

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



**Informe de Evaluación de los
Compromisos de Gestión
2008-2009**



Junio 2010



Comité Editorial

Norma Ayala Díaz
Ana Lorena Fernández Chacón

Equipo de Producción

Procesamiento de datos:

Felipe Jiménez Leandro
Miriam León Solís
Shirley Soto Alpizar
Mario Villalobos Marín

Asesoría presentación gráficos y tablas: Miriam León Solís

Elaboración del Documento

Norma Ayala Díaz
Ana Lorena Fernández Chacón

Revisión de los contenidos

Ana Guzmán Hidalgo

Monografía, San José Costa Rica junio 2010

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 comuniqué por escrito, enviando un ejemplar del documento que citó esta fuente a la Dirección de Compra de Servicios de Salud.

Tel: 2539- 0127, Interno: 3807
Apdo. Postal: 10105 -1000
Oficina: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS)
Av. 4, c5 y 7, Piso Mezanine, Ala este



Tabla de Contenidos

<i>I. Introducción</i>	4
<i>II. Resultados de la Evaluación</i>	6
<i>A. Atención en el Ciclo de Vida</i>	6
1. Atención infantil.....	7
2. Atención de la mujer en edad reproductiva	12
3. Atención adulto mayor	18
Conclusiones de la Atención por Ciclo de Vida	23
<i>B. Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud</i>	24
1. Enfermedades del Sistema Circulatorio:.....	24
1.1. Control de la Hipertensión Arterial Esencial en personas atendidas	24
1.2. Aplicación de Terapia Trombolítica a nivel hospitalario.....	27
2. Control metabólico de las personas con Diabetes mellitus tipo dos	29
3. Detección temprana del cáncer cervicouterino	32
Conclusiones de la Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud	38
<i>C. Atención Especializada</i>	39
1. Seguimiento de la Producción.....	39
2. Gestión del Área Quirúrgica.....	45
3. Mortalidad Hospitalaria	60
Conclusiones de la Atención Especializada	62
<i>III. Recomendaciones</i>	64
<i>Anexo 1: Elementos Metodológicos</i>	66
<i>Anexo 2: Nota Técnica sobre Coberturas</i>	68
<i>Anexo 3: Centros Asistenciales por Agrupación</i>	70



I. Introducción

Como parte del proceso de Modernización y Transformación Institucional, la CCSS introduce en 1997 los Compromisos de Gestión dentro del Nuevo Modelo de Asignación de Recursos Financieros, como una herramienta técnica para influir y facilitar la gestión de los servicios de salud con el cual posiciona un proceso de rendición de cuentas periódico y sistemático.

El Compromiso de Gestión partiendo de los principales problemas de salud del país, dentro del gran marco de prestaciones que provee la Institución, identifica y prioriza aquellas intervenciones que científicamente hayan demostrado tener impacto en el abordaje de la problemática de salud y que además sean costo-efectivas. Una vez identificadas dichas acciones, se asegura que sean medibles y que se cuente en la Institución con un sistema que permita brindar información en el tiempo y con la calidad requerida para su evaluación.

Anualmente una vez finalizado el período en ejercicio, mediante un proceso planificado y sistemático se realiza la evaluación de las intervenciones priorizadas en el Compromiso de Gestión en cada uno de los establecimientos prestadores de servicios de salud. Por esta razón se hace necesario dimensionar como corresponde al Compromiso de Gestión, en dos grandes sentidos:

En primer lugar, como herramienta que cuantifica y cualifica los resultados de la prestación de servicios de salud, en las intervenciones definidas como prioritarias; ya que nunca podrá evaluar el todo. Por esta razón, el alcance de la evaluación de los Compromiso está circunscrito al resultado de dichas intervenciones, impidiendo que se pueda dar cuenta de otras acciones relacionadas a la prestación de servicios cuyo seguimiento es asumido por distintas instancias institucionales. En segundo lugar, orienta la gestión hacia intervenciones estratégicas pero no sustituye el liderazgo y la conducción técnica que deben tener los servicios, así como tampoco sustituye el monitoreo y control de los procesos de atención.

El proceso de evaluación del Compromiso de Gestión se ha realizado durante los últimos doce años, con la importante participación de los equipos regionales, en los que se ha recorrido unidad por unidad, servicio por servicio, en un proceso amistoso y conciliador de enseñanza y aprendizaje, promoviendo el mejoramiento de la atención en los servicios de salud. Doce años después podemos afirmar con conocimiento de causa, que se siente el cambio en los centros de salud, en unos más que en otros, pero definitivamente no son los mismos. Actualmente se encuentra un ambiente de madurez, de apertura, de avidez por nuevos aprendizajes, nuevas enseñanzas, y un sentimiento sincero de querer hacer mejor las cosas, percepción detectada en la intimidad de cada unidad prestadora de servicios de salud.

Posterior a la evaluación de cada año, se presenta el informe general de resultados, el cual evidencia logros pero también serios problemas en el sistema que requieren para su resolución, la toma oportuna de decisiones por parte de la Institución. Tal es el caso del sistema de información, listas de espera, ausencia de guías y protocolos en la atención hospitalaria, falta la definición del modelo de atención hospitalaria, el problema de la red de servicios, el sesgo de la asignación financiera utilizando bases históricas y la ausencia de una política de Macro Asignación de Recursos Financieros, entre otros.



El Informe de resultados de la evaluación correspondiente al año 2008 - 2009, es muy particular y diferente a los anteriores, ya que sufre ausencias esperables producto de negociaciones avaladas por las autoridades superiores, con grupos de interés, especialmente gremiales, que erróneamente han visto en el Compromiso de Gestión una amenaza. Esta situación provocó divergencia de criterios en los técnicos institucionales e incluso en los mismos proveedores de servicios de salud y hasta preocupación por parte de algunos directores de los establecimientos de salud.

En este período de adecuación, las unidades fueron expuestas a cambios y modificaciones sustanciales; unas aceptaron la totalidad de los cambios, otras los cambios en forma parcial y algunas mantuvieron lo negociado originalmente, con la consecuencia en ciertos casos de no medir o dar seguimiento estandarizado a las diferentes intervenciones.

Lo anterior, generó en los proveedores de servicios de salud una enorme variabilidad, respecto a las intervenciones sujetas de evaluación y en los criterios técnicos a cumplir en el desarrollo de las mismas, lo cual imposibilita una evaluación sistemática y con resultados comparables. Esto sin considerar el desgaste de los equipos evaluadores, que tuvieron que ajustar a cada unidad en particular los instrumentos de evaluación, obviamente, teniendo como consecuencia que la información no es comparable entre los centros.

Además de lo anterior, el país sufrió durante varios meses del 2009 la pandemia del AH1N1, lo cual puso en alerta a toda la institución, que siguiendo instrucciones del Ministerio de Salud, indicó una reorganización de servicios con desplazamiento de recursos hacia la atención priorizada de la pandemia. Ante la emergencia nacional, este desplazamiento de recursos materiales y humanos indiscutiblemente deja en desatención otros aspectos de los servicios de salud, obligando a las unidades a suspender consultas u otro tipo de actividades, lo cual impacta negativamente en la prestación de servicios.

Esta Dirección para documentar los efectos de la pandemia en los servicios de salud, elaboró un estudio que intenta mostrar el impacto del desplazamiento de los recursos y demuestra que en mayor o menor proporción la producción de servicios de salud fue afectada.

Este informe general a pesar de las limitaciones presentadas y los hechos que acontecieron durante el período evaluado, representa un nuevo esfuerzo que esperamos apoye la toma de decisiones y que favorezca y motive una introspección por parte de otras instancias institucionales involucradas en la prestación de servicios, ya que solo el análisis conjunto podrá fortalecer la institución, posicionándonos firmemente en el campo de la salud y bienestar, para así contribuir al desarrollo humano del país.

El documento está dividido en tres grandes apartados, el primero da cuenta de los resultados en la atención al ciclo de vida, el segundo informa sobre la prevención y control de problemas prioritarios de salud, ambos capítulos referidos principalmente a la Atención en el Primer Nivel. El tercer apartado se refiere a la atención especializada específicamente en hospitales. También se incorpora como anexos algunos elementos metodológicos y notas técnicas.



II. Resultados de la Evaluación

A. Atención en el Ciclo de Vida

La infancia, la adolescencia, la edad reproductiva de la mujer, la vida adulta y la vejez, requieren continuidad en la atención desde los servicios, con intervenciones específicas que respondan a sus necesidades diferenciales.¹

El Primer Nivel de Atención, es el ámbito propicio para valorar a las personas en las diferentes etapas del ciclo y abordar las necesidades y los problemas de salud que se puedan presentar en cada etapa, con la persona como la unidad de atención.²

El Compromiso de Gestión históricamente ha incorporado intervenciones en las diferentes etapas del ciclo. En los años 2008 y 2009 debido a negociaciones y acuerdos con los sindicatos médicos, sufrió alteraciones con respecto a lo previamente negociado, flexibilizando criterios técnicos o eliminando algunas intervenciones.

En atención a lo anterior, hay intervenciones de ciertas etapas del ciclo de vida que fueron eliminadas del proceso de evaluación, tales como la atención de menores de 6 años, la atención individual de adolescentes y la atención postnatal, por lo que en este informe no aparecerán resultados con respecto a estas etapas.

En otras intervenciones, las variaciones en criterios técnicos, en donde algunas Áreas de Salud las adoptaron y otras no, hace imposible brindar información unificada, por lo que también se eliminaron de este informe, tal es el caso de la atención escolar, atención grupal de adolescentes y atención odontológica.

La atención, normalmente se ha evaluado 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 técnicos definidos en la norma de atención, entre el total de población de esa misma fase del ciclo.

Las variantes en criterios técnicos resultantes de la negociación sindical además, tuvieron repercusiones en la medición de este indicador. Al existir Áreas de Salud que adoptaron los cambios y otras no, impide medir la cobertura con cumplimiento de criterios, por lo que este Informe solo mostrará resultados de la **cobertura total**.

Las Áreas de Salud de Compra Externa, por situaciones de los contratos presentan diferencias en las intervenciones a evaluar, tanto entre sí como con las Áreas institucionales, por lo que no se pueden unir y comparar, quedando fuera de los resultados de este informe.

Con respecto al segundo nivel no hospitalario, la cantidad de intervenciones a evaluar, las modificaciones existentes en las mismas y la naturaleza de los indicadores de algunas, principalmente procedimentales, fueron los elementos considerados para no incluirlas en el informe.

¹ Zurro, M. Atención Primaria. IV Edición, Cáp. 8. 1999

² Zurro, M. Atención Primaria. IV Edición, Cáp. 8. 1999



En síntesis, el informe dará cuenta de los resultados de intervenciones en el Primer nivel conformado por Áreas de Salud institucionales y en el nivel Hospitalario.

En la descripción 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.

1. Atención infantil

En Costa Rica, la atención de la población Infantil ha sido prioridad desde hace muchas décadas, considerando que es un período de vida de gran vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales y de respuesta positiva a los factores protectores.³

Para los años 2008 y 2009, en este apartado solo se incluirá la **atención a menores de un año** reportando como resultado la **cobertura total**, por los motivos anteriormente expuestos. Las principales modificaciones que se dieron con los criterios técnicos a cumplir para este grupo, fueron sobre concentración de la atención y valoración de riesgo, lo que impidió medir la cobertura con cumplimiento de criterios.

En la construcción de la cobertura total, se utiliza como denominador el total de nacimientos del año anterior, por ser lo más 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, comprobados 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.⁴ 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).

a. Resultados de la Evaluación

La cobertura total de menores de un año, sufrió una leve disminución en el año 2009 con respecto al 2008, aunque también, en las Áreas analizadas se observa un aumento en el número de nacimientos. Es probable que uno de los factores que inciden en esta disminución, sea la atención prestada a la epidemia H1n1.

A nivel regional, las mayores variaciones hacia la disminución se encuentran en las regiones Pacífico Central, Brunca y Huetar Atlántica, que precisamente no fueron las regiones más afectadas por la epidemia (Cuadro A.1 y Gráfico A.1).

³ Colomer-Revuelta C. et al. La salud de la Infancia. Gaceta Sanitaria; 18(Supl. 1):39-46. 2004

⁴ Machado V, Castillo J, Badilla X. Comportamiento de las coberturas de vacunación en niños menores de tres años. Costa Rica, 2002 - 2006. CCSS, 2006.

CUADRO A.1

C.C.S.S: NACIMIENTOS Y COBERTURA TOTAL, DE MENORES DE UN AÑO SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2008 Y 2009¹

(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN	NACIMIENTOS ²		COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL			
			Personas atendidas		Porcentaje	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Total	62.751	63.910	54.714	55.164	87	86
Brunca	6.023	6.193	5.648	5.051	94	82
Central Norte	15.073	14.945	12.301	12.490	82	84
Central Sur	18.221	18.657	16.027	16.654	88	89
Chorotega	6.914	7.138	6.033	6.529	87	91
Huetar Atlántica	7.809	7.919	6.792	6.578	87	83
Huetar Norte	4.352	4.481	3.716	3.794	85	85
Pacífico Central	4.359	4.607	4.197	4.058	96	88

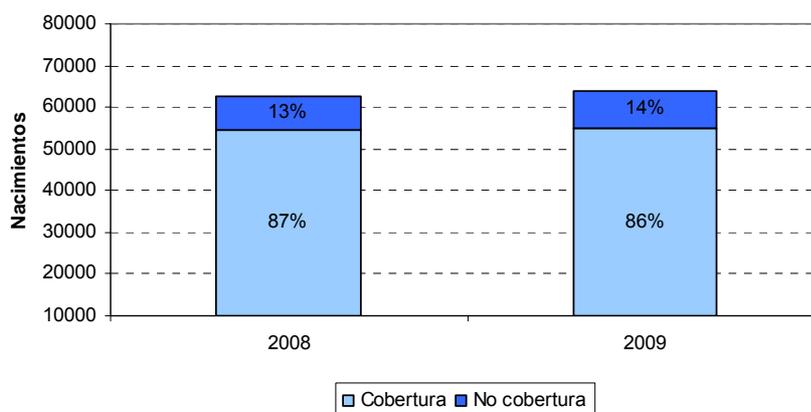
¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa en ambos años y Poas en el año 2009

² Nacimientos del año anterior

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

GRÁFICO A.1

C.C.S.S.: COBERTURA TOTAL DE MENORES DE UN AÑO, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ^{1/}, 2008 Y 2009 (*volumen y porcentaje*)



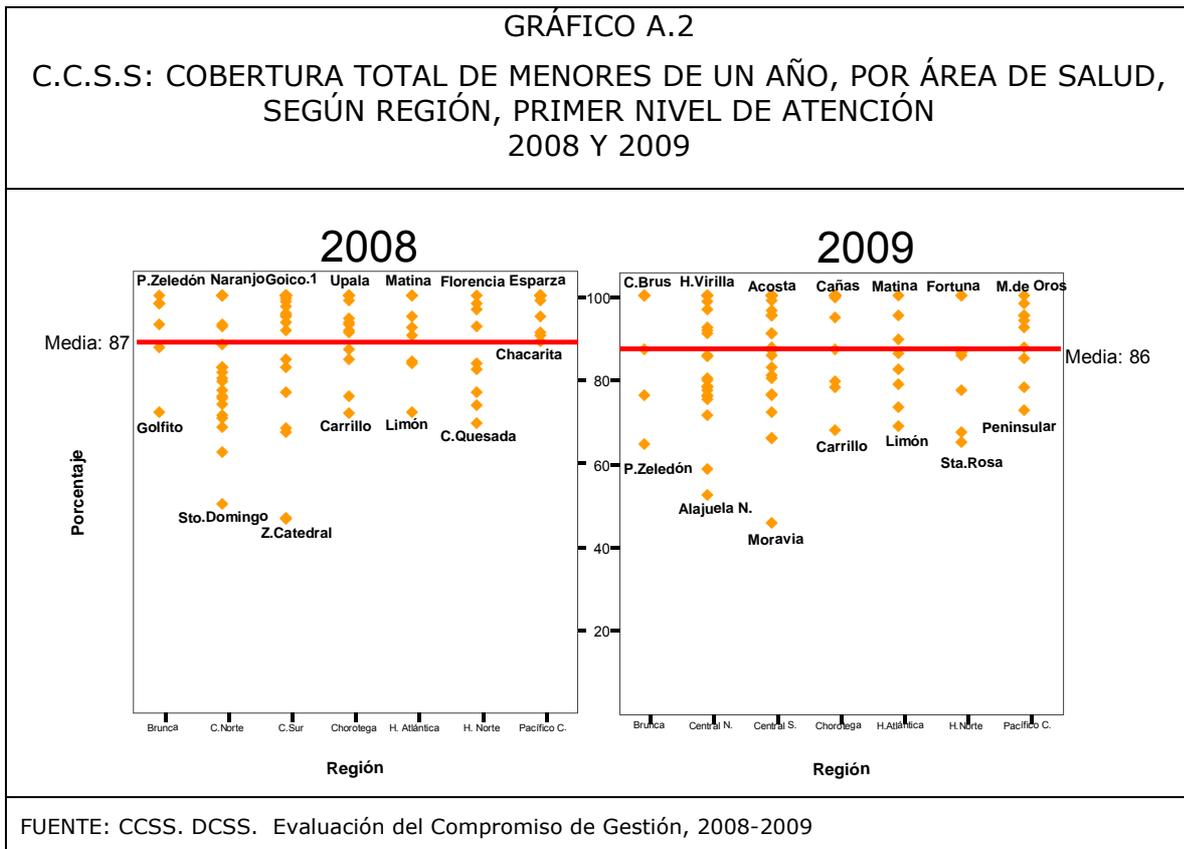
^{1/} Excluye las Áreas de Compra Externa en ambos años y Poás en el año 2009

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009



Una preocupación constante al brindar resultados es poder aproximarse al tema de equidad. La única variable con la que se cuenta para este acercamiento es la variable geográfica, vista como región.

La distribución de la cobertura total de menores de un año, muestra diferencias entre regiones, como también diferencias al interior de las regiones. En el año 2009 se observa que algunas regiones aumentaron la desigualdad de cobertura entre sus Áreas con respecto al 2008. Esta situación requiere ser analizada para conocer sus causas y buscar la forma de incidir en ellas (Gráfico A.2).

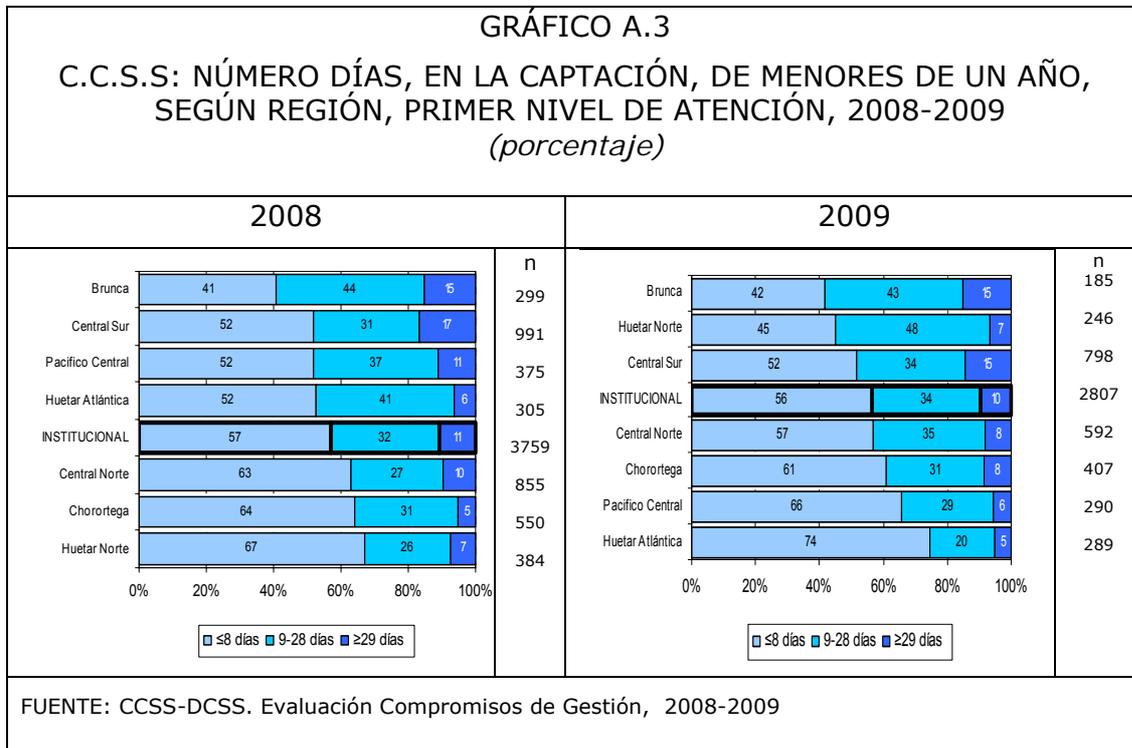


Otro elemento a analizar desde la prestación de servicios, es la oportunidad de atención, que en el caso específico de este grupo, se puede observar en el análisis de la captación temprana.

Al respecto, en el año 2008 el promedio general institucional de captación fue de 17 días, mientras que 57% de los niños atendidos se captaron en el período hasta los 8 días tal y como lo establece la normativa institucional. Para el año 2009 el promedio general institucional de captación fue al igual que en 2008 de 17 días y solo 56% de los niños fueron captados hasta los 8 días según lo indicado en la normativa institucional (Gráfico A.3).



Llama la atención que en algunas regiones (Huetar Atlántica y Huetar Norte), se observan cambios muy bruscos entre un año y otro, por lo que sería recomendable revisar si dichas variaciones son reales o tienen que ver con los registros.



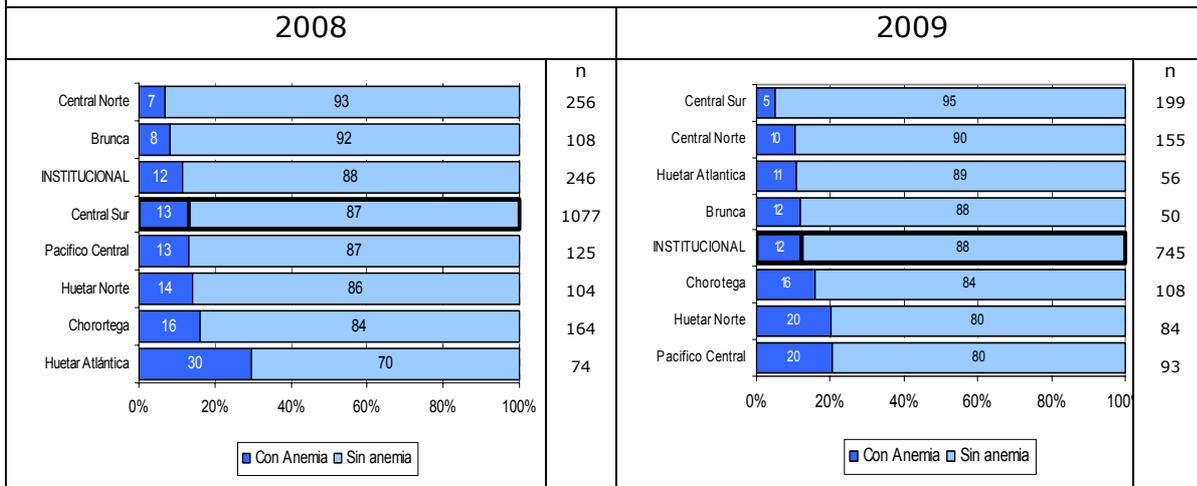
También en este grupo de edad se contó con información de los valores de hemoglobina en los niños mayores de 6 meses. Los resultados muestran que un 49 % en el 2008 y un 47% de los niños en el 2009, no cuentan con resultados de hemoglobina, situación preocupante ya que no se puede intervenir oportunamente si existiera alguna alteración, objetivo por el cual se realiza esta intervención.

Entre los menores que cuentan con resultados, un 12% presentó diagnóstico de Anemia, en cada año de análisis; encontrándose entre regiones diferencias porcentuales así como cambios de posición entre un año y otro (Gráfico A.4).



GRÁFICO A.4

C.C.S.S.: NIÑOS DE SEIS MESES A UN AÑO CON VALORES DE HB <10,5 g/100 ml., SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2008-2009 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008-2009

En la atención brindada a los menores en este período de vida, la inmunización activa con vacunas es una actividad esencial; por su efectividad en prevenir la enfermedad y evitar daños subsecuentes. Los datos de la evaluación muestran que en el año 2009 a nivel institucional se presentó una disminución del 9.5% en la cobertura de la vacuna con Polio, respecto al año 2008; como reflejo de la disminución ocurrida en todas las regiones. Probablemente este hallazgo esté relacionado con la suspensión transitoria del uso de este biológico, por revisión del stock de esta vacuna.

El resto de las vacunas a nivel institucional presentan coberturas sobre el 90%, sin embargo, no se alcanzan coberturas útiles $\geq 95\%$, que según OPS/OMS logran protección y evitan brotes. En el ámbito Regional, algunas alcanzan estas coberturas protectoras en algún tipo de vacuna. No obstante, se observan en algunas regiones coberturas muy altas de 100% y variaciones importantes entre un año y otro; lo que sugiere necesario revisar la calidad de los registros (Cuadro A.2).

Es importante recalcar, que en esta cobertura se está contabilizando solo las vacunas aplicadas por los servicios de salud públicos, sin considerar los privados.



CUADRO A.2
C.C.S.S.: COBERTURA DE VACUNACIÓN SEGÚN REGIÓN,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2008 Y 2009¹
(porcentaje)

REGIÓN	AÑO	DPT	POLIO	HEPATITIS	H. INFLUENZAE	SRP
Brunca	2008	97	97	97	100	95
	2009	97	94	96	96	98
Central Norte	2008	91	91	91	90	92
	2009	92	87	92	92	90
Central Sur	2008	94	94	94	93	95
	2009	94	81	93	94	93
Chorotega	2008	96	96	96	96	95
	2009	96	91	95	96	95
Huetar Atlántico	2008	93	93	93	92	93
	2009	94	74	93	92	92
Huetar Norte	2008	91	90	91	91	92
	2009	98	87	97	99	95
Pacífico Central	2008	97	97	97	97	93
	2009	94	87	92	92	96
Institucional	2008	94	94	94	93	94
	2009	94	85	94	94	93

¹ Excluye las Áreas de Compra Externa en ambos años y Poás en el año 2009

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 y 2009

2. Atención de la mujer en edad reproductiva

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

En el Compromiso de Gestión se da seguimiento a estas dos intervenciones, sin embargo; debido a las particularidades expuestas en los dos años analizados, en este informe solo se darán resultados de la atención prenatal, ya que muy pocas Áreas de Salud mantuvieron lo negociado respecto a la Atención posparto.

Sobre la atención prenatal, al igual que en menores de un año, se realizaron variaciones a los criterios técnicos, flexibilizando la concentración y la verificación y/o prescripción de Hierro y Ácido Fólico, por lo que sólo se brindará como resultado la cobertura total, al no tener información uniforme para calcular la cobertura con cumplimiento de criterios.



Para efectos del cálculo de esta cobertura, el denominador utilizado son los embarazos esperados, que se construye con el total de nacimientos del año anterior más un 10% de abortos.

a. Resultados de la Evaluación

La cobertura total de atención prenatal a nivel institucional disminuyó en un 2.4% en el 2009 con respecto al 2008, manteniéndose siempre en 80%, que es una cobertura aceptable.

A nivel regional sólo dos regiones mantuvieron las coberturas en los dos años, el resto disminuyó levemente la cobertura total. Destacan tres regiones en donde su disminución es un poco mayor que el resto, especialmente la Pacífico Central que reduce en un 10% la cobertura en el año 2009, respecto al año anterior, por lo que habría que analizar sus causas (Cuadro A.3 y Gráfico A.5).

Es importante recordar que esta cobertura tiene como denominador los nacimientos del año anterior, con los cuales no siempre existe coincidencia entre el dato del INEC y lo que indican las Áreas de Salud. Unido a esto, la estimación del 10% de abortos no necesariamente es igual en todo el país, pero es la mejor aproximación que se puede realizar con la información disponible. Al calcular la cobertura con la misma metodología en ambos años, la construcción del denominador no debería ser el principal motivo de estas diferencias.

El no contar con información sobre la atención de esta intervención a nivel privado o cubierto por otros programas como Medicina Mixta y de Empresa, impide conocer cuanto del porcentaje no cubierto a nivel institucional, está realmente no cubierto a nivel país; siendo una prioridad de ser analizada; al menos en los dos programas antes mencionados en que la Caja tienen una importante participación Para lo cual se podría estudiar la posibilidad que los involucrados en estos programas aporten información de las atenciones brindadas a cambio de los servicios que presta la institución.

CUADRO A.3

C.C.S.S.: POBLACIÓN Y COBERTURA TOTAL DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2008 Y 2009¹ (personas atendidas y porcentaje)

REGIÓN	POBLACIÓN ^{1/2}		COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL			
			Personas atendidas		Porcentaje	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Total	69.084	70.302	56.606	56.389	82	80
Brunca	6.625	6.779	5.445	5.476	82	81
Central Norte	16.582	16.440	13.110	12.941	79	79
Central Sur	20.046	20.523	16.490	16.840	82	82
Chorotega	7.606	7.852	5.955	6.026	78	77
Huetar Atlántica	8.590	8.711	7.819	7.597	91	87
Huetar Norte	4.789	4.929	3.428	3.408	72	69
Pacífico Central	4.846	5.068	4.359	4.101	90	81

^{1/1} Excluye las Áreas de Compra Externa en ambos años y Poás en el año 2009

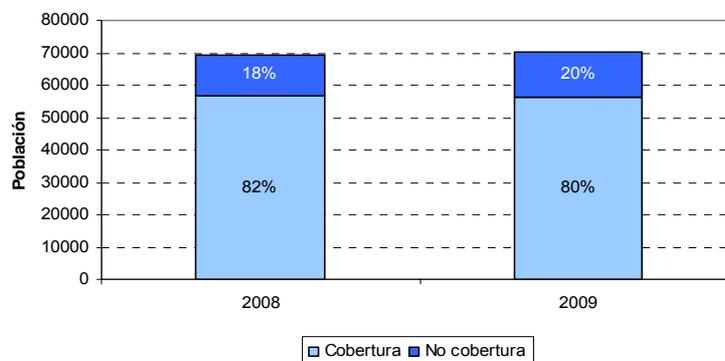
^{1/2} Se refiere a embarazos esperados, contruidos con los nacimientos del año anterior más un 10% de abortos

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

GRÁFICO A.5

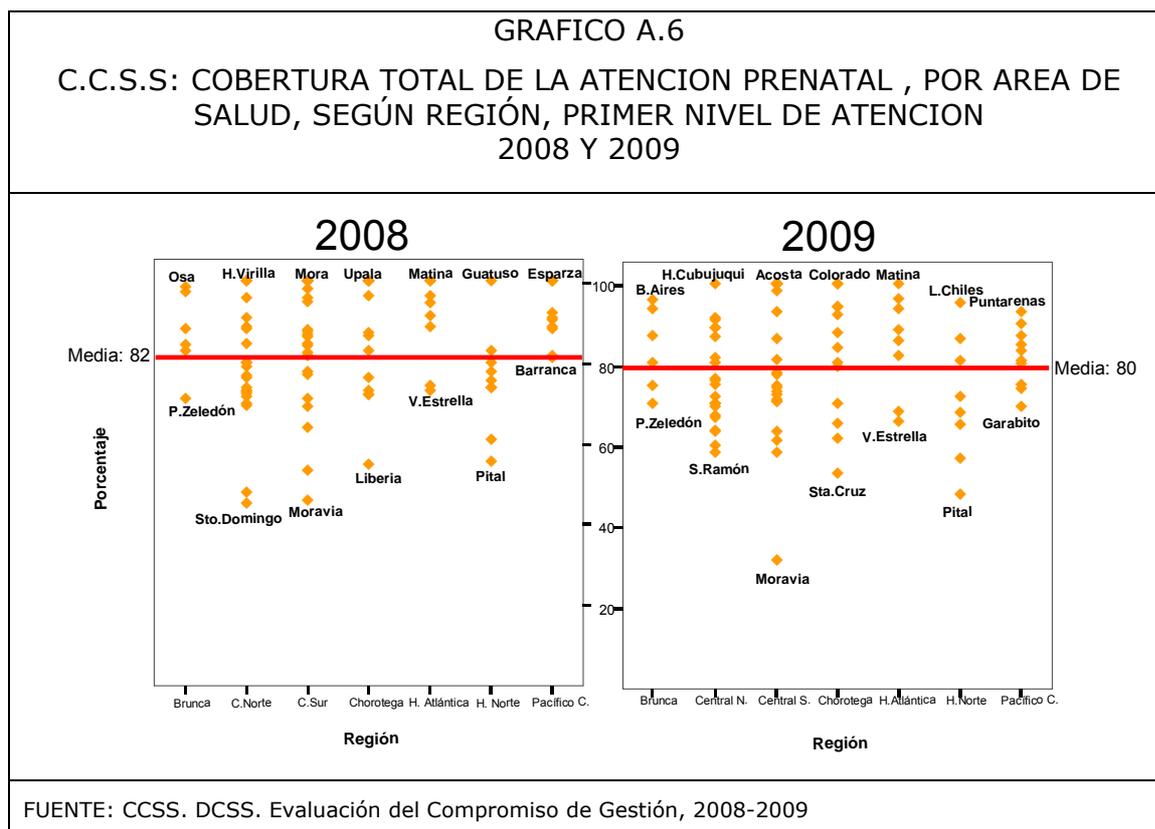
C.C.S.S.: COBERTURA, DE LA ATENCION PRENATAL, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2008 Y 2009

(volumen y porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

Al observar el comportamiento de las Áreas de Salud en cada región, con respecto a las coberturas totales, se muestra que al igual que en menores de un año, existe mayor variabilidad en la prestación de servicios entre Áreas de una misma región en el 2009 con respecto al 2008, a excepción de la Región Central Norte que disminuyó la diferencia entre sus Áreas. Esta situación incide en que mayor cantidad de Áreas de Salud en el 2009 tengan coberturas por debajo del promedio institucional (Gráfico A.6).

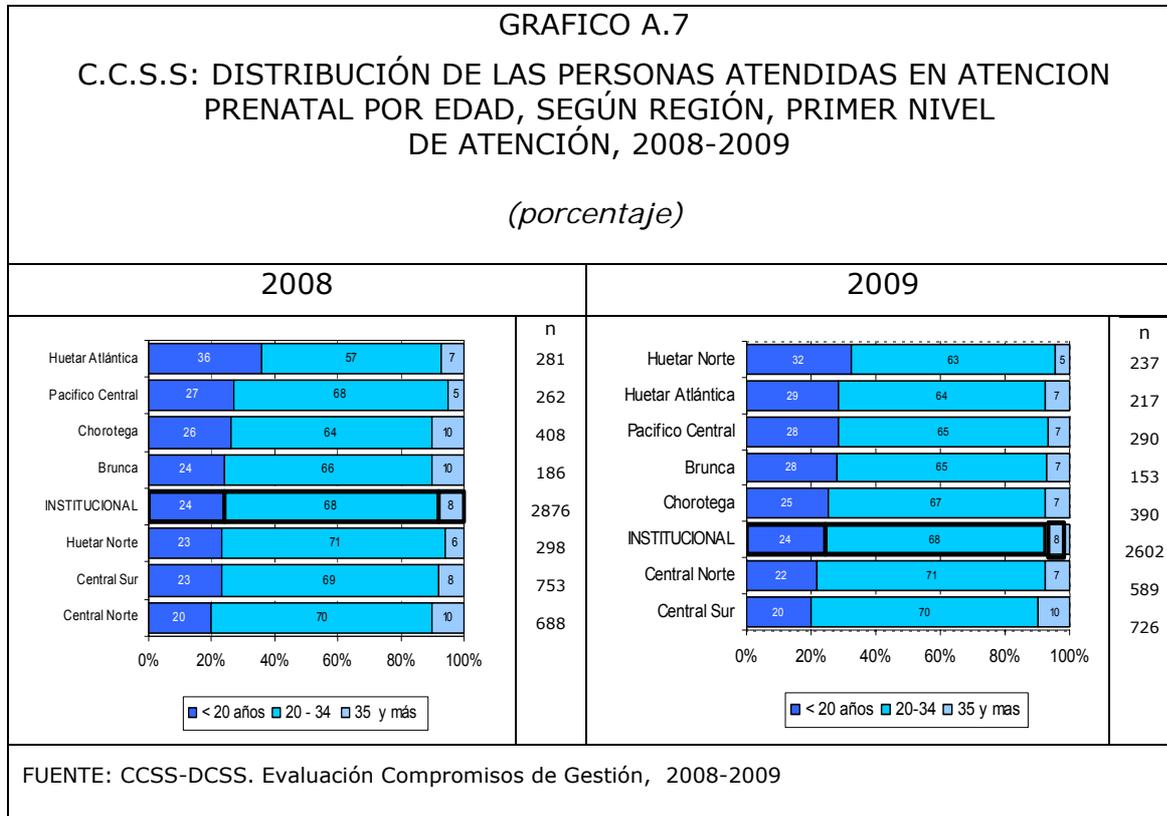


Conocer el comportamiento de la edad de las personas que se atienden en atención prenatal es importante especialmente para dar seguimiento al embarazo de adolescentes y de las mujeres de 35 años y más.

Se observa a nivel institucional que se mantiene en ambos años similar comportamiento de adolescentes atendidas, en un 24%. A nivel regional se presentan algunos cambios entre los dos años, por ejemplo, la Huetar Norte aumenta en forma importante el porcentaje de adolescentes atendidas en el 2009 con respecto al 2008, lo que habría que verificar si es real o debido a problemas de registro (Gráfico A.7).

La Región Huetar Atlántica disminuyó el porcentaje de adolescentes atendidas en atención prenatal en el año 2009, pero aún ese porcentaje se mantiene cercano al 30%, siempre por arriba del promedio institucional. Esta disminución hay que tomarla con cautela ya que como se mostró anteriormente, la cobertura total disminuyó en esta región en el año 2009, lo que podría afectar el porcentaje de atención en este grupo de edad.

El porcentaje de personas atendidas en el otro extremo de la escala de edad, de 35 años y más se mantiene entre un 5 y 10% del total de atendidas en ambos años.



Al igual que en la atención de menores de un año, en la atención prenatal se da seguimiento a la oportunidad de atención en esta intervención, monitoreando la captación temprana, medida por las semanas de gestación en la primera consulta. La normativa institucional indica que esta captación para que sea oportuna debe realizarse en el período hasta las 13 semanas de gestación.

Los resultados muestran que a nivel institucional en el año 2009 se observó un aumento del 12% de la captación en ese período con respecto al 2008, 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.

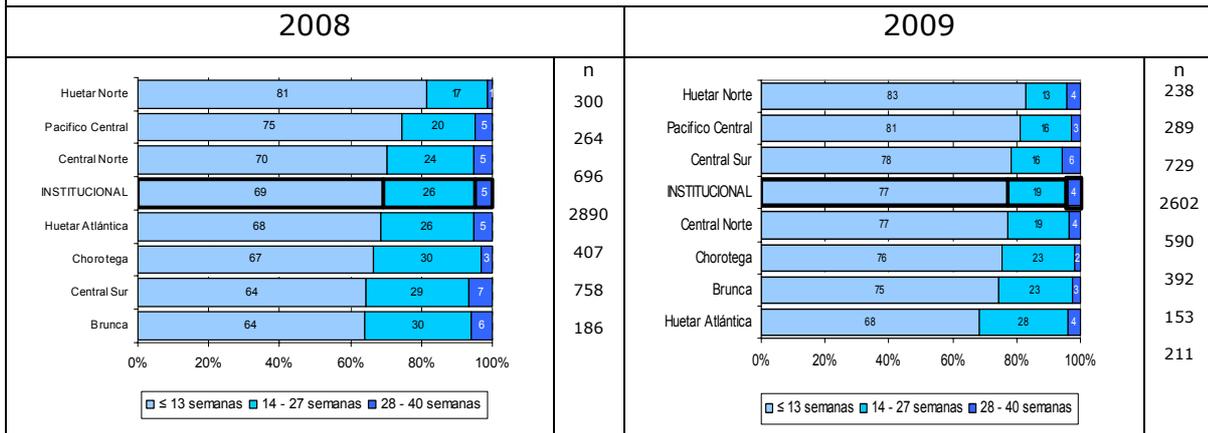
A nivel regional, todas las regiones aumentaron el porcentaje de personas atendidas oportunamente en el 2009, a excepción de la Huetar Atlántica que mantiene el porcentaje del 2008. Como consecuencia de este aumento, se muestra una disminución de las personas captadas entre las 14 y 27 semanas, sin embargo, para el año 2009 aún hay 3 regiones en donde más del 20% de las personas que atienden son captadas en ese período.

La captación entre las 28 y 40 semanas de gestación, también presentó en el 2009 una leve disminución a nivel institucional, no obstante; se mantiene una región con un 6% de mujeres captadas en ese período. Debería plantearse una meta a alcanzar, que elimine esta categoría de captación tardía en la atención prenatal (Gráfico A.8)



GRÁFICO A.8

C.C.S.S: EDAD GESTACIONAL EN LA CAPTACIÓN DE LA ATENCIÓN
PRENATAL SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN,
2008-2009
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008-2009

En estos dos años se ha continuado con el acercamiento para conocer la detección de patología asociada al embarazo, aunque en forma presuntiva ya que al menos dos de las patologías analizadas requieren otras pruebas para su diagnóstico. Se cuenta con información de glicemia en ayunas, valor de Hemoglobina y valor de VDRL en la primera consulta de las embarazadas atendidas.

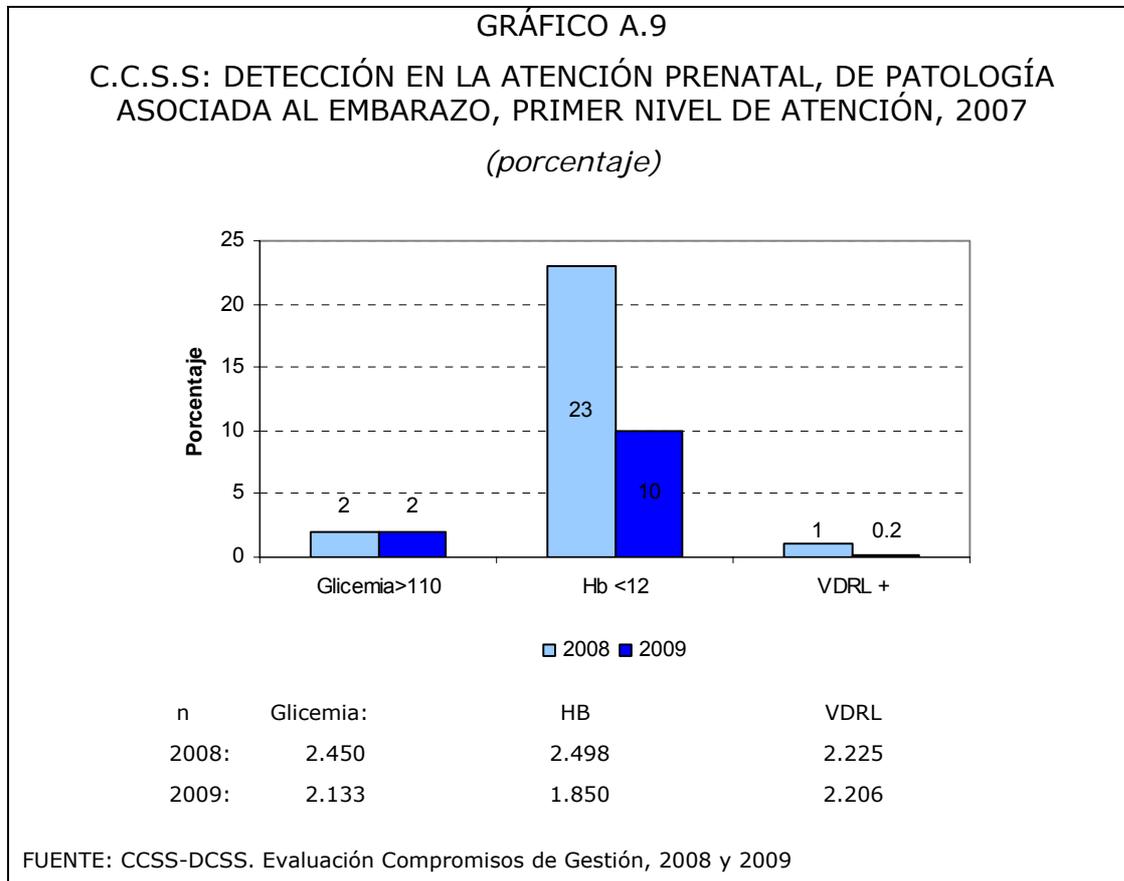
Los resultados muestran que un 2% de las embarazadas atendidas con resultado de glicemia, tanto en el 2008 como en el 2009, presentaban glicemias mayores a 110 mg. /dl. Es importante indicar que el 16% en el 2008 y el 12% en el 2009 de las embarazadas atendidas no contaban con resultados de glicemia. Pareciera importante insistir en los prestadores de servicios sobre la relevancia de educar a las usuarias para realizarse esta prueba presuntiva de diabetes gestacional (Gráfico A.9).

En relación a anemia, los datos puntuales a nivel institucional, encontrados en las evaluaciones de estos años muestran una diferencia importante hacia la disminución en el año 2009 con respecto al 2008, situación que de ser real y no una situación de registros es un dato muy alentador.

También se muestra una disminución moderada de las embarazadas atendidas que no cuentan con resultado del examen de hemoglobina pasando de un 14% en el 2008 a un 11% en el 2009 (Gráfico A.9).

Con respecto a la prueba presuntiva para sífilis, se encontró a nivel institucional una disminución del porcentaje de personas atendidas con un VDRL+ en la primera

consulta, entre las personas que contaban con resultado de este examen. Se mantiene un 15% de las personas atendidas que no cuentan con resultados (Gráfico A.9).



3. Atención adulto mayor

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

A nivel de los compromisos de Gestión, desde sus inicios se ha dado seguimiento a la atención de este grupo de edad, incentivando hacia una atención eficiente y oportuna de los adultos mayores, definidos como las personas de 65 años y más.

En estos dos años, al igual que en las atenciones anteriormente descritas, se realizaron modificaciones a los criterios técnicos previamente definidos, en especial en lo referente a la valoración de agudeza visual y auditiva, por lo que solo se reportará en este informe la cobertura total y no con criterios técnicos.

Se cuenta con información para incorporar a esta descripción, el concepto de **oportunidades perdidas**, entendida como la no realización de ciertas atenciones teniendo la posibilidad de hacerlo, denominado **no cobertura del programa**, que corresponde a los adultos mayores atendidos, pero no incluidos como parte del programa de Atención Integral, probablemente por atenderse solo por morbilidad.



Es importante tener en cuenta, que al estar a 10 años del último censo poblacional la estimación del crecimiento del denominador utilizado para la construcción de la cobertura total, que es la población de 65 años y más, podría estar subestimada, lo que podría dar resultados mas halagüeños que lo real.

a. Resultados de la Evaluación

La **cobertura total de la Atención Integral** de los adultos mayores en el año 2009, presentó un aumento de un 5% con respecto al año 2008. Este resultado refleja un mayor aumento de las personas atendidas que la estimación de crecimiento de la población en este grupo de edad. Este comportamiento se reproduce a nivel regional ya que todas las regiones aumentaron la cobertura del 2009 con respecto a lo logrado en el 2008 (Cuadro A.4)

CUADRO A.4

C.C.S.S: POBLACIÓN Y COBERTURA TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2008 Y 2009 ^{/1}
(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN	POBLACIÓN		COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL			
			Personas atendidas		Porcentaje	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Total	211.879	212.367	136.542	143.377	64	67
Brunca	17.023	16.963	12.903	13.652	76	80
Central Norte	57.992	56.636	33.323	34.295	57	61
Central Sur	72.685	73.910	50.115	53.491	69	72
Chorotega	22.007	22.058	14.653	15.102	67	68
Huetar Atlántica	18.084	18.650	9.622	10.103	53	54
Huetar Norte	9.810	9.956	5.207	5.445	53	55
Pacífico Central	14.305	14.464	10.719	11.289	75	78

^{/1} Excluye a las Áreas de Compra Externa en ambos años y Poás en el año 2009

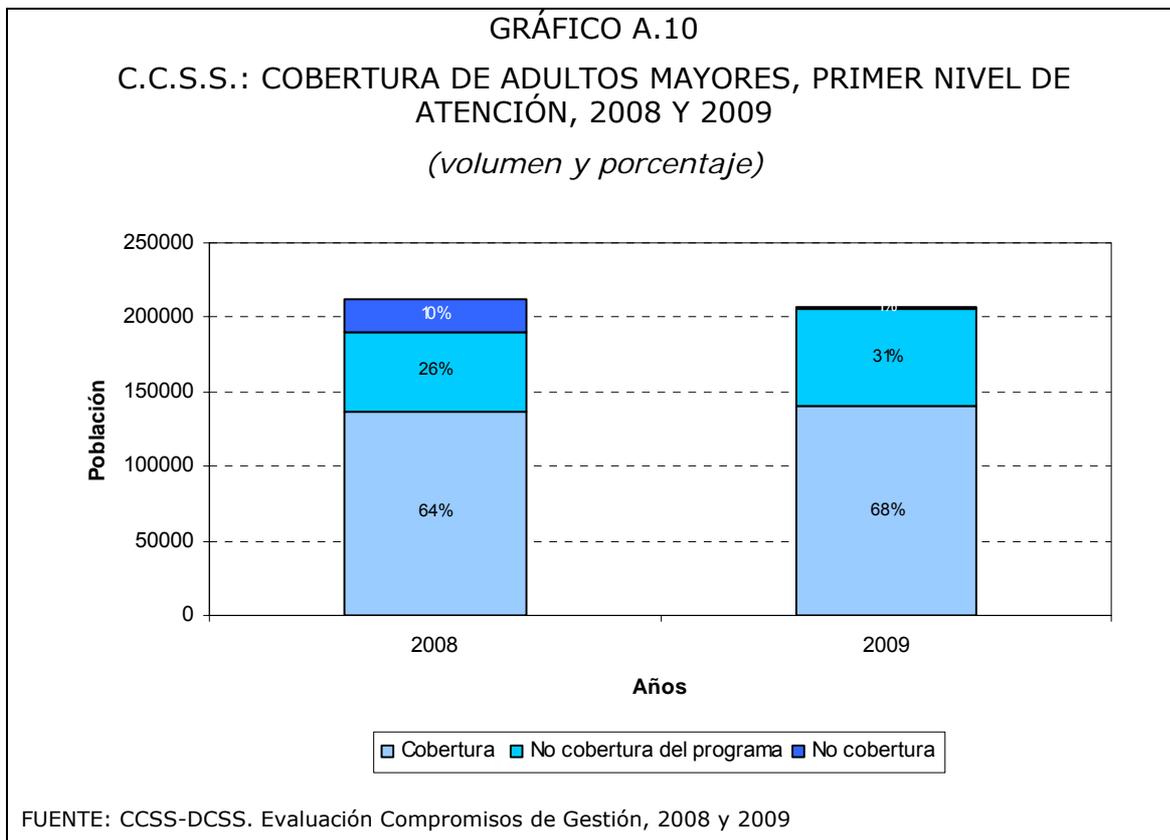
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

Como se indicó al inicio de este apartado, se cuenta con datos que permite conocer cuantos adultos mayores son atendidos en el Primer Nivel, pero no son incorporados en el programa de Atención Integral, lo que se ha llamado **no cobertura del programa**. Esta categoría se calcula observando la diferencia entre lo que se reporta de adultos mayores atendidos en el programa de Atención Integral y lo reportado de adultos mayores atendidos como consultas de primera vez en el Área, en el mismo año.



Estas personas atendidas no se consideran en la cobertura que da seguimiento el Compromiso de Gestión ya que no se brinda una atención Integral. Como se muestra en el gráfico A.10, existe un aumento de 7% en el año 2009 de las personas atendidas pero no cubiertas por el programa de Atención integral, lo que representa un aumento de oportunidades perdidas.

Si se suman estas dos categorías (cobertura y no cobertura del Programa) la cobertura total sería muy diferente y llegaría al 99%, ya que la **no cobertura** presenta una disminución en el año 2009 en relación al 2008, quedando solo en un 1%. Si este resultado es real, habría que insistir en que a los adultos mayores que se atienden se aborden en forma integral. Sin embargo, se generan algunas dudas sobre la calidad de los datos, al observar, que hay Áreas de Salud que muestran coberturas de Atención Integral del 100%, lo que parece poco probable con los recursos existentes, a menos que el denominador esté subestimado. En todo caso parece importante insistir en el control de la calidad de los datos, que puede ser otro factor que altere los resultados (Gráfico A.10).

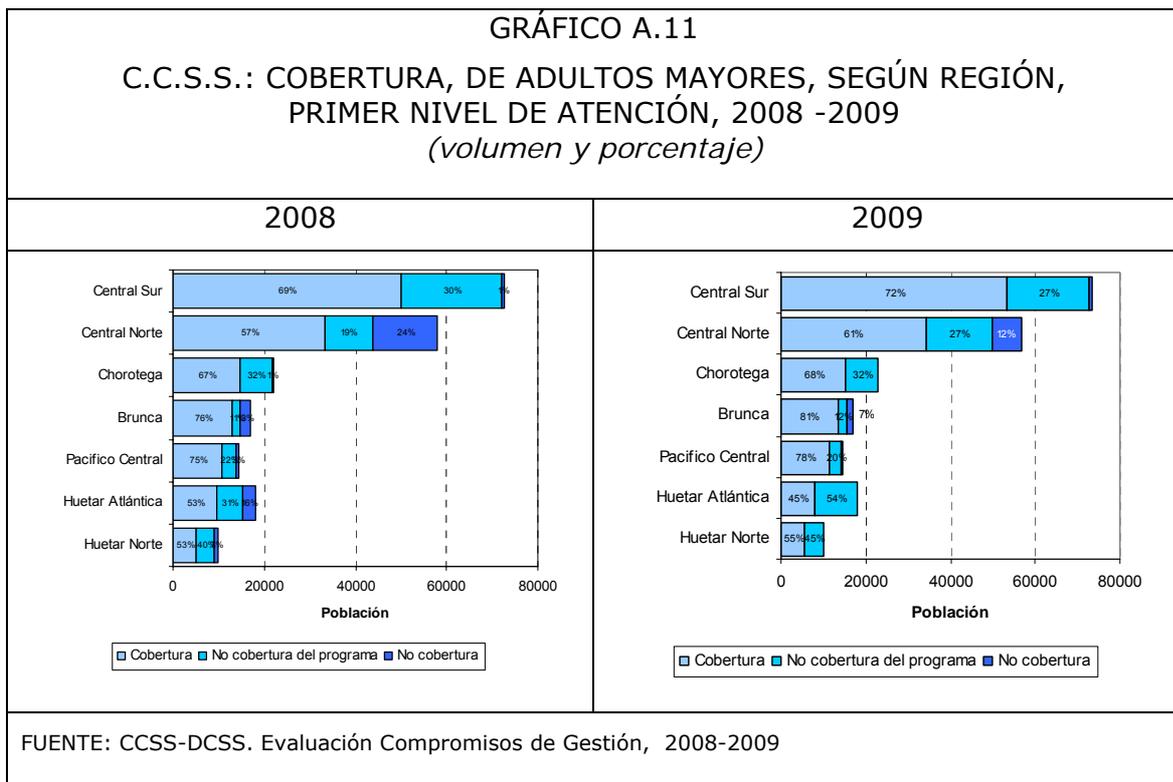


A nivel regional, se grafica el comportamiento de las tres categorías estudiadas, en donde se observa que existen 5 regiones que muestran una atención a todos sus adultos mayores si se juntan los atendidos en el Programa de Atención Integral y los no cubiertos por el programa, especialmente en el año 2009, quedando solo dos regiones que muestran una brecha de cobertura de 7% y 12% respectivamente (Gráfico A.11).



Lo anterior pareciera muy positivo, pero no alcanza para tener un efecto importante en reducir el número de personas no cubiertas por el programa. Hay Regiones que de acuerdo a los datos suministrados, indican cubrir a toda la población de adultos mayores, sin embargo, presentan los mayores porcentajes de oportunidades perdidas, por no cobertura del programa.

Se hace necesario corroborar estos resultados para tener una visión lo más cercana a la realidad posible, que no lleve a toma de decisiones equivocadas.

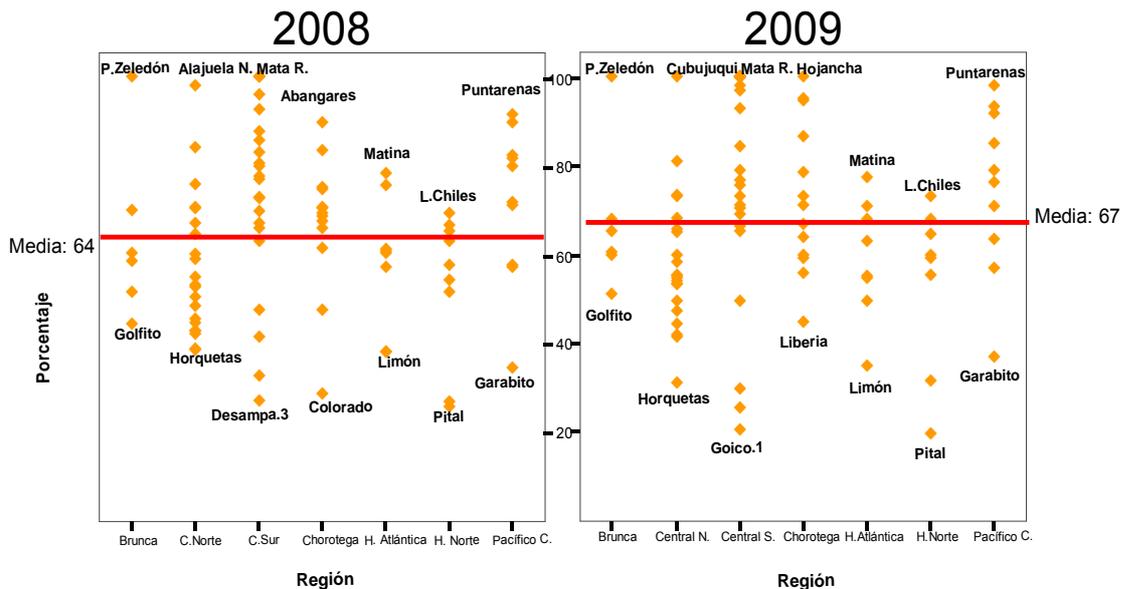


La cobertura total promedio a nivel institucional, aunque presenta una leve mejoría en el año 2009 con respecto al 2008, sigue mostrando brechas importantes en la atención, entre Regiones y entre Áreas de Salud de una misma Región. Este grupo de edad es el que presenta mayores diferencias geográficas en la prestación de servicios si se compara con la atención de menores de un año y atención prenatal.

Tanto en el ámbito de Regiones como al interior de ellas se observa un incremento de las diferencias en el 2009. Al igual que lo indicado anteriormente, se hace necesario conocer los motivos de estas diferencias para poder generar estrategias que permitan superarlas (Gráfico A.12).

GRÁFICO A.12

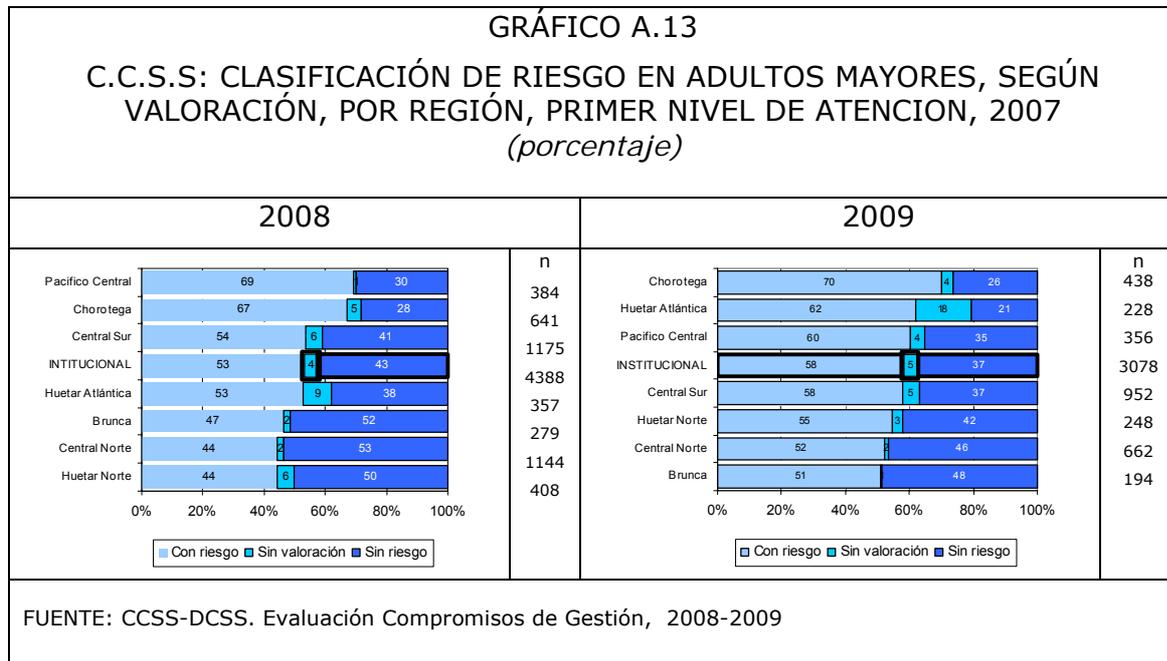
C.C.S.S: COBERTURA TOTAL DE ADULTOS MAYORES, POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2008 Y 2009



FUENTE: CCSS. DCSS. Evaluación del Compromiso de Gestión, 2008-2009

En la atención de adultos mayores abordados en forma integral, una de las acciones que se realiza y da seguimiento es la valoración de riesgo. El resultado de esta intervención a nivel institucional, muestra que en el año 2008, el 53% de los adultos mayores atendidos integralmente, presentaban riesgo, el 43% sin riesgo y el 4% no se les valoraron este aspecto. Para el año 2009, los resultados muestran que el 58% presentaba riesgo, el 37% sin riesgo y un 5% de personas sin valoración. Sobre el 95% de las personas con riesgo, se reporta que se elaboró un plan de abordaje. Dado el alto número de personas con riesgo, sería pertinente revisar los criterios para su calificación ya que su abordaje demanda una importante cantidad de recursos y tiempo.

A nivel regional el comportamiento no es homogéneo. En el año 2008 la mayoría de las regiones reportaron el mayor porcentaje en la categoría de adultos sin riesgo, en cambio en el año 2009 el mayor porcentaje se encuentra en la categoría de riesgo, incluso hay regiones que reportan un 70% de los adultos mayores atendidos como de riesgo (Gráfico A.13).



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008-2009

Conclusiones de la Atención por Ciclo de Vida

En las tres etapas del ciclo de vida que se incorpora en este informe, se puede observar que la que muestra una mayor limitación en su cobertura es la de Adultos Mayores. La atención de menores de un año y en la atención prenatal aunque se encuentran coberturas de 80% y más, se observó una disminución en el año 2009 con respecto al 2008.

Uno de los factores que pudo haber influido es la atención a la epidemia de H1n1, sin dejar de contemplar lo que se ha venido indicando en informes anteriores, en el sentido de que será difícil seguir aumentando coberturas con la capacidad instalada actual.

Uno de los elementos a mejorar es insistir en concretar un abordaje integral de las personas atendidas, minimizando al máximo las oportunidades perdidas, que aunque en este informe solo se ha podido mostrar en la atención de adultos mayores, muy probablemente sucede en otras atenciones. Se hace necesario buscar nuevas estrategias, que permita a los prestadores de servicios de salud, poner en práctica esta característica esencial del modelo de atención. Además, persiste el imperativo de insistir en la mejora de la equidad en la prestación de servicios, disminuyendo las desigualdades geográficas observadas entre Regiones y entre Áreas de Salud en cada Región.

Seguir insistiendo en que es una necesidad urgente contar desde el lugar donde se generan los datos de la atención brindada, con una verificación de la calidad de los registros, que finalmente es la información con que se cuenta a nivel institucional y de país para la toma de decisiones. Se mantiene incertidumbre sobre el grado en que actualmente éstos reflejan la realidad.



B. Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud

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.

La amenaza de las enfermedades no transmisibles puede ser atenuada utilizando intervenciones que han demostrado muy buenos resultados en varios países. Al realizar intervenciones sobre los riesgos modificables, se estima que el 80% de las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo dos podrían ser prevenibles.

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 medirlas en la prestación de servicios de salud.

En este informe se mostraran resultados de Prevención y control de algunas enfermedades del sistema circulatorio, tales como, la atención a las personas con Hipertensión en el primer nivel de atención y la aplicación de Terapia Trombolítica en hospitales. Atención de personas con Diabetes Mellitus tipo dos en el primer nivel de atención, y detección y abordaje del cáncer cervicouterino, tanto en el primer nivel como a nivel hospitalario.

Estas intervenciones se midieron en relación a cobertura total y grado de control en el caso de Hipertensión y Diabetes, en relación a oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica y por medio de cobertura de PAP y atención oportuna de personas con citología alterada en el caso de cáncer Cervicouterino

1. Enfermedades del Sistema Circulatorio:

1.1. Control de la Hipertensión Arterial Esencial en personas atendidas

En un estudio realizado sobre este tema recientemente⁵ se indica que las personas atendidas en la Caja por esta enfermedad tienen en promedio 59 años, con una alta proporción de mujeres y elevada malnutrición por exceso. Además se mostró que el 48.4% de las personas atendidas en el primer nivel presentó valores de presión arterial <140/ <90 en el año 2006.

Este informe mostrará datos sobre cobertura total tomando como denominador de población a riesgo un 25%, de acuerdo a los resultados de la encuesta multinacional realizada en San José⁶, que indica esta prevalencia, sobre la población de 20 años y más. Este es el primer informe en que se considera este denominador, anteriormente se usaba el 10%, por lo que las coberturas varían considerablemente con datos anteriores.

⁵. CCSS. Control de la Hipertensión Arterial en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Compra de Servicios de Salud, 2010.

⁶ MS, CCSS, INCIENSA, CDC, OPS. Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión y factores de riesgo asociados. Área Metropolitana, San José, 2004



a. Resultados de la Evaluación

La cobertura total de personas con hipertensión fue de 45% en el 2008 y 50% en el 2009, significando un aumento de un 11% en el 2009 con respecto al 2008.

A nivel regional se observan cambios de cobertura importantes en ciertas regiones entre un año y otro que sería necesario corroborar que sean reales y no una situación de registro (Cuadro B.1).

Es necesario considerar que se está usando la prevalencia de San José para todo el país, situación que probablemente no es así, pero es el mejor acercamiento que se puede realizar de acuerdo a la información con que se cuenta.

CUADRO B.1

C.C.S.S: POBLACIÓN Y COBERTURA TOTAL, DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGION, 2008 Y 2009 ^{/1}
(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN	POBLACION ^{/2}		COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL			
			Personas atendidas		Porcentaje	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Total	572.506	562.621	255.494	280.307	45	50
Brunca	42.282	42.147	18.519	24.643	44	58
Central Norte	159.122	154.573	66.049	68.034	42	44
Central Sur	197.752	201.616	91.850	101.350	46	50
Chorotega	48.575	48.713	24.944	23.849	51	49
Huetar Atlántica	60.389	50.093	24.790	27.061	41	54
Huetar Norte	28.437	28.865	10.644	11.307	37	39
Pacífico Central	35.949	36.614	18.698	24.063	52	66

^{/1} Excluye las Áreas de Compra Externa en ambos años y Poás en el año 2009

^{/2} Se calcula con una prevalencia de 25%, según Encuesta multicentro del 2004, sobre la población de 20 años y mas

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

Para definir el grado de control de la hipertensión en las personas atendidas es determinante conocer las patologías asociadas, denominadas **comorbilidades**, tanto por el abordaje requerido, como porque su presencia o ausencia determinan puntos de corte diferente, para calcular el grado de control. En este sentido, el 27% y 29%



respectivamente de las personas atendidas presentaron comorbilidades en los años 2008 y 2009, siendo la más prevalente la Diabetes Mellitus representado sobre el 80% del total de comorbilidades (Cuadro B.2).

Es importante tener en cuenta que estos datos se obtienen de lo registrado en el expediente, por lo que si existiera subregistro de las comorbilidades diagnosticadas, no se puede conocer.

CUADRO B.2
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS CON
HIPERTENSIÓN ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
SEGÚN COMORBILIDAD, 2008 Y 2009

COMORBILIDADES	2008		2009	
	ABSOLUTO	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE
TOTAL	5224	100	3577	100
SIN PATOLOGÍA	3790	73	2647	74
CON PATOLOGÍA	1434	27	930	26
DM	1287	25	827	23
Insuficiencia Cardíaca (IC)	108	2	76	2
Insuficiencia Renal (IR)	39	1	27	1

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

Considerando las patologías asociadas, a nivel institucional el 54% en el 2008 y el 56% en el 2009 de los hipertensos atendidos presentan una presión arterial controlada de acuerdo a los puntos de corte definidos por la Guía Institucional de Hipertensión; <140/< 90 mmHg para las personas sin patología y <130/<80 mmHg, para las personas con patología (Gráfico B.1).

Este aumento del 2009 con respecto al 2008, se debe a una leve mejoría en las personas controladas con y sin patología, lo que produce una disminución de las personas no controladas, sin embargo, llama la atención que entre las personas no controladas el mayor porcentaje sea en personas sin patología en relación a las con patología, cuando existe evidencia suficiente con respecto a que las comorbilidades se asocian con limitados resultados de la prestación de servicios de salud y complejidad en el manejo clínico.

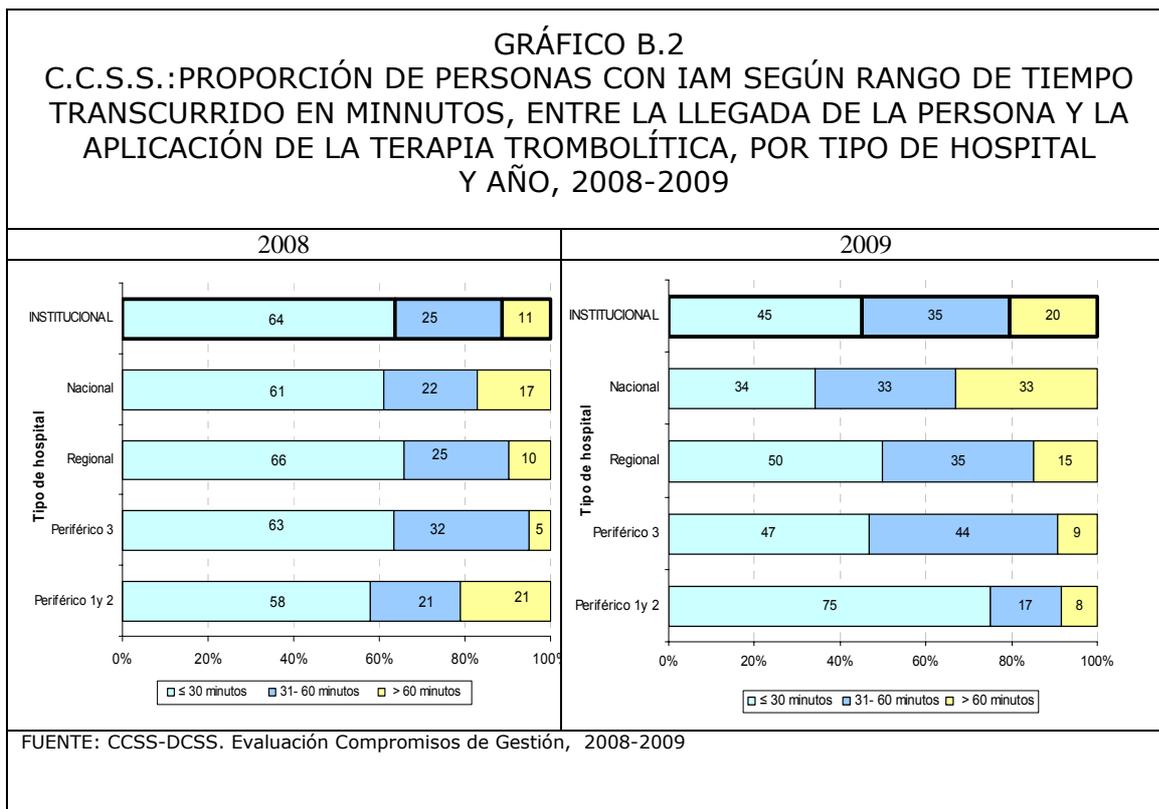
A nivel regional, la mayor parte de las regiones mejoraron la proporción de personas controladas, además se observó una disminución en la proporción de personas no controladas con patología, sin embargo, en las sin patología se mantuvo el porcentaje y en algunos casos aumentó (Gráfico B.1).

Pareciera importante, que a nivel de los servicios de seguimiento al grado de control de las personas atendidas con el fin de identificar a las personas no

a. Resultados de la Evaluación

En el año 2009, el desempeño en esta intervención es heterogéneo en los diferentes tipos de hospital. El promedio en el tiempo del manejo de la terapia trombolítica a personas con infarto agudo del miocardio, fue en mayor proporción aplicado a los 60 minutos o menos; sin embargo; dicha cifra se redujo respecto al año anterior, a expensas de una disminución del porcentaje correspondiente a los 30 minutos o menos. (Gráfico B.2)

Llama la atención la reducción porcentual en 44% y en 25% menos, en relación a la terapia aplicada antes de los 30 minutos, en el tipo de hospital Nacional y en el Regional y Periférico 3 respectivamente. Además, del crecimiento importante en la aplicación del tratamiento después de los sesenta minutos, respecto a la llegada al Servicio de Urgencias. Esta situación sugiere del análisis de los posibles factores que pudiesen estar incidiendo en el retraso, del uso oportuno del tratamiento fibrinolítico.





2. Control metabólico de las personas con Diabetes mellitus tipo dos

La diabetes constituye una carga importante de enfermedad y altos costos individuales y sociales en los cuidados de salud.

En un estudio realizado por la Dirección de compra de Servicios de Salud sobre este tema⁹ se indica que las personas atendidas en la Caja por esta enfermedad tienen en promedio 60 años, con predominio de nivel educativo primario y con una alta proporción de sobrepeso y obesidad. Además se mostró que el 50% de las personas atendidas en el primer nivel presentó valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\leq 7\%$ en el año 2004.

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 personas¹⁰.

En el marco de los Compromisos de Gestión, desde el inicio de su implementación, se ha propiciado que los servicios de salud brinden una mejor atención a las personas con diabetes Este informe mostrará datos sobre cobertura total, tomando como denominador de población a riesgo un 8%, de acuerdo a los resultados de la encuesta multinacional realizada en San José¹¹, que indica esta prevalencia, sobre la población de 20 años y más. Este es el primer informe en que se considera este denominador, anteriormente se usaba el 5%, por lo que las coberturas varían con respecto a años anteriores.

Además se presentará información sobre el grado de control metabólico de las personas con diabetes atendidas, al contar con datos de HbA1c, tomando el último valor registrado en los expedientes de las personas. Una de las categorías que se ha incorporado en el Compromiso de Gestión es el "pobre control" el cual se entiende como el grupo de personas con diabetes que no cuentan con resultados de HbA1c o cuyo último valor del año es $\geq 9\%$.

a . Resultados de la Evaluación

La cobertura total de las personas atendidas por diabetes, a nivel institucional, aumento en un 9% con respecto a la cobertura del 2008, sin embargo se observa una leve disminución en la estimación de población a atender aunque esta calculado ambos años con un 8% de la población de 20 años y mas.

A nivel regional se reproduce el patrón de aumento en todas las regiones, sin embargo, llama la atención el aumento elevado de entre el 20% y 30% en sus coberturas, en las regiones Brunca y Huetar Atlántica, que sería necesario revisar (Cuadro B.3).

⁹ CCSS. Control de la Diabetes en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Compra de Servicios de Salud.2006

¹⁰ DCSS, Control de la diabetes en Personas atendidas en la CCSS. Gerencia División Administrativa, CCSS 2006.

¹¹ MS, CCSS, INCIENSA, CDC, OPS. Encuesta multinacional de diabetes mellitas, hipertensión y factores de riesgo asociados. Área Metropolitana, San José, 2004

CUADRO B.3

C.C.S.S: POBLACIÓN Y COBERTURA TOTAL, DE LAS PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGION, 2008 Y 2009 ^{/1}
(*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN	POBLACION ^{/2}		COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL			
	2008	2009	Personas atendidas		Porcentaje	
			2008	2009	2008	2009
Total	183.478	180.039	100.821	107.463	55	60
Brunca	13.530	13.487	6.372	7.856	47	58
Central Norte	50.919	49.463	26.701	27.220	52	55
Central Sur	63.557	64.517	33.891	36.300	53	56
Chorotega	15.544	15.588	10.144	10.736	65	69
Huetar Atlántica	19.325	12.110	11.293	10.409	58	76
Huetar Norte	9.100	9.237	3.899	4.138	43	45
Pacífico Central	11.504	11.716	8.521	9.103	74	78

^{/1} Excluye a las Áreas de Compra Externa en ambos años y Poas en el año 2009

^{/2} Se calcula con una prevalencia de 8%, según Encuesta multicentro del 2004, sobre la población de 20 años y más

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

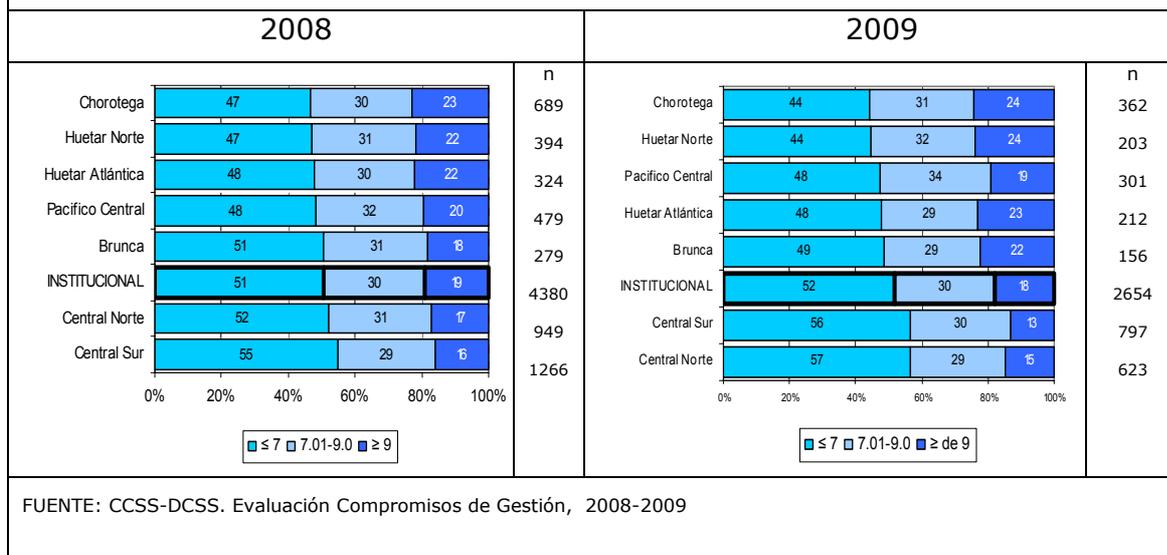
Uno de los elementos que se ha tratado de influir desde el Compromiso de Gestión, es que se cuente con resultados de HbA1c de las personas atendidas, al menos una vez cada semestre, que permita a los proveedores de servicios de salud monitorear el grado de control de las personas atendidas y /o modificar el tratamiento cuando se requiera.

La periodicidad de las pruebas de HbA1c, a nivel institucional, en personas con diabetes atendidas, muestra que no existe cambio en los dos años presentados. Solo la mitad de las personas cuentan con las 2 pruebas que recomiendan las guías técnicas, una tercera parte cuenta con una prueba y queda aún un 11% que no tiene resultados en todo el año, lo que limita la efectividad del seguimiento y control que se realice (Gráfico B.3).

A nivel regional no se observa un comportamiento definido, existen cambios bruscos de la periodicidad de esta prueba, que habría que conocer su causa. En el pasado, los elementos de mayor influencia para no contar con las dos pruebas fueron, la no disponibilidad del reactivo y la no realización del examen por parte de los usuarios. En relación a este último elemento, es necesario insistir en la educación a las personas con diabetes, que les permita conocer y asimilar la importancia de realizarse esta prueba, para darle un adecuado seguimiento (Gráfico B.3).

GRÁFICO B.4

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C, EN PERSONAS CON DIABETES ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN, 2008- 2009
(porcentaje)



3. Detección temprana del cáncer cervicouterino

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 uterino¹². El cáncer y su manejo tienen grandes consecuencias emocionales, sociales y económicas para las personas y sus miembros de familia, unido a un elevado costo de la atención médica.

La intervención prioritaria planteada para este problema de salud en la institución es la detección temprana y el tratamiento oportuno. El propósito de la detección oportuna es identificar la enfermedad en un estadio temprano, cuando tiene un alto potencial para la curación.

Los Compromisos de Gestión promueven desde su inicio la detección oportuna del cáncer de cervix. En el Primer Nivel de Atención por medio del tamizaje y la detección, seguimiento y manejo oportuno por parte de las Áreas de Salud. Además, se mide el tiempo de notificación del resultado a la paciente a partir de la recepción del resultado de las citologías alteradas. El tiempo de referencia definido técnicamente es de 8 días.

A nivel de la atención especializada se ha enfatizado en la oportunidad del abordaje de acuerdo al tipo de alteración encontrada producto del tamizaje. 60 días para las

¹² Ministerio de Salud. Incidencia y mortalidad del cáncer en Costa Rica 1990-2003. Registro Nacional de Tumores. 2004



lesiones de bajo grado, en 30 días para las lesiones de alto grado y atención en 8 días en caso de ser sugestivo de cáncer¹³.

a . Resultados de la Evaluación

En el Primer nivel de atención se da seguimiento a la cobertura de toma de citología cervicovaginal de las mujeres de 20 años y más del Área de Salud, dividido en dos grupos de edad de 20-34 años y 34 años y más.

Los resultados de los años 2008 y 2009 muestran que en las personas menores de 35 años la cobertura a nivel institucional se mantuvo en 22%, en cambio en las mayores de esta edad presentó un leve descenso de 4% en el año 2009. Estas coberturas se han mantenido a través de los años, por lo que vale la pena insistir en la necesidad de obtener información de las mujeres que se realizan el PAP fuera del ámbito institucional y de esta forma conocer la realidad de la cobertura de esta importante intervención

A nivel regional se mantiene la diferencia de coberturas entre regiones, ya que la de mejor desempeño supera a la de menor, por 20 puntos porcentuales. Se recomienda revisar las estrategias especialmente para aquellos lugares que han mostrado mayor incidencia en el país especialmente Limón y Puntarenas ya que Guanacaste se encuentra entre las regiones que presentan las coberturas más altas. (Cuadro B.4).

¹³ Ministerio de Salud. Normas y Procedimientos de Atención Integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de Cuello de Útero. Gaceta N°131 del 7 de julio del 2006.



CUADRO B.4

C.C.S.S: POBLACIÓN Y COBERTURA TOTAL DE PERSONAS CON CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN, 2008 Y 2009 ¹ (*personas atendidas y porcentaje*)

REGIÓN	POBLACIÓN				COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL			
	<35 años		≥35 años		<35 años		≥35 años	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Total	443.195	478.874	632.050	650.595	22	22	24	23
Brunca	32.752	32.240	50.694	50.589	35	34	33	33
Central Norte	120.624	125.587	171.667	179.714	15	14	19	18
Central Sur	151.869	180.949	212.415	221.202	20	21	24	23
Chorotega	35.216	35.355	59.400	59.602	30	34	27	30
Huetar Atlántica	52.173	54.893	64.133	67.076	21	21	20	19
Huetar Norte	23.159	23.532	31.552	32.069	27	28	25	27
Pacífico Central	27.402	26.316	42.189	40.343	29	27	28	27

¹ Excluye las Áreas de Compra Externa en ambos años, Grecia , Turrialba y Catedral Noreste en el 2008 y Poás en el año 2009

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 y 2009

Otro de los elementos a que se le da seguimiento en Primer Nivel, es la oportunidad con que se comunica y se refiere a las personas con citología alterada.

Los resultados de estos dos años, muestran a nivel institucional, una mejoría en el número de personas que se les comunica el resultado, pasando de un 3.5% de las personas con citología alterada sin comunicación en el 2008 a un 1% en el 2009. En números absolutos significan de 122 personas en el 2008 a 36 personas en el 2009.

En relación a la oportunidad de la comunicación, a nivel institucional, los resultados muestran un aumento del porcentaje de personas con comunicación oportuna en el año 2009 llegando a un 97%, una cuarta parte de estas personas son comunicadas en el mismo día en que se recibe el reporte. Se considera oportuno en un tiempo \leq a 8 días. A nivel regional se presentan diferencias en las regiones entre un año y otro, que se hace necesario revisar, por ejemplo la región Central Norte (Gráfico B.5).

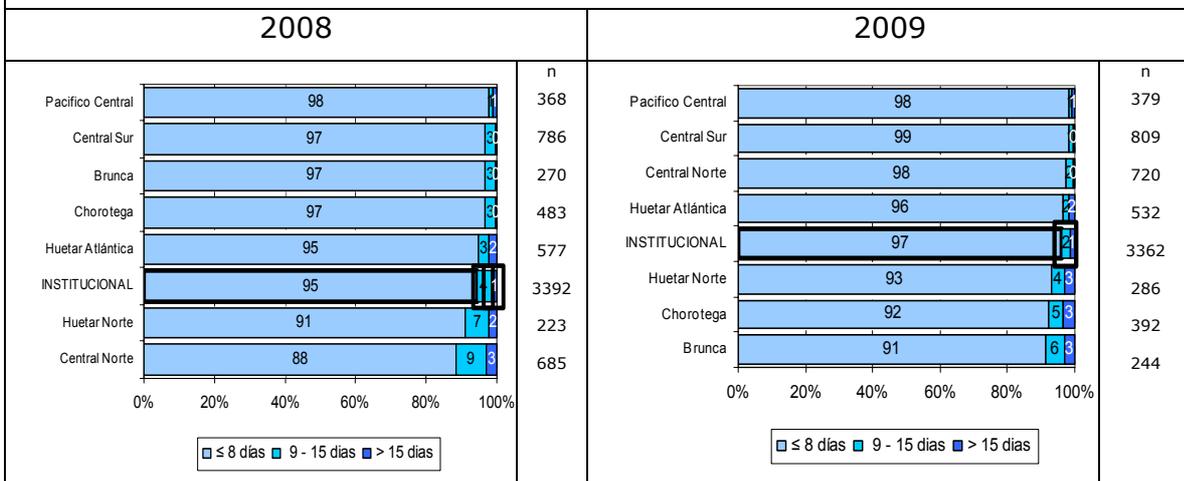
Se mantiene aunque disminuido en el 2009 un porcentaje de personas comunicadas en períodos posteriores, siendo las regiones Huetar Norte, Chorotega y Brunca las que presentan porcentajes de 7%, 8% y 9% respectivamente, de personas comunicadas posterior a los 8 días (Gráfico B.5).



A nivel institucional existe clara conciencia de la importancia de comunicar oportunamente y cuando existen retrasos se ha evidenciado que han buscado múltiples estrategias para buscar las personas, que por lo general son traslados de personas sin dejar dirección.

GRÁFICO B.5

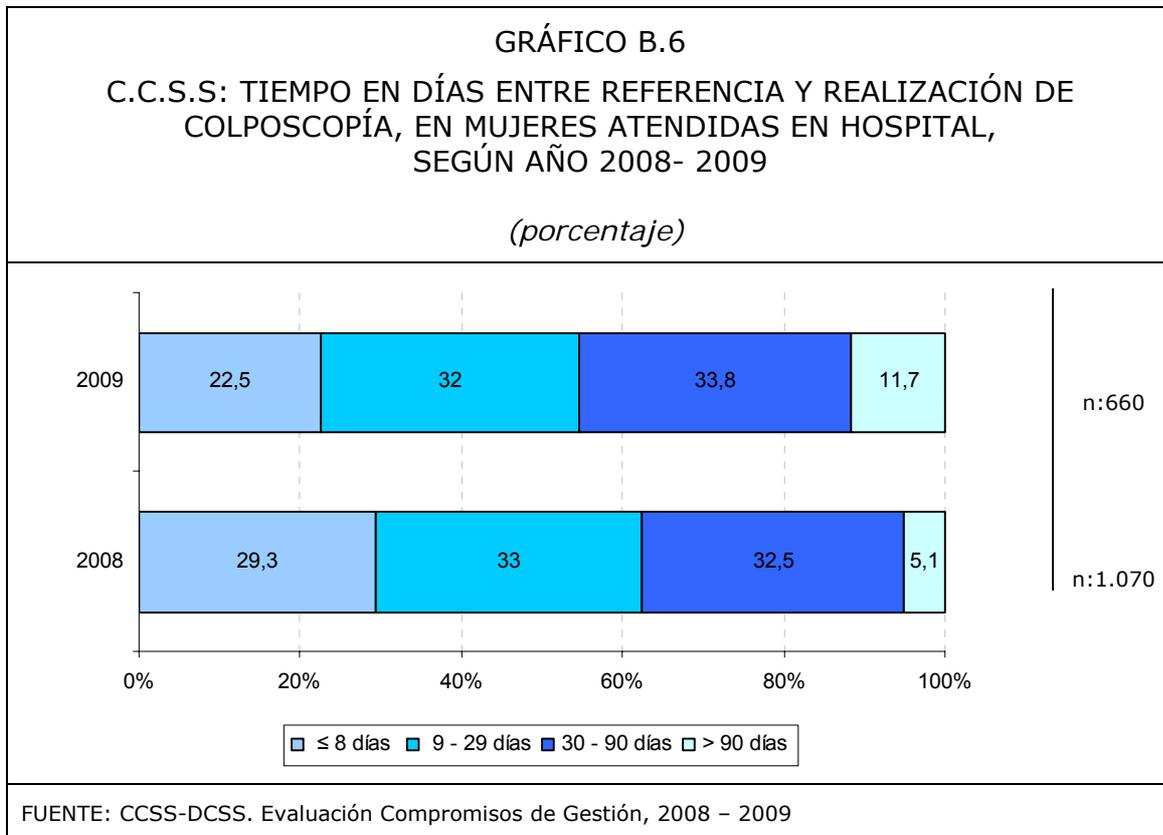
C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS ENTRE RECEPCIÓN Y COMUNICACIÓN DE CITOLOGÍAS ALTERADAS EN PERSONAS ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN, 2008- 2009 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008-2009

En la atención hospitalaria, los resultados del abordaje indican que de la muestra de mujeres referidas en el año 2009 a los centros hospitalarios para colposcopia; un 85,2% presentaban en el reporte citológico lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG). En el 14,5% la lesión intraepitelial era de alto grado (LIEAG) y únicamente un 0,3% tenían diagnóstico de Cáncer Invasor. En el año 2008 la distribución de las lesiones por reporte citológico de las mujeres referidas fue de 80%, 19,7% y 0,3% respectivamente.

En ambos años, la colposcopia fue realizada a más de la mitad de las mujeres, en un período de espera menor a 30 días, y en una tercera parte el procedimiento se efectuó entre los 30 y 90 días. En el año 2009, el porcentaje de colposcopias ejecutadas después de los 90 días se incrementó respecto al año anterior, pasando de 5,1% a 11,7%. (Gráfico B.6)



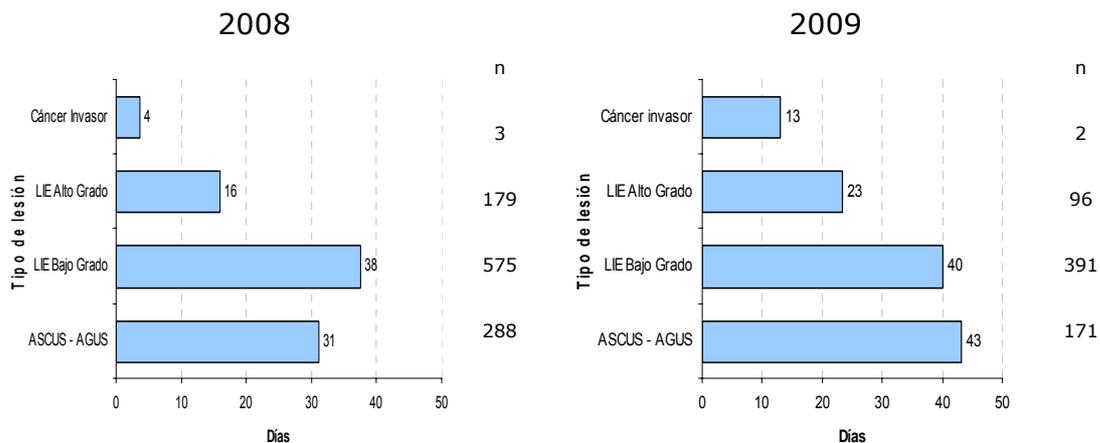
Partiendo del reporte citológico, en el año 2008 se encontró que el tiempo promedio de respuesta para cada tipo de lesión estuvo dentro de los parámetros establecidos en la normativa institucional. Este tiempo corresponde desde que la mujer acude al centro hospitalario hasta que se efectúa la colposcopia. En el año 2009, el promedio de este tiempo en los casos con cáncer fue mayor (Gráfico B.7).

Sin embargo; en el análisis individual de cada reporte, se encontró variaciones en el tiempo de respuesta. En el año 2009, creció el porcentaje de colposcopias realizadas posterior al período estipulado en la normativa institucional para cada lesión. De los 91 casos con retraso en realizar la colposcopia, el 20,9% corresponde a mujeres con ACUS-AGUS, el 57,1 presentó lesión intraepitelial de bajo grado, el 20,9% de alto grado y un 1% tenían lesión invasora. En el año 2008, el retraso en la ejecución de la colposcopia se dio en 81 casos, con la siguiente distribución: 18,5%, 54,3%, 25,9% y 1,2% respectivamente. (Gráfico B.7)

GRÁFICO B.7

C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS ENTRE REFERENCIA Y REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITAL, SEGÚN TIPO DE LESIÓN IDENTIFICADA POR CITOLOGÍA, 2008- 2009

(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 -2009

En estos dos años se ha continuado reforzando el trabajo coordinado en Red entre los diferentes niveles de atención. 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 y trabajos conjunto que favorecen la accesibilidad
- educación al usuario
- apoyo en interconsultas
- unificación de criterios en la protocolización del abordaje



Conclusiones de la Prevención y Control de los Problemas Prioritarios de Salud

Se evidencia un esfuerzo por ir hacia una atención apropiada, lo que ha permitido alcanzar mejoras en los indicadores empleados para la evaluación de los Compromisos de Gestión. Sin embargo, aún permanecen espacios importantes de progreso, particularmente en la disminución de diferencias geográficas, 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 de base que permite un mejor acercamiento a la realidad sigue siendo limitada, especialmente en lo referente a estimar la prevalencia de enfermedades y factores de riesgo, lo que limita monitorear la cobertura institucional, orientar las intervenciones y los recursos así como abordar las diferencias geográficas. Por ejemplo el abordaje de factores de riesgo comunes de enfermedades no transmisibles, permitiría el efecto conjunto sobre varios problemas de salud.

Es necesario seguir insistiendo en la calidad de la información con que se cuenta y la limitación de contar con sistemas de información a nivel institucional que incorporen este elemento. Por lo general se debe evaluar con datos que no han contado con un proceso de depuración previo no siendo el momento de la evaluación el momento apropiado para hacerlo. Es urgente el desarrollo de sistemas de información para la planificación y provisión de servicios.

La continuidad de la atención es crucial en este tipo de patologías, de ahí que 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 y contar con un sistema de información que recoja esta continuidad. De no ser así, se hará muy difícil documentar y evaluar la continuidad vertical de la atención.

Como en todo proceso de evaluación, el que se realiza por medio del Compromiso de Gestión, nunca valorará el todo, sino que se debe priorizar en ciertas intervenciones que brindan las unidades de atención. Pese a las dificultades inherentes a la evaluación de servicios de salud, las intervenciones incluidas en los Compromisos de Gestión, permite contar con información acerca del estado de situación de la atención, orientando hacia cuales podrían ser las acciones que la institución debe ejecutar, para el abordaje de las necesidades y problemas de salud.

A futuro, aún mejores resultados se pueden obtener, para lo cual, desde la prestación de servicios, se deberá adecuar la oferta actual y buscar metodologías innovadoras, dirigidas a informar, educar e incentivar a que las personas atendidas, modifiquen su estilo de vida, mantengan una adherencia terapéutica y un grado de control aceptable, con la finalidad de que reduzcan al máximo la presencia de complicaciones y puedan tener una mejor calidad de vida.



C. Atención Especializada

El proceso de atención especializada en hospitales es complejo; debido a los múltiples servicios que presta, a las particularidades de los diversos procesos productivos y al manejo de cuantiosos presupuestos para su funcionamiento. Asimismo requiere de la adaptación y respuesta ante la evolución del conocimiento científico y los avances tecnológicos¹⁴ y a las múltiples interrelaciones dadas entre los diferentes establecimientos del sistema y el entorno.

Uno de los objetivos promovidos desde los Compromisos de Gestión es la búsqueda de la eficiencia en los Hospitales, procurando que logren el nivel óptimo de producción de acuerdo a la capacidad instalada. La producción corresponde a todas las actividades sustantivas, intermedias y finales que se producen en los diferentes procesos productivos, en el que participan recursos diversos y complejos. Estos procesos se agrupan en los clásicos servicios médicos y quirúrgicos¹⁵.

1. Seguimiento de la Producción

La producción hospitalaria es traducida como el volumen de productos de cada una de las principales áreas de actividad básica: Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias. La aproximación a la producción de los servicios y al rendimiento del recurso humano según el tiempo contratado, se realiza mediante la cuantificación de los productos tradicionales utilizados históricamente como son los egresos, las consultas y los procedimientos ambulatorios.

Desde el Compromiso de Gestión, la medición de los egresos producidos en los servicios del Área de hospitalización, permite aproximarse de manera indirecta al aprovechamiento del recurso cama; el cual es el elemento central y crítico de la estructura del hospital. Una gestión eficiente de todos aquellos aspectos relacionados al proceso de internamiento, influye en forma directa en la eficiencia de la gestión hospitalaria.

En la actualidad los egresos corresponden a los producidos en todos los servicios del Área de Hospitalización, incluyendo los de Cirugía Ambulatoria. Con los egresos de la modalidad de Cirugía Ambulatoria, promovida desde el Compromiso de Gestión a lo largo de los años; se busca la reducción de las estancias hospitalarias y la disminución de los costos; así como el que pueda incidir en las listas de espera y facilitar mayor satisfacción al usuario.

La producción del Área de Consulta Externa contiene las consultas de primera vez y subsecuentes impartidas por los profesionales especialistas y el resultado de los 12 procedimientos mayores ambulatorios seleccionados, a los que se les da seguimiento a través del Compromiso de Gestión. En el Área de Urgencias se incluye el total de atenciones urgentes y no urgentes.

¹⁴ Vargas M. Gerencia de Servicios de Salud ICAP, San José 1990.

¹⁵ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994.



a . Resultados de la Evaluación

En el año 2009 el volumen de egresos totales producidos en la red hospitalaria y reportada en la evaluación del Compromiso de Gestión fue de 314.090 egresos y en el año 2008 la producción fue de 313.130 egresos. Aunque hubo un aumento global de 960 egresos de un año a otro, este incremento sin embargo; no mostró variación en términos porcentuales.

Al analizar el comportamiento del volumen total de egresos por tipo de hospital, se encontró que en todos los tipos, a excepción del Regional, se redujo el volumen de internamientos respecto al año anterior. En este último, el incremento fue de un 5%, significando 4.903 egresos de más (Cuadro C.1)

A lo interno de los servicios, fue variable el comportamiento de los egresos. **Medicina** fue el servicio que presentó el mayor crecimiento en el volumen de egresos respecto al año 2008. El promedio de este servicio a nivel institucional creció un 4,4%, generándose 2.370 egresos más que el año anterior. Este incremento a excepción del Especializado se vio reflejado en todos los tipos de hospital, sobre todo en el Periférico 1 y 2 y Regional (Cuadro C.1).

En el ámbito institucional también el **Servicio de Cirugía** mostró variación positiva de 1,1% en los egresos, representado por 790 egresos más respecto al año anterior. El crecimiento se observó en el tipo de hospital Regional y Periférico 3 y en el resto, el volumen de egresos se redujo en forma porcentual, en mayor proporción en el Nacional y en el Periférico 1 y 2 (Cuadro C.1).

El **Servicio de Ginecología**, por el contrario redujo levemente el volumen global de egresos respecto al año 2008, siendo el Periférico 1 y 2 el que presentó la mayor reducción (22%). Únicamente en los tipos de hospital Regional y Periférico 3 creció el volumen de egresos (Cuadro C.1).

Otro servicio con crecimiento en los internamientos a nivel institucional fue el de **Obstetricia**, cuyo aumento de 1,2 %, representó 1.119 egresos de más respecto al año 2008. A excepción del tipo de hospital Periférico 1 y 2, el aumento se dio en el resto de hospitales. Por el contrario, **Pediatría/Neonatología** fue el servicio que presentó la mayor reducción de un 5,3%; esta disminución a excepción del Especializado, se dio en todos los tipos de hospital, con mayor proporción en los egresos de Neonatología del tipo Nacional (Cuadro C.1).

El comportamiento de los egresos de estos servicios, podría estar condicionada por la reducción de la tasa bruta de natalidad; asimismo 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.

De igual manera, la producción de egresos operados en **Cirugía Ambulatoria**, reportada en el Compromiso de Gestión, se redujo 3% a nivel institucional, pasando de 40.674 a 39.962 egresos. El tipo de hospital Periférico 3 fue el que más decreció en un 39%, lo que representó 3.078 egresos menos. Igualmente en el Especializado se reducen los egresos en un 8%. Sin embargo; en el Nacional y Regional que realizan el 68% de las cirugías bajo esta modalidad, creció el volumen de egresos ambulatorios en un 11% y 8% respectivamente. Es importante aclarar que estos datos no incluyen la producción de cirugías ambulatorias del Proyecto de Cirugías Vespertinas, debido a



que tienen un financiamiento específico que es monitoreado por otras instancias institucionales (Cuadro C.1).

En términos generales en el año 2009, el tipo de hospital Regional presentó en la mayoría de los servicios un crecimiento porcentual de los egresos, a excepción de Neonatología/ Pediatría. El Periférico 3 redujo los egresos en los servicios de Neonatología/ Pediatría y Cirugía Ambulatoria. En el tipo Nacional, las reducciones se presentaron en los servicios de Cirugía, Ginecología y Psiquiatría. El mayor número de servicios con reducción porcentual de los egresos se presentó en el Periférico 1 y 2 y en el Especializado. En el primero sólo el servicio de Medicina creció y Obstetricia y Pediatría y Neonatología en el Especializado (Cuadro C.1).

Una de las posibles causas de la reducción del volumen de producción de egresos en el tipo Periférico 1 y 2, puede estar relacionada con la carencia del recurso de anestesiología y de especialistas que deseen trasladarse a laborar a las áreas rurales.

CUADRO C.1
C.C.S.S.: EGRESOS HOSPITALARIOS POR TIPO DE HOSPITAL, SEGÚN SERVICIO
Y AÑO, 2008-2009

SERVICIO DE EGRESO	AÑO	TIPO DE HOSPITAL					TOTAL
		Especializado	Nacional	Regional	Periférico 3	Periférico 1 y 2	
CIRUGÍA	2008	7.558	33.868	16.719	6.053	4.679	68.877
	2009	7.223	31.463	19.125	7.560	4.296	69.667
MEDICINA	2008	9.147	14.203	13.875	8.086	7.903	53.214
	2009	8.392	14.563	15.155	8.264	9.210	53.584
GINECOLOGÍA	2008	1.826	6.147	8.678	5.784	2.565	25.000
	2009	1.641	6.061	9.119	6.118	2.001	24.940
OBSTETRICIA	2008	6.821	22.194	37.713	16.236	7.140	90.104
	2009	7.367	22.564	38.247	16.680	6.365	91.223
PEDIATRÍA/ NEONATOLOGÍA	2008	2.296	3.436	14.902	6.194	4.746	31.574
	2009	2.418	3.123	14.207	5.947	4.206	29.901
PSIQUIATRÍA	2008	3.304	383	-	-	-	3.687
	2009	3.038	375	-	-	-	3.413
CIRUGÍA AMBULATORIA ¹	2008	6.449	12.301	12.247	7.820	1.857	40.674
	2009	5.969	13.610	13.184	4.742	1.857	39.362

¹Se refiere a los egresos operados en Cirugía Ambulatoria.

En el año 2008 se excluye el Hospital San Vito por no reportar producción de Cirugía Ambulatoria

En el año 2009 se excluyen los hospitales de Guápiles, Upala y Tony Facio por no reportar egresos por Cirugía Ambulatoria.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008-2009



En la producción de **Consulta Externa**, se presentará el comportamiento logrado en el total de consultas dadas por los profesionales especialistas, incluyendo las de primera vez y subsecuentes y el resultado de lo producido de los doce Procedimientos Mayores Ambulatorios

En el año 2009, del total de consultas brindadas, el 87,3% las imparte el personal médico, el 4,8% corresponde a las consultas odontológicas y un 7,9 a otros profesionales a saber: enfermería, nutrición y psicología.

En el ámbito institucional, se presenta un crecimiento de un 6% en el volumen global de consultas respecto al año 2008. Al desagregar por categoría, se observó que las consultas médicas y odontológicas crecen en un 6% y 18% respectivamente y las de otros profesionales se reducen en un 10% (Cuadro C.2). El incremento en estas últimas consultas, podría obedecer a la incorporación de nuevos especialistas en los centros hospitalarios.

CUADRO C.2
C.C.S.S.: CONSULTAS ESPECIALIZADAS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL
Y AÑO 2008 -2009

TIPO DE HOSPITAL	CONSULTAS ESPECIALIZADAS					
	Médicas ¹		Odontológicas		Otros Profesionales ²	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
INSTITUCIONAL	1.976.084	2.099.405	109.479	129.637	178.974	160.766
ESPECIALIZADO	245.861	245.717	26.440	28.417	32.930	14.982
NACIONAL	814.697	828.852	64.917	68.341	57.618	57.031
REGIONAL	470.248	591.359	14.883	18.225	41.963	41.391
PERIFÉRICO 3	321.552	313.169	-	11.639	27.721	29.128
PERIFÉRICO 1 Y 2	123.726	120.308	3.239	3.015	18.742	18.234

/1 Incluye la atención de la Clínica del dolor

/2 Se refiere a las consultas de Enfermería, Nutrición y Psicología

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008-2009

El comportamiento del volumen global de consultas por tipo y categoría respecto al año 2008, muestra que el Regional presenta el mayor crecimiento en las consultas globales, en las médicas y las odontológicas. A excepción del Periférico 3, en el resto de tipos de hospital hubo una reducción de las consultas de otros profesionales y en mayor proporción en el Especializado. En el Periférico 1 y 2 decrecen las consultas globales a expensas de una reducción en las tres categorías. En el tipo de hospital Nacional, el crecimiento en la producción global de consultas es a expensas de un aumento en las médicas y odontológicas; las de otros Profesionales muestran un leve descenso (Cuadro C.2).

En cifras absolutas las consultas médicas especializadas crecieron en 123.321 consultas, de las cuales el 98% son del hospital regional y el 2% del Nacional. Sin embargo, existe dificultad para determinar cuántas de esas consultas corresponden a personas de primera vez en la especialidad.



Respecto a los **Procedimientos Mayores Ambulatorios**, fueron reportados en la evaluación del Compromiso de Gestión, 155.630 Procedimientos Mayores Ambulatorios realizados en el año 2009, presentándose un crecimiento en el ámbito institucional de 15,5% respecto al año 2008.

Al analizar el comportamiento por tipo de Hospital, en todos creció el volumen de procedimientos a excepción del Periférico 1 y 2. En éste hubo una reducción de 36%, pasando de 2.026 a 1.298 procedimientos, a expensas de la disminución en las esófago-gastroskopías y colonoscopías. Por el contrario, el tipo Nacional fue el que más creció, dado por el aumento importante de los procedimientos relacionados con el tratamiento de Cáncer.

De los procedimientos terapéuticos relacionados con el tratamiento del cáncer, la radioterapia, quimioterapia y el acelerador lineal constituyen el 66,5% del total de procedimientos realizados en el 2009. Ese paquete de procedimientos aumento 6% en relación al año anterior, sobre todo a expensas de la quimioterapia. 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.

En el año 2009 se reportaron 2.241 LEEP, el 32% se realiza en el tipo de hospital Regional, el 26% en el Periférico 3 y en el Nacional el 33%. Estas proporciones en el 2008 fueron de 35%,28% y 29% respectivamente, de un total de 1.879 LEEP. La disminución de estos procedimientos en el Regional y Periférico 3, podría deberse a escasez de recurso humano, lo que podría afectar la oportunidad en la atención a las mujeres con patología cérvico-uterina.

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. Hubo un aumento del volumen de este procedimiento a nivel institucional con respecto al año anterior, reflejado en el tipo de hospital Regional y Nacional, éste último fue el que más creció (Cuadro C.3).



CUADRO C.3
C.C.S.S.: PROCEDIMIENTOS MAYORES AMBULATORIOS, SEGÚN AÑO,
2008 -2009

TIPO DE PROCEDIMIENTO	ABSOLUTO		PORCENTAJE	
	2008	2009	2008	2009
Total	134.694	155.688	100,0	100,0
Quimioterapia	27.291	43.395	22,7	27,9
Esófago-gastro- duodenoscopia	38.583	41.002	28,6	26,3
Radioterapia	24.353	23.326	18,1	15,0
Acelerador lineal	12.969	18.290	9,6	11,8
Hemodiálisis	15.880	17.272	11,8	11,1
Colonoscopia y rectosigmoidoscopia	7.442	6.731	5,5	4,3
LEEP	1.878	2.241	1,4	1,4
Broncoscopia	1.801	1.609	1,3	1,0
Braquiterapia	596	1.307	0,4	0,8
Arteriografía	283	197	0,2	0,1
Laparoscopia diagnóstica	206	28	0,2	0,1
Excisión o destrucción endoscópica	157	232	0,1	0,1

En ambos años se excluye los hospitales de San Vito, La Anexión y Ciudad Neilly

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008-2009

Los Servicios de **Urgencias** responden a la libre demanda que hace la población de los mismos; que por lo general esta condicionada por diferentes situaciones relacionadas con el proceso de atención, accesibilidad, y satisfacción de la persona, entre otros.

En el año 2009, los Servicios de Urgencias de la red hospitalaria brindaron 2.259.951 atenciones de urgencias, según lo reportado en el Compromiso de Gestión. El incremento global de las atenciones de urgencias con respecto al año 2008 fue de 6,9%, el mayor aumento de esta producción se observa en el tipo de hospital Regional; también crece en el Periféricos 1 y 2. En el Nacional decrece un 2%, situación que podría estar relacionada, con mayor apertura de Servicios de Urgencias en las Clínicas Metropolitanas, durante 24 horas (Cuadro C.4).

CUADRO C.4
C.C.S.S.: CONSULTAS DE URGENCIAS, SEGÚN TIPO
DE HOSPITAL Y AÑO 2008 -2009

TIPO DE HOSPITAL	2008	2009
INSTITUCIONAL	2.113.426	2.259.951
ESPECIALIZADO	180.165	163.735
NACIONAL	347.021	339.794
REGIONAL	651.463	778.949
PERIFÉRICO 3	521.946	510.345
PERIFÉRICOS 1 Y 2	412.831	467.128

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008-2009



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 financieros¹⁶.

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. Además, 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 prolongue¹⁷; entre ellos, el tiempo preoperatorio y el rendimiento de sala de operaciones.

Asimismo, la gestión de esta área, considera la dinámica que originan los ingresos directos a Sala de Operaciones, provenientes del Servicio de Urgencias y el problema de oportunidad de la atención, producida por una demanda de la población que sobrepasa la oferta de los servicios de algunas o todas las especialidades quirúrgicas. Esta situación 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, la reducción del gasto y la 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. Dentro de 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. Varios son los aspectos que influyen el índice, entre ellos se destaca: la eficiencia en administrar las salas de operaciones, así como la dinámica de los casos internados por Consulta Externa para estudios específicos y los ingresados 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 hospitalizado antes de una intervención quirúrgica, y por el tiempo de la evolución postoperatoria que en muchas ocasiones es imprevisible¹⁸.

¹⁶ Cuervo, J. Gestión de hospitales Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives Primera edición, 1994

¹⁷ 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

¹⁸ CCSS. Departamento de Estadísticas de Salud



En el caso de la cirugía programada, la estancia se ve afectada por el rendimiento quirúrgico y el número de intervenciones por quirófano. Influyen además, las cirugías de emergencia referidas del Área de Urgencias, que por la gravedad de su condición de salud obliga a una intervención quirúrgica en forma inmediata, asimismo, los preoperatorios no realizados 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 ociosos se reduzcan, haya flexibilización en la programación de horarios para disponer de una capacidad de reserva en caso de cirugías no programadas o de urgencias y de una tasa de cancelación 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. 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 Cirugía Menor.

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 paciente¹⁹.

a. Resultados de la Evaluación

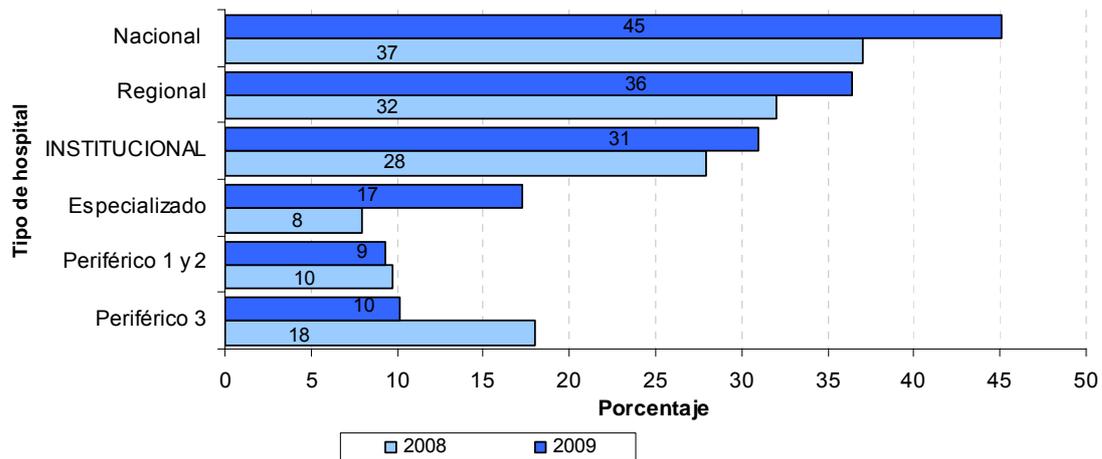
En el ámbito institucional, se observa en el Servicio de Cirugía, un crecimiento respecto al año 2008, del porcentaje de intervenciones que consumieron dos o más días de estancia preoperatoria, pasando de 27,9% a 31,2%. Estas estancias corresponden a las personas con cirugía programada ingresadas por Consulta Externa; de las cuales se asume que en su mayoría cuentan con los exámenes preoperatorios y las valoraciones respectivas previas al ingreso.

El crecimiento de las estancias preoperatorias de dos o más días se evidenció en todos los tipos de hospital, a excepción de los Periféricos que las redujeron; observándose la mayor reducción en el Periférico³, de un 44% respecto al año anterior. El mayor aumento se dio en el tipo de hospital Especializado (Gráfico C.1).

19 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. Anesthesiol. Reanim, pp. 48: 180-187, 2001

GRÁFICO C.1

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE ESTANCIAS PREOPERATORIAS DE DOS O MÁS DÍAS, DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, VÍA INGRESO CONSULTA EXTERNA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2008 Y 2009



En el año 2008 no incluye el hospital de San Vito por no tener especialista y el México que reporta el promedio por especialidad.

En el año 2009 no incluye el hospital de San Vito por no tener especialista, Golfito, Monseñor Sanabria y San Vicente de Paúl por no reportar el dato. El México por reportar el promedio por especialidad.

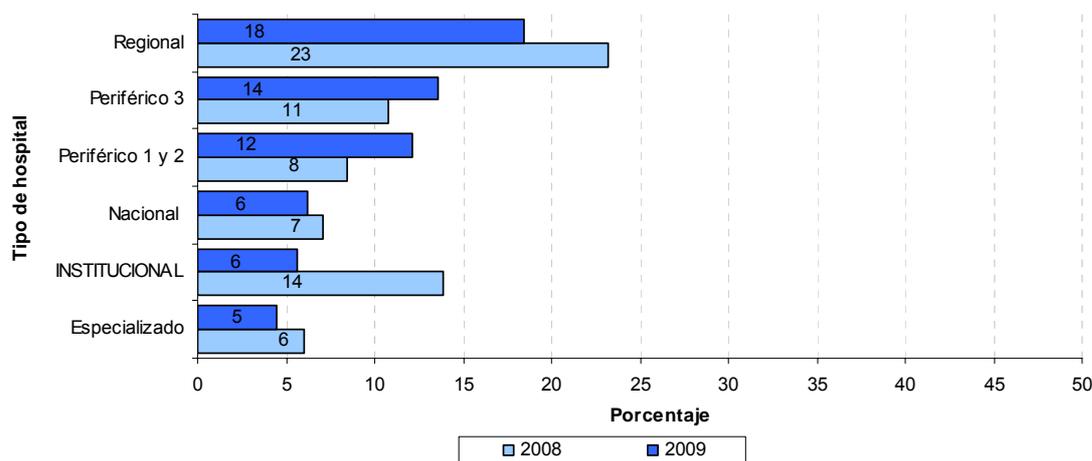
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 y 2009

Entre los factores que pudiesen estar influyendo en la prolongación del tiempo preoperatorio, se encuentra entre otros, la carencia de anesthesiólogos, la oportunidad en que los Servicios de Apoyo participan en el proceso, la afluencia creciente de traumatismos a los Servicios de Urgencias requiriendo intervenciones inmediatas, así como algunos otros aspectos relacionados con la gestión de la cama quirúrgica y la Sala de Operaciones.

En el **Servicio de Ginecología**, el porcentaje de egresos operados a nivel institucional, con una **estancia preoperatoria** de dos o más días fue de 5,6%, en el año 2009. Al comparar esa cifra con el 13,8% reportado en el año anterior, se observa una reducción en el porcentaje de 60%. La reducción se presentó en todos los tipos de hospital a excepción de los Periféricos (Gráfico C.2).

GRÁFICO C.2

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE ESTANCIAS PREOPERATORIAS DE DOS O MÁS DÍAS, DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, VÍA INGRESO CONSULTA EXTERNA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2008 - 2009



En el año 2008 se excluyen el hospital de San Vito por no contar con ese recurso y el México por reporta el promedio por especialidad.

En el año 2009 se excluyen los hospitales de San Vito, Golfito Upala y Los Chiles por no contar con ese recurso. El San Juan de Dios, Monseñor Sanabria y San Vicente de Paúl por no reportar el dato y el México por reportar el promedio por especialidad.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 y 2009

Las diferencias en el porcentaje de estancias preoperatorias, requiere por parte de la instancia correspondiente, de una revisión completa del proceso desarrollado previo a la cirugía, con el fin de determinar los factores que inciden en la prolongación de este tiempo y establecer las medidas correctivas de acuerdo a las variantes presentadas en los diferentes tipos de Hospital. Así como de una definición de meta aceptable de estancias preoperatorias prolongadas según especialidad; que sirva como punto de comparación para monitorear la mejora del desempeño.

El promedio global del **índice operatorio del Servicio de Cirugía** muestra un crecimiento de 4% respecto al año 2008, pasando de 71,4% a 74,9%, según los datos reportados en la evaluación. Se observa aumento en todos los tipos de hospital, en mayor proporción en los Periféricos, Especializado y Regional (Cuadro C.5).



CUADRO C.5

C.C.S.S.: ÍNDICE OPERATORIO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2008 -2009

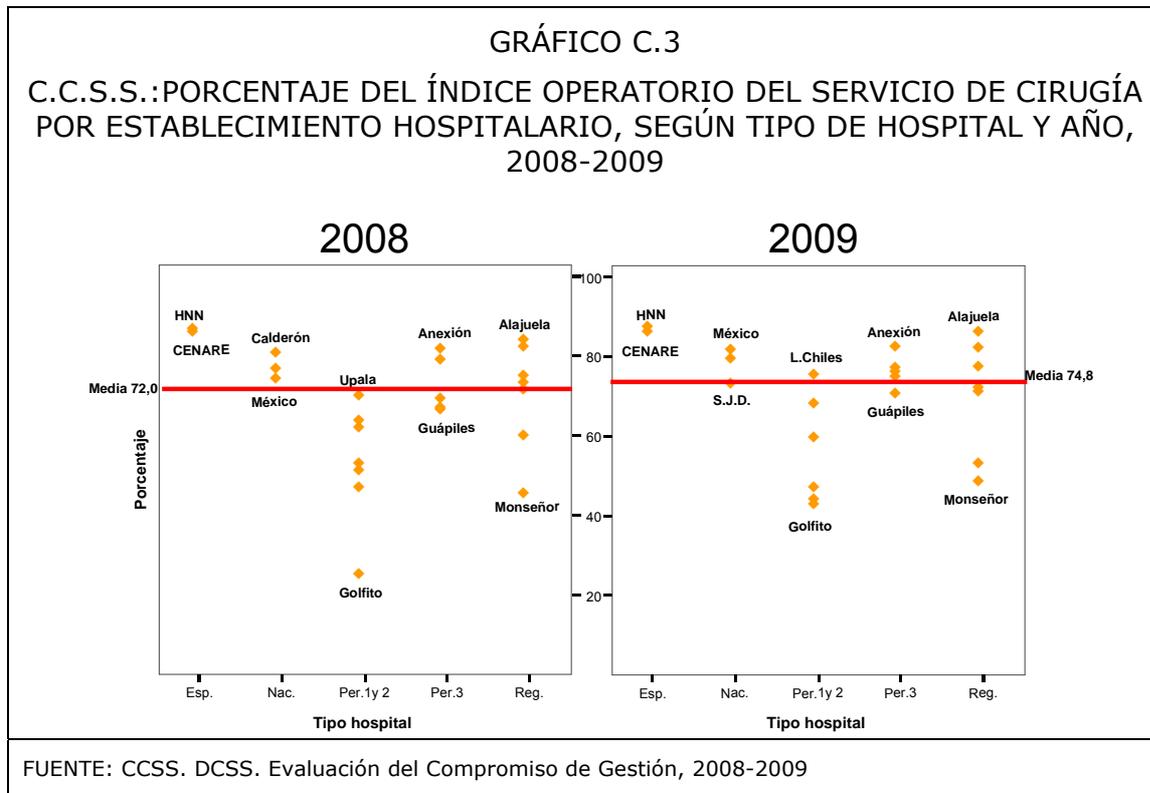
TIPO DE HOSPITAL	SERVICIO			
	Cirugía		Ginecología	
	2008	2009	2008	2009
INSTITUCIONAL	72,0	74,8	68,3	67,9
ESPECIALIZADO	86,3	87,0	87,0	83,8
NACIONAL	76,6	76,9	77,1	76,6
REGIONAL	70,1	71,2	67,0	67,3
PERIFÉRICO 3	72,3	75,4	55,7	58,1
PERIFÉRICO 1 Y 2	73,6	57,8	66,9	61,5

En ambos años se excluye el Hospital San Vito

En el año 2009 se excluyen los hospitales de Upala y Los Chiles para el cálculo del IO de Ginecología, por no contar con ese recurso.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 y 2009

Al revisar el comportamiento del índice a lo interno de cada tipo de hospital, se encontró en el año 2009 que 17 Servicios de Cirugía del total de 25 hospitales presentaron una mejora en el promedio respecto al año anterior. La meta del índice del 85%, fue lograda por dos hospitales (uno Especializado y otro Regional) y en cuatro el promedio estaba dentro del rango entre 80% y 85% (un Nacional, un Especializado, un Regional y un Periférico 3), (Gráfico C.3).



El índice operatorio expresa la relación de los operados entre un determinado volumen de egresos del Servicio, es decir, que un aumento del mismo, traduce que una mayor cantidad de egresos de dicho volumen son intervenidos quirúrgicamente. Lo anterior, condiciona la interpretación aislada del índice operatorio al compararlo entre un año y otro, debido a que un aumento, no siempre va a significar que haya mas operados en términos absolutos.

Lo anterior; se muestra en el aumento que experimentó el índice operatorio global y en el tipo de hospital Nacional respecto al año 2008. Tanto el volumen de egresos totales como los operados se redujeron. En el primero la reducción en números absolutos fue de 6.552 egresos totales menos y de 2.259 egresos no operados. En el Nacional fue muy similar el porcentaje de reducción de ambos volúmenes. En los tipos de hospital Regional y Periféricos el aumento del índice operatorio global está asociado a un incremento en el volumen de operados y a una reducción en el volumen de egresos. Razón por la cual debe tenerse cierta cautela en la interpretación aislada del índice y la conveniencia de incluir en el análisis, el comportamiento tanto del volumen absoluto de operados como de egresos.

Cuando los pacientes son internados por la vía de Consulta Externa, se asume que en una proporción importante tienen programada la cirugía previamente al ingreso. Al comparar los resultados con el año 2008, 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 Especializado. Los Periféricos fueron los que crecieron más (Cuadro C6).



CUADRO C.6

C.C.S.S.: ÍNDICE OPERATORIO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA, SEGÚN VÍA INGRESO DE CONSULTA EXTERNA, POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2008 -2009

TIPO DE HOSPITAL	SERVICIO			
	Cirugía		Ginecología	
	2008	2009	2008	2009
INSTITUCIONAL	75,8	80,9	76,9	74,4
ESPECIALIZADO	94,0	90,4	86,7	73,5
NACIONAL	78,9	79,9	82,8	78,7
REGIONAL	66,1	75,1	72,1	72,3
PERIFÉRICO 3	71,2	86,3	68,2	68,3
PERIFÉRICO 1 Y 2	70,2	80,7	82,7	84,6

En ambos años se excluye el Hospital San Vito

En el año 2009 se excluyen los hospitales de Upala y Los Chiles para el cálculo del IO de Ginecología, por no contar con ese recurso.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 y 2009

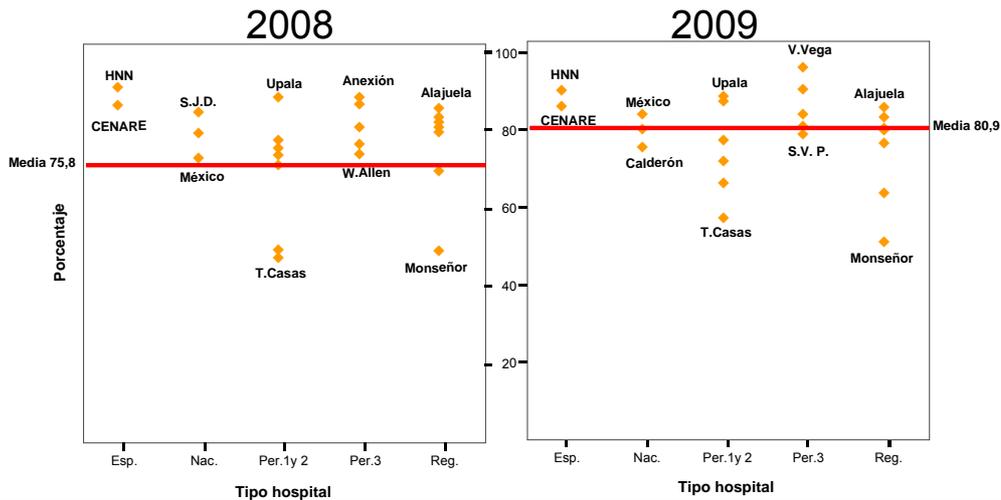
Al analizar el volumen de operados y de egresos, los tipos de hospital Nacional, Especializado y el institucional presentan reducciones de ambos volúmenes respecto al año 2008, con mayor proporción en el de los egresos (7% y 14% respectivamente). En los Periféricos hubo un aumento del volumen de operados y de egresos, pero mucho más el volumen de operados en relación al de los egresos. En el Periférico 1 y 2 aumenta un 19% los operados y un 3,5 los egresos y en el Periférico 3 el aumento fue de 26% y 4%.

Si bien hubo un aumento en el año 2009 del índice operatorio cuando el ingreso es por la vía de Consulta Externa en relación al año anterior, es decir más operados respecto a los egresos del Servicio, sin embargo; el análisis del volumen absoluto mostró que se realizaron 2453 operaciones menos por el ingreso de esta vía, con respecto al año anterior.

En la mejora de los promedios del índice operatorio por ingreso de Consulta Externa, siete hospitales alcanzaron la meta de 85% y en cuatro el índice se encuentra en el rango entre 80% y 84%. Sin embargo; se presentaron diferencias entre los establecimientos de un mismo tipo de hospital; sobre todo en el Regional y en el Periférico 1 y 2, los cuales tienen los promedios más bajos (Gráfico C.4).

GRÁFICO C.4

C.C.S.S.:PORCENTAJE DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA POR ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO Y VÍA DE INGRESO DE CONSULTA EXTERNA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2008-2009



FUENTE: CCSS. DCSS. Evaluación del Compromiso de Gestión, 2008-2009

Aunque el 50% de los establecimientos muestran índices operatorios de 80% o más por esta vía, el panorama pareciera aceptable si se tomara 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 observó a nivel institucional un aumento del índice operatorio respecto al año 2008, pasando de 67,4% a 70,6%. En el tipo de hospital Nacional se dio una leve reducción; y en el resto de los tipos se incrementó el índice. Esto refleja que por esa vía de ingreso al Servicio de Cirugía, fueron operados 1.136 personas más respecto al año 2008 (Cuadro C.7). De igual manera, se observó a lo interno del mismo tipo de hospital, diferencias en los índices de los establecimientos que lo conforman (Gráfico C.5).



CUADRO C.7

C.C.S.S.: ÍNDICE OPERATORIO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA, SEGÚN VÍA INGRESO URGENCIAS, POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2008 -2009

TIPO DE HOSPITAL	SERVICIO			
	Cirugía		Ginecología	
	2008	2009	2008	2009
INSTITUCIONAL	67,4	70,9	60,3	61,9
ESPECIALIZADO	76,8	85,4	87,2	90,9
NACIONAL	74,2	74,1	64,7	71,9
REGIONAL	62,9	69,1	63,9	64,1
PERIFÉRICO 3	61,2	67,1	47,7	49,5
PERIFÉRICO 1 Y 2	38,3	46,8	52,7	51,1

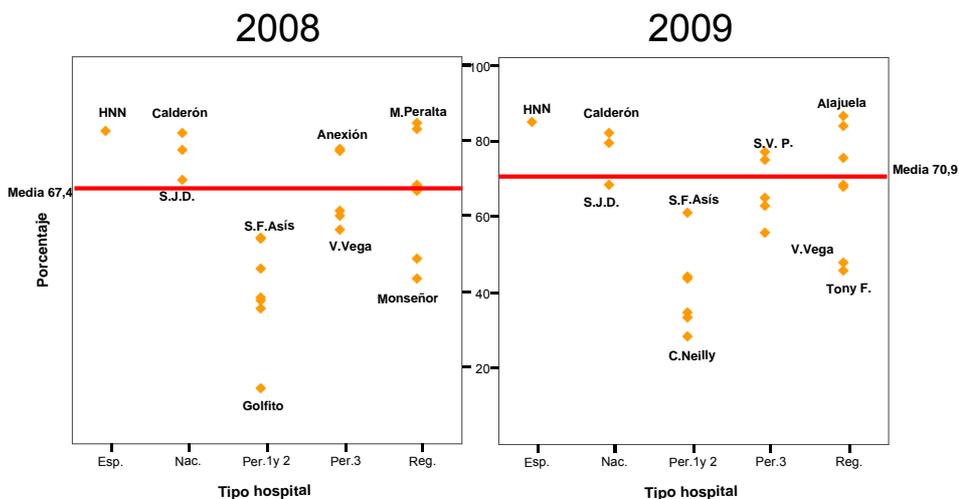
En ambos años se excluye el Hospital San Vito por no tener personal especializado en Cirugía y Ginecología

En el año 2009 se excluyen los hospitales de Upala y Los Chiles para el cálculo del IO de Ginecología, por no contar con ese recurso.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 y 2009

GRÁFICO C.5

C.C.S.S.: PORCENTAJE DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA POR HOSPITALAL Y VÍA DE INGRESO DE URGENCIAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2008-2009



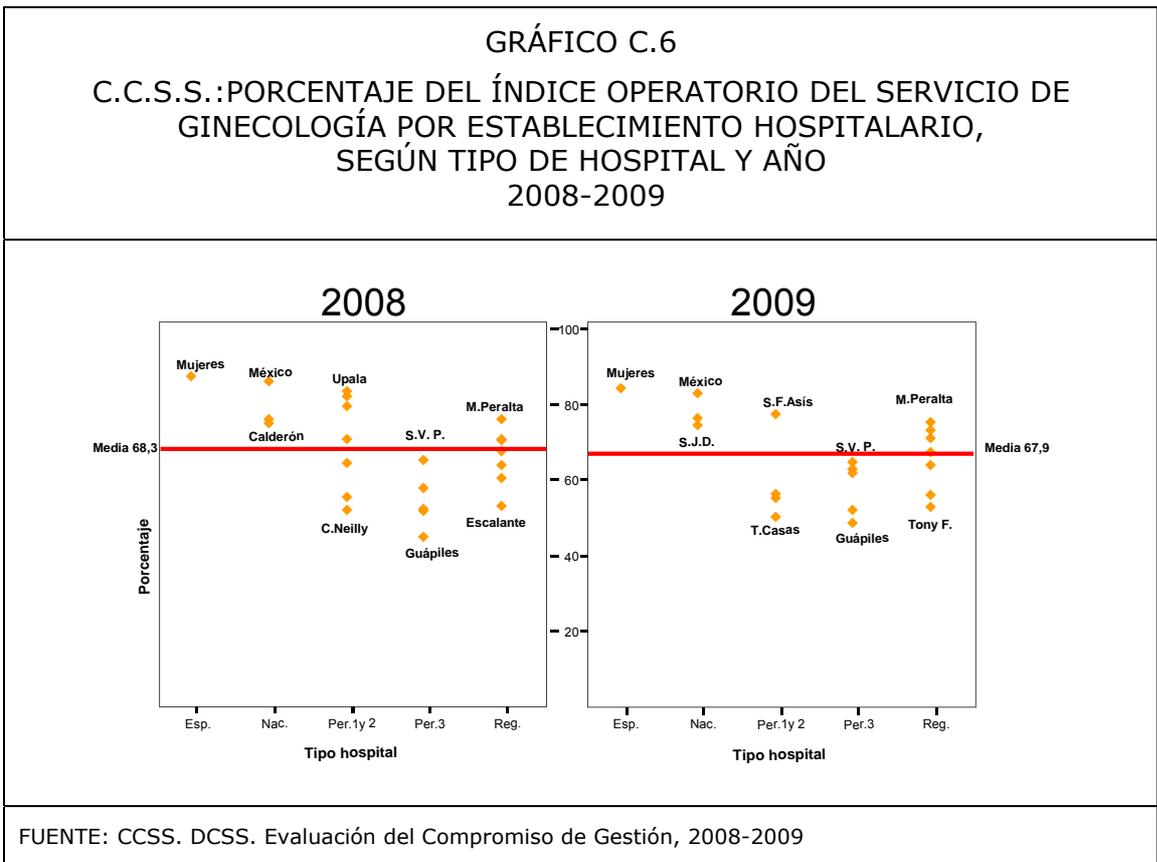
FUENTE: CCSS. DCSS. Evaluación del Compromiso de Gestión, 2008-2009



El **índice operatorio del Servicio de Ginecología**, a nivel institucional se reduce un 0,6% respecto al año 2008, pasando de 68,3% a 67,9%, según datos de la Evaluación del Compromiso de Gestión. También decrece el promedio en los tipos de hospital Especializado, Nacional y Periférico 1 y 2. En el resto se observó un incremento del índice (Cuadro C.5).

En los tipos de hospital en que se reduce el índice, también se presenta una disminución en el volumen de egresos totales y operados. De igual manera, en el Regional y Periférico 3 el incremento del índice estuvo asociado a un aumento en ambos volúmenes, con mayor proporción de los operados. En el ámbito institucional la reducción del índice en el 2009 respecto al año anterior; se tradujo en un total de 122 egresos más y 17 egresos no operados.

En el año 2009 sólo un hospital del tipo Nacional alcanzó la meta de 85% y 10 establecimientos logran aumentar el índice. Llama la atención en el año 2009, que en seis hospitales más del 40% de los egresos no son intervenidos y además, en once centros el índice se encuentra dentro del rango de 60% y 70% (Gráfico C.6). 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.





Por la vía de ingreso de Consulta Externa, el índice operatorio se reduce en el nivel institucional y en los tipos de hospital Nacional y Especializado y por la vía de Urgencias en el Periférico 1 y 2. En el resto de los tipos se presenta un incremento. (Cuadro C.6 y C.7). Se observa diferencias entre los promedios de los establecimientos a lo interno del tipo de hospital. Las mayores diferencias se presentan en el tipo Regional cuando el ingreso es por Consulta Externa y en el Periférico 1 y 2 cuando el ingreso es por Urgencias (Gráficos C.7 y C.8).

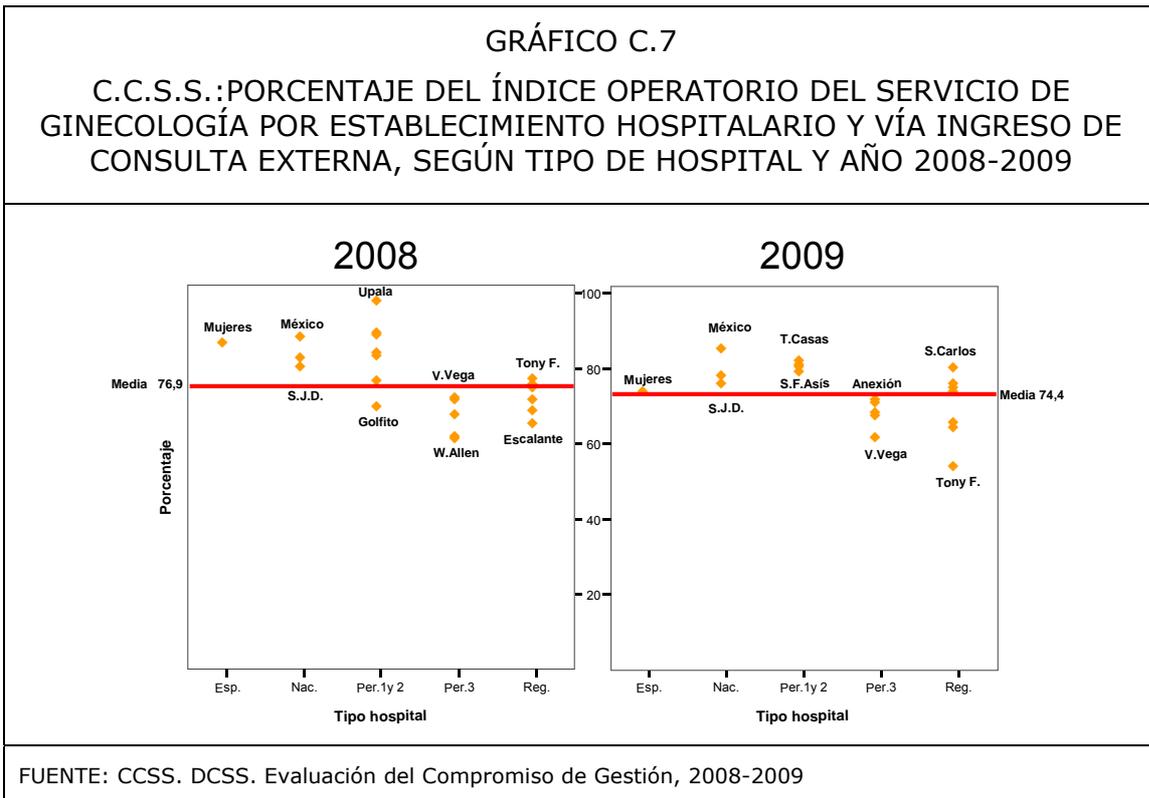
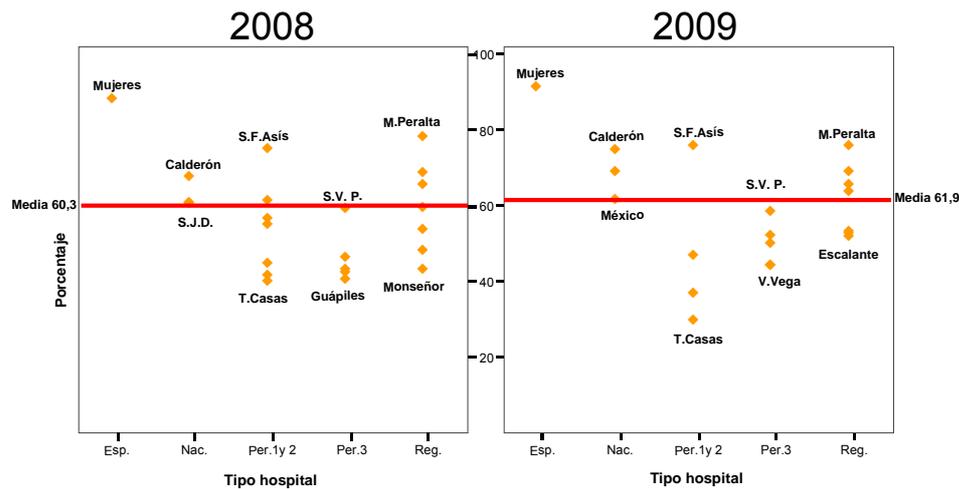


GRÁFICO C.8

C.C.S.S.: PORCENTAJE DEL ÍNDICE OPERATORIO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO Y VÍA DE INGRESO DE URGENCIAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2008-2009



FUENTE: CCSS. DCSS. Evaluación del Compromiso de Gestión, 2008-2009

Las diferencias observadas entre los diferentes tipos de hospital y entre los hospitales que lo conforman, podrían deberse a diversas causas, entre otros: la falta de médicos cirujanos o del personal de salas de operaciones, fallas en la programación, o bien problemas en el registro del dato. Situación que requiere de un análisis por las instancias correspondientes.

Para la **gestión de sala operaciones**, se tomó en cuenta el tiempo de operación de cada quirófano registrado en la evaluación del Compromiso de Gestión. En el año 2009 la utilización de los quirófanos en el ámbito institucional fue de 24.674 días hábiles, cantidad muy similar a la alcanzada en el año 2008, de 24.733 días. De los 120 quirófanos en funcionamiento reportados en el año 2009, la utilización respecto a los días hábiles del año²⁰ fue de un 75%. Este porcentaje fue de un 79% en el año 2008

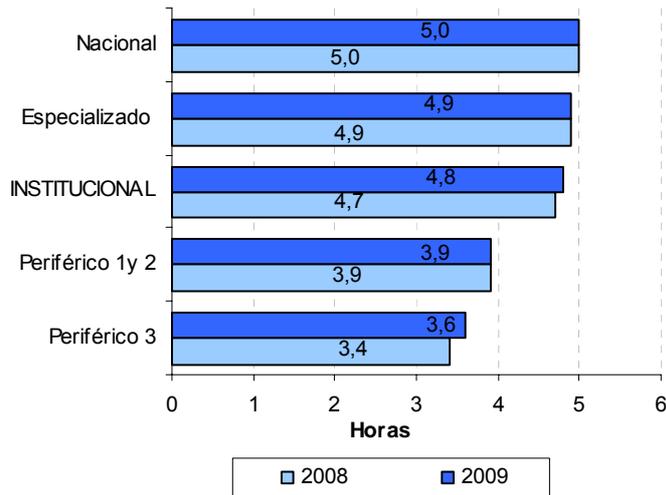
En el año 2009, el tiempo de anestesia²¹ requerido por los equipos quirúrgicos para efectuar todas las cirugías durante la jornada de ocho horas de trabajo del primer turno, fue de 111.132 horas. En el año 2008 ese tiempo fue de 113.275 horas.

De lo anterior, se deduce que en los dos años analizados, el promedio de utilización de Salas de Operaciones en el ámbito institucional, fue de 4,8 horas por día. Este comportamiento es variable en los diferentes tipos de Hospital; llama la atención en el año 2009, que el promedio de utilización en el especializado, supera el estándar del tiempo de anestesia de cinco horas y los porcentajes en los otros tipos de hospital andan muy cercanos a la meta (Gráfico C.9).

²⁰ Corresponde a 250 días hábiles.

²¹ 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

GRÁFICO C.9
C.C.S.S.: TIEMPO PROMEDIO DE UTILIZACIÓN^{/1} DE LOS QUIRÓFANOS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y AÑO 2008-2009



^{/1} Se refiere a las horas hábiles utilizadas

En el año 2008 se excluye el Hospital de Golfito tener cerrada la sala

En el año 2009 se excluye Golfito por tener cerrada la sala y el Monseñor Sanabria por no presentar el dato

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 y 2009

Esta situación plantea la posibilidad de considerar un ajuste diferenciado del estándar del tiempo de anestesia según tipo de Hospital, ya que a lo interno, doce centros alcanzaron la meta.

En términos generales, debe tenerse cierta cautela en la interpretación de los datos; por ejemplo, el que la utilización de quirófanos sea 4,8 horas, ya que hay que verlo en función que el dato corresponde a una utilización de quirófanos del 75% de los días hábiles.

La no utilización en el ámbito institucional de aproximadamente una cuarta parte de días hábiles quirófano, pudiese estar relacionado con el faltante del personal de anestesia que integra el equipo quirúrgico; situación que viene arrastrando la institución desde hace varios años, y además por posibles deficiencias relacionadas con la gestión de las salas. Según los datos obtenidos en la evaluación, este tiempo representa 7.385 días hábiles en que los quirófanos en funcionamiento, no fueron utilizados.



Otro aspecto a considerar en la interpretación de los datos es el problema relacionado con el registro, debido a que la institución no cuenta con un módulo informatizado que estandarice la captura del dato en Sala de Operaciones. Asimismo, la producción generada en esta área, no es incluida dentro del Informe Estadístico para que sea monitoreada en forma permanente por parte del personal de Registros de Salud de cada unidad.

Para cuantificar el potencial que pudo significar esta capacidad ociosa, se aproximó el dato partiendo del supuesto de contar con los quirófanos habilitados y el personal necesario. Tomando en cuenta las premisas del estándar de cinco horas por día de tiempo de anestesia y una productividad de cuatro pacientes por equipo, en el turno ordinario²²; sin contemplar las diferencias del consumo del tiempo quirúrgico, según la complejidad del proceso; se habrían podido realizar de más, aproximadamente catorce mil cirugías.

Uno de los aspectos que inciden en el rendimiento óptimo de Sala de Operaciones, es la programación de las cirugías²³. En el año 2008 de las 60.832 cirugías programadas reportadas en la evaluación del Compromiso de Gestión, el 9% fueron suspendidas; de las cuales un 21% corresponden al Servicio de Ginecología y un 79% al Servicio de Cirugía. La suspensión en el año 2009, fue de un 6% de las 75.897 cirugías programadas. De ese porcentaje, el 26% lo suspendió el Servicio de Ginecología y el 74% el Servicio de Cirugía.

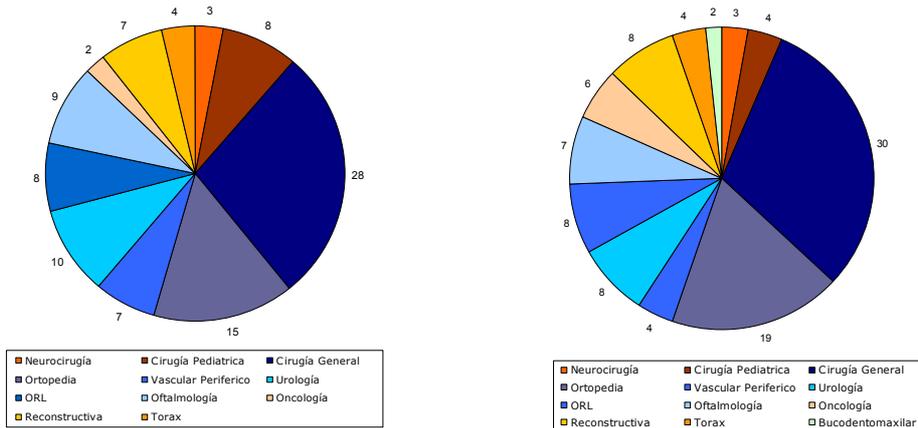
El porcentaje de cirugías suspendidas a nivel institucional se redujo en el año 2009, un 26% respecto al año anterior. Las especialidades de Cirugía General y Ortopedia presentaron las mayores proporciones de suspensión en ambos años (Gráfico C.10).

²² Zamora C, Vargas R. Salas de operación: Recursos y Productividad quirúrgica en la C.C.S.S. DTSS 1998.

²³ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales, 1994

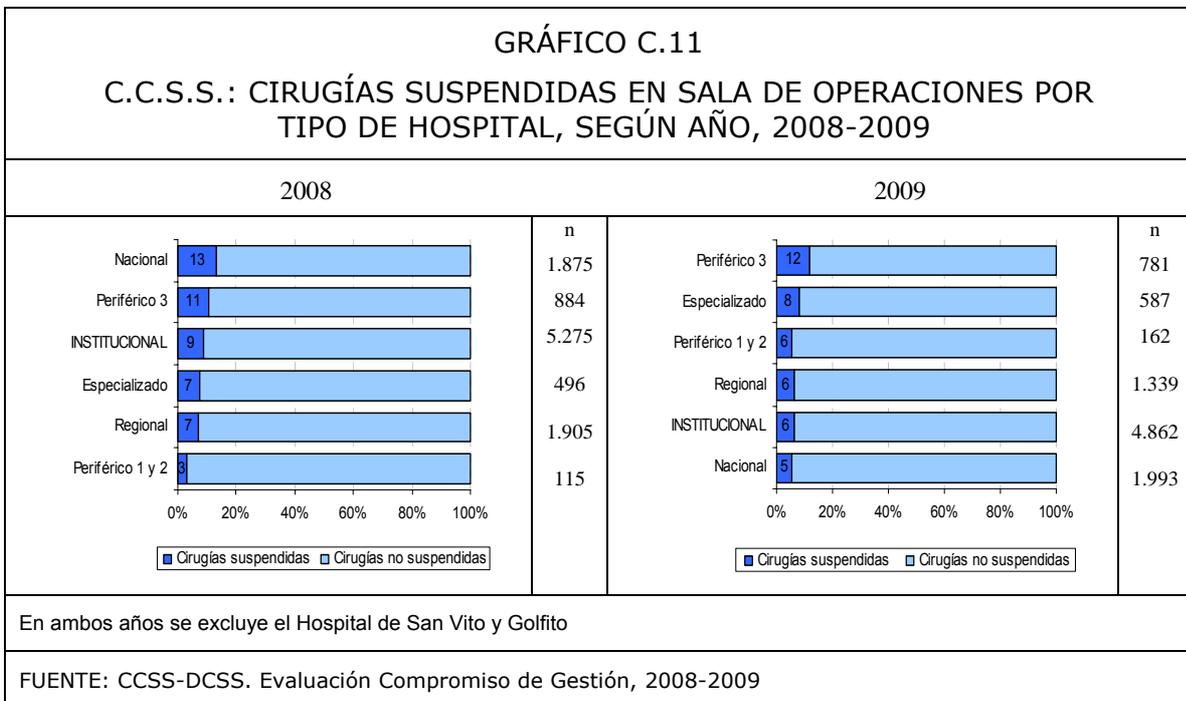
GRÁFICO C.10

C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN SALA DE OPERACIONES POR ESPECIALIDAD SEGÚN AÑO, 2008-2009



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008 - 2009

Al analizar el comportamiento por tipo de hospital, el Nacional fue el que más redujo el porcentaje de suspensiones de cirugías programadas respecto al año 2008. El tipo Periférico 1 y 2 fue el que más las aumentó (Gráfico C.11).





Las Salas de Operaciones son áreas de gran producción en los hospitales, por lo que es importante el desarrollo del módulo que sistematice la captura del dato, y permita realizar el análisis de forma más integrado. Además; el monitoreo permanente de los procesos ejecutados en esta área, facilitan la resolución oportuna de la problemática encontrada. Labor realizada por los Grupos Gestores de Sala de Operaciones, cuya conformación fue promovida desde los Compromisos de Gestión y que actualmente se viene desarrollando.

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 en 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 uso²⁴.

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 centros²⁵.

Sin embargo; dada su relevancia, desde el marco de los Compromisos de Gestión se ha promovido el estudio de las muertes, dando énfasis desde un inicio a las infantiles y maternas. Este análisis pretende que haya una evaluación más integral de los posibles componentes que pudiesen estar directamente relacionados con la calidad de la prestación de Servicios de Salud, brindados en los diferentes Niveles de Atención; con la intención de establecer estrategias de mejora.

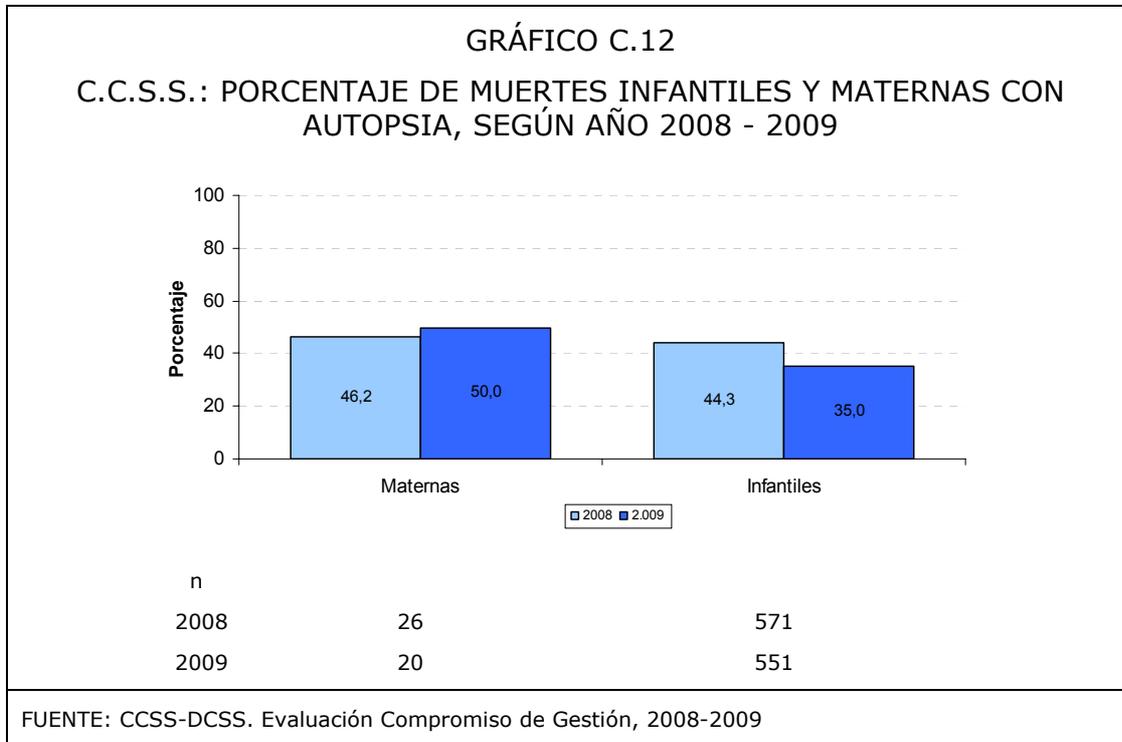
De igual manera, con el análisis de las autopsias como herramienta de control de calidad, se puede lograr aproximar al resultado del diagnóstico, los tratamientos y las intervenciones médicas; convirtiéndose en un recurso que podría incidir en la mejora de la calidad de la atención, así como en la optimización y racionalización de los recursos humanos y materiales en la práctica médica.

a. Resultados de la Evaluación

En el año 2009 al 50% de las 20 muertes maternas y al 35% de las 551 muertes infantiles se les realizó autopsia. Del total de autopsias realizadas al grupo materno-infantil la mayor proporción se da en Hospitales Nacionales (90% maternas y 78% infantiles), situación que es esperable, por la concentración a ese nivel del recurso humano patólogo. En el año 2008 ocurrieron 25 muertes maternas y 425 muertes infantiles; presentándose entre ambos años, un crecimiento de 8,3% en los fallecimientos maternos y una reducción de un 21% en relación a las muertes infantiles (Gráfico C.12).

²⁴ Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales, 1994

²⁵ Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Rev. Cubana Salud Pública v.30.1:2004



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.

Sin embargo; las comisiones respectivas de los diferentes establecimientos hospitalarios, analizan los posibles determinantes de las defunciones materno-infantiles, para establecer medidas correctivas, a la luz de las causas evitables identificadas en el proceso de la atención prenatal y del parto, o en la atención del neonato.

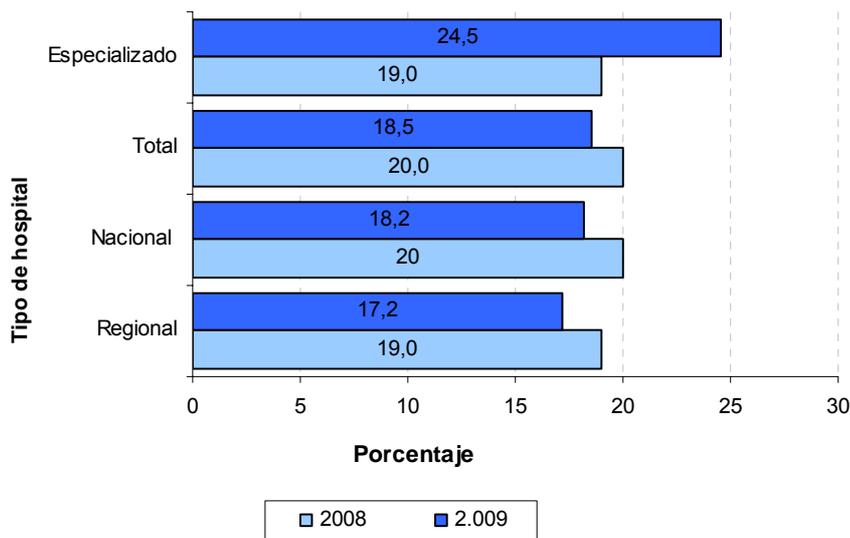
En la evaluación 2009 del Compromiso de Gestión, los centros hospitalarios donde cuentan con el recurso humano patólogo reportaron un total de 881 autopsias. Esta cifra fue de 59 autopsias menos respecto al año anterior. Es esperable que la mayor proporción de autopsias sean realizadas en el tipo de hospitales Nacionales, producto de la concentración del recurso humano requerido para ese fin.

De las 4.062 muertes totales reportadas en el año 2008 en esos centros, al 20% se les practicó la autopsia. En el año 2009 este procedimiento se realizó al 18,5 de las 4.314 muertes; presentándose una reducción de un 7% de muertes autopsiadas respecto al año anterior. Al analizar por tipo de hospital los datos reportados en la evaluación del Compromiso, a excepción del especializado, hubo una reducción de

este procedimiento en el Regional y Nacional, en este último disminuyó un 10%, pasando de 618 a 530 autopsias (Gráfico C.13).

GRÁFICO C.13

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE AUTOPSIAS REALIZADAS DE LAS MUERTES OCURRIDAS POR TIPO DE HOSPITAL, SEGÚN AÑO 2008 - 2009



Se excluye a los hospitales San Rafael de Alajuela, Enrique Baltodano y San Carlos por no contar con recurso patólogo

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2008-2009

Aunque el recurso patólogo es escaso, el no contar con todos los elementos para hacer un análisis integral sugiere realizar estudios específicos por parte de la instancia correspondiente, para dilucidar las causas que podrían explicar la reducción de autopsias

Conclusiones de la Atención Especializada

La elaboración del proceso de readecuación del modelo de atención hospitalario es una tarea pendiente de realizar a nivel institucional. Esto permitiría establecer a corto y mediano plazo, la visión de los establecimientos hospitalarios inmersos en la Red de Servicios de Salud y la definición de la calidad de los servicios y de los estándares de rendimiento de acuerdo a su nivel de complejidad.

Además, en respuesta a las necesidades de la red, se determinarían los requerimientos de recursos y el ajuste del recurso cama, tomando en cuenta la introducción de estrategias de modalidades ambulatorias y la complejidad de los casos. Asimismo, en respuesta a las necesidades de la población y a las listas de espera, se proyectaría el crecimiento de las especialidades, facilitando en forma planificada la dotación de los recursos e instrumental necesarios, que garanticen la oportunidad de la atención.



En el período analizado 2008-2009, la producción hospitalaria en términos de la cantidad de egresos tuvo un crecimiento leve. En los tipos de hospitales Nacional, Especializado y Periféricos los egresos globales se reducen y crecen en el Regional. La variabilidad existente entre centros del mismo tipo, amerita que la Institución cuente con herramientas para determinar la complejidad de los casos y la eficiencia en la utilización del recurso cama.

Aunque el volumen de egresos de Cirugía Ambulatoria se redujo en este período, se debe seguir incentivando con diferentes estrategias el desarrollo de esta modalidad, por los beneficios que plantea tanto al paciente como a los servicios y por el impacto que podrían tener las listas de espera.

En el ámbito institucional se presentó un aumento en el volumen global de consultas respecto al año 2008, incrementándose las médicas, las odontológicas y disminuyendo las de otros profesionales. Los Procedimientos Mayores Ambulatorios y el volumen global de atenciones de urgencias crecieron.

Para la gestión del área quirúrgica, 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, entre otros. Lo anterior, debería ser corregido a la mayor brevedad posible, dado que las Salas de Operaciones constituyen 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.

Además; el monitoreo permanente de los procesos ejecutados en el área quirúrgica se debería continuar fortaleciendo; en procura de una resolución oportuna de la problemática encontrada. Labor realizada por los Grupos Gestores de Sala de Operaciones, cuya conformación fue promovida desde los Compromisos de Gestión y que actualmente se viene desarrollando.

Los tiempos prolongados de los internamientos, antes que se realice el procedimiento quirúrgico, generan gastos importantes de hotelería; condición que amerita una revisión detallada de todo el proceso, con el fin de determinar las causas y establecer planes remediales. Asimismo a corto plazo debería darse una solución al faltante del recurso humano de Salas de Operaciones y que se continúe promoviendo la participación oportuna de los servicios de apoyo involucrados en este proceso, que faciliten la gestión eficiente del recurso cama.

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 problemática de escasez de patólogos en la institución obliga a reflexionar en la búsqueda de estrategias que promuevan el análisis de las muertes entre clínicos y patólogos, con miras a lograr una mejora en la calidad de la atención que se brinda en los centros hospitalarios; contando para ello por parte de la instancia correspondiente, de un proceso actualizado referente a la normativa de las actividades y rendimientos del personal de Patología, así como de la estandarización del método de análisis de los casos fallecidos.



III. Recomendaciones

Los resultados de este informe de evaluación no muestran grandes variaciones en las coberturas totales del primer nivel en los años estudiados, que corresponden al 2008 y 2009. Leve decrecimiento en las coberturas totales por ciclo de vida a excepción de adultos mayores, aumento en las coberturas de personas con hipertensión y diabetes y mantenimiento de las coberturas en citologías. Esto podría estar abonando a la percepción planteada en informes anteriores en relación a que será difícil seguir aumentando coberturas con la capacidad instalada actual.

Se mantienen limitaciones en términos de disminuir las oportunidades perdidas, específicamente en el caso de los Adultos Mayores, aparentemente, al 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. Este grupo de edad es especialmente prioritario 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.

Se debe insistir en la necesidad de disminuir las desigualdades observadas en la prestación de Servicios de Salud, entre Regiones y entre Áreas de Salud en cada Región, considerando el principio de equidad. Probablemente estas diferencias se deban en gran parte a la capacidad instalada asignada, pero no necesariamente sea el único elemento a considerar por lo que es algo que se debe estudiar con mayor profundidad.

Es urgente la necesidad de verificar la calidad de los registros de la atención brindada. Se mantiene la preocupación externada en informes anteriores sobre la confiabilidad de los datos que se brindan por parte de las unidades. Pareciera inaplazable el poder contar en el corto plazo con sistemas de información institucionales, utilizados por todos con adecuada supervisión y soporte del mismo.

En el monitoreo de situación de los problemas principales y sus factores de riesgo, ocurre una situación similar con la información disponible. Si bien es cierto, en este informe se han actualizado las prevalencias de Diabetes e Hipertensión no es menos cierto que estamos usando prevalencias de San José para todo el país, situación que no necesariamente es así. Con respecto a factores de riesgo, existe ausencia de información a nivel institucional, sin embargo, a corto plazo, la situación puede mejorar considerablemente ya que se esta realizando una encuesta a nivel nacional que permitirá contar con información que posibilite identificar prioridades y definir estrategias de abordaje.

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 e integrada en la Atención Primaria de la Salud. Esto permitiría establecer a corto y mediano plazo, la visión de los establecimientos hospitalarios, la definición de la calidad de los servicios y de los estándares de rendimiento de acuerdo a su nivel de complejidad.

Con lo anterior, se podría además; determinar la proyección y el crecimiento de las especialidades a nivel institucional, en respuesta a las necesidades de los usuarios de la red y a las listas de espera. Esta situación facilitaría la dotación de recursos y del



instrumental necesario a los establecimientos en forma planificada, garantizando la oportunidad de la atención.

De esa manera, se podría visualizar además, el reforzar en forma sostenida con equipo y recurso humano especializado, a los hospitales regionales y periféricos. Lo anterior, se traduciría en una mayor capacidad de respuesta de los servicios, facilitando el abordaje oportuno de las listas de espera y evitando la plétora de usuarios a nivel de hospitales nacionales.

Es necesario a nivel institucional contar con un sistema informatizado que garantice la calidad del dato de la producción en Sala de operaciones, dado que 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. El sistema de información facilitaría una mejor gestión de esta área, traducida en un mayor rendimiento, una reducción del gasto y una mejor calidad en la atención brindada.

Además; el problema de listas de espera que enfrenta la institución actualmente requiere del análisis de las necesidades del recurso humano de Salas de Operaciones y de una planificación en la formación de dicho recurso, para que a mediano plazo, se puedan reducir las brechas existentes.

Se debe seguir incentivando con diferentes estrategias el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria dado que esta modalidad plantea beneficios tanto al paciente como a los servicios; reduciendo costos de operación, mejora en la eficiencia del uso del recurso cama e impactando las listas de espera.

Es fundamental en los centros hospitalarios que cuenten con servicio de patología, se realice el análisis de las muertes entre clínicos y patólogos, en procura de la mejora en la calidad de la atención brindada. Dada la escasez del recurso patólogo, es necesario la actualización y oficialización de la normativa por parte de la instancia correspondiente, referente a las actividades y rendimientos de este personal, así como de la estandarización del método de análisis de los casos fallecidos.



Anexo 1: Elementos Metodológicos

La evaluación de los Compromisos de Gestión 2008- 2009, se realizó en las Áreas de Salud (n= 90 en el 2008 y n=89 en el 2009)²⁶, 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 Evaluación²⁷ 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.

Recolección de la información

El trabajo de campo para la evaluación de los Compromisos de Gestión se hace 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. Para el Compromiso de Gestión 2008 se llevó a cabo del 23 de enero al 26 de marzo de 2009 y para la evaluación del Compromiso de Gestión 2009 se llevo a cabo en el período comprendido entre el 8 de febrero y el 26 de marzo del año 2010.

Para la recolección de los datos se formaron equipos de trabajo de dos o tres personas 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 2008 y un total de 120 en el 2009).

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 la capacitación tipo taller con cada región con todos los funcionarios que conformaron los equipos evaluadores, esto con el propósito de homologar y estandarizar los conocimientos sobre evaluación de servicios de salud, los instrumentos de evaluación y los instructivos diseñados para el llenado de los mismos así como el plan de trabajo.

Los datos de la revisión de los expedientes, se registraron electrónicamente en instrumentos diseñados especialmente para conocer en cada expediente revisado el cumplimiento de los criterios de las guías de atención evaluadas. Esto permitió,

²⁶ El Área de Salud de Poas no fue evaluada debido al terremoto que sufrió la zona, se destruyó gran parte de la infraestructura y se perdió información.

²⁷ DCSS. Protocolo de Evaluación de los Compromisos de Gestión. 2006



además, hacer entrega a las unidades del resultado preliminar inmediatamente al término del proceso de evaluación.

Selección de la muestra de expedientes por revisar

La revisión de los criterios se hace mediante la selección de una muestra aleatoria de expedientes médicos. Para la determinación del tamaño de la muestra se consideran varios aspectos: el total de población de cada Área de Salud, el volumen de consultas de primera vez, resultados de evaluaciones anteriores sobre 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 de interés.

Para ambas evaluaciones (2008 y 2009), la determinación de los tamaños de las muestras 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 no respuesta según la medición del año anterior.

La selección de los expedientes se hizo aplicando un muestreo sistemático sobre los listados de expedientes entregados por los proveedores con las consultas de primera vez de los programas de interés.



Anexo 2: Nota Técnica sobre Coberturas

En el marco de los Compromisos de Gestión, la cobertura relaciona la población que necesita la atención y la utilización que hacen de los servicios, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención definidas para cada caso²⁸. Se calculó relacionando el total de personas atendidas, a las cuales se les realizó una intervención, entre el total de la población a la cual es dirigida la intervención.

$$\text{Cobertura} = \left[\frac{\text{Población objeto de una intervención}}{\text{Total de la población blanco de la intervención}} \right] \times 100$$

La fuente de información para población en la CCSS fue las proyecciones elaboradas por la Sección de Análisis Demográfico de la Dirección Actuarial²⁹, utilizando los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Cobertura de Atención a niños menores de un año:

Se utilizó como denominador los nacimientos del año anterior.

Cobertura de Control prenatal:

Se utilizó como denominador los nacimientos del año anterior, a los cuales se agregó un 10% por abortos estimados.

Cobertura de Detección temprana de cáncer cervicouterino

El denominador utilizado es el total de mujeres de 20 años y más de la población. En el numerador se incluye a las citologías cervicovaginales realizadas en el año evaluado.

Cobertura del Adulto mayor

El denominador utilizado es la estimación de personas de 65 años y más de la población, para los años evaluados. El numerador lo componen las personas de este grupo de edad, que fueron atendidas en el Programa de Atención Integral al adulto mayor.

No cobertura del programa

Adultos mayores que son atendidos en el primer Nivel, pero no se incorporan en el Programa de Atención Integral

Cobertura de Atención a personas con diabetes

Cobertura de Atención a personas con hipertensión

Se utilizó como denominador el dato de prevalencia nacional de diabetes e hipertensión, estimado por los grupos técnicos institucionales, aplicado a las personas de 20 años y más de la población.

En las dos últimas coberturas, la ausencia de estudios de prevalencia en el ámbito nacional para hipertensión y diabetes plantea una dificultad importante para la evaluación de la prestación de servicios de salud³⁰. Un estudio realizado en el Área

²⁸ CCSS. Los Compromisos de Gestión en la CCSS: Desafíos de implementación 1997-2007. Pág. 65-72, 2006
http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcss/archivos/estudios_realizados/Compromisos%20de%20Gestion%20CCSS%20Desafios%20Implementacion%2097-07.pdf

²⁹ Sitio de Internet de la CCSS:

http://www.ccss.sa.cr/html/transparencia/estadisticas/d_actuarial/estadistica/analisis%20demografico/estimaciones.html

³⁰ DCSS. Control de la hipertensión arterial en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social. CCSS, San José, Costa Rica. Pág. 7. 2010.



Metropolitana³¹ encontró una prevalencia de hipertensión del 25,2% y del 8,0% para diabetes. Esto contrasta de manera considerable con la prevalencia de 10% para hipertensión y 5% para diabetes definida desde el año 2000 por los grupos técnicos de la institución.

³¹ MS, CCSS, Inciensa, CDC, OPS. Encuesta Multinacional de diabetes mellitus, hipertensión y factores de riesgo asociados. Área Metropolitana de San José, Costa Rica 2004.

http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/estadisticas/encuestas/web_direccion_investigacion/enmetdia.pdf



Anexo 3: Centros Asistenciales por Agrupación

C.C.S.S. Lista de Áreas de Salud por Región, 2008 - 2009

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	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 -	CENTRAL NORTE	2214
HEREDIA-VIRILLA	CENTRAL NORTE	2274
HORQUETAS-RIO FRIO	CENTRAL NORTE	2650
NARANJO	CENTRAL NORTE	2235
PALMARES	CENTRAL NORTE	2252
POAS ³²	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
CAÑAS	CHOROTEGA	2555

³² Solo el año 2008



C.C.S.S. Lista de Áreas de Salud por Región, 2008 - 2009

NOMBRE CENTRO SALUD	REGIÓN DE SALUD	COD UNIDAD EJECUTORA
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	PACIFICO CENTRAL	2590
CHACARITA	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, 2008 -2009



C.C.S.S. Lista de Áreas de Salud por Agrupación, 2008- 2009¹

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

1/ La información que se presenta en este informe solo corresponde al Primer Nivel de Atención

Fuente: DCSS. Compromisos de Gestión, 2008-2009

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
ROBERTO CHACON PAUT	NACIONAL ESPECIALIZADO	2305

Fuente: CCSS CECOIN, 2008- 2009



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

Tel: 2539- 0127, Interno: 3807
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/dcsc/index_dcsc.html