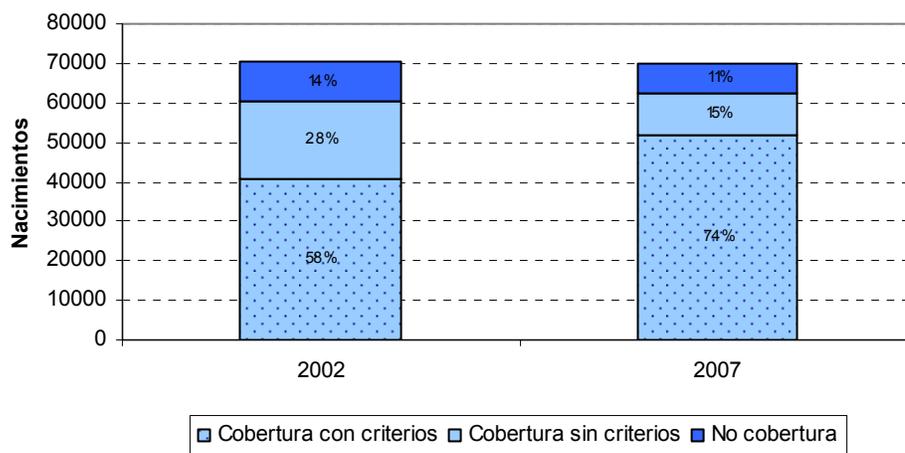
^{/a} Este dato no incluye 623 nacimientos de Moravia que no fue evaluada y 345 nacimientos menos que el dato oficial, por ajustes, debido a las estructura de algunas Áreas de Salud.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.1

C.C.S.S.: COBERTURA DE MENORES DE UN AÑO, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007

(volumen y porcentaje)

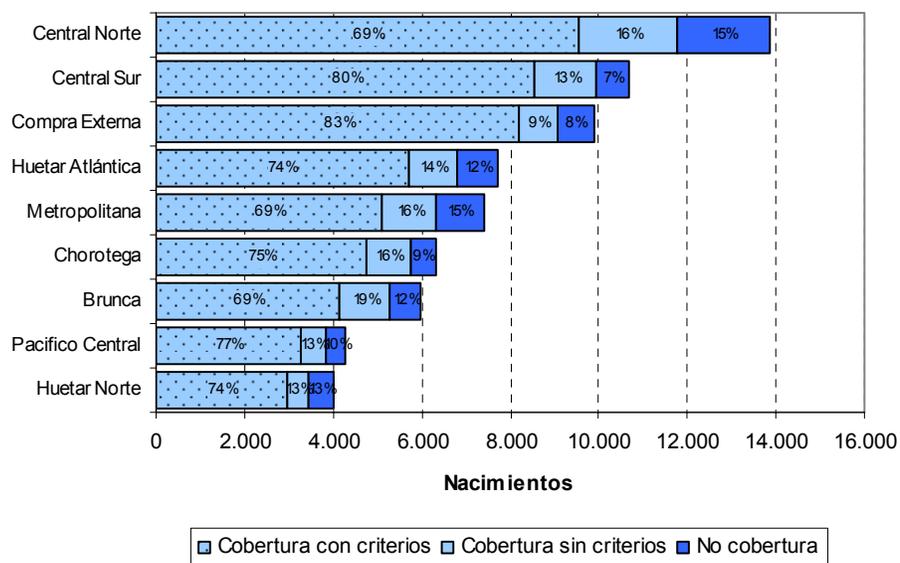


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.2

C.C.S.S.: COBERTURA DE MENORES DE UN AÑO, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

(volumen y porcentaje)

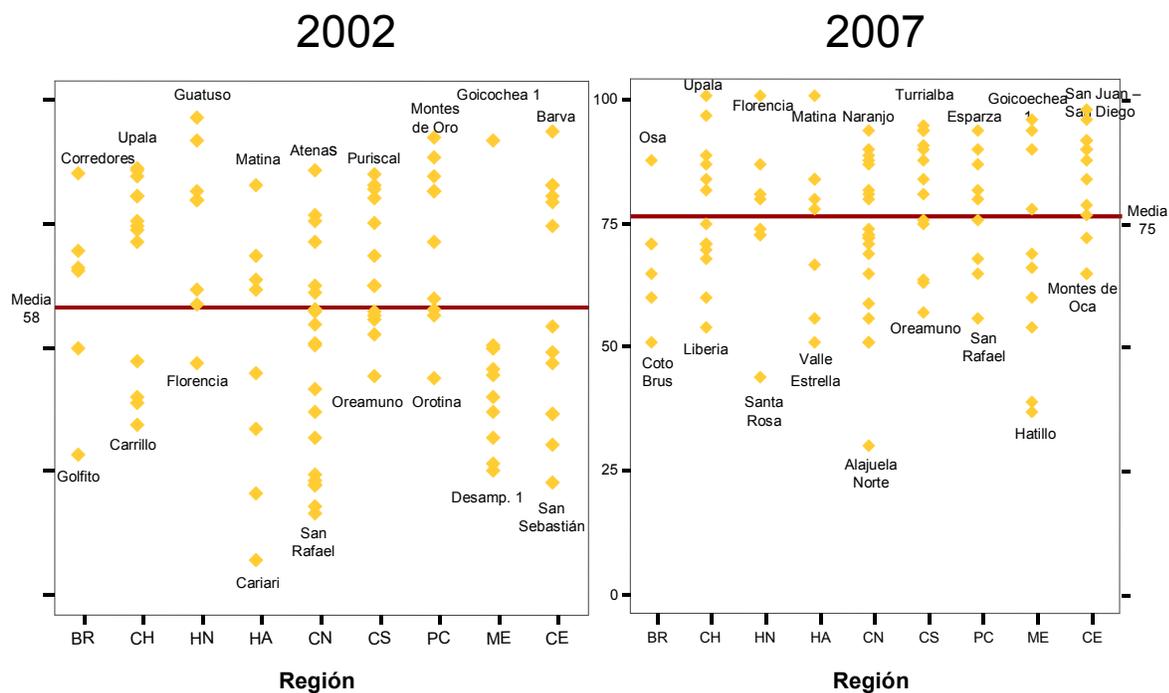


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.3

C.C.S.S: COBERTURA DE MENORES DE UN AÑO CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, POR AREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN , PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007

(porcentaje)

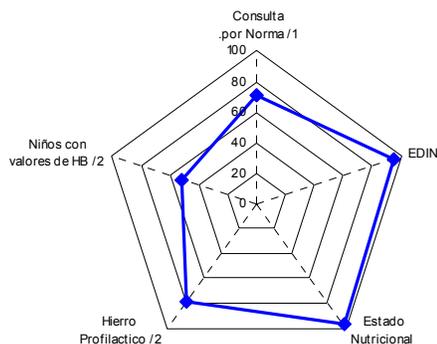


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

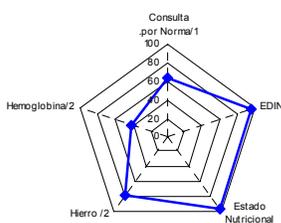
GRAFICO A.4

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, DE MENORES DE UN AÑO, Y SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007

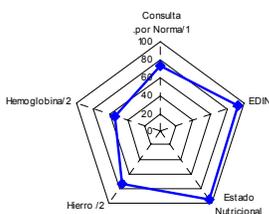
(porcentaje)



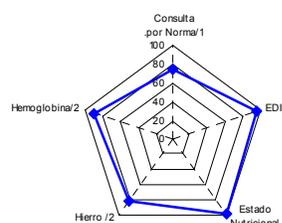
INSTITUCIONAL



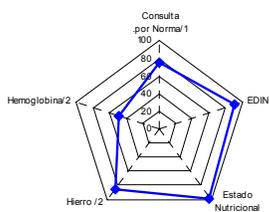
Brunca



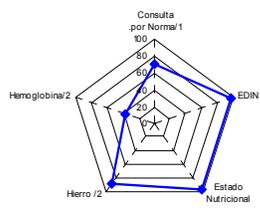
Central Norte



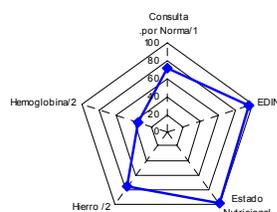
Central Sur



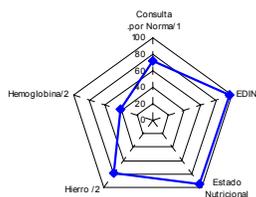
Choroteга



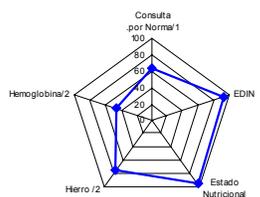
Huetar Atlántica



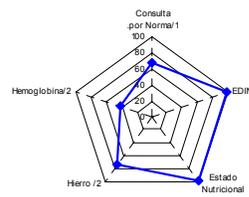
Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana



Compra Externa

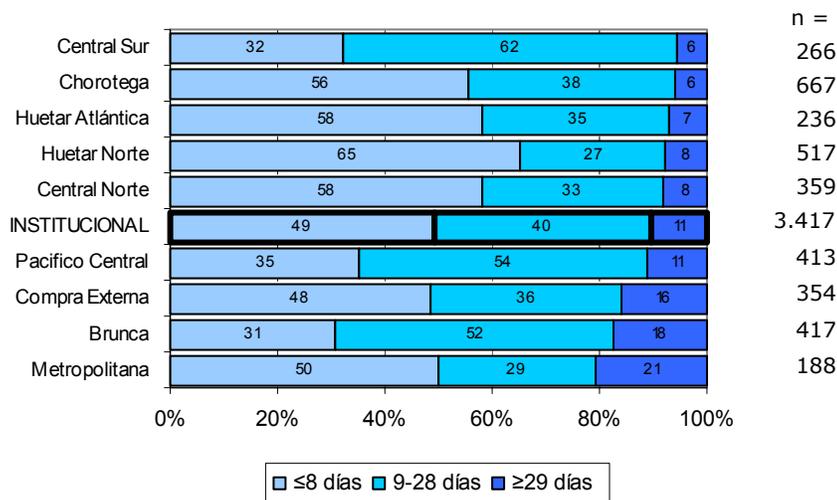
^{/1} Se refiere al cumplimiento de consultas, de acuerdo al número y en los periodos definidos por la Norma

^{/2} Estos porcentajes tienen como denominador los niños de 6 meses y mas.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.5

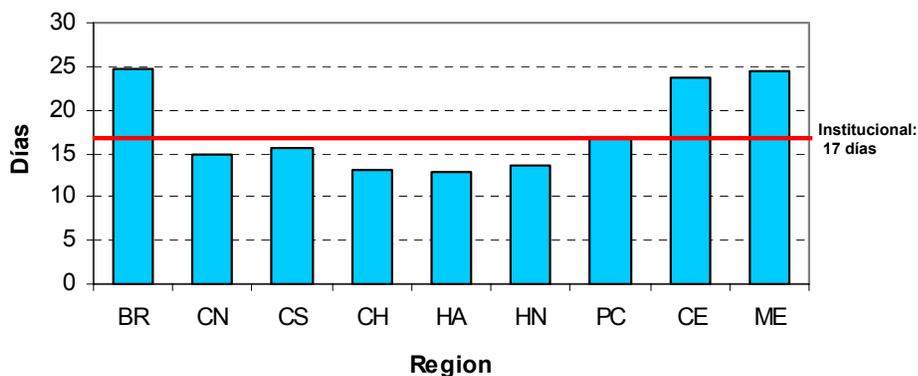
C.C.S.S: NÚMERO DÍAS, EN LA CAPTACION, DE MENORES DE UN AÑO, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.6

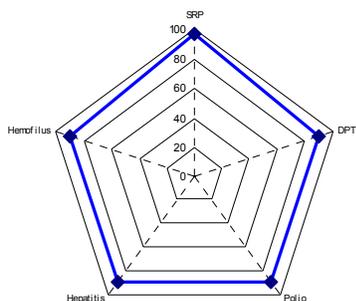
C.C.S.S: PROMEDIO DE DÍAS EN LA CAPTACION, DE MENORES DE UN AÑO, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007



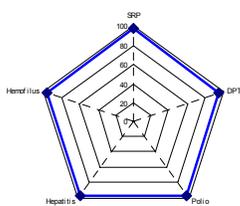
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.7

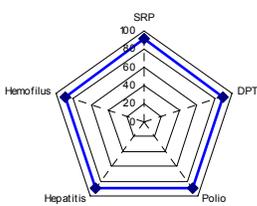
C.C.S.S.: COBERTURA DE VACUNACION, EN NIÑOS DE UNO Y DOS AÑOS, POR TIPO DE BIOLÓGICO, Y POR REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007



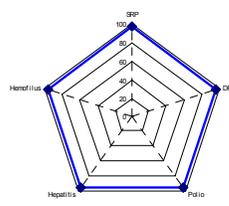
INSTITUCIONAL



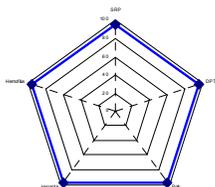
Brunca



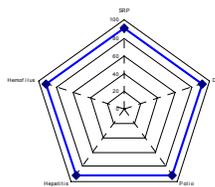
Central Norte



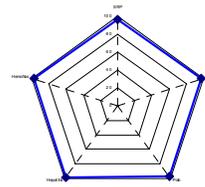
Central Sur



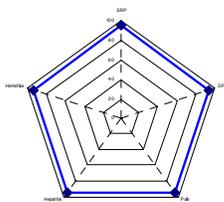
Chorotega



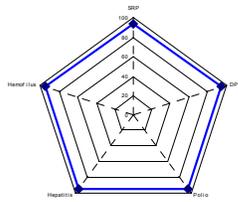
Huetar Atlántica



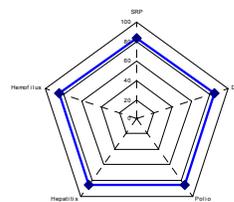
Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana



Compra Externa

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

CUADRO A.2
C.C.S.S: POBLACION, Y COBERTURA, DE NIÑOS DE
UNO A SEIS AÑOS, SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL
DE ATENCION, 2002 Y 2007

(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN ¹	POBLACIÓN		COBERTURA INSTITUCIONAL							
			TOTAL				CON CRITERIOS ²			
			Personas atendidas		Porcentaje		Personas atendidas		Porcentaje	
2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	
Total	425.458	477.788	215.707	233.172	51	49	162.099	200.671	38	42
Brunca	35.817	37.480	17.622	19.375	49	52	14.864	18.365	42	49
Central Norte	74.729	100.287	34.973	43.174	47	43	25.856	40.115	35	40
Central Sur	68.441	83.432	34.905	42.776	51	51	29.977	38.379	44	46
Chorotega	34.456	35.678	20.191	16.977	59	48	14.127	13.558	41	38
Huetar Atlántica	50.378	54.473	23.375	23.788	46	44	16.927	21.789	34	40
Huetar Norte	23.862	24.852	10.475	12.037	44	48	8.543	11.183	36	45
Pacífico Central	23.088	25.795	14.384	13.714	62	53	13.945	12.640	60	49
Metropolitana	61.424	50.396	31.879	25.354	52	50	17.383	20.158	28	40
Compra Externa	53.263	65.395	24.394	35.977	46	55	18.109	33.351	34	51

¹ En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa

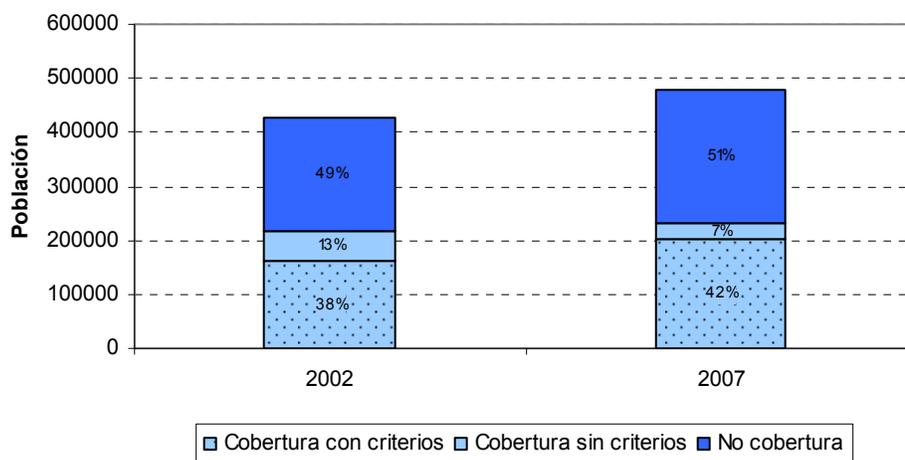
² Se refiere a los criterios de la norma, pactados en los CG

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.8

C.C.S.S.: COBERTURA, DE NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS,
PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007

(volumen y porcentaje)

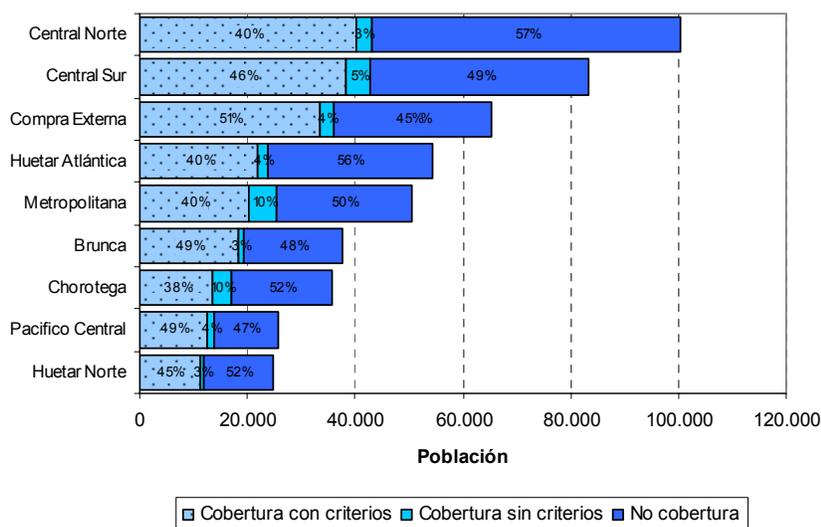


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.9

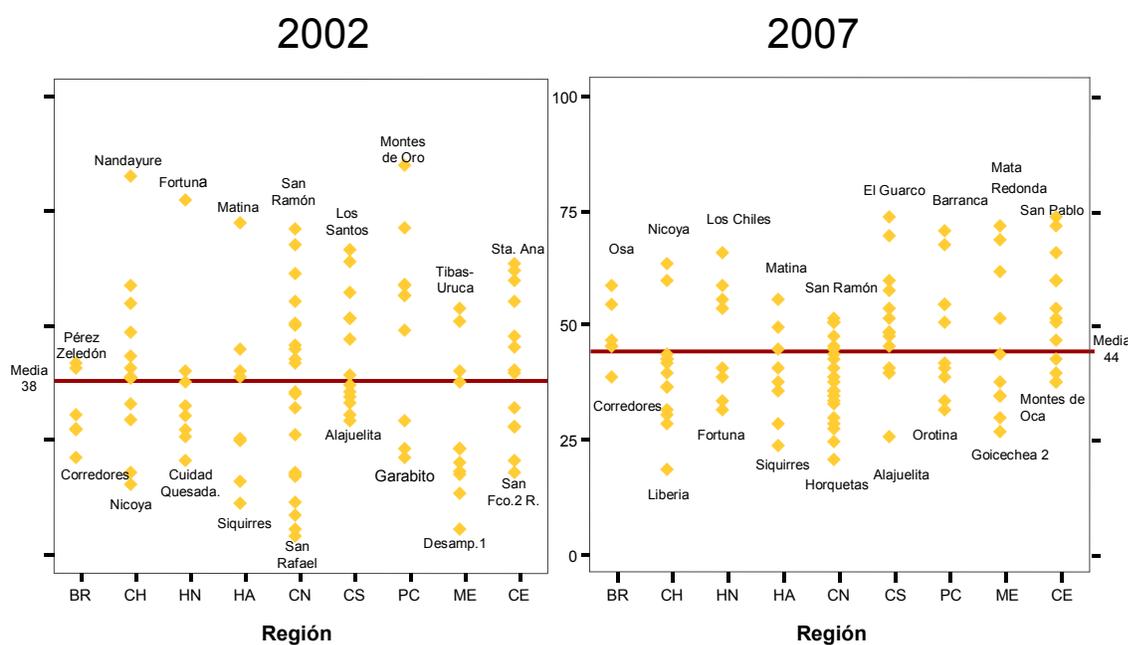
C.C.S.S.: COBERTURA DE NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS, CON
CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, SEGÚN REGIÓN, PRIMER
NIVEL DE ATENCION, 2007

(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.10
C.C.S.S: COBERTURA, DE NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, POR AREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2002 Y 2007
(porcentaje)

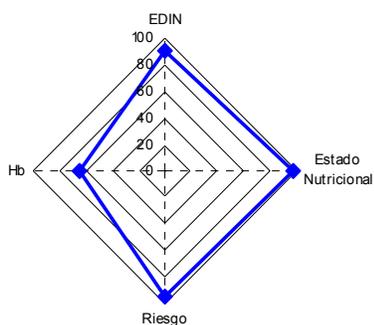


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

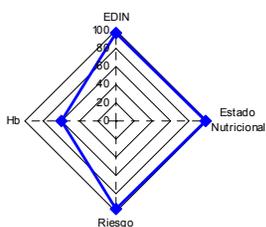
GRAFICO A.11

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, EN NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS,
SEGÚN REGIÓN, 2007

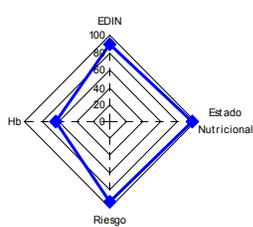
(porcentaje)



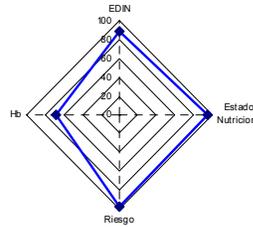
INSTITUCIONAL



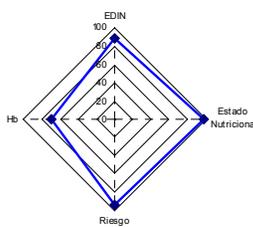
Brunca



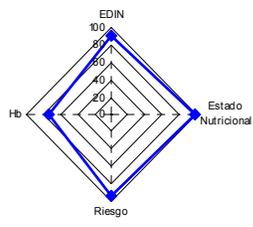
Central Norte



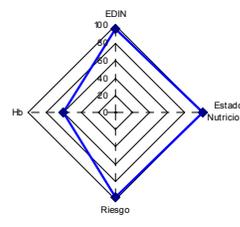
Central Sur



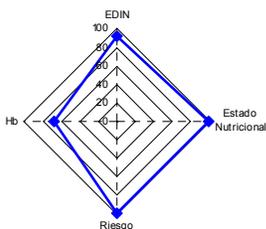
Chorotega



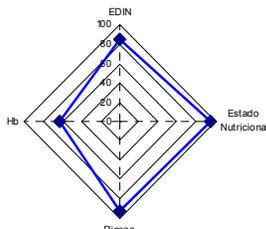
Huetar Atlántica



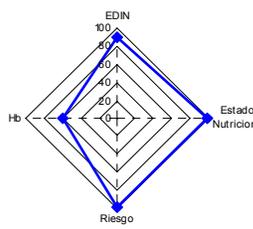
Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana

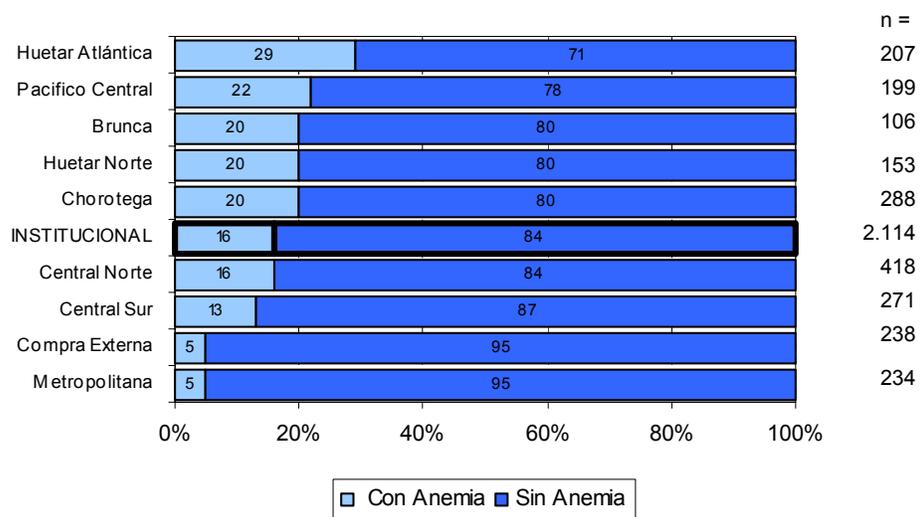


Compra Externa

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.12

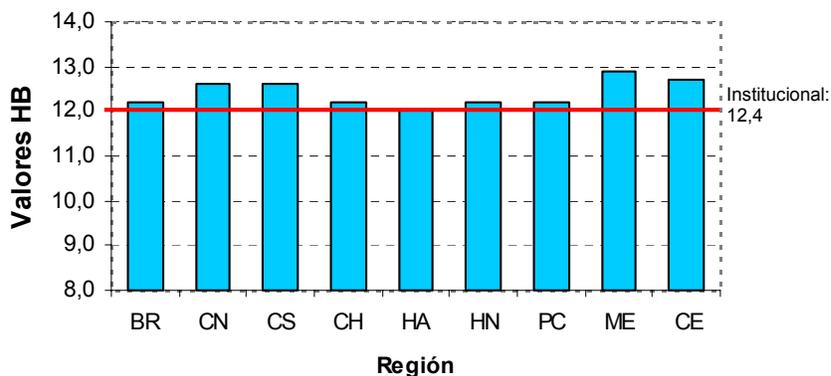
C.C.S.S.: NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS CON VALORES DE HB <11,5 g/100 ml., SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.13

C.C.S.S.: PROMEDIO DE VALORES DE HB EN NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS, SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(valores)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007



CUADRO A.3
C.C.S.S: MATRICULA Y COBERTURA DE ESCOLARES ATENDIDOS
SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2004 Y 2007
(personas atendidas y porcentaje)

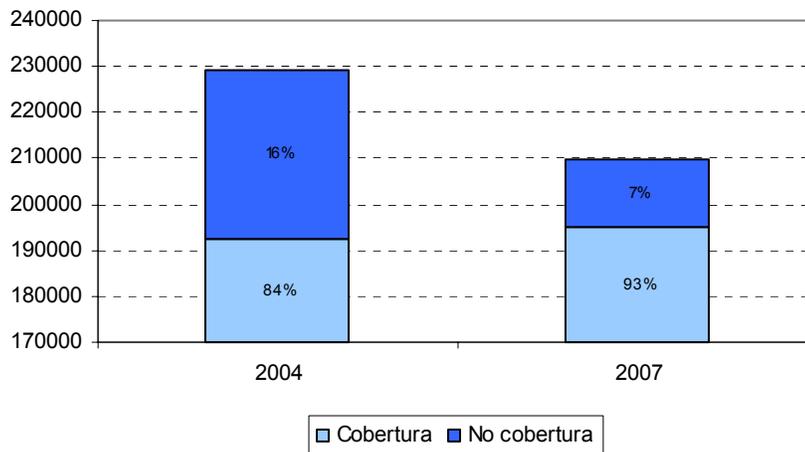
REGIÓN / ¹	MATRICULA ESCUELAS ATENDIDAS		COBERTURA INSTITUCIONAL TOTAL			
	2004	2007	Personas atendidas		Porcentaje	
			2004	2007	2004	2007
Total	229.330	209.622	192.637	194.948	84	93
Brunca	20.122	17.564	15.695	17.037	78	97
Central Norte	37.593	35.705	30.826	33.206	82	93
Central Sur	38.433	36.296	30.746	33.755	80	93
Chorotega	23.298	21.473	20.735	19.111	89	89
Huetar Atlántica	32.828	25.990	24.949	22.351	76	86
Huetar Norte	14.339	13.016	12.762	12.756	89	98
Pacifico Central	15.841	13.810	12.990	12.153	82	88
Metropolitana	20.128	21.291	17.511	20.439	87	96
Compra Externa	26.749	24.477	24.877	23.253	93	95

¹ En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

GRAFICO A.14

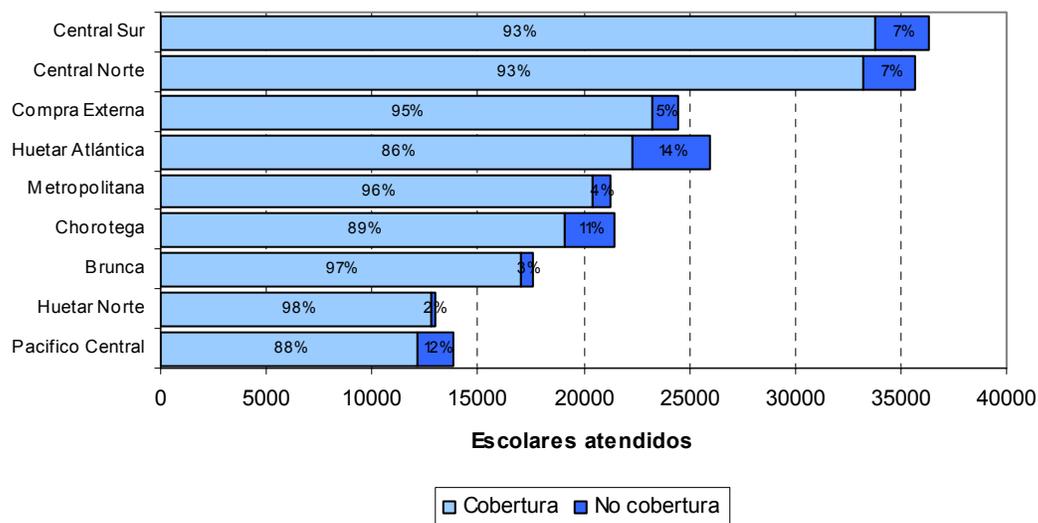
C.C.S.S.: COBERTURA DE ESCOLARES, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007
(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

GRAFICO A.15

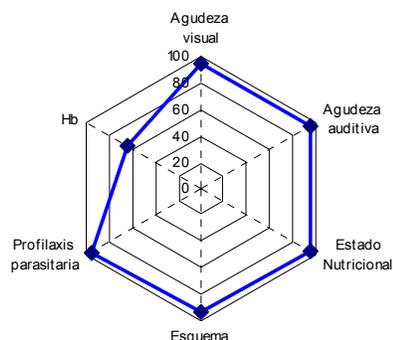
C.C.S.S.: COBERTURA DE ESCOLARES, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(volumen y porcentaje)



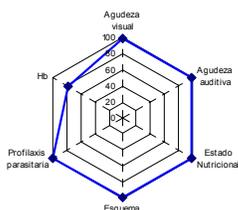
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.16

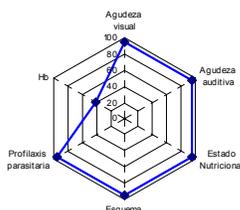
C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE ASPECTOS ANALIZADOS EN ESCOLARES,
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007
(porcentaje)



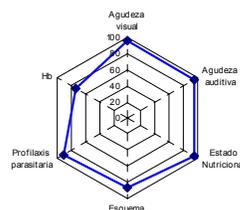
INSTITUCIONAL



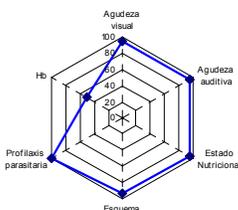
Brunca



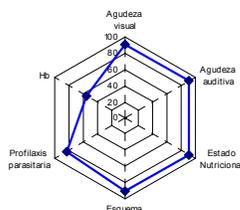
Central Norte



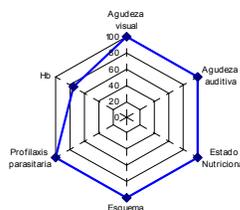
Central Sur



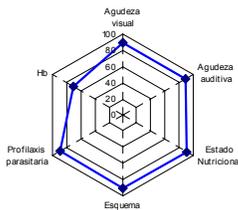
Chorotega



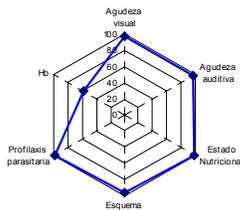
Huetar Atlántica



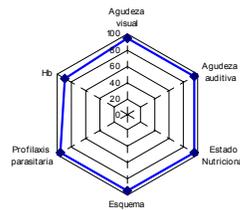
Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana

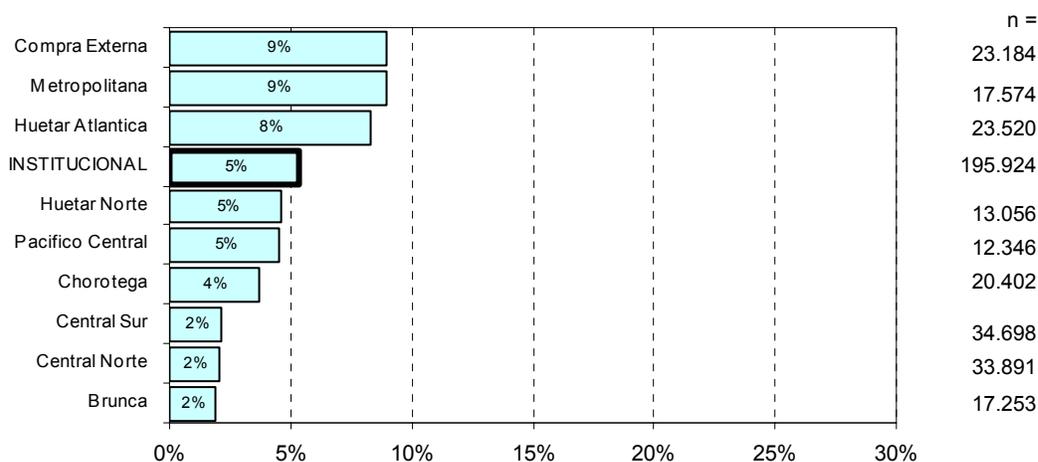


Compra Externa

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.17

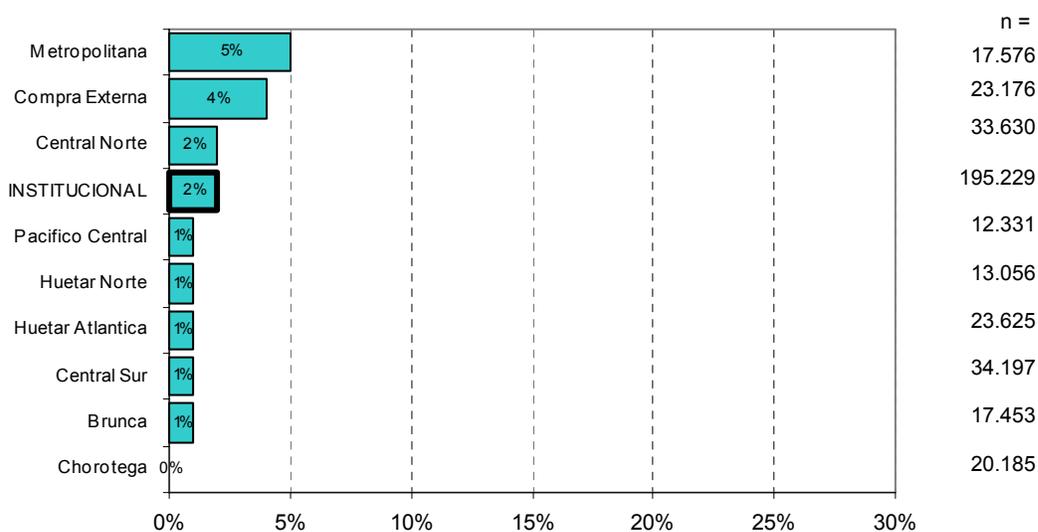
C.C.S.S: ESCOLARES CON AGUDEZA VISUAL ALTERADA,
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.18

C.C.S.S: ESCOLARES CON AGUDEZA AUDITIVA ALTERADA,
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007
(porcentaje)

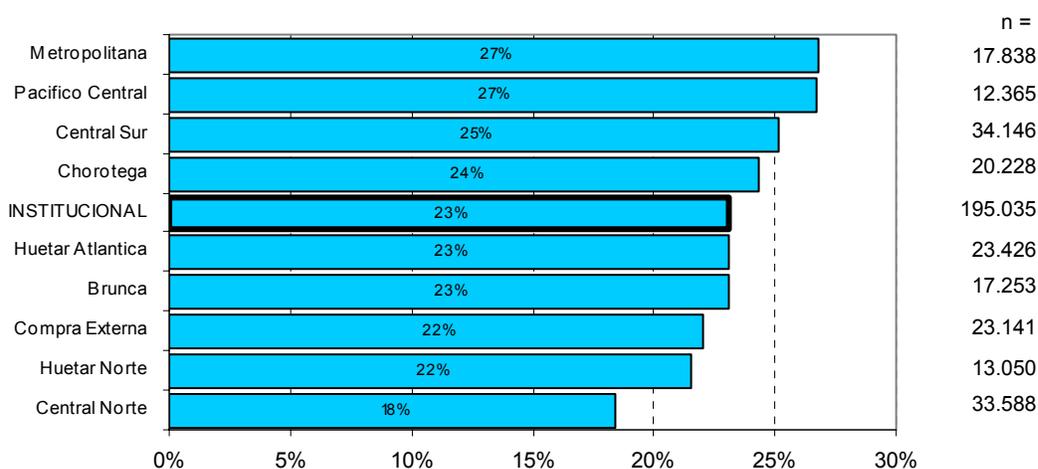


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.19

C.C.S.S: ESCOLARES CON ESTADO NUTRICIONAL ALTERADO,
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007

(porcentaje)

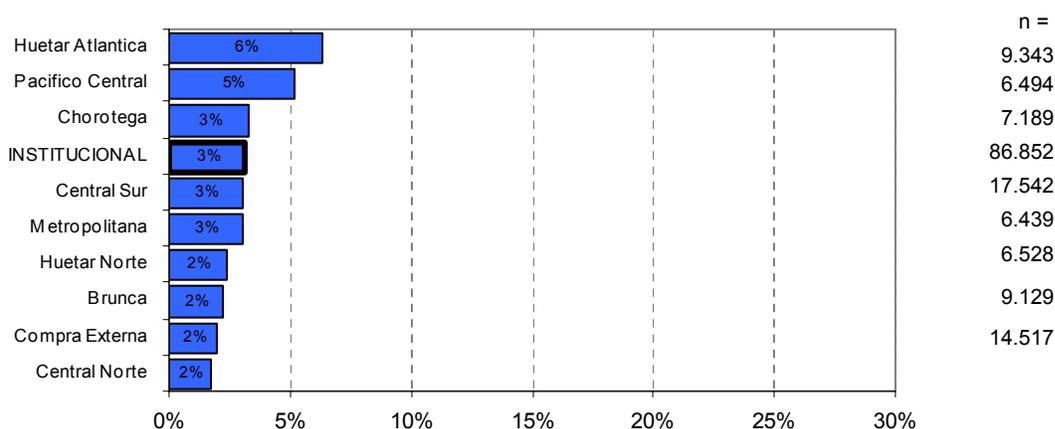


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.20

C.C.S.S: ESCOLARES CON HEMOGLOBINA ALTERADA,
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007

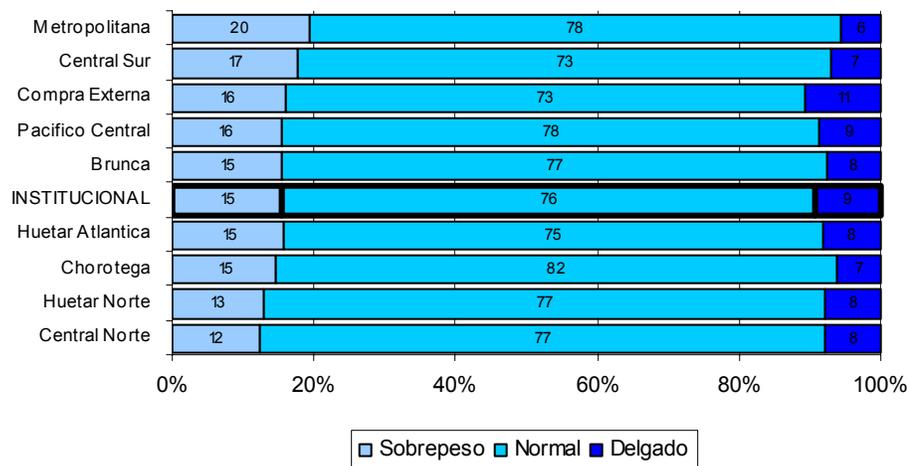
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.21

C.C.S.S: ESCOLARES CON SOBREPESO Y DELGADOS, SEGÚN REGIÓN ,
PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

CUADRO A.4

C.C.S.S: POBLACION Y COBERTURA TOTAL, DE LA ATENCIÓN
ODONTOLOGICA PREVENTIVA, EN NIÑOS DE CERO A
NUEVE AÑOS, PRIMER NIVEL DE ATENCION,
SEGÚN REGION, 2003 Y 2007
(personas atendidas y porcentaje)

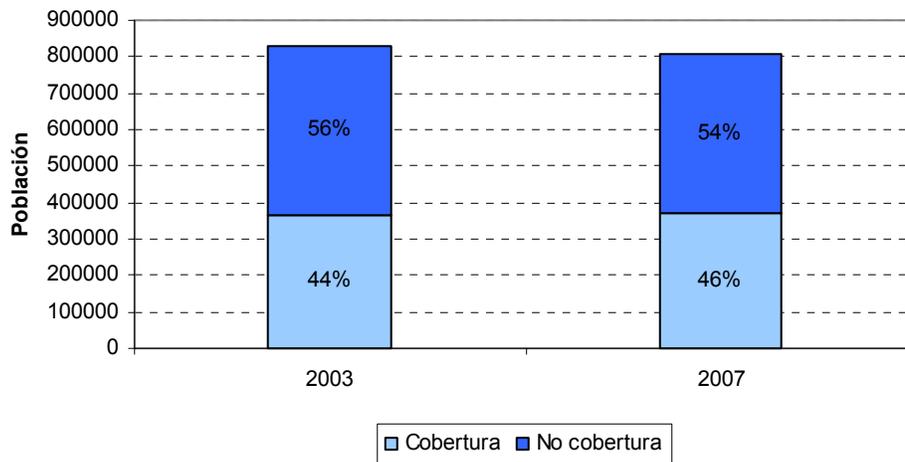
REGIÓN ^{/1}	POBLACIÓN 0-9 AÑOS		COBERTURA INSTITUCIONAL TOTAL			
			Personas atendidas		Porcentaje	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Total	827.484	808.792	360.817	368.862	44	46
Brunca	60.904	633.79	28.016	25.560	46	40
Central Norte	167.907	168.997	78.916	69.123	47	41
Central Sur	137.293	141.184	59.036	62.649	43	44
Chorotega	702.58	60.512	32.319	28.611	46	47
Huetar Atlántica	90.341	91.118	29.813	36.274	33	40
Huetar Norte	44.887	41.048	13.915	22.215	31	53
Pacifico Central	47.756	43.501	28.176	26.289	59	60
Metropolitana	88.174	87.312	41.442	35.797	47	41
Compra Externa	119.964	110.471	49.185	62.344	41	56

^{/1} En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2003 y 2007

GRAFICO A.22

C.C.S.S.: COBERTURA, DE LA ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA, EN NIÑOS DE CERO A NUEVE AÑOS, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2003 Y 2007

(volumen y porcentaje)

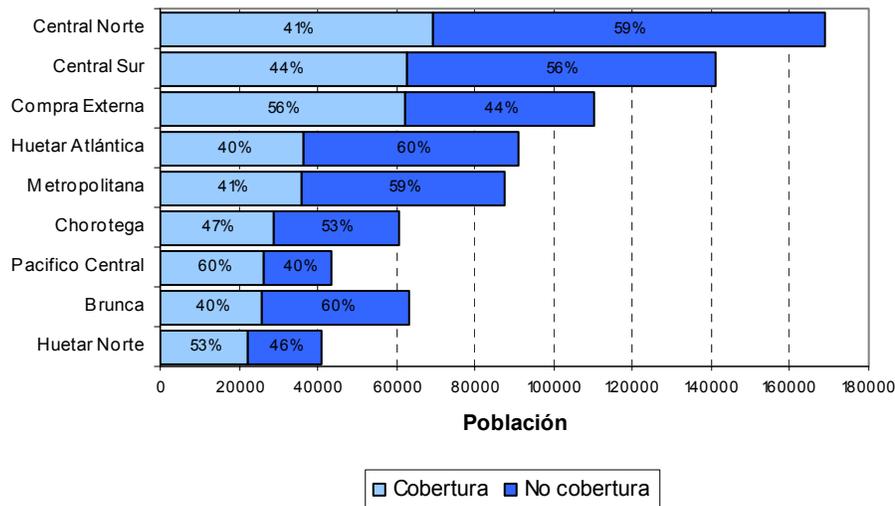


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2003 y 2007

GRAFICO A.23

C.C.S.S.: COBERTURA EN NIÑOS DE CERO A NUEVE AÑOS DE LA ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA, SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2003 y 2007

c. Análisis de los Resultados

Antes de iniciar el análisis de los resultados de la evaluación del año 2007, se hace necesario plantear algunos elementos generales, que servirán de marco de referencia para dicho análisis.

La mayor parte de los resultados, de la atención preventiva, en el ciclo de vida de las personas, esta medido por coberturas. Este concepto, cuyo uso es muy generalizado, a veces se presta a diferentes interpretaciones, por lo que se considera pertinente, clarificar su significado en el marco de los Compromisos de Gestión.

El concepto de cobertura utilizado, se refiere a la utilización de los servicios por parte de la población, que algunos autores denominan "verdadera"²⁰, en donde se relaciona la población que necesita atención y la utilización de servicios por esa población. En el marco de los Compromisos, a esta cobertura se le denomina cobertura total. Además, se ha incorporado el concepto de cobertura con cumplimiento de criterios, el cual, agrega, el cumplimiento de criterios técnicos convenidos, derivados de las normas de atención y que se plasman en las fichas técnicas. Cuando la persona es atendida, pero no se le cumplen **todos** los criterios acordados, se le denomina cobertura sin criterios. De esta forma, la cobertura total, corresponde, para efectos de interpretación de los gráficos y cuadros que se presentan, la suma de la cobertura con y sin criterios.

También se incorpora en el análisis, el concepto de oportunidades perdidas, entendida como la no realización de ciertas atenciones teniendo la posibilidad de hacerlo. Se analizaran dos tipos de oportunidades perdidas: la primera está dada por la cobertura sin criterios y la segunda se ha denominado no cobertura del programa, que corresponden a personas atendidas, pero no se les incluye como parte del programa en la etapa del ciclo correspondiente, probablemente por atenderse solo por morbilidad. Esta última solo se podrá observar en la atención de los adolescentes y adultos mayores ya que se cuenta con la información para realizarlo.

En el análisis de los resultados, las comparaciones porcentuales que se realizan entre los años, se expresan en forma proporcional, no absoluta. Para el cálculo proporcional en primer lugar se calcula la diferencia entre los porcentajes de los años analizados y esta diferencia se divide por el porcentaje obtenido en el año contra el cual se compara el resultado de este informe.

Entrando ya en el análisis de los resultados de la **atención a la infancia**, es claro que en el país la atención de este grupo poblacional es percibida como prioritaria, tanto por los prestadores de servicios de salud, como por la población en general. Esto se refleja claramente en los resultados de las coberturas de atención de los **menores de un año**, que durante el periodo de vigencia de los Compromisos, han sido siempre, las más altas.

En el último quinquenio, se ha logrado incluso mejorar estas altas coberturas, en el ámbito institucional, en un 3%, de 86% a 89%, aunque hay que considerar, que hubo una disminución de la población blanco, pero aún manteniendo la población del 2002, existe un aumento de los niños atendidos.

El cambio mas significativo en este grupo, corresponde a la forma de brindar la atención, aumentándose en forma importante (27%) la cobertura con cumplimiento de criterios, pasando de 58% a 74% lo que tiene como consecuencia, una disminución de una de las formas de oportunidades perdidas, como es, el brindar atención sin

²⁰ Paganini, J.M. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panamericana de Salud Pública 4(5). 1998.

cumplir todas las acciones derivadas de la normativa institucional, que se convinieron como necesarias, para una adecuada atención (Cuadro A.1, Grafico A.1).

El registro de nacimientos y su correcta ubicación según domicilio permanente de la madre, es un elemento de gran importancia cuando se trabaja con coberturas poblacionales, especialmente en este grupo de población. Con frecuencia, existen quejas de las Áreas de Salud por el número de nacimientos que se les asignan, de acuerdo al dato oficial del INEC, aun en aquellas, cuya estructura geográfica coincide 100% con Distritos y Cantones. Este elemento debe ser considerado para su análisis, por las instancias correspondientes, tanto de la CCSS como del INEC, sobretodo, considerando que influye en varias coberturas de atención.

Para tener mayor claridad de lo acontecido con las coberturas en el ámbito Regional, se presenta su comportamiento en el 2007. Se ha considerado importante incorporar, los volúmenes de población, porque los datos porcentuales pueden llevar a confusiones y conclusiones equivocadas.

El primer elemento que salta a la vista, es que existen variaciones entre las Regiones, tanto en las que cumplen como en las que no cumplen los criterios, que finalmente repercuten en variaciones de las personas no cubiertas. Si bien es cierto esta variabilidad no es muy alta, habría que indagar las causas de las mismas, lo que podría evidenciar inequidades en la prestación de servicios.

Como se puede observar, hay Regiones que concentran un volumen importante de población, que tienen coberturas por debajo del promedio institucional y con un porcentaje importante de oportunidades perdidas. Estas Regiones serían prioritarias de analizar, por el peso que representan en el total de nacimientos del país (Grafico A.2).

Al indagar el comportamiento al interior de cada Región, es decir en las Áreas de Salud, se observa con mayor claridad el cambio importante que se ha dado en la atención de los niños, con un mayor cumplimiento de las acciones consideradas básicas para monitorear su crecimiento y desarrollo e identificar oportunamente situaciones anómalas, que puedan ser superadas por medio de los servicios de salud.

Al comparar el año 2002 con el 2007, nuevamente queda clara la variabilidad en la prestación de servicios, en las Áreas de Salud de una misma Región y entre Regiones, que se muestra gráficamente en la dispersión de los resultados. Reconociendo que en el año 2007 se observa una importante mejoría, aun persisten brechas importantes en el desempeño de las Áreas de Salud, que hacen que unas estén muy por encima del promedio institucional y otras muy por debajo, aún en una misma Región. Conocer las causas de estas diferencias, será indispensable para seguir avanzando en mejorar las coberturas con una adecuada estandarización de la atención (Grafico A.3).

El porcentaje de cumplimiento, de los criterios convenidos para la atención de los menores de un año, muestra que en el ámbito Institucional y Regional, la mayor observancia se da en la aplicación del EDIN y la valoración del estado nutricional, seguido por el cumplimiento de consultas según norma y la prescripción del hierro profiláctico. En cambio, el contar con resultados del hemograma para conocer el valor de hemoglobina es el criterio más limitante (Grafico A.4).

La captación temprana de los menores de un año, es esencial para cumplir el objetivo de oportunidad en la identificación de alteraciones y posibles intervenciones para su modificación.

Los resultados del año 2007, indican que aproximadamente la mitad de los niños atendidos, se captan a los 8 días o menos y el 89% en los primeros 28 días, quedando un 11% de los niños atendidos, captados sobre los 29 días, con un promedio institucional de 17 días. Estos resultados son particularmente importantes, ya que según el Estado Mundial de la Infancia 2008²¹, los primeros 28 días del infante son críticos. En América Latina y el Caribe casi el 40% de las muertes infantiles prevenibles, ocurren en las primeras 4 semanas de vida, en la fase neonatal. De acuerdo a los datos del INEC²², la mortalidad infantil en su componente neonatal en el país disminuyó un 5% en el quinquenio, de 7,63 a 7,23 por mil.

En la normativa institucional la captación debe ser a los 8 días, sin embargo, desde los Compromisos, siempre se ha utilizado el plazo de 28 días, de ahí probablemente, que la mayoría de los niños se captan en los primeros 28 días.

Es importante anotar, que el hecho de no ser captados a los 8 días no implica necesariamente, que no se realice oportunamente el tamizaje neonatal. De acuerdo a información del Programa Nacional de Tamizaje, en el año 2007, el 99% de los niños se realizaron esta prueba. Este hecho podría deberse a que posiblemente, hay centros hospitalarios que promueven se lleve a los niños a realizar la prueba en el hospital, al igual que sucede con los niños que atendidos en forma privada. Es probable, que estos elementos también influyan en que la atención no se brinde antes, en las Áreas de Salud.

En todo caso, pareciera importante revisar el periodo de captación temprana definido en los Compromisos, que induzca a su reducción, así como enfatizar desde la gestión, el analizar las Regiones que se encuentran sobre el promedio institucional tanto en días de captación como en porcentaje de niños captados sobre los 29 días (Grafico A.5 y A.6).

La inmunización activa con vacunas, es una actividad esencial en la atención de los niños en este periodo de la vida, por su efectividad en prevenir la enfermedad y en evitar daños subsecuentes. Los datos de la evaluación del año 2007, muestran una mejoría con respecto a los del año 2002, sin embargo, en el ámbito institucional, no se alcanzan coberturas útiles $\geq 95\%$, que según OPS/OMS, logran protección y evitan brotes. En el ámbito Regional, cinco de las nueve categorías definidas como Región, alcanzan estas coberturas protectoras.

Es importante recalcar, que se esta contabilizando solo las vacunas aplicadas por los servicios de salud públicos, sin considerar los privados. En el año 2006, los niños vacunados privadamente correspondían a un 4,3%²³, lo que en el ámbito Nacional podría elevar estas coberturas.

Llama la atención, los resultados en términos porcentuales de las coberturas en las Áreas de Compra Externa, situación que amerita un estudio de sus causas, posiblemente uno de los elementos que influye sea el volumen de niños que se atienden en forma privada.

También, pareciera que existe mayor dificultad para lograr coberturas adecuadas en biológicos que se deben aplicar después del año de edad, aun en su primera dosis,

²¹ UNICEF. El estado de los Niños en el Mundo. 2008

²² INEC. Mortalidad Infantil y evolución reciente, 2007. Boletín Anual. 2008

²³ Machado V, Castillo J, Badilla X. Comportamiento de las coberturas de vacunación en niños menores de tres años. Costa Rica, 2002 - 2006. CCSS, 2006

como es el caso de SRP, en donde la mitad de las Regiones logran coberturas inferiores al resto de biológicos²⁴ (Grafico A.7).

Esta situación se ha planteado en el estudio de Machado, en donde se indica que "es una edad que parece estar asociada a menor oportunidad de vacunación o tendencia al abandono de los esquemas iniciados". También se advierte en el estudio, sobre el incremento del riesgo que esto representa, por contacto con enfermedad importada, como ha sido la situación del país, respecto a sarampión y rubéola desde 1999, debido a la acumulación de susceptibles.

Uno de los indicadores utilizado en otros países como la Unión Europea²⁵, para valorar esta intervención, además de las coberturas, es la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación. De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud, los casos registrados entre el año 2002 y 2006 son casi inexistentes, es así como, la rubéola, sarampión, tétanos, tétanos neonatal y polio, han presentado tasas de 0,01 o 0,02 (corresponde a uno o dos casos) por 100.000/hab. en el año 2002, a tasas de 0,00 a partir del 2004 hasta el 2006. La única enfermedad que registra casos y que ha ido en aumento es la tosferina, que pasa de una tasa de 0,83 por 100.000/hab. en el 2002 a 9,29 en el 2006, con 408 casos²⁶.

Esto sugiere que la intervención realizada ha cumplido su objetivo, lo que no significa que existan aspectos a mejorar como la calidad de la misma, por ejemplo, disminuyendo las tasas de deserción.

Es importante indicar con respecto a tosferina, que el brote del 2006-2007 ha sido uno de los más significativos por el aumento en el número de casos y hospitalizaciones. Según el informe preliminar elaborado en el país por las instituciones de salud²⁷, el contagio de esta población resulta de la transmisión por medio de adolescentes y adultos, ya que la inmunidad por vacunación se pierde con los años. Ante esta situación, las autoridades y grupos técnicos del país deciden implementar una estrategia de vacunación de mujeres durante el postparto, como una medida de prevención control. Actualmente los encargados del programa realizan el análisis la evaluación del impacto de esta estrategia, y a partir de los resultados, se definirá si se requieren cambios en el esquema de vacunación.

Con respecto a la **atención de los niños de uno a seis años**, los datos del 2007 muestran una leve disminución de un 4%, en la cobertura total (de 51% a 49%), a pesar de haberse incrementado el número de niños atendidos. En el ámbito Regional solo tres Regiones aumentan la cobertura total, con respecto al 2002.

Es importante visualizar que este grupo de población, tiene un peso poblacional muy significativo, llegando a cubrir casi medio millón de personas. Además, la experiencia de evaluaciones anteriores, orienta al menos, sobre dos elementos que afectan la utilización de servicios. La aparente menor percepción de riesgo por parte de los encargados de los niños, a medida que se aumenta la edad sobre un año, en donde se

²⁴ Es probable que estos datos de cobertura tengan diferencias con lo que presenta oficialmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), debido a que este programa recalcula estas coberturas, con los nacimientos del año correspondiente.

²⁵ OECD. Health Care Quality Indicators Project 2006. Paris, 2007

²⁶ Ministerio de Salud. Casos registrados de Enfermedades de Declaración Obligatoria, según causa específica, por año de ocurrencia. Costa Rica 2002-2006. Dirección Vigilancia de la Salud. Unidad de Información Estadística.

²⁷ MS, CCSS, OPS. Epidemiología y estrategias de prevención y control de la tos ferina en Costa Rica, Versión Preliminar. Marzo, 2008

da menor importancia a su control. Por otra parte, desde la prestación de servicios existen dificultades para realizar una búsqueda activa de estos niños, por su volumen y que por lo general no se encuentran en sitios cautivos.

En todo caso, las coberturas totales logradas, probablemente sean las mas altas obtenidas a nivel de país, ya que la prioridad de la atención infantil se ha enfatizado principalmente en los menores de un año.

En cambio, la cobertura de atención con cumplimiento de criterios, desde sus inicios ha mostrado una menor brecha con respecto a la cobertura total. En este grupo de población, disminuyéndose la misma, casi a la mitad en el año 2007, pasando de 13% a 7%.

Este hecho significa que a la mayor parte de los niños atendidos se les brinda una atención adecuada que muy probablemente redundará en efectos positivos en el crecimiento y desarrollo de los mismos. Otro elemento positivo de esta situación es que las oportunidades perdidas por no cumplimiento de criterios en la atención, también tienen una importante reducción. No obstante, no se puede pasar por alto que la mitad de los niños de este grupo, no están siendo controlados (Cuadro A.2 y Gráfico A.8 y Gráfico A.9).

Si se explora la situación en las Áreas de Salud, con respecto a las coberturas con cumplimiento de criterios, en los años 2002 y 2007, es evidente la mejoría alcanzada en un grupo poblacional voluminoso y de difícil captación. Además, se aprecia una disminución en la variabilidad de la atención, lo que denota una mayor estandarización en la prestación de servicios (Gráfico A.10).

El cumplimiento de criterios en este grupo es elevado, a excepción de la realización del hemograma, al igual que en los menores de un año. A pesar de ser prescrito, solo un poco más de la mitad de los niños atendidos cuentan con un resultado, que permita valorar su situación y actuar oportunamente en caso de ser necesario. Este escenario se reproduce en el ámbito Regional (Gráfico A.11).

Con los datos existentes sobre valores de hemoglobina, se calculó el porcentaje de niños con anemia (Hb. <11.5 g/100 ml.), el cual se ubica en un 16% en el ámbito Institucional, sin embargo, existen variaciones en las Regiones llegando a ser el valor máximo de 29% en la Región Atlántica. Solo tres Regiones se ubican bajo el porcentaje institucional. Sin embargo, el promedio institucional de valor de Hb, es de 12,4 g/100 ml. (Gráfico A.12 A.13).

En el ámbito nacional, en el año 1999 se reporta que la anemia en preescolares representaba un 26%²⁸, la actual encuesta nutricional en curso, brindará una información mas actualizada, que permita comparar los datos que se presentan y saber si es un reflejo de lo que sucede en la población en general o es una característica de los niños que se atienden en los servicios de salud.

En todo caso, un 16% pareciera un porcentaje digno de tomar en cuenta, considerando, las repercusiones de este problema de salud en el aprendizaje y desarrollo futuro de los niños, sino se detecta y trata oportunamente. Por otra parte, se refuerza la necesidad de fortalecer la educación por parte del personal de salud, a los encargados de los niños, sobre la importancia de la realización de este examen.

²⁸ Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Prevención de Deficiencias de Micronutrientes 1999-2002. Costa Rica, 1999.

La atención de los **escolares**, por su parte, también muestra una mejoría de un 11% en la cobertura en el año 2007, con respecto al 2004. En el ámbito Regional, todas las Regiones presentan un aumento de cobertura, aunque persisten diferencias entre ellas. Estos resultados significan un descenso importante de la población no cubierta (Cuadro A.3 y Gráficos A.14 y A.15).

Se debe recordar, que la población blanco en el escenario escolar corresponde a los primeros, terceros y sextos grados, de las escuelas públicas atendidas por la CCSS. Esto pudiera minimizar la relevancia de estos resultados, si se piensa que el volumen atendido es muy poco, sin embargo, esta no es la situación, ya que de acuerdo a los datos suministrados por Estadísticas del MEP, los niños atendidos en el escenario escolar, corresponde al 89% del total de la matrícula²⁹, en el año 2007, en estos tres grados, en las escuelas públicas del país.

Este hecho evidencia el esfuerzo institucional por cubrir a este grupo de población, en un escenario no tradicional para la práctica institucional, lo que brinda una importante oportunidad para detectar tempranamente alteraciones, que pueden ser modificables y de esta forma facilitar su aprendizaje y promover su adecuado desarrollo.

El visualizar como se está haciendo uso de esta oportunidad, se puede observar en el porcentaje de cumplimiento de los aspectos analizados en el escenario escolar. Los resultados del año 2007 muestran tanto en el ámbito Institucional, como por Región, que el 90% y más de los niños fueron valorados en todos los aspectos analizados. La importante excepción, vuelve a presentarse en relación a tener resultado del hemograma para tamizaje de la anemia. En el ámbito Institucional, solo en el 63% de los niños se pudo cumplir esta acción, incluso en algunas Regiones el cumplimiento es de 40 y 50% (Gráfico A.16).

De la experiencia existente, se puede indicar al menos dos factores que pueden incidir en esta situación. Por un lado, posibles problemas de capacidad instalada en los servicios, por limitación de recurso humano para la toma de la muestra o falta de reactivos. Por otro lado, se comenta que la falta de autorización de los padres para la realización del examen es frecuente, situación que deberá trabajarse fuertemente desde la perspectiva educativa, tanto con los padres como con los docentes, para tener un aliado multiplicador del mensaje.

Unido a lo anterior, pareciera importante clarificar, en la normativa institucional las circunstancias en que se aceptará no realizar el examen; si es, al tener la negativa expresa de los encargados, o cuando falta la autorización expresa. Estos criterios se aplican en forma diferente por las Áreas de Salud.

De las valoraciones que si cuentan con datos, se muestra el resultado de los niños identificados con alteraciones. Del total de niños valorados, el 5% tenía alteraciones de la agudeza visual, el 2% en la agudeza auditiva, el 23% en su estado nutricional y un 3% se encontró con anemia (Gráfico A.17, A.18, A.19 y A.20). En el ámbito Regional se reproduce este comportamiento, sin embargo, se recomienda revisar las diferencias existentes entre Regiones, sobre cada uno de los aspectos analizados.

Dado el porcentaje importante de malnutrición, se hace necesario conocer su distribución en términos de malnutrición por exceso o déficit. Los datos de la evaluación muestran, que el sobrepeso se presenta en el 15% de los niños valorados por los servicios de salud, y la categoría de delgado en un 9% (Gráfico A.21).

²⁹ Estadísticas del MEP, reporta que la matrícula de los primeros, terceros y sextos, de las Escuelas Públicas del país, fue de 235.655 niños en el 2007.

Si se comparan estos resultados con los obtenidos con la Encuesta Nacional realizada en el 2002³⁰, se observa que el porcentaje de malnutrición presenta una disminución de 12%, de 26% a 23%. El sobrepeso por su parte, pasa de 21% a 15% lo que representa un 28% de disminución, en cambio, el porcentaje de niños delgados presenta un aumento de 50%, de 6% a 9%. Con respecto al tamizaje por anemia, existe una disminución de un 62%, al pasar de un 8% a un 3%, en esta evaluación.

Los datos sobre malnutrición, avalan la necesidad de contar con procesos de vigilancia del estado nutricional de los niños. Para aportar en esta dirección, desde los Compromisos se ha estimulado, el crear condiciones sobre esta iniciativa. Los resultados de la evaluación muestran que el 96% de las Áreas de Salud han desarrollado procesos de análisis del estado nutricional de los escolares, el 95% han brindado capacitación al personal en toma de medidas antropométricas y el 84% ha dado mantenimiento y calibración a las balanzas.

Sin duda, estas acciones serán un importante apoyo en pro de dar un monitoreo oportuno al estado nutricional de los niños, sin embargo, se hace indispensable desarrollar actividades de promoción de la salud orientada a promover estilos de vida saludables, contar con un sistema de información que facilite la toma de decisiones informadas, así como elaborar y aplicar lineamientos técnicos con respecto al abordaje de los problemas de malnutrición en los distintos niveles de atención.

Lo anterior, unido al fortalecimiento del recurso humano especializado en la materia, en las Áreas de Salud. La sinergia de estas acciones probablemente pueda minimizar el efecto de la malnutrición especialmente por exceso, como un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, y su consecuente repercusión en la situación de salud de los niños en el futuro.

Otra de las áreas de atención de gran interés en la infancia, es la atención odontológica. Desde los Compromisos se da seguimiento a la atención odontológica preventiva, con intervenciones que tienen como objetivo crear una barrera sanitaria, en la aparición de alteraciones, en la salud bucodental. En este ámbito, los resultados del 2007 muestran que la cobertura institucional de atención tuvo un ligero aumento de 4,5%, con respecto a lo logrado en el 2003, como resultado de un comportamiento regional muy variado, marcado por Regiones con importantes progresos y otras con descensos.

Aunque la mitad de la población meta aún no se cubre, hay que recordar que esta conformada por niños de cero a nueve años lo que agrupa un volumen de población muy alto, como se muestra en los gráficos. Sin embargo, de acuerdo a datos del Sistema de Vigilancia de la Condición de Salud Bucodental (SIVEO) se advierte mejorías si se compara la categoría higiene del estado periodontal (indicador utilizados en la vigilancia), el cual en el año 2001 mostraba que solo el 15% de los niños atendidos se encontraban en forma adecuada, en cambio en el año 2004, esta cifra aumentó aproximadamente al 80%³¹.

Esto significa que gran cantidad de estos niños tendrán menos riesgo de desarrollar problemas periodontales y caries. Aunque existen avances, estos no son suficientes, y muestran la necesidad de seguir impulsando acciones de promoción y prevención, que

³⁰ CCSS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Escolar en el 2002. Programa Salud del Niño y la Niña

³¹ CCSS. Sistema de Vigilancia de la Condición de Salud Bucodental (SIVEO). DDSS. SubArea de Odontología



siguen siendo en la práctica actual porcentualmente bajas, lo cual no armoniza con la normativa institucional al respecto (Cuadro A.4 y Gráficos A.22 y A.23).

De acuerdo a los resultados presentados, en relación a la atención en la infancia, es claro que las diferentes intervenciones evaluadas han presentado mejorías tanto en el volumen de niños atendidos como en el cumplimiento de la normativa institucional. Sin embargo, estos progresos no se dan por igual en las diferentes Regiones del país y aún dentro de las Áreas de Salud al interior de cada Región, situación que riñe con el principio de equidad, definido en el Modelo de Atención.

También es necesario enfatizar en minimizar al máximo las oportunidades perdidas por no cumplimiento de la normativa, aspecto que esta relacionado fundamentalmente con la gestión de la atención, sin que se requiera, específicamente, un aumento de recursos.

Pareciera adecuado a la luz de estos resultados, el desarrollo de un proceso educativo por parte de los Servicios de Salud y a nivel de medios de comunicación, dirigido a los encargados de los niños que informe y sensibilice sobre la relevancia del control preventivo más allá del año de edad, en donde se incluya la necesidad de realización de los exámenes de laboratorio prescritos, por la importancia que reviste para el adecuado seguimiento del crecimiento y desarrollo y de la detección y abordaje oportuno de las alteraciones identificadas.

La atención de los problemas de mal nutrición, en esta etapa de la vida es indispensable, por lo que no se debe tardar más, en brindar los recursos necesarios para prevenir y abordar este problema de salud.

El precisar los efectos de estos resultados, en la situación de salud de los niños es aventurado, no obstante, el mejoramiento continuo en el número de niños atendidos y con una atención apropiada, unido a las diferentes intervenciones que se brindan, debería contribuir en el adecuado desarrollo de los niños y crear condiciones favorables en su situación de salud futura. Algún grado de contribución tendrán estos resultados, en el mantenimiento de una baja mortalidad infantil, así como en la no existencia de brotes de las enfermedades prevenibles por vacunación, entre otros.

2. Atención en la adolescencia

El período comprendido entre los 10 y 19 años se ha definido en el ciclo de vida como la adolescencia. En esta fase, las personas experimentan una diversidad de cambios relacionados con el crecimiento y la maduración, que se constituye en el puente imprescindible de transitar al pasar de la etapa infantil a la adulta³².

No obstante, es una etapa en que los jóvenes están sometidos a presiones y consejos así como a las contradicciones del mundo adulto. Su entorno social natural y su propio desarrollo psicobiológico tienen gran influencia en lo que protege y promueve su salud o genera enfermedad, es decir en su proceso salud-enfermedad. A lo anterior,

³² Mariano H, Fernández A., Ramos M. La salud de los Jóvenes. (Gac.Sanitaria:18 (supl 1) 47-55. 2004

se agrega el hecho de que muchos de los hábitos y las decisiones que se toman durante esta etapa contribuyen a su estado de salud cuando adultos³³.

Para el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, esta etapa, se visualiza, como un proceso dinámico e integral, con características particulares, que trasciende lo biológico, en donde los adolescentes se consideran sujetos de derechos, con potencialidades para ser protagonistas en su propio desarrollo³⁴.

En Costa Rica la población adolescente, constituye un grupo demográficamente importante, la tasa de mortalidad es muy baja 0,28/1000 hbtes en el grupo de 10-14 años y 0,58/ 1.000 hbtes en el grupo de 15-19 años en el 2002. En este último grupo las principales causas son, accidentes de tránsito, ahogamiento y suicidio³⁵.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Desde los Compromisos de Gestión, ha sido una preocupación constante el influir en promover el acceso de esta población a los Servicios de Salud, para aumentar año a año las coberturas de atención.

Las principales orientaciones, están relacionadas con dar seguimiento a su crecimiento y desarrollo y a la detección de factores de riesgo, de acuerdo a los lineamientos técnicos institucionales y a las metodologías de identificación de riesgos definidas³⁶. También, se ha enfatizado en el uso del escenario escolar con población cautiva, sin desconocer que la mayor vulnerabilidad podría estar en los no escolarizados, sin embargo esto requerirá de estrategias de abordaje diferentes.

Crterios para evaluar la Atención en la Adolescencia

Valoración e interpretación del estado nutricional
Valoración del crecimiento y desarrollo.
Valoración del riesgo psico-social y biológico. Incluye plan de seguimiento en el caso de identificar factores de riesgo.
Consejería en temas:
 Educación Sexual
 Prevención del embarazo
 Prevención en Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

Referencia: CCSS-DCSS., Indicador: Cobertura de adolescentes a los que se les brinda atención individual con cumplimiento de criterios. Compromisos de Gestión 2007

³³ Mariano H, Fernández A., Ramos M. La salud de los Jóvenes. (Gac.Sanitaria:18 (supl 1) 47-55. 2004

³⁴ CCSS. Bases Programáticas: Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la CCSS. Dirección de Desarrollo de la Salud. Departamento Salud Integral a las Personas. Noviembre,2005

³⁵ CCSS. Bases Programáticas: Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la CCSS. Dirección de Desarrollo de la Salud. Departamento Salud Integral a las Personas. Noviembre,2005

³⁶ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Normas de atención integral de salud en el primer nivel de atención. CCSS; 1995.



Unido a lo anterior, se orienta también en la realización de acciones preventivas con respecto a la salud bucal de los adolescentes, de acuerdo a lo indicado en la normativa institucional.³⁷

Atención Odontológica en Adolescentes
--

Cobertura de atención preventiva con ejecución de una o más de las siguientes actividades:
--

Aplicación de fluoruros (gel, autoaplicaciones o enjuagatorios)

Sellantes de fosas y fisuras

Instrucciones de fisioterapia oral (IFO)
--

Referencia: CCSS-DCSS. Ficha: Atención odontológica preventiva. Compromisos de Gestión 2007

³⁷ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Normas de prestaciones odontológicas. CCSS; junio 1997

b. Resultados de la Evaluación

CUADRO A.6

C.C.S.S: POBLACION Y COBERTURA, DE ADOLESCENTES SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007

(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN ¹	POBLACIÓN		COBERTURA INSTITUCIONAL							
			TOTAL				CON CRITERIOS ²			
			Personas atendidas		Porcentaje		Personas atendidas		Porcentaje	
2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	
Total	802.605	891.016	241.584	270.949	30	30	199.046	240.574	25	27
Brunca	57.065	68.517	13.924	23.017	24	34	12.897	22.611	23	33
Central Norte	139.542	184.340	43.677	47.702	31	26	31.676	42.398	23	23
Central Sur	128.365	153.544	41.205	43.943	32	29	36.969	39.921	29	26
Chorotega	65.507	75.507	21.683	22.420	33	30	14.608	18.122	22	24
Huetar Atlántica	78.992	92.010	21.960	24.146	28	26	19.195	23.003	24	25
Huetar Norte	40.510	44.965	9.763	13.127	24	29	7.818	11.691	19	26
Pacífico Central	41.215	46.825	16.981	15.701	41	34	14.178	14.984	34	32
Metropolitana	133.914	96465	32.541	30.758	24	32	25.711	24.116	19	25
Compra Externa	117.495	128.843	38.891	50.135	33	39	35.014	47.672	30	37

¹ En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

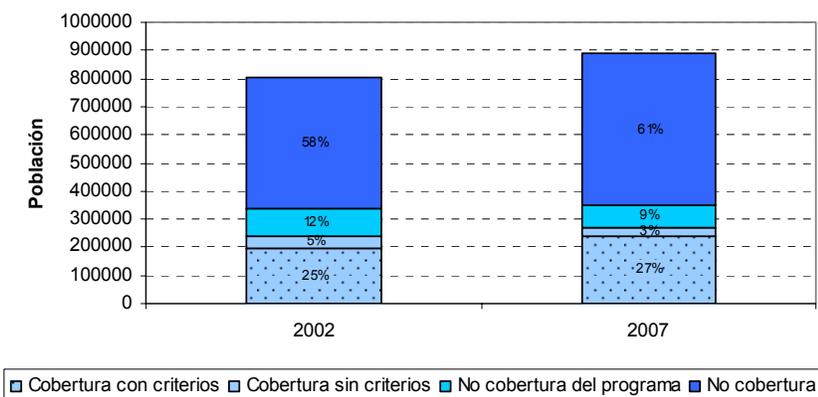
² Se refiere a los criterios de la norma pactados en el CG

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.24

C.C.S.S.: COBERTURA, DE ADOLESCENTES, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007

(volumen y porcentaje)

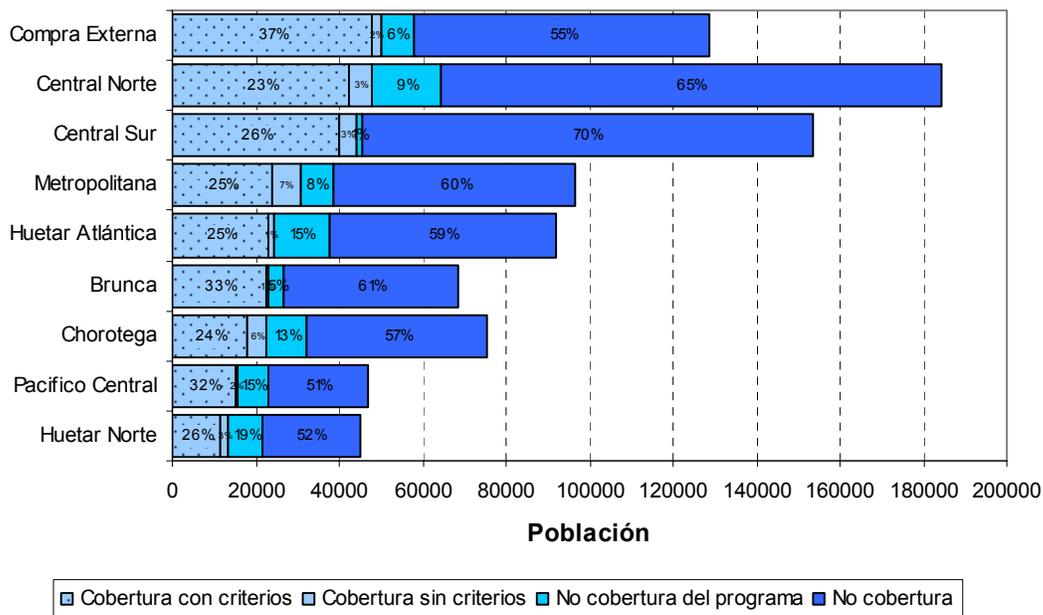


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.25

C.C.S.S.: COBERTURA, DE ADOLESCENTES, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

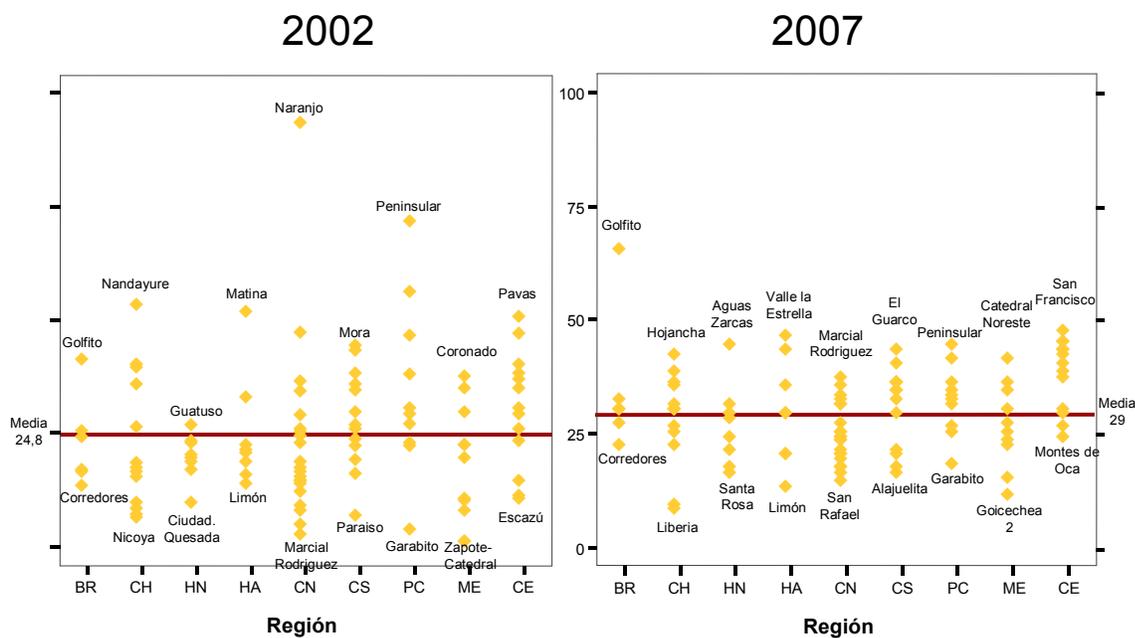
(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.26

C.C.S.S: COBERTURA DE ADOLESCENTES, CON CUMPLIMIENTO DE
CRITERIOS, POR AREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN,
PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007
(porcentaje)

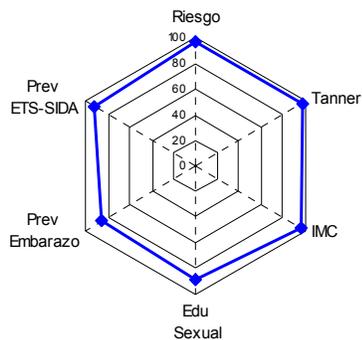


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

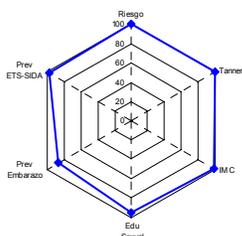
GRAFICO A.27

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, DE LA ATENCION DE ADOLESCENTES, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

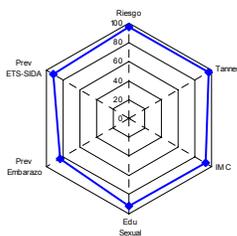
(porcentaje)



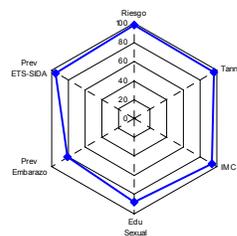
INSTITUCIONAL



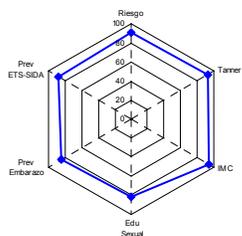
Brunca



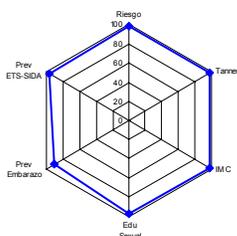
Central Norte



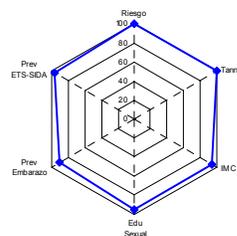
Central Sur



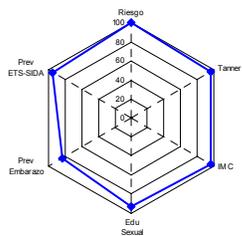
Chorotega



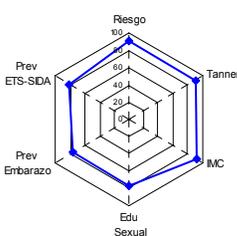
Huetar Atlántica



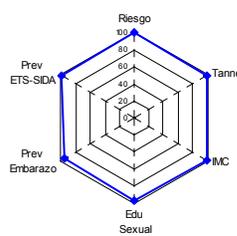
Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana

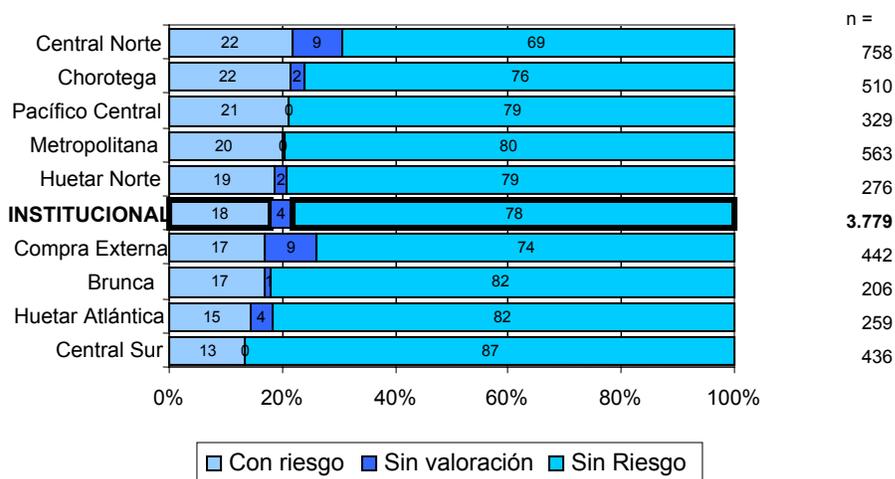


Compra Externa

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.28

C.C.S.S: CLASIFICACION DE RIESGO EN ADOLESCENTES, SEGÚN VALORACIÓN, POR REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

CUADRO A.6

C.C.S.S: POBLACION Y COBERTURA EN ADOLESCENTES, DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA, SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION 2003 Y 2007
(personas atendidas y porcentaje)

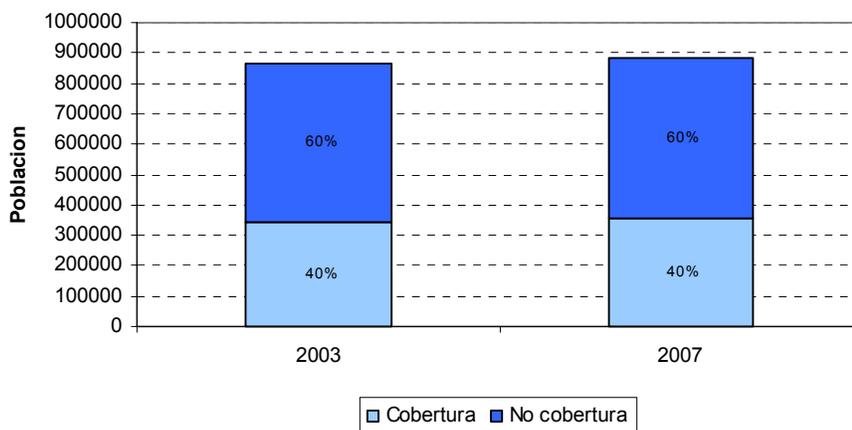
REGIÓN ^{/1}	POBLACIÓN		COBERTURA INSTITUCIONAL TOTAL			
	2003	2007	Personas atendidas		Porcentaje	
			2003	2007	2003	2007
Total	864.572	891.016	345.829	355.102	40	40
Brunca	60.644	68.517	30.928	29.077	51	42
Central Norte	176.579	184.340	72.397	75.001	41	41
Central Sur	144.358	153.544	44.751	61.393	31	40
Chorotega	74.325	75.507	32.703	29.196	44	40
Huetar Atlántica	83.768	92.010	28.481	37.567	34	41
Huetar Norte	43.945	44.965	14.941	25.497	34	57
Pacífico Central	48.603	46.825	24.788	25.379	51	54
Metropolitana	100.847	96.465	46.390	37.554	46	39
Compra Externa	131.503	128.843	48.656	64.438	37	50

^{/1} En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2003 y 2007

GRAFICO A.29

C.C.S.S.: COBERTURA, EN ADOLESCENTES, DE LA ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2003 Y 2007

(volumen y porcentaje)

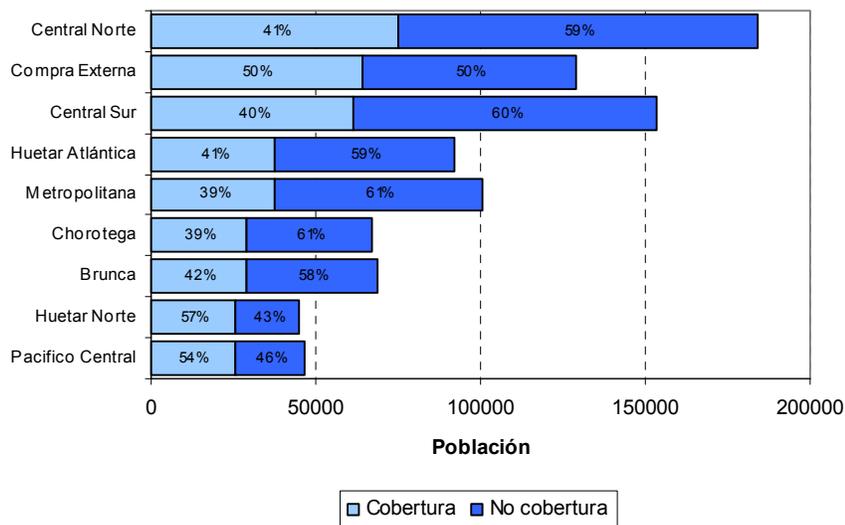


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2003 y 2007

GRAFICO A.30

C.C.S.S.: COBERTURA EN ADOLESCENTES DE LA ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA, SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

(volumen y porcentaje)



c. Análisis de los Resultados

La población de adolescentes constituye un grupo demográficamente muy grande, es mas de cinco veces la población meta de menores de un año y atención prenatal juntos.

Los resultados de cobertura total, en el año 2007 comparados con el 2002 muestran un estancamiento en términos porcentuales, en 30%, no obstante significó un aumento de personas atendidas de 88.411 adolescentes, que corresponde a un 11% mas a cubrir por los servicios, en este período. En el ámbito Regional solo tres de ellas, aumentaron sus coberturas. Al igual que en el caso de la atención de uno a seis años, se presenta un ligero aumento de las coberturas con cumplimiento de criterios y una escasa brecha entre la cobertura total y con cumplimiento de criterios.

Como se indicó anteriormente, la información disponible de esta atención permite incorporar una nueva categoría al análisis, cual es, la no cobertura del programa, que corresponde a los adolescentes que son atendidos en los servicios, probablemente solo en atención a enfermedad puntual, pero no se les brinda la atención agregando los elementos de promoción y prevención, por lo que no se les incluye como atendidos en el programa, constituyendo una segunda forma de oportunidades perdidas.

Este hecho en términos porcentuales presenta una mejoría en el año 2007 con respecto al 2002 de 25%, siendo importante mostrarlo por el volumen de adolescentes que significan en un grupo de tan difícil captación. Si estos adolescentes, se hubieran atendido integralmente cumpliendo los criterios, la cobertura lograda sería de 39%.

La experiencia acumulada en los procesos de evaluación de los Compromisos de Gestión, muestra la dificultad por parte de las Áreas de Salud en cubrir a este grupo de población, ya que el uso de servicios se reduce a buscar atención por morbilidad, de ahí la importancia de identificar y superar esta segunda forma de oportunidades perdidas y brindar una atención integral lo que permite cumplir con la continuidad de la atención, en esta etapa del ciclo de vida (Cuadro A.5 y Gráfico A.24 y A.25).

En relación a las coberturas con cumplimiento de criterios, en el ámbito de Áreas de Salud, se observan dos importantes cambios entre el 2002 y 2007. Por un lado, una disminución de Áreas bajo el promedio institucional, aun con un promedio mejorado y por otro, una disminución de brechas entre el desempeño de las Áreas, lo que demuestra una mayor estandarización de la prestación de servicios, hacia una atención con cumplimiento de criterios (Gráfico A.26).

Concordante con la escasa brecha entre la cobertura total y con cumplimiento de criterios, los resultados muestran un alto porcentaje de acatamiento de las actividades a desarrollar en la atención, siendo los aspectos mas limitados la educación sexual y prevención de embarazo. Esta situación se da tanto en el ámbito Institucional como Regional (Grafico A.27).

Estas dos acciones, de vital importancia en el desarrollo de los adolescentes por las repercusiones actuales y futuras, puede deberse a que se limitan porque riñe con normas valoricas, tanto de los prestadores de servicios de salud, como de maestros y padres de familia. Deberá trabajarse fuertemente desde los Servicios de Salud, con el



fin de minimizar y en lo posible superar esta situación, en beneficio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Se hace difícil contar con información sobre cobertura de este grupo en otros países, que sirvan de comparación. En México, se reporta una cobertura del 65% en el año 2005,³⁸ aunque no se tiene claridad sobre el tipo de abordaje realizado. El Modelo de Evaluación para la Mejoría de la Calidad en la Estrategia de Salud a la Familia³⁹ de Brasil, en el capítulo de Salud de Adolescentes, plantea como meta a cumplir que el 50% o más de los adolescentes sean atendidos por consulta, para evaluación de su crecimiento y desarrollo.

Una de las estrategias, a las que se ha dado especial énfasis en esta atención, es la valoración de riesgo, por medio de un instrumento definido por el Programa de Atención a la Adolescencia. Este instrumento se aplicó al 96% de los adolescentes atendidos, la gran mayoría se clasifica sin riesgo y solo un 18% con riesgo. Se podría pensar, que esto se debe a que se aplica mayoritariamente a población escolarizada, sin embargo, los ítem que contempla el instrumento, no sería de extrañar que se presenten con mayor probabilidad entre los escolarizados que los no escolarizados, o al menos en forma similar. A los adolescentes con riesgo, en un 95%, se les brinda un plan de abordaje (Gráfico A.28).

Después de varios años de aplicación de este instrumento, existe información suficiente que permita analizar por la instancia correspondiente la capacidad del mismo para discriminar y estar seguros que esta midiendo lo que queremos medir.

Al igual que la población infantil, los adolescentes es otro grupo prioritario al cual se le brinda atención odontológica preventiva con mayor magnitud. Los resultados del 2007 muestran igual cobertura (40%) entre el 2003 y 2007. En el ámbito Regional el comportamiento varía de una Región a otra lo que podría ser reflejo de diferentes estrategias aplicadas o a diferencias en capacidad instalada (Cuadro A.6, Gráficos A.29 y A.30).

De igual forma, que en el caso de atención a la infancia, el SIVEO brinda información que muestra una importante mejoría en el indicador de estado periodontal categoría higiene, que pasa de ser apropiada en solo 15% de los adolescentes en el 2001 a 75% en el 2004, sin embargo esta mejoría llega solo hasta los 12 años, ya que en edades de 13 a 19 años, se encuentra en menos de 70% y sigue bajando a medida que aumenta la edad, lo que pone en riesgo al no contar con una barrera sanitaria para problemas periodontales y caries.

La atención de los adolescentes, presenta una gran paradoja, es el grupo que en volumen más se atiende y a la vez es el que más se desatiende, ya que este último rubro, está conformado por el 70% de los adolescentes.

En estudios europeos, se ha planteado que los jóvenes opinan que los servicios de salud son poco útiles para prevenir problemas de salud, al no resolver problemas psicológicos o problemas de drogas legales e ilegales⁴⁰. En el país, estudios muestran

³⁸ IMSS. PREVENIMSS. Programas Integrados de Salud. Encuesta Nacional de Coberturas, 2005

³⁹ Ministerio de Salud. Evaluación para la mejoría de la calidad de la estrategia Salud de la Familia. Documento técnico. Brasilia, 2006.

⁴⁰ Mariano H, Fernández A., Ramos M. La salud de los Jóvenes. (Gac.Sanitaria:18 (supl 1) 47-55. 2004

situaciones semejantes, unido al hecho de que los adolescentes se perciben a sí mismos como personas que no se enferman. Además, se ha encontrado que los que habitan en zonas pobres y marginales, y por lo tanto de mayor riesgo social, tienen poco conocimiento de los servicios de salud a los que tienen derecho⁴¹.

En la primera Encuesta Nacional de Juventud⁴², se indica que los adolescentes entre 15 y 17 años son los que menos dicen requerir servicios de salud, solo el 15% lo manifiesta para atender morbilidad, siendo la más frecuente, las afecciones respiratorias. En el grupo de 15 a 35 años, el requerimiento aumenta a 48%. Otro elemento importante que se muestra en dicha encuesta, es que el 75% de los jóvenes entre 15 a 17 años se mantienen estudiando, por lo tanto escolarizados.

Los resultados de la evaluación muestran que al menos en cinco años ha sido muy difícil desde los servicios de salud aumentar en forma importante las coberturas en este grupo de población. Por otra parte, la información sobre la percepción de los jóvenes evidencia que este aumento será muy difícil que se alcance por vía de la demanda, ya que no se percibe como una necesidad. Por lo tanto, el reto que se tiene es muy fuerte y obliga a un análisis profundo de las estrategias de abordaje desarrolladas hasta ahora, a la luz de estos resultados y de la percepción de los jóvenes.

El dato sobre escolarización de los jóvenes es particularmente importante, porque se tiene una población cautiva que brinda mayor facilidad de atención ante la situación de recursos escasos que siempre se presentará en servicios de salud. Queda pendiente la discusión si los escolarizados o no escolarizados tienen mayor riesgo y en este punto habrá que discutir qué tipo de riesgos son prioritarios de abordar y en segundo lugar, sobre cuáles podemos actuar en forma más efectiva, con los recursos disponibles en los servicios de salud.

Otro elemento importante de tener en cuenta es la poca conciencia de los adolescentes de su derecho a solicitar atención en los servicios de salud más allá de superar una enfermedad, situación que habrá que solventar vía educación, siempre y cuando se esté preparado institucionalmente para dar respuesta a esa demanda.

Lo importante, es que hay un camino recorrido, experiencia desarrollada e información, que permitirá tomar decisiones con más evidencia que en décadas pasadas.

3. Atención materna

En Costa Rica, al igual que en gran parte de los países latinoamericanos, se ha dado prioridad a la atención materna junto a la atención infantil. Las principales intervenciones definidas en este periodo de la vida son la atención prenatal y de parto.

⁴¹ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Normas de prestaciones odontológicas. CCSS; junio 1997y Esperanzas en salud sexual y reproductiva. San José, 2003.

⁴² Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven. Primera Encuesta Nacional de Juventud. Costa Rica, 2008

La atención prenatal, consiste en un conjunto de actividades que se realizan por parte de los Servicios de Salud, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos. En tal sentido, la atención prenatal tiene como propósito, identificar condiciones de riesgo tanto en las madres como en sus niños⁴³.

En Costa Rica en el año 2006 la mortalidad materna fue de 39 por 100.000 nacidos vivos⁴⁴, cifra que podría parecer aceptable para el medio Latinoamericano (62,4 por 100.00)⁴⁵, pero lejos aún de los países denominados desarrollados (8 por 100.000)⁴⁶, lo que sigue siendo un problema de salud para el país.

La segunda intervención de relevancia en la atención materna, es la atención posparto. El nuevo modelo de control prenatal de la OMS, recomienda acentuar la importancia de esta atención, ya que se ha demostrado en los países en desarrollo, que los intervalos intergenésicos cortos y las embarazadas menores de 20 años o mayores de 30 años presentan un riesgo elevado de retardo de crecimiento intrauterino y partos prematuros. Los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal, pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo la atención postparto⁴⁷.

En el ámbito institucional esta atención se define como "una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su bebe con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido"⁴⁸. En esta misma fuente, se indica que el principal objetivo es brindar un control eficiente, para lo cual, el mismo, debe ser extenso, precoz, completo y educativo.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Desde el inicio de los Compromisos de Gestión, **la atención prenatal** ha sido una intervención a la que se ha dado seguimiento con especial énfasis en el cumplimiento de los criterios técnicos definidos en las normas institucionales⁴⁹.

En el Primer Nivel de Atención, se aborda el control prenatal con bajo riesgo obstétrico, el cual, está dirigido a la atención de las mujeres embarazadas que no presentan evidencia de complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías médicas o factores de riesgo relacionados con la salud.

Para la atención de las mujeres que sufren alguna patología o presentan factores de riesgo, la normativa técnica⁵⁰ indica la referencia a la atención especializada. Los

⁴³ CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el período prenatal, parto y posparto. Área de Atención Integral a las Personas. Enero,2008

⁴⁴ OPS. Indicadores Básicos.2007

⁴⁵ OPS. Indicadores Básicos.2007

⁴⁶ UNICEF. El Estado de la Niñez en el Mundo. 2008

⁴⁷ OMS. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. 2003

⁴⁸ CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el período prenatal, parto y posparto. Área de Atención Integral a las Personas. Enero,2008

⁴⁹ CCSS. Manual de Atención Materna y Perinatal. Gerencia Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. 2004

⁵⁰ CCSS. Manual de Atención Materna y Perinatal. Gerencia Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. 2004

Compromisos de Gestión, dan seguimiento a la atención prenatal de alto riesgo realizada por la atención especializada de las Clínicas del Área Metropolitana.

Criterios para evaluar la Atención Prenatal de bajo riesgo

Concentración: Captación temprana en el I trimestre (primeras 13 semanas de gestación). Así como, al menos dos consultas en el II trimestre (14-27 semanas) y dos consultas en el III trimestre (28-40 semanas).

Historia clínica perinatal (CLAP) completamente llena, en cada consulta.

Abordaje del riesgo en cada consulta.

Indicación, interpretación y abordaje del examen general de orina, en cada consulta.

Verificación y/o prescripción de hierro y ácido fólico, en cada consulta.

Indicación, interpretación y abordaje de pruebas de laboratorio: VDRL, hemograma y glicemia en ayunas

Referencia: CCSS-DCSS. Indicador: Bajo riesgo: Cobertura de mujeres embarazadas en control prenatal atendidas con cumplimiento de criterios. Compromisos de Gestión 2007

Criterios para evaluar la Atención Prenatal de alto riesgo

Revisión de la Historia clínica perinatal (CLAP), que deberá estar completamente llena, en la primera consulta.

Valoración y abordaje de riesgo, en la primera consulta

Llenado del Cuadro de consultas (bienestar fetal) en el CLAP, de acuerdo a las consultas efectuadas,

Indicación, interpretación y abordaje del examen general de orina, en cada consulta.

Verificación y/o prescripción de hierro y ácido fólico, en cada consulta.

Indicación, interpretación y abordaje de pruebas de laboratorio: VDRL, hemograma y glicemia en ayunas. El cumplimiento de estos requisitos amerita cuando por edad gestacional aún no se habían cumplido en el primer nivel de atención

Referencia: CCSS-DCSS Alto riesgo: Porcentaje de mujeres embarazadas de riesgo atendidas en el segundo nivel, con cumplimiento de criterios. Compromisos de Gestión 2007

El denominador de la cobertura del Primer Nivel son los embarazos esperados⁵¹ y en la atención especializada son las personas atendidas, de ahí que, en este caso no se habla de cobertura sino que de porcentaje de atención debido a que la atención no es poblacional sino que por referencia del Primer Nivel de Atención.

Con respecto a **la atención posparto**, desde los Compromisos de Gestión se comenzó a dar seguimiento a esta intervención a partir del año 2004, usando como denominador de la cobertura, los nacimientos del año anterior.

El principal énfasis ha sido mejorar la cantidad de personas atendidas, detectar factores de riesgo y brindar educación que oriente a la madre en el cuidado del recién nacido, así como en relación a la lactancia materna y planificación familiar, de acuerdo a lineamientos técnicos institucionales.⁵²

⁵¹ Se construye con el total de nacimientos del año anterior más un 10% de abortos.

⁵² Manual de Atención Materna y Perinatal. Gerencia Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. 2004



Criterios para evaluar la Atención Posparto

Captación: identificación y captación de las mujeres en los primeros 45 días posparto.
Valoración y anotación de factores de riesgo en los siguientes aspectos: Riesgo reproductivo para un futuro embarazo y riesgo de depresión post parto
Revisión del resultado del hemograma realizado en el nivel hospitalario. De no existir este resultado, indicación del hemograma en el primer nivel y abordaje de los exámenes alterados.
Prescripción de hierro y ácido fólico por seis meses.
Consejería en todos los siguientes temas: (1) Signos de alarma en el puerperio; (2) Métodos anticonceptivos; (3) Técnicas para la práctica correcta del amamantamiento; (4) Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Referencia: CCSS-DCSS., Indicador: Indicador: Cobertura de mujeres en posparto atendidas por primera vez, con cumplimiento de criterios. Compromisos de Gestión 2007

Además de las anteriores intervenciones, en el Primer nivel de Atención también se ha dado seguimiento desde los Compromisos de Gestión a la atención odontológica preventiva de las embarazadas, definida en la normativa institucional⁵³.

Atención Odontológica a las embarazadas

Cobertura de atención odontológica preventiva en embarazadas, a los que se le realizan una o más de las siguientes actividades: aplicación de fluoruros (gel, autoaplicaciones o enjuagatorios), sellantes de fosas y fisuras, e instrucciones de fisioterapia oral (IFO).

Referencia: CCSS-DCSS. Ficha: Atención odontológica preventiva. Compromisos de Gestión 2007

⁵³ CCSS, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Normas de prestaciones odontológicas. CCSS; junio 1997

b. Resultados de la Evaluación

CUADRO A.7

C.C.S.S: POBLACION Y COBERTURA DE LA ATENCION PRENATAL
SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007
(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN ^{/1}	POBLACION ^{/2}		COBERTURA INSTITUCIONAL							
			TOTAL				CON CRITERIOS ³			
			Personas atendidas		Porcentaje		Personas atendidas		Porcentaje	
2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	
Total	79.479	77.124	65.014	63.052	82	82	23.764	49.359	30	64
Brunca	6.196	6.587	4.405	5.992	71	90	1.605	5.204	26	79
Central Norte	15.077	15.237	11.911	12.491	79	82	2.699	9.295	18	61
Central Sur	12.636	11.750	9.654	9.525	76	81	5.029	8.225	40	70
Chorotega	6.704	6.964	6.208	5.609	93	81	2.139	3.969	32	57
Huetar Atlántica	7.739	8.506	6.663	6.619	86	78	1.455	4.678	19	55
Huetar Norte	3.454	4.391	3.140	3.399	91	77	971	2.635	28	60
Pacífico Central	4.386	4.579	4.171	4.271	95	91	2.101	3.205	48	70
Metropolitana	10.689	8.147	8.305	6.547	78	80	3.196	5.296	30	65
Compra Externa	12.598	10.865	8.516	8.668	68	80	4.586	7.388	36	68

^{/1} En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

^{/2} Se refiere a embarazos esperados, contruidos con los nacimientos del año anterior más un 10% de abortos

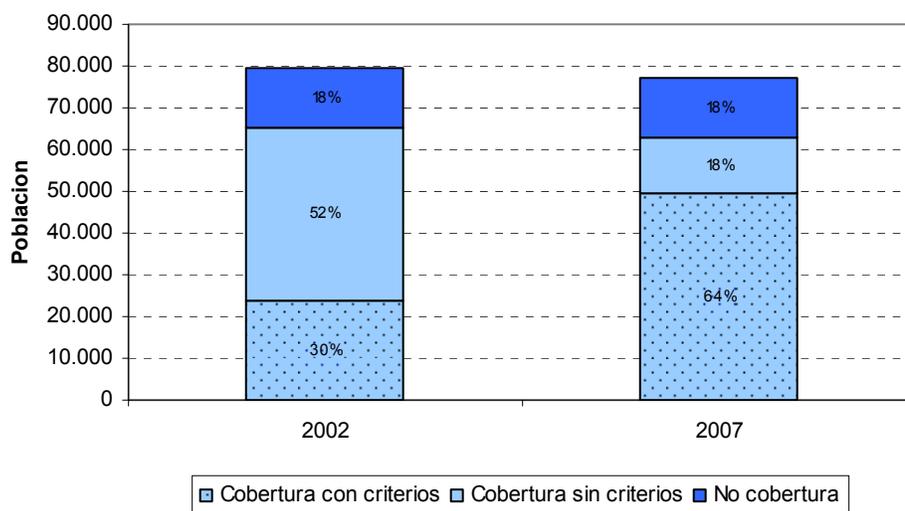
^{/3} Se refiere a los criterios escogidos de la Guía Institucional, pactados en el CG.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.31

C.C.S.S.: COBERTURA, DE LA ATENCION PRENATAL, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2002 Y 2007

(volumen y porcentaje)

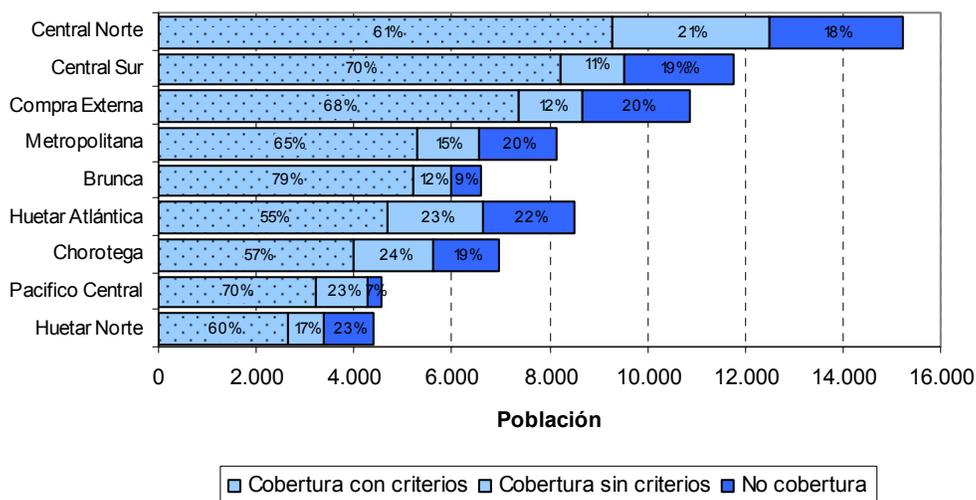


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO A.32

C.C.S.S.: COBERTURA DE LA ATENCION PRENATAL, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

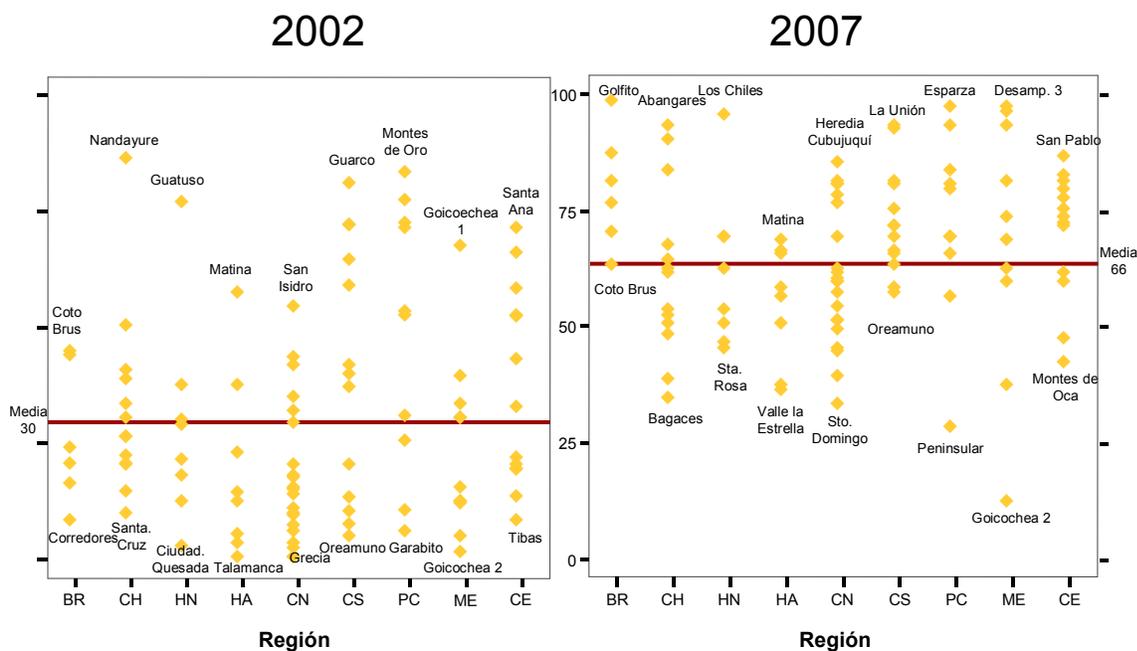
(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.33

C.C.S.S: COBERTURA DE LA ATENCION PRENATAL CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, POR AREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION 2002 Y 2007 (porcentaje)

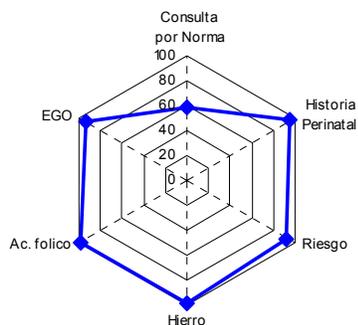


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

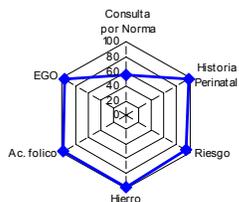
GRAFICO A.34

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, DE LA ATENCION PRENATAL,
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

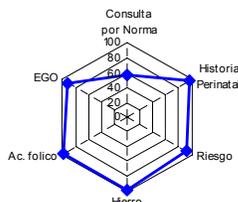
(porcentaje)



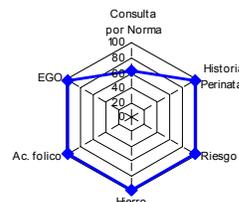
INSTITUCIONAL



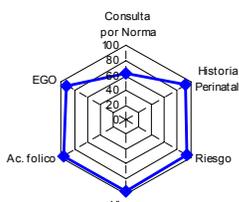
Brunca



Central Norte



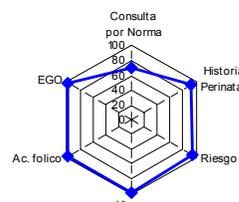
Central Sur



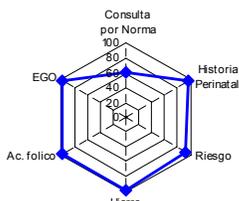
Chorotega



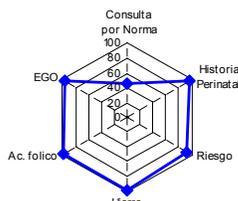
Huetar Atlántica



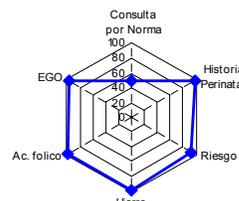
Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana

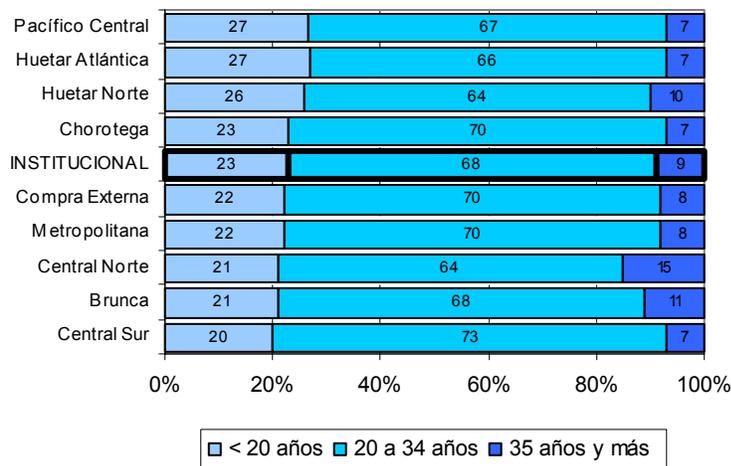


Compra Externa

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.35

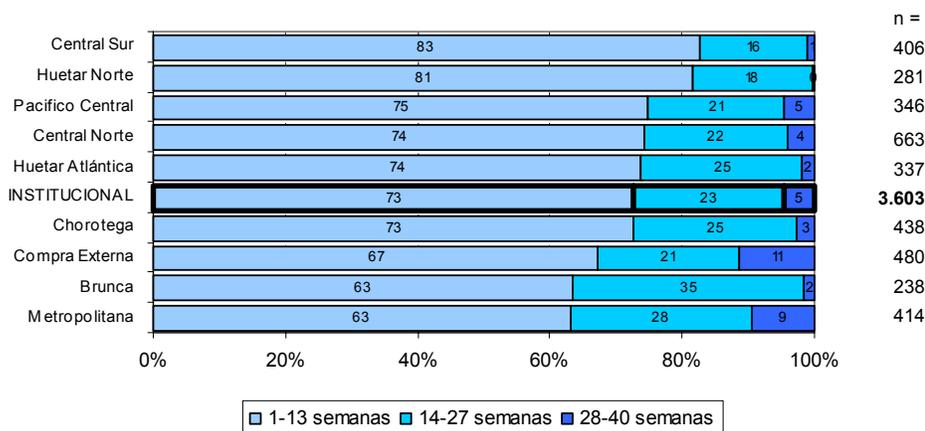
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN ATENCION
PRENATAL, POR EDAD, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL
DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.36

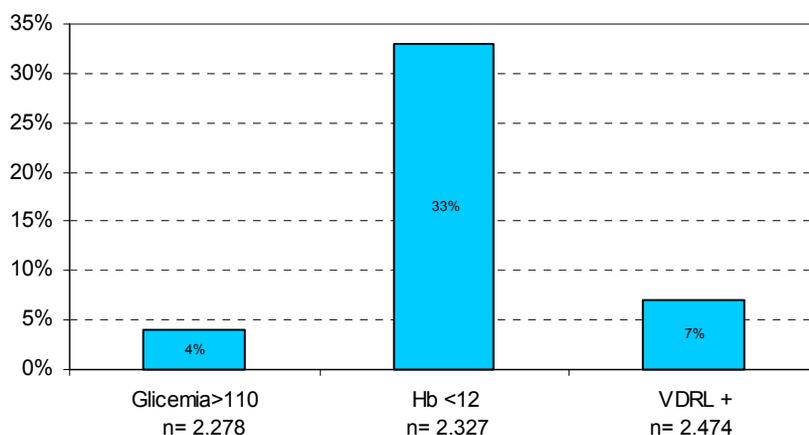
C.C.S.S: EDAD GESTACIONAL EN LA CAPTACION DE LA ATENCION PRENATAL
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.37

C.C.S.S: DETECCIÓN EN LA ATENCION PRENATAL, DE PATOLOGIA ASOCIADA AL EMBARAZO, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

CUADRO A.8

C.C.S.S: POBLACION Y COBERTURA TOTAL, DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA, EN EMBARAZADAS SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2003 Y 2007
(personas atendidas y porcentaje)

REGIÓN ¹	POBLACION ²		COBERTURA INSTITUCIONAL TOTAL			
	2003	2007	Personas atendidas		Porcentaje	
			2003	2007	2003	2007
Total	75.315	76.637	29.373	32.736	39	43
Brunca	5.228	6.587	2.353	3.311	45	50
Central Norte	14.868	15.235	4.609	4.910	31	32
Central Sur	12.433	11.419	4.476	4.280	36	37
Chorotega	6.524	6.964	2.414	2.722	37	39
Huetar Atlántica	8.228	8.506	2.222	2.928	27	34
Huetar Norte	4.120	4.391	1.483	1.935	36	44
Pacífico Central	3.895	4.679	2.298	2.678	59	57
Metropolitana	9.119	7.991	3.100	3.312	34	41
Compra Externa	10.900	10.865	5.559	6.660	51	61

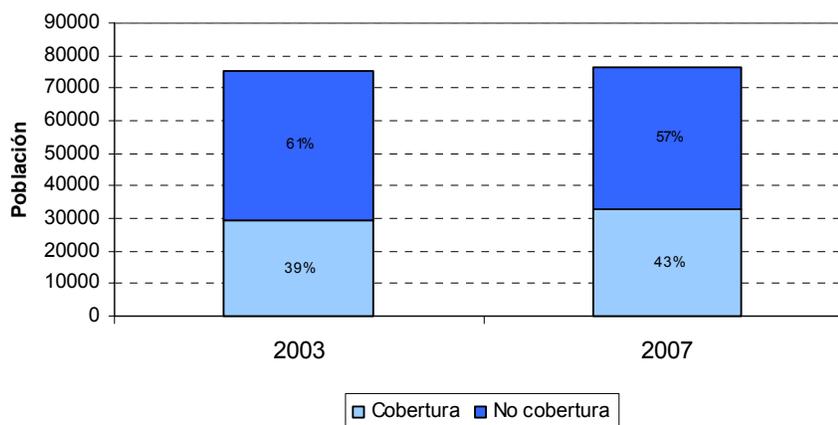
En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

² Se refiere a embarazos esperados, contruidos con los nacimientos del año anterior más un 10% de abortos

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2003 y 2007

GRAFICO A.38
C.C.S.S.: COBERTURA EN EMBARAZADAS DE LA ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA, 2003 Y 2007

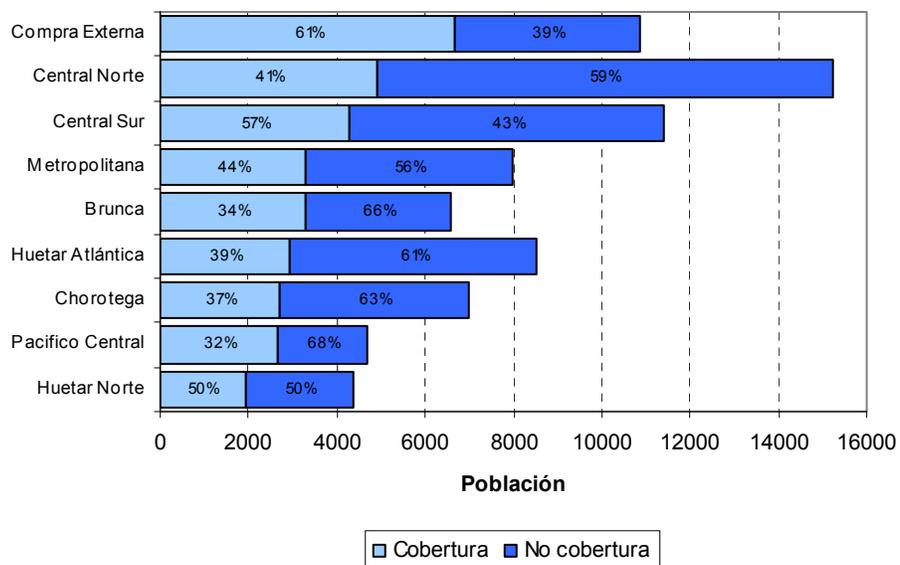
(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2003 y 2007

GRAFICO A.39
C.C.S.S.: COBERTURA EN EMBARAZADAS DE LA ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA, SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

(volumen y porcentaje)

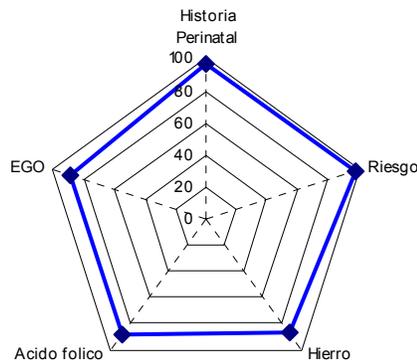


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.40

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, DE LA ATENCION PRENATAL DE ALTO RIESGO, SEGUNDO NIVEL AMBULATORIO NO HOSPITALARIO¹, 2007

(porcentaje)



¹ Se refiere a la atención que se brinda por los Especialistas en las Clínicas del Área Metropolitana, incluidas el Área de Belén Flores y Clínica Marcial Rodríguez

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

CUADRO A.9

C.C.S.S: NACIMIENTOS Y COBERTURA DE LA ATENCION POSPARTO, SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2004 Y 2007

(personas atendidas y porcentaje)

REGIÓN ^{/1}	NACIMIENTOS ^{/2}		COBERTURA INSTITUCIONAL							
			TOTAL				CON CRITERIOS ³			
			Personas atendidas		Porcentaje		Personas atendidas		Porcentaje	
			2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
Total	71.792	70.113^{/a}	47.383	51.789	66	74	27.999	40.666	39	58
Brunca	6.059	5.988	3.393	3.479	56	58	2.121	3.174	35	53
Central Norte	13.891	13.850	7.640	9.373	55	68	3.889	7.202	28	52
Central Sur	10.881	10.682	8.705	8.717	80	82	5.985	7.691	55	72
Chorotega	5.986	6.331	4.729	5.258	79	83	2.335	3.419	39	54
Huetar Atlántica	8.072	7.733	5.005	6.386	62	83	3.310	5.026	41	65
Huetar Norte	3.889	3.992	2.995	3.401	77	85	2.411	2.954	62	74
Pacífico Central	4.130	4.254	3.180	3.384	77	74	1.569	2.467	38	58
Metropolitana	8.361	7.406	3.846	4.250	46	57	1.672	2.962	20	40
Compra Externa	10.523	9.877	6.840	7.541	65	76	4.841	6.519	46	66

^{/1} En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

^{/2} Nacimientos del año anterior

^{/3} Se refiere a los criterios de la Norma pactados en el CG

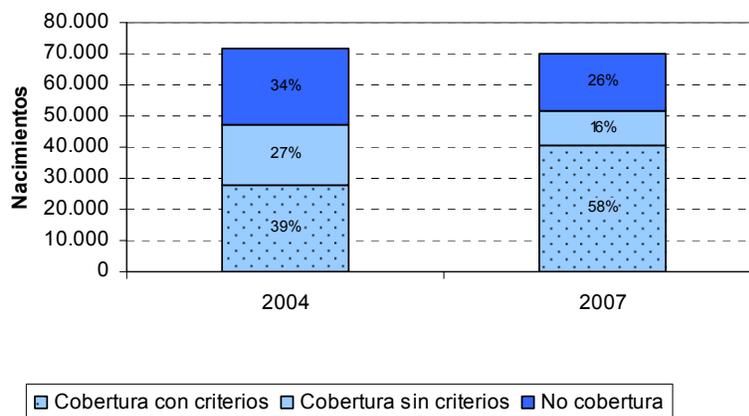
^{/a} Este dato no incluye 623 nacimientos de Moravia que no fue evaluada y 345 nacimientos menos que el dato oficial, por ajustes, debido a las estructura de algunas Áreas de Salud.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

GRAFICO A.41

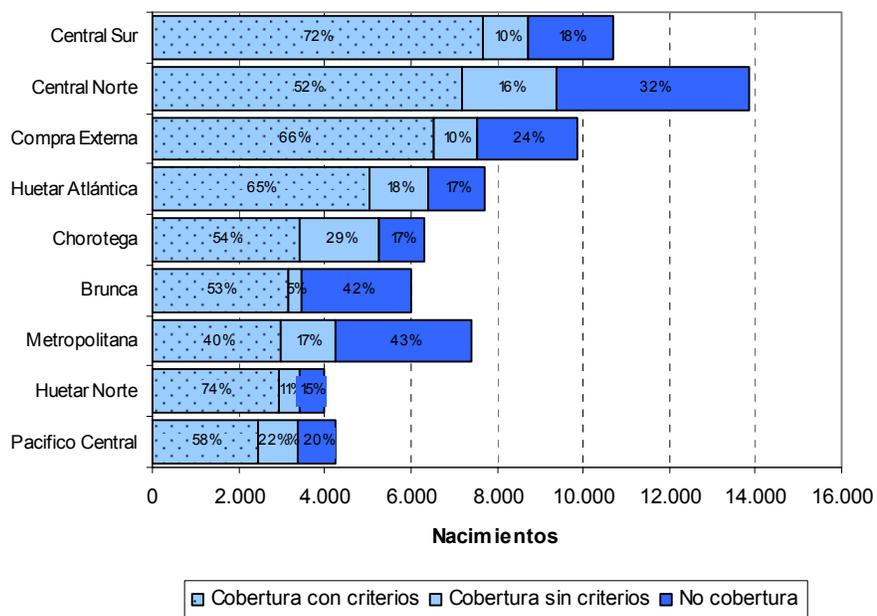
C.C.S.S.: COBERTURA, DE LA ATENCION POSPARTO, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2004 Y 2007

(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

GRAFICO A.42
C.C.S.S.: COBERTURA DE LA ATENCION POSPARTO, SEGÚN REGIÓN,
PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007
(volumen y porcentaje)

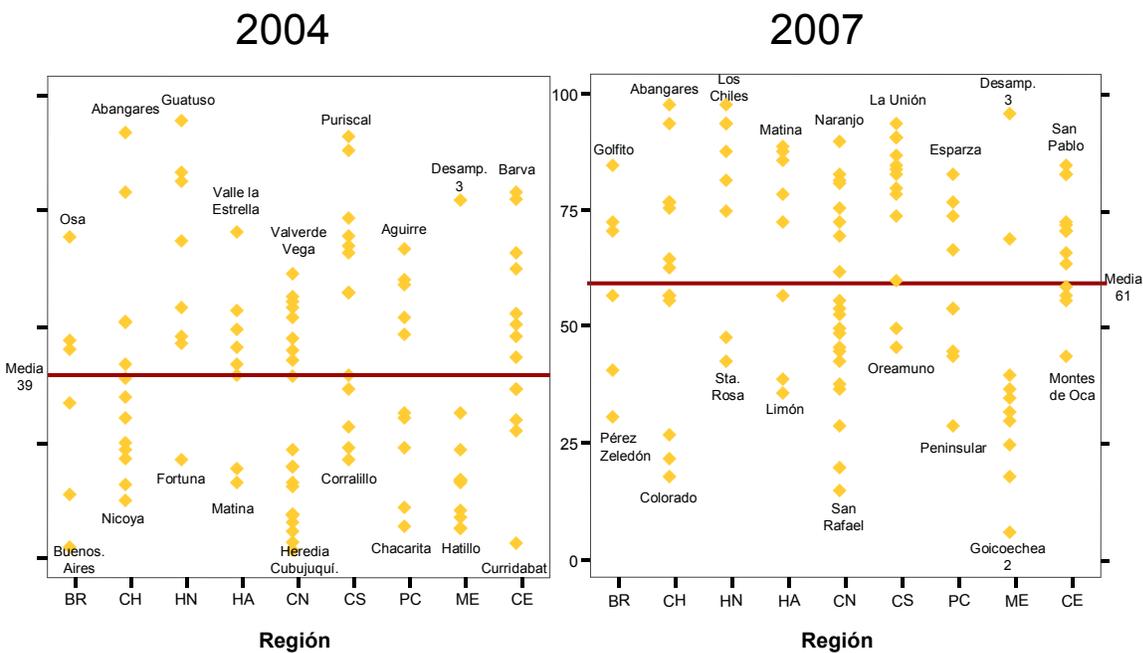


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.43

C.C.S.S: COBERTURA DE LA ATENCION POSPARTO, CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, POR AREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2004 Y 2007

(porcentaje)

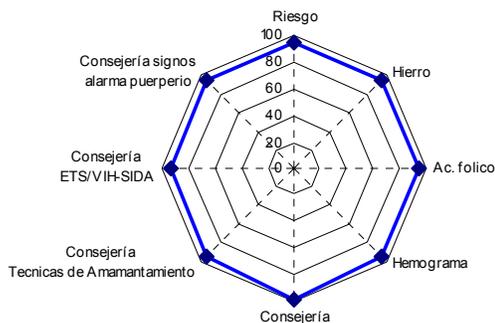


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

GRAFICO A.44

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, DE LA ATENCION POSPARTO,
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

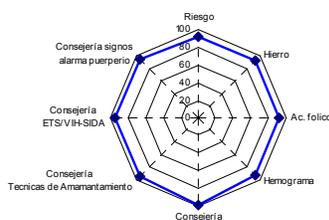
(porcentaje)



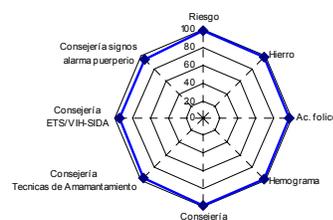
INSTITUCIONAL



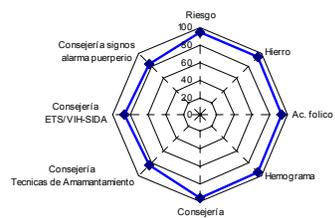
Brunca



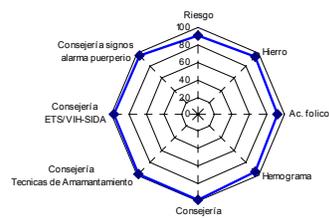
Central Norte



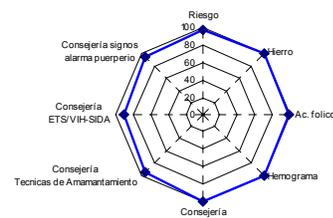
Central Sur



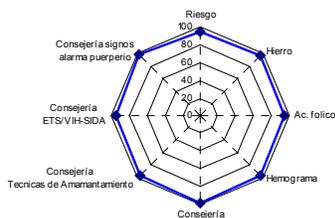
Chorotega



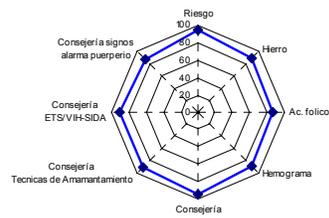
Huetar Atlántica



Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana

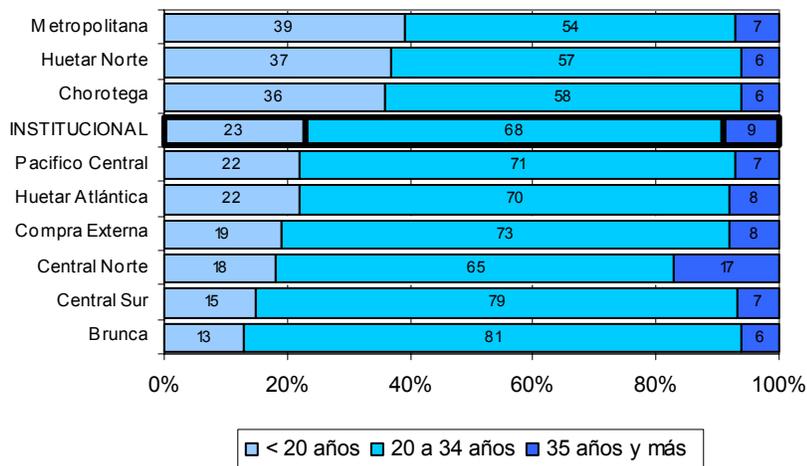


Compra Externa

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.45

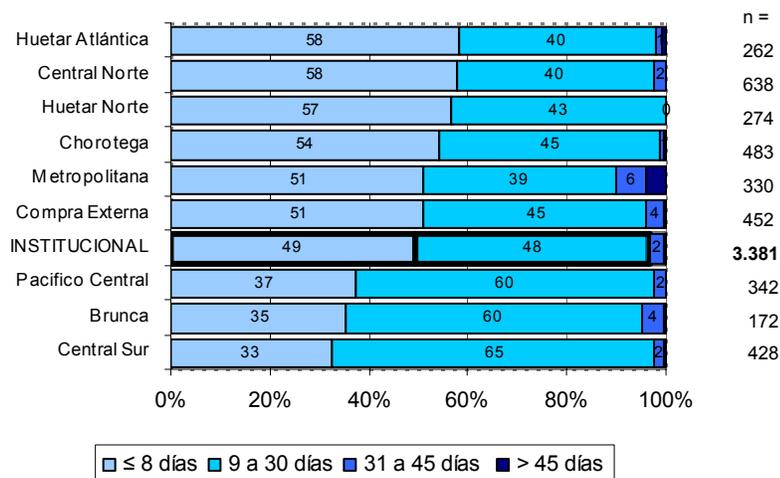
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN ATENCION
POSPARTO, POR EDAD, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL
DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.46

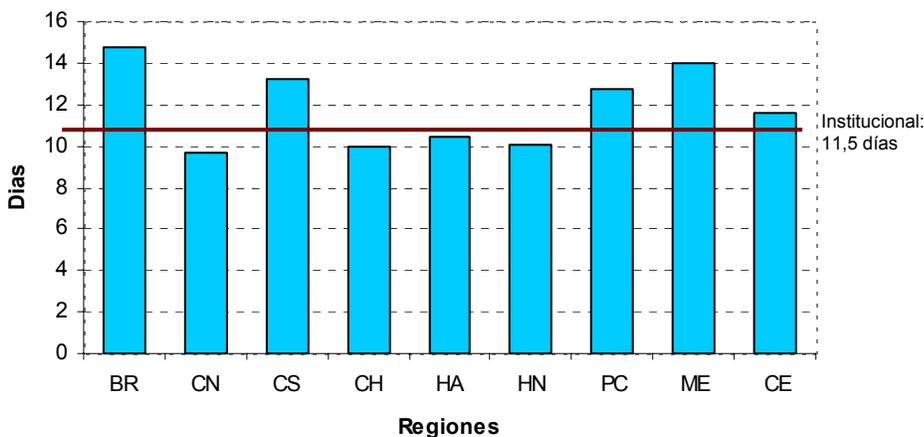
C.C.S.S: NUMERO DE DIAS, DE LA CAPTACION EN LA ATENCION
POSPARTO, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL
DE ATENCION, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.47

C.C.S.S: PROMEDIO DE DIAS, DE LA CAPTACION, EN LA ATENCION POSPARTO, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

c. Análisis de los Resultados

La **Atención Prenatal** al igual que la atención de menores de un año, se vio favorecida en su fortalecimiento y desarrollo desde la década de los setenta, en donde se promulgaron y ejecutaron políticas en beneficio de lo que se llamó el "binomio madre-hijo".

La consistencia en impulsar por casi más de tres décadas, acciones en este sentido, ha permeado a usuarios y prestadores de la importancia en buscar esta atención en forma oportuna, como en brindarla apropiadamente.

Los resultados de la evaluación del 2007 muestra que la cobertura total de esta atención, se mantiene constante porcentualmente, en comparación al 2002, en 82%, disminuyéndose en un 3% el volumen de población atendida. Es necesario aclarar que en el año 2007 la mejora de los registros de las atenciones, especialmente en disminuir duplicados, probablemente reflejen mejor la realidad que los del 2002.

Valga la oportunidad para plantear una vez más, (se ha indicado en la mayoría de los informes anuales) la limitación que ha significado para el proceso de evaluación, el no contar con un control de calidad previo, de la información que se brinda, lo que no puede ni debe ser subsanado en el momento de la evaluación. A pesar de lo dicho, se ha invertido tiempo y esfuerzo en realizar depuración de los datos, no siempre con éxito. Esta situación sucede no solo en los registros de la atención prenatal, pero es más evidente en ella y en la atención de menores de un año. Aun en la evaluación del 2007 se encontraron un número no despreciable de duplicados en los registros presentados.

Un aspecto destacable que muestran los datos del 2007, es la importante mejoría en brindar una atención apropiada, aumentando en un 113% con respecto al 2002 (de 30% a 64%), lo que ha permitido disminuir en un 65% (de 52% a 18%) las oportunidades perdidas, por no cumplimiento de la normativa de atención acordada (Cuadro A.7 y Gráfico A.31).

En el ámbito Regional, existe variabilidad en la cobertura con cumplimiento de criterios alcanzada, que será necesario analizar, priorizando en aquellas que atienden un volumen importante de población, por incidir de mayor forma, en elevar las oportunidades perdidas. En relación a las personas no cubiertas, cuatro Regiones se encuentran sobre el promedio institucional y dos de ellas concentran un importante volumen de población (Gráfico A.32).

Al observar el comportamiento de las Áreas de Salud, en relación a la cobertura con cumplimiento de criterios, es muy claro percibir en la presentación gráfica al interior de cada Región, la mejoría con respecto al año 2002, en donde todas las Áreas de Salud dieron un salto evidente en disminuir las brechas en la atención, contribuyendo a mejorar la equidad en esta importante prestación. No obstante, llama la atención sobre Áreas que presentan coberturas muy bajas logrando niveles de solo 32% y 17%, que deberán analizarse a profundidad (Gráfico A.33).

Con respecto al cumplimiento de criterios convenidos, se muestra un alto porcentaje de consecución, siendo el más limitante, el lograr que en la atención se brinden el número de consultas definidas en la norma y en los períodos que esta lo indica. Se aclara que esta valoración se calculó, considerando el tiempo de exposición a la atención (en períodos gestacionales), que tuvieron las personas, durante el año evaluado. Sin embargo, la Concentración es de 4.6 consultas por persona atendida. En el ámbito Regional se muestra igual comportamiento que el Institucional (Gráfico A.34).

A partir de los datos recolectados, también se puede observar la distribución por edad de las personas atendidas así como la edad gestacional al momento de su captación. Se observa que aproximadamente una de cada cuatro personas atendidas son adolescentes, en el otro extremo, el porcentaje de mayores de 35 años atendidas, ha aumentado en un 29% de 7% en el 2002 a 9% en la actualidad. Esto pudiera ser, un reflejo del cambio de comportamiento en la población femenina en diferir la maternidad, ya documentada por el CCP e INEC que indican que cuatro de cada diez mujeres llegan a los 30 años sin tener hijos, asociado principalmente a la incorporación de las mujeres a la educación superior y universitaria (Gráfico A.35).

En relación a la captación, alrededor de dos de cada tres personas atendidas se captan en las primeras trece semanas de gestación, lo cual reviste gran importancia, por la posibilidad de detectar y tratar oportunamente problemas o patologías asociadas al embarazo que puedan poner en riesgo a la madre o al niño. Llama la atención una Región que muestra un porcentaje de captación sobre las 28 semanas considerado alto en relación a las restantes regiones, lo que amerita corroborarse, para saber si es un problema de registro o corresponde a la realidad y conocer sus causas (Gráfico A.36).

También, la información existente permitió realizar un primer acercamiento para conocer la detección de patología asociada al embarazo, aunque de forma presuntiva ya que al menos dos de las patologías analizadas requieren otras pruebas para su diagnóstico. Los resultados muestran que un 4% de las personas presentaba glicemias



en ayunas mayores a 110 mg /dl, un 33% presentaba anemia y un 7% tenía positivo el VDRL positivo (Gráfico A.37).

En el ámbito internacional⁵⁴ se reporta una prevalencia de sífilis en el embarazo de 3,1% en la región de Latinoamérica, con oscilaciones de 1% en Perú y 6,21% en Paraguay, con una incidencia de sífilis congénita de 1,40/1.000 n.v en el Salvador hasta 12/ 1.000 nv en Honduras, en Estados Unidos 0,10/ 1000 nv. Se indica en el documento de referencia, que la meta de prevalencia de sífilis durante el embarazo a alcanzar en la Región es de menos de 1% y una incidencia de sífilis congénita de 0,5/1.000 nv.

Contrastar los datos de este informe con otros en el ámbito nacional, para explorar la consistencia de estos hallazgos, resultó difícil. En el caso de la sífilis congénita, el Ministerio de Salud reporta, en el período 2000-2006, que un 10,5% de las personas con sífilis en el país son menores de un año. De acuerdo a los datos del INEC en el año 2007 nacieron 128 niños con sífilis, lo que significa una tasa de 1,74 /1000 nv, cifra superior a la meta a alcanzar por la región Latinoamericana.

En relación a anemia, la Encuesta Nacional de Nutrición del año 1996, encontró que un 44,6% de mujeres gestantes, presentaban una deficiencia de hierro (Hb. <12 mg/100)⁵⁵. Como un dato comparativo, en un estudio realizado en Mexico, se encontró que un 25% de las gestantes portaban esta deficiencia⁵⁶. Si se compara el dato puntual encontrado en esta evaluación con respecto a lo mostrado en el año 1996 significa una reducción de un 26%, sin embargo habría que valorar si es lo esperado a la luz de las fortificaciones de alimentos con hierro y ácido fólico, realizadas en el país. La Encuesta de Nutrición en curso, brindara información mas actualizada para seguir monitoreando esta deficiencia en las embarazadas atendidas en la institución.

La situación de la prueba presuntiva de diabetes gestacional, es la que ofrece mayores dificultades en su contrastación. El único estudio nacional encontrado muestra un 13,8% de diabetes gestacional, a partir de valores de glucosa pos carga⁵⁷.

Como se dijo anteriormente, este es un primer paso en esta línea, por lo que se deberán tomar los datos presentados con mucha cautela, hasta tanto no se estudie con mayor profundidad y se sigan obteniendo este tipo de datos, que permita con una serie amplia, conocer el comportamiento real.

En la atención prenatal, también se realizan acciones preventivas en odontología con el objeto de eliminar posibilidades de infecciones en encías, evitar caries fortaleciendo piezas dentales y dar educación sobre salud bucodental a la madre en el proceso del embarazo como a futuro, así como para con el niño desde su nacimiento y evitar así, caries.

⁵⁴ Valderrama J, Zacarías F, Mazim R. Sífilis Materna y Sífilis Congénita en América Latina. Rev. Panamericana de Salud Pública 2004; 16 (3): 211-217.

⁵⁵ Ministerio de Salud-OPS-INCAP. Situación del Estado Nutricional y Alimentario de Costa Rica. 2003

⁵⁶ Casanueva E, De Regel LM, Flores-Campuzano MF. Anemia por deficiencia de Hierro en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Salud Publica de México 2006; 48:166-175

⁵⁷ Orozco L y Moya F. Glucemia Poscarga en Diabetes Gestacional. Acta Médica Costarricense, 2007 Vol. 49,Nº1, p. 42-46.

Los resultados del 2007 muestran una mejoría de un 10% en las coberturas de atención con respecto al 2003, pasando de 39% a 43%. En el ámbito Regional todas las Regiones, aumentaron sus coberturas, lo que es un logro importante ya que en este grupo de población ha sido difícil convencer a las embarazadas de la importancia de este tipo de atención para su salud como para la de su hijo. No obstante aun permanece más de la mitad de la población meta sin atender, especialmente en las Regiones con mayor población asignada (Cuadro A.8 Gráfico A.38 y A.39).

En este grupo de población, no se puede ver el indicador trazador que se ha venido utilizando en los otros grupos, debido a que no se cuenta con datos sobre las embarazadas. Existe una aproximación por edad en donde se observa que entre los 20 y 35 años, el porcentaje de personas con estado periodontal categoría higiene, adecuado, se encuentra por debajo de los anteriores grupos, llegando solo a presentarse entre el 20% y 30% de la población de esa edad.

Como se indicó en el abordaje de los Compromisos, en la **atención materna de riesgo**, se da seguimiento a la atención que se brinda por especialistas, en los establecimientos de atención ambulatoria no hospitalaria⁵⁸. En este caso, al no ser coberturas poblaciones, ya que se atiende a las embarazadas de riesgo por referencias, lo que se mide principalmente, es el cumplimiento de criterios de la norma de atención, convenidos en la Ficha Técnica.

Los resultados muestran un alto cumplimiento de estos criterios, con una Concentración de 3 consultas por persona atendida (Gráfico A.40).

La segunda intervención de gran importancia, en el marco de la atención materna, a la que se da seguimiento anual, es la **atención posparto**. A pesar de tener solo tres años de ser evaluada muestra una mejoría en su cobertura total de un 12% (de 66% a 74%) entre el 2004 y 2007 respectivamente, lo que permitió una disminución de 23% en las personas no cubiertas. En el ámbito Regional, todas a excepción de una Región, aumentaron su cobertura en este período (Cuadro A.9 y Gráfico A.41).

La cobertura con cumplimiento de criterios, por su parte, presentó una mejoría de 49% entre el 2004 y 2007, disminuyendo en un 41% las oportunidades perdidas por no cumplimiento de criterios. En el ámbito Regional se hace necesario analizar la situación de algunas Regiones que presentan coberturas con cumplimientos de criterios bajo el promedio institucional, con un porcentaje importante de oportunidades perdidas y un alto porcentaje de personas no cubiertas. Especialmente en aquellas que por el volumen de población asignada, tienen un importante peso en relación al total de población (Gráfico A.42).

Al observar el comportamiento de las Áreas de Salud en cada Región, con respecto a las coberturas con cumplimiento de criterios, se muestra que aunque se tiene una importante mejoría en los promedios, la variabilidad en la prestación de servicio entre Áreas de una misma Región y entre Regiones, se mantiene en forma importante (Gráfico A.43).

No obstante, al revisar el cumplimiento de criterios, la situación anteriormente descrita no se visualiza, ya que los porcentajes Institucionales y Regionales de cumplimiento son altos (Gráfico A.44). Lo anterior avala la orientación de este documento, de presentar la información de diferentes ángulos, que permita identificar situaciones que requieren una mejoría.

⁵⁸ Se refiere a las Clínicas del Área Metropolitana, Área de Salud Belén- Flores y Clínica Marcial Rodríguez.



Al igual que en la atención prenatal, en este caso la información permite conocer la distribución por edad de las personas atendidas y el grado de oportunidad en la captación. En relación a la edad, porcentualmente, es igual a la distribución en la atención prenatal. Se podría pensar que esto se debe a que son las mismas personas, no obstante, por la forma de evaluación con respecto a la temporalidad del proceso de evaluación, esto no se puede asegurar (Gráfico A.45).

Si se compara el total de personas atendidas en la atención prenatal y la atención posparto, esta última representa el 80% del volumen de personas atendidas en prenatal, sin embargo, no se puede afirmar que sean las mismas personas. Podría mas bien esta similitud en edades, ser el reflejo del comportamiento de las mujeres en la edad reproductiva, en la población en general.

Con respecto a la captación, en los Compromisos se ha utilizado hasta el año 2007, el periodo de 45 días, en este sentido, un 97% de las personas atendidas cumplen esta meta, con un promedio de captación de 11,5 días. A partir del año 2008, la meta de captación será de 8 días, en este rango se encontraban la mitad de las personas atendidas en el 2007. Especial atención habría que dar a las Regiones que muestran un porcentaje de personas captadas sobre los 45 días, y aquellas que se encuentran bajo el promedio Institucional para cumplir la meta de menor o igual a ocho días (Gráfico A.46 y A.47).

De acuerdo a los resultados presentados, la atención materna muestra mejorías que es coherente con la prioridad que se ha dado a esta atención por décadas. Al igual que en el caso de la infancia, existen diferencias entre las dos intervenciones evaluadas. Pareciera que la atención posparto no reviste igual importancia en la percepción del riesgo de la población y probablemente también en el de la prestación, como lo es la atención prenatal. No obstante, ha dado un salto de mejoría tanto cuantitativo como cualitativo, en el corto lapso de tiempo que se ha evaluado.

Un elemento importante de destacar, es que la cobertura total de la atención prenatal, al igual que en el caso de menores de un año, plantea dificultades para avanzar en mejorarla, al haber superado el 80% de la población asignada. Ante esta situación, se hace indispensable conocer el volumen de personas que se atienden en forma privada o por el programa de Medicina de Empresa, para identificar con claridad, las personas no cubiertas en el ámbito nacional.

En cambio, lo que es inminente y de total responsabilidad de los Servicios de Salud, es actuar en disminuir las oportunidades perdidas por no cumplimiento de criterios, aumentando así, el porcentaje de atención apropiada. Además, se hace necesario examinar las causas de la variabilidad en el desempeño de las Áreas de Salud, aún en una misma Región, en ambas intervenciones, dando prioridad a la atención posparto.

Se hace necesario insistir en mejorar la calidad de los datos que se brindan en la evaluación, aún persisten errores que si no se detectan oportunamente pueden distorsionar los logros o limitaciones que se presentan.

Los datos reportados por el INEC para el año 2007, sobre la importante disminución de la mortalidad materna (14 muertes maternas), se debe tomar con cautela ya que en el pasado se ha logrado tasas iguales o mas bajas a la actual, que no se mantienen en el tiempo y mas bien son fluctuantes.

Aún considerando lo anterior, este resultado deberá ser un estímulo para seguir mejorando principalmente el cumplimiento de la normativa de atención en ambas intervenciones, no porque se considere que éstas han sido la causa de la disminución,

sino porque el grado de contribución que la prestación de servicios pudo haber tenido con estas dos intervenciones, se debe al menos mantener y en lo posible mejorar.

Por otra parte, no se debe olvidar, que en la distribución porcentual de defunciones infantiles según causa de muerte, las afecciones originadas en el período perinatal siguen siendo las más importantes, suscitando la mitad de las muertes, en forma constante en los últimos cinco años (2002-2007). Este hecho amerita mantener una estricta vigilancia para analizar a profundidad los casos, modificando las prácticas que se consideran inadecuadas, para contribuir al máximo en la reducción de esta causa, en lo que compete a los Servicios de Salud.

4. Atención adulto mayor

El envejecimiento de la población, constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos relevantes de las últimas décadas.

El proceso de envejecimiento, conlleva importantes transformaciones. El perfil Epidemiológico cambia de manera substancial. Frente a la disminución en los niveles de enfermedades infecciosas, adquieren una mayor presencia los problemas crónicos, las situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia. Tales cambios, tienen importantes repercusiones sobre la planificación sanitaria, las políticas de salud pública y la gestión de recursos sociales, con una mayor presión sobre los sistemas de salud⁵⁹.

La evidencia disponible, sobre los logros de la promoción de la salud y de la atención sociosanitaria en este grupo de población, avala la idea de que reducir la morbilidad y la incapacidad de las poblaciones que envejecen, constituye un reto de la salud pública y puede reflejar el desempeño de los sistemas sanitarios⁶⁰.

Las respuestas positivas, dependen del éxito con que las personas mayores puedan prevenir las limitaciones funcionales, la desnutrición y las enfermedades crónicas, para lo cual, resulta crítico intervenir sobre factores de riesgo modificables, tales como; tabaquismo, sedentarismo, malnutrición o falta de acceso a los servicios de salud, que contribuyen con un 70% del deterioro global asociado al envejecimiento⁶¹.

La Caja Costarricense del Seguro Social, como parte de las necesidades poblacionales identificadas y en respuesta a la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor #7935, promueve desde la prestación de servicios de salud, la atención eficiente y oportuna de los adultos mayores, definidos como las personas de 65 años y más.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión.

La atención de los adultos mayores, ha sido un tema de seguimiento desde el inicio de los Compromisos de Gestión hasta la fecha. Durante los primeros años, el esfuerzo se

⁵⁹ Puga D. y colaboradores. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Rev. Electrónica Población y Salud en Mesamérica, Vol. 5 N°1. 2007

⁶⁰ Gonzalo E, Pasarin M. La Salud de las personas mayores. Gaceta Sanitaria 2004; 18(supli1):69-80.

⁶¹ Loewy M. La Vejez en las Américas. En Perspectivas en Salud. OPS, 2004.



orientó a lograr el tamizaje de toda la población adulta mayor, para determinar aquellas personas que presentaban más riesgos. Posteriormente, durante el año 2003 se evaluó el adecuado abordaje sobre el grupo identificado como de mayor riesgo, revisándose el diseño de planes de seguimiento de acuerdo a los hallazgos individuales.

A partir del año 2004, se incorpora en los Compromisos de Gestión la atención individual de esta población, de acuerdo a la normativa técnica institucional⁶² cuyo énfasis es identificar y abordar situaciones que puedan disminuir su independencia y funcionalidad así como valorar y abordar riesgos en las esferas físicas, funcionales, psíquicas y sociales.

Criterios para evaluar la Atención del adulto mayor

Valoración e interpretación del estado nutricional (Índice de Masa Corporal). Atención integral del adulto mayor con historia clínica y examen físico completo que incluya la valoración clínica de la agudeza visual y auditiva. Valoración e interpretación del riesgo biopsicosocial. Plan de seguimiento: acorde con los factores de riesgo identificados. Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio: Hemoglobina y hematocrito Examen general de orina Glicemia en ayunas

Referencia: CCSS-DCSS., Indicador: Cobertura de personas de 65 años y más a las que se les brinda atención con cumplimiento de criterios. Compromisos de Gestión 2007

⁶² CCSS- MS. Normas de Atención integral de Salud en el Primer Nivel. Gerencia Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. 1995

b. Resultados de la Evaluación

CUADRO A.10
C.C.S.S: POBLACION Y COBERTURA DE LOS ADULTOS MAYORES
SEGÚN REGION, PRIMER NIVEL DE ATENCION,
2004 Y 2007

(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN ^{/1}	POBLACIÓN		COBERTURA INSTITUCIONAL							
			TOTAL				CON CRITERIOS ^{/2}			
			Personas atendidas		Porcentaje		Personas atendidas		Porcentaje	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
Total	219.802	250.455	130.782	159.066	60	64	98.911	132.741	45	53
Brunca	14.567	16.956	7.429	13.024	51	77	5.710	11.191	39	66
Central Norte	45.671	53.468	25.576	30.679	56	57	15.985	23.526	35	44
Central Sur	34.296	40.051	20.235	26.786	59	67	17.491	25.232	51	63
Chorotega	18.611	21.951	13.400	14.612	72	67	9.864	12.293	53	56
Huetar Atlántica	14.463	16.687	8.967	9.526	62	57	7.232	7.676	50	46
Huetar Norte	8.066	9.663	3.388	5.397	42	56	2.984	4.348	37	45
Pacifico Central	11.875	13.948	8.313	10.221	70	73	5.344	9.764	45	70
Metropolitana	31.724	32.292	17.765	22.341	56	69	15.545	15.823	49	49
Compra Externa	40.529	45.439	26.344	26.480	65	58	19.859	24.083	49	53

^{/1} En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

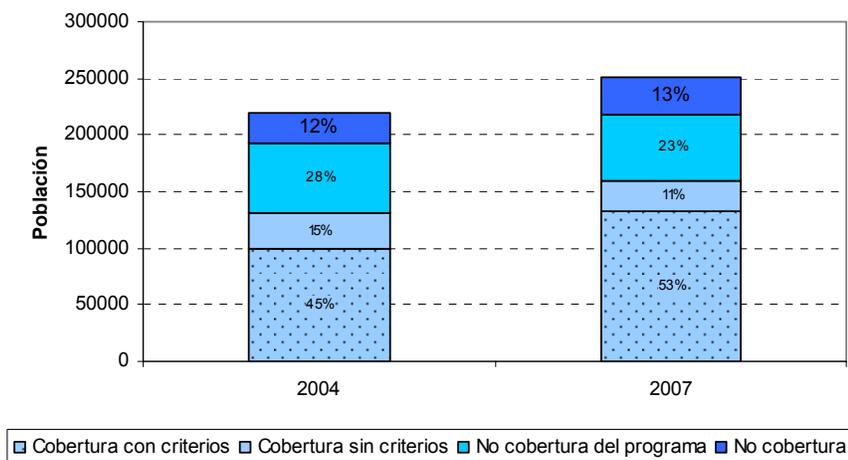
^{/2} Se refiere a los criterios de la Norma pactados en el CG

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

GRAFICO A.48

C.C.S.S.: COBERTURA DE ADULTOS MAYORES, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2004 Y 2007

(volumen y porcentaje)

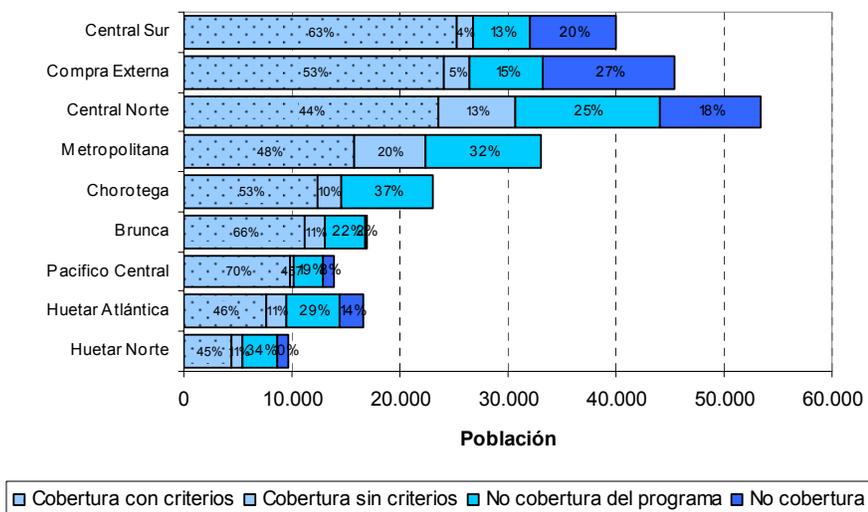


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

GRAFICO A.49

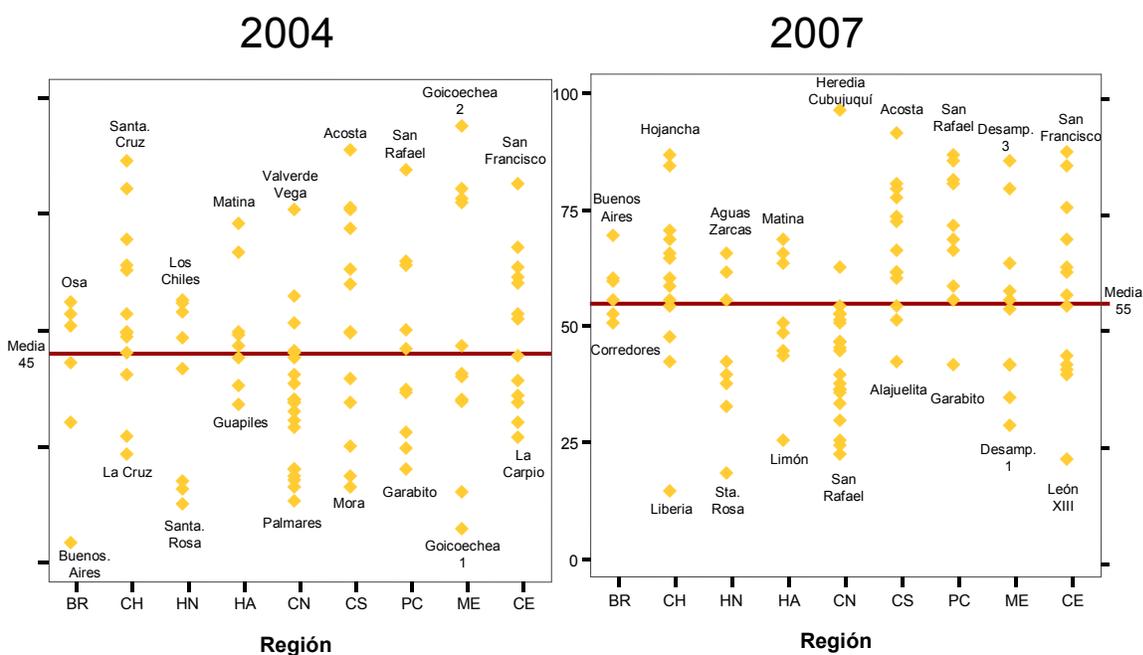
C.C.S.S.: COBERTURA, DE ADULTOS MAYORES, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.50
C.C.S.S: COBERTURA CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, DE
ADULTOS MAYORES, POR AREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2004 Y 2007
(porcentaje)

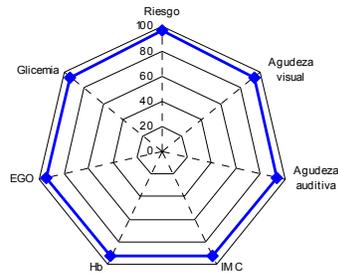


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2004 y 2007

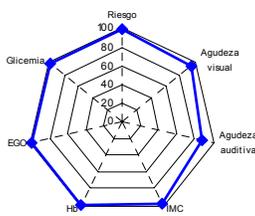
GRAFICO A.51

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, DE LA ATENCION DE ADULTOS MAYORES, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

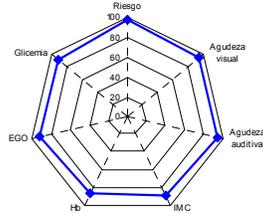
(porcentaje)



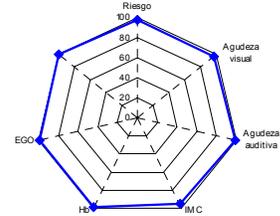
INSTITUCIONAL



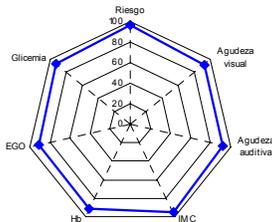
Brunca



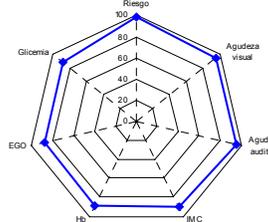
Central Norte



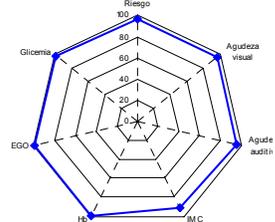
Central Sur



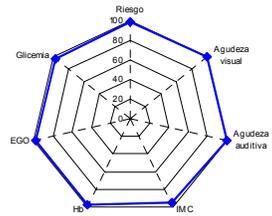
Chorotega



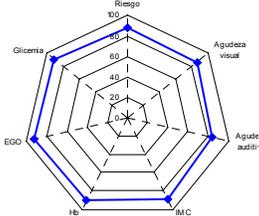
Huetar Atlántica



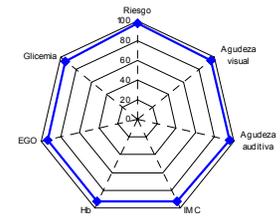
Huetar Norte



Pacífico Central



Metropolitana



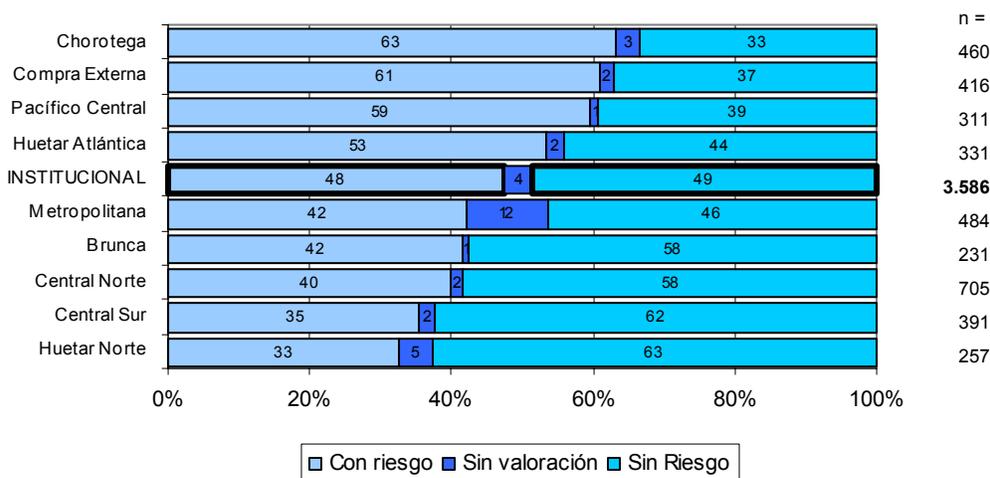
Compra Externa

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO A.52

C.C.S.S: CLASIFICACION DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES, SEGÚN VALORACION, POR REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2007

(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

c. Análisis de los Resultados

La atención de los adultos mayores ha sido sujeto de seguimiento por parte de los Compromisos desde el inicio de su aplicación. En los primeros años se enfatizó en la identificación de riesgo por medio de un instrumento que se aplicaba principalmente en el ámbito domiciliario. Posteriormente a partir del año 2004, se enfatizó en la atención individual en los Servicios de Salud, de ahí que es este el año que se usa como referencia de comparación.

La cobertura total de atención del año 2007 aumentó en un 7% con respecto al 2004. La cobertura con cumplimiento de criterios, por su parte, presentó una mejoría de un 18% entre los dos años evaluados.

En el ámbito Regional la mayoría aumentaron sus coberturas, a excepción de dos de ellas que tuvieron un descenso entre un 8% y 11%, sin embargo, ambas Regiones aumentaron levemente el volumen de población atendida en un 6% y 0,5% respectivamente. En relación a la cobertura sin cumplimiento de criterios, definida como una de las formas de oportunidades perdidas, muestra un descenso de un 27% entre los dos años estudiados.

Al igual que en el caso de adolescentes, los datos disponibles permiten medir la segunda forma de oportunidades perdidas, que se ha denominado no cobertura del programa, que corresponde a aquellas personas que son atendidas probablemente solo por morbilidad, sin brindarles una atención mas integrada. Esta forma también denota una disminución de un 18%.

Lo anterior aunque es muy positivo no alcanza para tener un efecto importante en reducir el número de personas no cubiertas, por el contrario, existe un aumento de un 8% en las personas no cubiertas, en el 2007 con respecto al 2004. Esto sucede porque la población de adultos mayores tuvo un crecimiento de un 14% y la cobertura total solo un 7%. En el ámbito Regional, llama la atención que de acuerdo a los datos suministrados, hay dos Regiones en que se ha cubierto toda la población de adultos mayores, sin embargo, presentan los mayores porcentajes de oportunidades perdidas, por no cobertura del programa (Cuadro A.10, Gráfico A.48 y Gráfico A.49).

La variabilidad en la cobertura con cumplimiento de criterios en el año 2007, aunque presenta una leve mejoría con respecto al 2002, sigue mostrando brechas importantes en la atención, entre Regiones y entre Áreas de Salud de una misma Región. En el ámbito de Regiones, hay algunas en donde casi todas sus Áreas tienen un desempeño por sobre el promedio y otras a la inversa. Igualmente, al interior de las Regiones hay Áreas con porcentajes de cumplimiento muy altos y otros muy bajos (Gráfico A.50).

Al revisar el cumplimiento de cada uno de los criterios pactados, los resultados son bastante positivos en los promedios institucionales, pero en el ámbito Regional se presentan diferencias, unas relacionadas con el cumplimiento de exámenes de laboratorio y otras con la realización del examen físico (Gráfico A.51).

Estos resultados, muestran la necesidad de analizar la atención que se brinda a los adultos mayores, que permita conocer las causas de los incumplimientos, para luego, brindar lineamientos, en relación a mejorar la gestión de la atención, tanto para minimizar al máximo las brechas en la atención, como para disminuir las oportunidades perdidas. Por ejemplo, si todos los adultos mayores se hubieran atendido en forma integrada, la cobertura total sería de 87%.

Una de las acciones que se realizan en la atención de los adultos mayores atendidos en atención integral y que se le ha dado preponderancia es la valoración de riesgo y su abordaje. Los resultados muestran que solo a un 4% de los adultos mayores no se les aplica el instrumento de clasificación de riesgo "Valoración Integral del Adulto Mayor".

Los resultados en el ámbito Institucional, muestran que aproximadamente la mitad de las personas a las que se les aplicó el instrumento tienen riesgo y la otra mitad no lo tiene, en cambio en el ámbito Regional, el comportamiento es variable. También se reporta, que al 97% de las personas catalogadas de riesgo, se les elaboró un plan de abordaje (Gráfico A.52).

Estos resultados, dificultan realizar un análisis sobre el grado de riesgo de los adultos mayores. Es mas, pareciera necesario revisar el instrumento de valoración utilizado, especialmente en su capacidad para discriminar, ya que los datos presentados, sugieren dudas al respecto. Se hace necesario conocer realmente, si casi la mitad de los adultos mayores que se atienden, son realmente de riesgo, ya que en su plan de abordaje se utiliza una cantidad de recursos y tiempo que es necesario considerar.

El aumento en el número de adultos mayores, ha suscitado una preocupación por la disponibilidad de servicios ante el previsible incremento de las necesidades de cuidados. En Costa Rica este aumento ha sido gradual, de un peso en la población total de 5% en el 2003 a 6% en el 2007, también es cierto, que las proyecciones indican que al 2015 este grupo representará el 7,4% y al 2050 el 20,6% de la



población⁶³. Estas proyecciones aconsejan prever sus consecuencias, especialmente en personas que podrían ser supervivientes de condiciones mórbidas y problemas de malnutrición, por lo que algunos autores los denominan, poblaciones con acumulación de desventajas.

Como ejemplo de esta situación, Rosero⁶⁴, señala que los nonagenarios costarricenses son verdaderos sobrevivientes de cohortes que sufrieron condiciones de salud extremadamente duras. Por ejemplo, son los sobrevivientes de tasas de mortalidad infantil en el rango de 250 por mil que prevalecían en Costa Rica a principios del siglo XX. La malaria, la tuberculosis y las enfermedades diarreicas diezmaron estas cohortes cuando eran jóvenes.

Esto nos debe llevar a reflexionar sobre la mejora de la capacidad de respuesta institucional, especialmente en el Primer Nivel de Atención, que es el llamado a prevenir oportunamente complicaciones que puedan limitar la calidad de vida de los adultos mayores a futuro, así como su grado de independencia. Por otra parte, aumentar la posibilidad de este Nivel, de cumplir su rol en la Red de Servicios, disminuyendo la necesidad de derivar una cantidad de personas a los niveles de mayor complejidad.

Los resultados de la evaluación alertan sobre aspectos que es necesario mejorar en la prestación de servicios, tanto en coberturas, calidad de atención, entendida como prestación adecuada; y deseablemente, revisar y actualizar las estrategias de abordaje definidas. Persiste el imperativo de insistir en la mejora de la equidad en la prestación de servicios, disminuyendo las brechas detectadas, en el Primer Nivel de Atención de la Red de Servicios.

⁶³ INEC-CCP. Estimaciones y Proyecciones de Población, Costa Rica 1970-2050. Actualizadas al 2000. San José, Costa Rica

⁶⁴ Rosero L. ¿Son los nonagenarios costarricenses los seres humanos mas longevos? En López G y Herrera R (Editores). Ensayos en honor a Víctor Hugo Céspedes. San José, Costa Rica 2005. Academia Centroamericana, 161-188.



Conclusiones de la Atención por Ciclo de Vida

Los resultados de este informe de evaluación, muestran mejoras en la mayoría de las coberturas totales y con cumplimiento de criterios, analizadas entre el año 2002 y 2007. Esto denota el esfuerzo Institucional y de los Servicios de Salud por mejorar la cobertura de atención y atenderlos en forma apropiada. Sin embargo, estos resultados también evidencian, elementos a mejorar y cambios importantes que realizar, en la prestación de servicios, en el Primer Nivel de Atención.

Uno de estos elementos, es la limitación que se presenta en la continuidad de atención, en las diferentes etapas del ciclo de vida. Es así, como se pasa de una importante cobertura en menores de un año a una limitada cobertura en los niños de uno a seis años, igual sucede, al pasar de la etapa escolar a la etapa de la adolescencia. Esta situación posiblemente tiene múltiples explicaciones, tanto en relación a la conducta de los usuarios como de los prestatarios.

Ante este panorama, se hace necesario en el ámbito Institucional, revisar varios componentes que podrían influir en estos resultados. Por un lado, examinar las metas esperadas en cuanto a coberturas en cada etapa del ciclo, ya que las vigentes datan de 1995⁶⁵, en donde se indica que en todas las etapas del ciclo de vida, se debe alcanzar una cobertura de un 80% a 100%. En este análisis, se debe clarificar si estas metas son institucionales o nacionales. Aunado a lo anterior, se hace inminente solicitar a quien compete, la necesidad de contar con información de la atención de las personas, en otros sistemas, fuera del seguro público.

A partir de lo anterior, se requiere estudiar la capacidad de respuesta institucional, acorde a las decisiones tomadas. De la experiencia de los últimos años en relación a negociación y evaluación de metas de cobertura, se observa que será difícil seguir aumentando coberturas con la capacidad instalada actual. Según datos de la Gerencia Médica⁶⁶ a diciembre del 2007, el 56% de los EBASIS tienen asignado más de 4.000 habitantes y en las dos Regiones Centrales, que concentran el grueso de la población, este porcentaje se eleva a 64% y 68%.

Un segundo elemento a mejorar, esta relacionado con la gestión de la atención, en términos de disminuir las oportunidades perdidas. En este informe se han cuantificado dos tipos de oportunidades perdidas susceptibles de ser mejoradas, sin que necesariamente se incorporen nuevos recursos. La gestión local y regional en dar seguimiento al cumplimiento de la normativa institucional y a que se brinde una atención cada vez mas integral, será un importante apoyo en superar esta limitación.

Un tercer elemento, tiene que ver con la necesidad de disminuir las desigualdades geográficas observadas en la prestación de servicios de salud, entre Regiones y entre Áreas de Salud en cada Región. La equidad es un principio básico del Seguro Social y del Modelo de Atención, que con respecto a la prestación de servicios se traduce en que "el desarrollo de los servicios de salud no deben variar en calidad, a causa de características personales, género, raza, etnicidad, ubicación geográfica o situación

⁶⁵ Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud. Normas de Atención Integral de Salud. Consejo Técnico Asesor de Atención integral a las Personas. 1995

⁶⁶ C.C.S.S. Inventario de EBASIS abiertos y funcionando y Puestos de visita periódica, en el ámbito nacional al 31 de diciembre del 2007. Gerencia Médica. Enero,2008

socioeconómica”.⁶⁷ Estudiar las causas de estas brechas será indispensable, para poder plantear estrategias que permitan minimizarlas.

Desde una perspectiva más operativa, se destacan dos aspectos a examinar. La verificación de la calidad de los registros de la atención brindada, es una necesidad urgente. La información presentada en este informe y en cualquier documento institucional sobre el Primer Nivel de Atención, se fundamenta en los datos aportados por las Áreas de Salud. La experiencia, es que aún en esta última evaluación, se han encontrado situaciones que generan dudas sobre la calidad de los datos. Pareciera urgente definir una política institucional, con respecto de cuál o cuáles serán los sistemas de información a ser utilizados en el Primer Nivel de Atención, que sea adoptado por todos y con una adecuada supervisión y soporte del mismo.

El bajo cumplimiento por parte de los usuarios en relación a realizarse los exámenes de laboratorio indicados, requiere explorarse con más profundidad. El no contar con esta información al momento de la atención, impide que se detecten oportunamente situaciones modificables por los Servicios de Salud, imposibilitando que las acciones preventivas cumplan su cometido.

Atención especial, requieren los dos grupos de población con menor cobertura, como son los niños de uno a seis años y los adolescentes. Las estrategias desarrolladas hasta ahora, pareciera que no permitirán avanzar mas allá de lo alcanzado, por lo que se hace necesario explorar nuevas estrategias, viables e innovadoras, que logren mejorar la cobertura de estos grupos de población, que tienen un gran peso en la población total del país.

Finalmente, insistir en la importancia de mejorar la atención de los adultos mayores. Es una población que irá en aumento y probablemente las nuevas cohortes no tengan la misma fortaleza de las actuales, lo que plantea un doble reto para los servicios de salud. En este sentido, Rosero alerta indicando que “si esta longevidad se debe a un proceso de selección de los menos frágiles, esto puede ser efímero, ya que los avances en esperanza de vida significa que probablemente ha ocurrido un cambio en el grado de fragilidad de las cohortes costarricenses, que se ha visto acompañado de un rápido cambio en los estilos de vida, con incrementos en el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo, entre otros. La salud pública del país bien puede estar cabalgando sobre un tigre, que la está llevando muy rápido a través de la transición epidemiológica, pero que puede tornarse peligroso cuando cese de moverse”.⁶⁸

Los Servicios de Salud han caminado con paso firme y certero, contribuyendo a lograr los resultados que se muestran hoy, en relación a la atención en el ciclo de vida de las personas. Queda camino por recorrer, pero se tienen las herramientas para realizarlo, solo se necesita seguir creyendo que la atención integral, equitativa, oportuna y de calidad, basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, son las principales armas para lograrlo.

⁶⁷ WHO-Europe. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. 2008

⁶⁸ Rosero L. ¿Son los nonagenarios costarricenses los seres humanos mas longevos? En López G y Herrera R (Editores). Ensayos en honor a Víctor Hugo Céspedes. San José, Costa Rica 2005. Academia Centroamericana, 161-188.

B. Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representarán el 78% de todas las muertes en el continente de América. La OMS proyecta además que en los próximos 10 años en esta región, las muertes por ENT van a aumentar en un 17% y las muertes por diabetes se incrementarán por más del 80%⁶⁹. Actualmente estas enfermedades afectan casi por igual a las mujeres y los hombres, incidiendo sobre todo en la población de baja condición socioeconómica y de menos de 70 años, estos últimos representan aproximadamente la mitad de las muertes por enfermedades no transmisibles.

Los factores de riesgo para las ENT se encuentran en aumento en el ámbito mundial, principalmente en personas con baja condición socioeconómica y niños, ya que éstos tienen pocas alternativas sobre modos de vida sanos.

En Costa Rica, el cambio en el perfil de mortalidad en los últimos treinta años muestra una marcada reducción de las enfermedades infectocontagiosas y un evidente incremento de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Los principales problemas de salud a ser abordados por el Sector Salud a partir de 1995, fueron definidos en el análisis de situación de salud del ámbito nacional, para la Readequación del Modelo de Atención⁷⁰. Se priorizaron: la hipertensión arterial, la enfermedad isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer de cuello del útero. En el 2000 la CCSS seleccionó, además de las anteriores, a la diabetes mellitus y las agresiones como problemas a ser abordados por los servicios de salud institucionales⁷¹. Estos han sido incluidos en los Compromisos de Gestión desde sus inicios.

La amenaza de las ENT puede ser atenuada utilizando intervenciones que han demostrado muy buenos resultados en varios países. Las ganancias en salud pueden ser rápidas con intervenciones relativamente baratas y costo-efectivas⁷². Pequeños cambios en los promedios poblacionales de varios factores de riesgo, pueden llevar a una reducción grande del peso de las ENT.

El impacto de los factores de riesgo aumenta en el transcurso del ciclo de vida por lo que las intervenciones a mayor edad tendrán pequeños beneficios a corto plazo y las implementadas a menor edad tendrán grandes beneficios a largo plazo. Al realizar intervenciones sobre los riesgos modificables, se estima que el 80% de las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo dos podrían ser prevenibles.

⁶⁹ World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report. 2005.

⁷⁰ CCSS. Propuesta de Readequación del Modelo de Atención, en Reforma del Sector Salud, San José, Costa Rica 1993.

⁷¹ CCSS. Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2006. 2000. Pág. 77 y 148.

⁷² OPS/OMS. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. CD47/17. Septiembre 2006

Debido a que los mayores determinantes del peso de la enfermedad se encuentran fuera del Sector Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la acción intersectorial es necesaria en todos los estadios de la implementación de intervenciones. En el ámbito de los servicios de salud la recomendación gira en torno de combinar las estrategias poblacionales con el abordaje individual, abordando los eslabones de la cadena de factores, y al establecimiento de hitos locales explícitos y relevantes para cada paso y en cada nivel de intervención; implementándolas de forma escalonada, e iniciando con las que son factibles.

En los Servicios de Salud de la CCSS se encuentran a disposición intervenciones que pueden modificar de manera marcada la magnitud, tendencia y gravedad que presentan las enfermedades no transmisibles en el país. Este hecho determina la posibilidad de incorporarlas en los Compromisos de Gestión y por medio de este instrumento resaltarlas en la prestación de servicios de salud.

1. Prevención y control de las enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio (ESC) desde 1970 son la primera causa de muerte en el país⁷³. El 29% del total de muertes registradas en el 2005 tuvieron esta causa, y representan 4.690 personas con un promedio de 74 años.

En la CCSS la enfermedad isquémica, la cerebrovascular y la hipertensiva representan un impacto creciente en los servicios. Actualmente por estas causas se brindan el 7% de las consultas médicas (75% de éstas por HTA). El 27% de los egresos totales fueron por enfermedad isquémica cardíaca⁷⁴.

Además tienen un costo social y económico elevado; se estima que el costo de la atención y el abordaje de las complicaciones y secuelas representó un 7% del gasto total del Seguro de Salud (61% Hospitalización)⁷⁵. La inversión en el 2006 para atender las demandas de servicios que tendrán las enfermedades cardiovasculares será de ₡35 mil millones, lo que representará un crecimiento de ₡3.295 millones en relación con el 2005.

El peso de la hipertensión arterial

“La hipertensión arterial constituye un factor de riesgo importante de accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y de enfermedades vasculares periféricas.

Se estima que en condiciones óptimas de tratamiento y control de la hipertensión en una población sería posible reducir hasta un 70% de las enfermedades cardiovasculares asociadas”.

Referencia: CCSS. Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva. 2002.

⁷³ Rosello M y Guzmán S. Mortalidad por infarto agudo de miocardio: distribución geográfica y lugar de ocurrencia. Costa Rica, 1970 - 2002. Rev. costarric. cardiol, dic. 2003, vol.5, no.3, p.25.

⁷⁴ Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS, 2005.

⁷⁵ Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS, 2005.



La situación actual y tendencia de las ESC han planteado la necesidad de “crear lo mecanismos necesarios para estandarizar, reforzar y actualizar el conocimiento de los prestatarios en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento con calidad de la hipertensión arterial, en los diferentes niveles de atención”⁷⁶. Además exige el desarrollo y fortalecimiento de actividades que puedan modificar los otros factores de riesgo cardiovascular y de ENT.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Los Compromisos de Gestión 2007 incluyen intervenciones para la hipertensión arterial, el riesgo cardiovascular, las dislipidemias y el infarto agudo del miocardio.

Se procura el desarrollo de fuentes de información que permitan realizar la categorización del riesgo cardiovascular, evaluando los siguientes criterios escogidos de la guía institucional⁷⁷ para la categorización del riesgo cardiovascular.

Criterios para la categorización de riesgo cardiovascular
Realización anual de un perfil de lípidos
Categorización de riesgo cardiovascular
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Porcentaje de personas de 30-75 años con perfil de lípidos y categorización de riesgo cardiovascular. Compromisos de Gestión, 2007

Además se procura la atención a las personas con hipertensión en los tres niveles de atención con cumplimiento de criterios seleccionados del referente institucional.⁷⁸

Criterios para la atención a personas con hipertensión
Primer Nivel de Atención
Clasificación de los niveles de presión arterial: se efectúa en los casos nuevos, al momento del diagnóstico
Concentración: de acuerdo a la estratificación de riesgo realizada en la primera consulta
Toma de presión arterial por consulta
Valoración e interpretación del estado nutricional (Índice de Masa Corporal) por consulta
Electrocardiograma anual: valoración del ECG por el médico tratante
Fondo de ojo anual realizado por el médico tratante
Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio anuales: examen general de orina, creatinina plasmática, glicemia en ayunas y perfil de lípidos (colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos)
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Cobertura de atención a personas hipertensas, con criterios de calidad. Compromisos de Gestión, 2007

⁷⁶ CCSS, MS, OPS. Informe de Resultados: Evaluación de la Calidad de la Atención en Hipertensión Arterial en la Red de Servicios de Salud para el año 2005. 2006.

⁷⁷ CCSS. Guías para la Detección, el Diagnóstico y el Tratamiento de las Dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva. 2004.

⁷⁸ CCSS. Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva. 2002.

Segundo Nivel de Atención
Toma de presión arterial por consulta
Estratificación del riesgo por consulta
Valoración e interpretación del estado nutricional por consulta (Índice de Masa Corporal)
Indicación, interpretación y abordaje del examen general de orina anual
Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio anual: creatinina plasmática, glicemia en ayunas y perfil de lípidos (colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos).
Electrocardiograma anual: valoración del ECG por el médico tratante
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Porcentaje de personas hipertensas atendidas en el Segundo Nivel, con criterios de calidad. Compromisos de Gestión, 2007

Hospitales
Valores de control de LDL según riesgo
Valores de PA <140/90
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Hipertensión Arterial: Calidad de la atención a los pacientes hipertensos de la consulta externa especializada. Compromisos de Gestión, 2007

En concordancia con las recomendaciones planteadas en el PASP⁷⁹, en los Compromisos de Gestión desde el año 2004 la intervención en Hospitales se avoca a la aplicación oportuna de la terapia trombolítica a personas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Criterio para la aplicación de terapia trombolítica a personas con infarto
Porcentaje de personas atendidas en emergencias por IAM con indicación de trombolisis y sin contraindicaciones, a las que se les aplicó la terapia durante los primeros 60 minutos desde el registro de su llegada
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Infarto agudo del miocardio: Aplicación temprana de la terapia trombolítica. Compromisos de Gestión, 2007

Al no contar con guías institucionales para la atención de personas con infarto se acordó en conjunto con representantes de los proveedores de Servicios de Salud que el referente a utilizar es la recomendación de la Asociación Americana del Corazón⁸⁰.

⁷⁹ CCSS. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001 - 2006. 2000.

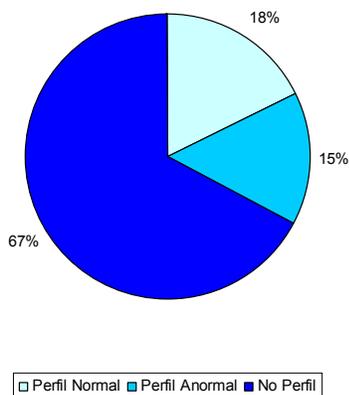
⁸⁰ Ryan TJ et al. ACC/AHA. *Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*. J. A. C. C. | 2004; 44:3. 2004.

b. Resultados de la Evaluación

GRAFICO B.1

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS DEL PERFIL LIPIDICO EN PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)

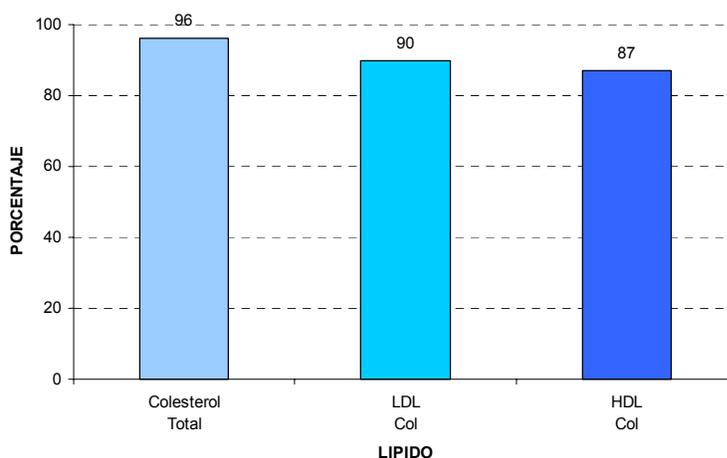


¹ Personas de 35-70 años, excluye a personas con HTA y/o DM
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.2

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PERFIL LIPÍDICO EN PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN TIPO DE LÍPIDO, 2007

(porcentaje)

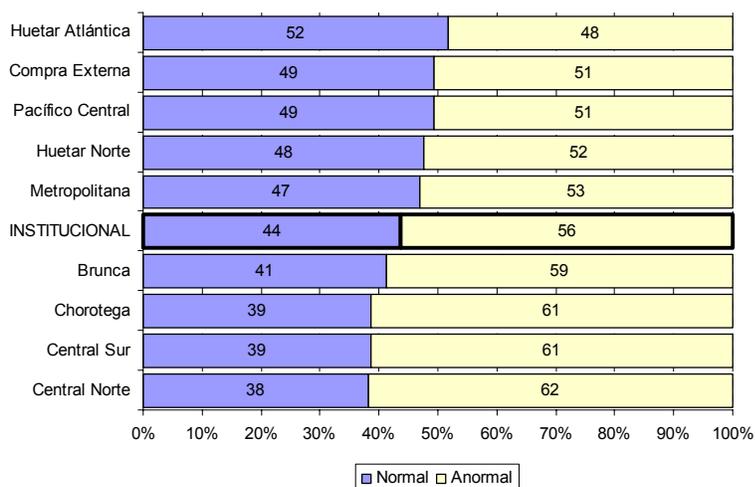


¹ Personas de 35-70 años, excluye a personas con HTA y/o DM
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.3

C.C.S.S: VALORES DEL COLESTEROL TOTAL EN PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN REGION², 2007

(porcentaje)



¹ Personas de 35-70 años, excluye a personas con HTA y/o DM

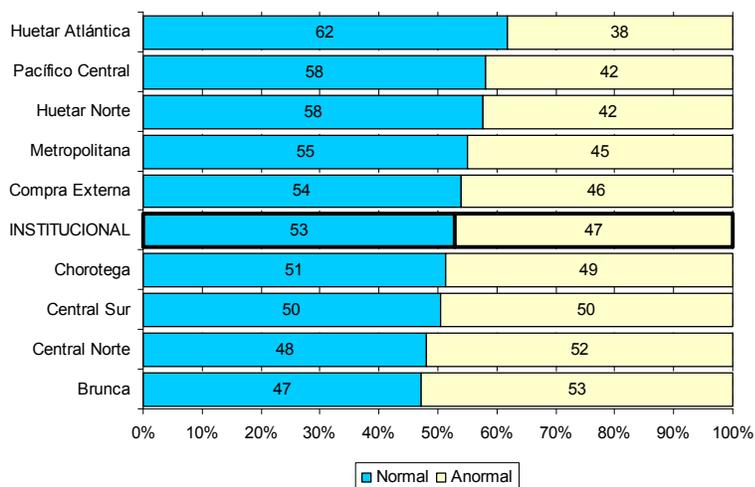
² En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.4

C.C.S.S: VALORES DEL LDL- COLESTEROL EN PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN REGION², 2007

(porcentaje)



¹ Personas de 35-70 años, excluye a personas con HTA y/o DM

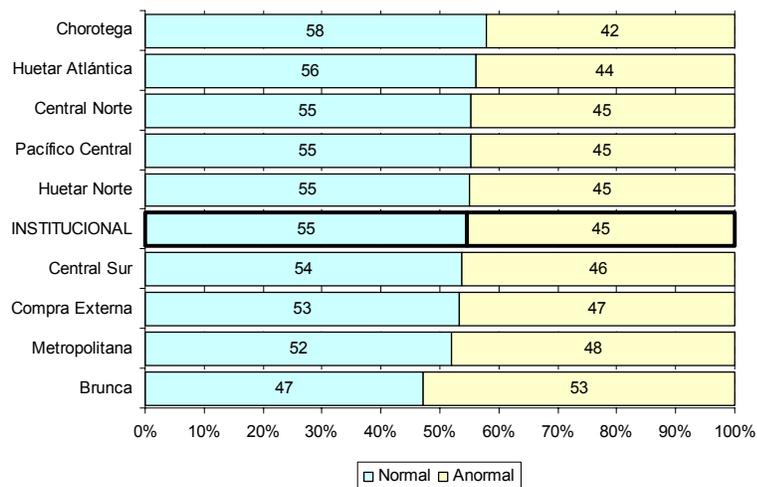
² En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.5

C.C.S.S: VALORES DEL HDL- COLESTEROL EN PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN REGION², 2007

(porcentaje)



¹ Personas de 35-70 años, excluye a personas con HTA y/o DM

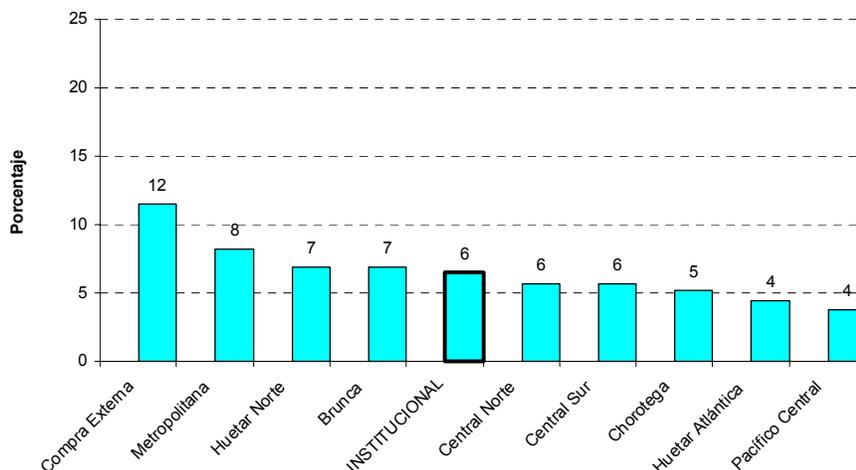
² En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.6

C.C.S.S: VALORES DE HDL- COLESTEROL ALTOS EN PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN REGION², 2007

(porcentaje)



¹ Personas de 35-70 años, excluye a personas con HTA y/o DM

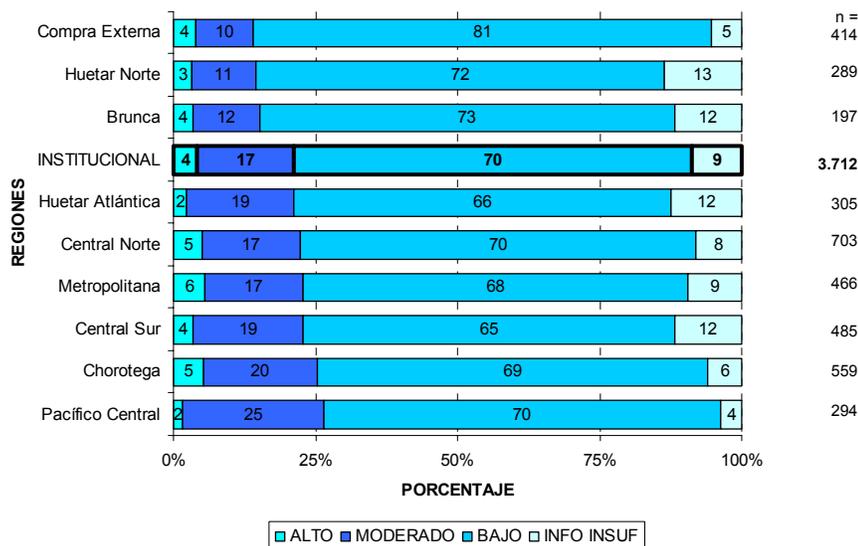
² En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.7

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN REGION², 2007

(porcentaje)



¹ Personas de 35-70 años, excluye a personas con HTA y/o DM

² En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa. El rubro de información insuficiente incluye a las personas que no tienen valores de HDL-Colesterol
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

CUADRO B.1

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO, COBERTURA TOTAL Y COBERTURA CON CRITERIOS, PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGION¹, 2002 Y 2007

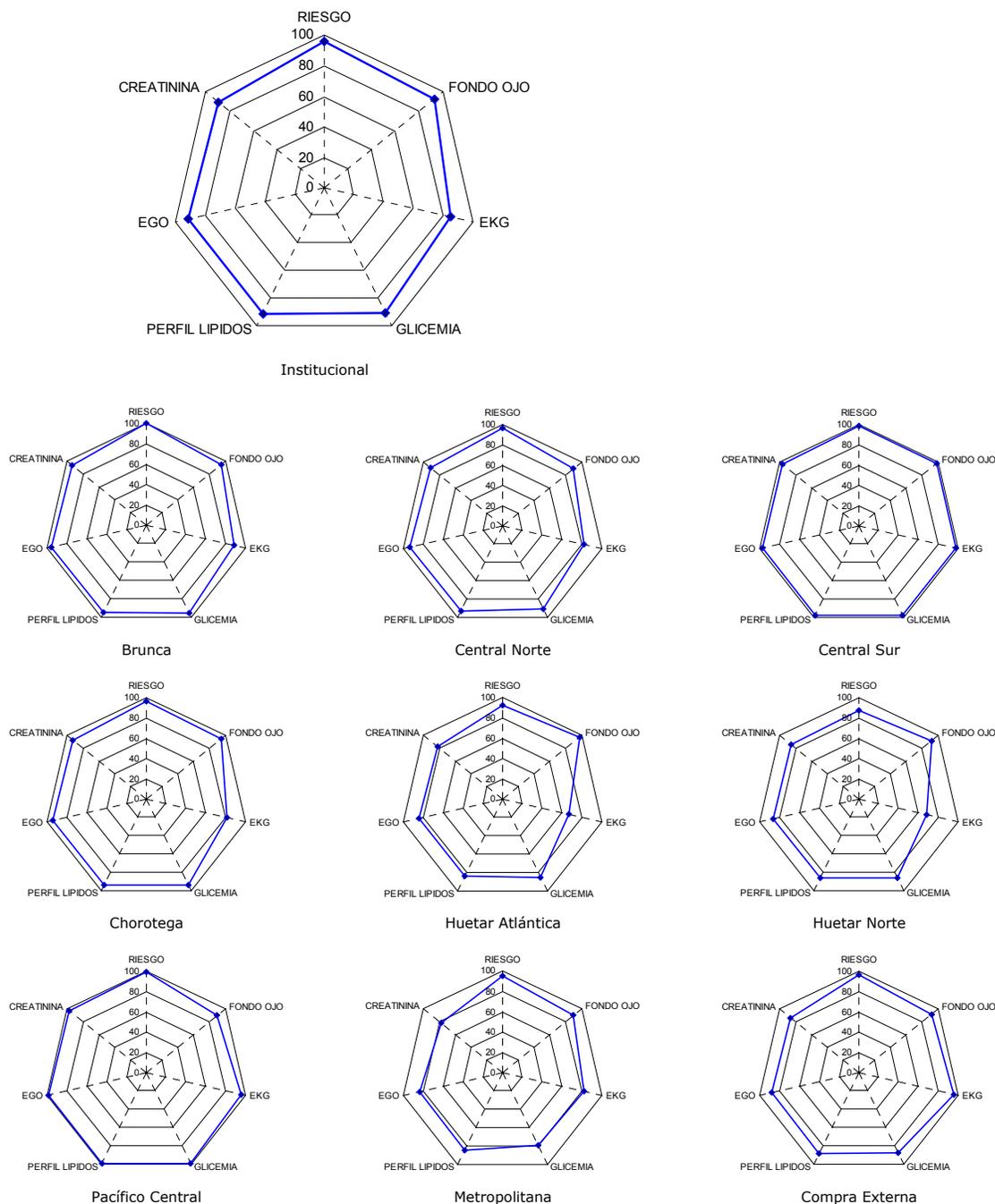
(personas atendidas y porcentaje)

REGIÓN ¹	POBLACIÓN BLANCO		COBERTURA INSTITUCIONAL			
			TOTAL (PORCENTAJE)		CON CRITERIOS (PORCENTAJE)	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007
Total	231.341	268.880	71	100	42	74
Brunca	12.935	16.916	57	100	39	73
Central Norte	49.303	58.866	79	99	38	68
Central Sur	36.772	45.125	79	100	50	88
Chorotega	18.269	19.351	86	100	44	77
Huetar Atlántica	17.645	23.512	72	97	36	63
Huetar Norte	9.544	11.196	69	90	48	61
Pacifico Central	12.547	14.193	77	100	54	78
Metropolitana	36.908	33.363	64	100	30	69
Compra Externa	37.418	46.358	59	83	42	64

¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO B.8

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGION¹, 2007
(porcentaje)



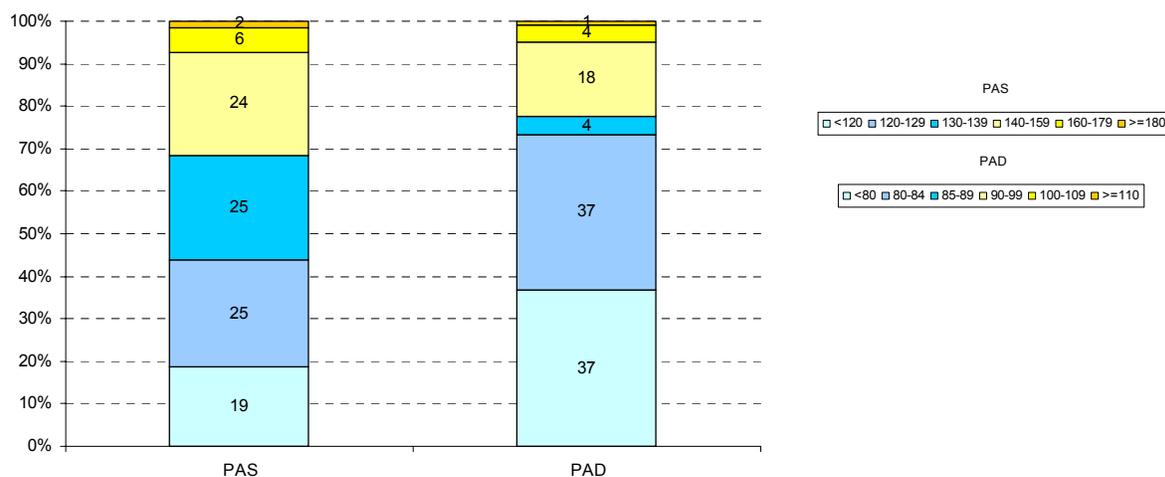
¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.9

C.C.S.S: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) Y PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD), EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007

(porcentaje)

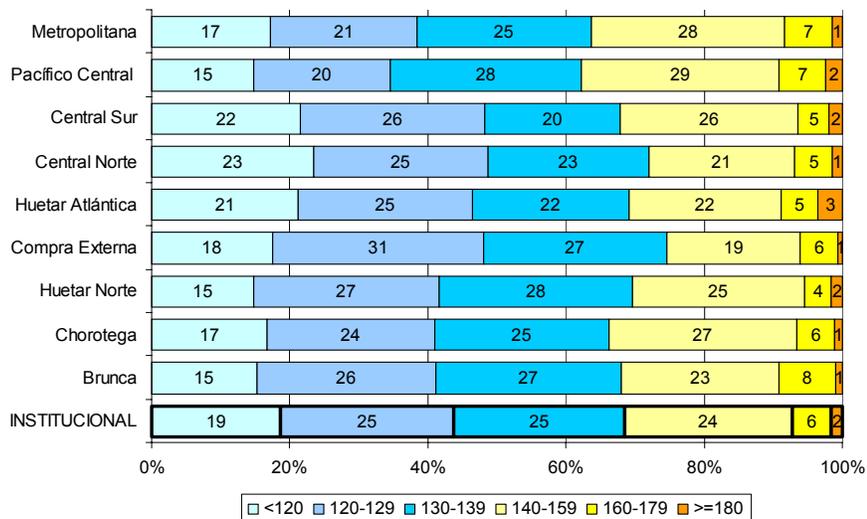


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.10

C.C.S.S: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS), EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN REGIÓN¹, 2007

(porcentaje)

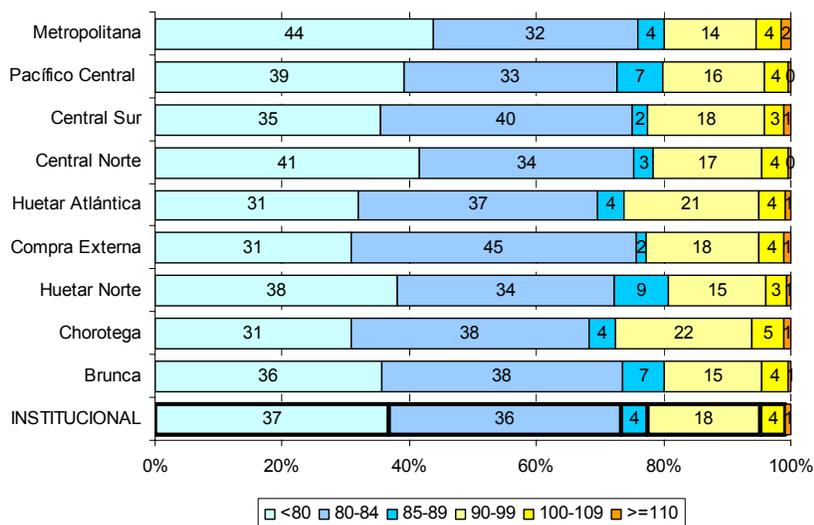


¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.11

C.C.S.S: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD), EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN REGIÓN¹, 2007

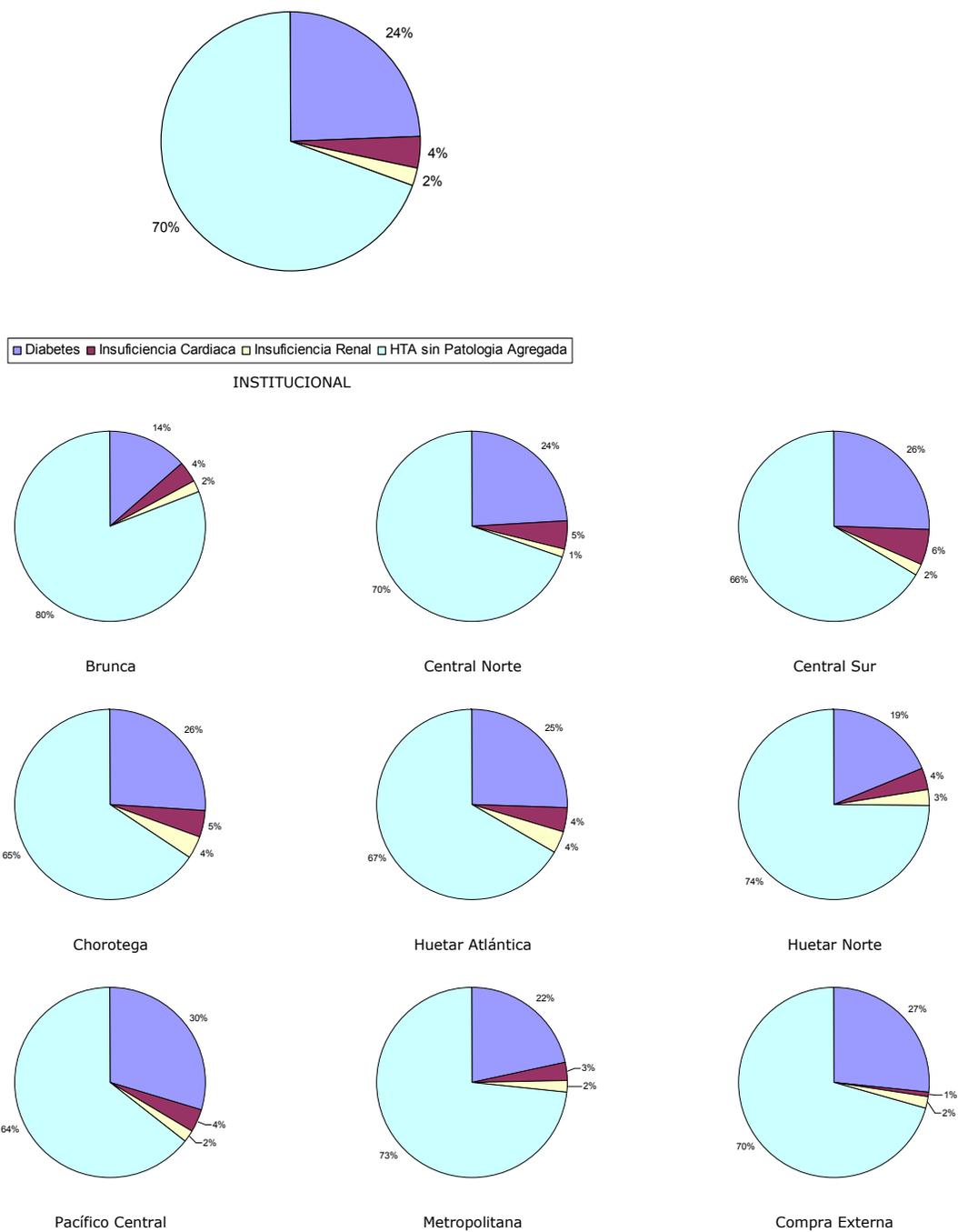
(porcentaje)



¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.12

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS HIPERTENSAS CON DIABETES, INSUFICIENCIA CARDIACA E INSUFICIENCIA RENAL ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN REGIÓN¹, 2007
(porcentaje)

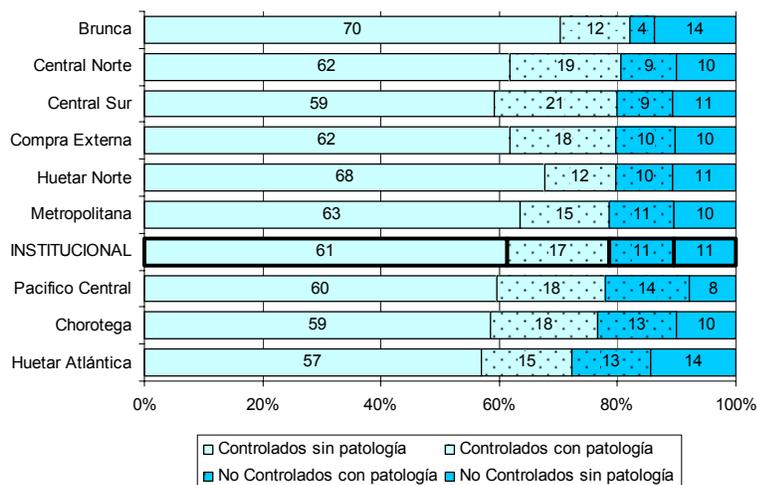


¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.13

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CONTROL² DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN, ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CONSIDERANDO PATOLOGÍAS AGREGADAS SEGÚN REGION¹, 2007

(porcentaje)



¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

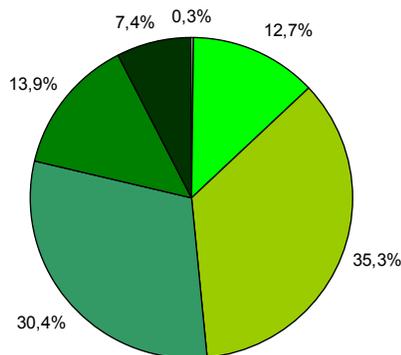
² El grado de control se obtiene relacionando el valor del PAS Y PAD de la última presión para Insuficiencia Renal, Diabetes Mellitus e insuficiencia Cardíaca y el referente institucional en las guías.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.14

C.C.S.S: VALORES DE IMC, EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007

(porcentaje)



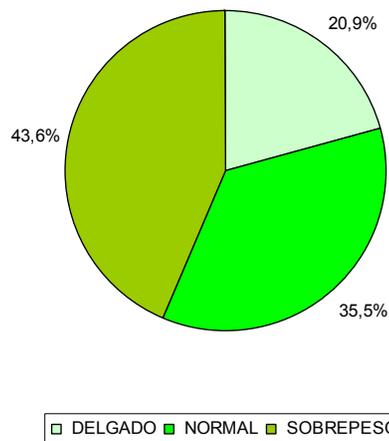
□ DELGADO ■ NORMAL ■ SOBREPESO ■ OBESIDAD I ■ OBESIDAD II ■ OBESIDAD III

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.15

C.C.S.S: VALORES DE IMC, EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN
ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2007

(porcentaje)

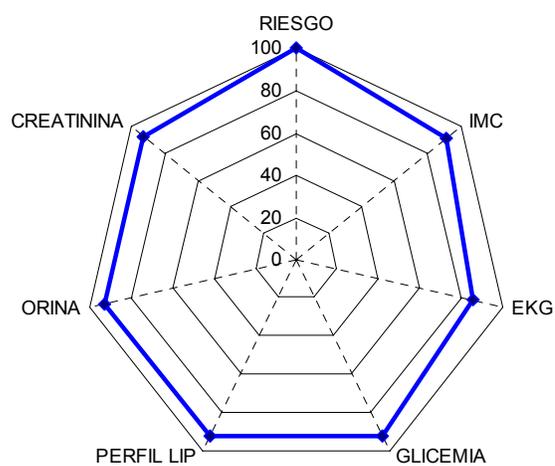


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.16

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS, EN PERSONAS CON
HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)

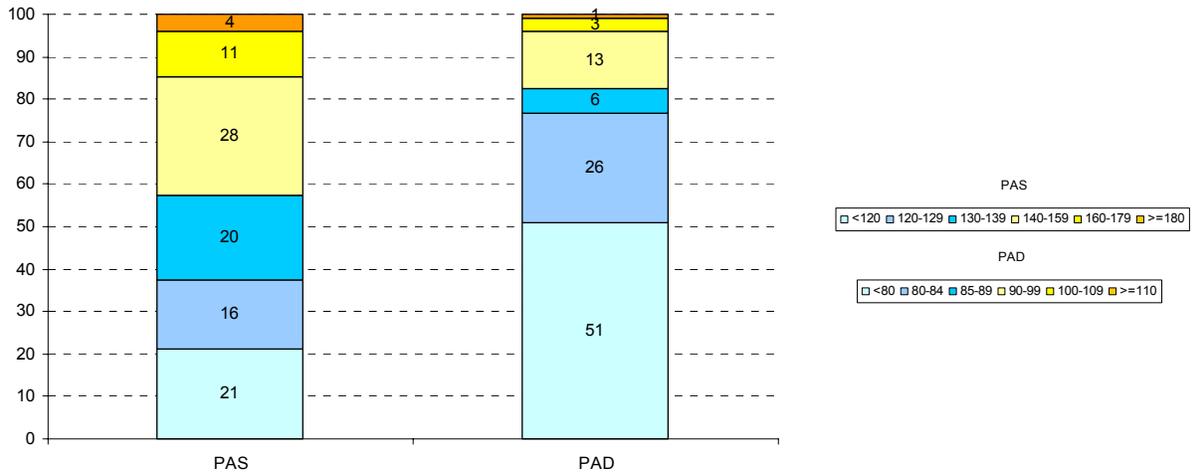


¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.17

C.C.S.S: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) Y PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD), EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)



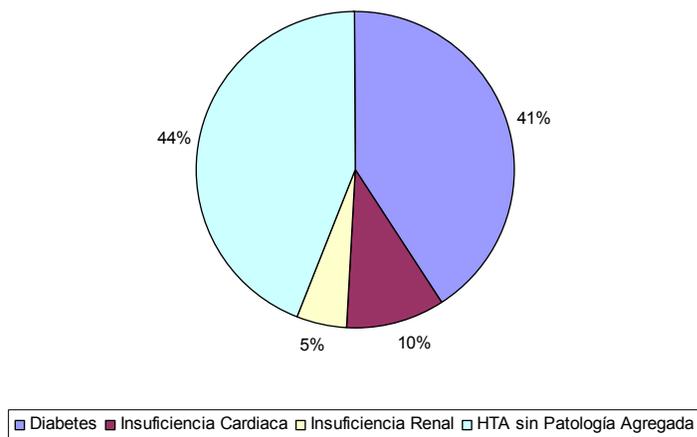
¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.18

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS HIPERTENSAS CON DIABETES, INSUFICIENCIA CARDÍACA E INSUFICIENCIA RENAL ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)

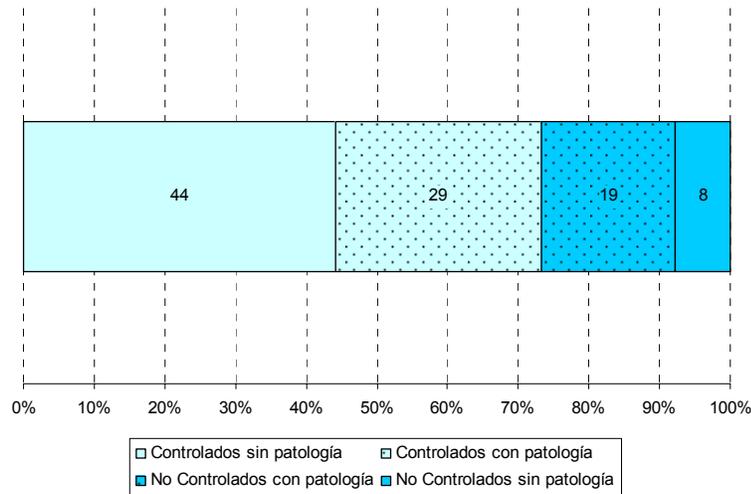


¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.19

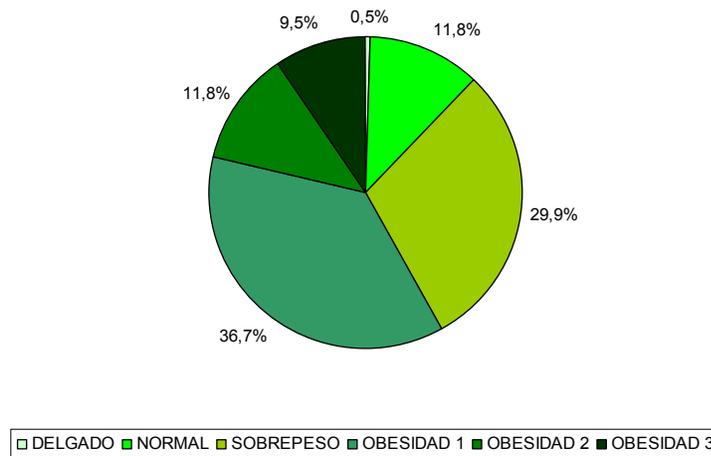
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CONTROL² DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, CONSIDERANDO PATOLOGÍAS AGREGADAS, 2007
(porcentaje)



¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano
² El grado de control se obtiene relacionando el valor del PAS Y PAD de la última presión para Insuficiencia Renal, Diabetes Mellitus e insuficiencia Cardíaca y el referente institucional en las guías.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.20

C.C.S.S: VALORES DE IMC, EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDOS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007
(porcentaje)

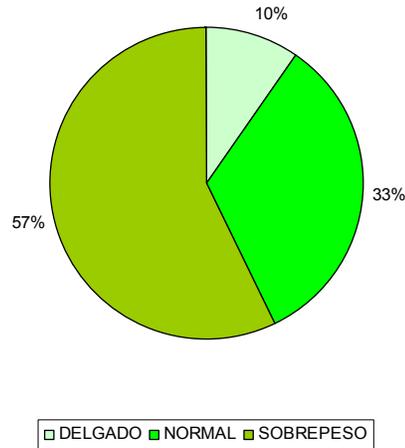


¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.21

C.C.S.S: VALORES DE IMC, EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ATENDIDOS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)

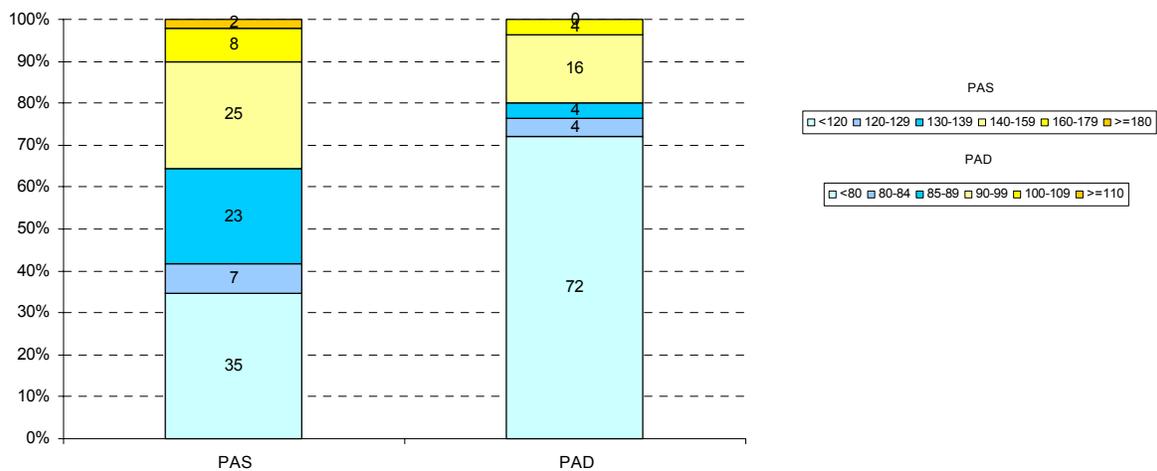


¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.22

C.C.S.S: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) Y PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD), EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN HOSPITALES, 2007

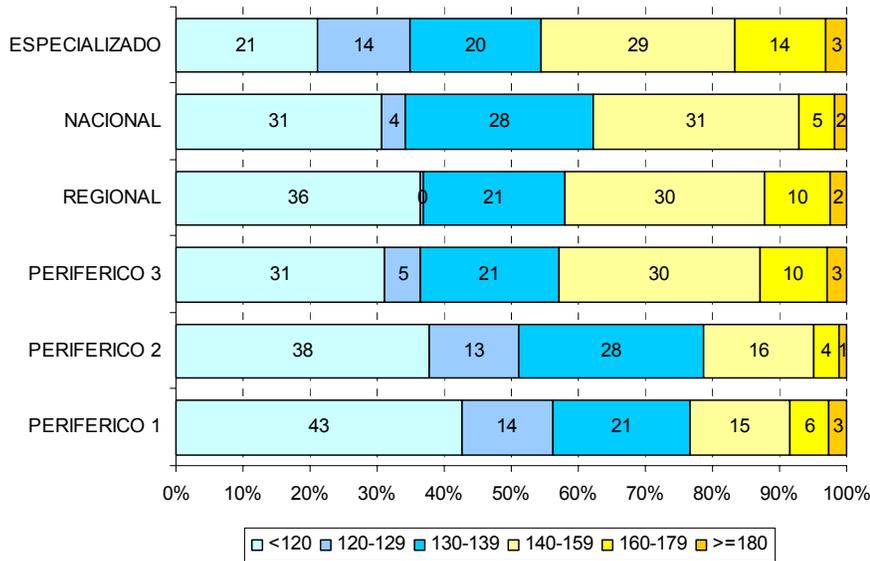
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.23

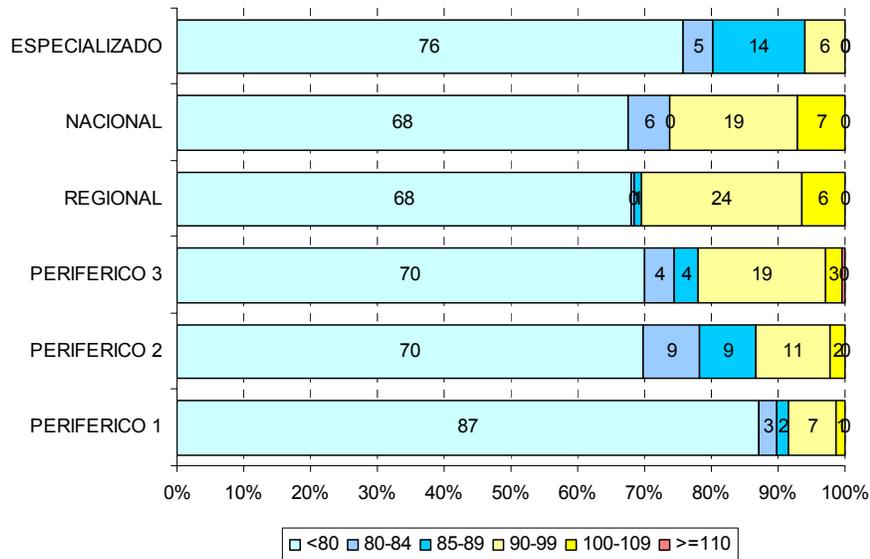
C.C.S.S: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS), EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN HOSPITALES, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.24

C.C.S.S: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD), EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN HOSPITALES, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007
(porcentaje)

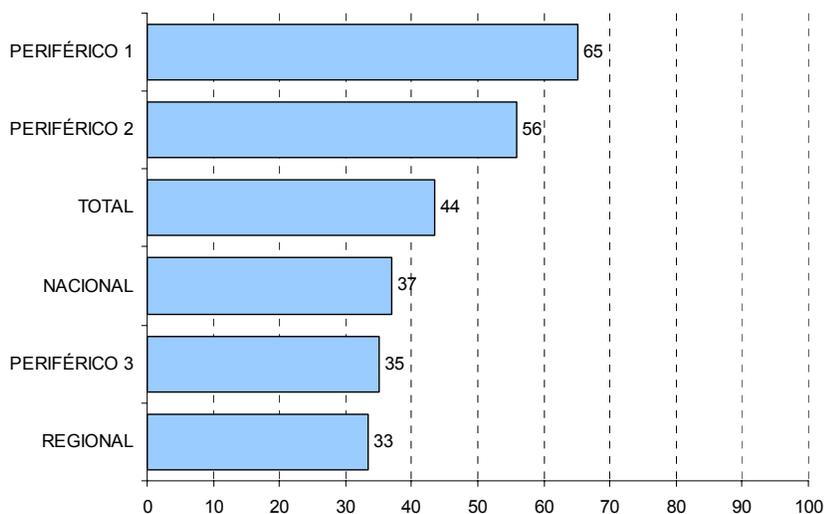


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.25

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL LDL ÓPTIMO PARA EL RIESGO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN HOSPITALES, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007

(porcentaje)

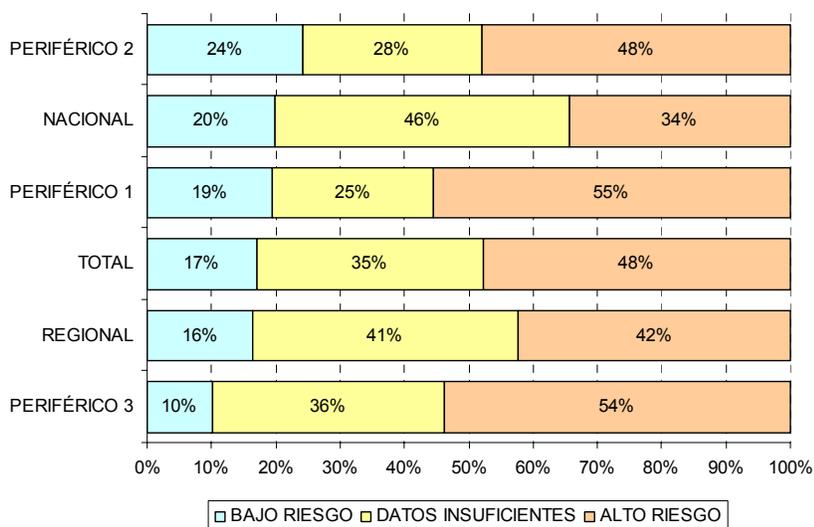


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.26

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO¹ EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN HOSPITALES, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007

(porcentaje)



¹Alto riesgo: caso que tiene Enfermedad Coronaria, ó que tiene tres o más factores de riesgo o que se incluya dentro de esos 3 factores el ser hombre ≥ 45 años ó mujer ≥ 55 años

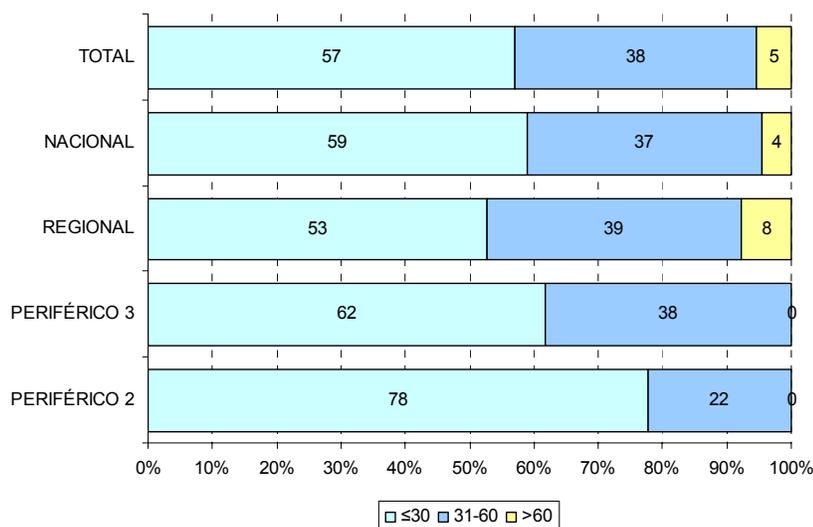
Bajo riesgo: caso que no tiene factores de riesgo y que además, sea hombre < 45 años ó mujer < 55 años

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.27

C.C.S.S: PROPORCIÓN DE PERSONAS CON IAM QUE SE ENCUENTRAN EN LOS RANGOS DE TIEMPO TRANSCURRIDO EN MINUTOS, ENTRE LA LLEGADA DE LA PERSONA Y LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL¹, 2007

(porcentaje)



¹ Excluye Hospitales Periférico 1 ya que no aplica

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

c. Análisis de los Resultados

La priorización institucional de la prevención y control de las Enfermedades del Sistema Circulatorio debe garantizar que las acciones se realicen en todos los niveles de atención y que todos los niveles administrativos apoyen de manera sinérgica estas acciones con actividades concretas y que los grupos técnicos participen definiendo y consolidando los programas con intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible⁸¹.

Para la valoración de la situación del problema y sus determinantes así como la respuesta en salud, se debe contar con una línea de base, elementos para definir la cobertura y el monitoreo de la situación. Estos permiten valorar el resultado de las intervenciones efectuadas en los servicios de la CCSS.

La ausencia de estudios de prevalencia en el ámbito nacional para dislipidemias, diabetes e hipertensión, así como otros factores de riesgo asociados plantea una dificultad importante para la incorporación de intervenciones, metas y la priorización de acciones en todos los ámbitos.

⁸¹ Referencia: Grupo de Trabajo ESC- Plan de Compra de Servicios de Salud 2008-2011. 2007



La prevalencia de dislipidemias en la población costarricense es desconocida. El estudio de prevalencia realizado en el Área Metropolitana⁸² encontró prevalencias para el Colesterol Total anormal (≥ 200 mg/dL) de 45,7% y de LDL Colesterol anormal (≥ 130 mg/dL) en 34,5%.

Los valores encontrados en el programa de categorización del riesgo cardiovascular en personas atendidas en los servicios de salud institucionales superan por diez puntos a los de la población general metropolitana. Claramente las personas que acuden a los servicios y que ingresan al programa son diferentes a la población general, probablemente concentrando éstos primeros los determinantes para dislipidemias.

Los perfiles lipídicos incompletos o ausentes en personas incluidas en el programa de categorización del riesgo cardiovascular atendidas en el Primer Nivel de Atención dificultan la clasificación adecuada y el abordaje apropiado por los servicios de salud. La proporción de personas incluidas en el programa que no cuentan con perfil lipídico es muy alta (Grafico B.6). El uso y reporte de perfiles incompletos, especialmente en relación al HDL-Colesterol (Grafico B.1.), imposibilita la aplicación correcta de la estratificación de riesgo coronario utilizada en la institución⁸³.

La proporción de valores de Colesterol Total, LDL-Colesterol y HDL-Colesterol anormales en el país y en la institución (Gráficos B.2 al B.5) debe alertar sobre la incorporación y reforzamiento de medidas para la prevención y control de las dislipidemias. Esta situación es mayor en las Regiones Brunca, Chorotega, Central Sur y Norte de la CCSS.

Los resultados del programa de riesgo cardiovascular y la magnitud del problema en el país plantean un reto a la institución ya que deberá hacerse un esfuerzo para que la clasificación del riesgo cardiovascular sea completa y permita ser el primer paso en el abordaje de los factores identificados, como el fumado, la obesidad y el sedentarismo, con intervenciones claramente definidas para los tres niveles de atención.

La prevalencia de hipertensión en la población costarricense es desconocida. El estudio de prevalencia realizado en el Área Metropolitana⁸⁴ encontró una prevalencia del 25,2% (25,4% de prehipertensión). Esto contrasta de manera notable con el valor utilizado para efectos de cobertura institucional del 10%.

Con los datos de la evaluación de los Compromisos de Gestión se obtiene que sesenta y dos Áreas de Salud en el país cuentan con un número mayor de personas con hipertensión atendidas por los servicios de salud en relación a la prevalencia estimada para cada Área. Esto implica que en 61% de las Áreas la prevalencia poblacional es probablemente superior a la estimación utilizada institucionalmente para definir la población blanco y anotada en el Cuadro B.1.

⁸² MS, CCSS, Inciensa, CDC, OPS. Encuesta Multinacional de diabetes mellitus, hipertensión y factores de riesgo asociados. Área Metropolitana San José 2004.

⁸³ CCSS. Guía para detección, diagnóstico y tratamiento de dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas. Pág. 15-16. 2004

⁸⁴ MS, CCSS, Inciensa, CDC, OPS. Encuesta Multinacional de diabetes mellitus, hipertensión y factores de riesgo asociados. Área Metropolitana San José 2004.

Utilizando los datos recopilados en esta evaluación, se puede plantear que el número de hipertensos atendidos en la CCSS (302.909 personas) con respecto a la población de veinte y más años (2.689.931 personas) es del 11%. Lo que a su vez sugiere que la prevalencia en la población general es superior a esta cifra.

La Cobertura de personas con hipertensión del Primer Nivel de Atención ha aumentado de manera importante en los últimos cinco años en todas las Regiones de Salud. Este aumento proporcional se observa tanto en la Cobertura total, con incrementos mayores en la Región Brunca y Metropolitana, como en la cobertura con cumplimiento de criterios con incrementos mayores en la Región Chorotega y Metropolitana. En forma global, el aumento fue de 29% en la Cobertura global y 32% en la cobertura con cumplimiento de criterios, lo que representa un excelente avance en los servicios de salud.

La Concentración en el Primer Nivel de Atención para las personas con hipertensión, es de 3,4 consultas por persona atendida, con valores extremos en Compra Externa con 2,3 y 4,6 en la Región Pacífico Central. Estas variaciones en las concentraciones, pueden deberse a la distribución geográfica desigual de personas con riesgos diferentes. Al contrastar la Concentración con la distribución de comorbilidades según Región (Gráfico B.12) no se observa que ésta explique la Concentración de las unidades de Compra Externa, aunque sí podría explicar la Concentración de la Región Pacífico Central. Es necesario realizar estudios que permitan identificar qué otros factores pueden intervenir en los diferenciales de Concentración.

La Concentración de 2,2 consultas por persona atendida en el Segundo Nivel de Atención ambulatorio no hospitalario, es casi igual a la recomendación de la Guía institucional para hipertensos de bajo riesgo, de un mínimo de 2,0 consultas anuales. Lo anterior llama la atención, ya que en el nivel especializado deberían estar en control las personas con riesgo mayores, que requieren Concentraciones promedio que se aproximan a 4 consultas anuales. Se requieren estudios que permitan dilucidar la distribución de las personas con hipertensión, en relación a los riesgos presentados para los tres niveles de atención, con el objeto de verificar la distribución escalonada de riesgos por nivel de atención planteada por la institución.

El esfuerzo realizado por el Primer y el Segundo Nivel de Atención ambulatorio no hospitalario, en la atención a las personas con hipertensión arterial, se concreta en el alto cumplimiento de criterios seleccionados de las guías de atención institucionales (Gráfico B.8 y B.16). El bajo cumplimiento del uso de los electrocardiogramas en el Primer Nivel, particularmente en la Regiones Huetares, recalca la necesidad de que este instrumento diagnóstico básico, se encuentre a disposición en este Nivel de Atención para brindar a las personas con hipertensión, el abordaje establecido institucionalmente.

La alta proporción de personas adultas que presentan valores de IMC con obesidad, atendidas por hipertensión en el Primer y Segundo Nivel de Atención ambulatorio no hospitalario, observada en los Gráficos B.14 y B.20, plantea la necesidad que la institución defina intervenciones de prevención y control, para este problema de salud e importante factor de riesgo para ENT.

La clasificación de IMC para los adultos y adultos mayores debe ser revisada, ya que la posición institucional actual por la instancia correspondiente no es concordante con el estándar de la OMS⁸⁵. El hecho que se encuentren clasificaciones de IMC diferentes o incompletas en tres guías institucionales^{86,87,88} claramente plantea la necesidad de homologar la clasificación en la institución.

La presión arterial no controlada es un predictor de enfermedad cardiovascular. La atención a los hipertensos en la institución, obtiene un desempeño en el control de la Presión Arterial Sistólica (PAS) y Diastólica (PAD) en el Primer Nivel, con proporciones de 69% y 78% respectivamente (Gráfico B.9 al B.11). En el Segundo Nivel de Atención ambulatorio no hospitalario, la proporción controlada de PAS es de 57% y de PAD es de 83% (Gráfico B.17). En Hospitales, las proporciones son de 65% y 80% respectivamente. Tanto en las Regiones como en los tipos de Hospital, se encuentran diferencias en el grado de control (Gráficos B.10, B.11 y B.23 y B.24).

La distribución de comorbilidades en el Primer Nivel de Atención (Gráfico B.12) es relativamente homogénea entre Regiones, con extremos en la proporción de personas con diabetes en la Región Brunca y Pacífico Central. Lo anterior, facilita la definición de una meta institucional en el Primer Nivel para las personas con hipertensión controlada, como resultado intermedio de la atención.

En el Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario, la proporción de personas con comorbilidades es relativamente alta, duplicando lo observado en el Primer Nivel en todos los rubros (Gráfico B.18). Lo anterior, puede sugerir la acumulación de personas con dificultades en el manejo en el nivel especializado, situación congruente con el planteamiento de red de servicios de salud.

La distribución de LDL óptimo, para el riesgo en personas con hipertensión atendidas en los Hospitales, presenta diferencias según Tipo de Hospital, lo que deja aún un amplio margen para la mejora (Gráfico B.25).

El desempeño de los Hospitales, en la aplicación de terapia trombolítica a personas con infarto agudo del miocardio, es heterogéneo; con la mayor proporción de tiempo transcurrido menor a los sesenta minutos, entre la llegada de la persona y la aplicación de la terapia.

Claramente el panorama actual en los servicios de salud plantea que se debe mantener las acciones implementadas. La reducción en la tasa de mortalidad ajustada por 100.000 habitantes, para enfermedades del sistema circulatorio, del 2001 al 2006

⁸⁵ WHO. The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. 2004

⁸⁶ CCSS. Manual para la Atención Integral de la Diabetes Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas. Pág. 6. 2002

⁸⁷ CCSS. Guía para detección, diagnóstico y tratamiento de Dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas. Pág. 25. 2004.

⁸⁸ CCSS. Guías para detección, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas. Pág. 49. 2002

es de 131,4 a 101,9⁸⁹; situación en donde las intervenciones desde los servicios de salud pudieran haber contribuido en el logro de este resultado.

A futuro, aún mejores resultados se pueden obtener, procurando una acción integral e integrada, con la definición de intervenciones efectivas, sostenibles y orientadas al uso óptimo y equitativo de los recursos institucionales para las Enfermedades del Sistema Circulatorio⁹⁰.

Las estrategias más exitosas, han empleado un rango de aproximaciones a poblaciones que buscan la reducción de los riesgos como elemento central, combinadas con intervenciones en individuos con alto riesgo o con enfermedad establecida⁹¹. Las aproximaciones integradas, priorizan factores de riesgo común: dieta no sana, inactividad física y uso del tabaco y combinan programas de tratamiento a través de varias enfermedades.

Estas aproximaciones desde los servicios de salud, deben ser complementadas con acciones específicas de otras instituciones del Sector Salud. Los estudios demuestran, que se requiere de trabajo continuo desde los servicios de salud para fortalecer las intervenciones fuera de ellos, en este problema de salud y en general para las enfermedades no transmisibles. Esta última actividad requerirá la puesta en práctica de estrategias de participación social en la búsqueda conjunta de respuestas.

2. Control de la diabetes mellitus tipo dos

La diabetes mellitus tipo dos constituye un problema creciente; en el ámbito mundial se proyectan incrementos importantes en la prevalencia en las próximas décadas⁹². La prevalencia de diabetes en el país es desconocida; la auto-reportada en 1998 fue de 4.8% en las personas de 20 años y más⁹³. Al ajustar este dato con la proporción de población no diagnosticada en el Proyecto Carmen, se estimó que para el 2006 la prevalencia de diabetes mellitus es de 5,3% en la población de 20 años y más⁹⁴.

“En Costa Rica desde hace una década se conoce que la diabetes mellitus es la novena causa específica de muerte, la octava causa de consulta en hombres y la cuarta en mujeres, la cuarta causa de hospitalizaciones y ocupa el primer lugar en costos hospitalarios en el país”⁹⁵.

⁸⁹ Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2006-2007. Pág. 45.

⁹⁰ Referencia: Grupo de Trabajo ESC- Plan de Compra de Servicios de Salud 2008-2011. 2007

⁹¹ World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. 2005

⁹² Wild S, Roglic G. et al, Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, Vol 27, (5):2004.

⁹³ Rosello M et al. Prevalencia de Diabetes Mellitus auto-reportada en Costa Rica, 1998. Acta Médica Costarricense, Vol. 46 (4):2004.

⁹⁴ Chen Y, Ayala N. Prevalencia de la Diabetes Mellitus en Costa Rica. Unidad de Investigación- Dirección de Compra de Servicios de Salud (documento no publicado) 2004.

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcss/archivos/estudios_realizados/DIABETES%20MELLITUS%20EN%20COSTA%20RICA.pdf

⁹⁵ Laclé A. “Calidad del control glicérico según la hemoglobina glicosilada vrs glicemia en ayunas: Análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses”. Acta Médica Costarricense, (46): 140, jul-set. 2004.



Complicaciones en personas con diabetes

Las personas con diabetes pueden presentar una serie de complicaciones que impactan en la calidad de vida y generan costos importantes en los servicios de salud⁹⁶:

- riesgo dos a cuatro veces mayor de sufrir enfermedad coronaria
- enfermedad coronaria reportada en el 75% de las defunciones por diabetes
- responsable de 40% de las enfermedades renales terminales
- riesgo de 15 a 40 veces mayor de tener que recurrir a una amputación de los miembros inferiores
- riesgo de dos a cuatro veces superior de sufrir un accidente cerebrovascular
- constituye la primera causa de ceguera en la personas de 20 a 74 años

Referencia: Morice A. Diabetes mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario. INCIENSA 1999.

La diabetes constituye una carga importante de enfermedad y altos costos individuales y sociales en los cuidados de salud. En la institución durante el 2002 "el 3.6% de las consultas médicas se brindaron a personas con diabetes, en 1997 fue del 2.47%. El costo de atención de consultas, urgencias y egresos hospitalarios se puede estimar en 8.373 millones de colones. Si a esto se agregan los egresos hospitalarios cuyo segundo y tercer (diagnóstico) fue diabetes entonces el costo se incrementa a 15.915 millones de colones"⁹⁷.

La diabetes constituye una carga importante de enfermedad y altos costos individuales y sociales en los cuidados de salud, ya que las personas con diabetes están en riesgo aumentado de tener complicaciones como la enfermedad cardiovascular, la principal causa de muerte en el país.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Ante este panorama, ha existido una preocupación en la institución por aumentar la efectividad de los servicios de salud estableciendo las mejores estrategias posibles de prevención y control, en el ámbito poblacional y en la atención de las personas con diabetes. Con lo anterior, se contribuiría a la disminución de la discapacidad, mortalidad y los costos⁹⁸; mejorando la calidad de vida de todos los involucrados.

En el marco de los Compromisos de Gestión, desde el inicio de su implementación, se ha priorizado en que los servicios de salud brinden una mejor atención a las personas con diabetes. Para ello se han generado diferentes orientaciones dirigidas a los tres Niveles de Atención, en relación al aumento de las coberturas, mejora en la continuidad de atención, garantía del cumplimiento de los criterios técnicos y la aplicación de las actividades establecidas en las guías de atención institucional; con el fin de monitorear la atención en los usuarios con este padecimiento.

⁹⁷ Departamento de Estadística, Dirección Actuarial y Planificación Económica. Impacto de la Diabetes en Costa Rica <http://www.ccss.sa.cr/geradm/dircom/elseguro/diabetes/estadisticas.html>. Caja Costarricense de Seguro Social. Visitado 25.08.06.

⁹⁸ U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd.ed. Washington, D.C.: U.S. 2000.

La introducción gradual y escalonada de las intervenciones en los servicios de salud, ha sido la estrategia seguida en los Compromisos de Gestión. Con el objeto de contribuir a la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus, se incorporó a inicios de los Compromisos, la solicitud de mejora de los registros de información y el reconocimiento de la población de diabéticos en los espacios-población asignados de cada Proveedor de servicios de salud.

Posteriormente, se solicitó el análisis de las personas con diabetes atendidas, construyendo coberturas, considerando como denominador la prevalencia estimada de diabetes de acuerdo a estudios nacionales e internacionales y como numerador los diabéticos en control en la respectiva Área de Salud.

Se solicitó la identificación de la brecha pendiente para incrementar la cobertura total y luego introducir criterios técnicos comunes mínimos para asegurar un control adecuado y evaluar la calidad de dicha atención.

Una vez que las unidades contaban con registros de casos y conocimiento de la situación de la población diabética, se solicitó el logro de una cobertura útil (mayor del 70%) con un porcentaje específico de diabéticos adecuadamente controlados, lo cual se busca lograr por medio de la solicitud de un examen de laboratorio (porcentaje de hemoglobina glicosilada dentro de parámetros de control adecuado)⁹⁹.

La cobertura con cumplimiento de criterios a partir del año 2004 depende únicamente del cumplimiento del criterio de hemoglobina glicosilada (HbA1c). En el año 2006 la prueba se estandarizó en toda la institución, situación promovida por los Compromisos de Gestión.

Actualmente "la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es la mejor prueba disponible que refleja el control glicémico del paciente diabético, esta prueba permite estratificar a las personas en categorías de riesgo para desarrollar complicaciones cardiovasculares, por lo que sirve para evaluar y pronosticar el futuro de las personas. La HbA1c puede ayudar a intensificar oportunamente el control de la DM (control glicémico), así como identificar los casos que requieran atención especial (enfoque de riesgo)"¹⁰⁰.

Es conocido el alto costo que involucra este examen, sin embargo el acceso a la HbA1c debe garantizarse a los usuarios en los servicios de salud institucionales, como lo especifican las guías de atención.

⁹⁹ DCSS. Los Compromisos de Gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social: Desafíos de la implementación 1997- 2007. Monografía. CCSS. 2006.
http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/archivos/estudios_realizados/Compromisos%20de%20Gestion%20CCSS%20Desafios%20Implementacion%2097-07.pdf

¹⁰⁰ National Diabetes Quality Improvement Alliance. Performance Measurement set for Adult Diabetes, 2005



Los Compromisos de Gestión en el 2007 promueven la atención a las personas con diabetes en los tres Niveles de Atención seleccionando criterios del referente institucional¹⁰¹.

Criterios para la atención a las personas con diabetes
Primer Nivel de Atención
Cumplimiento de al menos un resultado de HbA1C en rangos normales (de acuerdo al método de laboratorio utilizado) durante cada uno de los semestres
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Cobertura de atención a personas diabéticas ajustada por el porcentaje pactado de hemoglobina glicosilada en rangos normales. Compromisos de Gestión, 2007.
Segundo Nivel de Atención
Valoración e interpretación del estado nutricional por consulta (Índice de Masa Corporal)
Fondo de ojo anual
Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio anual: creatinina plasmática, examen general de orina y perfil de lípidos (colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos).
Indicación e interpretación semestral de examen de Hemoglobina glicosilada (HbA1c)
Revisión semestral de pies
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Porcentaje de personas diabéticas atendidas en el Segundo Nivel, con criterios de calidad. Compromisos de Gestión, 2007
Hospitales
Examen físico
<ul style="list-style-type: none">– Valoración semestral del Índice de Masa Corporal– Toma de presión arterial en cada consulta– Estudio anual de fondo de ojo– Revisión de pies de acuerdo a la clasificación
Monitoreo de laboratorio y gabinete
<ul style="list-style-type: none">– Hemoglobina glicosilada semestral– Proteinuria anual o microproteinuria– Perfil lipídico anual– Electrocardiograma anual
Control
<ul style="list-style-type: none">– Hemoglobina glicosilada A1C menor a valor referencia– Trigliceridos <180 mg. /dl.– LDL colesterol ≤100 mg. /dl.– Valores de presión arterial PAS<130 / PAD <80
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Diabetes Mellitus: Prevención de enfermedad cardiovascular. Compromisos de Gestión, 2007.

¹⁰¹ CCSS. Manual para la Atención de la Diabetes Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Gerencia de División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva. 2002.



Además los Compromisos evalúan la atención a las personas con diabetes en la red de servicios.

Criterios para la Red de Atención en diabetes
Plan de abordaje de la Diabetes Mellitus en red
Análisis de referencias y contrarreferencias (enviadas o recibidas según el nivel que corresponda)
Listados de casos de complicación severa enviados y gestión realizada según el nivel que corresponda
Cumplimiento de ejecución acciones del Plan de abordaje de la Diabetes Mellitus en red
Otras acciones estratégicas ejecutadas para el funcionamiento en Red (de acuerdo a las necesidades identificadas por las unidades integrantes de la red)
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud: Plan de abordaje a la Diabetes Mellitus y de la atención oportuna de las citologías cérvico-vaginal alteradas. Compromisos de Gestión, 2007



b. Resultados de la Evaluación

CUADRO B.2

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA TOTAL, PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN¹, 2002 Y 2007

(personas atendidas y porcentaje)

REGIÓN	POBLACIÓN BLANCO		COBERTURA INSTITUCIONAL (PORCENTAJE)	
	2002	2007	2002	2007
Total	115.001	134.412	62	81
Brunca	6.467	8.457	46	74
Central Norte	24.651	29.426	63	82
Central Sur	18.379	22.558	63	77
Chorotega	9.134	9.672	73	100
Huetar Atlántica	8.811	11.754	69	85
Huetar Norte	4.666	5.597	62	65
Pacífico Central	6.273	7.094	77	100
Metropolitana	17.913	16.679	60	87
Compra Externa	18.707	23.175	50	69

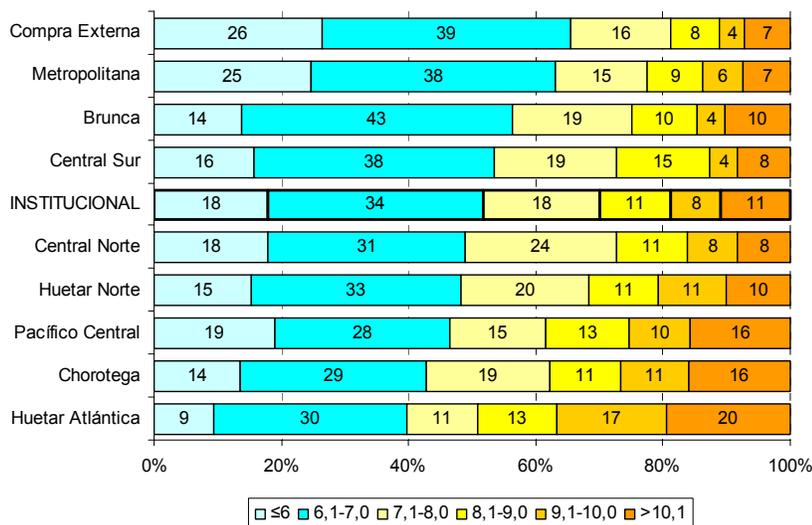
¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO B.28

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C, EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN¹, 2007

(porcentaje)



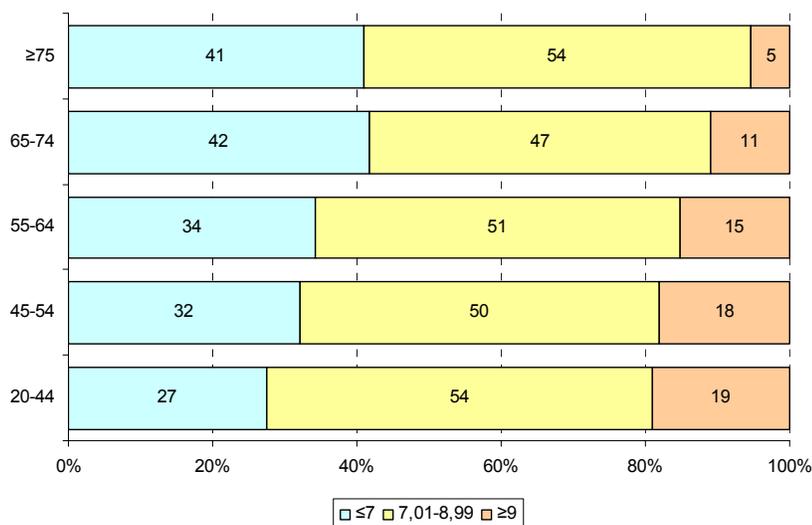
¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.29

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN EDAD, 2007

(porcentaje)

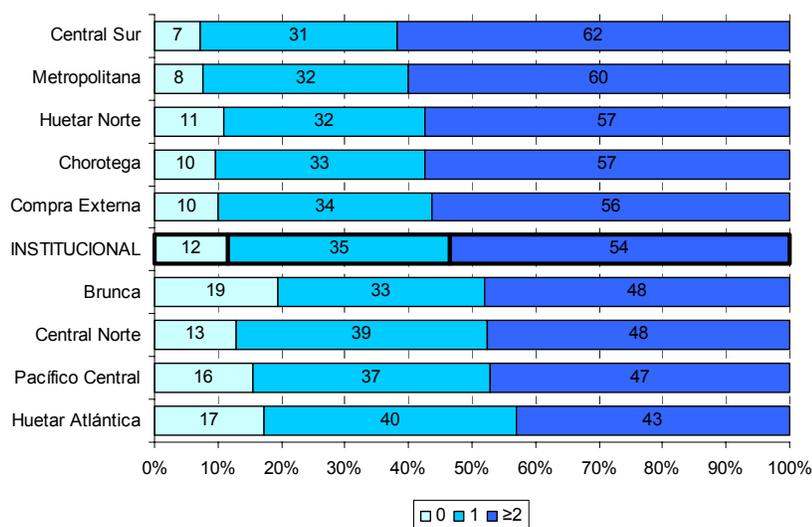


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.30

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LA PERIODICIDAD DE LAS PRUEBAS DE HBA1C, EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN¹, 2007

(porcentaje)

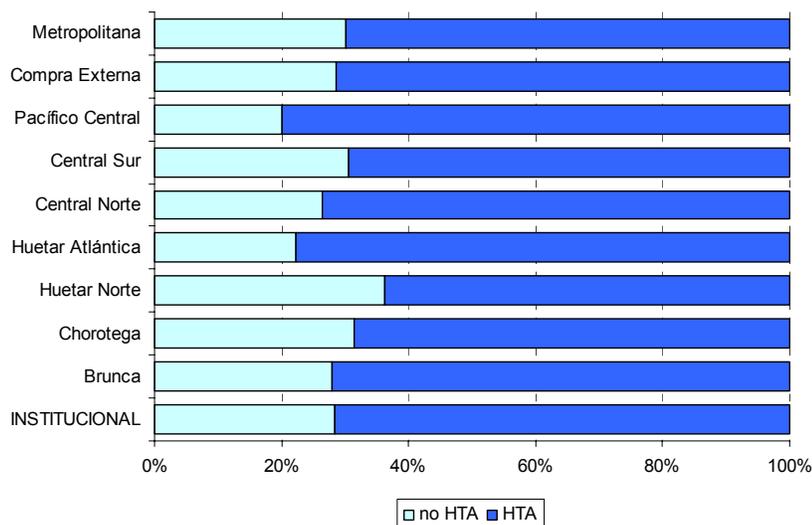


¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.31

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES QUE PRESENTAN HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN¹, 2007

(porcentaje)

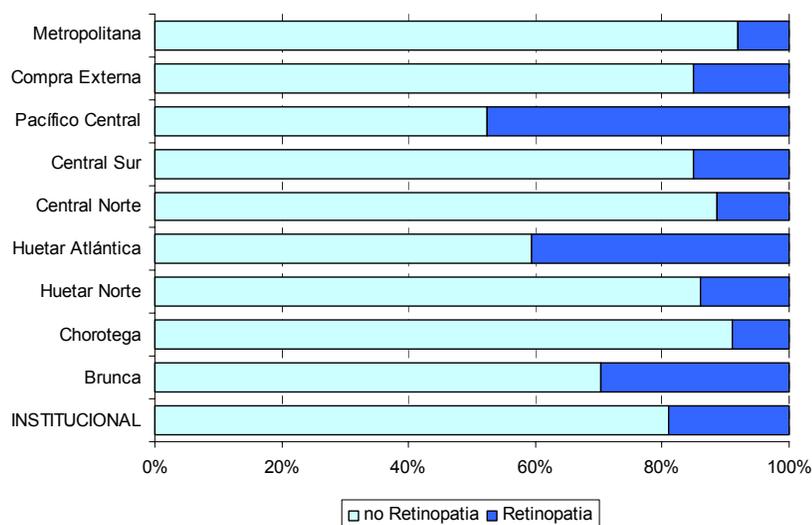


¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.32

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES QUE PRESENTAN RETINOPATÍA ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN¹, 2007

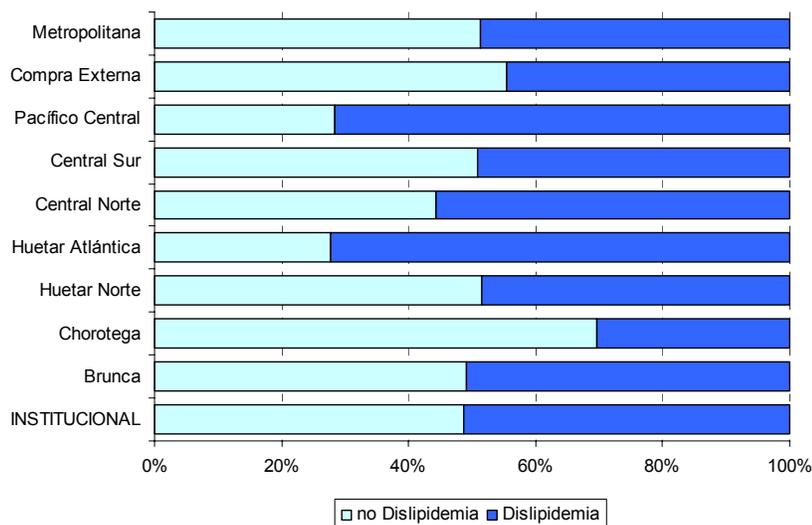
(porcentaje)



¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.33

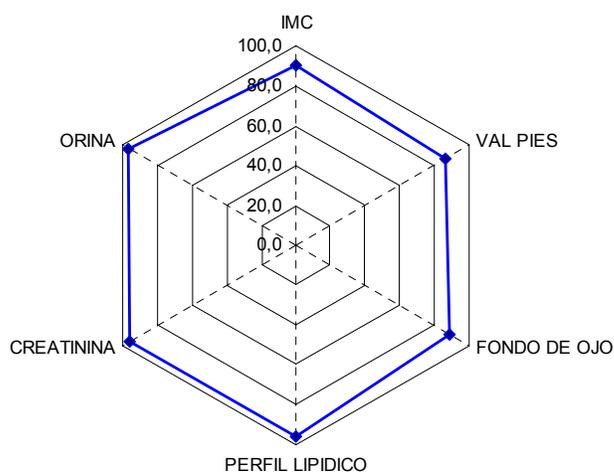
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES QUE PRESENTAN DISLIPIDEMIA ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN¹, 2007
(porcentaje)



¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.34

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007
(porcentaje)

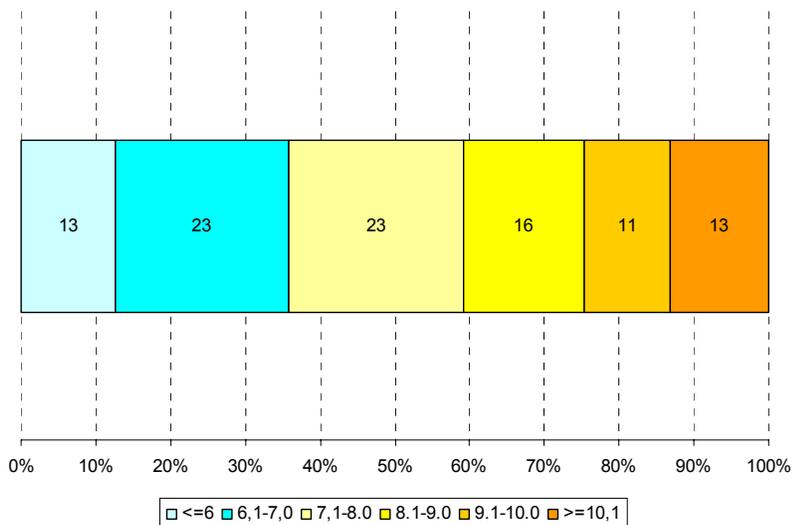


¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.35

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)



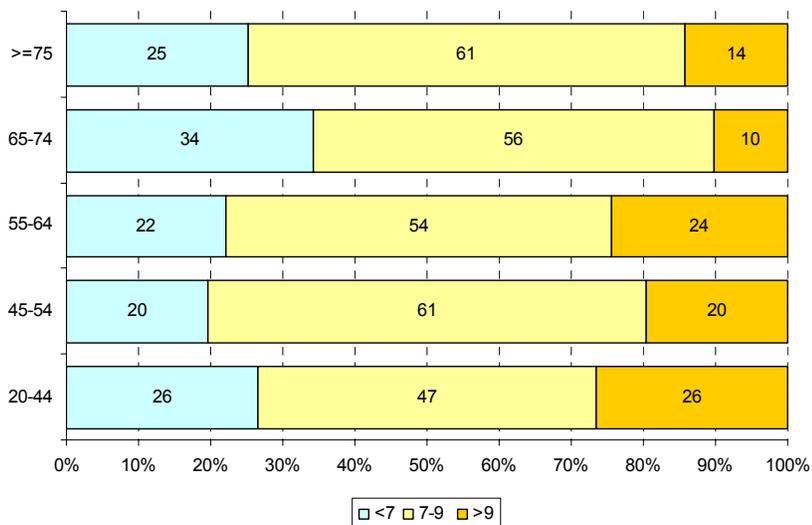
¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.36

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN EDAD, 2007

(porcentaje)



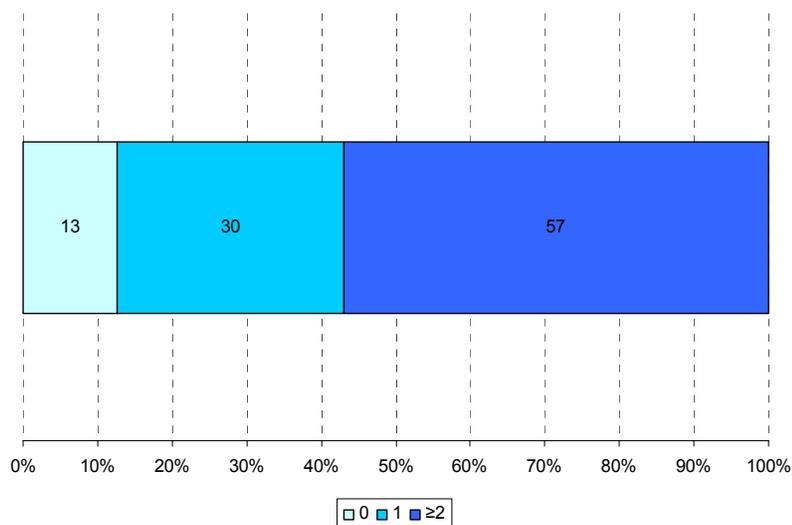
¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.37

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LA PERIODICIDAD DE LAS PRUEBAS DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)



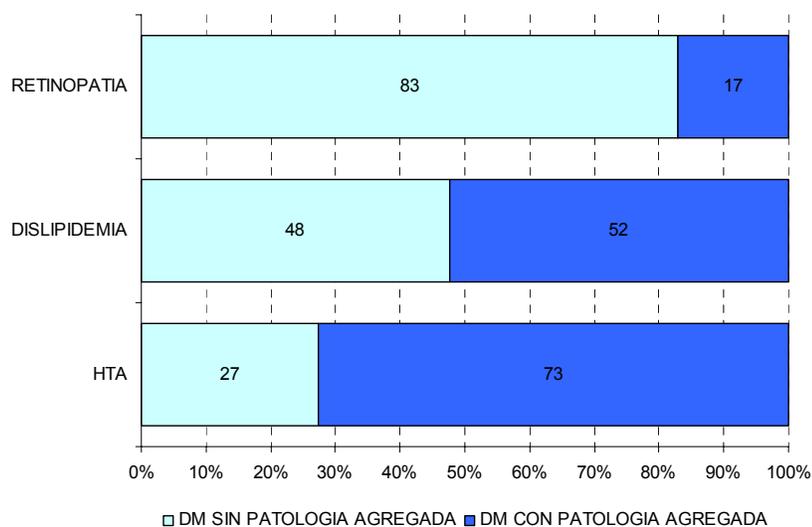
¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.38

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES QUE PRESENTAN DIAGNOSTICO DE PATOLOGÍAS SELECCIONADAS ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007

(porcentaje)



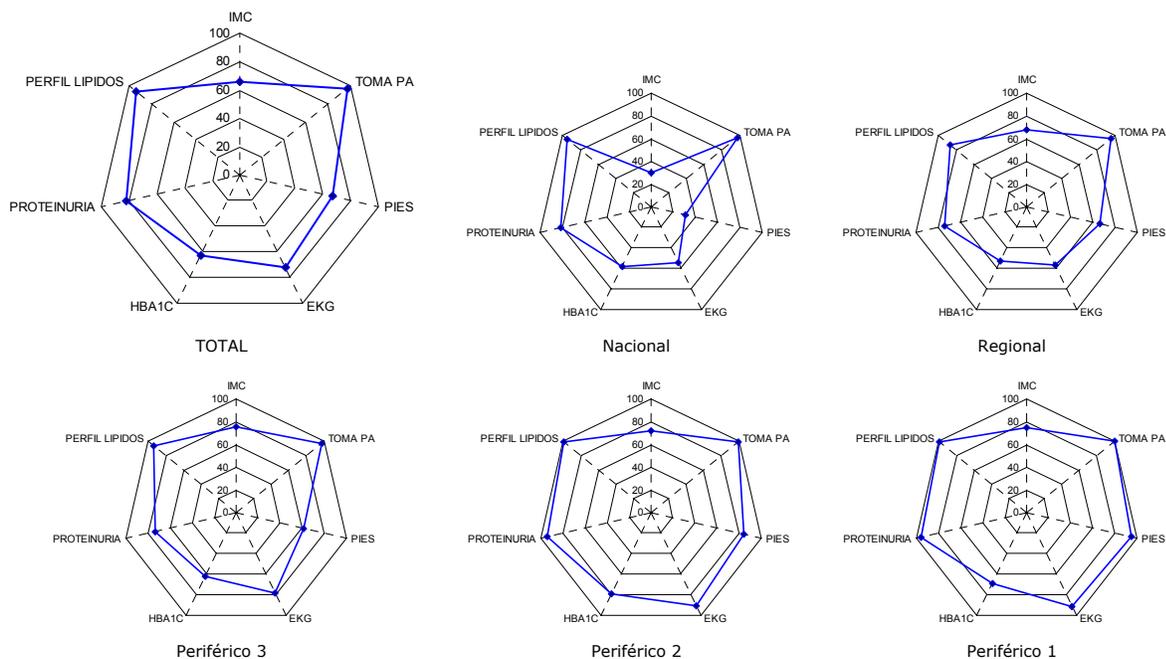
¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.39

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EN PERSONAS CON DIABETES MENORES DE 75 AÑOS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007

(porcentaje)

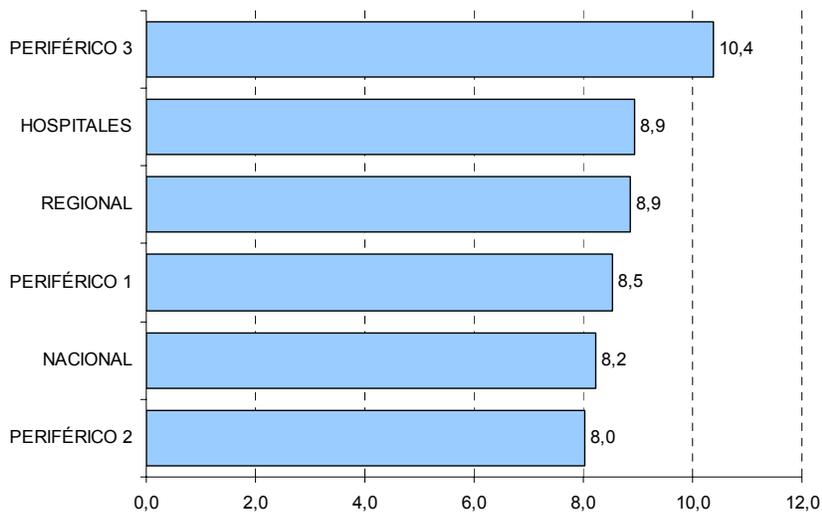


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

CUADRO B.40

C.C.S.S: PROMEDIO DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007

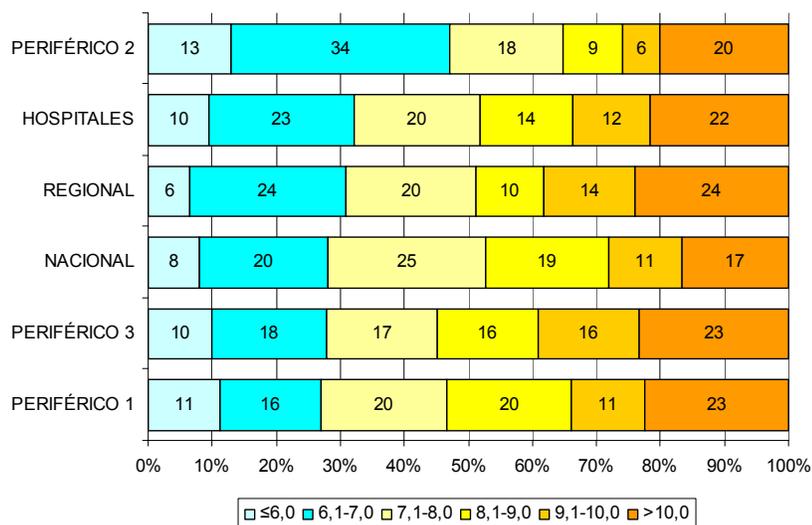
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.41

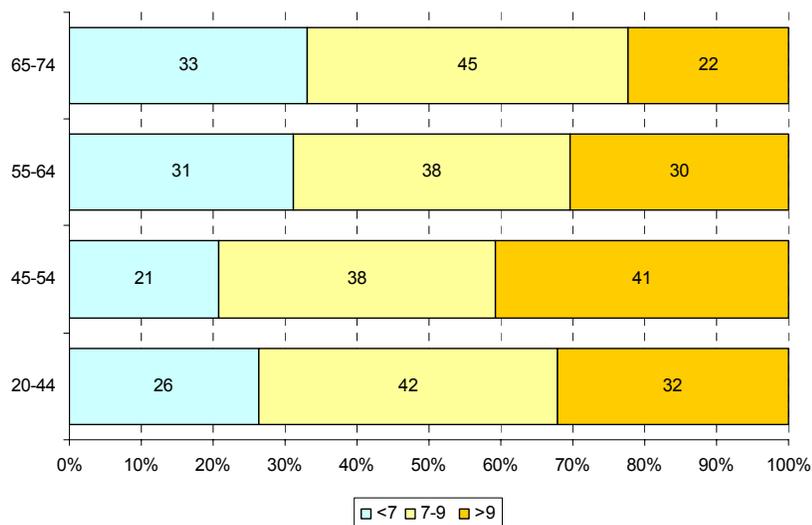
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.42

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN HOSPITALES SEGÚN EDAD, 2007
(porcentaje)

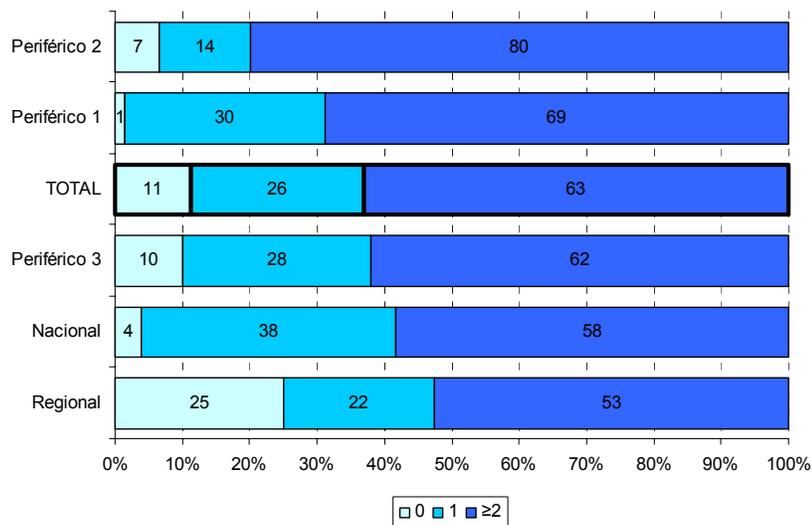


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.43

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LA PERIODICIDAD DE LAS PRUEBAS DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007

(porcentaje)

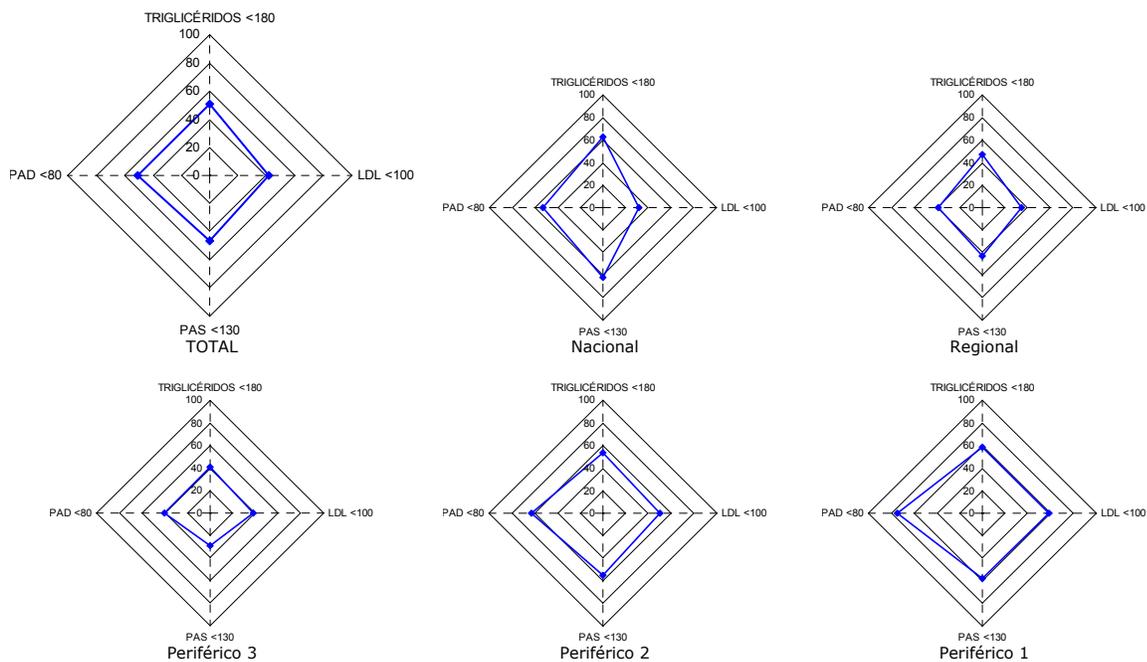


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.44

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EN PERSONAS CON DIABETES SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007

(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

c. Análisis de los Resultados

La cobertura de personas con diabetes en el Primer Nivel de Atención ha aumentado en los últimos cinco años en todas las Regiones de Salud (Cuadro B.2). Los aumentos proporcionalmente mayores se lograron en las Regiones Brunca, Chorotega y Metropolitana. Los mayores aumentos absolutos se dieron en las Regiones Central Norte, Sur y Metropolitana, ya que estas Regiones cuentan con casi el 56% de la población blanco del país.

La prevalencia de diabetes en la población costarricense es desconocida. El estudio realizado en el Área Metropolitana¹⁰² encontró una prevalencia del 8% (6.1% diabéticos conocidos y 1,9% de diabéticos nuevos). Esto contrasta de manera notable con el valor utilizado para efectos de cobertura institucional del 5%. Las mismas repercusiones, producto del desconocimiento de la prevalencia ya descritos en el apartado anterior, aplican en diabetes.

En la actualidad, para determinar y monitorear el control metabólico en las personas con diabetes se utiliza la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Los resultados de esta prueba, permiten conocer los valores de glucosa durante los dos a tres meses precedentes a la realización del análisis y orientar en la búsqueda de estrategias que faciliten la reducción de los riesgos asociados a las complicaciones de estas personas¹⁰³.

Aunque el uso de esta prueba se establece en la guía institucional de atención¹⁰⁴, debido a los problemas relacionados con el abastecimiento de los reactivos, fue hasta el año 2003, que se agregó en los Compromisos de Gestión el dato referente a la HbA1c, como indicador de resultado intermedio del control glicémico.

La aplicación del criterio de HbA1c para el control de las personas con diabetes establecido en la guía de atención institucional, ha requerido la decisión y disposición para establecer las acciones que permitan suplir los insumos necesarios, para la aplicación y la estandarización del método, situación que fue alcanzada en la institución en el 2006¹⁰⁵. En el ámbito institucional, se cuenta con un único método de análisis de laboratorio¹⁰⁶ para la medición de esta prueba, lo que facilita, no sólo el ajustar las estrategias de control en busca de reducir los riesgos asociados a las complicaciones, sino la comparación de los datos en el ámbito institucional.

¹⁰² MS, CCSS, Inciensa, CDC, OPS. Encuesta Multinacional de diabetes mellitus, hipertensión y factores de riesgo asociados. Área Metropolitana San José 2004.

¹⁰³ DCSS, Control de la diabetes en Personas atendidas en la CCSS. Gerencia División Administrativa, CCSS 2006.

¹⁰⁴ CCSS. Manual para la atención integral de la diabetes mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. 2002.

¹⁰⁵ DCSS. Desafíos de implementación de los Compromisos de Gestión 1997-2007. 2006.

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/archivos/estudios_realizados/Compromisos%20de%20Gestion%20CCSS%20Desafios%20Implementacion%2097-07.pdf

¹⁰⁶ HPLC: Cromatografía líquida de alto desempeño. Casa Comercial Bio-Rad modelo Variant II para Hospitales Nacionales y el D-10 para el resto de establecimientos, incluidas las Áreas de Salud.

Del total de personas con diabetes atendidas en el Primer Nivel de Atención, un 34% no contaba en su expediente clínico, con al menos un resultado de HbA1c en el 2004¹⁰⁷. Para el 2007 esta cifra disminuyó ostensiblemente al 12%, lo que evidencia la buena disponibilidad de la prueba y el uso por parte de los servicios (Gráfico B.30). Las Regiones que presentan menor uso de la prueba, son las costeras y la Central Norte. En el Segundo Nivel ambulatorio no Hospitalario y Hospitales, las proporciones son similares (Gráfico B.37 y B.43).

Otro aspecto a considerar, es el que una tercera parte de las personas con diabetes atendidas en el Primer Nivel, no cuenta con una segunda prueba en el año como parte del control. Por tanto persiste, como una de las metas a implementar por parte de los servicios, que el control glicémico de toda persona con diabetes usuaria de la CCSS, se estime mediante la HbA1c, con la frecuencia que establece la normativa institucional.

Analizando el comportamiento del 88% de la población diabética con valores de HbA1c en el Primer Nivel de Atención, se encontró que el 52% presenta valores de 7% o menos, con un promedio de 7.57% (IC₉₀ 7,49-7,65). El grado de control, no ha presentado mayores cambios proporcionales comparado con el 50% obtenido en el 2004, sin embargo; el volumen de personas con HbA1c ha aumentado, lo que deriva en un mejor control glicémico de la población con diabetes. Pese a lo anterior, existen grandes diferencias por Regiones, ya que la de mejor desempeño supera a la de menor, por 26% (Gráfico B.28). En el Segundo Nivel de Atención Ambulatorio no Hospitalario, el 46% de las personas con diabetes se encontró por debajo de 7% (Gráfico B. 35). En Hospitales, este grupo representó el 33%, con diferencias entre tipos de hospitales hasta de 20% (Gráfico B.41).

Se ha definido pobre control glicémico como la atención a la persona con diabetes que no cuenta con valores de HbA1c o que estos valores se encuentren superiores a 9,0%¹⁰⁸. Al revisar los datos de la atención a las personas con diabetes atendidas en la CCSS en el año 2004, se encontró que el 19% del total presentó valores de HbA1c >9%; al sumar esta proporción a las personas que no tuvieron ningún reporte de HbA1c, se encontró que el control glicémico fue pobre en el 47,2%¹⁰⁹. En contraste con lo anterior, en este año 2007 el 24,6% de las personas atendidas por diabetes tuvieron pobre control. Estos hallazgos representan una mejora importante en el control de las personas con diabetes en un período relativamente corto de tiempo.

En Áreas de Salud, Segundo Nivel de Atención Ambulatorio no Hospitalario y Hospitales, se encontraron mayores proporciones de valores de HbA1c de 7% o menos en adultos mayores (Gráficos B.29, B.36 y B.42). La edad se encontró asociada a los

¹⁰⁷ DCSS, Control de la diabetes en Personas atendidas en la CCSS. Gerencia División Administrativa, CCSS 2006.

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcss/archivos/estudios_realizados/Estudio%20DM%20Documento-%20DCSS04.pdf

¹⁰⁸ National Diabetes Quality Improvement Alliance. Performance Measurement set for Adult Diabetes, 2005 www.nationaldiabetesalliance.org visitado 08.06.

¹⁰⁹ DCSS, Control de la diabetes en Personas atendidas en la CCSS. Gerencia División Administrativa, CCSS 2006.

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcss/archivos/estudios_realizados/Estudio%20DM%20Documento-%20DCSS04.pdf

valores de HbA1c en un estudio institucional¹¹⁰. En el grupo de adultos ≥ 75 años alcanzar estos valores conlleva mayor riesgo que beneficio¹¹¹. Esto implica, que se deben revisar las metas indicadas en la guía institucional, en cuanto a los valores de HbA1c para el control de estas personas. Contar con altas proporciones de personas con HbA1c, en rangos de control en grupos de edad menor es altamente deseable, ya que éstos estarán expuestos por mucho tiempo a la enfermedad y por ende a la aparición de complicaciones.

La presencia de comorbilidades en diabéticos es alta en el Primer y en el Segundo Nivel Ambulatorio no Hospitalario; no se encontraron diferencias en la distribución entre niveles de atención. En hipertensión arterial, se encontraron proporciones de 70% y 73% respectivamente (Gráfico B.31 y B.38); en dislipidemia, las proporciones son de 50% y 52% respectivamente (Gráfico B.33 y B.38). La retinopatía anotada en el expediente, se encontró en un 20% y 17% respectivamente, con gran heterogeneidad en la distribución por Regiones de Salud. Este patrón entre Regiones requiere estudios para dilucidar las causas que generan estas diferencias.

Llama la atención, la alta variabilidad en el cumplimiento de criterios en la atención a personas con diabetes, en los diferentes tipos de Hospitales (Gráfico B.39). Particularmente, el cumplimiento aparenta tener una gradiente, donde los Hospitales de menor complejidad tienen mejor desempeño que los de alta complejidad; siendo estos últimos, los que deberían marcar la pauta en la atención con calidad a las personas con diabetes. El cumplimiento de criterios de resultados intermedios, también presenta gran variabilidad entre tipos de Hospital (Gráfico B.44).

Se ha reforzado además, el trabajo coordinado en Red entre los diferentes niveles de atención y establecimientos que conforman la Red de Servicios de Salud. Durante el año 2007, cada Área de Salud en coordinación con los Hospitales de adscripción, desarrollaron acciones que fortalecieron el funcionamiento de la Red de Servicios en el abordaje y seguimiento a las personas con diabetes. El conjunto de acciones se desarrolló siguiendo los recorridos deseables en la detección y abordaje oportuno de las personas con diabetes en la Red, verificando los objetivos planteados, las acciones estratégicas y la medición de indicadores y resultados según las actividades.

¹¹⁰ DCSS, Control de la diabetes en Personas atendidas en la CCSS. Gerencia División Administrativa, CCSS 2006.
http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcss/archivos/estudios_realizados/Estudio%20DM%20Documento-%20DCSS04.pdf

¹¹¹ ALAD, Guías para el diagnóstico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en la evidencia. Rev Asoc Latinoam Diab; Supl.1, Ed. Extraordinaria 2000.

Las acciones estratégicas desarrolladas por la Red de Servicios de Salud incluyeron:

- registro de personas con diabetes atendidas en cada nivel
- análisis de las causas de referencia
- registro, cuantificación y análisis de contrarreferencias recibidas
- creación de línea abierta entre centros para casos urgentes
- educación continua internivel
- trabajos conjunto para favorecer la accesibilidad
- educación al usuario
- apoyo en interconsultas
- unificación de criterios en la protocolización del abordaje

Los resultados de la atención a las personas con diabetes en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, sugieren que la atención ha mejorado; pero aún queda espacio amplio para continuar la mejora. Los servicios deberán adecuar la oferta actual y buscar metodologías innovadoras, dirigidas a informar, educar e incentivar a que las personas atendidas con diabetes, modifiquen su estilo de vida, mantengan una adherencia terapéutica y un grado de control metabólico aceptable, con la finalidad de que reduzcan al máximo la presencia de complicaciones y puedan tener una mejor calidad de vida.

3. Detección temprana del cáncer cervicouterino

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el ámbito mundial. La OMS estima que 7.6 millones de personas fallecen por cáncer en el 2005 y que 84 millones morirán en los próximos 10 años si no se toman las acciones pertinentes. La adopción de estilos de vida no adecuados por parte de la población aunada a una mayor expectativa de vida de las personas, son factores que exponen a un mayor riesgo de padecer cáncer.¹¹² En el ámbito mundial el segundo cáncer mas común en las mujeres es el cáncer cervicouterino con casi medio millón de casos nuevos cada año. (Ferlay et al., 2000).

En el ámbito nacional el cáncer constituye la segunda causa de muerte. Los principales tipos de cáncer que afectan a la población de mujeres son el de mama y el de cuello uterino¹¹³. Costa Rica se encuentra en el octavo lugar en América Latina en incidencia de cáncer cervicouterino, con una tasa del 16,9 por 100.000 habitantes¹¹⁴. Los lugares que presentan tasas de incidencia superiores a la nacional son Limón, Guanacaste y Puntarenas.

La CCSS invirtió durante el 2007 ₡40.377,5 millones de colones en la atención de los pacientes con cáncer. De los egresos hospitalarios 11.212 corresponden a estos

¹¹² Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cáncer 2007-2011. Versión Borrador. 2007

¹¹³ Ministerio de Salud. Incidencia y mortalidad del cáncer en Costa Rica 1990-2003. Registro Nacional de Tumores. 2004

¹¹⁴ CCSS. Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2006. 2000.

pacientes, lo cual significó una inversión de ₡14.715 millones. Se realizaron 62.348 consultas con un costo total de ₡1.419 millones y por consulta de ₡22.763¹¹⁵.

Además de los costos de la atención médica, el cáncer y su manejo tienen grandes consecuencias emocionales, sociales y económicas para las personas y sus miembros de familia.

La intervención prioritaria planteada para este problema de salud en la institución es la detección temprana y el tratamiento oportuno.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

El cáncer es un grupo heterogéneo de enfermedades con determinantes e historias naturales de enfermedad diferentes, por lo que es recomendable el abordaje por separado de cada enfermedad, que facilite el diseño de acciones en los servicios de salud.¹¹⁶

El control del cáncer apunta a reducir la incidencia, la morbilidad y la mortalidad y a mejorar la calidad de la vida de las personas con cáncer, por medio de la puesta en práctica sistemática de intervenciones basadas en la evidencia de un conjunto de componentes¹¹⁷ que incluyen: la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado paliativo.

El propósito de la detección oportuna es identificar la enfermedad en un estadio temprano, cuando tiene un alto potencial para la curación. La intervención disponible en cáncer de cuello uterino, es la toma de citología cervicovaginal, que permite la detección temprana para el tratamiento oportuno de los casos.

La estrategia utilizada en la detección temprana es el tamizaje de mujeres asintomáticas y aparentemente sanas, por medio del cual se detectan lesiones precancerosas o en un estadio temprano del cáncer, y se refieren para el diagnóstico y el tratamiento.

La CCSS desde el año 1995 ha considerado dentro de sus actividades la detección de la patología cervical, por medio de la toma de la citología exfoliativa cervical, como el método para detectar lesiones precursoras de cáncer cervical¹¹⁸.

La institución ha realizado esfuerzos importantes en el desarrollo de la detección oportuna de cáncer cervicouterino, efectuando tamizajes y barridos locales de toma de citología. Los Compromisos de Gestión 2007 promueven la detección oportuna del cáncer de cérvix en el Primer Nivel de Atención por medio del tamizaje, en los cuales se enfatiza la lectura y reporte oportuno por parte del Laboratorio Nacional de Citologías y la detección, seguimiento y manejo oportuno por parte de las Áreas de Salud.

¹¹⁵ Informe de Gerencias Médica y Financiera. 2007.

¹¹⁶ WHO. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes; Planning module 2006.

¹¹⁷ WHO. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes; Planning module. 2006.

¹¹⁸ CCSS. Normas de Atención Integral de Salud en el Primer Nivel de Atención. Gerencia División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. 1995.



En el Primer Nivel se mide el tiempo de notificación del resultado a la paciente a partir de la recepción del resultado de las citologías. El tiempo de referencia definido en la Guía institucional¹¹⁹ es no mayor a los 15 días. Según la Guía el abordaje debe realizarse en 60 días para las lesiones de bajo grado, en 30 días para las lesiones de alto grado y atención en 8 días en caso de ser sugestivo de cáncer.

Criterios para el diagnóstico temprano de cáncer de cérvix
Primer Nivel de Atención
Porcentaje de realización de la toma de citología cérvico vaginal a la población femenina de 15 años y más
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Cobertura de mujeres con citología cérvico vaginal por grupos de edades. Compromisos de Gestión, 2007

Un elemento novedoso que se introduce en los Compromisos del 2004, analizado y planificado desde el año 2002, corresponde a la oportunidad de atención en los tres niveles de atención con enfoque de seguimiento al cáncer cervicouterino. Esto se ve reflejado como un componente más del indicador de Red de servicios de salud, para el problema de detección y abordaje oportuno de las citologías cérvico- vaginales alteradas detectadas.

Criterios para la atención en la Red de Servicios de las personas con citologías alteradas
Oportunidad de atención en personas con patología cervical
Plan de abordaje de la citologías cérvico-vaginales alteradas en red
Análisis de referencias y contrarreferencias (enviadas o recibidas según el nivel que corresponda)
Listados de casos de complicación severa enviados y gestión realizada según el nivel que corresponda
Cumplimiento de ejecución acciones del Plan de abordaje de la Citologías cérvico-vaginales alteradas en red
Otras acciones estratégicas ejecutadas para el funcionamiento en Red (de acuerdo a las necesidades identificadas por las unidades integrantes de la red)
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Fortalecimiento de la Red de servicios de Salud: Plan para el abordaje oportuno de las citologías alteradas. Compromisos de Gestión, 2007

La incorporación en los Compromisos de la detección temprana y oportunidad de la atención a las citologías alteradas se orientó a que las Áreas de Salud, no solo mejoraran la comunicación, sino que abordaran los casos cuya citología cérvico vaginal estuviera alterada en plazos de acuerdo a la normativa vigente.

¹¹⁹ CCSS, MS, ICC. Manual de Normas y Procedimientos I-II-III Nivel para el Manejo de la Patología de Cérvix. Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer de Cuello del Útero. 2000.

b. Resultados de la Evaluación

CUADRO B.3

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE PERSONAS CON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGION¹, 2002 Y 2007

(personas atendidas y porcentaje)

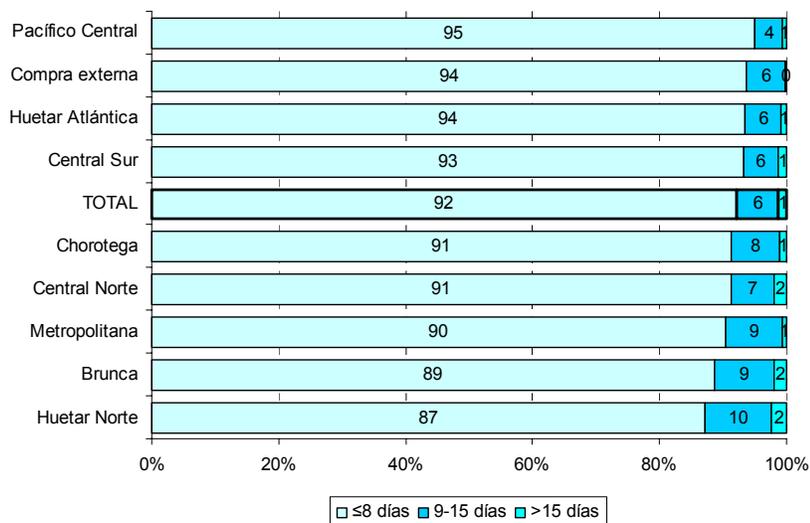
REGIÓN	POBLACIÓN BLANCO				COBERTURA INSTITUCIONAL (PORCENTAJE)			
	<35 años		≥35 años		<35 años		≥35 años	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007
Total	658.153	764.521	663.020	959.060	21	16	26	22
Brunca	6.925	48.638	4.370	50.471	22	25	37	34
Central Norte	138.940	165.764	146.388	170.450	16	12	22	20
Central Sur	117.043	129.409	107.696	131.054	20	16	26	24
Chorotega	51.291	51.310	55.041	59.165	21	23	26	25
Huetar Atlántica	60.476	70.882	45.233	237.418	23	18	25	21
Huetar Norte	31.170	33.427	25.817	31.037	21	21	24	25
Pacifico Central	35.172	38.095	35.787	41.406	25	22	31	27
Metropolitana	110.418	94.722	120.906	98.442	17	12	21	17
Compra Externa	106.718	132.274	121.782	139.617	17	16	20	21

¹ Se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa.
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

GRAFICO B.45

C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS ENTRE RECEPCIÓN Y COMUNICACIÓN DE CITOLOGÍAS EN PERSONAS ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGION¹, 2007

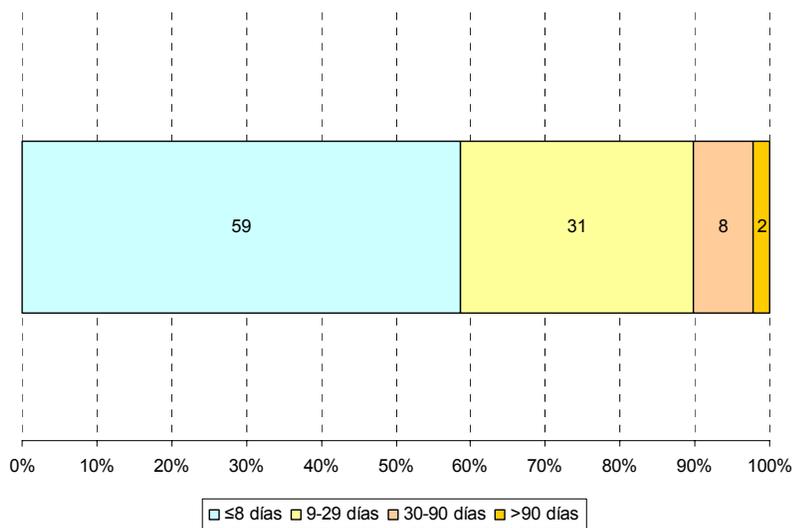
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.46

C.C.S.S: TIEMPO EN DÍAS ENTRE REFERENCIA Y REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA EN PERSONAS ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, 2007
(porcentaje)



(n= 138)

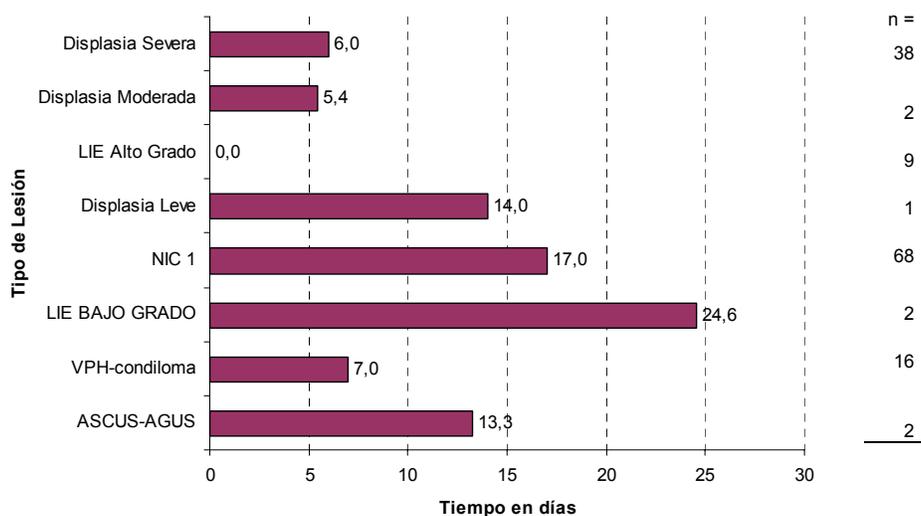
¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.47

C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS ENTRE REFERENCIA Y REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA EN PERSONAS ATENDIDAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹, SEGÚN TIPO DE LESIÓN IDENTIFICADA POR CITOLOGÍA, 2007

(porcentaje)



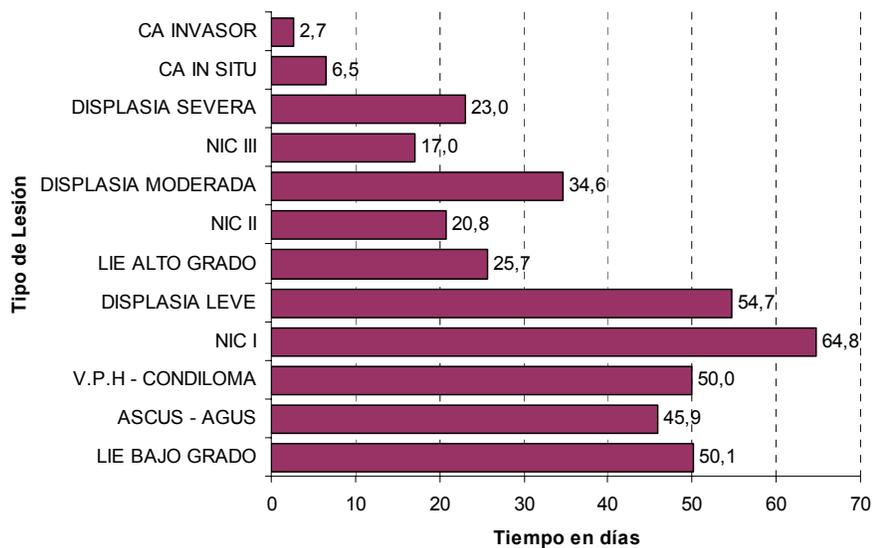
¹ Ambulatorio no hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.48

C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO ENTRE REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA Y RECEPCIÓN DEL REPORTE DE BIOPSIA EN PERSONAS ATENDIDAS EN HOSPITALES SEGÚN TIPO DE LESIÓN IDENTIFICADA POR CITOLOGÍA, 2007

(porcentaje)

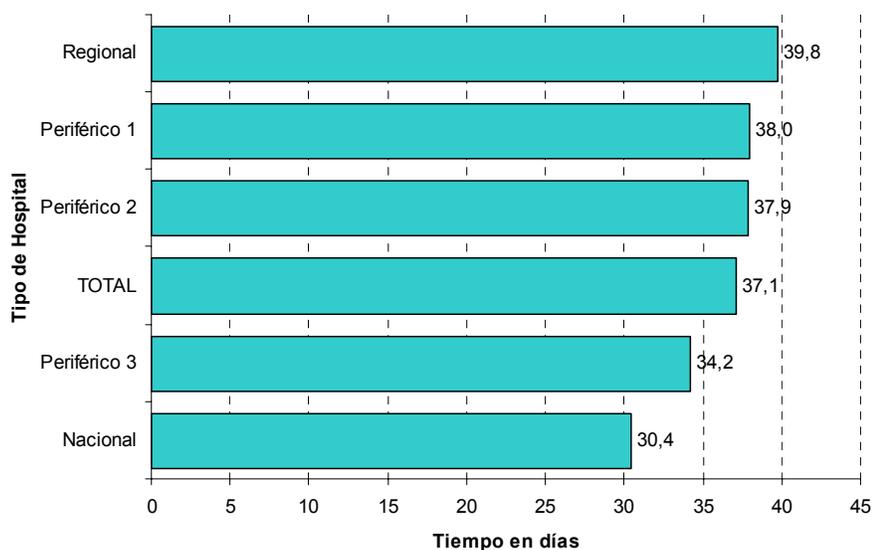


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.49

C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS ENTRE REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA Y RECEPCIÓN DEL REPORTE DE BIOPSIA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007

(porcentaje)

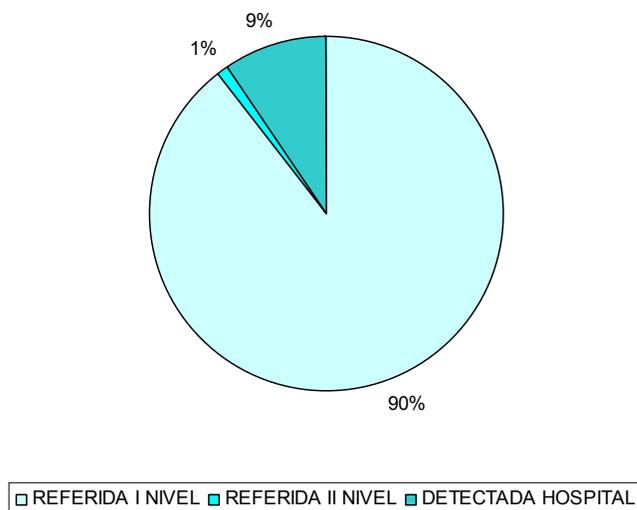


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

GRAFICO B.50

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS POR PATOLOGÍA CERVICAL EN HOSPITALES SEGÚN ORIGEN DEL CASO, 2007 (n= 1.119)

(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2007

c. Análisis de los Resultados

Las coberturas de toma de citología cérvico vaginal en el Primer Nivel de Atención, han presentado una disminución en el último quinquenio. Esta disminución se puede observar en prácticamente todas las Regiones de Salud del país y es mas relevante en el grupo de mayor riesgo, de ≥ 35 años (Cuadro B.3). Claramente, es prioritario revisar y reorientar estrategias, que permitan mejorar el acceso a las usuarias al servicio de detección temprana y abordaje oportuno. En la distribución de las personas atendidas por patología cervical en Hospitales, predomina las que fueron referidas por el Primer Nivel (Gráfico B. 49), con un porcentaje leve de personas que fueron detectadas en otros niveles, situación deseable en una red escalonada de atención.

En cuanto a oportunidad de la atención, se establece que las citologías vaginales con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo y alto grado, deberán ser notificadas y referidas al Segundo y Tercer Nivel para su abordaje en un tiempo no mayor de 15 días calendario, ya que la norma establece, que las lesiones de bajo y alto grado, deben ser abordadas en un tiempo no mayor de 60 días calendario y 30 días calendario respectivamente. Las citologías vaginales con diagnóstico sugestivo de cáncer, deberán se notificadas y referidas al Segundo o Tercer Nivel para su abordaje, antes de 8 días calendario. Los tiempos son contados, a partir del momento de la recepción del reporte alterado de la citología en el Área de Salud.

Una vez que la mujer ha sido detectada con una citología alterada en el Primer Nivel de Atención, el tiempo entre recepción y comunicación a la persona del resultado de las citologías en todas las Regiones de Salud es ≤ 8 días y en muy pocos casos supera los 15 días (Gráfico B.45). Las personas que son referidas al Segundo Nivel se les realiza colposcopia en ≤ 8 días y en pocos casos supera los 30 días, con menores tiempos en las lesiones mas avanzadas (Gráficos B.46 y B.47). Igual situación ocurre con el tiempo entre realización de la colposcopia y recepción del reporte de biopsia en Hospitales, el tiempo es menor para lesiones mas avanzadas (Gráfico B.48). La variabilidad entre tipos de Hospital es poca, con diferencia de 9 días promedio (Gráfico B.49).

A diferencia de la falta de información en diabetes y enfermedades del sistema circulatorio, el Registro Nacional de Tumores lleva una estadística continua en cuanto a la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. El Ministerio de Salud¹²⁰ informa una reducción en la tasa de incidencia ajustada por 100.000 mujeres con cáncer de cuello del útero, de 1998 a 2003 en 19,6 a 16,9. La reducción es mayor en la tasa de mortalidad ajustada por 100.000 mujeres para cáncer de cérvix ya que se redujo del 2001 al 2006 de 8,8 a 4,9; situación en donde las intervenciones desde los servicios de salud han contribuido a este resultado.

Al igual que en diabetes, se ha reforzado el trabajo coordinado en Red entre los diferentes niveles de atención y establecimientos que conforman la Red de Servicios de Salud, desde la introducción de indicadores de Red en los Compromisos de Gestión en el 2004.

Durante el año 2007, cada Área de Salud en coordinación con los Hospitales de adscripción, desarrollaron acciones que fortalecieron el funcionamiento de la Red de Servicios, en el abordaje y seguimiento a las personas con alteraciones en las citologías cérvico vaginales.

Las acciones estratégicas desarrolladas por la Red de Servicios de Salud incluyeron:

- registro de personas con citologías alteradas atendidas en cada nivel con datos múltiples que incluyen fechas y tiempos para los procedimientos
- análisis de las causas de referencia
- registro, cuantificación y análisis de contrarreferencias recibidas
- creación de línea abierta para casos urgentes
- educación continua internivel
- trabajos conjunto que favorecen la accesibilidad
- educación al usuario
- apoyo en interconsultas
- unificación de criterios en la protocolización del abordaje
- mecanismos de seguimiento a los casos

¹²⁰ Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2006-2007. Pág. 48-49.



El conjunto de acciones se desarrolló siguiendo los recorridos deseables en la detección y abordaje oportuno de las personas con citologías alteradas en la Red, verificando los objetivos planteados, las acciones estratégicas y la medición de indicadores y resultados según las actividades.

4. Fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica local

La migración poblacional, la adaptación de los microorganismos, el aumento en la urbanización y la creciente contaminación ambiental son factores que en las últimas décadas han favorecido la aparición de nuevas enfermedades y que otras aparentemente controladas, como la tuberculosis, hayan reemergido¹²¹. Lo anterior plantea la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de vigilancia de la salud en el ámbito local, especialmente las destinadas a detectar oportunamente los eventos bajo vigilancia epidemiológica.

La Organización Mundial de la Salud en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la Alianza Alto a la Tuberculosis se propuso reducir marcadamente la carga de la tuberculosis para el año 2015. Esto ya que, a pesar de las bajas constantes en el número de casos en algunas partes del mundo, los casos nuevos parecen ir en aumento con aproximadamente unos 8.8 millones en el 2003¹²².

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

En el año 2002 se agrega a los Compromisos una certificación de Vigilancia Epidemiológica con el objeto de desarrollar acciones de vigilancia de la salud en el ámbito local, especialmente las actividades destinadas a detectar oportunamente los eventos bajo vigilancia epidemiológica.

Para el año 2007, la Subárea de Análisis y Vigilancia Epidemiológica (SAVE) incluye en los Compromisos un conjunto de criterios de evaluación.

Criterios para vigilancia epidemiológica
Notificación negativa
Investigación oportuna
Muestras de laboratorio oportuna
Tuberculosis
Referencia: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Certificación de Vigilancia epidemiológica. Compromisos de Gestión, 2007.

A partir de estos criterios la SAVE emite una certificación con la información suministrada por las Áreas de Salud.

¹²¹ Larreinaga Carmen. Enfermedades Emergentes y Reemergentes: Factores Causales y Vigilancia. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6):593-7

¹²² Disease Control Priorities Project. Tuberculosis. Fogarty International Center of the U.S. National Institutes of Health, The World Bank, World Health Organization, Population Reference Bureau. April 2006.

b. Resultados

Cuadro B.4
C.C.S.S. Notificación negativa oportuna según Región de Salud, 2007.
(porcentaje y absoluto)

Región ¹	Reporte oportuno	Reporte inoportuno	Total
Total	81,8	18,2	6.921
Brunca	81,2	18,8	642
Central Norte	83,8	16,3	1.462
Central Sur	77,6	22,5	1.827
Chorotega	79,9	20,1	731
Hospitales Nacionales	78,7	21,3	357
Huetar Atlántica	76,3	23,7	540
Huetar Norte	92,3	7,7	573
Pacífico Central	88,1	11,9	789

¹ Esta clasificación incluye a las Áreas de Salud, Hospitales Regionales y Periféricos de cada Región, separando a los Hospitales Nacionales
Fuente: Sub Área de Análisis y Vigilancia Epidemiológica. Evaluación del Compromiso de Gestión. Reporte 5. 2007.

Cuadro B.5
C.C.S.S. Casos investigados oportunamente según Región de Salud, 2007.
(porcentaje y absoluto)

Región ¹	48 horas	3 - 7 días	>7 días	Total
Total	83,0	13,4	3,6	17.172
Brunca	73,1	11,8	15,1	834
Central Norte	73,1	21,4	5,5	1.904
Central Sur	80,9	15,5	3,6	4.187
Chorotega	91,0	8,1	0,9	4.635
Hospitales Nacionales	47,7	43,1	9,2	65
Huetar Atlántica	82,2	14,2	3,6	3.053
Huetar Norte	70,2	17,6	12,1	568
Pacífico Central	88,3	11,2	0,5	1.926

¹ Esta clasificación incluye a las Áreas de Salud, Hospitales Regionales y Periféricos de cada Región, separando a los Hospitales Nacionales
Fuente: Sub Área de Análisis y Vigilancia Epidemiológica. Pre evaluación del Compromiso de Gestión. Reporte 4. 2007.



Cuadro B.6
C.C.S.S. Casos notificados con muestra adecuada y oportuna según Región de Salud, 2007.
(porcentaje y absoluto)

Región ¹	48 horas	3 - 7 días	>7 días	Total
Total	26,7	13,4	59,9	11.890
Brunca	22,6	14,8	62,6	863
Central Norte	26,8	11,6	61,6	1.577
Central Sur	40,1	13,0	46,9	2.442
Chorotega	3,5	10,6	85,9	1.639
Hospitales Nacionales	36,1	20,3	43,7	1.631
Huetar Atlántica	5,7	11,0	83,3	976
Huetar Norte	36,4	19,6	44,0	612
Pacífico Central	30,1	11,0	58,9	2.150

¹ Esta clasificación incluye a las Áreas de Salud, Hospitales Regionales y Periféricos de cada Región, separando a los Hospitales Nacionales
Fuente: Sub Área de Análisis y Vigilancia Epidemiológica. Pre evaluación del Compromiso de Gestión. Reporte 2. 2007.

Cuadro B.7
C.C.S.S. Eventos según Estado de Confirmación según Región de Salud, 2007.
(porcentaje y absoluto)

Región ¹	No cierre (Casos Confirmados y Casos Descartados)	Cierre (Casos No Confirmados)	Total
Total	14,3	85,7	157.737
Brunca	10,5	89,5	13.621
Central Norte	13,9	86,1	27.605
Central Sur	9,7	90,3	43.561
Chorotega	18,8	81,2	19.364
Hospitales Nacionales	4,5	95,5	12.280
Huetar Atlántica	38,4	61,6	15.856
Huetar Norte	6,5	93,5	8.675
Pacífico Central	13,5	86,5	16.775

¹ Esta clasificación incluye a las Áreas de Salud, Hospitales Regionales y Periféricos de cada Región, separando a los Hospitales Nacionales
Fuente: Sub Área de Análisis y Vigilancia Epidemiológica. Pre evaluación del Compromiso de Gestión, Reporte 1. 2007.

c. Análisis de los Resultados

Los Compromisos de Gestión solicitan la evaluación de la certificación emitida por la SAVE, la cual brinda una nota para cada indicador y una nota total para la certificación. La información sobre los casos específicos, es reportada por el componente de vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles.

Para realizar lo anterior, la certificación requiere contar con el Sistema de Registro (COLOVE), la Base de Datos de resultados de laboratorio INCIENSA semanal, los Egresos Hospitalarios y el Informe de Campo Individual o de Brote recibido por el

PAVE. Además requiere las Boletas de Notificación, la Ficha de Investigación de Campo y la Boleta de Solicitud de Laboratorio de INCIENSA.

En cuanto al primer criterio, de porcentaje de semanas epidemiológicas con boleta de notificación negativa oportuna, de sarampión, rubéola, parálisis flácida, tétanos neonatal y tétanos, el comportamiento entre Regiones de Salud es similar (Cuadro B. 4), con extremos en la Región Huetar Norte y en la Huetar Atlántica, con el mayor y menor porcentaje de notificaciones oportunas respectivamente.

El segundo criterio de porcentaje de casos investigados oportunamente, en las primeras 48 horas según decreto y grupo, presenta gran variabilidad entre Regiones de Salud (Cuadro B.5) con el menor porcentaje de casos investigados oportunamente en Hospitales Nacionales y el mayor en la Región Chorotega.

El porcentaje de casos notificados, con muestra adecuada y oportuna de laboratorio adecuada según grupo, presenta la mayor variabilidad de los tres indicadores de vigilancia (Cuadro B.6) con extremos en la Región Chorotega con el menor porcentaje y la Región Central Sur que la supera por mas de 35 puntos porcentuales.

La SubÁrea de Vigilancia Epidemiológica además reporta el estado de confirmación de eventos (Cuadro B.7), encontrándose también gran variabilidad entre Regiones de Salud en el orden de hasta nueve veces

Al introducir la certificación de la SubÁrea de Vigilancia Epidemiológica a los Compromisos de Gestión, se promovió el conocimiento por parte de la SAVE, de la existencia y el desarrollo de acciones de vigilancia de la salud en el ámbito local, especialmente las actividades destinadas a detectar oportunamente los eventos y/o casos bajo vigilancia epidemiológica.



5. Abordaje de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar

El Informe del Estado de la Nación destaca que “La violencia se ha convertido en uno de los problemas sociales más importantes y complejos de nuestro país y actualmente los recursos del estado son insuficientes para atender la demanda de la población que sufre ante las múltiples formas de violencia intrafamiliar y abuso sexual”¹²³.

La violencia intrafamiliar se define como “toda acción u omisión ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción que produzca como consecuencia daños a la integridad física, sexual, psicológica o patrimonial, violando su derecho al pleno desarrollo y bienestar”¹²⁴.

“La violencia es una expresión social determinada por las condiciones de vida”¹²⁵. El “abordaje debe integrar a los diferentes sectores públicos, privados y la sociedad civil, en la elaboración y apropiamiento de estrategias para enfrentar esta problemática de manera integral”¹²⁶.

En los servicios de salud el abordaje es complejo y requiere la coordinación intersectorial e interdisciplinaria¹²⁷. La violencia como evento es sujeto de vigilancia de la salud en todos los centros asistenciales de la institución.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

La CCSS asume a partir del 1994 acciones de la atención de la salud de las personas con VIF y ASE en el territorio nacional. En los Compromisos de Gestión se promueve esta actividad desde el año 2000, incorporando la Atención a la Violencia Intrafamiliar tanto en el ámbito hospitalario como en el Primer Nivel de Atención.

En el abordaje de los casos de violencia “es necesario destacar la detección, pues constituye el primer paso para detener la violencia intrafamiliar. La detección es una acción indispensable para dar seguridad, asistencia y protección a las personas afectadas por la violencia. A través de la detección se busca reconocer, registrar y referir oportunamente las situaciones de violencia intrafamiliar a las instituciones o servicios pertinentes.”¹²⁸.

Este ha sido el énfasis en los Compromisos de Gestión 2007, utilizando como referente las guías institucionales para la atención de VIF y ASE¹²⁹.

¹²³ MS, OPS. La violencia social en Costa Rica. San José, 2004.

²⁻¹¹ Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Litografía e Imprenta Lil. S.A., San José Costa Rica, 2004. p. 69-70.

¹²⁴ CCSS, MS. Normas de Atención en Salud a las Personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar. 2000.

¹²⁵ MS, OPS. La violencia social en Costa Rica. San José, 2004.

¹²⁶ MS, OPS. La violencia social en Costa Rica. San José, 2004.

¹²⁷ Krug EG et al., eds. World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

¹²⁸ CCSS, MS. Normas de Atención en Salud a las Personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar. 2000.

¹²⁹ CCSS, MS. Normas de Atención en Salud a las Personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar. 2000.

Criterios para la detección y abordaje de la violencia intrafamiliar
Primer Nivel de Atención
Verificación de la notificación obligatoria y registro de todos los casos detectados y reportados
Análisis global e interdisciplinario de la situación de violencia intrafamiliar en el Área de Salud, incluyendo la tendencia en la detección de casos (últimos tres años), los factores condicionantes y el abordaje que se está brindando a esta problemática a partir de los servicios de salud y de la Red Intersectorial local
Plan de la unidad para mejorar la detección y el abordaje integral de la violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar
Referente: CCSS-DCSS. Ficha Técnica: Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar. Compromisos de Gestión, 2007.

b. Análisis de los Resultados

Esta Área Temática se orienta hacia el análisis de las situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar detectadas y la respuesta dada por los servicios de salud. El objetivo es fortalecer el abordaje de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar, por medio de un monitoreo sistemático que permita la detección oportuna de estas situaciones y su respectivo manejo de acuerdo a la Normativa Institucional.

Entre los elementos desarrollados a destacar se describe:

- conocimiento de la magnitud, tendencia y distribución del evento por medio del registro de los casos detectados de acuerdo a lo establecido en la boleta indicada en la norma (correlativo de caso, sexo, edad, tipo de violencia)
- el análisis de los factores condicionantes
- sensibilización y capacitación del personal y usuarios para la detección y reporte
- la atención directa de los casos
- conformación de espacios para la contención e información
- el seguimiento de los casos al interior de la institución a partir de los servicios de salud y de la Red Intersectorial local (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Servicios de Salud, ONG's, INAMU, Ministerio de Justicia, PANI y otros)
- la definición y socialización de las funciones y actividades de cada integrante de la Red Intersectorial local
- las propuestas y acciones de mejora tanto en la detección como el abordaje

El liderazgo de los servicios de salud no puede dirigir todas las acciones para prevenir y responder a la violencia. Sin embargo, tiene un rol significativo que desempeñar en la salud pública. Los datos a disposición de la salud pública y de instituciones, y la dedicación para encontrar respuestas efectivas son puntos importantes que se brindan a la respuesta global a la violencia.



Conclusiones de la Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud

Los avances en atención a problemas prioritarios son evidentes en los servicios de salud. El esfuerzo realizado por todos, ha permitido alcanzar mejoras sustantivas en los indicadores empleados para la evaluación de los Compromisos de Gestión. Aún permanecen espacios importantes de mejora, particularmente en la disminución de diferencias geográficas y por nivel de atención, que permitan asegurar una atención apropiada independientemente del lugar donde se atiende a las personas. Las decisiones institucionales deberían ir orientadas a la disminución de estas diferencias, buscando las causas, identificando las necesidades locales para la atención adecuada y proponiendo alternativas de solución.

La información disponible para el monitoreo de situación de los problemas principales y sus factores de riesgo, es escasa o ausente. En ausencia de sistemas que brinden información oportuna y confiable, se ha requerido de gran innovación y esfuerzo para crear mecanismos de evaluación, que permitan conocer el estado de situación de las enfermedades no transmisibles en los servicios de salud y la respuesta que se brinda a éstas. Sin embargo; los mecanismos puestos en práctica no sustituyen a los sistemas de información que requiere desarrollar la institución, para sus diferentes funciones de planificación, presupuestación y provisión de servicios. En esta línea, se deben promover espacios de discusión entre los grupos técnicos, para estimar la prevalencia de las enfermedades y factores de riesgo a partir de la información disponible, con el objeto de permitir monitorear la cobertura institucional, orientar las intervenciones y los recursos así como abordar las diferencias geográficas.

El abordaje de factores de riesgo comunes de enfermedades no transmisibles, permite el efecto conjunto sobre varios problemas de salud. La integración de esfuerzos por medio de estrategias combinadas, desarrollo de políticas, mercadeo y desarrollo organizacional, la elaboración de guías prácticas, formación y capacitación de recurso humano y la educación en salud¹³⁰, son todos elementos que contribuirían de manera significativa a la prevención y control de los principales problemas de salud del país.

La priorización institucional, de la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, debe orientar a que las acciones se realicen en todos los niveles y por todos los actores de manera sinérgica. El desarrollo de intervenciones, requiere apoyo de las diferentes instancias y consolidación de la participación de sus grupos técnicos.

Los aspectos evaluados por los Compromisos de Gestión, claramente valoran solo una fracción de los servicios de salud desplegados por las unidades de atención y solo una fracción de los servicios planteados en el modelo readecuado de atención. La fracción evaluada, ha sido determinada no solo por elementos de priorización sino principalmente por la factibilidad. La falta de sistemas de información, de programas estructurados, de personal con conocimientos, actitudes y prácticas para la atención integral, así como guías de atención reducidas a unos pocos problemas de salud, ha impedido el desarrollo de los contenidos de los Compromisos.

¹³⁰ Morice A. Diabetes mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario. Inciensa 1999.



Pese a las dificultades inherentes a la evaluación de servicios de salud la fracción de intervenciones incluidas en los Compromisos de Gestión, permite contar con una ventana que identifica el estado de situación de la atención y orienta hacia cuales deberían ser las acciones que la institución debe ejecutar, para el abordaje de las necesidades y problemas de salud.

C. Atención Especializada

El proceso de atención especializada del Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario¹³¹ y de los Hospitales es complejo; debido a los múltiples servicios que prestan y a las particularidades que tienen los diversos procesos productivos, en los que participa gran cantidad de personal. A eso se agrega, el manejo de cuantiosos presupuestos que se requieren para su funcionamiento, la adaptación y respuesta ante la evolución del conocimiento científico y los avances tecnológicos¹³² y las múltiples interrelaciones que se dan entre los diferentes establecimientos del sistema y el entorno.

En el caso de los Hospitales modernos, existe en la actualidad una tendencia a colocar al paciente como el centro del sistema y a sus necesidades como las primeras que hay que atender. Por lo cual, se han incorporado innovaciones en la gestión de los servicios asistenciales, identificando alternativas que privilegian lo ambulatorio, con miras a mejorar la atención, la satisfacción de los usuarios y la eficiencia del servicio¹³³.

En este apartado se incluyen los resultados relacionados con el seguimiento de la producción en el Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario y en los Hospitales, algunos tópicos de la gestión del Área Quirúrgica, la mortalidad intrahospitalaria y el comportamiento de los reingresos hospitalarios.

1. Seguimiento de la Producción

La producción corresponde a todas las actividades sustantivas, intermedias y finales que se producen en los diferentes procesos productivos, desarrollados en el Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario y en los Hospitales, en el que participan recursos diversos y complejos. En el caso Hospitales, estos procesos se agrupan en los clásicos servicios médicos y quirúrgicos¹³⁴.

Las consultas, los egresos y los procedimientos ambulatorios, son los productos tradicionales en que históricamente se han agrupado los servicios en el ámbito institucional, los cuales se han venido utilizando para medir la producción de los servicios de salud y el rendimiento del recurso humano, según el tiempo contratado.

Es importante aclarar que la población meta de la atención en los niveles especializados, no corresponde a todos los habitantes de un espacio- población¹³⁵; sino que la oferta de atención responde a las necesidades de las Áreas de Salud adscritas. Por lo tanto, en los niveles especializados se espera que el mayor porcentaje de la producción ó actividades realizadas, corresponda a los casos referidos desde los establecimientos de menor complejidad, para su atención se requiere de la participación de un especialista, los servicios de diagnóstico y tratamiento de alta

¹³¹ Ver Anexo 2 para el listado de unidades incluidas en esta clasificación.

¹³² Vargas M. Gerencia de Servicios de Salud ICAP, San José 1990.

¹³³ Chavarría M. Análisis de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Hospitales Generales de la CCSS, en los años 1997-2002. Trabajo de investigación para optar por el grado de Maestría, junio 2004.

¹³⁴ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994.

¹³⁵ Sanso F y Batista R. Hacia una mayor capacidad resolutive y calidad de la atención en nuestra medicina familiar. Rev Cubana Med Integr 2001; 17(3): 213-5

tecnología, o la hospitalización por la condición de salud de la persona¹³⁶. Sin embargo, existen vías alternas para el ingreso a Hospitales, como la utilización de los servicios de urgencias para el abordaje y resolución de enfermedades, y que desde ese lugar, la persona se hospitalice o se refiera a un servicio especializado ambulatorio.

En el Área de hospitalización, la producción está determinada por los ingresos provenientes de Consulta Externa y del Servicio de Urgencias, que para el caso de un Hospital General, se asume en una proporción del 60% y 40% respectivamente. El recurso cama, es el elemento central y crítico de la estructura del Hospital, cuyo aprovechamiento incide en la eficiencia de la gestión hospitalaria. Los egresos reflejan el volumen de recursos utilizados y su aprovechamiento se evalúa por medio de indicadores tradicionales entre otros: estancia promedio, índice ocupacional, giro cama¹³⁷.

Para el índice ocupacional, el estándar internacional aceptado es de 85%¹³⁸. La estancia promedio se valora por medio de dos elementos que están íntimamente relacionados a la eficiencia, como son el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados¹³⁹. Esta estancia no discrimina la complejidad de las patologías tratadas, sin embargo, en la actualidad esta limitación podría ser superada con el uso de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GRD).

En los Compromisos de Gestión ha existido gran interés en dar seguimiento a la producción del Segundo Nivel Ambulatorio y Hospitalario y en abordar aquellos aspectos que puedan promover el fortalecimiento de la atención especializada.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Desde el año 1999 hasta la fecha, se ha orientado en los Compromisos el seguimiento al volumen de consultas de primera vez y subsecuentes, brindadas por los médicos especialistas a las personas atendidas en las Unidades del **Segundo Nivel ambulatorio no hospitalario**, estimulando de esta manera la accesibilidad a estos servicios.

Además, se ha enfocado que se realice un análisis permanente de los procesos asistenciales, que favorezcan el acceso y la oportunidad de la atención en cada una de las especialidades, así como la continuidad de la atención en el Primer Nivel. En el año 2007, esta orientación se mantiene en los Compromisos de Gestión y se concreta con los siguientes criterios.

¹³⁶ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994

¹³⁷ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994.

¹³⁸ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994.

¹³⁹ Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Rev. Cubana Salud Pública v.30.1:2004



Criterios para la atención ambulatoria especializada
Especialidades con tiempo de espera mayor a 90 días
Porcentaje de altas y su respectiva contrarreferencia
Procesos de trabajo para el manejo de interconsultas y referencias
Referencia: CCSS-DCSS. Compromisos de Gestión 2007, Indicador: Plan para la gestión de la atención ambulatoria especializada

En la búsqueda de la eficiencia de los **Hospitales**, y en procura que éstos alcancen niveles óptimos de producción de acuerdo a su capacidad instalada, desde 1997 en los Compromisos de Gestión se encuentra incorporada la producción hospitalaria, traducida como el volumen de productos de cada una de sus principales áreas de actividad básicas: Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias.

Aunque es mucha la heterogeneidad de productos intermedios y finales producidos en los Hospitales, la medición de la producción se centra en tres grandes categorías de productos: egresos, consultas y procedimientos mayores ambulatorios¹⁴⁰.

En la actualidad los egresos corresponden a los producidos en todos los servicios del Área de Hospitalización, incluyendo los de Cirugía Ambulatoria. La producción del Área de Consulta Externa contiene las consultas de primera vez y subsecuentes impartidas por los profesionales especialistas, y algunos de los procedimientos mayores ambulatorios. En el Área de Urgencias se incluye el total de atenciones urgentes y no urgentes.

Producción hospitalaria	
Áreas de actividad	Categoría de productos
Hospitalización	Egresos: Medicina, Cirugía*, Ginecología*, Obstetricia, Neonatología / Pediatría
Consulta Externa	Consulta médica especializada Odontología especializada Otros profesionales
	Procedimientos mayores ambulatorios
Urgencias	Atenciones
Referencia Compromisos de Gestión 2006- 2007 Hospitales Generales. * La producción de Cirugía y Ginecología incluye los egresos de Cirugía Ambulatoria (CA)	

Con respecto a la Cirugía Ambulatoria, se incorpora en los Compromisos de Gestión desde 1998 y desde entonces se ha promovido su aplicación a lo largo de los años. Esta modalidad busca la reducción de las estancias hospitalarias y la disminución de los costos; además, pretende que se pueda incidir en las listas de espera y en brindar una mayor satisfacción al usuario. Ante la falta de estandarización en el ámbito institucional de estas intervenciones, a partir de los Compromisos de Gestión se promueve la elaboración y el uso del Listado Oficial de Cirugía Ambulatoria¹⁴¹.

¹⁴⁰ Se refiere a aquellos procedimientos médicos de diagnóstico o tratamiento a pacientes ambulatorios, que requieren equipo de alta tecnología y personal especializado.

¹⁴¹ La DCSS coordina la elaboración del Listado Oficial de Cirugía Ambulatoria publicada en el año 2003.

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/14_dcsc.html

En el año 2003, los Compromisos estimulan el incremento de esta modalidad no sólo de los Servicios de Cirugía, sino también en los de Ginecología y en la sub-especialidad de Cirugía Pediátrica. A partir del año 2004, las estrategias se orientan al traslado de cirugías tradicionales (con hospitalización del paciente) a Cirugía Ambulatoria. Siguiendo este enfoque, en el Compromiso de Gestión 2007, se establece para los Servicios de Cirugía y Ginecología una razón entre los egresos de Cirugía Ambulatoria y Cirugía convencional de 40/60 y 20/80 respectivamente.

Otro criterio que se incluye en el año 2007, es la medición de la estancia media de los servicios de hospitalización.

b. Resultados de la Evaluación

CUADRO C.1

C.C.S.S.: CONSULTAS DE PRIMERA VEZ, SUBSECUENTES Y TOTALES EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN ESPECIALIDAD Y AÑO, 2002 Y 2007

(absolutos)

ESPECIALIDAD	CONSULTAS					
	Primera vez		Subsecuentes		Total	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007
TOTAL	202.639	196.798	196.029	142.320	398.668	339.118
MEDICINA INTERNA ²	34.812	38.126	35.946	33.563	70.758	71.689
CIRUGÍA	4.073	7.256	6.216	4.849	10.289	12.105
GINECO-OBSTETRICIA	25.516	38.863	26.581	22.725	52.097	61.588
OFTALMOLOGÍA	11.283	14.589	3.147	3.274	14.430	17.863
GASTROENTEROLOGÍA	5.133	8.320	2.290	1.175	7.423	9.495
PSIQUIATRÍA	23.725	14.441	22.610	21.085	46.335	35.526
DERMATOLOGÍA	18.519	15.285	10.835	6.270	29.354	21.555
O.R.L.	17.996	13.825	15.028	6.457	33.024	20.282
PEDIATRÍA	58.660	33.579	71.817	38.879	130.477	72.458
FISIATRÍA ³	2.922	12.514	1.559	4.043	4.481	16.557

¹ Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano

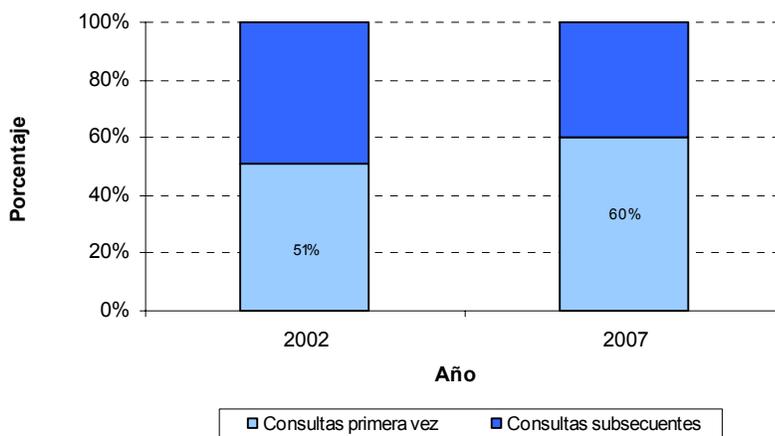
² Incluye Hematología

³ Incluye Rehabilitación

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.1

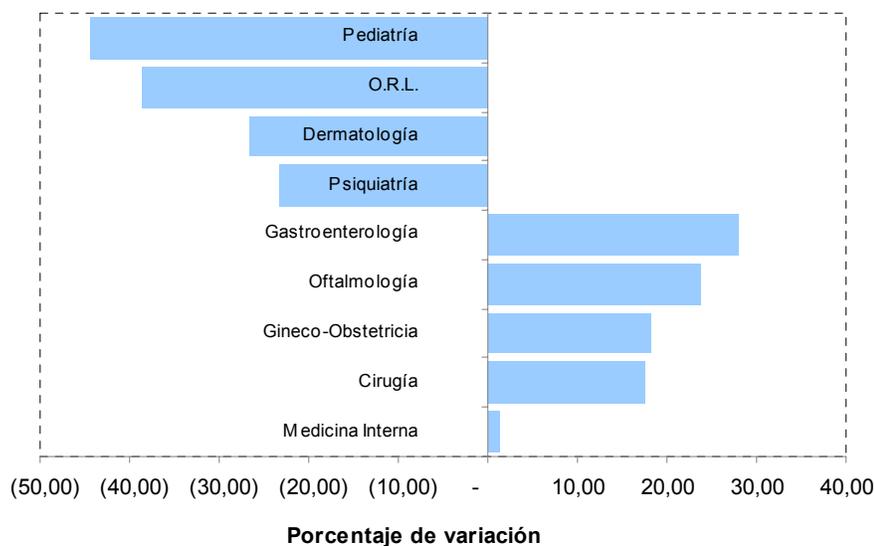
C.C.S.S.: CONSULTAS DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN^{/1}, SEGÚN AÑO, 2002 Y 2007



^{/1} Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.2

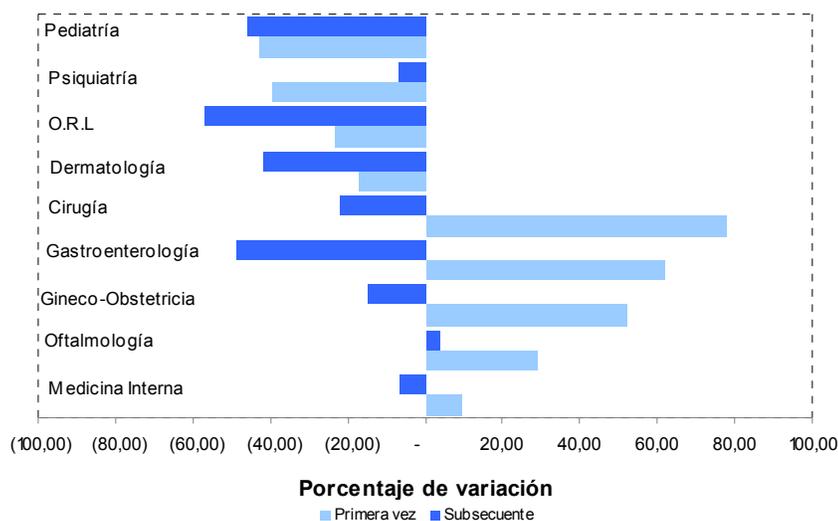
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL VOLUMEN DE CONSULTAS SEGÚN ESPECIALIDAD, SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN^{/1}, 2002 Y 2007.



^{/1} Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.3

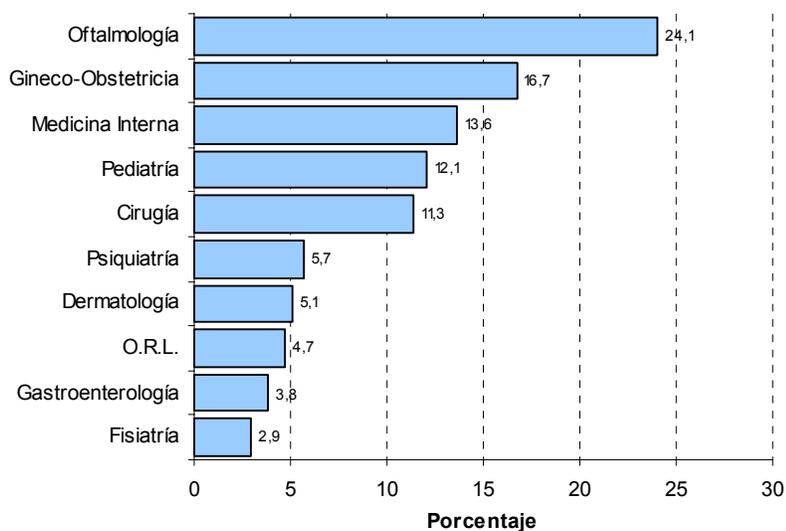
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL VOLUMEN DE CONSULTAS DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE, SEGÚN ESPECIALIDAD, SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN^{/1}, 2002 Y 2007



^{/1} Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.4

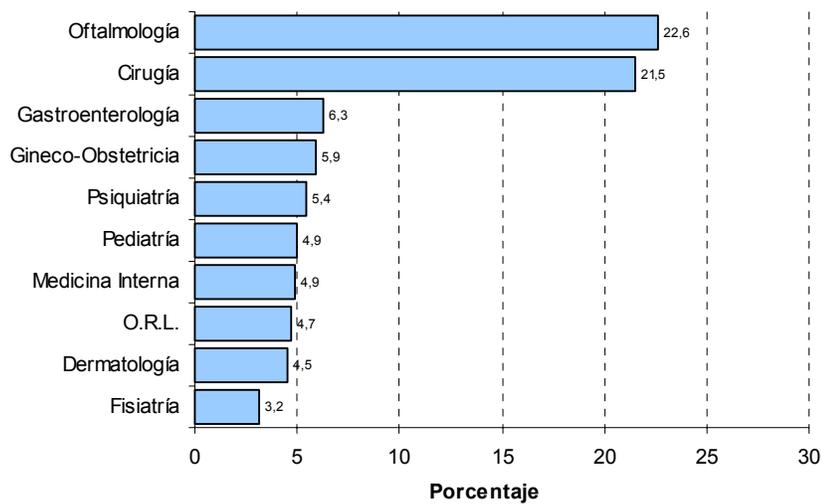
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTAS OTORGADAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN^{/1} SEGÚN ESPECIALIDAD, 2007



^{/1} Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.5

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE CONSULTAS DE PRIMERA VEZ CON ALTAS OTORGADAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN^{/1} SEGÚN ESPECIALIDAD, 2007



^{/1} Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

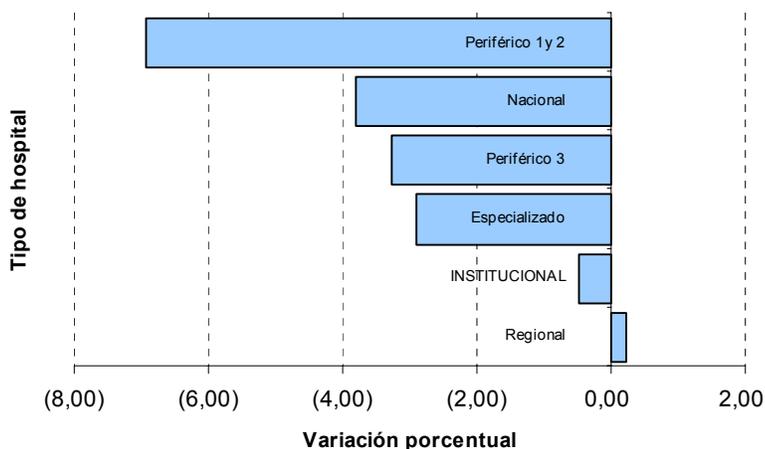
CUADRO C.2
C.C.S.S.: EGRESOS HOSPITALARIOS POR TIPO DE HOSPITAL SEGÚN
SERVICIO Y AÑO, 2002 Y 2007

SERVICIO DE EGRESO	AÑO	TIPO DE HOSPITAL					TOTAL
		Especializado	Nacional	Regional	Periférico 3	Periférico 1 y 2	
CIRUGÍA	2002	7.436	32.183	20.495	7.902	5.131	73.147
	2007	7.804	33.501	20.603	7.038	4.693	73.639
	<i>variación porcentual</i>	<i>4,95</i>	<i>4,10</i>	<i>0,53</i>	<i>(10,93)</i>	<i>(8,54)</i>	<i>0,67</i>
MEDICINA	2002	10.111	12.665	18.552	9.246	7.747	58.321
	2007	9.289	12.969	19.461	9.715	8.116	59.550
	<i>variación porcentual</i>	<i>(8,13)</i>	<i>2,40</i>	<i>4,90</i>	<i>5,07</i>	<i>4,76</i>	<i>2,11</i>
GINECOLOGÍA	2002	2.115	8.166	10.101	6.603	4.441	31.426
	2007	1.771	6.002	8.284	6.323	2.792	25.172
	<i>variación porcentual</i>	<i>(16,26)</i>	<i>(26,50)</i>	<i>(17,99)</i>	<i>(4,24)</i>	<i>(37,13)</i>	<i>(19,90)</i>
OBSTETRICIA	2002	6.935	24.285	34.538	14.954	6.897	87.609
	2007	7.319	21.747	37.211	16.304	7.026	89.607
	<i>variación porcentual</i>	<i>5,54</i>	<i>(10,45)</i>	<i>7,74</i>	<i>9,03</i>	<i>1,87</i>	<i>2,28</i>
PEDIATRÍA/ NEONATOLOGÍA	2002	2.412	3.211	18.574	8.047	5.158	37.402
	2007	2.275	3.380	16.943	5.844	4.711	33.153
	<i>variación porcentual</i>	<i>(5,68)</i>	<i>5,26</i>	<i>(8,78)</i>	<i>(27,38)</i>	<i>(8,67)</i>	<i>(11,36)</i>
PSIQUIATRÍA	2002	4.076	577	-	-	-	4.653
	2007	3.667	396	-	-	-	4.063
	<i>variación porcentual</i>	<i>(10,03)</i>	<i>(31,37)</i>	-	-	-	<i>(12,68)</i>
CIRUGÍA AMBULATORIA	2002	5.802	13.735	10.009	2.267	866	32.679
	2007	4.506	15.268	12.016	4.913	1.937	38.640
	<i>variación porcentual</i>	<i>(22,34)</i>	<i>11,16</i>	<i>20,05</i>	<i>116,72</i>	<i>123,67</i>	<i>18,24</i>

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.6

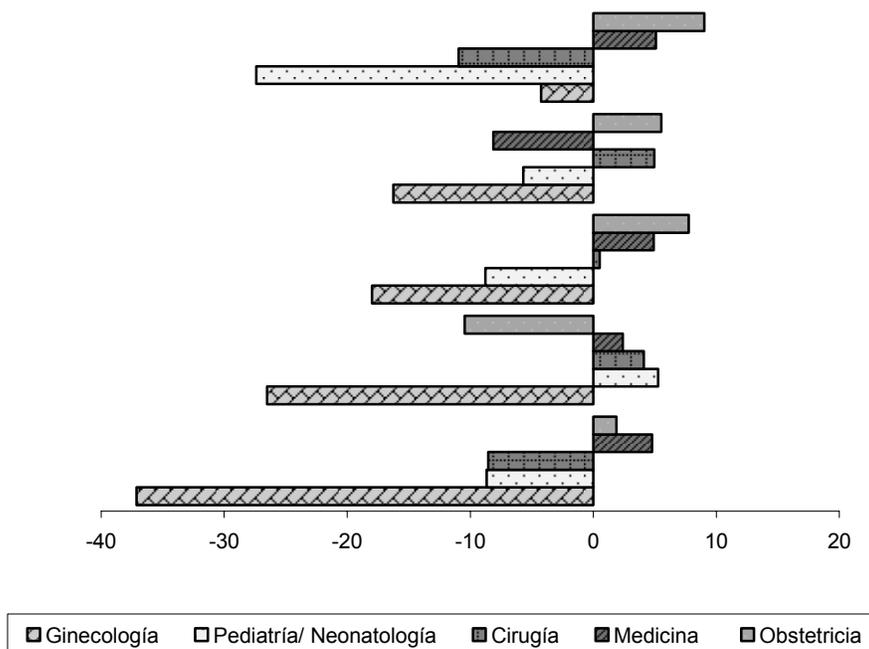
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA PRODUCCIÓN DE EGRESOS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.7

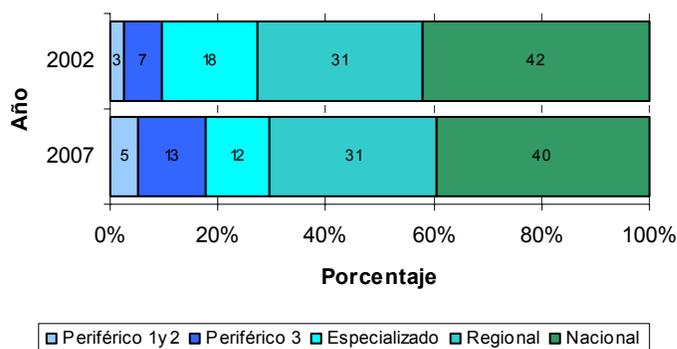
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA PRODUCCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIO, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.8

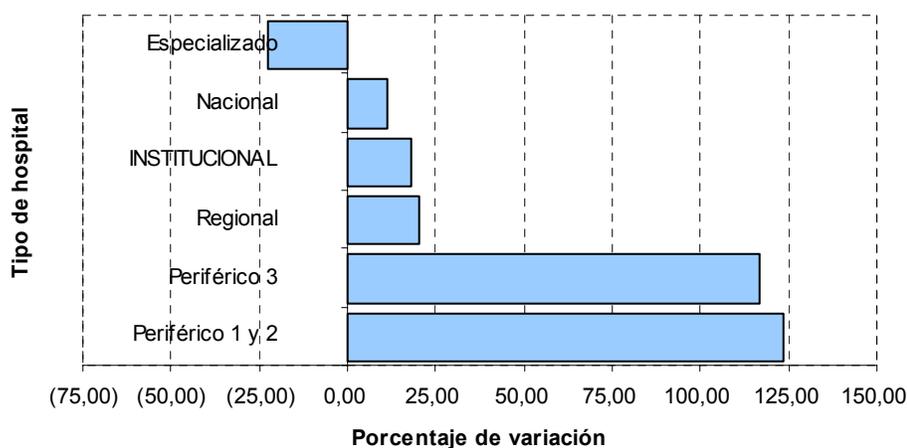
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2002 y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.9

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL VOLUMEN DE EGRESOS CIRUGÍA AMBULATORIA POR HOSPITAL, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

CUADRO C.3

C.C.S.S.: TOTAL DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2002 Y 2007

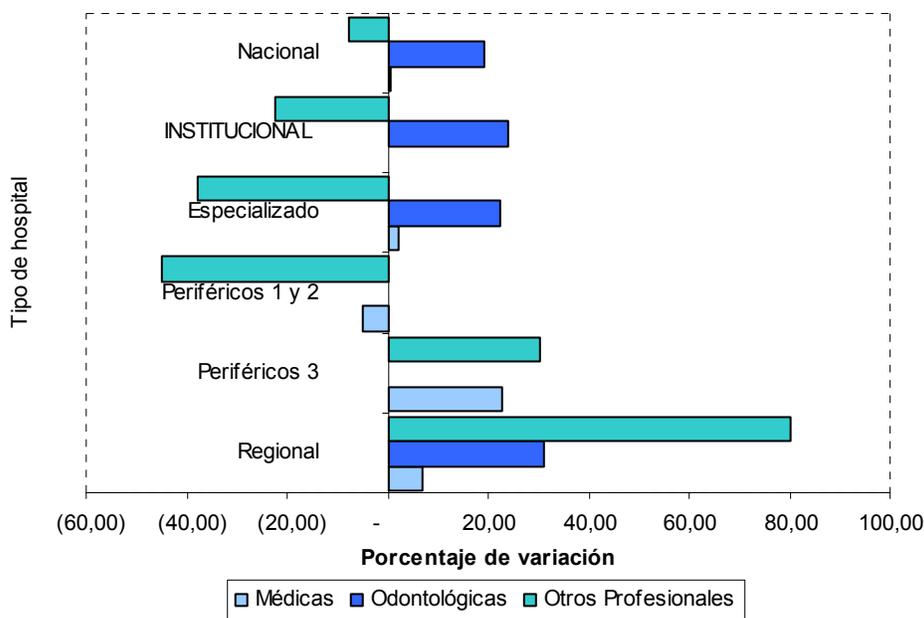
TIPO DE HOSPITAL	CONSULTAS ESPECIALIZADAS					
	Médicas		Odontológicas		Otros Profesionales ¹	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007
ESPECIALIZADO	246.270	251.603	20.503	25.092	36.039	22.411
NACIONAL	782.272	787.904	61.920	73.767	73.237	67.649
REGIONAL	493.425	526.784	11.434	14.976	29.634	53.350
PERIFÉRICO 3	251.164	308.821	0	10.183	24.978	32.593
PERIFÉRICO 1 Y 2	133.731	127.034	0	3.299	22.354	12.267

¹Se refiere a las consultas de Enfermería, Nutrición y Psicología

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.10

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL VOLUMEN DE CONSULTAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

CUADRO C.4

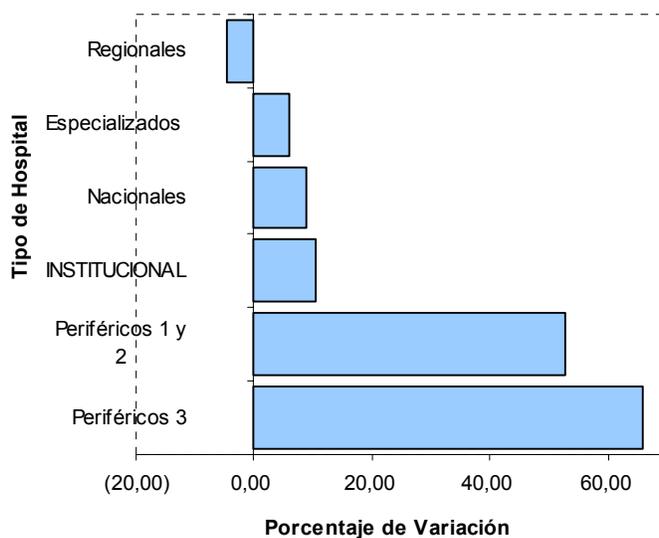
C.C.S.S.: TOTAL DE PROCEDIMIENTOS MAYORES AMBULATORIOS
SEGÚN TIPO Y AÑO, 2005 Y 2007

TIPO DE PROCEDIMIENTOS	AÑO				VARIACION
	ABSOLUTO		PORCENTAJE		
	2005	2007	2005	2007	
Total	118.774	131.351	100,0	100,0	10,6
Broncoscopía	1.643	2.848	1,4	2,2	73,3
Quimioterapia	22.616	35.774	19,0	27,2	58,2
Leep	1.436	2.175	1,2	1,7	51,5
Excisión o destrucción endoscópica	123	154	0,1	0,1	25,2
Hemodiálisis	11.487	13.527	9,7	10,3	17,8
Esófago-gastro- duodenoscopia	42.123	43.833	35,5	33,4	4,1
Radioterapia	27.155	25.200	22,9	19,2	-7,2
Colonoscopia y rectosigmoidoscopia	9.711	7.419	8,2	5,6	-23,6
Laparoscopia diagnóstica	707	208	0,6	0,2	-70,6
Arteriografía	1.773	213	1,5	0,2	-88,0

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2005 y 2007

GRÁFICO C.11

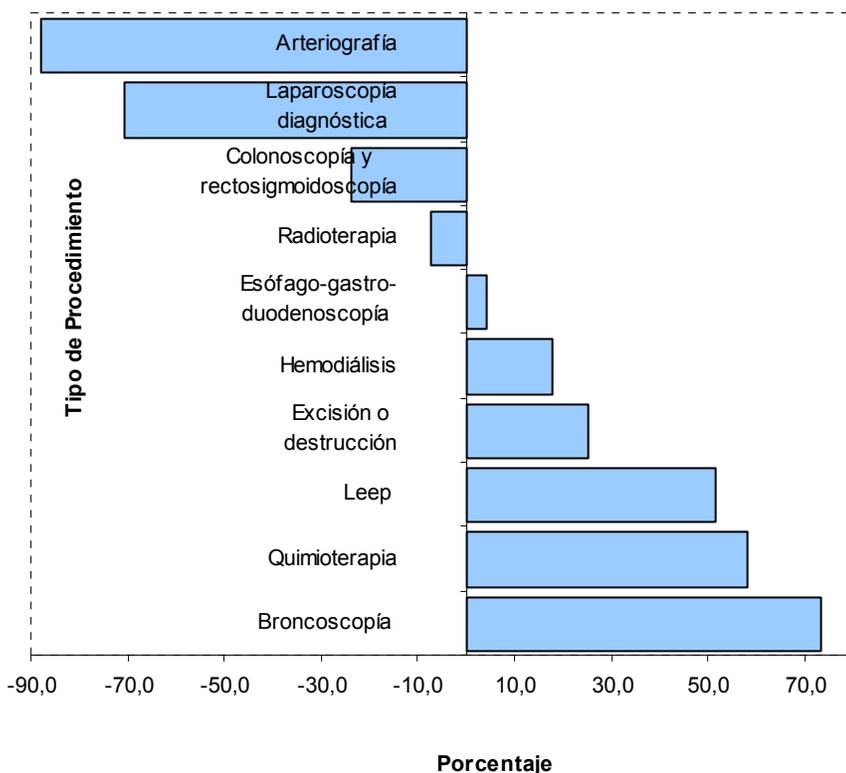
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL EN EL VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS
MAYORES AMBULATORIOS REALIZADOS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL,
2005 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2005 y 2007

GRÁFICO C.11

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL EN EL VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS
MAYORES AMBULATORIOS, SEGÚN TIPO DE PROCEDIMIENTO,
2005 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2005 y 2007

CUADRO C.5

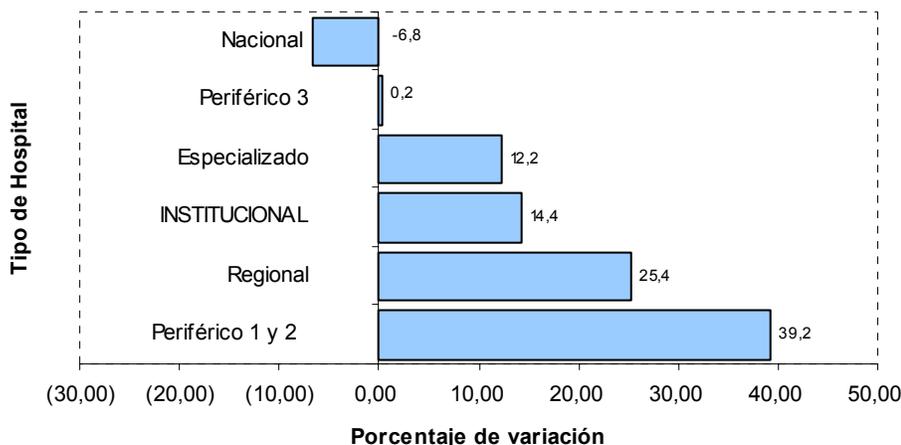
C.C.S.S.: CONSULTAS DE URGENCIAS POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007

TIPO DE HOSPITAL	2002	2007
INSTITUCIONAL	2.046.670	2.340.786
PERIFÉRICOS 1 Y 2	337.346	469.543
REGIONAL	655.753	822.006
ESPECIALIZADO	162.001	181.785
PERIFÉRICO 3	517.042	518.230
NACIONAL	374.528	349.222

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 Y 2007

GRÁFICO C.13

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS DE URGENCIAS,
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

c. Análisis de los Resultados

El **Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario**, con base a su capacidad resolutoria, da respuesta a los casos referidos desde el Primer Nivel de Atención, y sirve de filtro a aquellos que requieren una intervención a Nivel Hospitalario. Sin embargo; hubo una reducción de 14% en la producción global de consultas de especialistas con respecto al año 2002, a expensas de las consultas subsecuentes en 33% y de las de primera vez en el año en 2.8% (Cuadro C.1).

En el año 2007, se presenta una relación de 60% en el total de consultas de primera vez y de 40% en las subsecuentes. Es decir, que respecto al año 2002, existe un aumento de un 9% en la proporción de consultas de primera vez en el año. Sin embargo, se debe aclarar que este aumento no necesariamente se traduce en su totalidad en nuevas personas atendidas, ya que un aporte no conocido en este porcentaje de consultas, es generado por las personas que vienen siendo atendidas desde el año anterior (Gráfico C.1).

Al analizar por especialidad la variación del volumen de consultas y la relación entre las consultas de primera vez y subsecuentes, se encuentra que el comportamiento es heterogéneo en los diferentes centros. El crecimiento en la producción está estrechamente relacionado, con un mayor número de especialistas brindando consultas. En el caso de Fisiatría, en el año 2002 sólo una unidad reporta consulta en esa especialidad y en la actualidad, ocho establecimientos lo hacen. Esta situación se ve reflejada en que es la especialidad que presenta el mayor incremento en el volumen global de consultas (269,4%), respecto al año en comparación, con una proporción de 73% de consultas de primera vez, en relación a las subsecuentes.

Oftalmología fue otra de las especialidades que crece en el volumen de consultas global por arriba del 20%, respecto al año de comparación (Gráfico C.2). En la actualidad, reportan consultas, el 50% de los catorce establecimientos del Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario, en comparación a los tres que lo hacían en el año 2002. Tanto las consultas de primera vez, como las subsecuentes aumentan, aunque estas últimas en menor proporción (Gráfico C.3). La relación de consulta de primera vez es de casi el 80% en promedio, respecto al 20% de subsecuentes, aunque en dos establecimientos, la proporción de consultas de primera vez aumenta en un 85%. El promedio de consultas por hora es de 2.32.

Debido a que Oftalmología es una de las especialidades críticas no sólo en este nivel, sino también en el ámbito hospitalario, llama la atención que en la actualidad el 50% de los establecimientos, no estén dotados con el recurso humano especializado. Por lo que sería conveniente, que la institución forme Oftalmólogos para ser ubicados en el restante 50% de establecimientos; esperando que esa estrategia, pudiera favorecer la mejora en la oportunidad de la atención, reduciendo el envío de referencias a los centros hospitalarios por consultas o por procedimientos ambulatorios, e impactando positivamente las listas de espera.

Las especialidades de Cirugía, Gineco-Obstetricia y Gastroenterología, presentan un aumento en el volumen global de consultas respecto al año 2002, a expensas de las consultas de primera vez. Además, Gastroenterología reduce en mayor proporción las consultas subsecuentes (Gráfico C.3). En el caso de Cirugía, llama la atención, que más del 80% de las personas atendidas sólo reciben una consulta, situación que podría ser objeto de revisión, para determinar la complejidad de los casos atendidos.

La especialidad de Pediatría, fue la que presentó la reducción más importante respecto al año 2002 en el volumen global de consultas y en las de primera y subsecuentes (Gráfico C.2 y C.3); situación que podría estar influenciada por varias condiciones. Según el INEC, en el período de estudio, la tasa bruta de natalidad experimenta una reducción, pasando de 17,40/1.000 hab.; en el año 2002 a 16,34/1.000 hab.; que se traduce en 1.171 nacimientos menos que el año en comparación. Esta reducción de nacimientos, podría ser un factor que contribuya a la disminución de consultas pediátricas. Otro aspecto a considerar, es el que las consultas de Crecimiento y Desarrollo en años anteriores, eran impartidas por el especialista en Pediatría, sin embargo; con la consolidación del Primer Nivel de Atención, el EBAIS asume esta actividad dentro del Programa de Atención Integral al Niño. Asimismo; la producción de los especialistas en algunos centros, ha sido incorporada a la cobertura de Crecimiento y Desarrollo del Primer Nivel de Atención. Por lo anterior; sería conveniente que la respectiva instancia, analice y aclare la producción y el rendimiento de este recurso especialista, así como el registro de las consultas.

Las especialidades de ORL y Dermatología, reducen las consultas tanto en el volumen global, como en las de primera vez y subsecuentes, con el agravante que ambas especialidades presentan listas de espera (Gráfico C.2). Llama la atención, la reducción de las consultas subsecuentes de casi 2.5 veces más las consultas de primera vez. En el caso de Dermatología, la relación dada entre la proporción de consulta de primera vez respecto a las subsecuentes, es de 73.2%, aunque en dos establecimientos, esta proporción sobrepasa el 80% (Gráfico C.3). Al presentarse una reducción del recurso humano en estas especialidades, sería importante analizar la complejidad de los casos atendidos en Dermatología, en busca de visualizar cuales

casos podrían continuar su seguimiento en el Primer Nivel de Atención, previa capacitación y actualización de los médicos generales

Al corte del 31 de diciembre del 2007, se registra que en el transcurso del año, 11 establecimientos con Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario, presentaron listas de espera en una ó varias de las siguientes especialidades: Oftalmología, Dermatología, O.R.L., Gastroenterología, Psiquiatría, Ginecología, Medicina Interna y Rehabilitación. Sin embargo, en el proceso de evaluación de los Compromisos de Gestión, se presentó la evidencia que en todas ellas, se abocaron al análisis de las causas que las generan e implementaron medidas correctivas.

Los Compromisos de Gestión ha tenido la intención de favorecer en el transcurso de los años, el acceso y la oportunidad en la atención, mediante la incorporación de indicadores que tienden a la búsqueda de una mayor resolución del Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario. Sin embargo; se reportan en la evaluación, 13.735 altas, que corresponden al 7% respecto al volumen de consultas de primera vez. De ese total de altas, la mayor proporción fueron generadas por las especialidades de Oftalmología y Gineco-Obstetricia (Gráfico C.4).

En la mayoría de las especialidades, la emisión de altas respecto a las consultas de primera vez es mínima, aunque presenten listas de espera. Oftalmología y Cirugía reportan el mayor porcentaje, talvez por ser especialidades de mayor resolución. Esta situación, amerita de un análisis sobre la complejidad de los casos atendidos en este Nivel, y sobre el mecanismo de contrarreferencia establecido hacia el Primer Nivel de Atención, dada la importancia que adquiere este elemento, en el seguimiento por parte del EBAIS, de la población a su cargo (Gráfico C.5).

Todos los centros del Segundo Nivel Ambulatorio no Hospitalario, mostraron evidencia de la participación de los especialistas en procesos de trabajo, en torno al tema de las interconsultas, que se pudiesen brindar a los médicos del Primer Nivel de Atención. Para tal efecto, tomaron como base el análisis del perfil de referencias enviadas desde el Primer Nivel e implementaron acciones educativas, dirigidas a la mejora del proceso de referencia y contrarreferencia.

En algunas de las especialidades que presentaron reducción de las consultas y presencia de listas de espera, obliga a un replanteamiento por parte de las autoridades, de la estrategia de incorporación del nuevo recurso especialista a estos establecimientos, el cual debería estar más acorde con la demanda actual. Ya que de lo contrario, se podría agravar aún más el problema de oportunidad en este nivel, con repercusiones negativas en el ámbito de Hospitales Nacionales.

Producción hospitalaria

Uno de los objetivos que se promueve desde los Compromisos de Gestión, es la utilización eficiente del recurso cama en el Área de Hospitalización; para lo cual se requiere que los procesos involucrados en el internamiento, sean gestionados en forma eficiente. No se debe de obviar el esfuerzo que vienen realizando los gestores de algunos centros, enfocando la gestión de la cama desde la necesidad del usuario y no desde la perspectiva del servicio. En la institución, recién se está continuando con la aplicación del programa de GRD, para la medición de la complejidad de los casos hospitalizados, por lo que la aproximación del tema, se limitará a la relación del volumen de producción logrado, con los indicadores tradicionales que se emplean para este fin, como son la estancia media, el índice ocupacional y el giro cama. Para ello se



utilizaron los datos suministrados por el Departamento de Estadística en Salud de la Institución.

En el año 2007, el volumen de egresos totales producidos en la red hospitalaria, incluyendo los de Cirugía Ambulatoria, y reportados en la evaluación de los Compromisos de Gestión, fueron 323.824, mostrando una disminución respecto al año 2002, de 1.413 egresos. Además, se presenta una reducción de 213 camas, pasando de 5.860 en el año 2002 a 5.647 en el 2007, incluyendo las utilizadas bajo la modalidad de Pensión y las correspondientes al cierre por el incendio ocurrido en uno de los Hospitales Nacionales.

Relacionando el volumen de egresos con la población del país, para el año 2002 se obtiene una relación de 8.2 egresos/100 habitantes.; cifra que se reduce a 7.2 egresos/100 habitantes en el 2007. Los tipos de hospital Nacional y Periférico 1 y 2, reducen los egresos globales y el Regional y Periférico 3 los aumentan respecto al año en comparación (Cuadro C.2 y Gráfico C.6). Igualmente en el ámbito especializado, la reducción se da aún, después de haber ajustado la producción del Servicio de Medicina del Hospital Nacional de Niños, con la intención de hacer comparables los datos. Por lo tanto, se excluyen 3.719 egresos de Medicina Seis del año 2002, correspondientes a las atenciones con observación del Servicio de Urgencias, debido a que esta situación no se encuentra en el año evaluado.

El comportamiento de los egresos es variable a lo interno del servicio, Cirugía Ambulatoria es el que mas crece con un 18%, respecto al año 2002, por el contrario, Ginecología es el Servicio que presenta la mayor reducción de egresos en 20% (Gráfico C.7). Como los valores promedio para cada tipo de hospital, oculta las particularidades del comportamiento de la producción y de los indicadores relacionados con la gestión de la cama, se destacarán los resultados de algunos centros a lo interno de los tipos de Hospital, con el fin de poner en evidencia las diferencias y de justificar las posibles recomendaciones.

En el **Servicio de Medicina**, a excepción del ámbito sub-especializado, las variaciones porcentuales en la producción de egresos respecto al año 2002, fueron positivas. El aumento del promedio institucional fue de 2.11% y el mayor crecimiento lo presentó el tipo de hospital Periférico 3 (Cuadro C.2 y Gráfico C.7). Este crecimiento global del Servicio, se asocia a un aumento del recurso cama en todos los tipos, a excepción del Regional, que mantiene la misma cantidad del año 2002. En total, según datos del DES, las camas aumentaron en 216, respecto al año en comparación. La estancia media global del Servicio de Medicina se redujo levemente pasando de 9,72 en el 2002 a 9,69 en el 2007 y el índice de ocupación en ese último año, alcanza un 92%, con un giro cama de 35.61%.

Se considera un índice de ocupación óptimo de 85%, con el fin de poder tener un margen de maniobra apropiado para los ingresos que lo hacen por la vía del Servicio de Urgencias y desde la misma programación¹⁴². En el año 2007, en todos los tipos de Hospital se alcanza este índice en el Servicio de Medicina, incluso algunos lo sobrepasan; como es el caso del tipo Regional con un promedio mayor de 92% y el

¹⁴² Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994

Nacional, con un índice que supera el 100%. Sin embargo; en la revisión a lo interno de los tipos de hospitales, el comportamiento es heterogéneo, y es preocupante, que el índice ocupacional en seis de los veinticinco establecimientos, sea mayor al 100%, y en uno esté muy cercano a ésta cifra. Cuatro Hospitales, por el contrario, no alcanzan la ocupación óptima, con un índice menor al 70%.

Al comparar los datos del año 2002 y 2007, se encuentra que en el tipo Nacional, los tres Hospitales aumentan la estancia respecto al año 2002; sin embargo; en uno de ellos, el aumento casi alcanza los 2 días, las camas se reducen un 23%, (30 camas menos), se aumenta un 6% el giro cama en ese período y el índice de ocupación del año 2007 es de 130%. Esta situación podría ser reflejo, producto del siniestro ocurrido. Sin embargo, no parece lógico un aumento de la estancia con esa ocupación de camas, excepto que se utilicen camas de tránsito ó camas "bis", que pudiesen explicar estas variantes. Además, se requiere de un análisis del proceso de gestión de las camas de las diferentes sub-especialidades que participan en el Servicio.

Otro aspecto a considerar en este tipo de Hospital que llama la atención, es el promedio de estancia más elevado del Servicio de Medicina (15.6%), que no presenta variaciones respecto al año 2002; aunque los datos del establecimiento evidencia una variación positiva en las camas de 39%, (62 camas más) acompañado de un crecimiento en la producción de egresos de un 27% respecto al año en comparación. Por otro lado, el índice de ocupación del año 2007 es de 93%, situación que amerita el análisis de la complejidad de los casos y la revisión de los procesos involucrados en la gestión de la cama, sobre todo, la oportunidad de respuesta de los Servicios de Apoyo.

En el tipo de Hospital Regional, se presenta el mayor crecimiento de la estancia media del Servicio de Medicina, con un 47% respecto al año 2002, lo que implica 4.39 días de más, incluso llegando a alcanzar la estancia media del tipo Nacional. Este aumento está asociado a una variación porcentual negativa en la producción de egresos de 35%, una reducción en las camas de 7%, (6 camas menos) y una rotación de camas de 30% respecto al año en comparación. Cabe agregar que el índice ocupacional del 2007 fue de 96%; por lo que de igual manera, esta situación requiere de un análisis de la complejidad de los casos y de la revisión del proceso relacionado con la gestión de la cama, buscando posibles cuellos de botella en la oportunidad de la atención de los diferentes actores y servicios que participan en la prestación del servicio.

Además, en este tipo de Hospital sobresale el comportamiento de dos centros, que presentan un aumento positivo en los egresos de más de 90%, lo que equivale a más de 1.000 egresos y una reducción de la estancia de más de dos días respecto al año 2002; sin embargo; en el año 2007, en uno de ellos, el índice ocupacional sobrepasa el 150%, con un aumento en la rotación; y una disminución de camas de 7% (3 camas menos), respecto al año en comparación. El otro centro presenta en el año 2007, un índice ocupacional de 50%, que es el más bajo, no solo del tipo de Hospital Regional, sino de la totalidad de los servicios de Medicina de los Hospitales Generales del país. Aunque en estos establecimientos, las camas del Servicio de Medicina responden a picos de aumento por Dengue, al respecto es importante realizar un análisis de la complejidad de los casos, y un ajuste de camas más acorde con la realidad, facilitando además, los procesos de negociación.



Situación similar ocurre en el tipo Periférico 3, en relación al caso de un Hospital que presenta una reducción de 11% en la producción de egresos, un 40% en la reducción de camas y un 32% en el giro cama, respecto al 2002. Si bien la estancia media aumenta 0.81 días, el índice ocupacional alcanzado en el 2007 fue de 61%. Condición que amerita un análisis de la complejidad de los casos y una revisión del ajuste en el número de camas; ya que la reducción de las mismas en el período revisado, no fue lo suficientemente importante, debido a que en el año evaluado presenta una desocupación alta en las camas, de 24%.

Estas situaciones expuestas anteriormente, podrían ser reflejo de la complejidad de las patologías atendidas, así como de la capacidad resolutoria del centro y de la gestión que se hace de los recursos. En relación a los Hospitales con índices ocupacionales altos, es importante que la instancia correspondiente, pudiese realizar el análisis del requerimiento real de las camas, con base en la capacidad actual de respuesta, por parte de los centros, tomando en cuenta que en algunos de ellos, este comportamiento se viene repitiendo durante los últimos años. Por el contrario, en utilidades bajas del recurso cama, podría considerarse el cierre de algunas de ellas, y su redistribución en las áreas de hospitalización en que se necesiten o bien, que se utilicen en el abordaje de pacientes crónicos bajo modalidades de atención ambulatoria.

En el ámbito institucional, **el Servicio de Cirugía**, según los datos reportados en la evaluación de los Compromisos de Gestión, muestran una variación positiva en el volumen de egresos de 0.67%; lo que representan 492 egresos más respecto al año 2002 (Cuadro C.2 y Gráfico C.7). Utilizando los datos del DES, se observa que la estancia media pasa de 6.46 a 6.60, y las camas se reducen en 2.53%, lo que representan 39 camas menos respecto al año en comparación. Al respecto cabe puntualizar que el tipo Nacional en su conjunto y el Periférico 3 reducen las camas y los Hospitales Regionales, Especializados y Periféricos 1 y 2 las aumentan

Al analizar a lo interno de los tipos de hospital, se encuentra variabilidad en el comportamiento de la estancia media en hospitales del mismo tipo. En ocho centros, la estancia media se reduce (uno Regional, dos en cada tipo de los Periféricos y los tres Nacionales) Por el contrario, seis centros la aumentan en más de un día respecto al año 2002, incluso en un centro del tipo Periférico 3 y en dos del tipo Regional el aumento es por arriba de dos días. La mayor disminución de la estancia media la presenta un centro del tipo Nacional y el mayor aumento (2,47 días), se da en un Hospital Regional. Ese aumento de la estancia media del Servicio, podría estar influenciada por la prolongación de la estancia preoperatoria, el problema generado por el recurso anestesiólogo, la oportunidad en la respuesta de los servicios de apoyo, la complejidad de los casos intervenidos, y algunos aspectos en la gestión y disponibilidad de las salas de operaciones, entre otros.

En relación al índice ocupacional, el comportamiento es disímil en establecimientos de un mismo nivel. En el año evaluado, se encuentra un índice ocupacional de 60% o menos en seis de los doce Hospitales Periféricos, con una disminución de la estancia media en dos de ellos. Llama la atención, que la ocupación de las camas sobrepase el 100% en tres Hospitales Regionales y en uno del tipo Periférico 3. Uno de los Hospitales Nacionales apenas alcanza el 80% de ocupación, con una reducción importante en la estancia media.

Con respecto a la **Cirugía Ambulatoria**, en el año 2007 se produjo un volumen total de 38.640 egresos, pertenecieran o no los diagnósticos a la Lista Oficial de Cirugía Ambulatoria; (en dos hospitales Periféricos no realizaron esta cirugía). Se observa que los tipos de hospitales Nacional y Regional realizan la mayor proporción de Cirugía Ambulatoria, un 70.6%; sin embargo; en los tipos de hospitales Periféricos, estos egresos representan el 18%, los cuales sólo alcanzaban el 8% en el año 2002. (Gráfico C.8). Las especialidades con mayor porcentaje de egresos ambulatorios son: Cirugía General con 25%, Oftalmología con 23,2%, Ortopedia con 11,3% y Ginecología con 10,3%.

Respecto al año 2002, se observa una variación positiva en la producción de egresos ambulatorios en todos los tipos de hospitales, a excepción del Especializado. El aumento en el ámbito institucional fue de 22% y los tipos de hospitales Periféricos son los que presentan el mayor crecimiento. (Gráfico C.9) Esta situación que podría deberse al impulso que desde los Compromisos de Gestión se ha dado al desarrollo de la modalidad ambulatoria, en busca de agilizar la oportunidad en la atención, impidiendo además, que las personas sean referidas a centros de mayor complejidad para la resolución de sus problemas quirúrgicos.

De acuerdo a los datos obtenidos en la evaluación, el índice operatorio global de Cirugía Ambulatoria, fue de 92%. No obstante, en dos centros, a más del 10% de los egresos no se les realizó intervención quirúrgica, ni tampoco algún procedimiento médico incluido en la Lista oficial de Cirugía Ambulatoria. En estos casos, se podría reforzar el nivel de actividad de esta modalidad, actuando sobre los criterios de selección de los pacientes, mediante las normas institucionales existentes.

Se analiza el comportamiento de los egresos operados en Cirugía Ambulatoria, respecto a los intervenidos en los Servicios de Hospitalización de Cirugía y Ginecología, ingresados por la Vía de Consulta Externa, asumiendo que a estas personas se les programa la cirugía, previo al internamiento. Utilizando la base de datos del DES, se observa en el ámbito institucional, que fueron realizadas bajo la modalidad ambulatoria, el 45% de las operaciones programadas en el año 2002, incrementándose a 49.4% en el año 2007; presentándose una relación de 1 a 1 entre la Cirugía Ambulatoria y la Cirugía Hospitalizada con programación previa. De lo anterior, se concluye que casi la mitad de las operaciones programadas se realizan bajo la modalidad ambulatoria. En los tipos de hospitales Regional y Periférico 3 las proporciones egresadas por esa fueron de 59% y 49% respectivamente. En el tipo Nacional, el 42% de los operados lo hacen por esta vía y el 40% en el tipo Periférico 1 y 2.

Este incremento observado en los dos años de comparación, es esperable, debido al avance tecnológico que se ha dado y a la dotación de los centros hospitalarios Periféricos, con el instrumental necesario y el recurso humano capacitado, para realizar las cirugías bajo la modalidad ambulatoria. Aunado a ello se suma, el estímulo que se ha hecho desde los inicios de los Compromisos de Gestión, con la intención de impulsar el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, utilizando diferentes estrategias.

Con el fin de analizar el comportamiento de los procedimientos del listado de Cirugía Ambulatoria, se utiliza la base de datos institucional, debido a que varios centros no suministraron la información correspondiente. Únicamente el 49.3% de los diagnósticos reportados, corresponden a la Lista Oficial de Cirugía Ambulatoria. Llama



la atención que en un Hospital Regional y en tres Periféricos; el porcentaje no llega a superar el 20%. Lo anterior, probablemente debido al desfase existente, entre los nuevos procedimientos médicos ó quirúrgicos realizados bajo esta modalidad y un Listado Oficial de Cirugía Ambulatoria sin actualizar. Por lo que se hace necesario que a corto plazo se analice la lista y se ajuste a los requerimientos actuales.

El hecho que casi la mitad de los procedimientos reportados, no corresponden a ninguno de los 133 diagnósticos que contiene la lista actual, requiere además de un análisis por parte de la instancia correspondiente, en determinar si el SES reconoce en el Servicio Seis, procedimientos de Cirugía Menor. De presentarse dicha situación, sería importante definir cuales serían excluirlos del programa. Otro aspecto a considerar, es lo referente a la dificultad que se presenta con la anotación del procedimiento quirúrgico en el expediente de salud, por parte del personal médico, al no coincidir con la codificación que establece la CIE-9; por lo que se debería seguir insistiendo en la correcta anotación del procedimiento, por parte de este personal, o mejor aún en la automatización de las hojas de sala.

El potencial existente de las cirugías que actualmente se realizan en pacientes hospitalizados, pero que podrían ser susceptibles de realizarse bajo la modalidad ambulatoria, se mide por el índice de sustitución. En el cálculo del índice, se excluyen los egresos de Ginecología; se relaciona únicamente el volumen de egresos operados de Cirugía Ambulatoria, con el total de operados con procedimientos quirúrgicos de Cirugía Ambulatoria y del Servicio de Cirugía, en ambos, los procedimientos deben de coincidir con el listado oficial.

Al comparar los resultados obtenidos, con un estudio¹⁴³ realizado en el 2002, se encuentra un ligero aumento en el índice de sustitución de los Hospitales Generales, pasando de 55% a 56.4%. Esto significa, que el restante 43.6% de procedimientos, son candidatos susceptibles de traslado a esa modalidad. Sin embargo, siguiendo la metodología planteada en la investigación, no se consideraría el traslado de casos en su totalidad, sino que se ajustaría en la práctica real a un 90%, tomando en cuenta las razones de índoles médicas o socio-ambientales de los pacientes. Con base en lo anterior, existe todavía en la institución una brecha de 36,6% de egresos con procedimientos quirúrgicos del listado actual, susceptibles a que la intervención se realice en forma ambulatoria, si se contara con la capacidad instalada para tal efecto.

Existe variabilidad en el comportamiento del índice a lo interno de los tipos de Hospital; tanto en los Nacionales como en Periféricos 3, el índice de sustitución se encuentra muy parecido al promedio institucional (53.4%), presentando una brecha de traslados de egresos a ambulatoria alrededor del 36%. La brecha del promedio del tipo Regional es el más bajo (32%). El tipo Periférico 1 y 2 es el que muestra el índice de sustitución más bajo, en 21.4%, con una brecha de traslado de 68%, situación que podría estar relacionada a que menos personas califiquen para ser intervenidas bajo esta modalidad, por las limitaciones de distancia y facilidades para el traslado en caso necesario ante una eventual atención médica más especializada, posterior al procedimiento.

¹⁴³ Chavarría M. Análisis de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Hospitales Generales de la CCSS, en los años 1997-2002. Trabajo de investigación para optar por el grado de Maestría, junio 2004.

Con base en los resultados del índice de sustitución, existe evidencia que todavía hay un importante potencial en la institución, para seguir incentivando aún más, con diferentes estrategias, las intervenciones mediante Cirugía Ambulatoria, ya que es una modalidad que además de brindar beneficios a la persona operada, se considera que reduce los costos de operación y mejora la eficiencia en el uso del recurso cama.

La producción de egresos del **Servicio de Ginecología**, decrece en todos los tipos de hospitales, respecto al año 2002. Esta reducción se da en mayor proporción en los tipos Periféricos 1 y 2 y Nacional y se refleja en el año 2007, con bajos índices ocupacionales, 61,0% y 65,0% respectivamente (Cuadro C.2 y Gráfico C.7). Utilizando los datos del DES, en ese período se reducen las camas en un 8.01% y la estancia media aumenta en todos los tipos, con un promedio de 0.15 días. En el año 2007, el promedio institucional del índice ocupacional es de 72.1%; en el tipo Regional es de 77,1% y de 79,0% en el Periférico 3.

Una de las posibles causas de la reducción del volumen de producción de egresos en el tipo Periféricos 1 y 2, puede estar relacionada con la carencia del recurso de anestesiología y de especialistas. En el caso del tipo Nacional puede estar influyendo el siniestro ocurrido en uno de los Hospitales, lo que obligó al cierre de un importante número de camas. Además, resalta el hecho, que en el Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario se observa un incremento en la atención y en los procedimientos brindados en la especialidad de Ginecología, presentando un aumento respecto al año 2002, de un 50.3% en las consultas de primera vez.

Los servicios de **Obstetricia y Pediatría**, son los que reducen más camas respecto al año 2002; 74 y 235 respectivamente. La estancia media aumenta en todos los tipos de hospitales a excepción del Periférico 1 y 2. El promedio global de aumento es de 0.15 días. Similar comportamiento presenta el Servicio de Pediatría con un promedio global de aumento de 0.92 días. El porcentaje ocupacional promedio del Servicio de Obstetricia es de 79.1% y el de Pediatría de 73.5%.

Con respecto al volumen de egresos, llama la atención, que sólo el tipo Nacional presente variación porcentual negativa en la producción del Servicio de Obstetricia y positiva en el de Neonatología. En el resto de tipos, la situación es inversa, una variación positiva en la producción del Servicio de Obstetricia y negativa en el Servicio de Pediatría/ Neonatología (Cuadro C.2 y Gráfico C.7). Respecto al comportamiento que muestra el tipo Nacional, podría estar condicionado por el cierre de camas antes mencionado. Otro aspecto que podría estar influyendo es la reducción de la tasa bruta de natalidad que pasa del 2002 al 2007 de 17.4/1.000 nac. a 16.34/1.000 nac. , asociado a una disminución de nacimientos de 72.252 n.v. a 71.081 n.v. Sin embargo, podría contemplarse por la instancia correspondiente la revisión de los diagnósticos y la complejidad de los casos internados en el Servicio de Neonatología, para determinar su pertinencia. Asimismo, la reducción de egresos del Servicio de Pediatría/ Neonatología en el resto de tipos de hospitales, podría estar influyendo el impacto de las actividades preventivas de Crecimiento y Desarrollo que impulsa el Primer Nivel de Atención, así como el despliegue de información dirigida a la población sobre aspectos que previenen las causas de morbilidad más frecuentes en la infancia.

En términos generales, se considera imprescindible que la Institución cuente con herramientas que midan la dotación y la eficiencia del recurso cama, tomando en



cuenta la complejidad de los casos hospitalizados y que además exista en forma permanente, el análisis de los procesos en torno al internamiento.

En la producción de **Consulta Externa**, al no contarse con información sobre la capacidad resolutoria de los centros, el análisis de los resultados de la Evaluación de los Compromisos de Gestión no puede hacerse desde esta perspectiva, por lo que se describirá el comportamiento de lo logrado en consultas y Procedimientos Mayores Ambulatorios.

En el ámbito institucional, se presenta una reducción mínima en el volumen global de consultas respecto al año 2002. Al desagregar por tipo de consultas, se observa que las médicas prácticamente se mantienen estables, se reducen las de otros profesionales y aumentan las odontológicas (Cuadro C.3). El incremento en estas últimas consultas, obedece a la incorporación de once nuevos especialistas de odontología en los centros hospitalarios. En el año 2007, del total de consultas, el 86% corresponde a las que realiza el personal médico, un 7% a las consultas de otros profesionales a saber: enfermería, nutrición y psicología y también un 7% a las consultas odontológicas.

El comportamiento del volumen global de consultas por tipo y categoría, respecto al año 2002, muestra que los tipos de hospitales Periférico 3 y Regional son los que presentan el mayor aumento en las consultas globales en las tres categorías, sobre todo las de otros profesionales. Los tipos Periférico 1 y 2 y Especializado, decrecen en el volumen global de consultas, debido a una disminución de las consultas médicas y de otros profesionales. En el tipo de hospital Nacional, tanto la producción global de consultas, como las médicas, presentan un crecimiento leve pero muestran una reducción en las de otros profesionales, respecto al año en comparación (Gráfico C.10).

Aunque en la mayoría de los tipos de hospitales, muestra un crecimiento positivo en las consultas médicas especializadas, las cifras absolutas no parecieran dar respuesta a la creciente demanda de la población, que día a día solicita servicios especializados, agravando así el problema de la oportunidad en la atención. Esta situación pudiera estar requiriendo de un fortalecimiento de la Redes de Servicios de Salud, en busca de facilitar el mayor aprovechamiento de los recursos y maximizar la eficiencia en el abordaje de la atención.

Uno de los factores que puede estar reflejando las variaciones importantes, en torno a las consultas impartidas por otros profesionales, es que se estén incluyendo como consultas individuales, las actividades educativas de índole grupal, generando para ello, una serie de procesos innecesarios, ante la falta de reconocimiento institucional de esta modalidad.

Respecto a los **Procedimientos Mayores Ambulatorios**, el análisis se hará comparando los resultados actuales con el año 2005, debido a que los diez procedimientos de la lista, se han mantenido sin cambios desde entonces. Se reportan en la evaluación del Compromiso de Gestión, 131.351 Procedimientos Mayores Ambulatorios realizados en el año 2007, presentándose un crecimiento en el ámbito institucional de 10.6% respecto al año 2005. Llama la atención, que al Departamento de Estadística le fueron reportados 20.931 procedimientos menos para ese mismo año, ya que aunque fue definido cada procedimiento para estandarizar la captura del

dato, se presentó esta importante diferencia. Esta situación amerita que los registros de las fuentes primarias de información sean revisados, en busca de compatibilizar el dato suministrado a ambas instancias (Cuadro C.4).

Al analizar el comportamiento por tipos de Hospital, todos crecen a excepción del Regional, que decrece un 4%, a expensas de la reducción de las Colonoscopías, en casi un 50% de las realizadas en el año 2005; pasando de 4.015 a 2.101. Por el contrario, el aumento de este procedimiento junto con los LEEP, originan el crecimiento en los niveles Periféricos (Gráfico C.11). En el año evaluado, se reportan 2.175 procedimientos de LEEP, el 33% se realiza en el tipo Periférico, el 37% en el Regional y el 25% en el tipo Nacional; llama la atención que en el año 2005 esta proporción era de 19% 35% y 36% respectivamente. La reducción en el tipo Nacional y el aumento en el Periférico, podría deberse a la incorporación de recurso humano y de equipo laparoscópico en este último tipo, facilitando la mejora en la oportunidad de la atención de las personas con patología cérvico-uterina.

De los procedimientos terapéuticos que están relacionados con el tratamiento del cáncer, la radioterapia y la quimioterapia constituyen el 46.4% del total de procedimientos realizados en el 2007. La reducción de la radioterapia respecto al año en comparación, puede deberse probablemente a las fallas que ha presentado el equipo en los últimos años (Gráfico C.12). La esófago-gastro-duodenoscopia, es el procedimiento diagnóstico que se realiza en mayor proporción, para la detección de personas con cáncer gástrico, patología que se encuentra dentro de las cinco primeras causas de muerte.

Los Servicios de **Urgencias** responden a la libre demanda que hace la población de los mismos; sin embargo la utilización de estos servicios, obedece a situaciones relacionadas con el proceso de atención, accesibilidad, y satisfacción de la persona, entre otros.

En el año 2007, en el ámbito institucional fueron brindadas 4.811.611 atenciones de urgencias. Utilizando los datos recopilados en la evaluación de los Compromisos, el 47% de esas atenciones se imparten en Hospitales. La concentración de consultas de urgencias por habitante es de 1.07 y se reduce a 0.5 atenciones por persona, si se parte del volumen de atenciones brindadas en los Servicios de Urgencias de la red hospitalaria.

El incremento global de las atenciones de urgencias con respecto al año 2002 fue de 14%, el cual se refleja en todos los tipos, a excepción del Nacional, que decrece un 7%. Esta situación podría estar relacionada, con la apertura de los Servicios de Urgencias en las Clínicas Metropolitanas, durante 24 horas. Los mayores aumentos de esta producción se observan en los Hospitales Regionales y Periféricos 1 y 2 (Gráfico C.13).

De acuerdo a datos suministrados por el Departamento de Estadística de Salud; para el año 2007 el 43% de las atenciones son catalogadas no urgentes; porcentaje que varía en los diferentes tipos de hospitales, desde un 16% en los Especializados a un 61% en los Periféricos 1 y 2. El 27% de las atenciones necesitaron de observación. Llama la atención que en la evaluación se reportan 100.000 consultas de urgencias más respecto a los datos del DES. Esta situación plantea la necesidad de revisar con

más detalle por parte de la instancia correspondiente, el registro de los casos así como la congruencia del dato suministrado a ambas instancias.

2. Gestión del Área Quirúrgica

Dentro del ámbito hospitalario, el Área Quirúrgica es una de las zonas de gran complejidad, que requiere para la obtención del producto final (egreso operado), la participación en forma sincronizada de los diferentes servicios, y de un consumo importante de recursos humanos, tecnológicos y financieros¹⁴⁴.

Son muchos los pasos que la persona recorre para ser intervenida quirúrgicamente, desde que se remite a la consulta de cirugía, hasta que es dada de alta. En la etapa de hospitalización, se dan una serie de procesos que influyen para que el acto quirúrgico se realice y la estancia media del Servicio de Cirugía no se prolongue¹⁴⁵; entre ellos, el tiempo preoperatorio y el rendimiento de sala de operaciones.

Dentro de la gestión de esta área, además se debe de considerar la dinámica que originan los ingresos directos a Sala de Operaciones provenientes del Servicio de Urgencias y el problema de oportunidad de la atención, que se produce cuando la demanda de la población sobrepasa la oferta de los servicios de algunas o todas las especialidades quirúrgicas. Situación que ocasiona demoras en los tiempos de espera e incrementos en las listas de espera que requieren ser gestionadas.

Ante este panorama, la gestión del Área Quirúrgica se orienta a la búsqueda de una mayor eficiencia y rendimiento, a una reducción del gasto y una mejora en la atención brindada, logrando que las actividades realizadas en los servicios sean fluidas, de manera que se eviten prolongaciones injustificadas, que puedan afectar en forma negativa la seguridad de la persona y los recursos económicos.

En esta temática los Compromisos de Gestión han dado énfasis al índice operatorio, la estancia preoperatoria y algunos aspectos de gestión de Sala de Operaciones, que están íntimamente relacionados entre sí y que afectan como un todo la producción de los servicios quirúrgicos.

Como la función primordial de estos servicios es dar respuesta a la demanda de la población que requiere operarse; el **índice operatorio** viene a reflejar indirectamente esa relación, entre los egresos operados y el total de egresos del Servicio. Este índice está influenciado por varios aspectos, entre ellos se destaca: la eficiencia con que se administran las salas de operaciones, así como la dinámica de los casos ingresados por Consulta Externa para estudios específicos o los que ingresan referidos del Área de Urgencias, con diagnóstico no tributario de intervención quirúrgica.

El tiempo de hospitalización en el servicio quirúrgico, se ve afectado por la **estancia preoperatoria**, que corresponde al número de días que un paciente permanece

¹⁴⁴ Cuervo, J. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994

¹⁴⁵ Gómez-Arnau, J. Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico Área de Anestesia, Reanimación y Cuidados Críticos.. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación, pp. 48: 180-187, 2001

hospitalizado antes de una intervención quirúrgica, y por el tiempo de la evolución postoperatoria que en muchas ocasiones es imprevisible¹⁴⁶.

En el caso de la cirugía programada, la estancia se ve afectada por el rendimiento quirúrgico y el número de intervenciones por quirófano. Otros factores que también influyen son la necesidad de realizar cirugías de emergencias a las personas referidas del Área de Urgencias, que requieren operarse en forma inmediata, por la gravedad de su condición de salud y aquellas personas que no se realizan los preoperatorios en forma ambulatoria. En ambas situaciones se afecta no sólo la estancia preoperatoria y la estancia media del servicio, sino la programación de Sala de Operaciones.

En la gestión de la actividad quirúrgica, también se busca la eficiencia en la utilización de las **Salas de Operaciones** disponibles. Para ello se requiere que los tiempos inútiles se reduzcan, los cambios en la programación de horarios se flexibilicen, disponiendo de una capacidad de reserva en el caso de las cirugías no programadas o urgencias y que la tasa de cancelación sea baja y de utilización alta. Por ello es imprescindible que se cuente con información generada en forma continua, en tiempo real y veraz y desagregado por los servicios y funcionarios que participan en el proceso.

Aunque la programación es uno de los aspectos fundamentales que se requiere para el logro de un rendimiento óptimo de Sala de Operaciones¹⁴⁷, se reporta entre 1% y 5%, el rango de suspensión de procedimientos quirúrgicos programados, por causas no médicas y una banda entre el 75% y 85%, el 80% y el 85% y el 90% el porcentaje de utilización óptimo del recurso quirófano. Respecto a este último se propone que cuando se alcance el estándar de productividad, se continúe con programas de mejora, en busca de optimizar el aprovechamiento del tiempo y los recursos.

Para el logro de la eficiencia de Salas de Operaciones, existe además, la tendencia en la actualidad, de constituir Comités de Quirófano, que analicen e implementen medidas correctivas; así como la de protocolizar los circuitos y los aspectos clínicos, en busca de reducir la variabilidad clínica y disminuir el riesgo al paciente¹⁴⁸.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

El **índice operatorio** se incorporó en los Compromisos de Gestión a partir del año 1999, con una meta de un 85% o más. En el año 2002 el alcance de este índice se extendió al Servicio de Ginecología y en el 2004 a la especialidad de Cirugía Pediátrica. A partir del año 2005 se establecieron metas diferenciadas en términos de la vía de ingreso de Consulta Externa y Urgencias.

En los Compromisos de Gestión del año 2007, el cumplimiento de este índice se solicitó para los Servicios de Cirugía y Ginecología y la especialidad de Cirugía Pediátrica, desagregados según la vía de ingreso de Consulta Externa y Urgencias. En

¹⁴⁶ CCSS. Departamento de Estadísticas de Salud

¹⁴⁷ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994

¹⁴⁸ Gómez-Arnau J y González A. Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico Área de Anestesia, Reanimación y Cuidados Críticos.. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación, pp. 48: 180-187, 2001



su cálculo no se incluyen los egresos operados bajo la modalidad de Cirugía Ambulatoria.

Criterios del índice operatorio
Pacientes operados del servicio, en relación al total de pacientes egresados por servicio según vía de ingreso.
Referencia: CCSS-DCSS. Compromisos de Gestión 2007, Ficha Técnica: Índice operatorio de las especialidades quirúrgicas por servicio y vía de ingreso

La **estancia promedio preoperatoria** del Servicio de Cirugía, se introdujo en los Compromisos de Gestión desde el año 1999 y desde entonces el estándar definido es un día o menos de estancia¹⁴⁹. En su cálculo se excluyen los egresos de Cirugía Ambulatoria, Gineco-obstetricia y Cirugía Pediátrica. Este indicador se obtiene restando a la fecha del procedimiento, la fecha de ingreso. La sumatoria de esas diferencias se divide entre el total de egresos del Servicio o Departamento de Cirugía.

Con las estancias mayores al estándar, se ha estimulado que los responsables de los servicios analicen los casos e incorporen medidas correctivas que procuren reducirlas. En el año 2007, los Compromisos promueven que las especialidades quirúrgicas de los servicios de Cirugía y Ginecología, previamente definidas, logren reducir las estancias preoperatorias, que están igual o mayor a dos días. Para su cálculo se excluyen los egresos por procedimientos médicos y Cirugías Ambulatorias.

Criterios de estancia preoperatoria
Proporción de reducción del índice compuesto de estancia preoperatoria de los pacientes por vía de ingreso
Referencia: CCSS-DCSS. Compromisos de Gestión 2007, Ficha Técnica: Estancia preoperatoria: Reducción por separado de las estancias de dos días o más.

Algunos criterios relacionados con la gestión de **Sala de Operaciones** fueron introducidos desde los inicios de los Compromisos de Gestión, por ser el Área Quirúrgica uno de los principales centros de producción, del cual depende que los pacientes egresen operados, se prolongue o no la estancia preoperatoria y se impacten los costos.

En busca de lograr una mejora en el desempeño de las Salas de Operaciones, desde el año 2004 se promueve la conformación de un Grupo Gestor de Sala de Operaciones, que realice monitoreos mensuales y analice la problemática de esta área, facilitando la resolución oportuna de las dificultades encontradas. La presencia de este grupo se continúa estimulando en los Compromisos del año 2007.

Se ha establecido en cinco horas por día, el estándar mínimo de utilización de quirófanos en la jornada ordinaria. Para su cálculo se parte de los tiempos de anestesia de todas las cirugías efectuadas en todas las Salas, excepto las destinadas a

¹⁴⁹ DCSS. Los Compromisos de Gestión en la CCSS: Desafíos de la Implementación 1997-2007. Monografía. San José, Costa Rica, 2006.

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/archivos/estudios_realizados/Compromisos%20de%20Gestion%20CCSS%20Desafios%20Implementacion%2097-07.pdf

Cirugía Menor. Para alcanzar esa meta se estimula en los Compromisos, que se reduzcan las cirugías programadas de los pacientes que ingresan por el Servicio de Admisión, excluyendo a los egresos de Cirugía Ambulatoria y que además, se promueva la sustitución de las cirugías suspendidas.

Criterios del Rendimiento compuesto de Salas de Operaciones
Reducción de las suspensiones de cirugías
Aumento de sustituciones en Sala de Operaciones
Proporción de uso de utilización de quirófanos
Referencia: CCSS-DCSS. Compromisos de Gestión 2007, Ficha Técnica: Salas de operaciones Eficiencia en la utilización de salas de operaciones de Cirugía

b. Resultados de la Evaluación

CUADRO C.6

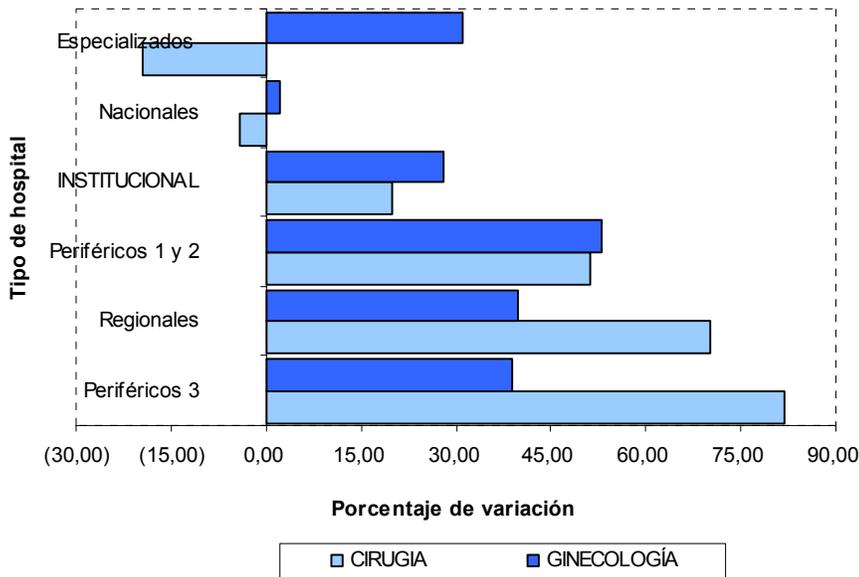
C.C.S.S.: ESTANCIA PREOPERATORIA POR TIPO DE HOSPITAL Y SERVICIO, Y AÑO, 2002 Y 2007

TIPO DE HOSPITAL	CIRUGIA		GINECOLOGÍA	
	2002	2007	2002	2007
INSTITUCIONAL	2,22	2,66	0,91	1,17
ESPECIALIZADOS	2,40	1,93	0,68	0,89
NACIONALES	3,28	3,14	1,09	1,12
REGIONALES	1,47	2,49	0,96	1,34
PERIFÉRICOS 3	0,81	1,47	0,85	1,18
PERIFÉRICOS 1 Y 2	0,68	1,03	0,66	1,01

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.14

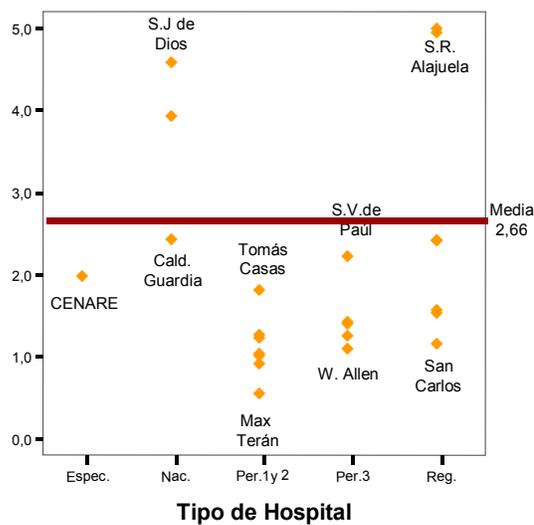
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 Y 2007

GRÁFICO C.15

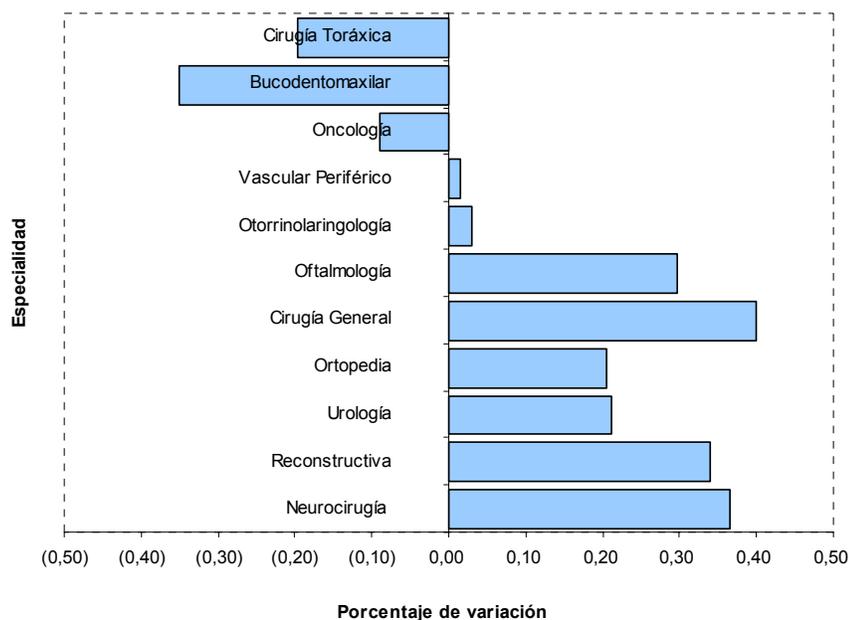
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, AÑO 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

GRÁFICO C.16

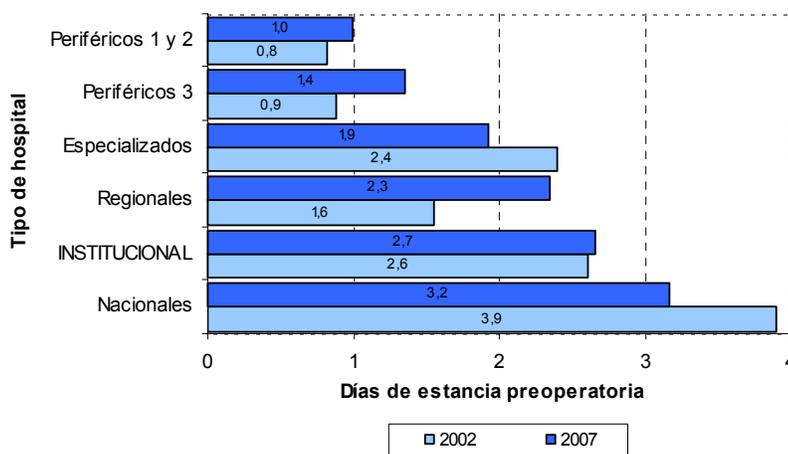
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA POR ESPECIALIDAD Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.17

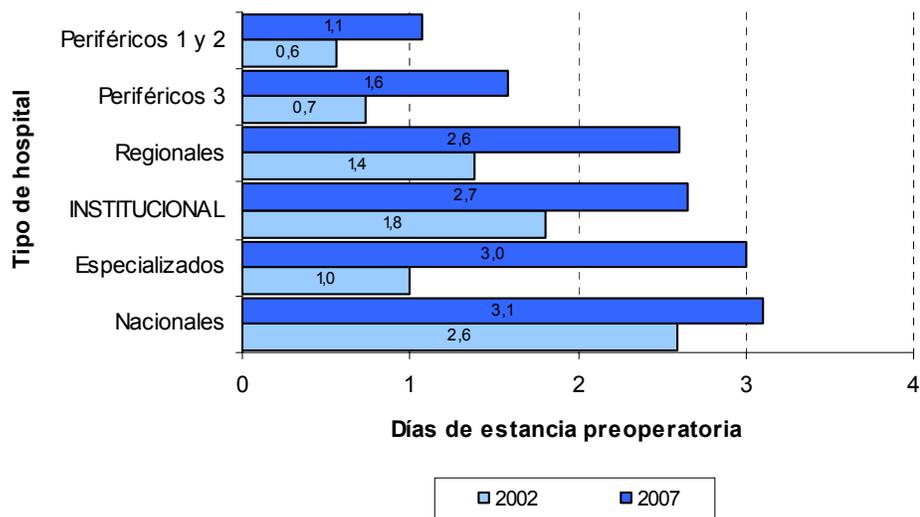
C.C.S.S.: DÍAS DE ESTANCIA PREOPERATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, VÍA INGRESO CONSULTA EXTERNA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.18

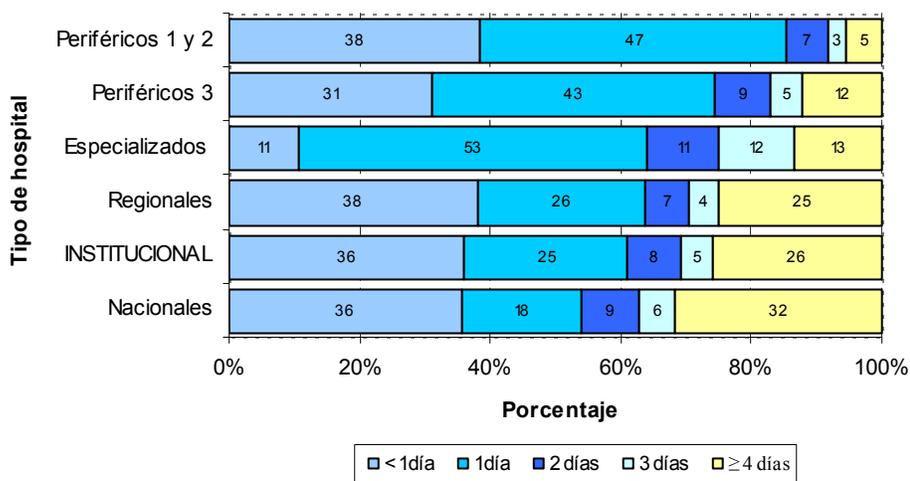
C.C.S.S.: DÍAS DE ESTANCIA PREOPERATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, VÍA INGRESO URGENCIAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.19

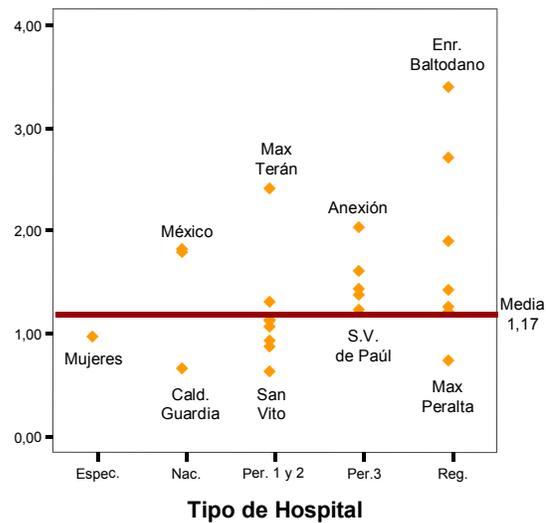
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

GRÁFICO C.20

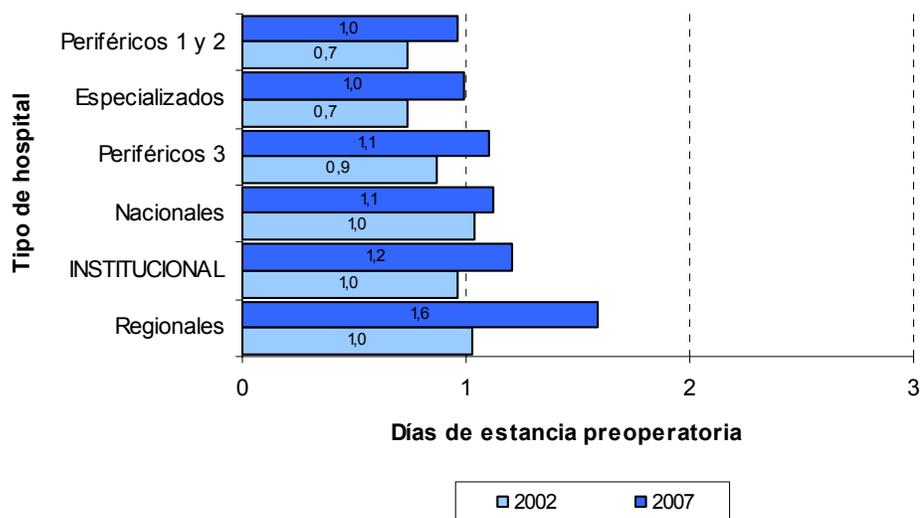
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

GRÁFICO C.21

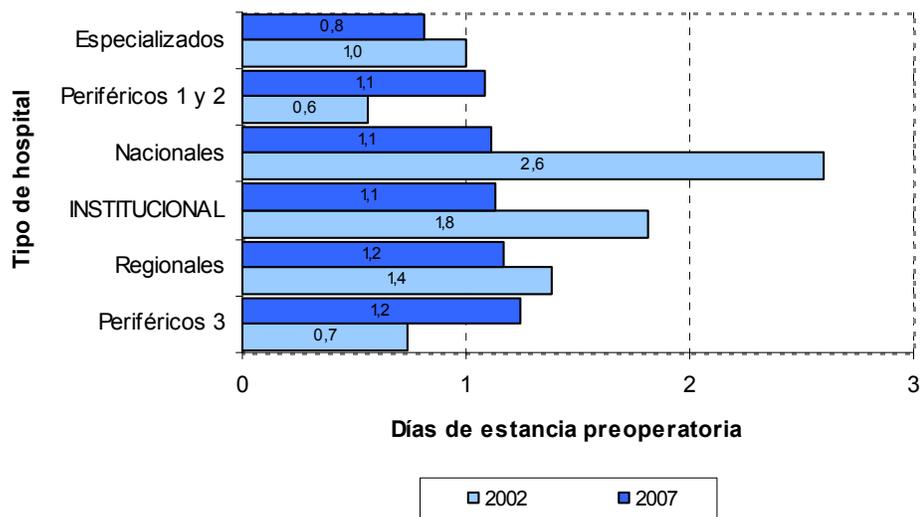
C.C.S.S.: DÍAS DE ESTANCIA PREOPERATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, VÍA INGRESO CONSULTA EXTERNA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.22

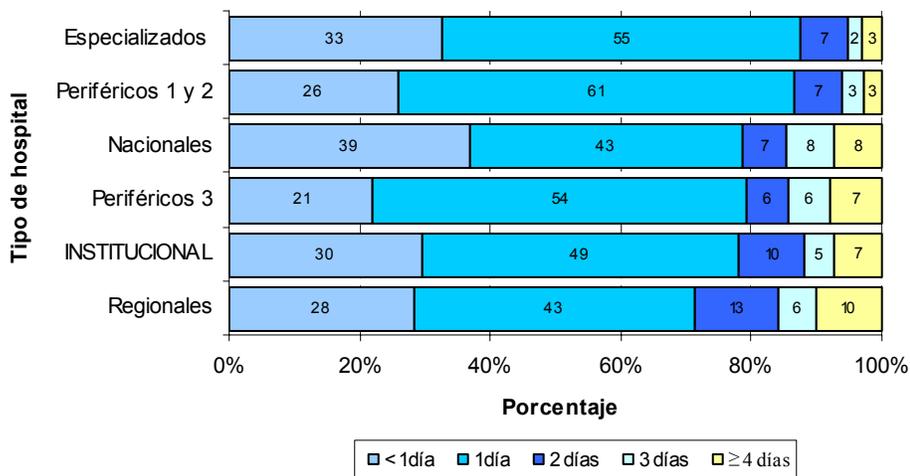
C.C.S.S.: DÍAS DE ESTANCIA PREOPERATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, VÍA INGRESO URGENCIAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.23

C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007



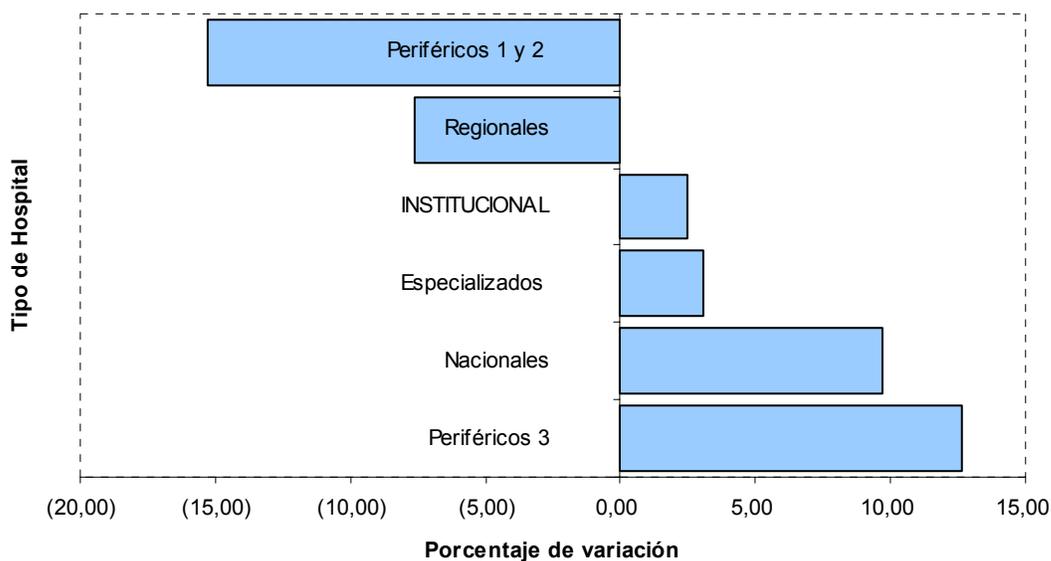
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

CUADRO C.7
C.C.S.S.: ÍNDICE OPERATORIO DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA, SEGÚN TIPO
DE HOSPITAL Y AÑO, 2002-2007

TIPO DE HOSPITAL	CIRUGÍA	
	2002	2007
INSTITUCIONAL	70,7	72,5
ESPECIALIZADOS	89,0	91,7
NACIONALES	70,2	77,1
REGIONALES	72,3	66,8
PERIFÉRICOS 3	67,8	76,4
PERIFÉRICOS 1 Y 2	69,0	58,5

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de
Gestión, 2003 y 2007

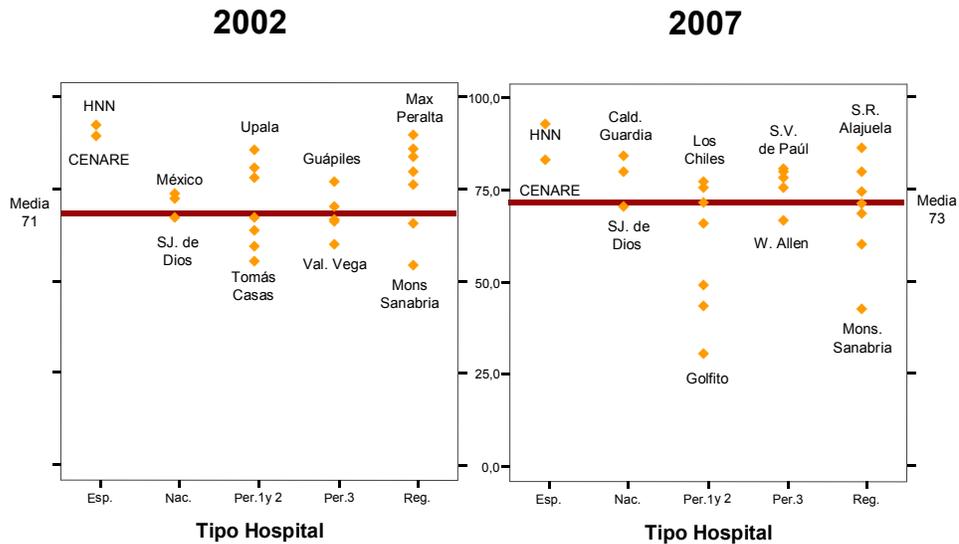
GRÁFICO C.24
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL
SERVICIO CIRUGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.25

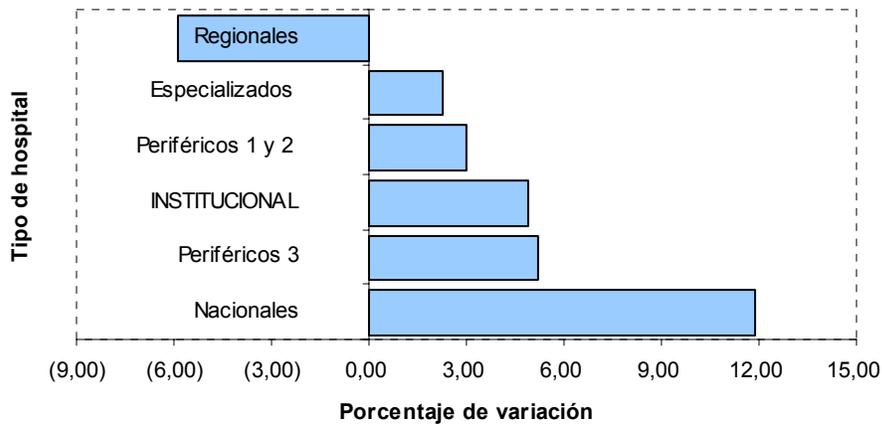
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE INDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y AÑO 2002-2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.26

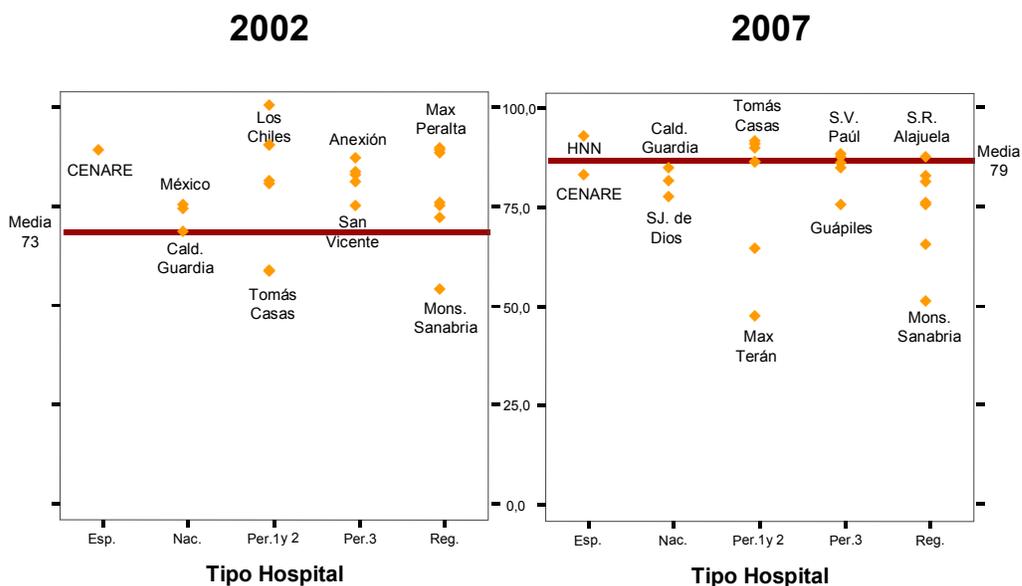
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL INDICE OPERATORIO DEL SERVICIO CIRUGÍA, SEGÚN VÍA DE INGRESO DE CONSULTA EXTERNA, POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.27

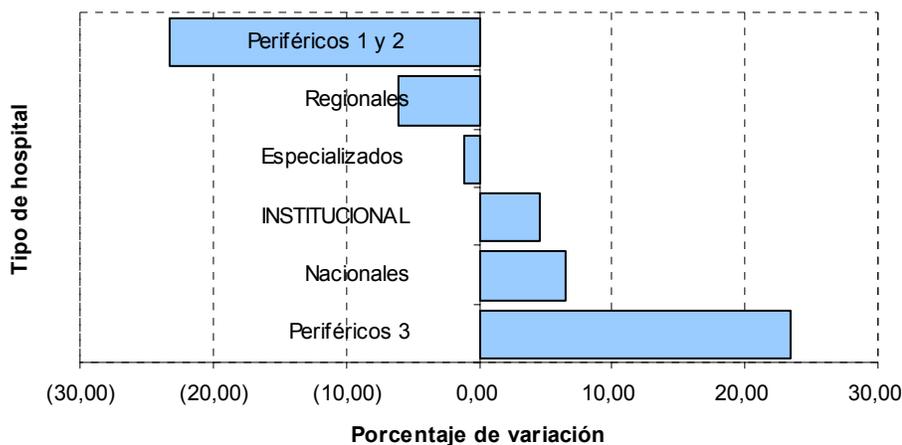
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA SEGÚN VÍA INGRESO CONSULTA EXTERNA, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.28

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, SEGÚN VÍA DE INGRESO DE URGENCIAS, POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2002 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

CUADRO C.8

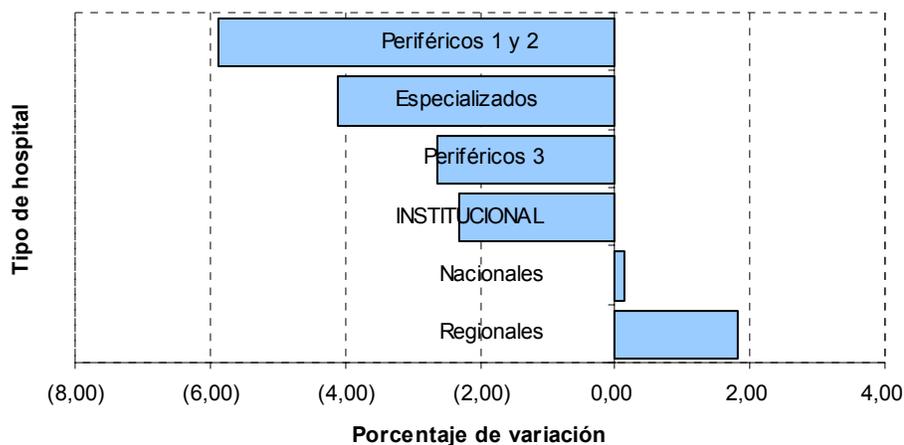
C.C.S.S.: ÍNDICE OPERATORIO DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA, SEGÚN
TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2003-2007

TIPO DE HOSPITAL	GINECOLOGÍA	
	2003	2007
INSTITUCIONAL	72,6	70,9
ESPECIALIZADOS	93,1	89,3
NACIONALES	77,2	78,8
REGIONALES	66,9	68,1
PERIFÉRICOS 3	63,1	61,4
PERIFÉRICOS 1 Y 2	75,1	70,7

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2003 y 2007

GRÁFICO C.29

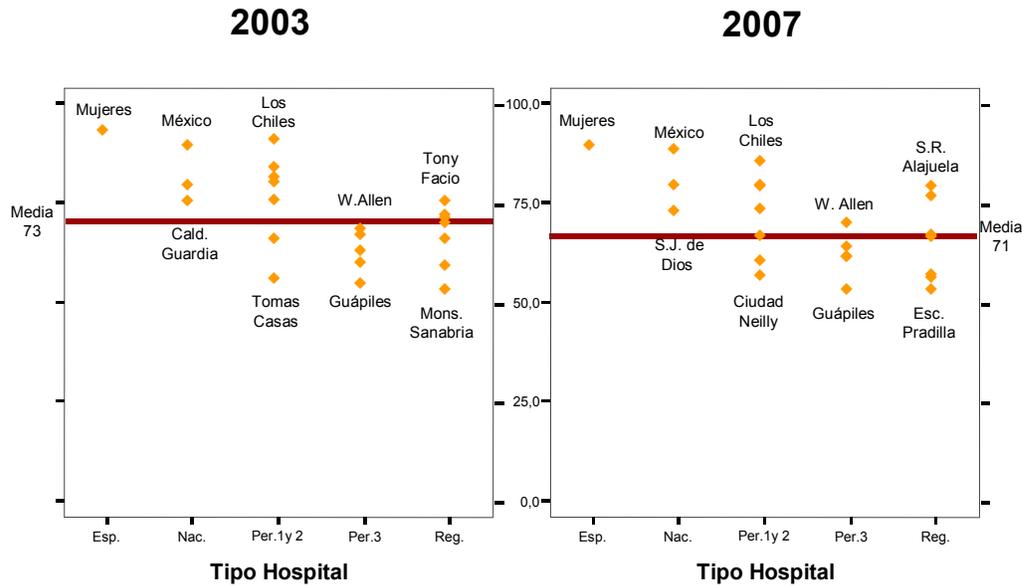
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL
SERVICIO GINECOLOGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2003 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2003 y 2007

GRÁFICO C.30

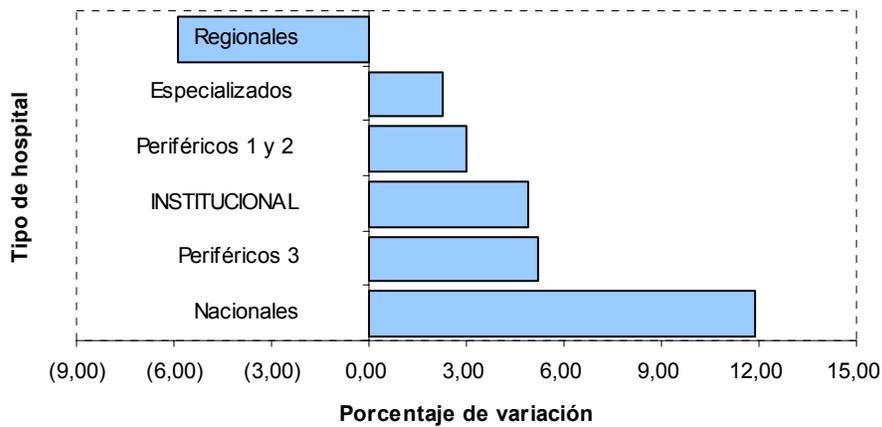
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, 2003-2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2003 y 2007

GRÁFICO C.31

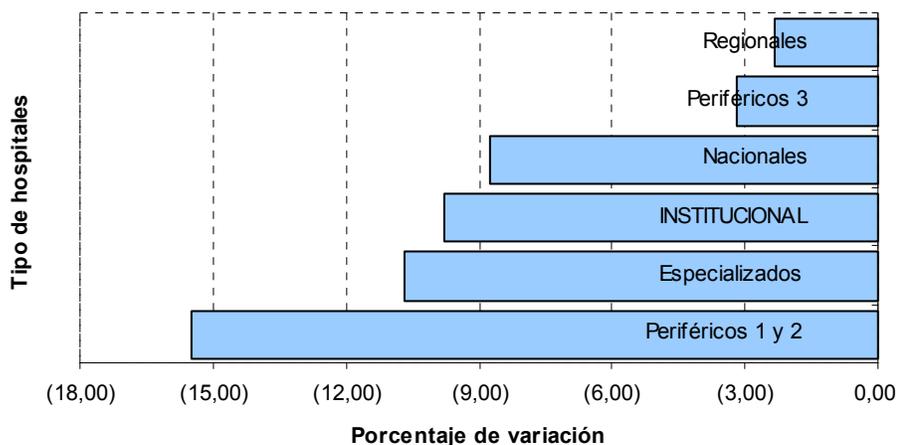
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA, SEGÚN VÍA DE INGRESO DE CONSULTA EXTERNA, POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2003 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2003 y 2007

GRÁFICO C.32

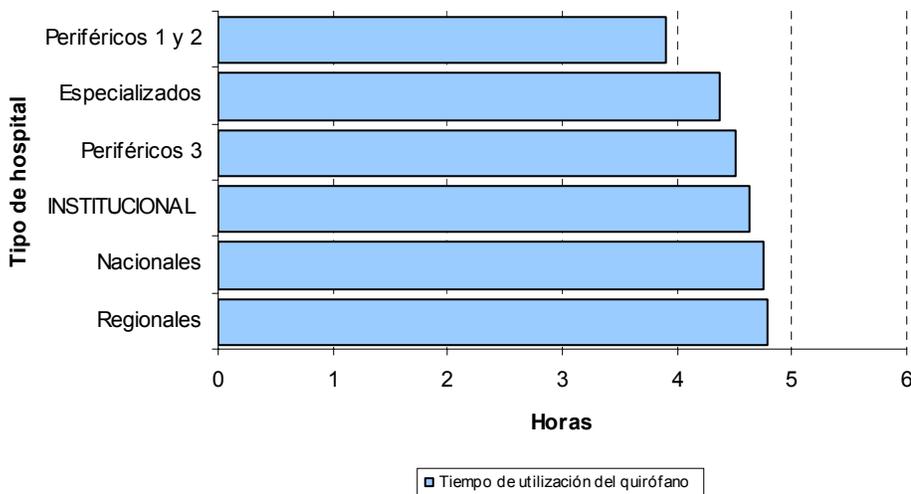
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, SEGÚN VÍA DE INGRESO DE URGENCIAS, POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2003 Y 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2003 y 2007

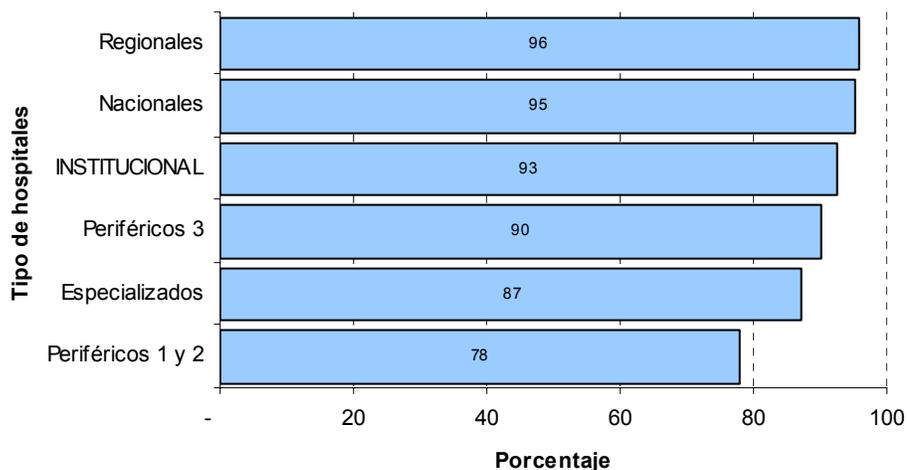
GRÁFICO C.33

C.C.S.S.: TIEMPO PROMEDIO DE UTILIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, AÑO 2007



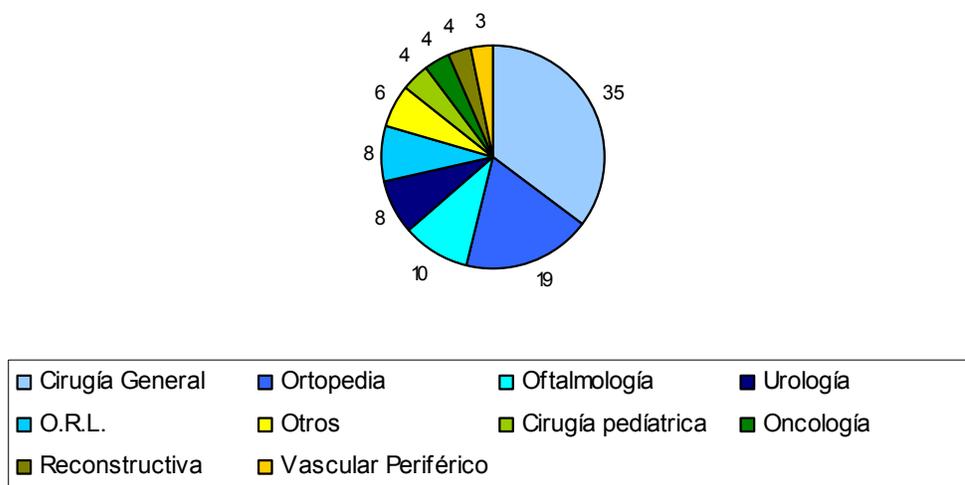
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C.34
C.C.S.S.: PROPORCIÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, AÑO 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

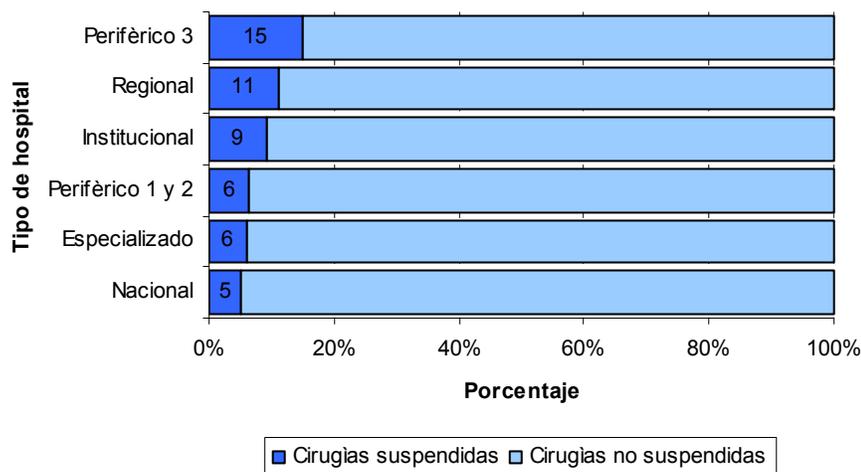
GRÁFICO C.35
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CIRUGÍAS SUSPENDIDAS
EN SALA DE OPERACIONES, SEGÚN ESPECIALIDAD, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

GRÁFICO C.36

C.C.S.S.: CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN SALA DE OPERACIONES,
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

c. Análisis de los Resultados

En el ámbito institucional, de acuerdo a los datos reportados por el DES, el promedio de **estancia preoperatoria del Servicio de Cirugía** creció un 20%, respecto al 2002; pasando de 2,2 días a 2,6 días. (Cuadro 6). Sólo los tipos de Hospital Especializado y Nacional la reducen y el Periférico 3 y Regional presenta el mayor crecimiento (Gráfico C.14). Al analizar a lo interno de los tipos de Hospital, uno de los Periféricos es el que presenta el mayor aumento, de casi tres veces el tiempo preoperatorio del año 2002, pasando de 0,8 días a 2,1 días, y en un Hospital Regional, este aumento fue de 2,3 veces la estancia del año en comparación, pasando de 1,9 días a 4,5 días. La disminución de esta estancia, la presentan dos Hospitales Nacionales, un Hospital Regional y un Periférico 3.

En el año 2007, en la mayoría de los centros, la estancia preoperatoria se encuentra por debajo del promedio institucional. La meta de un día o menos de estancia preoperatoria es alcanzada por cuatro de los siete Hospitales del tipo Periférico 1 y 2 y en uno de los cinco Hospitales del tipo Periférico 3; situación que podría estar relacionada con la complejidad de los casos intervenidos y el mayor control en la gestión de las cirugías programadas. La mayor estancia preoperatoria de 4,8 días se presenta en uno de los centros Regionales. En términos generales, existe gran variabilidad de la estancia preoperatoria en los centros de un mismo tipo de hospital, y el mayor grado de dispersión se da en el Regional mostrando un rango que va de 1,1 a 4,8 días (Gráfico C.15).

El análisis de la estancia preoperatoria por especialidades, muestra que Cirugía General, presenta el mayor crecimiento respecto al año 2002, pasando de 1,4 días a 2,0 días y Bucodontomaxilar fue la que más la redujo, con una disminución de 2,3 días

a 1,5 días. Llama la atención Oftalmología, que siendo una de las especialidades donde la mayoría de las intervenciones se realizan bajo la modalidad ambulatoria, presente un crecimiento positivo en los casos hospitalizados de un 30%, reflejado en un aumento en días de 0,9 a 1,1 (Gráfico C.16).

Entre los factores que pudiesen estar influyendo en la prolongación del tiempo preoperatorio, se encuentra la carencia de anestesiólogos, la oportunidad en que los Servicios de Apoyo participan en el proceso, el impacto que puede estar causando el aumento de los politraumatizados que acuden a los Servicios de Urgencias y que requieren intervenciones inmediatas, así como algunos otros aspectos relacionados con la gestión de la cama quirúrgica y de la Sala de Operaciones.

Al analizar el comportamiento de la estancia preoperatoria, según la vía de ingreso, se presume que las personas cuando ingresan por Consulta Externa, tienen previamente programada la cirugía antes del ingreso, y cuentan con exámenes preoperatorios realizados. Se observa en el caso del Servicio de Cirugía, un crecimiento mínimo de la estancia preoperatoria respecto al 2002, cuando el ingreso es por esta vía, pasando de 2,6 a 2,7 días. Sólo se redujo el promedio de la estancia en el tipo de Hospital Nacional y en el Especializado (Gráfico C.14 y C.17).

Cuando la vía de ingreso es por el Servicio de Urgencias, se supone que aunque no todos los casos son candidatos de ser intervenidos, en aquellos susceptibles de operarse, la cirugía se realiza en forma inmediata, situación que muchas veces incluso, provoca la postergación de casos de cirugías programadas. Sin embargo; llama la atención, que en todos los tipos de Hospital, hubo un aumento de la estancia preoperatoria respecto al año 2002, por esta vía de ingreso. El promedio en el ámbito institucional, pasó de 1,8 a 2,7 días y es el tipo de hospital Periférico 3 el que presenta el mayor aumento de la estancia por las dos vías de ingreso (Gráfico C.18).

En el año 2007, el 36% de los operados del Servicio de Cirugía del ámbito institucional, esperaron menos de un día internados para ser operados; lo que significa, que a una tercera parte de las personas intervenidas, la operación se les realiza el mismo día del ingreso, por lo que se asume que ingresan con los preoperatorios completos; dicho comportamiento es similar al de los casos intervenidos en Cirugía Ambulatoria

Del total de operados en ese Servicio, el 61% de las personas esperaron internadas un tiempo promedio de un día o menos para el procedimiento quirúrgico. En el caso del tipo de hospitales Periféricos esta proporción es mayor, tal vez debido a la complejidad de los casos que manejan. Sin embargo; existe un porcentaje no despreciable de estancias preoperatorias mayores de dos días, en donde en más de la mitad de ellas, el tiempo de estancia previo a la cirugía, es de cuatro o más días (Gráfico C.19).

En el **Servicio de Ginecología la estancia preoperatoria** aumentó respecto al año 2002, en todos los tipos de Hospital. El promedio Institucional creció en 28%, pasando de 0,91 a 1,17 días; y el mayor aumento se da en el tipo Periférico 1 y 2. A lo interno de los tipos de hospitales, se observa que solo dos centros redujeron la estancia, uno en el Nacional y otro en el Regional; en este último, también se presenta el mayor aumento de la estancia en más del doble respecto al año 2002, pasando de 0,6 a 1,4 días (Gráfico C.14).



No obstante, diez hospitales en el año 2007, logran alcanzar la meta de un día o menos de estancia preoperatoria y en la mitad de los 24 Servicios de Ginecología, este tiempo se encuentra por debajo del promedio institucional. Al observar el comportamiento de esta estancia, se muestra un menor grado de dispersión entre los Hospitales del mismo tipo, a excepción del Regional, que presenta una mayor variabilidad, con un rango que va de 0,5 a 2,8 días (Gráfico C.20).

El promedio de la estancia preoperatoria en el ámbito institucional crece, en 25% respecto al año 2002, según la vía de ingreso por Consulta Externa, pasando de 1,0 días a 1,2 días. Este tiempo aumenta en todos los tipos de hospital, sobre todo en el Regional (Gráfico C.21). En cambio por la vía de ingreso del Servicio de Urgencias, el promedio institucional decrece un 37%, respecto al año 2002, pasando de 1,8 días a 1,1 días. En los tipos Regional, Especializado y Nacional hay reducción de la estancia preoperatoria. En este último tipo, se presenta la mayor reducción por la vía de ingreso de Urgencias y el menor aumento por la vía de ingreso de Consulta Externa (Gráfico C.22).

De igual manera, en el año 2007, el 30% de los operados en el Servicio de Ginecología, presentan una estancia preoperatoria de menos de un día, comportándose similar al proceso de Cirugía Ambulatoria, según lo anotado anteriormente. En términos generales el 79% de las personas esperan internadas en promedio, un día o menos, para que se les realice el procedimiento quirúrgico, porcentaje mayor que el presentado por el Servicio de Cirugía. En los Hospitales tipo Nacional, Especializado y Periférico 1 y 2, este porcentaje sobrepasa el 80%. Llama la atención este comportamiento en los Nacionales, que probablemente esté relacionado a que un mayor volumen de cirugías que se hospitalizan, corresponden a Cirugía Ambulatoria. Situación que amerita la revisión de los casos operados, con el fin de determinar de acuerdo a la capacidad resolutive, el porcentaje de pacientes con diagnósticos, que podrían intervenir bajo la modalidad ambulatoria (Gráfico C.22).

La afluencia creciente de traumatismos a los Servicios de Urgencias, aunado a la escasez de equipos de anestesia (entiéndase el recurso humano que posibilita el acto quirúrgico), podrían ser elementos que estuviesen incidiendo en el aumento del promedio de la estancia preoperatoria. Sin embargo, esta situación requiere por parte de la instancia correspondiente, de una revisión completa del proceso que se desarrolla previo a la cirugía, según la vía de ingreso, con el fin de determinar los factores que inciden en la prolongación de este tiempo y de acuerdo a las variantes que presenten los diferentes tipos de Hospital, se establezcan las medidas correctivas.

Además podría ser conveniente, el análisis de los casos operados el mismo día del ingreso, con la posibilidad de visualizar el traslado a la modalidad ambulatoria y de acuerdo a la capacidad resolutive del centro, de aquellos casos que cumplen los requisitos. La variabilidad en las estancias preoperatorias prolongadas que presentan algunas especialidades, requiere asimismo por parte de la instancia correspondiente, la definición del porcentaje aceptable de estancias prolongadas según especialidad; que sirva como punto de comparación para la mejora del desempeño.

El promedio global del **índice operatorio del Servicio de Cirugía** muestra un crecimiento de 2,50% respecto al año 2002, pasando de 70,7% a 72,5%, con base en los datos reportados en la evaluación. En Hospitales Nacionales y Periféricos 3, asimismo se observa un aumento del índice, en cambio, los Hospitales Regionales y

Periféricos 1 y 2 muestran una reducción. En el tipo de Periféricos 3 se presenta la mayor proporción de aumento y en el Periférico 1 y 2 el menor porcentaje del índice operatorio. (Cuadro C.7 y Gráfico C.24).

Al analizar el comportamiento del índice operatorio por tipo, se encuentra una mejora en los promedios, sin embargo; se mantiene la variabilidad entre los Hospitales de un mismo tipo; presentándose el mayor grado de dispersión entre los centros Periféricos 1 y 2 y Regionales. En diez Servicios de Cirugía del total de 24 Hospitales, el índice experimenta una mejora, aunque no alcanzan la meta de 85% (tres nacionales, uno en cada tipo Regional, Periférico 1 y 2 y Especializado y en cuatro de los cinco centros del tipo Periférico 3). Esta meta únicamente la logran alcanzar dos Hospitales (uno Especializado y otro Regional) y en tres, el rango del índice obtenido se encuentra entre 80% y 85% (uno Especializado, Regional y Periférico 3) (Gráfico C.25).

El índice operatorio refleja el porcentaje de personas operadas del total de egresos del Servicio, es decir que los aumentos del índice, no son más que una expresión de una mayor cantidad de egresos operados, respecto al volumen global de internamientos del Servicio. Cuando se analiza el comportamiento de los volúmenes absolutos de los operados y de los egresos, respecto al año en comparación, no siempre se encuentra que el aumento del índice operatorio se traduce en una mayor cantidad de operados, razón por la cual se debe tener cierta cautela en la interpretación aislada del índice y la conveniencia de incluir en el análisis, el comportamiento de ambos volúmenes.

Tanto a nivel institucional como en el tipo de hospital Nacional, el índice operatorio global experimentó un aumento respecto al año 2002, que se acompañó además, por un incremento en los volúmenes de egresos y operados. En los tipos de hospitales en que el índice operatorio global disminuyó, está asociado en el caso del Periférico 1 y 2, a una reducción del volumen de operados, de casi el doble que el volumen de egresos y en el Regional la reducción del volumen de operados se asocia a un aumento mínimo en el volumen total de egresos. Esta situación podría estar condicionada a la inopia de anesthesiólogos que ha tenido la institución en los últimos años y a la falta de recurso humano especializado, que se traslade a laborar en los hospitales situados en áreas rurales.

Cuando los pacientes son internados por la vía de Consulta Externa, se asume que la cirugía está programada previamente al ingreso. Al comparar los resultados con el año 2002, se presenta un aumento del índice operatorio por esta vía de ingreso, tanto en el ámbito institucional y en todos los tipos de hospitales, a excepción del Regional. Al analizar el volumen de operados y de egresos, ambos presentan un crecimiento positivo respecto al año 2002, en el nivel institucional y en el tipo de hospital Nacional. En este último, se da el mayor aumento, logrando pasar el índice, de un promedio de 72,5% a 81,1%; con un crecimiento importante del volumen de operados de casi 2,5 veces más, respecto al crecimiento que experimentó el volumen de egresos. En el resto de tipos de hospitales, aunque hubo un aumento del índice en los años en comparación, es decir más operados respecto a los egresos del Servicio, el análisis del volumen absoluto de las personas operadas mostró, sin embargo, que se intervinieron menos personas hospitalizadas egresadas por esta vía, que las del año 2002. (Gráfico C.26).

Aunque se da una mejoría de los promedios del índice operatorio por ingreso de Consulta Externa, la variabilidad existente entre los Hospitales de un mismo tipo se

mantiene. Los Hospitales Regionales y Periféricos 1 y 2 son los que muestran el mayor grado de dispersión entre sus centros, presentando los índices operatorios más bajos. En el año 2007, la meta del índice operatorio de 85% o más, lo alcanzan nueve Hospitales y en ocho establecimientos, el índice se encuentra ubicado dentro del rango entre el 80% y el 84% (Gráfico C.27). El que 19 establecimientos por esta vía, muestren índices operatorios de 80% o más, pareciera un panorama aceptable, si se toma aisladamente el dato, situación, que debe manejarse con reserva, si no se acompaña del análisis del volumen de operados y de egresos. Cuando el ingreso es por la vía del Servicio de Urgencias, se observa una reducción del índice operatorio respecto al año 2002, en los tipos de hospitales Regional y Periférico 1 y 2, y un aumento en los Periféricos 3 (Gráfico C.28).

El índice operatorio del Servicio de Ginecología, se analiza teniendo como año de comparación el 2003, que fue cuando se tuvo la información de todos los centros hospitalarios, en la evaluación del Compromiso de Gestión. Este índice muestra una reducción en el promedio institucional, respecto al año de comparación, pasando de 72,6% a 70,9%. Los tipos Periféricos y Especializados, también lo reducen, con un leve aumento en el tipo Regional y Nacional (Cuadro C.7 y Gráfico C.29). Al analizar el índice respecto al volumen de operados y egresos totales, se presenta una situación más crítica, ya que en todos los tipos de hospitales, hubo disminución en ambos volúmenes; con una reducción global en el ámbito institucional respecto al año 2003, de 3.131 egresos y 2.584 operados.

En el año 2007, nueve centros logran aumentar el índice, sin alcanzar la meta del 85%. Sólo tres hospitales mantienen ese porcentaje en los dos años de comparación, (uno Nacional, Especializado y Periférico 1 y 2). La interpretación del dato aislado debe tener el mismo cuidado que lo señalado anteriormente. Llama la atención, que el año 2007, en cinco Hospitales más del 40% de los egresos no son intervenidos y además, el índice de diez centros se encuentra dentro del rango de 60% y 70% (Gráfico C.30).

Por la vía de ingreso de Consulta Externa, el índice operatorio muestra un comportamiento muy similar al que se presenta en el Servicio de Cirugía. En todos los tipos de hospital, incluso en el promedio institucional el índice crece respecto al año 2003, a excepción del Regional (Gráfico C. 31). Sin embargo, se presenta una reducción en todos los tipos de hospital, tanto en el volumen de operados como en el volumen total de egresos, respecto al año de comparación; por lo que se insiste en la cautela que debe tenerse al referirse aisladamente al índice, ya que en este caso, los aumentos del índice, no se traducen en un mayor número de personas intervenidas, al analizar el volumen de operados sino que se presenta en una reducción.

Dentro de las posibles causas que generan la disminución en la producción del Servicio de Ginecología, sobre todo los egresos operados, podría especularse que ante el faltante de anestesiólogos, se diera prioridad a las intervenciones del Servicio de Cirugía (tanto de los politraumatizados, cuadros agudos y de otros casos). Además, sería importante conocer el peso que podría estar teniendo la reducción de las pacientes hospitalizadas para Salpingectomía. Este comportamiento presentado en la mayoría de los Servicios de Ginecología, amerita un análisis por parte de las instancias correspondientes, para determinar las causas, y visualizar los ajustes necesarios.

Al observar la **gestión de sala operaciones**, existe en el ámbito institucional una infraestructura de 112 salas, entre los 24 establecimientos que reportaron la información (un Hospital Nacional no suministró el dato). Se encontró, que en el año 2007, funcionaron el 97% del total de quirófanos en forma total o parcial, en la primera jornada de trabajo.

Tomando en cuenta el reporte del tiempo de operación de cada quirófano, fueron utilizados en el ámbito institucional, 20.268 días hábiles. Esto representa el 73% del total de días hábiles del año¹⁵⁰. De los días utilizados, se logra alcanzar 94.027 horas de tiempo de anestesia¹⁵¹, correspondiente al tiempo de todas las cirugías efectuadas por los equipos quirúrgicos que funcionaron durante la jornada de ocho horas de trabajo del primer turno, en el año 2007.

De lo anterior, se obtiene en el ámbito institucional, un promedio de 4,7 horas por día de utilización de Salas de Operaciones. (Gráfico C.33). Este comportamiento es variable en los diferentes tipos de Hospital, sin embargo; llama la atención que en diez hospitales, (cuatro Regionales, cinco Periféricos y uno Especializado) superan el estándar de las cinco horas del tiempo de anestesia. Esta situación plantea la posibilidad de considerar un ajuste diferenciado del estándar del tiempo de anestesia, según tipo de Hospital.

Al comparar el tiempo de anestesia logrado, respecto al estándar mínimo de utilización de quirófanos de cinco horas por día en la jornada ordinaria, la proporción alcanzada en el ámbito institucional es de 93% (Gráfico C.34). Cifra bastante aceptable, sobre todo si en catorce centros este porcentaje es mayor al promedio (dos Nacionales, siete Periféricos, cuatro Regionales y uno Especializado). Sin embargo; no se debe obviar que en un Hospital Regional y en otro Especializado esta proporción no supera el 70%.

Este panorama, aunque parece muy halagador en términos generales, debe tenerse cierta cautela en la interpretación de los datos. Primero, porque no se puede determinar si el rendimiento del tiempo utilizado por los equipos de Sala fuera del 100%, y en segundo lugar, porque los resultados obtenidos, parten de una utilización de quirófanos correspondientes al 73% de los días hábiles del año. Además, debe considerarse el problema del registro, debido a que no existe en la institución hasta la fecha, un módulo informatizado que estandarice la captura del dato en Sala de Operaciones. Asimismo, no se realiza la supervisión de la información producida en esta área, por parte del personal de Registros de Salud de cada unidad y dentro del Informe Estadístico Mensual, no se incluyen actividades del quehacer producido en los quirófanos.

Son varias las circunstancias que pudieron estar impidiendo la no utilización del restante 27% de días hábiles, ya sea por el faltante de personal de anestesia que integra el equipo quirúrgico; situación que viene arrastrando la institución desde hace varios años, o por posibles deficiencias relacionadas con la gestión de las salas. Este porcentaje en el ámbito institucional, según los datos obtenidos en la evaluación, representarían 7.745 días hábiles de quirófanos en operación. Con el fin de tener un acercamiento al potencial que podría tener esta capacidad ociosa, se parte de los siguientes supuestos: un estándar mínimo de cinco horas, de tiempo de anestesia por

¹⁵⁰ Corresponde a 257 días, 232 días hábiles en el año más 50 sábados de 4 horas.

¹⁵¹ Tiempo de anestesia: corresponde al tiempo que transcurre desde el inicio de la aplicación de la anestesia en sala de operaciones hasta que el paciente se traslada a sala de recuperación



día y una productividad de cuatro pacientes por equipo, en el turno ordinario¹⁵²; obviando por supuesto, las diferencias de consumo de tiempo quirúrgico, según la complejidad del proceso. Con estas premisas, se hubieran podido realizar de más, nueve mil cirugías aproximadamente, con el supuesto que se contara tanto con la habilitación de los quirófanos como del personal necesario.

Uno de los aspectos fundamentales en el rendimiento óptimo de Sala de Operaciones, es la programación de las cirugías a realizarse¹⁵³. En el año 2007 se reportan 70.238 cirugías programadas, de las cuales, se suspenden 4.806 que representan el 9%. (Uno de los hospitales nacionales no presentó el dato en la evaluación). Del total de suspensiones, el 21% corresponden al Servicio de Ginecología y el 75% al Servicio de Cirugía. En este último, la especialidades de Cirugía General y Ortopedia son las que más suspenden (Cuadro C.35). El 68% de las cirugías suspendidas se sustituyeron, favoreciendo que el recurso quirófono se utilice al máximo.

Al analizar el comportamiento por tipo de Hospital, es el Periférico 3 es el que presentan el mayor porcentaje de suspensiones de cirugías programadas. El dato del tipo de Hospital Nacional, se refiere a la información de uno de los tres hospitales, por lo que se debe tener cuidado en su interpretación (Cuadro C.36).

Debido a que las Salas de Operaciones, son áreas de gran producción en los nosocomios, se continuará insistiendo para que la instancia correspondiente de la Institución, desarrolle el módulo que sistematice la captura del dato, permitiendo realizar un análisis más integrado; para lo cual, se requerirá de la capacitación y motivación del recurso humano del Área Quirúrgica.

Además, en la búsqueda de lograr una mejora en el desempeño de las Salas, debería existir un monitoreo en forma permanente, de los procesos que se ejecutan en esa área. En ese aspecto, se encuentran funcionando actualmente los Grupos Gestores de Sala de Operaciones, promovida su conformación desde los Compromisos, los cuales analizan la problemática hallada en los monitoreos, facilitando la resolución oportuna de las dificultades encontradas.

Por otra parte, el problema de listas de espera que enfrenta la institución, requiere del análisis de las necesidades del recurso humano de Salas de Operaciones y de una planificación de la formación de dicho recurso, para que a mediano plazo, se puedan reducir las brechas existentes. Esto por cuanto el bloque quirúrgico debe estar programado para lograr el máximo de su uso¹⁵⁴.

¹⁵² Zamora C, Vargas R. Salas de operación: Recursos y Productividad quirúrgica en la C.C.S.S. DTSS 1998.

¹⁵³ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales, 1994

¹⁵⁴ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales, 1994

3. Mortalidad Hospitalaria

La mortalidad hospitalaria es un indicador de resultados, que refleja la calidad de la atención brindada. Aunque la muerte se considera una falla potencial de la atención, no todas son evitables, por la complejidad de las enfermedades que se manejan en estos centros¹⁵⁵.

Dentro de la mortalidad hospitalaria, la materna y la infantil toman relevancia, ya que su análisis permite una evaluación más integral de los componentes que intervienen directamente y que están relacionados con la calidad de la prestación de Servicios de Salud brindados en los diferentes Niveles de Atención; además de la interacción de otra serie de factores biológicos, sociales y ambientales, que expresan de manera negativa y parcial, el estado de salud de una comunidad.

Con la autopsia¹⁵⁶, se puede lograr aproximar el resultado del diagnóstico, los tratamientos y las intervenciones médicas, convirtiéndose este recurso en una herramienta de control de calidad, por medio de la cual se puede incidir en la mejora de la calidad de la atención, así como en la optimización y racionalización de los recursos humanos y materiales en la práctica médica. En Costa Rica este procedimiento es obligatorio de realizar en 60 entidades patológicas¹⁵⁷.

En el ámbito internacional, a pesar de su relevancia, el número de autopsias se ha reducido notablemente en los últimos años. El Colegio Americano de Patólogos¹⁵⁸ encontró que de los 244 hospitales analizados, la mitad tenían tasas de autopsias menores o iguales a 8,5% y el 75% de las instituciones tenían tasas que no superaban el 13,5%. En Chile, la tasa de autopsia¹⁵⁹ se redujo de 50% a menos del 10% en 1987.

Diversos motivos se han planteado para justificar tal descenso en el ámbito internacional: el costo institucional, los recursos disponibles, la percepción errada de considerar que los métodos diagnósticos son tan precisos que la autopsia nada puede mostrar que no haya sido identificado, o simplemente por poco interés de clínicos y patólogos¹⁶⁰.

Estudios han demostrado que la discordancia diagnóstica entre la causa de muerte y enfermedad de base y los hallazgos de autopsia, varía entre el 15% al 30%¹⁶¹. En el

¹⁵⁵ Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Rev. Cubana Salud Pública v.30.1:2004

¹⁵⁶ Procedimiento con el que se determina la certeza diagnóstica y por medio del cual se busca las causas de muerte, se analiza la enfermedad básica, sus efectos y complicaciones en los aspectos anatómicos y en las consecuencias de la intervención médica

¹⁵⁷ Según lo establece el Reglamento de Autopsia Hospitalaria y Médico Legal

¹⁵⁸ Casco-Jarquín A, Mita-Albán A. Estudio de la discrepancia entre diagnóstico de defunción clínicos y los hallazgos de autopsia en el Hospital Calderón Guardia. Acta méd. Costarricense, v.45 n.1 San José mar. 2003

¹⁵⁹ González S. Reflexiones sobre la práctica actual de la Anatomía Patológica en Chile. Rev. Méd. Chile v.128 n.5 Santiago mayo 2000

¹⁶⁰ González S. Reflexiones sobre la práctica actual de la Anatomía Patológica en Chile. Rev. Méd. Chile v.128 n.5 Santiago mayo 2000

¹⁶¹ González S. Reflexiones sobre la práctica actual de la Anatomía Patológica en Chile. Rev. Méd. Chile v.128 n.5 Santiago mayo 2000



año 2000, se reporta en el estudio del Hospital Calderón Guardia, una discrepancia de 48% entre los diagnósticos clínicos y los de autopsia¹⁶².

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Debido a la trascendencia de este tema, en que los resultados del análisis de la mortalidad hospitalaria pueden ayudar a mejorar la calidad de atención brindada, se ha promovido en el marco de los Compromisos de Gestión, el estudio de las muertes, dando énfasis en un inicio a las infantiles y maternas, con la participación de los grupos involucrados en la atención directa de la persona fallecida.

A partir del año 2001, además, se incluye el análisis de las autopsias en aquellos Hospitales que cuentan con el recurso de patología, orientado a promover que este procedimiento se realice de acuerdo a la capacidad instalada y asimismo, a fortalecer las sesiones anatomoclínicas, en las que se revisen los casos sin correlación clínico-anatomopatológica.

En el año 2003 se incluye el análisis de las muertes fetales¹⁶³ dentro del componente materno infantil. En estas muertes intervienen múltiples factores relacionados con la patología y conducta materna; sin embargo, algunos de ellos están íntimamente ligados a la calidad de la atención que brinda el centro.

Los criterios que se incluyen en el Compromiso de Gestión del año 2007 son los siguientes:

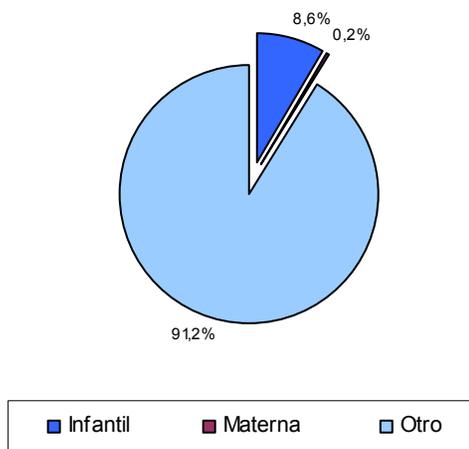
Criterios para el análisis de la mortalidad hospitalaria
Proporción de autopsias realizadas
Proporción de casos sin coincidencia clínico – anatomopatológica analizados
Proporción de muertes fetales tardías analizadas
Proporción de muertes maternas analizadas
Proporción de muertes infantiles analizadas
Referencia: CCSS-DCSS. Compromisos de Gestión 2007, Indicador: Análisis de la mortalidad hospitalaria

¹⁶² Casco-Jarquín A, Mita-Albán A. Estudio de la discrepancia entre diagnóstico de defunción clínicos y los hallazgos de autopsia en el Hospital Calderón Guardia. Acta méd. costarric v.45 n.1 San José mar. 2003

¹⁶³ Según CIE-10, la Defunción fetal "es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o de su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo".

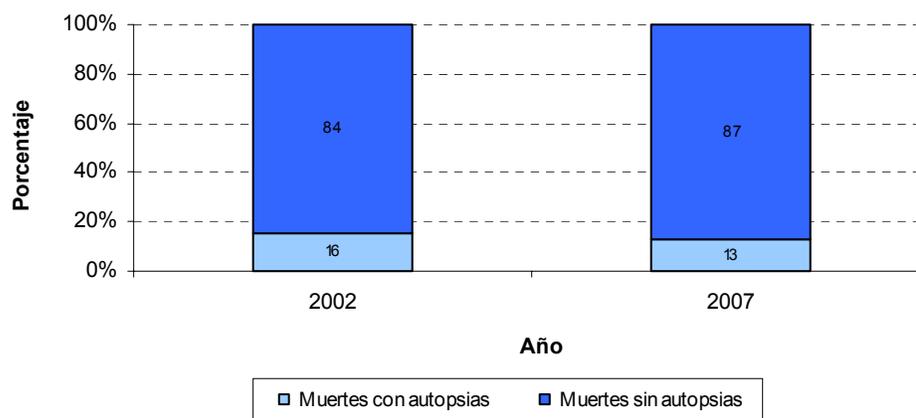
b. Resultados de la Evaluación

GRÁFICO C.37
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES HOSPITALARIAS, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

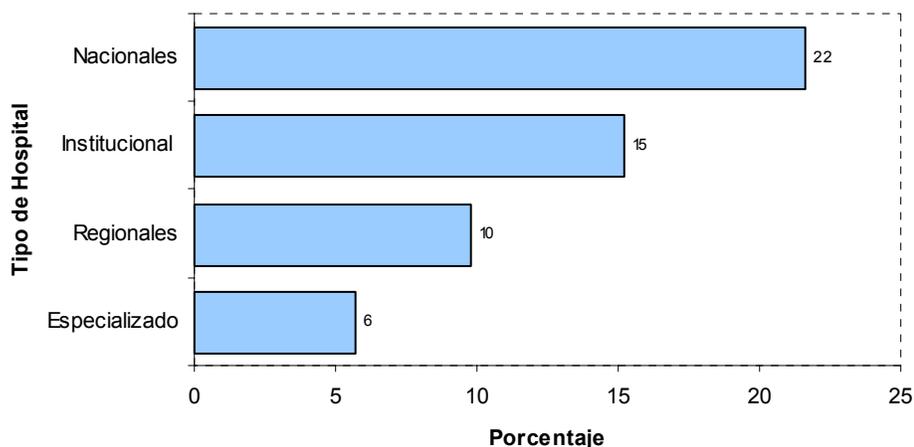
GRÁFICO C.38
C.C.S.S.: MUERTES HOSPITALARIAS CON Y SIN AUTOPSIAS, 2002-2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2002 y 2007

GRÁFICO C. 39

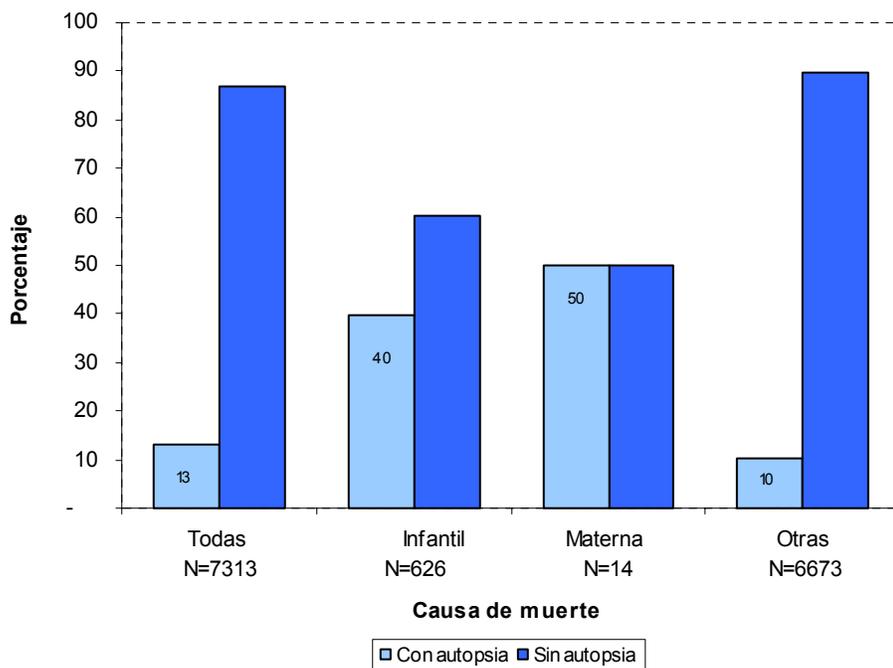
C.C.S.S.: PORCENTAJE DE AUTOPSIAS REALIZADAS POR TIPO DE HOSPITAL, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

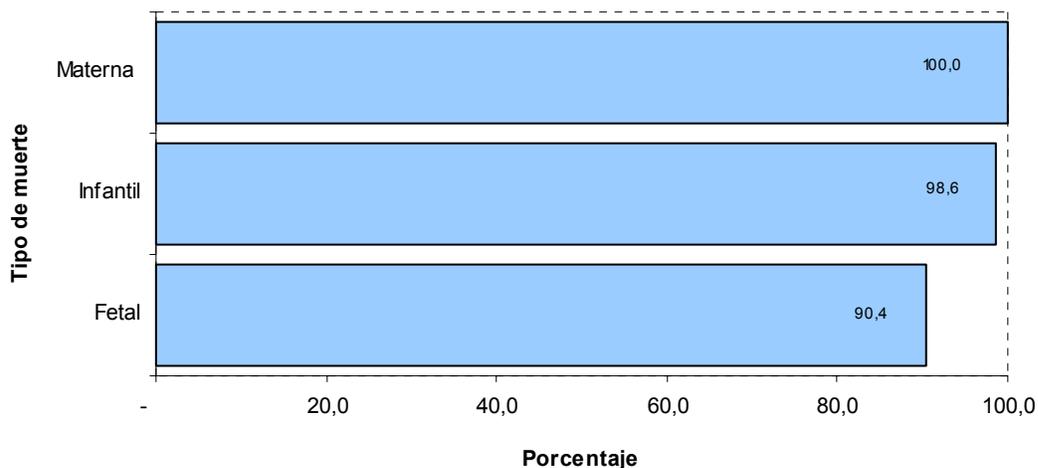
GRÁFICO C.40

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE MUERTES HOSPITALARIAS CON Y SIN AUTOPSIA SEGÚN CAUSA DE MUERTE, 2007



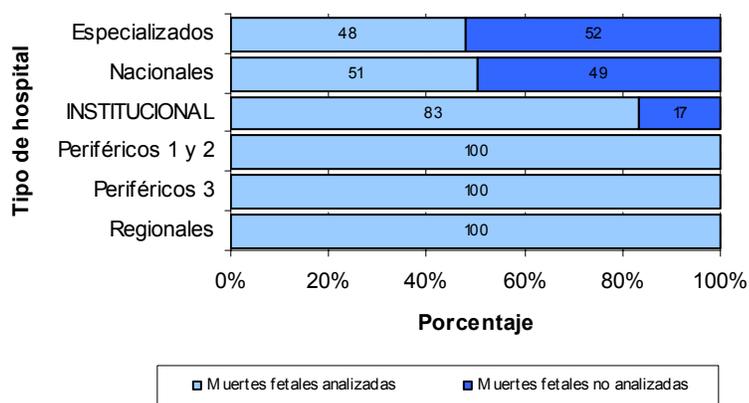
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

GRÁFICO C.41
C.C.S.S.: PORCENTAJE DE MUERTES ANALIZADAS POR TIPO DE MUERTE, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

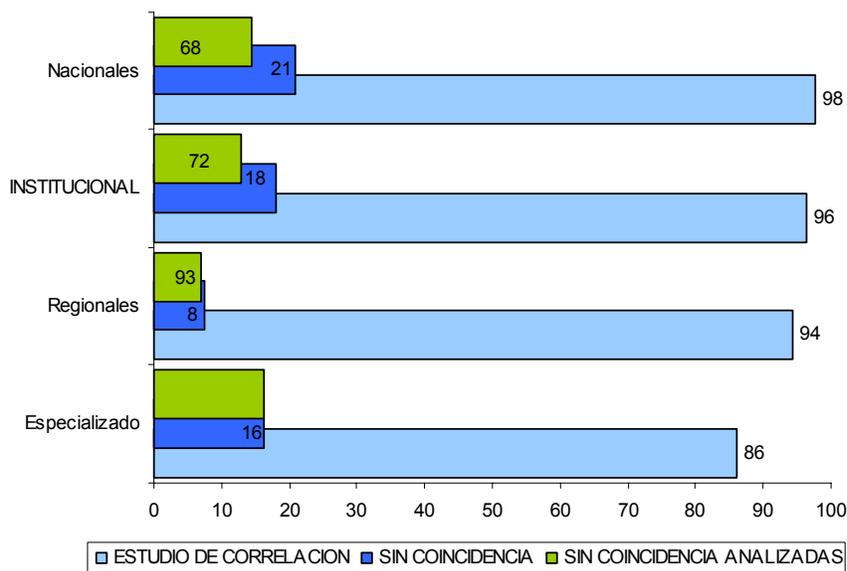
GRÁFICO C.42
C.C.S.S.: MUERTES FETALES ANALIZADAS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

GRÁFICO C.43

C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ESTUDIOS DE CORRELACION Y SU ANÁLISIS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2007

c. Análisis de los Resultados

Durante el año 2007, fallecieron 7.010 personas en los Hospitales de la CCSS, que representa el 39% de las 17.819 muertes¹⁶⁴¹⁶⁵ acaecidas en el país. De acuerdo a los datos que reporta el INEC, se presentaron 14 muertes maternas y 735 muertes infantiles. De las muertes reportadas en la evaluación, fallecen en los centros hospitalarios, la totalidad de las muertes maternas, el 77% de las infantiles (626), así como el 38% de las generales. Los fallecimientos materno infantiles, representan el 8.8% del total de defunciones ocurridas en la Institución (Gráfico C.37).

De los 50 patólogos que en la evaluación fueron reportados, el 84% se ubica en los Hospitales Nacionales, y el 14% restante en 5 de los 7 Hospitales Regionales. Con ese recurso humano, en el año 2007 se autopsió el 13% del total de muertes ocurridas en los centros hospitalarios, en comparación al 16% realizado en el año 2002. Cuando se compara el número de autopsias con los fallecidos de los Hospitales que cuentan con el recurso patólogo, este porcentaje aumenta a 15.2% (Gráfico C.38).

Es esperable que la mayor proporción de autopsias sean realizadas en el tipo de hospitales Nacionales, producto de la concentración del recurso humano requerido

¹⁶⁴ INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2007.

para ese fin (Gráfico C.39). Sin embargo, al analizar los datos reportados en la evaluación, respecto a la reducción global del 7.5% de autopsias, en el tipo de hospital Nacional se da una reducción en el porcentaje de este procedimiento, comparado al año 2002; y un aumento en el tipo de hospital Especializado y Regional.

En el ámbito internacional, varios estudios reportan una disminución del porcentaje de autopsias en los últimos años. En el caso de lo que acontece en la Institución, al no contar con todos los elementos para hacer un análisis integral, se hace necesaria la realización de estudios específicos por parte de la instancia correspondiente, para dilucidar las causas que podrían explicar la reducción de autopsias.

Respecto a las autopsias muertes materno infantiles, al 50% de las maternas y al 40% de las infantiles se les realizó este procedimiento. La mayor proporción se da en Hospitales Nacionales (62% maternas y 90% infantiles), situación que es esperable, por la concentración del recurso. (Gráfico C.40).

Según la normativa del Ministerio de Salud, al 100% de estas muertes se les debe de practicar la autopsia; exceptuando aquellos casos que no cuentan con la autorización por parte de los familiares o que por condiciones del fallecimiento, la necropsia se realice en el Poder Judicial. Aunque no se autopsió al 100% de las muertes materno-infantiles, éstas si fueron analizadas en su totalidad, por las comisiones respectivas de los diferentes establecimientos hospitalarios, cumpliendo el protocolo establecido (Gráfico C.41).

En este análisis, se pretende que a la luz de los determinantes encontrados que originan las defunciones materno-infantiles, se establezcan las medidas correctivas, de las causas evitables que le competen a los Servicios de Salud y que son originadas tanto en el proceso de la atención prenatal y del parto, así como de la atención del niño en los diferentes Niveles de Atención.

Además, se analizó el 83% de las 366 muertes fetales¹⁶⁶ que se presentaron en el ámbito institucional, y que fueron reportadas en la evaluación de los Compromisos de Gestión. La intención del análisis, es el detectar los factores, relacionados con la calidad de atención que se brinda desde los servicios, y que pudiesen estar incidiendo es ese desenlace (Gráfico.42).

En el año 2007 se hicieron 947 autopsias, de las cuales al 96% se les realizó estudio de correlación clínica anatomopatológica; utilizando diferentes métodos, porque no se cuenta en la actualidad con uno estandarizado. Llama la atención que por lo delicado del tema, dicha estandarización no esté implementada, tomando en cuenta, el rol auditor del acto médico que cumple el Servicio de Patología, dentro del quehacer hospitalario.

Se encontró que el 18% de las autopsias con estudio, no muestran coincidencia; cifra que se encuentra dentro del rango esperado y es reportada en algunos estudios¹⁶⁷. En el caso particular de un Hospital Nacional, aunque exista variabilidad en la

¹⁶⁶ Según el CIE-10, la Defunción fetal "es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o de su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo".

¹⁶⁷ González. Reflexiones sobre la práctica actual de la Anatomía Patológica en Chile. Rev. Méd. hile v.128 n.5 Santiago mayo 2000

metodología empleada, la reducción que se presenta es marcada, ya que en el estudio¹⁶⁸ realizado en el año 2000, el 48% de las autopsias no tuvieron coincidencia, en comparación con el 19% reportado en la evaluación (Gráfico C.43).

Se asume que el resultado de la autopsia como herramienta de control de calidad, permite que se pueda incidir en la práctica médica, mejorando la calidad de la atención, así como optimizando y racionalizando los recursos humanos y materiales. Sin embargo, llama la atención que no fue analizada el 28% de las autopsias sin coincidencia clínica anatomopatológica, que corresponden a 46 autopsias; de las cuales el 87% pertenecen a Hospitales Nacionales; que son a la vez centros docentes para la formación del recurso humano (Gráfico C.43).

Precisamente estos son los casos que deben revisarse, ya que se salen de la curva de control que los Servicios de Patología deben vigilar. El hecho que todo el peso recaiga sobre los Hospitales Nacionales, se da por las razones expuestas anteriormente, ya que en ellos se concentra la mayor capacidad instalada.

No se debe obviar la problemática en relación a la escasez de patólogos en la institución; sin embargo, es importante señalar, la necesidad de realizar estudios que pudiesen determinar la existencia de otros factores, que limiten las actividades conjuntas de análisis de las muertes entre clínicos y patólogos, con miras a la búsqueda de una mejora de calidad de la atención que se brinda en los centros hospitalarios.

Además, se debería considerar la posibilidad que la instancia correspondiente facilite el proceso de actualización de la normativa referente a las actividades y rendimientos del personal de Patología y considere la posibilidad de estandarización del método de análisis de los casos fallecidos.

4. Reingresos hospitalarios

El reingreso es un indicador de calidad de prestación de servicios hospitalarios, cuya medición constituye una referencia indispensable en la planificación de la oferta/demanda hospitalaria. La calidad se evidencia en términos de la racionalidad técnico científica, la efectividad del diagnóstico y el tratamiento aplicado, así como de la capacidad resolutoria de la institución en el soporte y continuidad de la atención.

Está influenciado por múltiples factores clínicos (derivados del hospital y del propio paciente). Algunos autores consideran que en aquellas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad, en que los cuidados hospitalarios no se brindan con suficiente calidad, la variabilidad clínica puede ser uno de los elementos que influyen en la presencia de reiterados ingresos¹⁶⁹.

¹⁶⁸ Ana María Casco-Jarquín , Luis Carlos Mita-Albán Estudio de la discrepancia entre diagnóstico de defunción clínicos y los hallazgos de autopsia en el Hospital Calderón Guardia. Acta méd. costarric v.45 n.1 San José mar. 2003

¹⁶⁹ Martínez J et al. Reingreso hospitalario en Medicina Interna AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 18, N.º 5, pp. 248-254, 2001

El concepto de reingreso no está estandarizado en el ámbito internacional, por lo cual existen múltiples definiciones y estándares en la literatura; originando además, que un mismo estándar esté relacionado con diferentes definiciones de reingreso. El rango de 1 a 3%, es el estándar aplicado a los reingresos hospitalarios que ocurren en los 21 días inmediatos al egreso por un mismo diagnóstico, en los pacientes tratados y dados de alta, dependiendo de la propia necesidad del hospital¹⁷⁰. En cambio, para ese mismo rango se establece según hospital, aquellos reingresos que ocurren en menos de 7 días¹⁷¹.

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

En la Caja Costarricense de Seguro Social se considera reingreso, a todo ingreso que se dé en los 30 días posteriores al último egreso, independiente del diagnóstico; y todo aquel ingreso después de los 30 días por el mismo diagnóstico.

El tema del reingreso ha estado presente en los Compromisos de Gestión desde sus inicios y actualmente, la intencionalidad está dirigida a que los internamientos innecesarios sean reducidos, y para ello se asume que en cada servicio, los reingresos sean analizados de manera sistemática.

Criterio de reducción de los reingresos por servicio
Proporción de reingresos del servicio con relación al total de egresos del servicio
Referencia: CCSS-DCSS. Compromisos de Gestión 2007, Ficha Técnica: Análisis y reducción de los reingresos

Con el análisis se pretende facilitar la implementación de medidas correctivas, orientadas a incidir en aquellos factores relacionados con el abordaje clínico inadecuado o con los problemas propios de la gestión del centro, que logren reducir los reingresos e impactar no sólo en la reducción de las estancias innecesarias, sino en la calidad de la atención hospitalaria, y en la optimización de los costos.

c. Análisis de los Resultados

Los reingresos son uno de los indicadores sensibles que miden la calidad de la atención que se brinda en los centros hospitalarios. El Departamento de Estadística de Salud de la Institución, elaboró un módulo para la captura del dato en el ámbito local; sin embargo; fueron detectadas algunas inconsistencias en las salidas de los reportes; que dejan por fuera ciertos casos de reingresos. Por esa situación, y tomando en cuenta la sugerencia emitida por la instancia correspondiente, no es apropiado realizar el análisis de esta área.

Conclusiones de la Atención Especializada

Es imprescindible que en el ámbito institucional se elabore el proceso de readecuación del modelo de atención hospitalario y se establezca en el corto y mediano plazo, la visión de estos establecimientos inmersos en la Red de Servicios de Salud, definiendo

¹⁷⁰ Sánchez M. Indicadores de gestión hospitalaria Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. México Vol.18, N° 2, pp. 134-135, 2005.

¹⁷¹ para INSALUD



los estándares de rendimiento y de calidad de los servicios, de acuerdo a su nivel de complejidad. Esta situación, plantea además, que se determinen los requerimientos de recursos en respuesta a las necesidades de la red y el ajuste del recurso cama, tomando en cuenta la complejidad de los casos y la introducción de estrategias de modalidades ambulatorias en el manejo de los mismos.

Aunque se ha avanzado en las dificultades presentadas en lo referente a los registros, todavía es un problema latente la no congruencia de datos entre la información obtenida en la evaluación de los Compromisos de Gestión y la que es reportada por las unidades al Departamento de Estadísticas de Salud (DES); asimismo, se encuentran desfases en la actualización de la Lista Oficial de Cirugía Ambulatoria y ausencia de sistemas informatizados únicos, que garanticen la calidad del dato. Lo anterior, amerita que las instancias correspondientes realicen los ajustes necesarios, en busca de que las mediciones puedan reflejar la realidad de lo realizado en los establecimientos.

Los resultados de este informe, muestran la heterogeneidad en la oferta de servicios de salud que brinda el Segundo Nivel Ambulatorio no Hospitalario, presentando disminución del recurso humano en la mayoría de las especialidades entre los años 2002 y 2007, y asimismo una reducción en las consultas. Se evidencia el esfuerzo por parte de los Servicios de Salud, en favorecer la oportunidad de la atención, privilegiando las consultas de primera vez en el año, pese a las limitaciones que esto conlleva.

Además, estos resultados muestran que la institución debe determinar en respuesta a las necesidades de la población, y a las listas de espera, la proyección y el crecimiento en cuanto a las especialidades que tendrán estos centros a corto y mediano plazo, sobre todo algunos que constituyen el único puente entre las Áreas de Salud y Hospitales Nacionales, con el fin de que en forma planificada se dote de los recursos e instrumental necesarios, facilitando garantizar la oportunidad de la atención.

Existe mucho camino que todavía falta por recorrer, respecto al proceso de referencia y altas entre el Primer y el Segundo Nivel Ambulatorio no Hospitalario. En el año evaluado, en términos generales, éste último reporta bajos porcentajes de altas. Por lo cual se debe de continuar generando los espacios de coordinación entre ambos; en donde son fundamentales los papeles asumidos por los especialistas y generalistas en los procesos de capacitación y retroalimentación, facilitando así, la oportunidad y continuidad de la atención.

En el período analizado 2002- 2007, la producción hospitalaria en términos de la cantidad de egresos disminuye, reduciéndose al mismo tiempo la cantidad de camas. La estancia media aumenta en todos los tipos de Hospital a excepción del Servicio de Medicina, y en mayor proporción crece en Pediatría/ Neonatología. En los tipos de hospitales Nacional, Especializado y Periféricos 1 y 2, los egresos globales se reducen y crecen en los tipo Regional y Periférico3; asimismo, en estos últimos, en todos los servicios aumenta la estancia media, mientras que en el resto de tipos de hospital el comportamiento de la estancia media es variado. Con estos escasos datos, es posible suponer, que pudiesen existir factores que impiden obtener una mejor distribución y uso de los recursos por parte del conjunto de establecimientos; situación que se ve reflejada en las particularidades que presentan algunos centros. Además, la variabilidad existente entre centros del mismo tipo, amerita que la Institución cuente

con herramientas para establecer la complejidad de los casos y la eficiencia en la utilización del recurso cama.

Se ha logrado un avance importante en el posicionamiento de la Cirugía Ambulatoria en los años de análisis, sobre todo en los Hospitales Periféricos. En la evaluación, estos egresos fueron los que presentaron el mayor crecimiento porcentual respecto al 2002 y representan casi el 50% de las cirugías programadas. Sin embargo, todavía existe un potencial de cirugías susceptibles de realizarse bajo la modalidad ambulatoria. Quedan pendientes aspectos por mejorar como son: la actualización de la Lista Oficial de Cirugía Ambulatoria, previo al análisis, el reconocimiento de los nuevos procedimientos a realizar bajo esta modalidad, la anotación correcta del procedimiento en el expediente de salud y el ajuste del Sistema de Información. Por lo anterior, se debe de seguir incentivando con diferentes estrategias, el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, por los beneficios que plantea tanto al paciente como a los servicios y por medio del cual se podría impactar las listas de espera a menor costo.

En el ámbito institucional se presenta una reducción mínima en el volumen global de consultas respecto al año 2002; manteniéndose estables las médicas, disminuyendo las de otros profesionales y aumentando las odontológicas. Tanto los Procedimientos Mayores Ambulatorios como el volumen global de atenciones de urgencias crecen. Todavía a la fecha se encuentran incongruencias entre la información suministrada en la evaluación de los Compromisos de Gestión y la que es reportada por las unidades al DES; situación que aunque se ha venido mejorando en el transcurso de los años, amerita no sólo del análisis por parte de las instancias correspondientes para determinar las causas que la originan, sino que además, se hace necesaria la supervisión que garantice la calidad del dato.

Una adecuada organización y gestión del área quirúrgica es fundamental para lograr un mayor rendimiento, una reducción del gasto y una mejor calidad en la atención al paciente. Sin embargo, aún no se cuenta con sistemas informatizados que garanticen la calidad del dato, de las cirugías programadas, de la medición de los tiempos de anestesia, del rendimiento de los quirófanos, etc. Esta situación que debería de ser corregida a la mayor brevedad posible, dado que la producción en Salas de Operaciones, constituye uno de los puntos claves en el funcionamiento de los Hospitales, y uno de los eslabones principales en la cadena de producción del Área Quirúrgica.

Los tiempos prolongados preoperatorios de las personas internadas, antes que se les realice el procedimiento quirúrgico, generan gastos importantes de hotelería, condición que amerita una resolución a corto plazo del faltante del recurso humano de Salas de Operaciones, considerar seguir con el fortalecimiento de la gestión eficiente del recurso cama y la oportunidad de los participantes involucrados en el proceso previo a la operación. Además, se considera de importancia el análisis del potencial de traslado a la modalidad ambulatoria, de los casos operados el mismo día del ingreso, dado que representan una tercera parte de los operados.

Es conveniente incluir en la interpretación del Índice Operatorio, el comportamiento del volumen de operados y el volumen de egresos. Los aumentos del índice en el transcurso del tiempo, no siempre se traducen en aumentos del volumen de egresos operados; situación evidenciada en los resultados de esta evaluación.



La importancia que revisten los resultados de las autopsias es fundamental para la mejora de la calidad de la atención a los usuarios, en los servicios de salud, así como en la optimización y racionalización de los recursos humanos y materiales. Por lo que se debiera determinar mediante un panel de expertos provenientes de los hospitales, la conveniencia de estandarizar el método de análisis de los casos fallecidos y en promover el cruce de información entre los Patólogos, con la idea de obtener un panorama nacional sobre este tema.





III. Recomendaciones

Los resultados de este informe de evaluación, muestran mejorías en la mayoría de las coberturas totales y con cumplimiento de criterios, analizadas entre el año 2002 y 2007, sin embargo, estos resultados también evidencian, elementos a mejorar y cambios importantes que realizar, en la gestión de la atención, del Primer Nivel de Atención, el Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario y los Hospitales de la CCSS.

Se encontraron limitaciones en la continuidad de atención, a través de las diferentes etapas del ciclo de vida; esta situación requiere mejorar la gestión de la atención en términos de disminuir las oportunidades perdidas. En este informe se han cuantificado dos tipos de oportunidades perdidas susceptibles de ser mejoradas, el no cumplimiento de la normativa institucional y el no brindar una atención integral. La disminución de las brechas mejorará la interrelación de las actividades curativas con las preventivas poniendo en práctica el Modelo de Atención.

La necesidad de disminuir las desigualdades observadas en la prestación de Servicios de Salud, entre Regiones y entre Áreas de Salud en cada Región, así como en Segundo Nivel ambulatorio no hospitalario, es evidente; considerando que la equidad es un principio del Seguro Social y del Modelo de Atención.

Un elemento importante de destacar, es la urgente necesidad de verificar la calidad de los registros de la atención brindada. La información presentada en este informe y en cualquier documento institucional sobre la atención por Niveles de Atención, se fundamenta en los datos aportados por las Áreas de Salud y Hospitales. La experiencia, es que aún en esta última evaluación, se han encontrado situaciones que generan dudas sobre la calidad de los datos.

Situación similar ocurre con la información disponible para el monitoreo de situación de los problemas principales y sus factores de riesgo, la cual es escasa o ausente. Los mecanismos puestos en práctica para la evaluación de los Servicios de Salud no sustituyen a los sistemas de información que requiere desarrollar la institución.

Atención especial, requieren los dos grupos de población con menor cobertura, como son los niños de uno a seis años y los adolescentes. Además mejorar la atención de los adultos mayores, ya que es una población que ira en aumento y probablemente las nuevas cohortes no tengan la misma fortaleza de las actuales, lo que plantea un doble reto para los servicios de salud.

Los avances en prevención y control de los problemas prioritarios son evidentes en los Servicios de Salud pero aún permanecen espacios de mejora; principalmente en la disminución de diferencias por Nivel de Atención procurando que las acciones se realicen en todos los niveles y por todos los actores de manera sinérgica conformando una Red de Atención.



Es imprescindible que en el ámbito institucional se elabore el proceso de readecuación del modelo de atención hospitalario inmerso en la Red de Servicios de Salud integrada en la Atención Primaria de la Salud, definiendo los estándares de rendimiento y de calidad de los servicios, de acuerdo a su nivel de complejidad determinando los requerimientos de recursos en respuesta a las necesidades de los usuarios de la red.

Es importante señalar la necesidad de realizar estudios específicos para analizar otros factores que pudiesen estar incidiendo en los resultados obtenidos, con miras a la búsqueda de una mejora de calidad y oportunidad de la atención que se brinda en los Servicios de Salud y que permitan concretar la Red de Atención alrededor de las necesidades de atención y problemas de salud de los usuarios.

Pese a las dificultades inherentes a la evaluación de servicios de salud, la fracción de intervenciones preventivas, por ciclo de vida y de prevención y control de enfermedades prioritarias incluidas en los Compromisos de Gestión, permite contar con una ventana que identifica el estado de situación de la atención, y orienta hacia cuales deberían ser las acciones que la institución debe ejecutar, para el abordaje de las necesidades y problemas de salud.



Anexo 1: Elementos Metodológicos

La evaluación de los Compromisos de Gestión 2007, se realizó en las Áreas de Salud tanto institucionales como de Compra Externa (n=102)¹⁷², Hospitales de Segundo y Tercer Nivel (n=29) y Centros Especializados (Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo y la Clínica Oftalmológica) utilizando el Protocolo de Evaluación¹⁷³ que describe los aspectos formales, los lineamientos y procedimientos metodológicos para la evaluación.

En las Áreas de Salud, la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de una muestra de expedientes médicos de los usuarios de los diferentes programas de atención integral brindada a las personas.

En los Hospitales, la evaluación está basada en el cumplimiento de la producción pactada, en la evidencia documentada de los indicadores negociados y en la revisión de expedientes para la verificación del cumplimiento de los criterios de atención a personas en los diferentes programas.

- personas hipertensas atendidas en la Consulta Externa de las especialidades de Medicina Interna y Cardiología
- personas con diabetes atendidas en la Consulta Externa de las especialidades de Medicina Interna y Endocrinología
- mujeres con patología cervical referidas del Primer y Segundo Nivel de Atención y las detectadas en el Hospital
- personas con infarto agudo al miocardio con aplicación de terapia trombolítica.

¹⁷² El Área de Salud de Moravia fue intervenida por el Ministerio de Salud y por esta razón no se evaluó ya que en el momento de la evaluación fue imposible acceder los documentos requeridos.

¹⁷³ DCSS. Protocolo de Evaluación de los Compromisos de Gestión. 2006

Recolección de la información

La recolección de los datos para la evaluación de los Compromisos de Gestión 2007 se llevó a cabo del 4 de febrero al 14 de marzo de 2008 mediante equipos de trabajo conformados por funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud y funcionarios de las Direcciones Regionales de Servicios Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, efectuaron la recolección de los datos en las unidades de Compra Externa, las Áreas de Salud Metropolitanas, los Hospitales Nacionales y los Centros Especializados.

Para el levantado de los datos se formaron equipos de trabajo de tres profesionales, por lo menos, liderados en algunos casos por un médico y en otros por el funcionario de más experiencia en el proceso (125 personas en total).

En el caso de los equipos regionales, la planificación del trabajo de campo se desarrolló en cada Dirección Regional de Servicios Médicos, definiéndose los equipos evaluadores, la distribución por Centro de Salud (Áreas de Salud y Hospitales) y el cronograma de evaluación.

La Dirección de Compra de Servicios de Salud desarrolló un taller regional con todos los funcionarios regionales que conformaron los equipos evaluadores, esto 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.

Los datos de la revisión de los expedientes, se registraron electrónicamente en el campo lográndose conocer para cada expediente el cumplimiento de los criterios de las guías de atención evaluados. Esto permitió, además, hacer entrega a las unidades del resultado final inmediatamente al término del proceso de evaluación.



Selección de la muestra de expedientes por revisar

La revisión de expedientes se hace mediante una muestra. Para la determinación del tamaño de la muestra se consideran varios aspectos: el total de población de cada Área de Salud, la dispersión o variabilidad de las características a evaluar en los distintos programas, la disponibilidad de recursos para la evaluación y la precisión con que se desea realizar la inferencia a la población.

Para el año 2007, para determinar el tamaño de la muestra por programa y servicio, según sea el caso, se usó un nivel de confianza del 90%, un margen de error igual al 10%, la estimación de la variabilidad respectiva según los resultados de la última evaluación, así como un ajuste por ausencia del expediente individual para cada programa y para cada Área de Salud según la medición del año anterior.

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 respecto de la producción lograda.

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

Definición y cálculo de indicadores

Cobertura total

Se define como el cociente entre las consultas de primera vez y la población meta de cada uno de los programas evaluados.

Cobertura con cumplimiento de criterios de la guías

Es el resultado de multiplicar la cobertura total por el índice de cumplimiento de las guías de atención institucionales producto de la revisión de expedientes.

Índice de cumplimiento de criterios de las guías

A partir de las Guías de Atención Integral, se han identificado los criterios mínimos que deben ser cumplidos en un 100% en cada programa.

El índice de cumplimiento de criterios de las guías corresponde a la proporción de expedientes revisados que cumplen con todos los criterios mínimos establecidos. El incumplimiento de alguno de los criterios asigna una puntuación de "0" al índice.





Anexo 2: Centros Asistenciales por Agrupación

C.C.S.S. Lista de Áreas de Salud por Región, 2007

NOMBRE CENTRO SALUD	REGIÓN DE SALUD	COD UNIDAD EJECUTORA
BUENOS AIRES	BRUNCA	2732
CORREDORES	BRUNCA	2758
COTO BRUS	BRUNCA	2762
GOLFITO	BRUNCA	2761
OSA	BRUNCA	2759
PEREZ ZELEDON	BRUNCA	2760
PUERTO JIMENEZ	BRUNCA	2751
ALAJUELA CENTRAL	CENTRAL NORTE	2281
ALAJUELA NORTE - CLINICA DR. MARCIAL RODRIGUEZ	CENTRAL NORTE	2216
ALAJUELA OESTE	CENTRAL NORTE	2277
ALAJUELA SUR	CENTRAL NORTE	2276
ALFARO RUIZ	CENTRAL NORTE	2272
ATENAS	CENTRAL NORTE	2251
BELEN-FLORES	CENTRAL NORTE	2233
CLINICA LA REFORMA	CENTRAL NORTE	2255
GRECIA	CENTRAL NORTE	2236
HEREDIA-CUBUJUQUI - CLINICA DR. FRANCISCO BOLAÑOS	CENTRAL NORTE	2214
HEREDIA-VIRILLA	CENTRAL NORTE	2274
HORQUETAS-RIO FRIO	CENTRAL NORTE	2650
NARANJO	CENTRAL NORTE	2235
PALMARES	CENTRAL NORTE	2252
POAS	CENTRAL NORTE	2253
PUERTO VIEJO-SARAPIQUI	CENTRAL NORTE	2474
SAN ISIDRO	CENTRAL NORTE	2273
SAN RAFAEL	CENTRAL NORTE	2232
SAN RAMON	CENTRAL NORTE	2237
SANTA BARBARA	CENTRAL NORTE	2278
SANTO DOMINGO	CENTRAL NORTE	2231
VALVERDE VEGA	CENTRAL NORTE	2254
ACOSTA	CENTRAL SUR	2334
ALAJUELITA	CENTRAL SUR	2336
ASERRI	CENTRAL SUR	2335
CARTAGO	CENTRAL SUR	2342
CORRALILLO	CENTRAL SUR	2390
DESAMPARADOS 2	CENTRAL SUR	2317
EL GUARCO	CENTRAL SUR	2392
LA UNION	CENTRAL SUR	2333
LOS SANTOS	CENTRAL SUR	2352
MORA-PALMICHAL	CENTRAL SUR	2382
OREAMUNO-PACAYAS-TIERRA BLANCA	CENTRAL SUR	2395
PARAISO-CERVANTES	CENTRAL SUR	2332
PURISCAL-TURRUBARES	CENTRAL SUR	2331
TURRIALBA-JIMENEZ	CENTRAL SUR	2348
ABANGARES	CHOROTEGA	2556
BAGACES	CHOROTEGA	2557

C.C.S.S. Lista de Áreas de Salud por Región, 2007

NOMBRE CENTRO SALUD	REGIÓN DE SALUD	COD UNIDAD EJECUTORA
CAÑAS	CHOROTEGA	2555
CARRILLO	CHOROTEGA	2560
COLORADO	CHOROTEGA	2582
HOJANCHA	CHOROTEGA	2563
LA CRUZ	CHOROTEGA	2559
LIBERIA	CHOROTEGA	2534
NANDAYURE	CHOROTEGA	2562
NICOYA	CHOROTEGA	2535
SANTA CRUZ	CHOROTEGA	2531
TILARAN	CHOROTEGA	2558
UPALA	CHOROTEGA	2504
CARIARI	HUETAR ATLÁNTICA	2652
GUACIMO	HUETAR ATLÁNTICA	2655
GUAPILES	HUETAR ATLÁNTICA	2634
LIMON	HUETAR ATLÁNTICA	2632
MATINA	HUETAR ATLÁNTICA	2654
SIQUIRRES	HUETAR ATLÁNTICA	2631
TALAMANCA	HUETAR ATLÁNTICA	2680
VALLE LA ESTRELLA	HUETAR ATLÁNTICA	2651
AGUAS ZARCAS	HUETAR NORTE	2473
CIUDAD QUESADA	HUETAR NORTE	2483
FORTUNA	HUETAR NORTE	2471
FLORENCIA	HUETAR NORTE	2481
GUATUSO	HUETAR NORTE	2477
LOS CHILES	HUETAR NORTE	2484
PITAL	HUETAR NORTE	2475
SANTA ROSA	HUETAR NORTE	2472
AGUIRRE	PACIFICO CENTRAL	2594
BARRANCA - CLINICA DR. ROBERTO SOTO	PACIFICO CENTRAL	2590
CHACARITA - CLINICA DR. FRANCISCO QUINTANA	PACIFICO CENTRAL	2586
ESPARZA	PACIFICO CENTRAL	2552
GARABITO	PACIFICO CENTRAL	2592
MONTES DE ORO	PACIFICO CENTRAL	2553
OROTINA-SAN MATEO	PACIFICO CENTRAL	2256
PARRITA	PACIFICO CENTRAL	2351
PENINSULAR	PACIFICO CENTRAL	2579
SAN RAFAEL-CHOMES-MONTEVERDE	PACIFICO CENTRAL	2511

Fuente: CCSS CECOIN, 2007



C.C.S.S. Lista de Áreas de Salud por Agrupación, 2007

NOMBRE CENTRO SALUD	AGRUPACIÓN CENTRO SALUD DCSS	COD UNIDAD EJECUTORA
CATEDRAL NORESTE	METROPOLITANA	2210
CORONADO	METROPOLITANA	2217
DESAMPARADOS 1 – CLINICA DR. MARCIAL FALLAS	METROPOLITANA	2315
DESAMPARADOS 3	METROPOLITANA	2339
GOICOECHEA 1	METROPOLITANA	2212
GOICOECHEA 2 – CLINICA DR. JIMENEZ NUÑEZ	METROPOLITANA	2211
HATILLO – CLINICA DR. SOLON NUÑEZ	METROPOLITANA	2312
MATA REDONDA – CLINICA DR. MORENO CAÑAS	METROPOLITANA	2311
MORAVIA	METROPOLITANA	2215
TIBAS-MERCED-URUCA – CLINICA DR. CLORITO PICADO	METROPOLITANA	2213
ZAPOTE-CATEDRAL – CLINICA DR. CARLOS DURAN	METROPOLITANA	2314
BARVA (COOPESIBA)	COMPRA EXTERNA	2131
CONCEPCION-SAN DIEGO-SAN JUAN (U.C.R.)	COMPRA EXTERNA	2349
CURRIDABAT (U.C.R.)	COMPRA EXTERNA	2343
DESAMPARADOS 2 (COOPESALUD)	COMPRA EXTERNA	2315
ESCAZU (ASEMECO)	COMPRA EXTERNA	2345
LA CARPIO-LEON XIII (ASEMECO)	COMPRA EXTERNA	2345
MONTES DE OCA (U.C.R.)	COMPRA EXTERNA	2346
PAVAS (COOPESALUD)	COMPRA EXTERNA	2218
SAN FRANCISCO-SAN ANTONIO (COOPESANA)	COMPRA EXTERNA	2318
SAN PABLO (COOPESIBA)	COMPRA EXTERNA	2273
SAN SEBASTIAN-PASO ANCHO (COOPESAIN)	COMPRA EXTERNA	2347
SANTA ANA (COOPESANA)	COMPRA EXTERNA	2387
TIBAS (COOPESAIN) – CLINICA INTEGRADA RODRIGO FOURNIER	COMPRA EXTERNA	2219

Fuente: DCSS. Compromisos de Gestión, 2007

C.C.S.S. Lista de Centros de Segundo Nivel Ambulatorio
no Hospitalario Metropolitano, 2007

NOMBRE CENTRO SALUD	COD UNIDAD EJECUTORA
CATEDRAL NORESTE	2210
CORONADO	2217
DESAMPARADOS 1 – CLINICA DR. MARCIAL FALLAS	2315
GOICOECHEA 2 – CLINICA DR. JIMENEZ NUÑEZ	2211
HATILLO – CLINICA DR. SOLON NUÑEZ	2312
MATA REDONDA – CLINICA DR. MORENO CAÑAS	2311
TIBAS-MERCED-URUCA – CLINICA DR. CLORITO PICADO	2213
ZAPOTE-CATEDRAL – CLINICA DR. CARLOS DURAN	2314

Fuente: DCSS. Compromisos de Gestión, 2007



C.C.S.S. Lista de Hospitales por Agrupación, 2007

NOMBRE CENTRO SALUD	AGRUPACIÓN CENTRO SALUD	COD UNIDAD EJECUTORA
DR. TOMAS CASAS CASAJUS	PERIFERICO 1	2703
LOS CHILES	PERIFERICO 1	2402
SAN VITO DE COTO BRUS	PERIFERICO 1	2705
UPALA	PERIFERICO 1	2504
DR. MAX TERAN VALLS	PERIFERICO 2	2308
GOLFITO	PERIFERICO 2	2702
SAN FRANCISCO DE ASIS	PERIFERICO 2	2206
CIUDAD NEILY	PERIFERICO 3	2704
DR. CARLOS LUIS VALVERDE VEGA	PERIFERICO 3	2207
DR. WILLIAM ALLEN	PERIFERICO 3	2307
GUAPILES	PERIFERICO 3	2602
LA ANEXION	PERIFERICO 3	2503
DR. ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO	REGIONAL	2502
DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA	REGIONAL	2701
DR. MAX PERALTA JIMENEZ	REGIONAL	2306
DR. TONY FACIO CASTRO	REGIONAL	2601
MONSEÑOR SANABRIA	REGIONAL	2501
SAN CARLOS	REGIONAL	2401
SAN RAFAEL DE ALAJUELA	REGIONAL	2205
SAN VICENTE DE PAUL	REGIONAL	2208
DR. RAFAEL A. CALDERON GUARDIA	NACIONAL GENERAL	2101
MEXICO	NACIONAL GENERAL	2104
SAN JUAN DE DIOS	NACIONAL GENERAL	2102
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION (CENARE)	NACIONAL ESPECIALIZADO	2203
DE LAS MUJERES DR. ADOLFO CARIT	NACIONAL ESPECIALIZADO	2105
DR. CARLOS SAENZ HERRERA	NACIONAL ESPECIALIZADO	2103
DR. RAUL BLANCO CERVANTES	NACIONAL ESPECIALIZADO	2202
PSIQUIATRICO DR. MANUEL CHAPUI	NACIONAL ESPECIALIZADO	2304

Fuente: CCSS CECOIN, 2007



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

Tel: 2221- 3293, Interno: 2555
Apdo. postal: 10105 -1000

Oficina: Edificio Jenaro Valverde
(Anexo CCSS)
Av. 4, c5 y 7, Piso Mezanine, Ala este

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcass/index_dcass.html